

Les désensibilisations accélérées aux pneumallergènes en pathologie oculaire

Analyse de 70 observations

J. BLAMOUTIER, Cl. DENIMAL, Y. MAGAR, J. GILQUIN *

Le protocole des désensibilisations accélérées a d'abord été établi en pathologie respiratoire. La qualité des résultats obtenus nous a incités à en étendre l'indication aux sensibilisations touchant d'autres organes-cibles.

Compte tenu des résultats heureux souvent obtenus par les désensibilisations classiques dans les atteintes des tuniques externes de l'œil, nous avons appliqué cette nouvelle méthodologie à certaines atteintes oculaires, après bien entendu une enquête allergologique approfondie.

Nous rapportons ici l'analyse rétrospective de 70 patients qui ont bénéficié de cette thérapeutique.

CHOIX DES PATIENTS

Age

- 29 hommes (6 à 67 ans), âge moyen : 27,7.
 - 41 femmes (7 à 79 ans), âge moyen : 37,7.
- Soit une moyenne globale de 31 ans.

Affections traitées

Atteinte des tuniques externes de l'œil : 55 cas

- 12 conjonctivites chroniques per-annuelles,
- 5 conjonctivites printanières non polliniques,
- 3 blépharo-conjonctivites,

- 33 kérato-conjonctivites dont 6 kératites ponctuées superficielles,
- 2 ulcères de cornée.

Atteinte des tuniques internes de l'œil : 15 cas

- 5 iridocyclites,
- 10 hypertonies paroxystiques de Posner-Schlossmann¹.

ENQUETE ALLERGOLOGIQUE

Notre enquête allergologique reste essentiellement basée sur les tests *in vivo*, notamment par voie intradermique, et l'étude des réactions syndromiques. Le parallélisme entre les réponses *in vivo* et les RAST a été largement établi et cette confrontation est restée valable dans les observations où ceux-ci ont été pratiqués.

L'enquête allergologique, toujours pratiquée par voie intradermique, a révélé la constance des réactions positives à la poussière de maison (70) (1/50 000, Extrait Aqueux Inst. Pasteur). Dans 60 de ces observations, il y avait une sensibilisation associée aux acariens : 35 *D. pteronyssinus*, 25 *D. farinae*. En pathologie oculaire, on sait que l'étiologie pneumallergénique confère plus d'importance à la poussière qu'aux acariens.

Il existe par ailleurs, deux cas de sensibilisation aux poils de chien, deux aux poils de chat, une au coton, une à la candidine de type immédiat.

* Service de Médecine Interne et Allergologie, Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, 75674 PARIS CEDEX 14.

Tirés à part : Dr J. Blamoutier, adresse ci-dessus.

¹ Zaegel R., Blamoutier J., Demailly Ph. — Crise glaucomato-cyclitique ou syndrome de Posner-Schlossmann et allergie. *Rev. fr. Allergol.*, 1986, 26, 185-190.

Dans l'indication thérapeutique, nous n'avons pas tenu compte des sensibilisations associées, relativement fréquentes : 10 aux pollens, 2 aux moisissures, 15 au staphylocoque aureus et sa toxine, 10 au streptocoque, 9 à l'exoprotéine streptococcique.

La mise en évidence d'une *réaction syndromique oculaire* a été une condition formelle d'inclusion dans l'indication du traitement accéléré.

Ces *réactions syndromiques* ont été obtenues soit au cours de l'enquête allergologique par *voie intradermique*, soit par *provocation sous-cutanée*.

Dans un deuxième temps, en l'absence de ces réactions ou pour confirmer le diagnostic, nous avons eu recours à la *rhinomanométrie* en sachant que dans ces cas la réaction n'est pas seulement nasale mais également oculaire et généralement décalée dans le temps par rapport à la réaction respiratoire (4 à 6 h après l'examen).

Enfin lorsque le doute persistait, nous avons eu recours à une *provocation oculaire directe par extrait lyophilisé*.

Cette technique nous donne des résultats très appréciables à la condition de commencer par des concentrations faibles : 1/5 millions, en laissant un laps de temps suffisant pour observer la survenue éventuelle d'une réaction syndromique (30 min à 1 h). La provocation est ensuite faite pour les concentrations au 1/50 000 voire 1/5 000. Un examen ophtalmologique a été effectué lors de chacune de ces provocations :

— 47 fois, nous avons obtenu une réaction syndromique *par voie intradermique ou sous-cutanée*,

— 20 fois, *par rhinomanométrie* à la poussière,

— 35 fois, *par provocation oculaire directe*.

24 malades ont eu deux provocations positives et 7 trois provocations positives.

TECHNIQUE DE LA DÉSENSIBILISATION ACCÉLÉRÉE

Nous sommes restés fidèles à une désensibilisation accélérée, en 5 jours. Les tentatives de réduction de ce temps nous paraissent comporter des risques de réaction syndromique indésirables, pour un gain de temps de peu d'intérêt.

En effet, si l'on considère que les seules indications de la désensibilisation en pathologie oculaire sont des affections chroniques infirmantes, comportant des signes fonctionnels permanents et parfois un risque d'altération de la fonction oculaire, il ne nous paraît pas judicieux de ré-

TABLEAU I. — Protocole de désensibilisation.

J1	1/50 millions	9 h	0,1 ml
		9 h 30	0,2 ml
		10 h	0,4 ml
		10 h 30	0,8 ml
	1/5 millions	11 h 30	0,1 ml
		12 h 30	0,1 ml
J2	1/5 millions	9 h	0,1 ml
		9 h 30	0,2 ml
		10 h	0,4 ml
		10 h 30	0,8 ml
	1/500 000	11 h 30	0,1 ml
		12 h 30	0,1 ml
J3	1/500 000	9 h	0,1 ml
		9 h 30	0,2 ml
		10 h	0,4 ml
		10 h 30	0,8 ml
	1/50 000	11 h 30	0,1 ml
		12 h 30	0,1 ml
J4	1/50 000	9 h	0,1 ml
		9 h 30	0,2 ml
		10 h	0,4 ml
		10 h 30	0,8 ml
	1/5 000	11 h 30	0,1 ml
		12 h 30	0,1 ml
J5	1/5 000	9 h	0,1 ml
		9 h 30	0,2 ml
		10 h	0,4 ml
		10 h 30	0,6 ml
		11 h	0,8 ml
		12 h	0,8 ml
		13 h	0,8 ml
J6	1/500	9 h	0,1 ml
		10 h	0,2 ml

duire, pour une question de commodité, un protocole jusqu'ici satisfaisant.

Les dilutions de départ dépendent du degré de sensibilisation du malade ou lorsque l'on désire se mettre à l'abri de réactions syndromiques inacceptables comme c'est le cas dans les hyper-tonies oculaires paroxystiques de Posner-Schlossmann :

— 1/5 millions d'extrait aqueux dans les sensibilités moyenne ou relativement forte (64/70),

— 1/50 millions dans les sensibilités très importantes (6/70).

Les doses sont indiquées dans le tableau I.

Les concentrations auxquelles on aboutit dépendent essentiellement de la bonne tolérance.

Dans la grande majorité des cas (62/70), la concentration du 1/500 a pu être obtenue. Dans 7 observations, on a dû arrêter au 1/5 000 ou 1/50 000 (8/70).

RESULTATS

Les résultats de ces traitements accélérés ont été appréciés de façon subjective par le malade (larmoiement, brûlures, picotements, impressions de trouble dans les yeux, « gêne ») mais

surtout par un examen objectif de la conjonctive et de la cornée à la lampe à fente.

L'examen a été fait en cours de traitement toutes les 24 à 48 h, à la fin du traitement puis généralement après un mois, trois mois, six mois et un an.

Les résultats se sont avérés :

— *très bons 20 fois*, disparition totale des signes fonctionnels et de l'hyperhémie des tunique externes ;

— *bons 38 fois*, signes fonctionnels persistants très légers, diminution importante des troubles.

Donc 58 malades ont bénéficié de façon certaine de ce traitement. Parmi les 12 autres patients, 9 ont eu un résultat assez bon, c'est-à-dire persistance des symptômes, bien qu'améliorés, nécessitant une thérapeutique d'appoint. 3 malades ont connu un échec.

Nous avons donc obtenu 82,8 p. cent de bons résultats avec un recul de :

- plus de 2,5 ans dans 25 cas,
- plus de 1 an dans 17 cas,
- plus de 6 mois dans 6 cas,
- 6 mois ou moins dans 22 cas.

En comparant ces observations à celles de malades traités dans les mêmes conditions pour des atteintes respiratoires (rhinite ou asthme) ou pour une dermatose atopique, la qualité de la guérison obtenue est plus rapide et statistiquement plus élevée dans les atteintes oculaires que dans les autres atteintes allergiques.

Nous comptons donc persévérer dans cette voie pour les atteintes allergiques oculaires infirmantes des tunique externes de l'œil, voire de certaines atteintes atopiques démontrées, comme l'hypertonie de Posner-Schlossmann.

Nous envisageons de compléter cette étude préliminaire par une étude prospective randomisée comparée avec la désensibilisation classique aux pneumallergènes.

■ ■ ■