ALLERGIE AU VENIN D'ABEILLE ET DE GUÊPE

7.07.2026

À l'approche de l'été, le nombre de signalements de piqûres d'insectes augmente. L'allergie au venin d'abeille et de guêpe demeure un point d'attention important en médecine générale. Dans cette actualité, nous abordons brièvement l'épidémiologie, la présentation clinique et la démarche diagnostique.



Épidémiologie

L'allergie au venin des Hyménoptères, notamment à la suite de piqûres d'abeilles et de guêpes, constitue une cause importante d'anaphylaxie chez l'adulte. Les réactions systémiques après une piqûre surviennent chez environ 3 % des adultes. Les réactions anaphylactiques sont plus fréquemment observées chez les hommes, probablement en raison d'un degré d'exposition plus élevé. Les piqûres de guêpes sont en outre beaucoup plus fréquentes que les piqûres d'abeilles. L'allergie aux bourdons est rare et essentiellement liée à l'activité professionnelle (par exemple dans l'horticulture).

Un point important est la distinction entre la sensibilisation (test in vitro anormal sans symptômes) et l'allergie clinique. Des anticorps IgE spécifiques dirigés contre le venin d'Hyménoptères peuvent être détectés chez une proportion importante de la population générale (~25 %), sans qu'aucune réaction allergique cliniquement pertinente ne se produise. Chez les patients présentant une réaction locale étendue, des IgE spécifiques peuvent également être présentes, mais cela ne signifie pas automatiquement qu'il existe une allergie systémique.

Présentation clinique

Après une piqûre d'abeille ou de guêpe, différentes réactions peuvent survenir. Une petite réaction locale reste limitée à moins de 10 cm et disparaît généralement dans les 24 heures. Une grande réaction locale dépasse 10 cm et persiste plus de 24 heures, avec une guérison le plus souvent en 3 à 10 jours. Bien que ces réactions puissent être impressionnantes, le risque de développer ultérieurement une réaction systémique reste faible (5 à 10 %).

En cas de réaction allergique systémique, les symptômes peuvent aller de l'urticaire et de l'angio-œdème à des manifestations respiratoires, gastro-intestinales ou cardiovasculaires. La gravité peut être classée selon la classification de Ring et Messmer :

Grade	Manifestations
I	Manifestations cutanées, fièvre légère, ou les deux
II	Manifestations cardiovasculaires mesurables mais non menaçantes pour le pronostic vital (tachycardie, hypotension), manifestations gastro-intestinales (nausées) ou respiratoires
III	Choc ou bronchospasme mettant en jeu le pronostic vital
IV	Arrêt cardiopulmonaire

Classification des réactions anaphylactiques selon Ring et Messmer.

Le risque de récidive est nettement plus élevé après une réaction systémique, en particulier après une anaphylaxie sévère.

Chez les enfants, les réactions sont souvent plus légères et les symptômes cardiovasculaires sont rares. Le pronostic à long terme est généralement plus favorable que chez les adultes.



Anamnèse

Le diagnostic de l'allergie au venin d'abeille ou de guêpe repose avant tout sur l'anamnèse clinique. Les tests de laboratoire ne doivent jamais être interprétés indépendamment du contexte clinique, car une sensibilisation (test in vitro positif en l'absence de symptômes) au venin d'Hyménoptères est fréquente dans la population générale sans qu'il existe nécessairement une allergie cliniquement pertinente. Les questions importantes à poser sont :

- Quel insecte a provoqué la piqûre ?
- Où le patient a-t-il été piqué et combien de fois ?
- Le patient a-t-il déjà été piqué auparavant ?
- Après combien de temps les symptômes sont-ils apparus ?
- Y avait-il des symptômes respiratoires, gastro-intestinaux ou cardiovasculaires ?
- Existe-t-il des facteurs de risque tels qu'une maladie cardiovasculaire, la prise de bêtabloquants, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou une suspicion de mastocytose ?

L'identification de l'insecte est importante pour la poursuite du diagnostic et pour une éventuelle immunothérapie, mais elle reste souvent incertaine en pratique. Les abeilles laissent généralement leur dard dans la peau, tandis que les guêpes et les frelons possèdent un dard lisse et peuvent piquer à plusieurs reprises.

Diagnostic

Le diagnostic allergologique n'est indiqué que chez les patients ayant des antécédents de réaction systémique après une piqûre d'Hyménoptère. En présence de réactions exclusivement locales ou de grandes réactions locales, un bilan allergologique de routine n'est pas recommandé.

Le diagnostic peut reposer sur des tests cutanés et des tests in vitro. Les tests cutanés, tels que le prick-test ou le test intradermique, sont idéalement réalisés au moins deux semaines après la réaction. Les IgE spécifiques dirigées contre le venin d'Hyménoptère peuvent être dosées peu après la réaction ; en cas de résultat négatif malgré une anamnèse évocatrice, il est recommandé de répéter le test après 2 à 6 semaines.

Lors de l'interprétation des résultats, la prudence est de mise : les taux d'IgE spécifiques n'ont pas de valeur pronostique et peuvent également être positifs en l'absence d'allergie cliniquement manifeste.

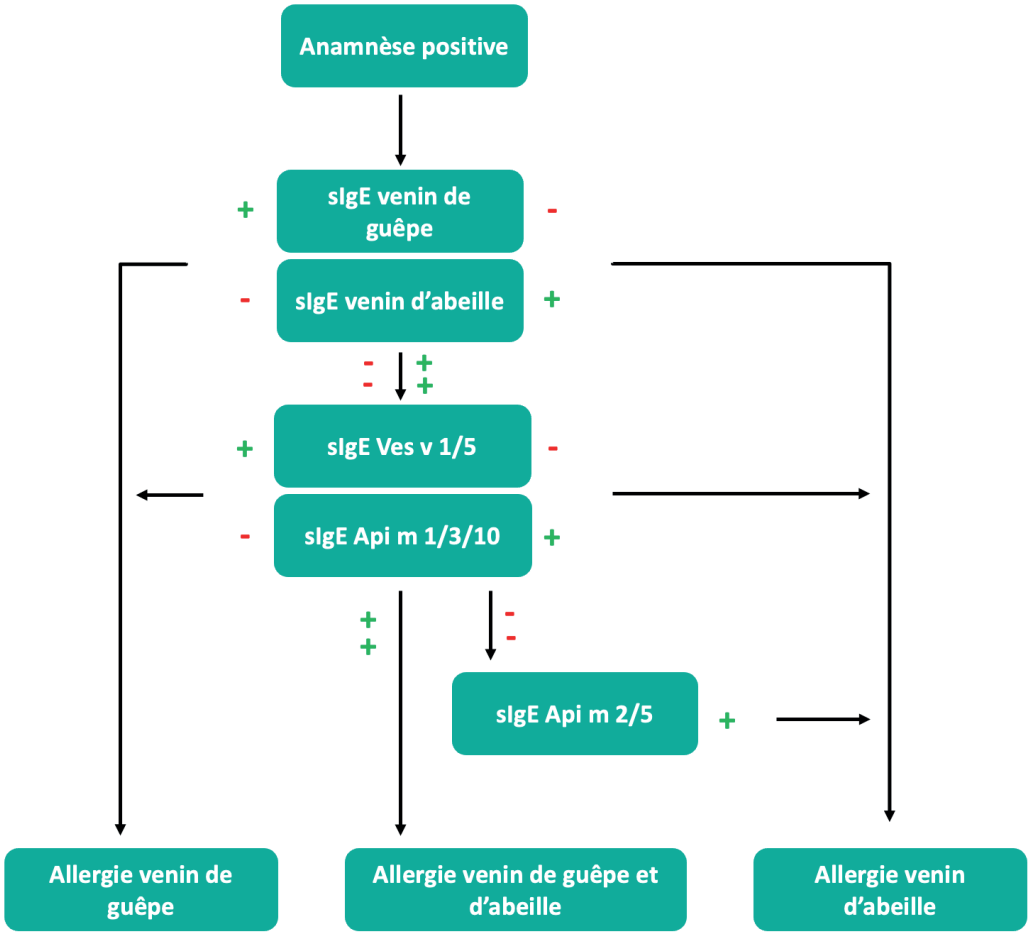
En pratique, il est recommandé de ne pas tester uniquement l'insecte suspecté, mais de doser au minimum les IgE spécifiques dirigées contre les extraits de venin d'abeille et de guêpe. D'autres extraits de venin peuvent être testés en fonction de l'anamnèse ou de l'exposition professionnelle, par exemple le venin de bourdon chez les professionnels de l'horticulture. Des tests positifs multiples sont observés chez environ 30 % des patients ayant des antécédents cliniques d'allergie au venin d'Hyménoptère. Ils peuvent résulter d'une sensibilisation à plusieurs venins, d'une réactivité croisée entre des allergènes homologues ou de la présence de déterminants glucidiques à réactivité croisée (cross-reactive carbohydrate determinants, CCD). Ces CCD sont présents notamment sur certaines glycoprotéines végétales et d'insectes et peuvent entraîner des résultats positifs vis-à-vis de plusieurs allergènes. Cette réactivité croisée sérologique a généralement peu de pertinence clinique et ne doit pas être interprétée, en l'absence d'une anamnèse compatible, comme une allergie alimentaire ou comme une allergie cliniquement significative à plusieurs venins.

Les IgE spécifiques (sIgE) dirigées contre les extraits de venin d'abeille et de guêpe présentent une sensibilité élevée, mais non absolue : la littérature rapporte des valeurs d'environ 96 à 97 % pour le venin d'abeille et de 88 à 97 % pour le venin de guêpe, avec une spécificité respective de 70 à 82 % et de 63 à 82 %. Un test sIgE positif met en évidence une sensibilisation, mais ne démontre pas à lui seul l'existence d'une allergie cliniquement pertinente au venin d'Hyménoptère. À l'inverse, un résultat négatif n'exclut pas totalement le diagnostic lorsqu'il existe une anamnèse fortement évocatrice. Cette limite est illustrée par une étude prospective utilisant la méthode ImmunoCAP, dans laquelle la valeur prédictive négative des sIgE in vitro dirigées contre les extraits d'Hyménoptères n'était que de 59 %. En présence d'une forte suspicion clinique, il est donc recommandé de répéter le dosage des sIgE après quelques semaines et/ou de réaliser des tests cutanés ainsi qu'un diagnostic moléculaire complémentaire par composants allergéniques.

En cas de double positivité pour le venin d'abeille et de guêpe, le diagnostic moléculaire par composants (Component Resolved Diagnostics, CRD) peut permettre de distinguer une véritable sensibilisation d'une réactivité croisée. Parmi les allergènes marqueurs pertinents figurent notamment Api m 1 (Apis mellifera, abeille domestique), Api m 3 et Api m 10 pour le venin d'abeille, ainsi que Ves v 1 (Vespula vulgaris, guêpe commune) et Ves v 5 pour le venin de guêpe. Api m 2 et Api m 5 peuvent présenter une réactivité croisée avec des allergènes homologues présents dans le venin de guêpe. Leur dosage peut toutefois être utile en complément lorsqu'il existe une forte suspicion clinique d'allergie au venin d'abeille et que les autres composants du venin d'abeille sont négatifs ou insuffisamment informatifs.

	Abeille	Guêpe
Allergènes marqueurs discriminants	Api m 1 Api m 3 Api m 10	Ves v 1 Ves v 5
Allergènes à réactivité croisée	Api m 2 Api m 5	-

Aperçu de quelques composants allergéniques importants dans l'allergie aux venins d'abeille et de guêpe.

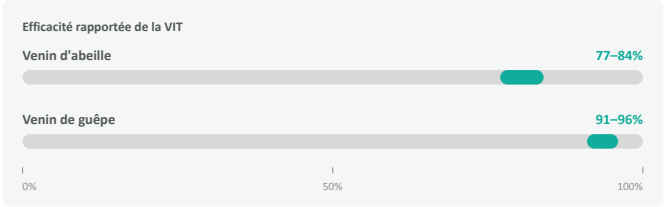


Algorithme diagnostique des tests sIgE dans l'allergie aux venins d'abeille et de guêpe.

Chez tous les patients ayant présenté une réaction systémique de grade II ou plus selon la classification de Ring et Messmer, il est recommandé de mesurer la tryptase sérique basale. Une concentration basale élevée de tryptase constitue un facteur de risque d'anaphylaxie plus sévère et peut évoquer une pathologie sous-jacente des mastocytes, telle qu'une mastocytose systémique. En cas de valeur supérieure à 11,4 µg/L, des investigations complémentaires sont indiquées.

Immunothérapie

Le seul traitement capable de réduire de manière significative le risque de nouvelles réactions systémiques est l'immunothérapie par venin (Venom Immunotherapy, VIT). Ce traitement est indiqué chez les patients ayant présenté une réaction systémique après une piqûre d'Hyménoptère et chez lesquels une sensibilisation au venin concerné a été démontrée (par exemple par des tests cutanés, la mise en évidence d'IgE spécifiques ou un diagnostic moléculaire par composants allergéniques). L'efficacité rapportée de la VIT est d'environ 77 à 84 % pour le traitement par venin d'abeille et de 91 à 96 % pour le traitement par venin de guêpe.



Messages clés

Une positivité des IgE spécifiques dirigées contre le venin d'abeille ou de guêpe n'indique pas automatiquement une allergie cliniquement pertinente. Un diagnostic fiable repose sur la combinaison d'une anamnèse clinique évocatrice, d'une identification correcte de l'insecte suspecté et d'un bilan allergologique ciblé. Les grandes réactions locales ne nécessitent généralement pas d'exploration allergologique complémentaire, tandis que les réactions systémiques justifient une évaluation plus approfondie, comprenant notamment le dosage des IgE spécifiques, éventuellement un diagnostic moléculaire par composants allergéniques et la mesure de la tryptase basale.

Références

- *Sturm GJ, Varga EM, Roberts G, et al. Diagnosis and treatment of Hymenoptera venom allergy. Allergologie Select. 2023;7:154-190.*
- *Wespen- en bijensteken met ernstige gevolgen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG). 18 novembre 2020.*
- *Ebo D. Allergie, een praktische gids. 2014.*
- *Sturm GJ, Varga EM, Roberts G, et al. EAACI guidelines on allergen immunotherapy: Hymenoptera venom allergy. Allergy. 2018;73(4):744-764.*
- *A straightforward algorithm for diagnosing Hymenoptera venom allergy and identifying the relevant venom for immunotherapy. Allergy. 2025;0:1-8.*
- *Thermo Fisher Scientific. Allergen Encyclopedia: Honeybee – Scientific Information.*