



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2011) xxx-xxx

Fait clinique

Indications du bilan d'allergie aux venins d'hyménoptères. Génétique de l'allergie aux venins d'hyménoptères

*Indications for allergic test in hymenoptera venom allergy.
Genetic of hymenoptera venom allergy*

I. Sullerot^a, E. Girodet^b, J. Birnbaum^{c,*}

et Groupe de travail Insectes Piqueurs SFA-ANAFORCAL

^a Service de médecine C, centre hospitalier, avenue Pierre-de-Coubertin, 89100 Sens, France

^b Service de dermatologie, centre hospitalier Lyon Sud, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France

^c Clinique des bronches, allergie et sommeil, hôpital Nord, chemin des Bourrellys, 13015 Marseille, France

Reçu le 16 février 2011 ; accepté le 17 février 2011

Résumé

Il s'agit du travail de réflexion du groupe « insectes » à propos d'un cas clinique concernant une enfant de sept ans qui a présenté une réaction locale étendue après une piqûre de guêpe, les piqûres antérieures ne donnant lieu à aucune réaction ; les parents sont inquiets en raison d'un antécédent familial de décès à la suite d'une piqûre de guêpe. Face à l'inquiétude des parents, le bilan allergologique est réalisé, montrant une sensibilisation à *Vespula*, et une trousse d'urgence sans adrénaline est prescrite, ainsi qu'un contrôle biologique à prévoir dans un an. À la lumière des données épidémiologiques, le groupe n'aurait pratiqué aucun bilan, ni contrôle arbitraire dans un an ; il n'aurait majoritairement pas prescrit de l'adrénaline, et rappelle qu'à ce jour, aucun facteur génétique n'a été mis en évidence dans ce type d'allergie.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : *Vespula* ; Réaction locale étendue ; Bilan initial ; Trousse d'urgence ; Génétique

Abstract

This is the thinking work of the insect's group on a clinical case concerning a child aged 7 years old who presented an extensive local reaction after a wasp sting, previous stings did not result in any reaction. Parents are worried because a family history of death from a wasp sting. With the concerns of parents, the allergy assessment is performed, showing a sensitisation to *Vespula*, and an emergency kit without adrenaline is prescribed and a biological control expected in one year. From the epidemiological data, the working group would have not performed assessment neither arbitrary control in one year. Most of the working group's members would not prescribe adrenaline, and recalls that, to date, no genetics factors have been highlighted in this type of allergy.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Wasp; Extensive local reaction; Initial assessment; Emergency kit; Genetics

1. L'exposé des faits

Le cas clinique concerne une enfant de sept ans qui consulte un allergologue à la suite d'une piqûre de guêpe.

La réaction clinique a été immédiate, mais bénigne : placard inflammatoire local étendu à l'articulation proximale, sans aucune manifestation systémique.

Les parents précisent que les piqûres antérieures ne donnaient lieu à aucune réaction, et qu'ils sont inquiets car un des oncles de l'enfant est décédé à la suite d'une piqûre de guêpe.

Devant l'insistance des parents, un bilan allergologique est pratiqué.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : joelle.birnbaum@ap-hm.fr (J. Birnbaum).

Les tests cutanés pratiqués par IDR sont positifs pour la guêpe *Vespula* à 0,01 µg/mL, pour la guêpe *Poliste* à 0,1 µg/mL, et négatifs pour l'abeille.

Les IgE demandées uniquement pour la guêpe *Vespula* sont à 3,5 kU/L (Immuno-CAP).

Considérant que cet enfant n'avait pas de risque particulier de faire une réaction anaphylactique lors d'une prochaine piqûre, une trousse d'urgence sans adrénaline a été prescrite, et un contrôle biologique a été prévu dans un an.

2. Les questions posées au groupe

Plusieurs questions se posent quant aux explorations allergologiques devant cette réaction locorégionale : Fallait-il faire le bilan initial ? Faut-il prescrire de l'adrénaline ? Faut-il maintenir le bilan prévu à un an ? Et si oui, que faire si le taux des IgE à la guêpe *Vespula* augmente ? Que dire de l'éventualité d'un facteur familial dans ce type d'allergie ?

3. Les réponses du groupe

3.1. Fallait-il faire le bilan initial ?

Huit experts sur dix n'auraient fait aucun bilan initial. En effet, la réaction locale étendue correspond à une réaction œdémateuse de plus de 10 cm de diamètre, pouvant atteindre une à deux articulations voisines, parfois associée à des phlyctènes, et persistant au moins 24 heures [1].

Il n'y avait donc pas d'indication de bilan cutané ni de bilan sanguin, mais il faut pouvoir résister à la pression de la famille.

Les tests cutanés et les IgE positifs à la guêpe *Vespula* indiquent que le patient est sensibilisé à la guêpe *Vespula*, ou qu'il a récemment été piqué, mais ne signifient pas qu'il est allergique. Le risque qu'il présente par la suite une réaction grave à une piqûre de guêpe est le même que celui de la population générale ; en conséquence, une désensibilisation n'est pas indiquée [2].

3.2. Faut-il recommander une trousse d'urgence avec adrénaline ?

Six experts auraient recommandé une trousse d'« urgence » ou de « sécurité » contenant un antihistaminique par voie orale et un corticoïde par voie orale et locale.

La prescription d'une seringue d'adrénaline a été discutée à la lumière des publications concernant la sévérité de la réaction lors d'une nouvelle piqûre en fonction de la gravité de la réaction initiale : le risque de réaction systémique à la repiqûre après une réaction initiale locale étendue est évalué entre 5 et 10 % dans la population générale [3], alors qu'il est de 20 % après une réaction systémique modérée, et de 40 % à 70 % après une réaction systémique sévère [4].

Cela est pondéré par le fait que chez l'enfant, le risque de récurrence est plus faible : en cas de réaction initiale systémique légère, 16 % des enfants feront une réaction identique à la repiqûre, et moins de 2 % une réaction plus grave [5].

3.3. Faut-il maintenir le bilan prévu à un an ?

Concernant l'éventuel bilan de réévaluation à un an, il est inutile pour cinq experts. Cependant, quatre experts soulignent la nécessité de revoir l'enfant en cas de réaction systémique après une nouvelle piqûre.

3.4. Existe-il un facteur familial dans ce type d'allergie ?

Trois experts s'accordent pour dire que jusqu'à ce jour, aucun facteur génétique n'a été mis en évidence. Une seule étude évoque une éventuelle prédisposition génétique familiale pour l'allergie au venin d'hyménoptère chez les enfants en Israël [6]. Dans une autre étude, un facteur protecteur lié à certains allèles (HLA DR 4 et DQw 3) est associé à l'incapacité de synthétiser des IgE contre des allergènes du venin d'abeille [7]. L'incidence élevée de réactions systémiques dans certaines familles serait plutôt liée à un mode de vie qui expose aux piqûres répétées, comme les familles d'apiculteurs [8].

4. Les décisions prises en retour

Devant l'avis consensuel, il a été décidé de ne pas désensibiliser l'enfant.

Par contre, du fait d'un manque de consensus, l'adrénaline a été maintenue.

La patiente a été revue deux ans plus tard pour le bilan d'un asthme léger aux acariens. Elle n'a pas été repiquée par un hyménoptère mais garde une trousse d'urgence avec adrénaline.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bilo BM, Rueff F, Mosbech H, Bonofazi F, Oude-Elberink JNG, The EAACI Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity. Diagnosis of hymenoptera venom allergy. *Allergy* 2005;60:1339–49.
- [2] Bonifazi F, Jutel M, Bilo BM, Birnbaum J, Muller U, The EAACI Interest Group on Insect Venom Hypersensitivity. Prevention and treatment of hymenoptera venom allergy: guidelines for clinical practice. *Allergy* 2005;60:1459–70.
- [3] Severino M, Bonadonna P, Passalacqua G. Large local reactions from stinging insects: from epidemiology to management. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;9:334–7.
- [4] Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:477–80.
- [5] Birnbaum J, Vervloet D. Désensibilisation aux venins d'hyménoptères : mise en œuvre, techniques et arrêt. *Rev Fr Allergol* 1997;37:1063–9.
- [6] Graif Y, Romano-Zelekha O, Livne I, Green MS, Shohat T. Allergic reactions to insect stings: results from a national survey of 10000 junior high school children in Israel. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:1435–9.
- [7] Lympay P, Kemeny DM, Welsch KI, Lee TH. An HLA associated non responsiveness to mellitin: a component of bee venom. *J Allergy Clin Immunol* 1990;86:160–70.
- [8] Charpin D, Birnbaum J, Vervloet D. Epidemiology of hymenoptera allergy. *Clin Exp Allergy* 1994;24:1010–5.