

PROCEEDINGS

COMMUNICATIONS

GESELLSCHAFTSVERHANDLUNGEN

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALLERGOLOGIE

Séance du 13 mars 1976

HYPERSENSIBILITÉ IMMÉDIATE AU TÉTRACOSAPEPTIDE

MM. *A. Sonnevile, M.-A. Garrigue, A. Sabbah & J. Baudouin*
(Tours et Angers)

Les auteurs rapportent une variété d'allergie particulière, par le fait qu'elle concerne le Synacthène ordinaire et que le mode de réaction a été un état de mal asthmatique. Le diagnostic formel a été porté sur la présence d'IgE spécifiques au Synacthène pour l'un des malades.

Après une brève revue de la littérature, les auteurs émettent quelques hypothèses et discussions concernant le mécanisme intime de l'antigénicité.

Discussion. Le tétracosapeptide peut être un allergène et M. *Dry* rappelle, à ce sujet, les observations rapportées par M. *Charpin*. La dose de $\frac{1}{4}$ mg utilisée par les auteurs lui semble un peu élevée pour un test de provocation. La mise en oeuvre technique d'un RAST au Synacthène pose des problèmes évidents, sur lesquels des précisions sont données, en réponse à des questions de MM. *Orehek* et *Gervais*.

CORRÉLATION ENTRE IgE SPÉCIFIQUES, TESTS CUTANÉS ET ÉVOCACTION DES ALLERGÈNES PAR LA CLINIQUE AU COURS DE L'ASTHME ET DES ÉQUIVALENTS RESPIRATOIRES

MM. *F. Grall, J. Caroff, M. Corson, J.-F. Morin & J. Clavier* (Brest)

Sur 147 dossiers de malades atteints d'allergies respiratoires, les auteurs ont entrepris une étude comparative des trois critères diagnostiques suivants: tests cutanés, mesure des IgE spécifiques par le RAST, évocation possible de l'allergène par un interrogatoire minutieux. Cette étude a permis de relever les concordances suivantes:

- entre RAST et tests cutanés: 97,7 p. cent pour les pollens, 88,2 p. cent pour les epithelia, 78,2 p. cent pour la poussière;
- entre tests, RAST et clinique: 68,8 p. cent pour la poussière.

Dans un deuxième temps, l'étude de 50 dossiers de ceux des malades précédents qui avaient été désensibilisés à la poussière a été reprise, à la recherche d'une notion de la prééminence du RAST sur les deux autres critères, dans la prévision d'un bon résultat thérapeutique. Mais les effectifs ont été trop faibles pour autoriser une conclusion significative.

Les auteurs pensent cependant que le dosage des IgE par le RAST se révèle comme une technique de choix dans le diagnostic in vitro des allergies respiratoires.

Discussion. M. Carron exprime les déceptions qu'il a éprouvées en utilisant le RAST pour le diagnostic de l'allergie à la poussière chez l'enfant. Il a observé beaucoup de discordances entre RAST et tests cutanés à la poussière, alors que les deux techniques sont beaucoup plus concordantes dans l'étude de l'allergie aux acariens, aux pollens, etc. Pour M. Sabbah, le RAST devient beaucoup moins utilisable en présence de taux d'IgE faibles, qui peuvent être propres à l'enfant.

D'une manière générale, Mlle Pauli a observé une bonne corrélation entre tests et RAST à Dermatophagoides, et même une bonne corrélation entre tests cutanés, tests ventilatoires et RAST.

CULTURE DE LYMPHOCYTE ET ACUPUNCTURE

MM. N. T. Ky, L. Roche & M. Lepoivre (Paris)

Trois malades se plaignaient d'oedème de Quincke et de malaise général par allergie à des anesthésiques locaux: procaine, xylocaïne, scandicaïne et prilocaïne. Les intra-dermo-réactions étaient négatives, mais le test de transformation lymphoblastique a permis de poser ces diagnostics. Une anesthésie par la seule acupuncture fut alors tentée et permit l'ablation de plusieurs dents par séance, sans le secours du moindre analgésique.

Une technique diagnostique de pointe a ainsi abouti à l'application d'une technique thérapeutique millénaire.

Discussion. A la demande de Mme Brunet, M. Ky précise que la technique utilisée est celle d'une acupuncture profonde, où les aiguilles sont reliées à une batterie de bas voltage. Intéressé par les résultats indiqués, M. Gervais se demande cependant si le choix entre cette acupuncture particulière et une anesthésie générale de courte durée ne peut être discuté.

LA COURSE LIBRE CHEZ L'ENFANT ASTHMATIQUE

MM. P. Rufin, R. Jean, Mme M.-R. Benoist, MM. M. Tausanov, J. Paupe & J. Vialatte (Paris)

Quarante-huit épreuves d'effort par la technique de la course libre ont été réalisées chez 30 enfants asthmatiques, dont l'âge moyen était de 11,65 années. L'examen était pratiqué le plus souvent plusieurs semaines après une crise d'asthme, en l'absence de dyspnée au repos. On ne retrouvait chez aucun des malades la notion apparente d'asthme d'effort. Toute prise de médicament était arrêtée depuis 48 heures au moins. Chaque épreuve a été précédée d'un bilan spirométrique. Après l'effort, un examen clinique et une mesure du VEMS ont été pratiqués à des temps déterminés.

Dans 80 p. cent des cas, on voit apparaître un bronchospasme dont l'intensité est maximale entre la 3e et la 5e minute: la diminution moyenne du VEMS se situe alors autour de 35 p. cent. Le test est parfaitement reproductible, ainsi qu'on put l'observer chez 18 enfants subissant une deuxième épreuve.

Discussion. L'asthme d'effort pose de nombreux problèmes d'identification et d'interprétation sur lesquels insiste M. Charpin. Il existe de grandes différences d'une étude à l'autre, en rapport possible avec des différences de recrutement. Moins de la moitié des sujets ont des tests d'effort positifs. La nature de l'effort compte beaucoup: l'épreuve de la course libre semble effectivement très significative. Mais que peut-on penser de la physiopathologie de cet asthme d'effort? S'agit-il d'un réflexe vagal?

La question d'éventuelles différences de comportement à l'effort des asthmes allergiques ou non allergiques est posée par M. Henocq, qui a observé, de toute façon des asthmes non allergiques apparaissant exclusivement à l'effort. Le temps de latence d'apparition de la dyspnée est également difficile à interpréter: l'asthme se déclenche souvent après l'interruption de l'effort. Y aurait-il libération d'un « auto-allergène »?

Un auditeur a pratiqué des études après effort sur bicyclette et relève, lui aussi, l'écllosion du bronchospasme au moment de la récupération. Des séances journalières de réentraînement augmentent la tolérance à l'effort, mais le bronchospasme finit toujours par apparaître tôt ou tard. Cet effet de l'entraînement a aussi été noté par M. Gervais. Par contre, il semble qu'un effort relativement bref (deux à trois minutes, par exemple) ait un effet favorable sur la capacité respiratoire et le VEMS, ainsi que l'ont noté Mme Brunet et M. Lelong.

M. Bregevin pose la question d'une influence de la température de

l'air inhalé. Mais M. *Rufin* n'a pas relevé de différences dans les résultats obtenus à des saisons différentes.

L'ASTHME DES DÉFICITS EN IgA

MM. *F.-B. Michel, R. Guendon, J. Bousquet & J.-F. Tronc* (Montpellier)

Sur 90 observations de déficits en IgA associés à des troubles respiratoires, les auteurs ont enregistré 26 asthmes bronchiques, dont 20 observations sont rapportées. Les antécédents, l'inventaire allergologique cutané et les taux d'IgE globales ou spécifiques ont été pris comme critères dans la distinction d'asthmes atopiques « extrinsèques » et d'asthmes « intrinsèques ». Quel que soit leur type, ces asthmes ont en commun l'existence d'infections respiratoires itératives, qui leur confère un caractère de gravité et rend les résultats de l'immunothérapie spécifique plus aléatoires.

Outre cette fragilité à l'égard de l'infection, il est probable que le déficit en IgA favorise l'installation de l'allergie par défaut d'exclusion des antigènes. L'immuno-déficience peut ainsi être en cause dans la genèse de l'asthme, sans qu'il faille pour autant oublier de rôle du « terrain » (réactivité bronchique normale et aptitude à sécréter des IgE) et des facteurs d'environnement.

Discussion. M. *Carron* a fait exécuter des dosages systématiques d'IgA chez 194 enfants asthmatiques et n'a jamais observé de déficit. Sur trois cas de déficits en IgA relevés par ailleurs, chez des sujets non asthmatiques, il y avait 2 cas de déficits en alpha-1-anti-trypsine. M. *Henocq* fait de toute façon remarquer que le taux sérique d'IgA est beaucoup moins intéressant à considérer que le taux d'IgA muqueuses.

ASTHME ET SOUS-POPULATIONS DE LYMPHOCYTES

MM. *J. Clot, E. Charmasson, J. Brochier, R. Guendon & F.-B. Michel* (Montpellier)

Pour apprécier le profil immunologique de malades atteints d'asthme bronchique, les auteurs ont étudié les marqueurs des populations lymphocytaires thymo-dépendantes (T) et médullo-dépendantes (B) obtenues à partir du sang périphérique. Les lymphocytes de 26 sujets asthmatiques (dont 11 cas s'accompagnant d'un déficit associé en IgA) et de 35 sujets normaux (groupe témoin) ont été séparés en gradient de densité et évalués à l'aide de plusieurs techniques de détection des récepteurs ou des antigènes membranaires. Les lymphocytes T ont été détec-

minés par les rosettes-E, les rosettes-E « rapides » et un sérum hétérologue spécifique anti-HTLA (human T lymphocyte antigen). Les lymphocytes B ont été appréciés par l'étude des immunoglobulines de surface et des rosettes-EAC (récepteur pour le complément). Enfin les lymphocytes portant un récepteur pour le fragment Fc des immunoglobulines ont été détectés par les rosettes-EA.

Les résultats obtenus montrent qu'il n'existe aucune différence significative entre les taux de cellules T et B des sujets asthmatiques et ceux des sujets normaux. Les proportions des sous-populations lymphocytaires sont identiques chez les malades asthmatiques ayant ou non un déficit sélectif en IgA associé.

Il a été précédemment proposé que l'atopie se développait à la faveur d'un déficit permanent ou transitoire en IgA. Par ailleurs, il est connu que la production de cette immunoglobuline est sous la dépendance du système lymphoïde thymo-dépendant: le déficit en IgA s'accompagne souvent d'une diminution du nombre des cellules T. Les résultats rapportés ici démontrent que les sujets asthmatiques, avec ou sans déficit en IgA, ont des taux normaux de lymphocytes T et B. On peut penser que les techniques actuelles de détection des sous-populations de lymphocytes sanguins sont incapables de discriminer précisément des sous-classes fonctionnelles de cellules T (suppresseurs et/ou « helpers »).

Discussion. D'après M. Sabbah, il y a encore beaucoup à comprendre en matière de différenciation en catégories des lymphocytes. En tout cas, le TTL et le TIML montrent bien qu'il existe une coopération entre lymphocytes B et T.

VARIATIONS CIRCADIANNES DE LA SENSIBILITÉ BRONCHIQUE À LA POUSSIÈRE DOMESTIQUE DANS 4 CAS D'ASTHME ALLERGIQUE

MM. P. Gervais, C. Gervais, O. Defrance & A. Reinberg (Paris)

Deux hommes (17 et 35 ans) et deux femmes (24 et 47 ans) souffrant depuis plusieurs années d'asthme allergique (sensibilisation à la poussière domestique) ont été hospitalisés pendant au moins 10 jours en chambre individuelle hypo-allergénique. Ils ne recevaient aucune thérapeutique médicamenteuse et ils étaient synchronisés par un repos nocturne de minuit à 7 h. et une activité diurne modérée. Entre autres variables, le débit expiratoire de pointe (DEP) fut mesuré toutes les trois heures entre 7 h. et minuit. La dose-seuil individuelle de la sensibilité bronchique à la poussière fut estimée le jour n° 2 à 15 h. Puis on a mesuré la chute du VEMS dans les 15 minutes consécutives au test

d'inhalation, pratiqué à 8 h., 15 h., 19 h. et 23 h., respectivement les jours n° 4, 6, 8 et 10. Deux jours environ ont séparé chaque épreuve de la suivante; leur ordre a été randomisé.

Ces conditions expérimentales ont permis d'objectiver de trois façons un rythme circadien de la susceptibilité bronchique à la poussière:

1) La chute du VEMS après test de provocation est la plus forte à 23 h. et la plus faible à 15 h. $p = 0,025$);

2) La diminution du DEP, pendant les 24 h. consécutives au test de provocation, est la plus forte lorsque le test est fait à 23 h.; elle est nulle lorsqu'il est fait à 8 h.;

3) L'auscultation itérative montre que des râles sibilants apparaissent et persistent pendant une douzaine d'heures, seulement lorsque le test est fait à 23 h.

Discussion. Sur une question d'un assistant, M. *Reinberg* précise qu'il y a parallélisme entre le cycle circadien et les variations du cortisol, mais que cette liaison ne saurait à elle seule établir un lien de causalité. Tous les facteurs possibles méritent d'être étudiés. M. *Henocq* s'interroge sur l'incidence d'une variation des anticorps. Pour M. *Reinberg*, ce qu'on peut mesurer est bien loin, dans l'ordre des processus, du stade de la production des anticorps. On pourrait aussi s'intéresser aux variations circadiennes du taux des lymphocytes circulants.

Comme le rappelle M. *Charpin*, le problème du délai d'apparition des réponses aux tests de provocation reste important. Ce travail, comme le souligne M. *Gervais*, indique bien qu'il existe en tout cas des moments de réponse et des moments de non-réponse. M. *Sabbah* se demande si la répétition des aérosolisations d'extrait de poussière ne conduit pas à un phénomène de saturation; mais les auteurs ont pris la précaution d'établir un intervalle de deux jours entre les épreuves et de randomiser leur agencement.

ÉTUDE COMPARATIVE DES TESTS CUTANÉS ET VENTILATOIRES À LA POUSSIÈRE DE MAISON, AUX ACARIENS ET AUX SQUAMES HUMAINES DANS L'ATOPIE DERMO-RESPIRATOIRE

MM. M. *Garcelon*, S. *Oppenheim* & E. *Henocq* (Paris)

Les auteurs se sont attachés à comparer les réactions cutanées et ventilatoires de malades atteints d'asthme et d'eczéma constitutionnels, afin de mieux caractériser le rôle respectif de la poussière de maison, des acariens et des squames humaines dans le déterminisme de l'atopie dermo-respiratoire.

Sur les 10 observations présentées, on constate une corrélation satisfaisante des différents tests cutanés. Or, si les épreuves ventilatoires à la poussière et aux acariens sont positives 9 fois sur 10, cette proportion s'inverse quand il s'agit des aérosols-tests aux squames humaines, qui sont négatifs dans 90 p. cent des cas.

Ces résultats permettent d'établir un certain parallélisme entre la voie d'introduction de l'allergène et les manifestations cliniques de l'atopie dermo-respiratoire. Si la poussière de maison et les acariens sont les allergènes essentiels de l'asthme allergique, il existe un « tropisme » cutané certain chez l'eczémateux pour les squames humaines. A ce titre, cet antigène doit être « réhabilité ». Quoique très imparfaitement connu, le rôle des squames humaines dans l'atopie cutanée est un premier jalon dans l'étude des eczémas constitutionnels, quelle que soit la complexité de la préparation des extraits allergéniques.

Discussion. MM. *Dry* et *Tabard* ont aussi observé, mais de façon plutôt exceptionnelle, des allergies aux squames humaines. Dans l'expérience de Mlle *Pauli*, les tests aux squames humaines ont été négatifs 24 fois sur un lot de 26 asthmatiques par allergie à la poussière.

TEST DE PROVOCATION PAR VOIE NASALE DANS LES RHINITES SPASMODIQUES. INTÉRÊT DE LA RHINO-MANOMÉTRIE

MM. *J.-C. Bazin*, *M. Garcelon*, *M. Diab*, *G. Fanet*, *J. Salomon* &
E. Henocq (Paris)

Les auteurs présentant une nouvelle méthode de mesure de la perméabilité nasale à un flux d'air constant. Cette méthode, appelée rhino-manométrie passive, permet d'évaluer les variations de pression et de température intra-nasales avant et après un aérosol d'allergène ou d'histamine.

Elle permet une évaluation objective de la fonction nasale dans les rhinites spasmodiques d'origine allergique, et également d'entreprendre l'étude de rhinites plus complexes (rhinites avec tests cutanés négatifs, rhinites vaso-motrices, etc.).

M. Planes
Paris

Adresse:

Dr. J. Schafer
3, rue Albéric-Magnard
Paris XVIe
France

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.