

# 5 cas de désensibilisation au cabinet

Par Ethel Higgins, MD, CMFC

Présenté à la conférence *Urologie, néphrologie, allergies* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le 13 juin 2003.

## À qui peut-on offrir une cure de désensibilisation?

L'administration de doses croissantes d'allergènes spécifiques (pollens, acariens, chats, venins et certaines moisissures) est indiquée pour des patients souffrant de rhino-conjonctivite allergique avec ou sans asthme depuis au moins deux saisons d'allergies successives avec une maîtrise des symptômes sous optimale malgré une médication régulière et appropriée. Le patient doit faire valider les symptômes dont il souffre par des tests d'allergie (cutiréaction), être assez motivé et accepter les risques (réactions anaphylactiques) et les contraintes de ce traitement.

En pédiatrie, le traitement est possible dès l'âge de 5 ans avec la collaboration de l'enfant et des parents. La désensibilisation utilisée en pédiatrie pourrait modifier le développement de la maladie allergique et pourrait prévenir le développement de l'asthme.

Bien sûr il y a des contre-indications; la contre-indication absolue est l'utilisation de bêtabloqueurs et toute condition médicale qui va à l'encontre de l'administration d'adrénaline en cas de besoin. La grossesse est une contre-indication pour commencer le traitement. En cours de traitement, une réduction de la dose d'entretien permet la poursuite du traitement. Il est préférable de contacter l'allergologue pour décider de la dose d'entretien lorsque vous apprenez que votre patiente est enceinte (tableau 1).

## Est-ce que cela fonctionne?

Cette méthode est efficace de 80 % à 85 % selon les études, les résultats attendus s'obtiennent en général 12 à 18 mois après le début du traitement donc à la

### *Le cas de Maryse et de son fil*

Vous voyez Maryse et son fils de sept ans à votre cabinet, elle est un peu découragée, car elle ne sait pas comment ils vont réussir à « passer l'été ». Alors que vous, vous venez de songer à vos prochaines vacances à la campagne; elle appréhende le fait qu'ils seront malades dès que les arbres verdiront et que le gazon poussera. Depuis trois ans, malgré toute la panoplie de médicaments qu'ils utilisent, ils n'arrivent pas à contrôler leurs allergies.

Finalement, Maryse accepte d'être référée chez l'allergiste et revient vous voir à l'automne afin de poursuivre avec vous son nouveau traitement contre les allergies. C'est à son tour d'avoir hâte de planifier de belles vacances à la campagne. Elle a reçu sa première dose chez l'allergiste.

**Êtes-vous prêt à lui administrer sa deuxième dose?**

La **Dre Higgins** est médecin de famille, Centre médical St-Rédempteur et service d'allergie-immunologie, Centre hospitalier universitaire de Québec, pavillon CHUL, Ste-Foy.

# La désensibilisation au cabinet

Tableau 1

## Les contre-indications

- Les bêtabloqueurs (contre-indication absolue)
- Hypertension non maîtrisée
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Maladie cardiovasculaire
- Maladie vasculaire cérébrale
- Asthme mal maîtrisé
- Grossesse (pour débuter un traitement)

deuxième saison d'allergie. L'efficacité se mesure à l'observation clinique des symptômes; il n'y a pas de tests spécifiques pour vérifier l'efficacité. Pour les allergies saisonnières, l'efficacité serait plus rapide. Il n'est pas nécessaire de refaire les tests d'allergies, car l'amélioration des symptômes cliniques du patient indique l'efficacité du traitement. La durée du traitement est de 3 à 5 ans à partir de la dose d'entretien.

S'il n'y a pas d'amélioration après deux ans, une réévaluation par l'allergologue est requise. La décision de cesser le traitement est prise avec l'allergologue en cours de traitement ou à la fin du traitement.

## Comment doit-on administrer les vaccins d'allergie?

Le traitement de désensibilisation se compose d'une série de bouteilles contenant des concentrations croissantes d'extraits allergéniques avec stabilisants (glycérine) à être administrées selon un protocole précis. Lorsque disponibles, les extraits normalisés offrent une efficacité et une sécurité améliorées. Les bouteilles sont numérotées de 1 à 4 par concentration et les bouteilles



Figure 1. Le traitement de désensibilisation.

***En saison d'allergie,  
il ne faut pas augmenter  
les doses, même si la dose  
d'entretien n'a pas encore  
été atteinte.***

diluées sont plus sensibles aux variations climatiques. Ces bouteilles se conservent au réfrigérateur à 4 °C (figure 1). Une date de péremption apparaît sur la boîte. Une fiche d'instruction est fournie avec la boîte du vaccin et explique en détail la marche à suivre. N'hésitez pas à vous y référer en cas de doute.

Pour une allergie saisonnière, la désensibilisation est débutée à l'automne, soit après la saison d'allergie. Pour une allergie annuelle, le début du traitement n'a pas d'importance.

Les injections se donnent sur le bras, sur la partie antérolatérale inférieure (environ 4 cm en haut du coude) (figure 2). Si le patient a deux vaccins à recevoir, on injecte un type de vaccin par bras en notant sur chaque boîte le bras choisi.

Des doses croissantes d'allergènes sont administrées toutes les semaines jusqu'à ce qu'une dose d'entretien soit atteinte (tableau 2). Chaque augmentation de doses exige des injections chaque semaine. Tous les mois, la dose d'entretien est stable sans augmentation.

En saison d'allergie, nous cessons la progression (c'est-à-dire les augmentations de doses), nous

## La désensibilisation au cabinet

Tableau 2

### Le dosage du vaccin

- Dilutions numéros 1, 2 et 3 : 1 à 2 fois par semaine.
- Dilution numéro 4 : 1 fois par semaine.
- Dose d'entretien : 0,5 mL de la bouteille numéro 4 ou la dose qui donne une réaction cutanée de 2,5 cm ou moins.
- La dose d'entretien deviendra la dose de maintien du traitement, 1 fois par mois, pendant 3 à 5 ans.
- La dose d'entretien passe à 1 fois par mois en espaçant progressivement la durée entre les injections de la façon suivante : 1 fois, 2 semaines plus tard, 1 fois, 3 semaines plus tard, puis aux 4 semaines.

stabilisons la dose que nous avons atteinte ou nous diminuons la dose de moitié si notre patient est très incommodé par la saison d'allergie la première année du traitement et nous lui donnons son vaccin aux 2 semaines si sa dose atteinte est inférieure à 0,20 mL de la bouteille numéro 4, sinon vous espacez progressivement au mois.

Évidemment, ce traitement comporte un risque d'anaphylaxie. Vous avez discuté avec Maryse de l'obligation de rester en observation dans votre salle d'attente pendant 30 minutes après l'injection et de venir vous revoir par la suite pour mesurer la réaction. Maryse est au courant de vous aviser aussitôt qu'elle sent des symptômes allergiques.

Votre lecture de l'induration (et non de la rougeur) après 30 minutes et sa consignation au dossier est très importante pour le médecin qui aura à donner la prochaine dose, une réaction de moins de 2,5 cm permet une augmentation de doses en progression et un maintien de la dose d'entretien. Une réaction





Figure 2. Les injections se donnent sur le bras sur la partie antérolatérale inférieure (environ 4 cm en haut du coude).



supérieure ou égale à 2,5 cm en progression exige de répéter la dose la fois suivante. Sur la fiche d'instructions remise avec le vaccin, la procédure est indiquée dans ce cas.

Avec ces précisions et en suivant le protocole de progression des doses de vaccin, on peut y arriver très facilement. Chaque fois que vous vaccinez un patient; adoptez toujours la même procédure (tableau 3). D'abord, vous vous informez de l'état de santé du patient, puis vous vérifiez l'horaire, la dose à administrer, la bonne identité du vaccin, la bonne bouteille et vous injectez. Finalement, n'oubliez pas de vérifier avec le patient la

Indiqué comme traitement d'entretien de l'asthme chez les patients lorsque l'utilisation d'une association médicamenteuse est jugée appropriée. Consulter la monographie pour la sélection des patients, les mises en garde, les précautions et les effets indésirables.

 GlaxoSmithKline  
Mississauga (Ontario) L5N 6L4

 **ADVAir**  
sulfate de salmétérol / propionate de formotérol

# La désensibilisation au cabinet

Tableau 3

## La procédure à suivre

- Éviter les antihistaminiques avant le vaccin
- Vérifier l'état du patient
- Vérifier l'horaire, la dose et la régularité du traitement
- Administrer des injections sous-cutanées
- Garder le patient sous observation pendant 30 minutes après l'injection
- Revoir le patient et mesurer sa réaction

date de péremption (un vaccin est bon environ de 12 à 18 mois, le patient doit s'occuper de commander un nouveau vaccin pour la poursuite du traitement, mais vous pouvez injecter un vaccin périmé sans danger en attendant d'avoir le nouveau vaccin).

## 1<sup>re</sup> situation

Maryse revient d'un voyage en Floride en janvier, il y a un mois qu'elle n'a pas reçu de vaccin de désensibilisation, car normalement elle vient chaque semaine. Elle est en progression (c'est-à-dire en augmentation de doses chaque semaine). Que faites-vous?

Lorsqu'une dose est administrée chaque semaine, le système immunitaire répond bien à l'augmentation de doses et c'est justement le principe de la désensibilisation : la dose antérieure permet d'augmenter la dose la fois suivante et ainsi de suite. Par contre, un mois sans vaccin pour le système immunitaire de Maryse nous oblige à ajuster notre traitement de la façon suivante :

- Deux semaines entre les doses (même dose);
- Trois à 4 semaines entre les doses (réduire la dose de 25 %);
- Six à 8 semaines entre les doses (réduire la dose de 50 %).

Puis, on reprend toutes les semaines parce que l'on veut continuer à augmenter les doses pour obtenir sous peu sa dose d'entretien.

Tableau 4

## Les réactions systémiques

- Éternuements
- Congestion nasale
- Rhinorrhée
- Prurit oculaire ou nasal
- Dyspnée, gêne ou difficultés respiratoires
- Prurit sur la paume des mains, la plante des pieds ou le cuir chevelu
- Respiration sifflante
- Bronchospasme
- Urticaire
- Toux

Un patient en entretien doit recevoir sa dose une fois par mois. S'il est en retard (vacances, maladie, etc.), on doit réduire sa dose :

- Deux semaines de retard : donnez la dose précédente.
- Un mois de retard : donnez la moitié de la dose et revenez à la dose d'entretien en augmentant par la suite chaque semaine.
- Finalement, vous reprenez une fois par mois.

## 2<sup>e</sup> situation

Vous voyez Maryse toutes les semaines pour son vaccin de désensibilisation et augmenter sa dose. Dix minutes après l'injection de 0,40 mL de la bouteille numéro 4, Maryse frappe à votre porte; elle se sent oppressée, éternue et tousse. Que faites-vous?

Cela fait partie des risques, mais pas de panique, on a ce qu'il faut. Vous n'avez pas besoin d'un interrogatoire approfondi pour savoir que Maryse fait une réaction allergique généralisée (tableau 4). Donc, les mesures d'urgence sont :

- S'occuper de Maryse immédiatement.
- Prendre ses signes vitaux et l'ausculter.
- Préparer une seringue d'adrénaline 1/1 000, de 0,3 à

## La désensibilisation au cabinet

0,5 mL (enfants 0,01 mg/kg) et l'administrer en sous-cutané à l'autre bras. Vous pouvez donner 0,1 mL d'adrénaline sous-cutanée au point d'injection du vaccin et le reste de votre seringue dans l'autre bras. Si indiqué, répétez aux 15 minutes ou plus.

- Mettre un garrot au-dessus du point d'injection.
- Injecter en intramusculaire 50 mg de diphenhydramine ou 50 mg d'hydroxyzine.
- Administrer 100 mcg de salbutamol en aérosol-doseur si indiqué (2 à 4 bouffées).
- Selon l'état du patient, administrer de l'oxygène en nébulisation.

Normalement, les symptômes de Maryse devraient se résorber graduellement en l'espace de 5 à 30 minutes, une réaction anaphylactique à son début est plus facile à maîtriser.

Vous devez garder Maryse en observation pour environ une heure, le temps que vous soyez assuré que la situation est maîtrisée. Par mesure de sécurité, il est préférable de transférer Maryse à l'urgence de votre centre hospitalier le plus près pour une période d'observation de quelques heures. Il est aussi conseillé d'administrer un antihistaminique par voie orale pour les 24 prochaines heures ainsi qu'une dose de prednisone par voie orale, à raison de 50 mg, dans le but de prévenir une réaction retardée.

Ces scénarios sont heureusement rares, mais il faut être prêt à les affronter en ayant les médicaments nécessaires à la portée de la main. Le risque d'anaphylaxie est de 1/400 et il est plus fréquent en progression qu'en entretien, en saison d'allergie, en présence d'asthme symptomatique, en faisant une erreur de dose, en changeant de bouteille et en injectant le vaccin intravasculaire par erreur (tableau 5).

Tous les efforts du personnel médical doivent être faits pour minimiser le risque d'anaphylaxie. Entre autres, vous devez bien suivre l'horaire d'administration, vérifier la dose, la bouteille et le nom du patient, faire l'injection en sous-cutané en prenant soin de

Tableau 5

### Les facteurs de risque d'une réaction systémique

- Erreur de dosage
- Présence d'asthme symptomatique
- Patient hypersensible (antécédents de réaction anaphylactique)
- Injection en saison d'allergies
- Utilisation de bêtabloqueurs
- Nouvelle fiole
- Injection intravasculaire par erreur

retirer le piston, ne pas faire d'injection intramusculaire, car, à ce moment, le risque d'injection dans un petit vaisseau est plus grand.



### Les saisons d'allergies

Arbres (bouleau, érable, orme, chêne)	Début avril à la fin juin
Graminés (phléole)	Mi-juin à la fin juillet
Herbe à poux et mauvaises herbes	Mi-août à la fin septembre
Acaris	À l'année

### 3<sup>e</sup> situation

Maryse revient régulièrement pour son vaccin, sa saison d'allergie est commencée, nous sommes au début juin et malgré le fait qu'elle se sente mieux que l'an dernier; elle a quand même dû prendre 10 mg de loratadine tous les jours depuis 1 semaine. Elle reçoit actuellement 0,20 mL de la bouteille numéro 4 et sa dernière injection remonte à il y a 2 semaines. Que faites-vous?

En saison d'allergie, il ne faut pas augmenter les doses, même si la dose d'entretien n'a pas encore été atteinte. On donne la dose que l'on a atteint aux deux semaines. Si notre patient est fort incommodé, comme Maryse, par ses symptômes, surtout la première année de son traitement, on diminue la dose de moitié et on l'administre aux deux semaines pour toute la durée de sa saison d'allergie.

On ne donne pas d'injection toutes les semaines, car nous n'augmentons pas les doses.

Après la saison, on reprend où on est rendu et on recommence toutes les semaines jusqu'à la dose d'entretien.

Donc, pour Maryse, nous serions mieux de lui dire de cesser de prendre des antihistaminiques durant 48 heures, puis de la revoir pour son vaccin que l'on diminuera à 0,10 mL de la bouteille numéro 4, puis on lui donnera cette dose aux 2 semaines pour sa saison d'allergie. Les stéroïdes topiques pourraient compenser l'ar-

rêt des antihistaminiques, car ils n'ont pas à être interrompus pendant la désensibilisation.

### 4<sup>e</sup> situation

Avec Maryse tout semble facile, mais vous voyez le patient de votre confrère en raison de son absence et il se plaint de faire de grosses réactions locales quelques heures après avoir reçu son vaccin. Je n'ose donc pas augmenter la dose. Est-ce justifié?

D'abord, il faut vérifier si son injection a été donnée en sous-cutané ou intramusculaire. La réaction locale est plus grosse et plus douloureuse lorsque l'injection est intramusculaire.

Ces réactions sont des effets indésirables du traitement qui peuvent être traités de façon symptomatique par un antihistaminique donné 30 minutes après le vaccin, un anti-inflammatoire non stéroïdien par voie orale ou 10 mg par voie orale de montélukast ou de la glace. Cela n'empêche pas de poursuivre la progression de la dose si sa réaction locale 30 minutes après son vaccin est de moins de 2,5 cm.

### 5<sup>e</sup> situation

Julie, une amie de Maryse, vient de déménager dans la région et arrive avec ses bouteilles de vaccins d'allergie contre le venin de guêpes. Vous êtes surpris de la grandeur des réactions locales inscrites au dossier. Est-ce que l'on doit suivre une démarche différente pour ce type de vaccin?

La dernière indication de désensibilisation est l'allergie aux piqûres de guêpes et d'abeilles. Cette allergie peut être fatale et la désensibilisation est indiquée pour toute personne qui a fait une réaction anaphylactique aux venins de guêpes ou d'abeilles. Des tests d'allergies par cutiréaction viennent confirmer l'allergie. La prescription d'épinéphrine est la première étape, vient ensuite la désensibilisation débutée en milieu hospitalier. Quand le

## La désensibilisation au cabinet

### À retenir...

- Chaque augmentation de dose exige des injections chaque semaine.
- Ne pas augmenter la dose en saison d'allergie.
- Revoir le patient 30 minutes après l'injection et mesurer la réaction (induration).
- En pédiatrie, le traitement est possible dès l'âge de 5 ans avec la collaboration de l'enfant et des parents.
- La contre-indication absolue est l'utilisation de bêtabloqueurs et toute condition médicale allant à l'encontre de l'administration d'adrénaline en cas de besoin.

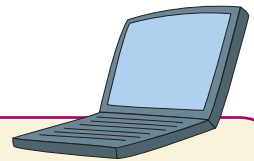
patient a atteint sa dose d'entretien (100 mcg de chaque venin de guêpe auquel il est allergique), il continue son traitement avec son médecin de famille une fois par mois pendant un an et une fois aux 6 semaines pendant 3 à 5 ans. Ce traitement est efficace dans plus de 95 % des cas. Lorsque le patient a atteint sa dose d'entretien, il est généralement protégé et n'a plus besoin de sa seringue d'épinéphrine (à discuter avec l'allergologue). Les cutiréactions et le traitement requièrent une consultation en allergie. Pour être protégé, le patient allergique aux piqûres de guêpes doit recevoir 100 mcg de chaque venin en entretien. Les réactions locales sont plus importantes, on accepte jusqu'à 5 cm facilement d'induration après 30 minutes. Les mêmes traitements symptomatiques sont recommandés (antihistaminiques, glace, anti-inflammatoire non stéroïdien et montélukast) pour diminuer les réactions locales 30 minutes après le vaccin.

En respectant une procédure logique et en comprenant mieux ce qu'est la désensibilisation, ce

traitement peut être administré à vos patients, par vous, de façon sécuritaire, dans votre cabinet. En leur offrant votre compétence et votre disponibilité; vous faciliterez ainsi l'accès à cette thérapie et contribuerez à améliorer grandement leur qualité de vie. *Clin*

#### Lectures suggérées

1. Leith, Eric, S MD : Allergens and allergen Immunotherapy, Practical Clinical Applications. Canadian journal of Allergy and Immunology 7(5):6, 2002
2. Canadian Society of Allergy and Immunology : Guidelines for Use of Allergen Immunotherapy. Practical Allergy and Immunology 11:1, 1996.
3. Portnoy, J : Practice Parameters for Allergen Immunotherapy,. The Children's Mercy Hospital, 1996.
4. Creticos, PS : Risk Factors in Immunotherapy. Johns Hopkins University School of Medicine.
5. Hébert, J : traitement de l'allergie, rôle de l'immunothérapie, présentation, 2002.
6. Allergen immunotherapy : A practice parameter, Asthma of immunology. Annals of Allergy 90(1), 2003.



#### À visiter :

Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique : [www.csaci.medical.org](http://www.csaci.medical.org)

**VOICI**

**Nexium<sup>®</sup>**  
esomeprazole

Nexium<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement des affections où une diminution de la sécrétion acide gastrique est nécessaire. Veuillez consulter la monographie pour connaître le type de patients, les précautions et les mises en garde.

Nexium<sup>®</sup> est une marque de commerce d'AstraZeneca. N6 utilisé sous licence par AstraZeneca Canada Inc. Le logo AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca. N5 utilisé sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

029.1-1181

