



Fait clinique

Allergie gynécologique au liquide spermatique

A propos d'une observation

S. Jacob *, J. Levêque *, J. Dugast *, P. Minoui **, M. Delaval **, J.-Y. Grall *

* Service de Gynécologie B (Pr J.-Y. Grall), CHRU, Rennes.

** Service de Pneumologie (Pr Ph. Delaval), CHRU, Rennes.

RÉSUMÉ

L'allergie au sperme est évoquée devant des vulvovaginites à répétition provoquées par un contact sexuel avec le liquide spermatique. Une réaction d'hypersensibilité de type 1 est la plus fréquemment rencontrée, révélée par le Prick-test (test d'hypersensibilité immédiate cutanéomuqueux). En cas de manifestations systémiques les IgE spécifiques circulantes peuvent être élevées. Le traitement est palliatif (rapports protégés, applications locales de crèmes antihistaminiques) ou fait appel à la désensibilisation surtout en cas de manifestations générales. Outre l'inconfort pour le couple que représente cette affection rare, des infertilités d'ordre immunologique peuvent y être associées.

Mots-clés : Allergie • Liquide spermatique • Vulvovaginite.

SUMMARY : Seminal fluid allergy : a case report.

Seminal fluid allergy is a possible diagnosis in front vulvovaginal inflammations occurring rapidly after coitus. The type I reaction (revealed by the immediate hypersensitivity Prick-test) is most frequently encountered. In case of systemic symptoms, the circulating Ig E specific antibodies can be increased. Treatment is palliative (condoms, antihistamines cream). In case of systemic disease, desensibilisation can be proposed. This unfrequent but uncomfortable syndrome is also in question in some cases of immunologic infertility.

Key words : Allergy • Seminal fluid • Vulvovaginitis.

L'allergie au sperme a été rapportée pour la première fois par Specken [1] en 1958 mais cette allergie reste rare, une quarantaine de cas ayant été décrits dans la littérature.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type 1, mais quelques cas d'hypersensibilité de type 3 et 4 ont été rapportés. L'antigène responsable de cette réaction appartient à une famille hétérogène de glycoprotéines, commune au liquide séminal de l'homme, dont le poids varie entre 10 et 30 kDa [2]. A l'occasion d'une observation personnelle, nous en rappelons le diagnostic et la prise en charge.

■ OBSERVATION

Une patiente de 29 ans a été adressée en consultation pour des infections vaginales à répétition. Elle ne présentait aucun antécédent général notable, était

régulièrement réglée sans contraception estro-progestative, n'avait jamais eu de grossesse.

La symptomatologie a débuté avec des rapports sexuels réguliers avec toujours le même partenaire, à type de douleurs, avec œdème et sensations de brûlures vaginales survenant quelques instants après le coït. Cette réaction locale ne disparaissait qu'en 24 à 48 h.

Le premier diagnostic retenu a été celui d'infections vaginales à répétition devant la présence d'un streptococcus B au prélèvement vaginal, et l'absence d'autres germes (recherche bactériologique, virologique, parasitologique et mycologique). Un traitement par antibiothérapie locale a été instauré. Ce traitement n'aura amélioré les symptômes que pendant un à deux mois. L'examen clinique était normal mais l'interrogatoire a permis de retrouver la notion d'une amélioration des signes à l'arrêt de la contraception orale avantageusement remplacée par le coïtus interruptus. Il est proposé au couple une « épreuve thérapeutique » consistant en la reprise de rapports complets protégés et non protégés. Ce test clinique a conduit à évoquer un phénomène allergique à l'encontre du liquide séminal, sans allergie associée au

latex, avec un classique cofacteur hormonal. Des examens complémentaires immunologiques ont conforté le diagnostic :

- mise en évidence d'une sensibilisation aux acariens et aux poils de lapin sans histoire clinique;

- Prick-test positif avec le liquide séminal de son partenaire, le test croisé étant négatif avec un liquide séminal témoin;

- le dosage des IgE totales : 177 kUI/l.

Il s'agissait donc d'une allergie au sperme, avec réaction loco-régionale non systémique comme en témoignait les faibles taux d'IgE totales. Les rapports protégés conseillés au couple ont été suffisants leur permettant un épanouissement mutuel.

■ DISCUSSION

L'allergie au liquide séminal est une pathologie rare, mais invalidante. Elle est souvent associée à un terrain atopique et serait secondaire à un déficit en facteurs d'immunosuppression normalement présents dans les sécrétions génitales. La grossesse, la chirurgie gynécologique, les infections, les vasectomies entraîneraient un déficit en ce facteur immunosuppresseur, et ainsi peuvent être retrouvées à l'origine de l'allergie au sperme [3-4]. Les manifestations cliniques les plus fréquentes sont de nature inflammatoire peu spécifique : démangeaisons, brûlures, œdème, parfois associées à une éruption, au niveau vaginal et vulvaire. Quelques cas de réactions anaphylactiques généralisées (œdème de Quincke, urticaire) ont été décrits, ainsi que des éruptions bulleuses, des hyperpigmentations [5]. Dans la série de Presti et Druce [6] 7 patientes sur 32 ont présenté des réactions anaphylactiques importantes. La probabilité d'aggravation sur le mode systémique ne peut être chiffrée, et les réactions locales peuvent précéder de plusieurs mois ou années les réactions systémiques. C'est en fait l'interrogatoire qui va permettre de suspecter le diagnostic, les signes étant récurrents à chaque rapport. Un bilan allergologique est nécessaire comprenant :

- un test d'hypersensibilité immédiate : le Prick-test éventuellement complété par une intra-dermo-réaction. L'allergène est déposé sur la peau après une effraction dermique : la réaction est observée localement 15 à 20 min plus tard. Ce test met en évidence la présence d'IgE spécifiques vis-à-vis de l'allergène, présente une bonne spécificité, mais une sensibilité médiocre.

- puis un dosage des IgE spécifiques (réaction antigène anticorps), soit par la méthode du radio-allergo-Sorben-test (dosage semi-quantitatif), soit par les méthodes immuno-enzymatiques (dosage

quantitatif) les plus utilisées actuellement. Le dosage des IgE spécifiques ne concerne que les IgE circulantes, et peut être négatif en l'absence de réaction systémique associée.

Les résultats du bilan allergologique doivent toujours être interprétés selon la clinique. Si le bilan allergologique confirme l'allergie au sperme, le diagnostic est posé. En revanche, lorsque le bilan est négatif, il faut envisager les diagnostics différentiels. Tout d'abord le prélèvement vaginal doit comporter une recherche exhaustive de tous les germes, une infection à mycoplasme pouvant avoir la même symptomatologie clinique. Enfin, des allergènes, présents dans le liquide spermatique, peuvent être en cause et sensibiliser la femme; il s'agit de certains médicaments (pénicilline, vinblastine, thioridazine), ou aliments (noix) [4]. De plus des allergènes comme le pollen, la poussière, les poils d'animaux peuvent être allergisants au niveau vaginal après contact manuel. Enfin les produits chimiques contenus dans certains savons, ou l'utilisation de spermicides locaux peuvent être à l'origine de ces manifestations allergiques. Il est donc nécessaire d'effectuer une recherche étiologique large et un interrogatoire précis devant une vulvovaginite sans cause infectieuse évidente.

■ TRAITEMENT

Les différents traitements, à défaut d'entraîner une rémission complète dans tous les cas, permettent d'obtenir des rémissions temporaires [7-8]. Chez certaines femmes l'allergie peut récidiver même s'il y a changement de partenaire; en effet, l'antigène responsable appartient à une famille hétérogène de glycoprotéines, et par conséquent l'allergie est non spécifique d'un seul antigène. De plus une incompatibilité dans le système HLA des deux partenaires pourrait intervenir dans le mécanisme de ces allergies [4]. L'absence de contact avec le liquide spermatique peut être obtenue en utilisant des préservatifs, mais cette méthode pose des problèmes d'observance à long terme. Dans la littérature, une observation a été rapportée d'allergie au latex associée à l'allergie au liquide séminal, est semble donc être une association très rare [9]. Les anti-histaminiques pris une heure avant les rapports puis trois jours après diminuent simplement les symptômes. Devant une réaction locale isolée on peut y associer une application vaginale de Cromolym Cream® 30 min avant les rapports [5-10]. S'il existe une réaction systémique associée, la désensi-

bilisation par des techniques d'immunothérapie à l'aide d'une fraction d'antigène purifié doit être tentée avec des résultats variables selon les patientes et les équipes [2-8]. Il est nécessaire, lors de ces traitements, d'avoir des rapports réguliers (deux à trois fois par semaine) afin d'améliorer l'efficacité de la désensibilisation.

Un suivi gynécologique est indispensable à long terme afin de dépister d'éventuelles infections associées responsables d'une perturbation de la régulation du système immunitaire. De plus, une possible stérilité pourra être prise en charge. En effet, la protéine présente dans le liquide séminal entraîne l'apparition d'anticorps présents dans le sang et les sécrétions vaginales, pouvant être la cause de l'infertilité. Une insémination intra-utérine pourra alors être envisagée avec du sperme lavé du liquide séminal [4].

■ RÉFÉRENCES

1. Specken J LH. Een Markwaardig geval van allergie in de gynaecologie. Ned Tijdschr Verloskd Gynaecol 1958;58:314.
2. Boom BW, Van Toorenenbergen AW, Nierop G, Van der Schreeff JG. A case of seminal fluid allergy successfully treated with immunotherapy in one-day rush procedure. J Dermatol 1991;18:206-10.
3. Bernstein IL, Englander BE, Gallagher JS, Nathan P, Marcus ZH. Localized and systemic hypersensitivity reactions to human seminal fluid. Ann Intern Med 1981; 94:459-65.
4. Jones WR. Allergie to coitus. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1991;31:137-41.
5. Bosso JV, Aiken MJ, Simon RA. Successful prevention of local and cutaneous hypersensitivity reactions to seminal fluid with intravaginal Cromolyn. Allergy Proc 1991;12:113-6.
6. Presti ME, Druce HM. Hypersensitivity reactions to human seminal plasma. Ann Allergy 1989;63:477-82.
7. Bernstein JA, Herd ZA, Bernstein DI, Korbee L, Bernstein IL. Evaluation and treatment of localized vaginal immunoglobulin E-mediated hypersensitivity to human seminal plasma. Obstet Gynecol 1993;82:667-72.
8. Friedman SA, Bernstein IL, Enrione M, Marcus ZH. Successful long-term immunotherapy for human seminal plasma anaphylaxis. JAMA 1984;251:2684-7.
9. Kint B, Degreef H. Combined allergy to human seminal plasma and latex case report and review of the literature. Contact Dermatitis 1994;30:7-11.
10. Robinson S, O'Kane MJ, McCluskey DR. Allergy to human seminal fluid. Ann Clin Biochem 1994;31:298-9.



Information

ENSEIGNEMENT DE SEXOLOGIE DE L'EFS

DATES ET THÈMES :

6.01.1998 : Le donjuanisme.
3.02.1998 : L'homme, la passion et la jalousie.
3.03.1998 : Fantômes et sexualité masculine.

LIEU :

CATTP, Espace Clauzel, 75009 Paris.

RENSEIGNEMENTS :

EFS, C. Gellman-Barroux, 3, rue Copernic, 75116 Paris. Tél. : 01 47 27 96 67. Fax : 01 47 04 40 57.