Zeitschrift: Journal suisse d'apiculture
Herausgeber: Société romande d'apiculture
Band: 80 (1983)
Heft: 9

Artikel: Médecine
Autor: Bousquet, Jean
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1067601

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Médecine

ACCIDENTS SECONDAIRES AUX PIQÛRES D'HYMÉNOPTÈRES

Cet article a été extrapolé d'articles précédents du Professeur Michel et du docteur Bousquet.

L'étude des accidents secondaires aux piqûres d'Hyménoptères revêt actuellement un double intérêt.

Le premier réside dans la possibilité, désormais offerte, de proposer aux patients qui ont présenté des accidents graves, une thérapeutique extrêment efficace. Les résultats d'études fondés sur un grand nombre d'observations, concordent en effet pour affirmer la remarquable efficacité du traitement de désensibilisation au moyen des extraits de venin d'Hyménoptères (autour de 95 % de protection), contrairement à ceux du corps total de l'insecte, dont l'effet protecteur demeurait incertain.

Mais, d'un point de vue général, cette efficacité de la désensibilisation par les extraits de venin, apparaît en outre comme un argument démonstratif en faveur du principe général du traitement de désensibilisation. On voit bien désormais qu'il ne saurait être mis en cause, mais que la discussion concerne seulement l'allergène utilisé: à bon allergène, bon résultat.

1. Historique

On peut jalonner de trois étapes l'évolution des connaissances relatives à ce sujet des accidents par piqûres d'Hyménoptères.

Les Précis d'allergologie présentent souvent le pharaon Menes comme la *première victime connue* de choc anaphylactique par piqûres d'Hyménoptères. Cela, par suite d'une inscription hiéroglyphique de la paroi de son tombeau, comportant le mot «Kheb» *(hb)*. En fait, aussi cocasse que cela puisse paraître, ce mot désigne à la fois l'abeille et l'hippopotame! D'où la question de savoir si Menes est mort piqué par une guêpe, ou écrasé par un hippopotame! La version de l'abeille a évidemment la faveur des allergologues et il est vrai que cet insecte comptait beaucoup pour les Egyptiens. Mais, Manethon, l'historien grec de l'histoire pharaonique, précise que Menes, le thinite, a péri à 62 ans, enlevé par un hippotame. On peut objecter

évidemment que Manethon vivait au temps des premiers Ptolémées, c'est-à-dire au IVe siècle avant notre ère et que sa documentation est sujette à caution dans la mesure où il était aussi éloigné de l'événement, que nous le sommes de lui-même aujourd'hui.

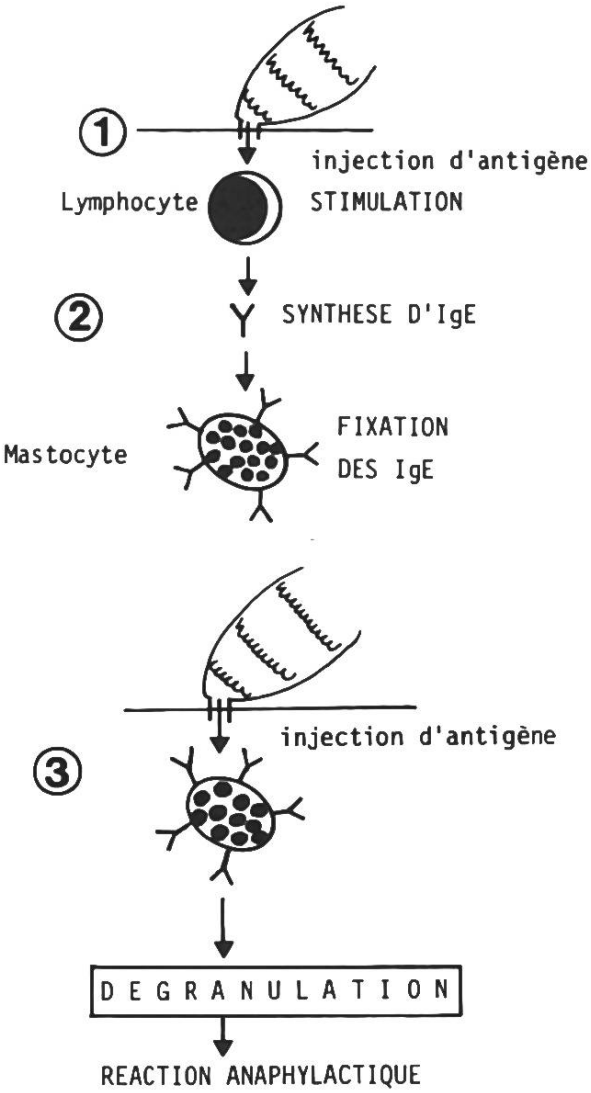
La première *description clinique* d'une mort subite par piqûre d'Hyménoptères (1765) est le fait du docteur Desbrest, conseiller du Roi, docteur en médecine de l'Université royale de Montpellier et correspondant de la Société royale de médecine. Il rapporta remarquablement l'observation d'un agriculteur âgé de 30 ans, qui mourut dans son jardin en quelques instants d'un choc anaphylactique, consécutif à une piqûre d'abeille.

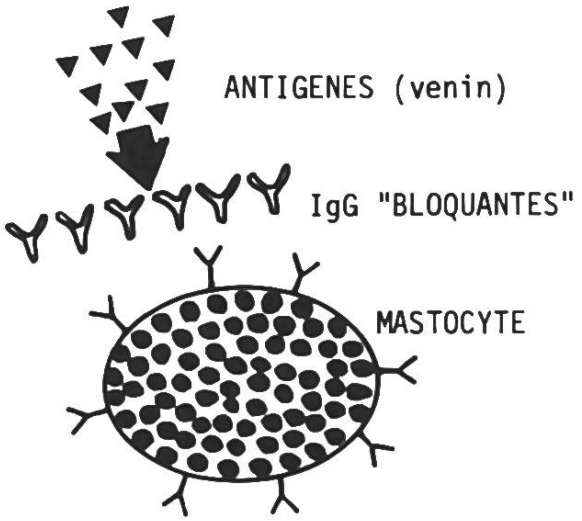
Enfin, l'introduction des *extraits purs de venin* dans le traitement de désensibilisation (L. Lichtenstein, 1975), constitue la dernière date importante d'un point de vue thérapeutique.

2. Pour quelles raisons est-on allergique au venin ?

L'allergie au venin d'hyménoptères est très proche de l'allergie médicamenteuse telle que l'allergie à la pénicilline. Dans les deux affections, lors de l'injection de venin ou de médicaments, une élévation rapide d'IgE spécifiques apparaît dans les jours ou les semaines qui suivent la piqûre.

Ainsi, l'allergie au venin d'hyménoptères est une histoire en trois temps : le premier temps est l'injection de venin qui, dans un second temps, va entraîner la synthèse d'IgE. Par la suite, lorsque les antigènes du venin seront réinjectés, on assistera à la dégranulation explosive des mastocytes et des basophiles qui libérera les médiateurs chimiques responsables de la réaction allergique.





Cette réaction correspond à l'hypersensibilité immédiate et est conditionnée par les médiateurs chimiques qui sont libérés. Deux types de médiateurs existent, selon qu'ils soient liés aux granules des mastocytes ou à la membrane de ces cellules. En réalité, le mastocyte peut être considéré comme une véritable grenade qui ne demande qu'à libérer ses substances vasoactives. Lorsque les IgE se fixent à la surface de cette grenade, on peut considérer qu'elle est «dégoupillée». Par la suite, la réintroduction de l'allergène entraînera l'éclatement. Les substances libérées sont extrêmement puissantes et rendent compte des réactions que l'on observe dans l'allergie. Globalement, ces médiateurs induisent une vasodilatation, un œdème, une hypersécrétion et une contraction des muscles lisses. Sur le plan cutané, on observe une urticaire extrêmement prurigineuse. Sur le plan respiratoire, un angio-œdème peut apparaître et entraîner des difficultés pour respirer. Enfin, sur le plan cardio-vasculaire, il existe une vasodilatation des capillaires avec une exsudation sérique.

Ainsi, on observe une accélération du rythme cardiaque avec une hypotension qui peut se compliquer de troubles cérébraux et dans des cas ultimes peut entraîner la mort.

3. Pourquoi l'apiculteur est-il protégé?

Tous les symptômes que nous avons décrits sont en rapport avec le conflit entre les IgE spécifiques fixées à la membrane des mastocytes et basophiles, et les antigènes. Si nous pouvons empêcher le conflit antigènes (venin) anticorps (IgE), nous aurons la possibilité de prévenir, au moins en partie, les symptômes liés à l'allergie.

Les apiculteurs présentent des particularités immunologiques car ce sont des sujets qui ont à la fois des IgE spécifiques et qui ne présentent que rarement des troubles allergiques. Lorsque ces troubles existent, ils sont le plus souvent modérés. Il existe donc chez l'apiculteur des moyens de défense particuliers qui lui permettent de résister à l'allergie. En fait, ce qui différencie les apiculteurs et les sujets allergiques, c'est essentiellement la présence dans le sérum d'Immunoglobulines d'une classe différente des

IgE, il s'agit des IgG. On pourrait globalement considérer que les IgE sont «les ennemis», alors que les IgG sont «les amis». On a observé que, lorsque les IgG sont en grande quantité dans le sérum, elles peuvent «bloquer» la réaction allergique. On estime, actuellement que les IgG présentes en grande quantité dans le sérum sont capables de se lier aux allergènes du venin et ainsi d'empêcher ces allergènes d'atteindre les IgE fixées sur les mastocytes. Il y a donc un blocage réel de la réaction allergique.

Les taux d'IgG spécifiques du venin sont extrêmement élevés chez les apiculteurs et aussi chez les sujets allergiques désensibilisés. Les études britanniques de Lessof et autrichiennes de Jarisch ont montré que, lorsqu'on injecte des Immunoblobulines G spécifiques du venin obtenues à partir de sérum d'apiculteurs chez des sujets allergiques, on pouvait, au moins temporairement, diminuer la réaction allergique lors d'injection de venin chez ces derniers.

4. Quelle est la fréquence des réactions?

L'allergie n'est pas exceptionnelle chez l'apiculteur, comme l'ont démontré sans doute possible les diverses études menées chez les apiculteurs grâce à la collaboration efficace et active du docteur Bonimond et des présidents des Associations d'apiculteurs du Languedoc-Roussillon (Aude, Hérault, Gard, Lozère, Pyrénées-Orientales). Ainsi, plus de 350 apiculteurs ont pu être interrogés et le sérum de plus de 200 d'entre eux a été analysé. Il existe une corrélation étroite entre le nombre de piqûres reçues chaque année et l'allergie. Globalement, plus un apiculteur est piqué et moins il a de possibilités de réaliser une allergie. Lorsque l'apiculteur ou un membre de sa famille est piqué moins de 25 fois par an par les abeilles, il a entre 25 et 50% de possibilités de réaliser des accidents allergiques. Certes, le plus souvent mineurs. Lorsqu'il reçoit entre 25 et 50 piqûres annuelles, le pourcentage de risque allergique diminue. Au-delà de 200 piqûres par an, il faut une «manipulation» immunologique pour entraîner l'apparition de l'allergie, telle qu'une grossesse, une vaccination contre des virus, une intervention chirurgicale, etc.

Lors de sa retraite, l'apiculteur peut devenir allergique. A Colmar a été rapporté le cas d'un apiculteur de 71 ans, en retraite, qui est décédé après quelques piqûres d'abeilles, alors qu'il tentait d'enlever un essaim sauvage. Il est donc prudent que les apiculteurs en retraite prennent des précau-

tions, même si, bien sûr, ce cas précis est fort heureusement rare, sinon exceptionnel.

Ainsi: maximum de piqûres et minimum de risques

5. Symptomatologie

Il est habituel de distinguer parmi les accidents, ceux qui procèdent de phénomènes allergiques et de phénomènes toxiques.

Les *accidents allergiques* à manifestation immédiate, sont les plus fréquents et les plus caractéristiques. Selon leur degré de gravité, on les classe en quatre types: 1. de réaction locale sévère; 2. de réaction générale légère; 3. de réaction générale sévère; 4. d'accident gravissime tel le choc anaphylactique qui peut être mortel. Les apiculteurs présentent rarement des manifestations allergiques graves.

Notre expérience, fondée sur 70 observations de patients testés, comporte la répartition suivante selon le type d'accidents: réaction de type I: 3,5 % des cas, de type II: 12 %, de type III: 44 %, de type IV: 40 %, réaction retardée: 1,5 %. Mais en pratique certains patients ont présenté successivement des accidents de types différents.

Localement, l'étendue de la réaction et sa lenteur de disparition sont des signes de gravité. Les réactions générales associent malaise, urticaire, paresthésies et œdèmes de Quincke. Théoriquement, le caractère progressivement croissant de la gravité des accidents est évocateur, mais il n'existe, en ce domaine aucun *test prédictif* de gravité et, selon le nombre de piqûres, l'état du moment, la date des derniers contacts allergéniques, une réaction bénigne peut parfaitement être suivie d'un accident gravissime.

Nos constatations personnelles nous permettent également de préciser que la préexistence d'un état d'atopie paraît prédisposer au développement de l'allergie, puisque 33 % de nos patients sont des atopiques et leurs manisfestations sont plus graves que celles des non-atopiques.

Plus rarement, des accidents de mécanisme immunologique peuvent survenir à retardement et revêtir l'aspect de troubles digestifs, respiratoires ou neurologiques (encéphalopathie, syndrome de Guillain-Barré).

Les *accidents toxiques* font habituellement suite à une envenimation massive. Leurs mécanismes, multiples, sont encore imparfaitement connus mais les constatations cliniques et biologiques incitent à les rapprocher de ceux que mettent en jeu les propriétés toxiques et pharmacologiques des *venins de serpents*. Les manifestations peuvent être respiratoires, neurologiques et

surtout rénales, comme dans une observation qu'il nous a été donné d'enregistrer [I], associant, 48 heures après l'accident, une rhabdomyolyse importante avec insuffisance rénale aiguë par nécrose tubulaire, d'évolution longtemps incertaine malgré l'hémodialyse.

6. Diagnostic

Le diagnostic d'allergie aux piqûres d'hyménoptères est fondé sur trois sortes de critères :

— *L'anamnèse* représente un élément essentiel car elle permet de différencier les réactions allergiques et toxiques, d'examiner l'évolution de la sensibilisation du sujet, la gravité des réactions et, éventuellement, d'identifier l'insecte piqueur.

— *Les tests cutanés* au moyen des extraits de corps total de l'insecte ne sont pas fiables car ils donnent des réponses positives aussi bien chez les sujets allergiques que chez les non allergiques. C'est dire l'importance des *tests cutanés aux extraits de venins*. Ils sont potentiellement dangereux et doivent respecter une progression, sous peine de réactions secondaires graves. On commence par une intra-dermo-réaction à la dose de 10-4µg et on augmente ainsi, en cas de négativité, de 10 en 10 jusqu'à 1 µg. Il n'est pas intéressant de poursuivre au-delà de cette concentration car un certain nombre de sujets lui répondent positivement, à cause des amines vaso-actives du venin.

Ces tests cutanés constituent le temps essentiel du diagnostic et surtout de l'indication de désensibilisation, et les équipes américaines ont souligné : que leur positivité était la condition d'opportunité du traitement. Cependant, bien que la sensibilité cutanée soit corrélée significativement avec la gravité des manifestations cliniques antérieures, elle ne préjuge en rien de celles induites par une nouvelle piqûre *(fig. 2)*.

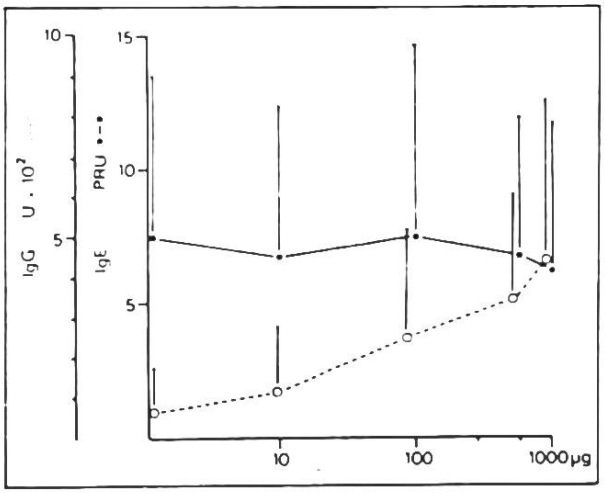


Fig. 3 Evolution des IgE (● — ●) et IgG (o — o) spécifiques du venin chez les sujets désensibilisés. Les malades ont reçu 200 à 2000 µg de venin (dose cumulée). (n = 45).

— Le *bilan immunologique*, comportant la recherche d'IgE spécifiques (RAST) constitue un élément important du diagnostic, mais uniquement chez le non-apiculteur. Michel et coll.

[18] ont constaté en effet que 65 % des apiculteurs avaient des RAST positifs au venin d'abeille, sans correspondance clinique. Le non-apiculteur, ayant des IgE spécifiques, est suspect d'allergie mais seul l'inventaire cutané permet de trancher définitivement.

Les IgG spécifiques antivenin sont présentes à des taux élevés chez le sujet désensibilisé et chez l'apiculteur. L'évolution habituellement ascendante de leur taux *(fig. 3)* durant la désensibilisation spécifique, incite à leur imputer un rôle protecteur, d'où le qualificatif d'anticorps « bloquant » qui leur est souvent attribué. Il est vrai que les protéines allergéniques atteignent facilement les vaisseaux sanguins et pourraient être « bloquées » par ces IgG circulantes.

D'autres tests *in vitro* ont été proposés, l'histamino-libération [6] et la dégranulation des basophiles, ce dernier test étant dépourvu d'intérêt s'il recourt à des extraits de corps total, sans compter que la phospholipase A2 de venin, dégranulant non spécifique des basophiles, peut donner des faux positifs. La *figure 4* indique certaines discordances entre tests *in vivo* et *in vitro*.

Tests cutanés et IgE spécifiques contribuent à identifier *l'insecte responsable* puisque, en

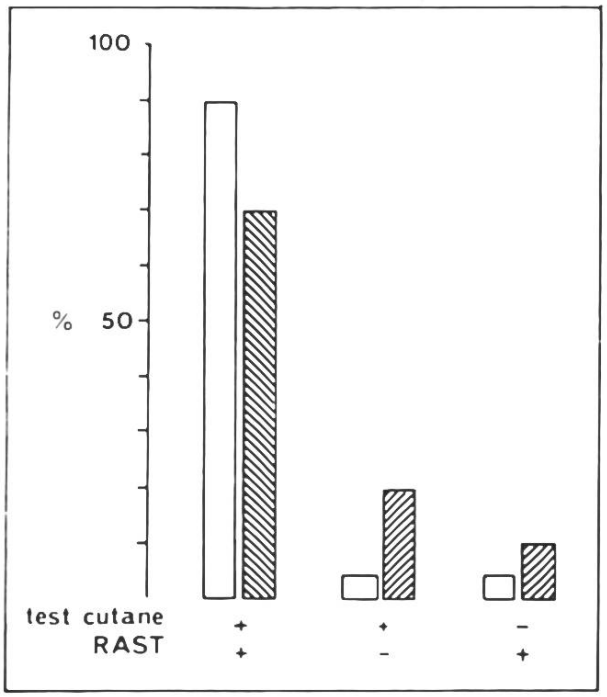


Fig. 4 Corrélations entre le dosage des IgE spécifiques (RAST) et les tests cutanés au venin chez les sujets allergiques au venin d'abeille (□) ou de guêpe (■). (n = 70).

règle générale, le venin d'abeille n'a pas d'activité antigénique croisée avec le venin de guêpe. Le groupe des *Vespideae* présente, en revanche, certaines communautés antigéniques, en particulier frelons et guêpes (phospholipase et antigènes spécifiques sinon d'espèce du moins de sous-genre) *(tableau I)*. Aussi, résultats des tests cutanés et des recherches d'IgE spécifiques (RAST) ne sont pas toujours faciles à interpréter. Quinze à trente pour cent des individus sont, en outre, sensibles, à la fois aux venins d'abeille et de guêpe.

7. Traitement

D'urgence

Le pronostic du choc anaphylactique est évidemment d'autant plus favorable que son traitement intervient plus tôt. Tout sujet ayant eu des manifestations allergiques aux venins devrait donc porter sur lui une trousse d'urgence contenant: adrénaline (injectable et inhalation), solucorticoïde et antihistaminique.

Ce sujet devrait aussi porter, sur lui, une carte signalant son allergie. Par suite de la gravité de la situation, l'injection d'adrénaline constitue le médicament essentiel de ce choc anaphylactique, relayée ensuite par corticoïdes et antihistaminiques. En cas de piqûre d'abeille, l'élimination du dard qui, terminé en harpon, demeure dans la peau, est très opportune, car la glande à venin déverse son contenu pendant 5 à 10 minutes. Il faut donc retirer le dard sans le comprimer, que ce soit avec les doigts ou avec des pinces, afin de ne pas injecter la totalité du venin.

Après ces premiers soins d'urgence et selon la gravité, l'admission dans un service de réanimation peut être opportune. Il faut savoir qu'après une accalmie initiale, les troubles allergiques peuvent se prolonger durant 8 à 12 heures. Ainsi, si l'on ne connaît pas bien le malade et si c'est la première réaction très grave, il faut le surveiller pendant ce laps de temps.

Traitement de fond: l'hyposensibilisation au venin

Les premiers essais d'hyposensibilisation (années 1930) avaient utilisé le venin, mais la tentative avait tourné court par suite des risques encourus. Par la suite, les traitements ont utilisé des extraits de corps total d'insectes, bien qu'il ne fut pas démontré que les protéines allergisantes du venin se retrouvaient dans le corps. Des études récentes ont montré effectivement qu'il n'y avait guère de communauté allergénique entre ces deux types de protéines. Par ailleurs, on ne retrouve pratiquement pas de venin dans les extraits de corps total. Parmi les nombreuses études rétrospectives destinées à apprécier l'efficacité du corps total, un certain nombre militait positivement. Mais les travaux contrôlés, réalisés depuis, montrent leur quasi totale inefficacité *(tableau II)*. L'illusion de

TABLEAU II. — *Indications de l'hyposensibilisation au venin*

Type de réaction	*Test cutané*	*RAST*	*Indication*
Générale	+	+	+
Générale	+	−	+
Générale	−	+	±
Loco-régionale	+	±	−
Loco-régionale	−	±	−

l'efficacité résidait probablement en une désensibilisation spontanée qui apparaît inconstamment chez des sujets non piqués pendant quelques années, et qui concerne 10 à 40 % des sujets.

— *Les indications de la désensibilisation sont actuellement fondées sur certains critères* (réactions allergiques générales et tests cutanés — élément de base du diagnostic — positifs *(tableau III)*.

Mais il faut souligner qu'il s'agit des critères actuels, qui vont s'affiner progressivement à mesure que notre connaissance du problème va s'améliorer. L'âge ne constitue pas de limite absolue puisque les jeunes enfants ne sont pas exclus a priori, mais les derniers travaux américains conseillent de ne réaliser une désensibilisation qu'en cas de réaction de type 4, en raison de la «désensibilisation spontanée» fréquente avant la puberté. Les enfants bénéficient d'ailleurs parfaitement du traitement, de même que les sujets de plus de 60 ans s'ils ne présentent pas de tare majeure.

— *Les modalités du traitement* sont également codifiées. Plusieurs types d'hyposensibilisation ont été proposés: immunothérapie conventionnelle, à raison d'une injection hebdomadaire; immunothérapie éclair ou «rush» qui associe plusieurs injections quotidiennes jusqu'à la dose d'entretien; protocole intermédiaire, à raison de trois ou quatre injections un jour par semaine. Ces trois types de protocoles sont efficaces avec une fréquence de réactions secondaires assez voisines. Pour le moment, il paraît préférable, en France, de ne manier les venins qu'avec prudence et en disposant de possibilités de réanimation.

L'hyposensibilisation nécessite 6 à 30 séances d'injection pour atteindre la dose d'entretien de 100 µg. Cette dose, qui correspond à environ deux fois la quantité de venin injecté par

TABLEAU III. — *Comparaison de divers produits pour l'hyposensibilisation des sujets allergiques au venin d'hyménoptères*

Produit			*Venin*	*Corps total*	*Placebo*
Hunt et coll. [15]	sujets repiqués		19	11	12
	réactions	identiques	0	7	7
	systémiques	légères	1		
Muller et coll. [23]	sujets repiqués		12	12	
	réactions	identiques	0	4	
	systémiques	légères	3	3	

l'hyménoptère lors d'une piqûre, est en général suffisante pour assurer la protection du sujet allergique dans la majorité des cas, mais non dans tous, et certains patients nécessitent 200 µg. Une fois atteinte, les injections sont espacées jusqu'à une injection mensuelle ou toutes les six semaines [7]. Le traitement sera poursuivi durant trois ans au moins, sinon à vie.

— *Les réactions secondaires* aux injections *(tableau IV)* vont de 10 à 50 % selon l'allergène, le type d'hyposensibilisation et les auteurs. Dans notre série de 60 patients désensibilisés, les réactions généralisées ont été bien moins fréquentes chez les sujets allergiques au venin de guêpe et chez les enfants. Les réactions généralisées peuvent être sérieuses, nécessitant le recours à l'adrénaline et/ou aux bêta-mimétiques en spray.

Alors que les études actuelles concordent pour démontrer l'inefficacité des extraits de corps total, 90 à 97 % des patients désensibilisés par le venin sont protégés [10, 13, 17, 22].

Nouveau traitement: les IgG présentes dans le sérum des apiculteurs protègent ces derniers. Grâce aux multiples dons de sang des apiculteurs nous avons pu fractionner les IgG. Le premier jour on «protège» le patient en lui transfusant ces IgG fractionnées et le second jour on administre l'équivalent de quatre piques d'abeille (200 µg). On continue alors la désensibilisation chaque semaine d'abord puis chaque mois. Actuellement 13 patients ont été ainsi désensibilisés passivement et activement sans problème notable. Certains d'entre eux ont été repiqués deux à trois semaines après le début du traitement sans réaction. Cette technique semble promise à un très grand avenir car

— elle diminue la fréquence des réactions;
— elle diminue de plusieurs semaines l'apparition de la protection,

mais elle est limitée par les dons de sang d'apiculteurs.

8. L'état actuel de la question: désensibiliser à bon escient

La désensibilisation au venin d'hyménoptères entre dans sa seconde phase. De 1975 à 1980, il a fallu déterminer l'efficacité de la désensibilisation au venin et, actuellement, les travaux récents des équipes américaines et françaises ont confirmé l'efficacité de cette thérapeutique. Quelques problèmes subsistent encore quant aux doses d'allergène à administrer pour obtenir la meilleure protection mais, globalement, on estime que plus de 90 % des patients désensibilisés au venin sont protégés lors d'une piqûre ultérieure. Dans notre

statistique, 45 patients allergiques au venin d'abeille ou de guêpe ont été repiqués par nos soins ou dans la nature, et un seul cas d'entre eux a eu une réaction générale. Il semble que dans ce cas les doses de venin administrées régulièrement tous les mois n'aient pas été suffisantes.

La seconde phase de la désensibilisation au venin doit déterminer quels sont les patients à risque que l'on doit traiter et les patients à faible risque qu'il conviendra de ne pas traiter. En effet, la désensibilisation au venin est parfois dangereuse et laborieuse. Certains patients doivent revenir toutes les semaines voir leur médecin car ils ne tolèrent pas un espacement des doses. Par ailleurs, les études faites grâce à la collaboration des apiculteurs ont confirmé que certains retraités pouvaient présenter des réactions sévères lorsqu'ils aidaient des apiculteurs en activité, car la « désensibilisation spontanée » de l'apiculteur peut disparaître lorsqu'il est éloigné des piqûres d'abeilles. Ainsi, les désensibilisations au venin doivent persister très longtemps et on considère en 1983 que la durée minimum d'une désensibilisation est de cinq ans. En fait, il n'existe aucune preuve scientifique actuelle permettant de juger de la durée d'une désensibilisation. Ces notions, associées aux données épidémiologiques les plus récentes qui estiment que le pourcentage de sujets sensibilisés (ayant une allergie non encore révélée) est peut-être de 5 ou 10 % de la population, conduisent à reconsidérer les indications de la désensibilisation.

Les familles

Le problème des enfants est encore plus complexe. D'une part, il est certain que l'incidence des réactions allergiques est accrue chez l'enfant, mais ces réactions sont plus graves chez l'adulte et le sujet âgé car la tolérance cardio-vasculaire et cérébrale est moins grande après 50 ans. D'autre part, le système immunologique de l'enfant est particulier. En effet, les études de Baltimore (E.-U.) ont montré que les enfants avaient une désensibilisation spontanée sans traitement plus grande que l'adulte. Cent cinquante enfants ayant eu des réactions généralisées peu graves (urticaire) ont été suivis pendant plusieurs mois et les médecins ont observé que les réactions sévères étaient exceptionnelles chez ceux qui étaient repiqués. Ainsi, les auteurs estiment que les enfants qui ont des réactions généralisées peu graves, telles qu'une urticaire ou des symptômes digestifs mineurs, ne devraient pas être désensibilisés.

Les familles d'apiculteurs sont particulièrement exposées au ris-

que allergique et les indications thérapeutiques doivent être plus larges que chez les sujets n'étant pas en contact direct avec les abeilles. Ainsi, des réactions peu sévères en apparence mais qui se répètent, doivent donner l'éveil et on sera tenté de désensibiliser plus volontiers d'autant que nous conseillons « une désensibilisation écologique » ultérieure. En effet, lorsque nous avons atteint la dose efficace, nous faisons repiquer le patient à l'hôpital et si tout s'est parfaitement passé nous lui proposons de continuer sa thérapeutique en se faisant piquer deux fois par semaine avec des abeilles pendant la saison de travail apicole, puis de continuer la désensibilisation chez l'allergologue durant l'intersaison.

En aucun cas arrêter

Les adultes allergiques doivent être systématiquement désensibilisés s'ils ont présenté des réactions générales graves et si des réactions peu sévères et générales se succèdent. Lors de réactions locales étendues (s'étendant à tout le bras par exemple) et qui durent plus de 24 heures, il n'est pas habituel de faire une désensibilisation, sauf si ces réactions se succèdent et s'amplifient, ou si elles se répètent chez un membre de famille d'apiculteurs.

Ainsi, il faut distinguer les membres des familles d'apiculteurs particulièrement exposés au risque allergique, des sujets n'en faisant pas partie. Les enfants seront systématiquement désensibilisés s'ils ont présenté des réactions graves (choc anaphylactique avec chute de tension importante, ou avec coma, œdème de Quincke entraînant des troubles respiratoires), ou s'ils ont des réactions systémiques itératives. Les adultes auront des indications plus larges car la tolérance au choc anaphylactique est moins bonne que chez l'enfant. Cependant il est indispensable de considérer qu'on ne doit en aucun cas arrêter une désensibilisation car on peut éventuellement augmenter la sensibilisation dans les semaines qui suivent l'arrêt thérapeutique, et pour des réactions de gravité modérée il est peut-être préférable de ne pas commencer un traitement que l'on arrêtera rapidement et intempestivement.

En conclusion, il apparaît en 1983 que la désensibilisation au venin est efficace, mais si les indications sont formelles pour les accidents sérieux, elles sont plus difficiles pour les autres. Le drame actuel est que l'on ne peut en aucun cas prédire la gravité d'un accident ultérieur. Par exemple, un cas mortel de choc anaphylactique au venin de guêpe a été récemment rapporté dans tous nos journaux car il était survenu à l'épouse d'un homme politique célèbre. Il

apparaît que cette personne avait eu un «léger» accident il y a quelques années et n'avait pas reçu de traitement de désensibilisation. Ainsi, si nous suivons les conseils présentés dans ce texte, il n'est pas certain que nous aurions débuté une désensibilisation qui aurait cependant été particulièrement utile.

— Revue française d'apiculture: septembre 1982, octobre 1982, janvier 1983.
— Nouvelle presse médicale, 10-17 juillet 1982, 11, 32, 2405.
— Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 27 avril 1982, 166, 531.
— Numéro spécial de la Revue française d'allergologie, 1983 N° 2.
— Journal of Allergy and Clinical Immunology, janvier 1983.
— Clinical Allergy, juillet 1982.

Dr Jean Bousquet
Clinique
des maladies respiratoires
(Directeur:
Professeur F. B. Michel)
Centre hospitalier universitaire
34059 Montpellier-Cedex,
France. (67-63-42-77)

N'attendez pas!

Envoyez tout de suite à la refonte vos vieux rayons et vos opercules à Bienen-Meier avant que la cire si précieuse soit attaquée par la fausse-teigne!
Vous pouvez: soit les faire transformer en **rayons ULTRA** (vous économisez ainsi 50%),
soit en faire porter leur valeur en compte jusqu'au printemps,
soit aussi les livrer contre argent comptant.
Vous avez avantage à nous livrer séparément opercules, cires gaufrées cassées et vieilles cires, afin d'en obtenir le maximum de rendement.

Nous reprenons toutes quantités de cire contre paiement comptant.

Votre fournisseur dévoué

BIENEN MEIER KÜNTEN
Depuis 1855

5444 Künten AG. Tél. (056) 96 13 33

Une mise en hivernage soigneuse est le meilleur garant pour obtenir de fortes colonies au printemps

Votre plan de travail en trois points sera dès lors le suivant:

1

Veillez à ce que chaque colonie possède une reine de qualité. Remplacez toutes celles qui ne donnent pas satisfaction.
Disposez avec ordre les cadres de la ruche. Le mini-cours gratuit de Bienen-Meier vous indiquera comment procéder.
Pour un nourrissement rationnel d'automne, utilisez le bidon nourrisseur *avec régulateur*.
Modèle 5 l: dimensions 23 × 23 cm.
Modèle 8 l: dimensions 27 × 23 cm.
Prix:

	1 p.	10 p.	20 p.	50 p.
5 l	7.20	7.—	6.80	6.60
8 l	9.—	8.80	8.60	8.40

Lors d'une commande groupée par société, demandez un devis.

VITALIS, aliment protéiné

1 kg	**Fr. 5.50**
10 kg	**Fr. 5.40** le kg
20 kg	**Fr. 5.20** le kg
50 kg	**Fr. 5.10** le kg

Nourrisseur Leuenberger pour petites calories
Fr. 7.50.
Stimulant SALVOLAT: ponte accrue de 50 % en automne!
Le flacon ½ l **Fr. 16.—**

2

Commencez à nourrir assez tôt, afin de rajeunir vos colonies et pour qu'elles affrontent l'hiver populeuses et saines.
Nourrissez abondamment pour éviter un ravitaillement de secours au printemps (qui éprouve les abeilles d'hiver).
Le bidon nourrisseur *avec régulateur* vous rendra de grands services. Il permet d'adapter exactement le débit de sirop à chaque colonie.

3

Un paquet de VITALIS constitue une base excellente pour la mise en hivernage. Le résultat s'en fera favorablement sentir au printemps.
Un bon conseil: afin de combattre toute attaque de noséma, ajoutez au sirop une dose de *Fumidil*. Ce traitement est simple et efficace.
Fumidil pour le traitement préventif de 15 colonies:
Fr. 22.—.

BIENEN MEIER KÜNTEN

Fournitures pour l'apiculture
Cire ULTRA, Candi VITALIS,
Complément de pollen SALIXAN
Les fils de R. Meier S.A.
5444 Künten AG **Tél. (056) 96 13 33**