

Edition 6/2026 - dermatologie

L'immunothérapie spécifique aux allergènes dans la pratique : quand commencer, quelle voie d'administration choisir et à quelles réactions s'attendre



Fig. 1 : Les animaux de compagnie dans leur environnement naturel, signe d'une meilleure qualité de vie grâce à une prise en charge efficace et à long terme de la dermatite atopique.

Source de l'image : Laboklin (avec IA)

Du diagnostic au choix du traitement

L'allergie environnementale, également appelée dermatite atopique canine (cAD) chez le chien et syndrome cutané atopique félin (SCAF) chez le chat, est une affection chronique multifactorielle caractérisée par une réponse immunitaire anormale aux allergènes environnementaux. Chez les patients sensibilisés, le contact avec ces allergènes entraîne une réaction immunitaire excessive accompagnée d'une inflammation cutanée et d'un prurit, qui déterminent ensemble le tableau clinique et la progression de la maladie.

D'un point de vue pratique, la prise en charge de la dermatite atopique repose sur deux approches thérapeutiques complémentaires. La première consiste à **contrôler l'inflammation et le prurit** à l'aide de traitements antiprurigineux et anti-inflammatoires. Cela est essentiel pour garantir le bien-être du patient, prévenir l'auto-traumatisation et les infections secondaires, et assurer une bonne qualité de vie (fig. 1).

La deuxième approche cible la physiopathologie sous-jacente. **L'immunothérapie spécifique (ASIT)** module la réponse immunitaire en induisant une tolérance à l'égard des allergènes en cause. Au lieu de se contenter

de supprimer les symptômes cliniques, l'ASIT « reprogramme » le système immunitaire et réduit à long terme la réaction excessive au contact avec l'allergène.

Il est essentiel de bien comprendre ces deux approches complémentaires : le traitement symptomatique permet un contrôle immédiat et durable, tandis que **l'ASIT est la seule stratégie capable d'influencer l'évolution de la maladie.**

Quand devrait-on commencer l'ASIT ?

Avant de commencer un traitement ASIT, il est nécessaire d'établir un diagnostic précis de dermatite atopique. Il s'agit d'un diagnostic clinique fondé sur les antécédents médicaux, les types et la répartition des lésions, le prurit, ainsi que l'exclusion d'autres affections accompagnées de démangeaisons.

De même, il est important de prévoir suffisamment de temps pour comprendre l'évolution individuelle de la maladie (caractère saisonnier), ce qui nécessite généralement **plusieurs mois, voire jusqu'à un an.**

Au cours de cette période, le clinicien doit s'efforcer :

- d'obtenir un bon contrôle de l'inflammation et du prurit,
- de traiter et de prévenir les infections secondaires,
- de mettre en place un traitement multimodal adapté (par exemple, traitement topique, lutte contre les puces, traitement antiprurigineux/anti-inflammatoire).

Cette phase n'est pas seulement thérapeutique, elle permet également au clinicien de déterminer, pour chaque patient :

- le degré de gravité de la maladie,
- le traitement minimal nécessaire pour maintenir l'absence de symptômes,
- **le schéma et la fréquence des poussées.**

Dès que la maladie a été suffisamment caractérisée chez un patient particulier, il convient d'envisager une immunothérapie spécifique. Elle est recommandée chez tous les patients présentant une allergie environnementale confirmée, car il s'agit généralement d'une

maladie évolutive dont la gravité et la fréquence des poussées augmentent avec le temps.

Il est souhaitable de commencer le traitement dès que le diagnostic est confirmé, car les bénéfices à long terme sont plus importants aux stades précoces et la probabilité de pouvoir réduire, voire arrêter, le traitement médicamenteux augmente.

L'ASIT peut toutefois s'avérer efficace même dans les cas chroniques ou graves, où l'objectif est généralement d'améliorer la maîtrise de la maladie et de réduire la prise de médicaments.

Enfin, il s'agit de trouver un juste équilibre entre un début précoce du traitement et une certitude diagnostique suffisante.

Test d'allergie : non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour la planification du traitement

Les tests d'allergie ne servent pas à établir un diagnostic (l'allergie est un diagnostic clinique, voir ci-dessus), mais à identifier les allergènes concernés en vue de la mise en place d'une ASIT.

Les tests sérologiques des IgE et les tests intradermiques sont tous deux appropriés. Les tests sérologiques présentent des avantages en ce qui concerne la standardisation et la praticabilité.

La qualité et la spécificité des tests utilisés sont déterminantes, car elles influencent directement le choix des allergènes et, par conséquent, l'efficacité du traitement.

Les tests de haute qualité devraient :

- détecter les IgE spécifiques à l'allergène (en évitant les réactions croisées avec les IgG),
- tenir compte du problème des déterminants glucidiques à réaction croisée (CCD), qui peuvent entraîner des résultats faussement positifs sans importance clinique.

L'utilisation de systèmes de test basés sur le récepteur IgE à haute affinité (FcεR1α), en combinaison avec des systèmes de détection et de blocage par CCD, améliore considérablement la précision de l'identification des allergènes et permet une composition plus précise et plus pertinente sur le plan clinique de la désensibilisation allergénique spécifique (ASIT).

Voies d'administration de l'ASIT

L'immunothérapie sous-cutanée (SCIT) est considérée comme la norme. D'autres approches ont été mises au

point afin d'améliorer l'efficacité du traitement et d'accélérer l'apparition des effets.

Les principales voies d'administration disponibles sont présentées ci-dessous.

Immunothérapie sous-cutanée (SCIT) – l'approche classique

L'immunothérapie sous-cutanée reste la voie d'administration la plus couramment utilisée et la mieux documentée dans la pratique clinique.

En règle générale, le traitement commence par une phase d'augmentation progressive de la posologie, suivie d'un traitement d'entretien. Avec les protocoles actuels, tels que celui d'Artuvetrin®, la phase d'induction est simple et permet d'atteindre la dose complète au cours des trois premiers mois de traitement.

Cette approche se caractérise par un profil de sécurité bien établi, une grande flexibilité permettant une adaptation individuelle, ainsi qu'une vaste expérience clinique. C'est pourquoi la SCIT reste le traitement de premier choix dans la plupart des cas.

Protocoles sous-cutanés accélérés : approches « rush » et « cluster »

Les protocoles accélérés visent à réduire le délai nécessaire pour atteindre la dose d'entretien.

Dans le cadre de l'immunothérapie dite « **Rush** » (RIT), plusieurs doses croissantes sont administrées sur une courte période, souvent en une seule journée. La quantité cumulative d'allergènes administrée en une journée dépasse alors la dose d'entretien habituelle, ce qui s'accompagne d'un risque accru d'effets secondaires. C'est pourquoi la RIT nécessite une surveillance étroite et est généralement réalisée en milieu hospitalier.

Le traitement « **Cluster** » regroupe plusieurs injections en une ou quelques séances, permettant ainsi d'atteindre plus rapidement la dose d'entretien sans la dépasser. Bien que les données publiées soient limitées, l'expérience clinique montre que cette approche peut constituer une alternative viable dans certains cas, sans nécessiter d'hospitalisation.



Fig. 2 : Artuvetrin® pour l'immunothérapie spécifique aux allergènes dans la pratique clinique
Source de l'image : Laboklin

L'immunothérapie sublinguale (SLIT) : une alternative dont l'efficacité est encore peu étayée

L'immunothérapie sublinguale a été mise au point comme alternative non invasive et est administrée quotidiennement par voie cutanée. Si certaines études font état d'une amélioration clinique, les données disponibles sont plus limitées par rapport à l'immunothérapie sous-cutanée (SCIT), c'est pourquoi son utilisation reste généralement réservée à des cas particuliers.

L'immunothérapie intralymphatique (ILIT) – administration ciblée avec un effet potentiellement plus rapide

L'immunothérapie intralymphatique consiste à administrer des allergènes directement dans les ganglions lymphatiques, où les cellules présentatrices d'antigènes et les lymphocytes participent à la modulation de la réponse immunitaire. Cette administration ciblée permet une présentation directe de l'antigène, nécessite des doses d'allergènes plus faibles que les protocoles sous-cutanés classiques et peut accélérer l'apparition de l'effet.

Cette approche vise à obtenir une immunomodulation plus efficace ; des études suggèrent un bon profil de sécurité et une apparition plus rapide des effets cliniques. Pour une efficacité optimale, l'ILIT doit être réalisée sous contrôle échographique.

Recommandation

La meilleure méthode d'administration n'est pas nécessairement la plus récente, mais celle qui concilie le mieux les données scientifiques, la sécurité, la praticabilité, l'adhésion de l'éleveur et le respect des conditions d'utilisation autorisées.

Pour la plupart des patients, l'immunothérapie sous-cutanée reste la méthode la plus fiable et la plus largement applicable, tandis que d'autres voies d'administration peuvent être envisagées dans certains cas particuliers.

Ces approches alternatives constituent généralement des utilisations hors AMM et devraient s'appuyer sur les données scientifiques disponibles ; il convient toutefois de privilégier les traitements conformes aux conditions d'utilisation autorisées pour le produit considéré.

À quoi faut-il s'attendre ?

Définition de la réussite thérapeutique

Un facteur déterminant pour la réussite de l'ASIT est de définir des attentes réalistes et raisonnables.

L'ASIT n'a pas d'effet immédiat. Le système immunitaire a besoin de temps pour s'adapter, et une amélioration clinique peut prendre jusqu'à 12 mois, voire plus. Il convient donc de poursuivre le traitement de manière rigoureuse avant d'en évaluer l'efficacité.

D'un point de vue clinique, la réponse au traitement peut être classée en différentes catégories :

- **Rémission complète (excellents réponders) :** disparition totale des symptômes cliniques sans traitement médicamenteux supplémentaire. Ce résultat n'est pas exceptionnel et peut être obtenu chez une proportion importante de patients (environ 50 %), en particulier lorsque le traitement est initié à un stade précoce et que les protocoles sont correctement suivis.
- **Bonne amélioration clinique :** diminution du prurit, réduction du nombre de poussées et diminution des besoins en médicaments. Cela concerne une grande partie des cas et est considéré, dans la pratique clinique quotidienne, comme un résultat thérapeutique positif.
- **Réponse partielle**
Amélioration clinique moins prononcée, mais l'ASIT peut néanmoins contribuer à un meilleur contrôle à long terme. Chez certains patients, le traitement peut également aider à ralentir la progression de cette maladie chronique, même si l'amélioration clinique est moins marquée.

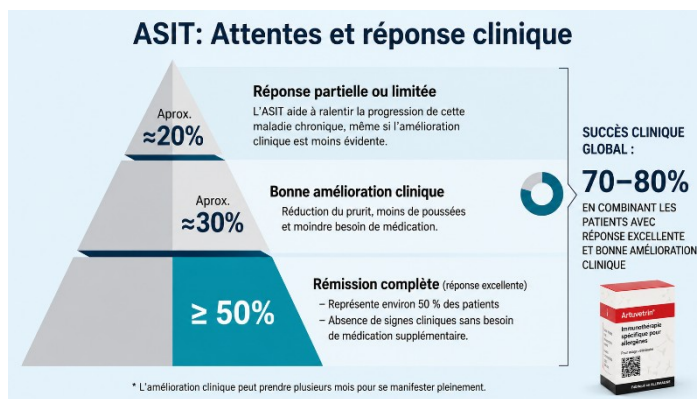


Fig. 3 : Taux de réponse clinique à l'immunothérapie spécifique (ASIT) et répartition des résultats thérapeutiques
Source de l'image : *Dr. Carmen Lorente (avec IA)*

Au total, l'ASIT, en tenant compte des patients présentant une excellente réponse et de l'amélioration clinique significative, atteint un taux de réussite d'environ 70 à 80 %, qui peut potentiellement être encore plus élevé en cas de bonne observance.

L'importance de la compliance et de la gestion à long terme

La cause la plus fréquente d'un échec thérapeutique apparent est l'arrêt prématuré du traitement ou une compliance insuffisante.

Étant donné que l'ASIT a besoin de temps pour moduler la réponse immunitaire :

- un arrêt prématuré empêche l'effet de se développer,
- une administration irrégulière entraîne une diminution de l'efficacité,
- un suivi clinique insuffisant peut donner une fausse impression d'inefficacité de l'ASIT.

Un traitement symptomatique et proactif adapté doit donc être poursuivi jusqu'à ce que les symptômes cliniques soient complètement maîtrisés.

Déroulement – Adaptation du traitement selon les résultats

Chez les patients qui répondent à une ASIT, l'évolution clinique doit guider les décisions thérapeutiques.

Au fil du temps, on observe généralement :

- une diminution de la fréquence et de la gravité des poussées,
- une réduction progressive du besoin en médicaments,
- une adaptation du traitement au strict minimum nécessaire pour maintenir le contrôle de la maladie.

Il est important de noter que la dose d'ASIT reste généralement inchangée, tandis que le traitement

symptomatique est ajusté. L'intensité de ce traitement ne doit pas être fixée à l'avance, mais adaptée de manière dynamique à l'évolution clinique du patient. Cela correspond à l'objectif de l'ASIT : non seulement contrôler les symptômes cliniques, mais aussi influencer l'évolution de la maladie et réduire la charge thérapeutique à long terme.

Conseil pratique – comment expliquer l'ASIT au propriétaire de l'animal

- Il s'agit d'un traitement à long terme, et non d'une solution rapide.
- Les autres traitements sont maintenus pour l'instant.
- Le succès ne signifie pas toujours qu'il faille arrêter tous les médicaments.

Résumé

L'immunothérapie spécifique aux allergènes est le seul traitement capable d'influencer l'évolution de la dermatite atopique. Son succès dépend non seulement du choix judicieux des allergènes et du protocole, mais aussi du moment opportun, de la personnalisation du traitement et d'une communication efficace avec le propriétaire de l'animal.

En pratique clinique, l'ASIT est un élément important de la prise en charge de la dermatite atopique à long terme, la clé résidant dans sa mise en œuvre optimale pour chaque patient.

Carmen Lorente-Méndez

Nos prestations à ce sujet :

- Test d'allergie (technologie des récepteurs Fcε) : tests préliminaires et principaux, profils axés sur les symptômes
- PAX complète avec extraits d'allergènes et composants moléculaires
- Formulations ASIT adaptées individuellement
- Aide à l'interprétation des résultats et à la planification du traitement

Autres lectures :

Mueller RS. A systematic review of allergen immunotherapy in canine AD and FASS. *J Am Vet Med Assoc.* 2023;261(S1): S30–S35.

Fennis EEM, van Damme CMM, Schlotter YM, Sinke JD, Leistra MHG, Bartels RT, Broere F. Efficacy of subcutaneous allergen immunotherapy in atopic dogs: A retrospective study of 664 cases. *Vet Dermatol.* 2022 Aug;33(4):321–e75. doi: 10.1111/vde.13075.

Fischer NM, Rostaher A, Favrot C. A comparative study of subcutaneous, intralymphatic and sublingual immunotherapy for the long-term control of dogs with nonseasonal atopic dermatitis. *Vet Dermatol.* 2020; 31:365–e396.