

Vulvite d'hypersensibilité aux protéines séminales : 3 cas

G. GUILLET, G. DAGREGORIO, M.-H. GUILLET

Résumé

Introduction. Le diagnostic étiologique d'une vulvite est parfois difficile, imposant de considérer toutes les possibilités de facteurs externes déclencheurs ou aggravants. La vulvite post-coïtale suggère plus électivement d'explorer une allergie séminale.

Observations. Trois observations d'allergie d'expression vulvaire sont rapportées : deux correspondaient à une hypersensibilité retardée au sperme de leur partenaire, avec patch test positif à 48 heures. Il n'y avait pas d'IgE spécifiques anti-liquide séminal. La pertinence des tests cutanés était confirmée par la chronologie des symptômes et par leur disparition lors des rapports protégés. La troisième malade avait une vulvite oedémateuse avec urticaire, asthme et malaise lors des rapports sexuels : la positivité du prick test à lecture immédiate et la présence d'IgE spécifiques anti-protéines séminales permettait de poser le diagnostic d'allergie de type 1, confirmé par la disparition de tous les symptômes vulvaires et généraux avec l'usage de préservatifs.

Discussion. La dermite de contact aux protéines séminales est susceptible de représenter une étiologie méconnue de vulvite. Ces trois observations démontrent que cette piste mérite d'être explorée : les patch tests et les prick-tests représentent un outil diagnostique capable de démontrer une allergie aux protéines séminales en cas de vulvite ou urticaire post-coïtales.

Summary

Background. Contact sensitivity deserves to be assessed in acute vulvitis as well as chronic vulvar dermatitis with a specific orientation toward semen allergy whenever the pathology is post-coital.

Observations. Three observations of semen allergy are reported. Two women presented with post-coital vulvitis due to delayed hypersensitivity to semen proteins without associated specific IgE. The type 2 allergy was confirmed by positive patch-tests and disappearance of symptoms when using condoms. Another woman presented with oedematous vulvitis associated with asthma and malaise per and post-sexual intercourse. Positive prick-tests with husband's semen and blood tests for specific IgE led to the diagnosis of type 1 hypersensitivity to semen, with disappearance of both vulvar and systemic symptoms with the use of condoms.

Discussion. Immediate or delayed type hypersensitivity may be discovered using prick and patch tests respectively. The observation of vulvitis or vulvar discomfort should prompt such investigations, whenever a post-coital chronology is suggested. The good clinical pertinence of positive skin tests must be emphasized. Although type I hypersensitivity to semen is documented in the literature, with easy detection of specific IgE, delayed type 2 allergy presents as an as yet under-diagnosed etiology of post-coital vulvitis. Patch tests may help to confirm that contact dermatitis may be due to seminal proteins.

Vulvar contact dermatitis due to seminal allergy: 3 cases.

G. GUILLET, G. DAGREGORIO, M.-H. GUILLET

Ann Dermatol Venerol 2005;132:123-5

The full text of this article is available in English, free of charge, on the Web on: www.e2med.com/ad

Le diagnostic étiologique d'une vulvite est souvent difficile. L'anamnèse sur la périodicité des poussées peut jouer un rôle d'orientation important. Nous rapportons trois cas de vulvite dont la disparition en période menstruelle a permis d'orienter vers le diagnostic d'hypersensibilité au liquide séminal.

Observations

CAS N° 1

Une jeune femme atopique de 24 ans était adressée en consultation de dermato-allergologie pour l'exploration d'une inflammation vulvaire récurrente avec urticaire, asthme et

malaise. L'examen clinique était sans particularité lors de la consultation. Les symptômes avaient commencé 6 mois plus tôt par une vulvite prurigineuse et le traitement antihistaminique institué depuis cette date les contrôlait mal. Une première exploration allergologique avait fait poser le diagnostic d'allergie aux acariens et aux pollens avec un taux d'IgE globales de 332 KU/l. En raison de l'absence de pertinence clinique de ces sensibilisations vis-à-vis des symptômes vulvaires, l'anamnèse était reprise et trouvait une relation chronologique entre les rapports sexuels et les manifestations cliniques. L'exploration était orientée vers la possibilité d'une vulvite par allergie post-coïtale avec signes d'accompagnement, orientant vers la recherche d'une allergie au latex de préservatif ou au sperme du conjoint. Le prick test était positif avec le sperme de celui-ci et les tests sanguins confirmaient l'allergie séminale avec la présence d'IgE spécifiques anti-protéines séminales au taux de 0,86 KU/l et l'absence d'IgE anti-latex et anti-lysozyme. Des

Service de Dermatologie Allergologie, CHU Milétrie, 86000 Poitiers.

Tirés à part : G. GUILLET, à l'adresse ci-dessus.

tests épicutanés au sperme placés sur la peau du dos en cupules d'aluminium pour lecture à 72 heures éliminaient la possibilité d'une simple dermite des protéines ou d'un eczéma associé. Le recours systématique à une protection physique par préservatif lors des rapports sexuels s'accompagnait de la disparition complète de la totalité des symptômes vulvaires et généraux, et permettait de conclure à une hypersensibilité immédiate aux protéines séminales.

CAS N° 2

Une femme de 32 ans, non atopique, avait depuis deux ans une vulvo-vaginite récurrente, disparaissant pendant la période des menstruations. Les grandes et petites lèvres étaient le siège d'un érythème finement squameux et prurigineux. Divers traitements antifongiques avaient été proposés sans effet. L'hypothèse d'une réaction de contact avait été écartée après l'exploration d'une intolérance aux produits d'hygiène locale et aux allergènes de la batterie standard européenne. La disparition des symptômes en cas de rapports protégés et en période de menstruation suggérait une vulvite post-coïtale : un test épicutané réalisé avec le sperme du conjoint placé dans les cupules Finn Chambers était positif à 48 heures avec une réaction cotée 2 croix. Cette réaction persistait à 72 heures sans atténuation. Un patch-test à la salive du conjoint était négatif. En raison des difficultés autant que de problèmes éthiques, aucun test de contrôle n'a été réalisé avec des protéines séminales d'autre origine. La recherche d'IgE spécifiques anti-liquide séminal était négative. La disparition des symptômes lors des rapports protégés a confirmé le diagnostic d'hypersensibilité retardée au liquide séminal.

CAS N° 3

Une femme de 42 ans, non atopique, consultait pour des démangeaisons vulvaires. Le diagnostic de dermite séborrhéique vulvaire avait été évoqué sans qu'un traitement antifongique imidazolé n'apporte d'amélioration. Les dermocorticoïdes n'apportaient qu'une amélioration incomplète et transitoire. La reprise de l'anamnèse précisait la chronologie des symptômes qui débutaient à la fin des périodes menstruelles 24 à 48 heures après la reprise des rapports sexuels. La notion de vulvite post-coïtale conduisait à réaliser un test épicutané au liquide séminal du conjoint avec lecture à 48 heures. Celui-ci était positif (2 croix). Il n'existait pas d'IgE spécifiques anti-liquide séminal associées. Le test épicutané était répété la semaine suivante avec pour contrôle un patch test à la salive du conjoint : le patch séminal se confirmait positif et le patch à la salive était négatif. Les symptômes disparaissaient lors des rapports protégés. Le diagnostic de vulvite de contact par hypersensibilité retardée au liquide séminal était posé.

Discussion

L'hypothèse étiologique d'une allergie séminale est rarement évoquée en présence d'une vulvite ou d'un prurit vulvaire et ce diagnostic est probablement mésestimé ou méconnu. Si l'hy-

persensibilité immédiate avec présence d'IgE est documentée dans la littérature, elle n'est évoquée qu'à des stades tardifs associant des signes systémiques à une vulvite urticarienne. En revanche, l'hypothèse d'une hypersensibilité retardée isolée n'est pas signalée : l'originalité de deux des observations présentées est de montrer que cette étiologie peut être ajoutée à la liste des étiologies de vulvites de contact. La vulve peut être le siège de réactions irritatives ou allergiques de contact. On estime qu'une exploration allergologique standardisée permet de porter un diagnostic d'eczéma de contact dans 29 p. 100 des cas de prurits vulvaires. Il existe une bonne pertinence des tests épicutanés à la néomycine, quinoline, baume du Pérou, lanoline, formol, fragrances, parabens ou ammoniums quaternaires [1]. À côté des parfums dont la responsabilité est importante, les conservateurs et le formol sont impliqués dans les dispositifs périodiques d'hygiène ou lingettes [2]. De même, l'observation de dermite post-coïtale a pu être rapportée à l'usage de méthyl-dibromo-glutaronitrile, composant de l'Euxyl K 400 utilisé aussi bien dans les produits d'hygiène rinçables que pour conserver les émulsions de latex [3]. Les allergènes le plus souvent en cause restent les parfums et antiseptiques comme la chlorhexidine ou le benzalkonium, présents dans des produits d'hygiène féminine [4, 5]. Des ovules médicamenteux ou des topiques antifongiques et/ou antibactériens [6, 7] peuvent aggraver une dermatose préexistante, en particulier la néomycine. À ces divers contacts directs se rajoutent des cas anecdotiques d'eczémas vulvaires manuportés dont le diagnostic étiologique est généralement retardé.

La littérature est assez pauvre sur les manifestations locales d'allergie séminale et plus encore à la possibilité d'hypersensibilité retardée au liquide séminal. Connue depuis les travaux d'Halpern et Robert en 1967, la possibilité d'une hypersensibilité séminale a été rapportée dans le cadre d'une hypersensibilité immédiate s'exprimant localement par de l'urticaire de contact [8]. Le caractère aigu et récurrent d'un œdème post-coïtal avec picotements ou sensation de cuisson et son association éventuelle à des signes systémiques (asthme ou malaise) sont très évocateurs. Le diagnostic d'allergie séminale de type I est fait par prick tests avec recherche d'IgE spécifiques. En 1995, Poskitt et al. ont ajouté la dyspareunie aux signes évocateurs d'hypersensibilité immédiate au liquide séminal [9]. Notre première observation reste conforme à son expérience. L'antigène représente à peine 5 p. 100 des protéines séminales. Le fait que l'allergénicité du sperme ne soit pas modifiée par la vasectomie a été signalé comme un argument confirmant la responsabilité directe des protéines séminales [10]. En cas d'urticaire vulvaire avec symptômes généraux et désir de grossesse, des tentatives de désensibilisation avec diverses fractions protéiques [11, 12] ont permis de préciser que la fraction (Hu Se Pr) impliquée dans l'allergie immédiate a un poids moléculaire allant de 12 000 à 75 000 daltons. Mathias et al. ont précisé que l'antigène séminal réapparaissait à taux détectable dans le liquide séminal dans les 12 heures suivant l'éjaculation [13]. La désensibilisation avec cette fraction induit une diminution des IgE spécifiques avec ascension du taux d'IgG correspon-

dant [14, 15]. Des tests de dégranulation in vitro sur les cellules d'une malade sensibilisée suggèrent que l'antigène séminal n'est pas spécifique du conjoint.

Les deux autres observations présentées montrent que l'allergie séminale peut se révéler par un eczéma vulvaire témoin d'une hypersensibilité retardée. Cette étiologie n'est pas référencée dans la littérature bien que l'anamnèse en soit aisément suggestive. L'affinement de l'exploration des vulvites par tests épicutanés [16, 17] devrait pourtant être plus régulièrement mis en œuvre puisqu'on relève jusqu'à 27 p. 100 de réactions positives d'hypersensibilité retardée en cas de lichénification vulvaire, ce qui suggère qu'au moins 25 p. 100 de vulvites chroniques considérées comme d'origine physique peuvent être en fait d'origine allergique. Dans le cas de symptômes post-coïtaux, le point crucial est d'obtenir une bonne anamnèse car l'allergie au liquide séminal ne se révèle que lors des rapports sexuels. Dans les 2 cas présentés, le diagnostic était facile à suspecter sur l'anamnèse après l'élimination des diagnostics différentiels d'allergies de contact et de prurit vulvaire [18]. L'existence d'une réaction cotée 2 croix vis-à-vis du sperme des conjoints et sa persistance à 72 heures étaient en faveur d'une authentique allergie plutôt que d'une réaction irritative. La négativité du test épicutané au sperme dans d'autres observations personnelles non publiées de vulvites post coïtales permet de souligner la significativité de ces deux réactions positives. La pertinence clinique de ces deux tests est confirmée par l'amélioration lors des rapports protégés et/ou l'abstinence [19].

Contrairement à l'urticaire vulvaire par hypersensibilité immédiate avec ses risques d'asthme [20] ou d'anaphylaxie, la vulvite d'hypersensibilité séminale retardée est a priori une dermatose chronique de pronostic bénin, purement local. Toutefois, il n'est pas exclu que l'eczéma ne s'accompagne ultérieurement d'hypersensibilité immédiate ou de manifestations plus diffuses : la littérature fait d'ailleurs état de réactivation de dermatite atopique chez une femme ayant une allergie séminale de type immédiat. Ceci doit inciter à plus de prudence dans l'appréciation du pronostic de vulvite en cas d'atopie [13].

L'effet favorable de l'abstinence et des rapports protégés a confirmé la relation causale dans ces trois cas.

L'anamnèse des prurits vulvaires et vulvites chroniques devrait inciter à explorer la possibilité d'une hypersensibilité immédiate ou retardée séminale de façon plus spécifique en cas de caractère cyclique des symptômes [21]. L'allergie au sperme représente à côté du latex une allergie à évoquer en pathologie vulvaire post-coïtale aussi bien en cas de vulvite œdémateuse récurrente que de vulvite chronique avec ou sans dyspareunie.

Références

1. Marren P, Wojnarowska F, Powell S. Allergic contact dermatitis and vulvar dermatoses. *Br J Dermatol* 1992;126:52-6.
2. Larsen WG. Sanitary napkin dermatitis due to the perfume. *Arch Dermatol* 1979;115:363.
3. Young H, Beck H. Post-coital contact dermatitis from methylidibromoglutaronitrile. *Contact Dermatitis* 2004;50:48.
4. Fischer AA. Allergic reaction to feminine hygiene sprays. *Arch Dermatol* 1973;108:801-2.
5. De Groot AC, Frosch PJ. Adverse reactions to fragrances. A clinical review. *Contact Dermatitis* 1997;37:46-7.
6. Garioch JT, Forsyth A, Chapman RS. Allergic contact dermatitis from the perfume in cream. *Contact Dermatitis* 1989;20:61-2.
7. Rafanelli S, Bacchilega R, Staganelli I, Rafanelli A. Contact dermatitis from usnic acid in vaginal ovules. *Contact Dermatitis* 1995;33:271-2.
8. Halpern B, Ky T, Robert B. Clinical and immunological study of an exceptional case of reaginic type sensitization to human seminal fluid. *Immunology* 1967;12:247-58.
9. Poskitt C, Wojnarowska F, Shaw S. Semen contact urticaria. *J R Soc Med* 1995;88:108-9.
10. Tomitaka A, Suzuki K, Axamatsu H, Matsunaga K. Anaphylaxis to human seminal plasma. *Allergy* 2002;57:1081-2.
11. Iwahashi K, Miyazaki T, Kuji N, Yoshimura Y. Successful pregnancy in a woman with a human seminal plasma allergy. A case report. *J Reprod Med* 1999;44:391-3.
12. Mittman R, Bernstein D, Adler T, Korbee L, Nath V, Gallagher J, Bernstein I. Selective desensibilisation to seminal plasma protein fractions after immunotherapy for postcoital anaphylaxis. *Allergy Clin Immunol* 1990;86:954-60.
13. Mathias C, Frick P, Caldwellt, Yunginger J, Maibach Z. Immediate hypersensitivity seminal fluid and atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1980;116:209-12.
14. Ludman B. Human seminal plasma protein allergy: a diagnosis rarely considered. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1999;28:359-63.
15. Ohman J, Malkiel S, Lewis S, Lorusso J. Allergy to human seminal fluid: characterization of the allergen and experience with immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 1990;185:103-7.
16. Virgili A, Corazza M, Baciliera S, Califano A. Contact sensibility in vulval lichen simplex chronicus. *Contact Dermatitis* 1997;37:296-7.
17. Goldsmith PC, Rycroft RJG, White IR, Ridley CM, Neill SM, McFadden JP. Contact sensitivity in women with anogenital dermatoses. *Contact Dermatitis* 1997;36:174-5.
18. Doherty VR, Forsyth A, Mackie RM. Pruritus vulvae: a manifestation of contact hypersensitivity? *Br J Dermatol* 1990;123:26-7.
19. Lucke TW, Fleming CJ, Mchenry P, Lever R. Patch testing in vulval dermatoses: how relevant is nickel? *Contact Dermatitis* 1998;38:111-2.
20. Shah H, Agarwal M. Human seminal plasma allergy as a cause of post-coital asthma. *Eur Respir J* 1988;1:972.
21. Kint B, Degreef H, Doms Goossens A. Combined allergy to human seminal plasma and latex: case report and review of the literature. *Contact Dermatitis* 1994;30:7-11.