

DIAGNOSTIC D'ALLERGIE EN PRATIQUE O.R.L. COURANTE

Dr. P. Trenque; Dr. H. Cajgfinger

Lyon (France)

Bien que l'allergie ait été décrite par von Pirquet, dès 1906, et que, dans le public cette notion se voit vulgarisée peut-être trop largement, le médecin ne peut se défendre d'un certain scepticisme devant la pratique des tests allergologiques et des traitements de désensibilisation. Les oto-rhino-laryngologistes confrontés quotidiennement avec ces phénomènes dont ils reconnaissent l'existence et la fréquence, confient volontiers leurs malades à l'allergologiste mais ne peuvent s'empêcher de s'interroger sur le sérieux de la recherche d'un diagnostic précis de l'antigène responsable et sur l'efficacité d'un traitement au long cours, peut-être d'ailleurs parce que ces malades échappent à leurs soins et qu'ils peuvent difficilement contrôler les effets lointains de ces thérapeutiques.

Depuis plus de deux ans, à l'instigation du Prof. H. A. E. van Dishoeck nous avons essayé de mettre sur pied une organisation pratique d'investigations allergologiques dans le cadre de la pratique journalière d'un cabinet de praticien oto-rhino-laryngologiste. Nous avons pu ainsi faire la preuve que les tests diagnostiques d'allergie peuvent être effectués par tout spécialiste O.R.L. à qui il est facile par exemple de grouper ses malades suspects, une ou deux fois par semaine. C'est le schéma de cette organisation que nous désirons vous exposer aujourd'hui.

L'idée première était que seules devaient être utilisées les méthodes permettant un diagnostic rapide, c'est pourquoi nous n'avons pas retenu les examens sériques tels que la recherche du pouvoir histamino-protecteur de Bende et Urgina, celle du pouvoir histamino-pexique du sérum de Parrot et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes contentés de tests simples: recherche de l'éosinophilie dans le sang et dans le mucus nasal, recherche de la cristallisation du mucus nasal et réactions aux injections intra-dermiques d'allergènes.

L'éosinophilie est classique dans le terrain allergique, bien que manquante dans 25% des cas; nous ne la recherchons pas systématiquement. La technique de l'examen est bien connue, ne diffère en rien de la méthode hématologique et nous n'y insisterons pas. Par contre l'examen du mucus nasal est systématiquement pratiqué. Le prélèvement doit être fait par le rhinologiste à l'aide d'un porte-coton. Le mucus est étalé et séché. L'étude au microscope de la cristallisation du mucus nasal nous a paru riche de promesses pour de futures recherches. En effet il semble que dans les cas d'allergie très prononcée et aussi pendant les périodes d'accidents allergiques, la cristallisation

du mucus se fasse non en bâtonnets ou en cristaux banaux, mais en dessinant de magnifiques feuilles de fougères. Quant l'air est sec et la température de la pièce élevée, le mucus sèche vite. Sinon le séchage et la cristallisation peuvent demander une à deux heures. Evidemment il est possible, mais non souhaitable, de hâter cette opération par séchage à la flamme.

La cristallisation du mucus ayant été étudiée, on colore la lame par des procédés classiques: fixation par le liquide de Suza par exemple, coloration à l'haemaluin (formule de Mayer). 500 cellules sont comptées et le pourcentage des cellules éosinophiles en découle. Nous utilisons des lames limées sur un centimètre environ, ce qui nous permet d'écrire directement le nom du malade sur la portion non lisse, sans avoir recours à des étiquettes ou à des fragments de sparadrap.

Les tests d'allergènes sont pratiqués de façon méthodique. Un matériel réduit suffit à condition qu'il soit parfait.

Nous nous sommes rendus compte assez rapidement que dans la plupart des cas, il suffisait de cinq extraits d'allergènes inhalés *), de cinq extraits d'allergènes bactériens **) et deux autres injections: contrôle à l'histamine et liquide de test témoin.

Les allergènes inhalés que nous étudions sont les extraits de pollens de graminées (ceci n'est valable qu'en Europe; en Amérique, il faudrait y ajouter des extraits de pollens de plantes de la famille Ambrosia), de poussières de maison, de moisissures mixtes, de pellicules mixtes d'animaux et de plumes. Les allergènes bactériens étudiés, contenant un milliard de germes par cm^3 , sont des extraits de *Neisseria Catarrhalis*, de pneumocoques, de streptocoques, de staphylocoques et d'*haemophilus influenzae*. La solution utilisée pour le test à l'histamine est constituée par un milligramme de chlorhydrate d'histamine diluée dans 100 cc de sérum physiologique; cette solution ne peut être utilisée que pendant quatre ou cinq jours.

Les seringues utilisées, d'une contenance de 1 cm^3 , doivent pouvoir être parfaitement tenues en main, graduées en dixièmes de millimètres cubes. Elles sont nettoyées chaque jour, lavées à l'eau courante, une à une pour éviter toute contamination, stérilisées ensuite. Au moment de leur utilisation, elles sont placées sur des tablettes métalliques encochées de façon à ce que chaque seringue soit placée en face du flacon d'allergène correspondant. De la sorte les mêmes seringues peuvent être utilisées pour une série entière de malades. Les aiguilles utilisées sont des aiguilles à injections intra-dermiques, de 15/4, à biseau long. Elles sont vérifiées chaque fois, lavées sous pression pendant de longues minutes et sont stérilisées dans des canulettes à aiguilles qui permettent une utilisation facile. Ces aiguilles sont placées sur les seringues devant le malade et ôtées devant lui. Les injections sont toujours pratiquées dans le même ordre, de sorte qu'il est facile de reconnaître à quel allergène correspond chaque injection. Les antigènes inhalés sont injectés sur un bras, ainsi que le test à l'histamine et le liquide de test de contrôle. Les antigènes bactériens sont injectés sur l'autre bras, également dans un ordre toujours rigoureusement identique. Chaque test est espacé de

* Lab. H.A.L., Haarlem (Nederland).

** Lab. R.I.V., Utrecht (Nederland).

au rapport du diamètre de l'érythème obtenu avec celui de la papule d'injection. La réaction est négative quand il n'y a aucune modification. Souvent d'ailleurs, quand la réaction est positive, le malade se met à éternuer dans les minutes qui suivent l'examen.

Pour affirmer l'allergie il faut que la réaction au liquide témoin soit négative ou \pm et que le test à l'histamine soit positif, et cela avec une intensité pratiquement égale à celle des tests inhalés positifs. Si le test d'intra-dermo réaction au liquide témoin est positif, c'est le signe d'une sensibilité prédisposante à l'allergie, et tous les tests sont alors en général positifs.

Il est évident que si l'un des tests est particulièrement positif, on peut le détailler ultérieurement.

Les résultats en sont notés sur des fiches spéciales (voit figures 1 et 2).

Tous les malades de rhinologie ne peuvent évidemment être testés. Il faut pour ce faire que les manifestations pathologiques aient pu évoquer le terrain allergique. Nous n'insisterons pas sur les syndromes classiques de l'allergie nasosinusienne: pollinose, coryza spasmodique apériodique, polypose nasosinusienne, rhinite vaso-motrice, trachéite spasmodique. Chez ceux-là en effet le diagnostic d'allergie s'impose. En fait ce qui est surtout intéressant, c'est de rechercher le terrain allergique devant certains tableaux bâtards: écoulement muqueux plus ou moins chroniques, ensemble diffus de toux, de catarrhe nasal, d'enchifrènement, anosmie passagère, éternuements répétés du matin, échec surtout des thérapeutiques habituelles, tableaux cliniques pour lesquels se posent le diagnostic entre troubles circulatoires et manifestations allergiques. Ces malades présentent souvent des tests allergiques positifs qui entraînent des incidences thérapeutiques souvent efficaces. Il est évident qu'un traitement de désensibilisation ne pourra être mis en oeuvre que si un ou deux tests se révèlent positifs. Si, comme c'est souvent le cas, tous les tests sont positifs, avec une intensité peu marquée d'ailleurs, il est certain que seul le terrain doit être traité. Actuellement nous avons depuis deux ans * testé plus d'un millier de malades suspects d'allergie. Un grand nombre a été mis au traitement de désensibilisation. L'étude des résultats est encourageante et fera l'objet d'un travail ultérieur. Aujourd'hui nous avons essentiellement voulu indiquer la façon dont nous avons organisé la recherche pratique de d'allergie chez nos malades. Avant de faire appel à l'allergologiste, ce diagnostic peut et doit être fait par l'oto-rhino-laryngologiste lui-même, à son cabinet. Si nous avons réussi à vous convaincre de cette possibilité, notre but est atteint.

SUMMARY

The authors present a routine method for allergic examination. Immediate type reactions are done with house dust, pollen, mixed moulds, mixed danders and mixed feathers. Delated type reactions are done with bacterial allergenes of *Neisseria catharrhalis*, pneumococcus, streptococcus, heamophilus influen-

* avec la collaboration de M. J. De Giron.

zae and staphylococcus. Eosinophilia counts are done in the blood and nasal mucous. Importance is ascribed to the mucous cristallisation phenomenon.

Specific treatment with the standardised extracts of the H.A.L. (Haarlems Allergenen Laboratorium Holland) and with vaccins proved to be successful.

Dr. P. Trenque,
4, Rue Montvert
36, Rue Victor-Hugo,
Lyon (France)