

Évidences contre la « poussière de maison »

J. BOUSQUET, H. DHIVERT-DONNADIEU, Ph. GODARD, F.B. MICHEL

La médecine de cette fin de siècle est en profonde mutation et l'allergologie, grâce aux progrès réalisés ces 30 dernières années, a largement suivi cette évolution.

Celle-ci a été caractérisée par de nombreuses recommandations proposées depuis une dizaine d'années pour l'asthme [1], la rhinite [2] et l'immunothérapie spécifique [3]. Des références médicales opposables ont ensuite été arrêtées, parfois contestables, si bien que des avis d'experts fondés sur des données irréfutables ont pu les faire modifier.

Les recommandations sur l'asthme et la rhinite déjà publiées sont issues de ce que les anglosaxons appellent l'« Opinion-Based Medicine » (« médecine d'avis »). Elle permet d'établir des recommandations suivant les mécanismes physiopathologiques des affections, l'opinion de médecins et d'experts et des travaux cliniques bien conduits. Cependant, il est clair que les futures recommandations devraient procéder de l'« Evidence-Based Medicine », nouvelle méthodologie proposée depuis quelques années à Hamilton (Ontario) qui s'est mondialisée grâce à la Cochrane Collaboration [4]. Elle est fondée sur les faits scientifiques retirés d'une méta-analyse rigoureuse, et, la plupart des articles publiés avant 1980 ne satisfont pas aux critères. Les futures recommandations seront très vraisemblablement dérivées des conclusions de l'« Evidence-Based Medicine ».

Une recommandation telle que l'introduction et la poursuite au long cours de la corticothérapie

inhalisée dès le stade d'asthme persistant modéré [1], a été proposée parce que l'asthme est une affection inflammatoire, que l'inflammation est corrélée à la sévérité de la maladie, que les traitements anti-inflammatoires (tels les corticoïdes inhalés) avaient démontré leur efficacité dans un certain nombre d'études cliniques. Cette recommandation fondée sur l'« Opinion-Based Medicine » ne saurait être remise en question par l'« Evidence-Based Medicine ». Elle montre que le sens clinique des médecins est particulièrement important mais les données cliniques ont été confirmées par des études méthodologiquement correctes.

Qu'en est-il de la « poussière de maison » ? Pour qu'un allergène soit considéré comme admissible dans l'arsenal diagnostique et thérapeutique, il doit être caractérisé et standardisé [3, 5]. La caractérisation d'un allergène consiste d'abord à déterminer sa séquence en acides aminés, puis à cloner le gène qui préside à sa synthèse et enfin, à déterminer les IgE spécifiques dirigées contre les épitopes de la protéine. Aucun de ces trois critères ne s'applique à la « poussière de maison », qui n'est donc pas un allergène *stricto sensu* mais une mosaïque d'allergènes plus ou moins bien identifiés, sans qu'aucun allergène spécifique de la « poussière de maison » n'ait été identifié à ce jour.

La deuxième nécessité pour un allergène est sa standardisation. Elle requiert des tests *in vivo* et *in vitro*, parmi lesquels la mesure d'allergènes majeurs, retrouvés en quantité relativement

constante dans les préparations allergéniques. Il n'existe pas d'allergène majeur spécifique de la poussière de maison et la mesure des allergènes des différents composants de la poussière (acariens, phanères, insectes, pollens...) donne des résultats éminemment variables en fonction du lieu et de la saison de collecte. On ne peut donc pas proposer des extraits de « poussière de maison » standardisés issus des recommandations les plus récentes [6].

Si l'allergène « poussière de maison » n'est pas identifiable et si on ne peut pas standardiser ses extraits d'une manière optimale, comment pourrait-on fonder un diagnostic et un traitement ? Ainsi, même avec l'« Opinion-Based Medicine », cette pratique n'est plus acceptable en 1997.

Un certain nombre d'allergologues se fient cependant à leur « sens clinique » pour continuer d'utiliser à la « poussière de maison » pour le diagnostic et traitements d'affections allergiques. Deux raisons majeures permettent de récuser cette attitude. La prise en charge du patient allergique associe l'éviction allergénique, la pharmacothérapie, l'immunothérapie et l'éducation du patient. Les essais cliniques enregistrent un effet placebo chez 40 à 65 % des patients, rendant ainsi le jugement de l'efficacité réelle de l'immunothérapie aux allergènes perannuels extrêmement difficile dans la pratique quotidienne. C'est d'ailleurs la conclusion de la très sérieuse American Medical Association [7]. Ce débat nous rappelle ensuite les discussions, près de la fin des années 1970, où tous les allergologues pratiquaient la désensibilisation aux extraits de corps total d'hyménoptères,

croquant sincèrement que cette thérapeutique était efficace alors qu'elle ne l'était pas plus que le placebo [8].

Le « sens clinique » est certes un atout important du médecin, mais cela ne le dispense pas de l'étayer par des études méthodologiquement correctes. Deux études recherchant l'efficacité clinique de la poussière de maison selon une méthodologie en double-insu contre placebo [9, 10], réalisées avant 1975, ne satisfont pas aux critères de l'« Evidence-Based Medicine ».

L'allergologue d'aujourd'hui doit se conformer aux dernières données scientifiques et médicales ; continuer à proposer diagnostic et traitement des allergies respiratoires avec des extraits de « poussière de maison » ne correspond pas à une pratique actuelle. Nous tenons en grande estime le Docteur Schlafer, et nous avons tenté de répondre à l'éditorial récent qui s'intitulait « *Requiem pour un allergène* ». Il aurait dû l'intituler « *Requiem pour une mosaïque d'allergènes* », et, nous avons développé les raisons pour lesquelles nous pensons pouvoir souligner (ainsi que toutes les recommandations internationales publiées à ce jour depuis environ 10 ans [3, 6]), que la « poussière de maison » fait partie de ce passé si bien décrit par le Docteur Schlafer. Nous avons la conviction que les allergologues qui ne l'admettraient pas exposeraient, autant leur pratique que la discipline allergologique elle-même, à une suspicion dont elle doit se passer comme, il y a quinze ans, ils auraient été discrédités si les venins n'avaient remplacé les corps totaux d'hyménoptères.

RÉFÉRENCES

1. Global strategy for asthma management and prevention. WHO/NHLBI workshop report. In: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, Publication Number 95-3659, 1995.
2. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy*, 1994, 49, suppl. 19, 1-33.
3. Malling H., Weeke B. – Immunotherapy. Position Paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*, 1993, 48, suppl. 14, 9-35.
4. Sackett D.L., Rosenberg W.M. – On the need for evidence-based medicine [editorial]. *Health Econ.*, 1995, 4, 249-254.
5. Nicklas R., Bernstein I., Blessing-Moore J. et al. – Practice parameters for allergen immunotherapy. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1996, 6, 1001-1011.
6. Bousquet J., Lockey D., Malling H. – WHO Position Paper. Allergen Immunotherapy, therapeutic vaccines for allergic diseases. *Allergy*, 1988, soumis.
7. Creticos P.S. – Immunotherapy with allergens. *JAMA*, 1992, 268, 2834-2839.
8. Hunt K.J., Valentine M.D., Sobotka A.K., Benton A.W., Amodio F.J., Lichtenstein L.M. – A controlled trial of immunotherapy in insect hypersensitivity. *N. Engl. J. Med.*, 1978, 299, 157-161.
9. Bruun E. – Control examination of the specificity of specific desensitization in asthma. *Acta Allergol.*, 1949, 11, 122-128.
10. Aas K. – Hyposensitization in house dust allergy asthma. *Acta Paediatr. Scand.*, 1971, 60, 264-268.

