



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 47 (2007) 51–56

REVUE FRANÇAISE
D'ALLERGOLOGIE
ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

<http://france.elsevier.com/direct/REVCLI/>

Article original

Les pollinoses de proximité ne sont-elles que des cas cliniques ?

Revue de la littérature à propos de cinq observations

Pollinosis of proximity: Review of the literature and report of five cases

F. Lavaud*, A.C. Jonvel, J.F. Fontaine, D. Sabouraud, F. Lebargy

Fédération d'allergologie, service des maladies respiratoires et allergiques, CHU de Reims, hôpital Maison Blanche, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims cedex, France

Reçu le 21 décembre 2006 ; accepté le 23 décembre 2006
Disponible sur Internet le 7 février 2007

Résumé

Les pollinoses de proximité ne concernent que des espèces florales qui émettent leurs pollens dans un petit périmètre et touchent les patients qui séjournent dans ce périmètre restreint. L'objet de ce travail est, à partir de cinq observations bien documentées (pissenlit deux fois, lupin une fois, cyclamen une fois, mimosa une fois), de faire le point sur ces allergies qui ne sont pas si exceptionnelles dans des secteurs professionnels très exposés, notamment chez les fleuristes et horticulteurs où des études épidémiologiques ont été réalisées. Par la grande variété des espèces en cause, ces pollinoses peuvent également atteindre la population générale, et surtout les atopiques, si les conditions d'exposition sont favorables. Globalement ce sont des allergies sûrement méconnues, mais qui font régulièrement l'objet de publications de cas cliniques. Le manque d'extraits allergéniques est un frein à leur dépistage qui doit cependant justifier toute l'attention des allergologues.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Pollinosis of proximity is due to plant species that emit their pollen in a limited perimeter and affect patients who stay in this limited perimeter. The aim of this present work, in addition to reporting five well-documented cases (two cases due to dandelion, one to lupin, one to cyclamen, and one to mimosa pollen), was to review this type of allergy, which is not rare among individuals who are highly exposed to these plants, notably florists and gardeners, concerning which epidemiologic studies have been carried out. Because of the large variety of species that can be involved, these pollinoses can likewise affect the general population, especially atopics, if the conditions of exposure are favourable. Finally, the incidence of these allergies is not well known, while they are regularly the subjects of case reports. Because of the lack of standardized allergen extracts, diagnosis of these allergies depends on the clinical history.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pollen ; Pollen de proximité ; Rhino conjonctivite ; Asthme ; Allergie professionnelle ; Fleurs ornementales

Keywords: Occupational allergy; Pollen allergy; Ornamental plants; Rhinoconjunctivitis; Asthma

1. Introduction

Par définition les pollinoses de proximité sont dues à des pollens plus rares, moins anémophiles et moins dispersés que ceux qui sont classiquement recueillis dans l'atmosphère par les appareils de comptage pollinique.

En fait, de nombreuses publications se rapportent à des espèces florales qui correspondent imparfaitement aux critères d'allergénicité pollinique. Cela concerne la pathologie professionnelle, mais également communautaire, en rapport avec des pollens peu anémophiles ou essentiellement entomophiles et la plupart des fleurs ornementales.

Nous rapportons cinq observations où la responsabilité de pollens réputés peu allergisants a pu être prouvée : pollen de lupin, pollen de cyclamen, pollen de pissenlit et pollen de mimosa. À ce propos, la revue de littérature montre que, même

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : flavaud@chu-reims.fr (F. Lavaud).

si ces pollinoses sont exceptionnelles, leur diagnostic doit néanmoins être évoqué dans des conditions particulières d'exposition, le frein étant le manque d'examens complémentaires fiables et standardisés.

2. Observations

2.1. Observation n°1

Il s'agit d'une patiente de 52 ans, atopique, présentant des antécédents d'asthme par allergie aux acariens. Elle est aide ménagère et est suivie depuis plusieurs années pour un syndrome d'allergie orale apparaissant après la consommation de pâtisseries, compliqué à deux reprises par un oedème laryngé et un collapsus ayant nécessité l'injection d'adrénaline et des soins d'urgence avec hospitalisation.

L'origine alimentaire de ces manifestations a pu être prouvée. Le diagnostic d'allergie à la farine de lupin a été porté avec des tests cutanés positifs à 10 mm pour un témoin histamine à 5 mm, un CAP-RAST^R positif à 50 U/ml pour la graine de lupin et un test de provocation labiale positif. On note également une sensibilisation croisée à l'arachide (2,09 U/ml) et aux acariens (7,50 U/ml). Depuis l'éviction de la farine de lupin est associée à un contrôle satisfaisant des symptômes. Élément nouveau, elle constate depuis deux étés une rhino conjonctivite n'apparaissant que lors de ces séjours professionnels dans le jardin d'une amatrice de lupins lors de leur floraison ou à l'intérieur, au contact des fleurs coupées.

L'ensemble du bilan allergologique reste négatif pour les pollens classiques de la batterie des extraits commerciaux. Il en est de même pour le dosage des IgE sériques spécifiques dirigées contre les pollens usuels. En revanche, le CAP-RAST^R est positif pour le pollen de lupin à 10,5 U/ml, et cette allergie pollinique a pu être confirmée par un test nasal de provocation qui est positif avec un extrait natif de pollen de lupin.

Au total on conclut à *une allergie à la farine de lupin associée à une pollinose au lupin*. S'agit-il d'allergènes croisés ou d'une cosensibilisation ?

2.2. Observation n°2

Ce patient âgé de 30 ans, horticulteur, est atopique, sensibilisé aux poils de chat et au pollen de bouleau. Il décrit une rhinoconjonctivite perannuelle à recrudescence hivernale, rythmée par ses activités professionnelles. Il travaille en serre, cultive des plantes à fleurs et notamment des cyclamens. La symptomatologie est particulièrement évidente au moment des fêtes de fin d'année où il manipule plus de 1000 cyclamens par jour.

Les tests cutanés montrent une polysensibilisation pollinique (graminées, bouleau, armoise, plantain) et une positivité pour le pollen de cyclamen (prick-prick aux extraits natifs) à 10 mm pour un témoin histamine à 10 mm. Le dosage des IgE sériques spécifiques et un test nasal de provocation n'ont pu être réalisés pour le cyclamen, mais les mesures de reconversion professionnelle et d'éviction du cyclamen ont été suivies par la disparition des symptômes à caractère professionnel.

2.3. Observation n°3

Une jeune fleuriste de 25 ans est adressée pour bilan d'une rhinite évoluant depuis trois ans, survenant au contact des mimosas en fleurs qu'elle prépare pour bouquets en février mars. Elle habite dans l'Aisne et n'a jamais séjourné sur la côte d'Azur ou le littoral Atlantique. La rhinite est invalidante avec rhinorrhée abondante, éternuements en salves, prurit nasal et conjonctival, petite toux sans bronchospasme.

On note une dermite des mains au contact des bulbes de liliacées (tulipes, jacinthes, jonquilles) et quelques symptômes rhinitiques de faible intensité lorsque les acacias sont en fleurs. Les tests cutanés sont négatifs pour les extraits de pollens à l'exception du mimosa (extrait commercial) qui donne une papule de 5 mm pour un témoin à 8 mm. Le test cutané avec l'extrait natif de fleur de mimosa est très positif à 12 mm. Le test nasal de provocation effectué par contact avec des étamines de mimosa est « explosif » : violente réaction syndromique justifiant la prescription d'antihistaminiques et de corticoïdes. Une tentative de désensibilisation au pollen de mimosa par voie sublinguale puis injectable a donné des résultats médiocres, et un reclassement professionnel est envisagé.

2.4. Observation n°4

Il s'agit aussi d'une allergie professionnelle chez un patient de 45 ans, employé communal chargé des espaces verts dans une grande ville du Nord-Est de la France. Il n'est pas atopique et, comme unique antécédent, il présente une dermite de contact aux colles néoprène. Il décrit une rhinoconjonctivite saisonnière d'avril à octobre, évoluant depuis quatre ans, pour laquelle les bilans allergologiques préalables objectivaient une polysensibilisation pollinique : tests positifs pour graminées, plantain, armoise, marguerite.

En avril, lors des travaux d'entretien d'une pelouse envahie par des pissenlits en fleurs, il a constaté une crise violente de rhinite associée à un oedème palpébral justifiant un nouvel avis. Les graminées n'avaient pas débuté leur floraison et les tests cutanés étant négatifs pour les arbres (bétulacées, oléacées, fagacées).

En revanche, le test cutané au pollen commercial de pissenlit était très positif à 10 mm pour un témoin histamine à 5 mm et les IgE sériques spécifiques (CAP-RAST^R) étaient élevées pour le pissenlit à 6,87 U/ml ainsi que pour l'armoise à 7,45 U/ml, restant normales moins de 0,35 U/ml pour les graminées et le plantain. La responsabilité du pollen de pissenlit a été confirmée par un test nasal de provocation, positif pour cet allergène et demeurant négatif pour les graminées.

2.5. Observation n°5

Cette observation pédiatrique concerne un jeune garçon de 12 ans porteur d'un terrain atopique : eczéma atopique, père asthmatique, sœur atteinte d'une rhinite allergique aux acariens. Il est amené par ses parents pour bilan d'une rhinoconjonctivite saisonnière évoluant d'avril à septembre, sensible aux antihistaminiques. Son habitat est rural en région herbagère à proximité de pâtures et d'étangs.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2770309>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2770309>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)