

Un traitement écologique de l'anaphylaxie au venin d'abeille

L'anaphylaxie aux piqûres d'abeilles se traite avec succès par une désensibilisation au venin. Les rappels mensuels de 100 γ g d'extraits de venin doivent être poursuivis des années [2], ce qui pose des problèmes d'observance. Des conditions particulières à une malade nous ont fait proposer un traitement naturel.

Il s'agit d'une femme d'apiculteur de 29 ans. Elle a présenté plusieurs accidents généralisés aux piqûres d'abeilles. Les tests cutanés et le RAST étaient positifs au venin d'abeille. Un traitement aux extraits de venin a été entrepris, suivi de rappels mensuels de 100 γ g à partir de janvier 1983. Lors des récoltes de miel de 1983 à 1984, la patiente a été piquée par des abeilles sans incident. L'éloignement rendait la poursuite du traitement difficile à la malade. Il a été convenu à sa demande d'un traitement « écologique ». L'essai a eu lieu dans le service. L'apiculteur a fait piquer son épouse par trois abeilles sans incident. Les recommandations ont été de faire faire trois piqûres mensuelles par le mari ; d'avoir une trousse d'urgence à jour ; de prévenir le service et d'interrompre les rappels en cas de difficulté. La malade se traite avec un recul de 30 mois. La tolérance aux piqûres programmées ou accidentelles est excellente.

Cette observation soulève plusieurs problèmes. D'un point de vue technique, les variations de la qualité du venin au cours des saisons et de la quantité contenue dans le sac à venin en fonction de l'âge de l'insecte, sont à préciser afin d'éviter des accidents liés à des sous-dosages des rappels. Une piqûre d'abeille délivre en moyenne 50 γ g de venin [3]. Une diminution de 30 p. cent de la quantité de venin permettrait néanmoins en trois piqûres d'atteindre 100 γ g. Une piqûre naturelle a une capacité d'induction immunologique largement supérieure aux extraits [5], il est donc possible qu'une ou deux piqûres soient suffisantes. La valeur qualitative du venin ne semble pas subir de variation selon les saisons ou l'âge de l'insecte [4].

Dans une perspective éthique, les tests de provocation sont généralement acceptés et même souhaitables pour les malades désensibilisés afin de s'assurer de la bonne efficacité individuelle du traitement. Après ce test le sujet retourne à la ruche où il est exposé aux piqûres aléatoires et parfois nombreuses. Il paraît licite d'organiser ces mêmes piqûres de manière régulière et quantifiée afin d'en obtenir une utilité thérapeutique et d'entretenir la tolérance. Le problème de la responsabilité juridique respective du médecin, du malade et du conjoint piqueur s'il survenait

un accident lors d'un rappel, est à discuter. Cependant, les accidents surviennent le plus souvent lors de la phase de croissance des doses [1]. La tolérance et l'efficacité de ce traitement écologique, simple et économique, sont en cours de confirmation dans un groupe d'apiculteurs allergiques avec contrôle immunologique.

REFERENCES

1. Golden D.B., Valentine M.D., Kagey-Sobotka A., Lichtenstein L.M. — Regimens of hymenoptera venom immunotherapy. *Ann. intern. Med.*, 1980, 92, 620-624.
2. Golden D.B., Kagey-Sobotka A., Valentine M.D., Lichtenstein L.M. — Dose dependence of hymenoptera venom immunotherapy. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1981, 67, 370-374.
3. Lichtenstein L.M., Valentine M.D., Sobotka A.K. — A case of venom treatment in anaphylactic sensitivity to hymenoptera sting. *N. Engl. J. Med.*, 1974, 290, 1223-1227.
4. Reisman R.E., Littler S.J., Wypica J.I. — Comparison of the biochemical, immunologic and allergenic properties of vespid venoms collected in early and late summer. *Toxicon*, 1984, 22, 148-152.
5. Schuberth K.C., Lichtenstein L.M., Kagey-Sobotka A., Szklo M., Kwitewich K.A., Valentine M.D. — Epidemiologic study of insect allergy in children. II Effect of accidental stings in allergic children. *J. Pediatr.*, 1983, 102, 361-365.

P. DUGUÉ

Service de Pneumologie et d'Allergologie
CHG de Grasse
06335 GRASSE CEDEX

Diagnostic néonatal de l'œdème angioneurotique héréditaire (OANH)

Les manifestations cliniques de l'OANH sont liées à un déficit génétique en inhibiteur du C1 (C1 INH) (transmission autosomique dominante), avec pour conséquence la libération de peptides vasoactifs (les C-kinines) à partir de C4 et de C2. Le profil complémentaire est caractéristique, ce qui permet le diagnostic : C1 INH et C4 effondrés en permanence, contrastant avec un C3 normal.

Une amélioration de la maladie est curieusement observée pendant la grossesse malgré l'arrêt habituel du traitement par les anabolisants : aucun œdème n'est observé lors de l'accouchement, non seulement chez la mère mais encore chez le nouveau-né, lorsque celui-ci est atteint. Cependant, un diagnostic précoce d'OANH est nécessaire car un traitement prophylactique à court terme est indispensable si un geste chirurgical est envisagé ou en cas de contention pour fracture. Pour savoir si la maladie a été transmise, nous avons dosé le C1 INH, le C3 et le C4 dans le sang du cordon du nouveau-né, né d'une mère atteinte, et nous avons comparé le résultat