

ALLERGIES & INTOLÉRANCES[®]

LE GUIDE SUISSE

2022

RHUME DES FOINS | ASTHME
ALLERGIES CUTANÉES | QUALITÉ DE L'AIR
INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Fr. 10.-
ISSN 2504-1738
9 772504 173003





HELLO AND WELCOME

The Swiss Network for Allergies

Our aim is to improve the quality of life of people who have allergies by connecting allergy professionals and give access to latest research.

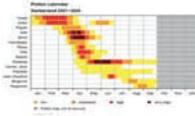
ABOUT US

ALLERGIES

WHAT'S NEW ABOUT ALLERGIES?

Latest News & Events

Make sure to check out our articles, where we publish the latest medical and allergy news.



Pollen calendar

[READ MORE](#)



Lactose intolerance – What's now?

[READ MORE](#)



Celiac disease

[READ MORE](#)



swissallergy is owned by:

Ring Group SA
Chemin des Eclaires 14b
CH-1023 Epalinges sur Lacs
Switzerland
info@swissallergy.ch

NAVIGATION

- Terms of Use
- Privacy Policy
- Useful Links
- Forum

ALLERGIES

- Food
- Pollen
- Pet
- Dermatitis

NEWSLETTER & EVENTS

Receive latest news and updates on allergies and intolerances. You can cancel anytime.

The New Swiss Digital Platform for Allergy Consumers and Allergy Professionals!

Swissallergy.ch is the first Swiss Digital Platform for B2B and B2C, for Allergy Professionals and Consumers.

The B2B, through secure access, covers more than 20.000 professionals such as Doctors, Pharmacies and Drugstores, Clinics and Hospitals with their need to share a direct link to articles, news and videos related to Allergy.

Consumers have the possibility to get connected with their Doctors and Patients through the means of articles, news and videos.

>>> www.swissallergy.ch



ALLERGIES & INTOLÉRANCES®

LE GUIDE SUISSE

IMPRESSUM

Directeur de la publication :
Mikael Rangnitt

Coordination rédactionnelle :
Mónica Roldán

Direction artistique :
Mónica Roldán

Publicité :
Rang Group SA Editions

Graphisme et mise en page :
www.atelierzed.ch

Photos :
Depositphotos

Distribution, lectorat :
350'000 lecteurs/an


Rang Group Editions

Editeur :
Rang Group SA Editions
Ch. des Ecaravez 14b
CH-1092 Belmont-sur-Lausanne
Tél. +41 21 357 95 47
www.rang-group.ch
mikael.rangnitt@rang-group.ch
monica.roldan@rang-group.ch

RÉDACTION

Direction scientifique :
Dr Michaël Hofer
Relecture scientifique :
Dr Annette Leimgruber-Bosset
Préface :
Prof. Peter Schmid-Grendelmeier

Auteurs :

Dr Lionel Arlettaz
Prof. Barbara Ballmer-Weber
Dr Amélie Borgeat
Dr Bernard Clot
Dr Philippe Eigenmann
Dr Olivier Hausmann
Dr Peter Eng
Dr Regula Gehrig
Prof. Yan Guex-Crosier
Prof. Arthur Helbling
Dr Michaël Hofer
Dr Andreas Jung
Prof. Jean-Silvain Lacroix
Dr Emmanuel Laffitte
Dr Roger Lauener
Dr Annette Leimgruber-Bosset
Prof. Peter Schmid-Grendelmeier
Dr Michel Seppely
Prof. François Spertini
Dr Philipp Spring
Dr Philip Tamarcaz
Dr Hubert S. Varonier
Prof. Johannes Wildhaber
Dr Alexandra Gabriel
Dr Eloy Castilla

Copyright

© 2022 Rang Group SA Editions

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays.
Toute reproduction intégrale ou partielle de textes, photos ou illustrations est formellement interdite.

ISSN 2504 - 1738

INTRODUCTION

Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier

Chef du service des allergies, Clinique de dermatologie, Hôpital universitaire de Zurich
Membre du conseil scientifique du Centre Christine-Kühne de recherche et d'éducation sur les allergies et de recherche de Davos (CK-CARE)



J'ai le plaisir de vous présenter l'édition 2022 du Guide des allergies. Cette brochure d'information, qui est rééditée chaque année, suscite toujours un grand intérêt – de la part des patients concernés par les allergies et de leurs proches, mais aussi de leurs médecins, des organisations de patients et des institutions correspondantes. En Suisse, près de 3 millions de personnes sont déjà concernées par les allergies. Nous nous souviendrons tous de l'année 2021 en raison de la pandémie de Covid-19, si vaste et si radicale, et des actions de vaccination qui y sont liées. Les vaccinations contre COVID-19 ont démarré à plein régime. Certes, une partie des personnes

vaccinées présentent des effets secondaires tels que des symptômes pseudo-grippaux ou des éruptions cutanées. Les réactions allergiques dangereuses sont extrêmement rares avec les vaccins utilisés jusqu'à présent. Cependant, des éruptions cutanées et surtout de l'urticaire ont été observées en grand nombre, surtout quelques jours après la vaccination de rappel.

De nouvelles habitudes alimentaires, comme les insectes comestibles tels que les vers de farine, peuvent provoquer des réactions allergiques inattendues suite à des réactions croisées avec des fruits de mer ou des acariens ; des plantes récemment introduites, comme la verge d'or ou, depuis un certain temps, l'herbe à raisin, ou des animaux, comme les chenilles processionnaires du chêne, offrent également de nouvelles possibilités d'allergies ou d'irritations de la peau et des voies respiratoires.

Ces dernières années, de nouvelles connaissances passionnantes ont été acquises en matière de prévention et de traitement des maladies allergiques. De nouveaux concepts de traitement ont fait leur apparition et peuvent améliorer efficacement la situation dans les cas de maladies graves. D'une part, on utilise des produits biologiques – des substances qui, sous forme d'injections, inhibent de manière ciblée certains messagers du système immunitaire et peuvent ainsi être utilisées de manière très efficace, par exemple en cas de dermatite atopique sévère, de certaines formes d'asthme ou d'inflammations chroniques des sinus avec polypes nasaux. Les médicaments sous forme de comprimés

Empfohlen durch
Raccomandato da
Service Allergie

aha

aha! En toute simplicité.

Pour les personnes souffrant d'allergies ou d'intolérances.



Désormais
en
qualité bio

MIGROS
Simplement bien vivre

qui peuvent bloquer des régions clés des cellules du système immunitaire – appelés inhibiteurs de Janus kinase – peuvent également apporter une amélioration très rapide et efficace en cas de dermatite atopique sévère. Mais dans cette maladie, il est également très important d'appliquer systématiquement des soins de base pour graisser la peau.

En ce qui concerne les immunothérapies, nous disposons d'excellents produits à utiliser sous forme de seringues ou de comprimés/gouttes à appliquer sous la langue. Les difficultés d'approvisionnement et la diminution constante du répertoire d'allergènes disponibles nous mettent régulièrement au défi – mais nous disposons d'excellents produits pour les principaux allergènes tels que le pollen de bouleau et d'herbe, les acariens de la poussière de maison et le venin d'abeille et de guêpe. Des études sont en cours pour tester à nouveau l'injection de l'allergène dans les ganglions lymphatiques de l'aîne, une méthode déjà étudiée et utilisée à l'étranger. Les premiers résultats semblent très convaincants en termes de sécurité et d'efficacité.



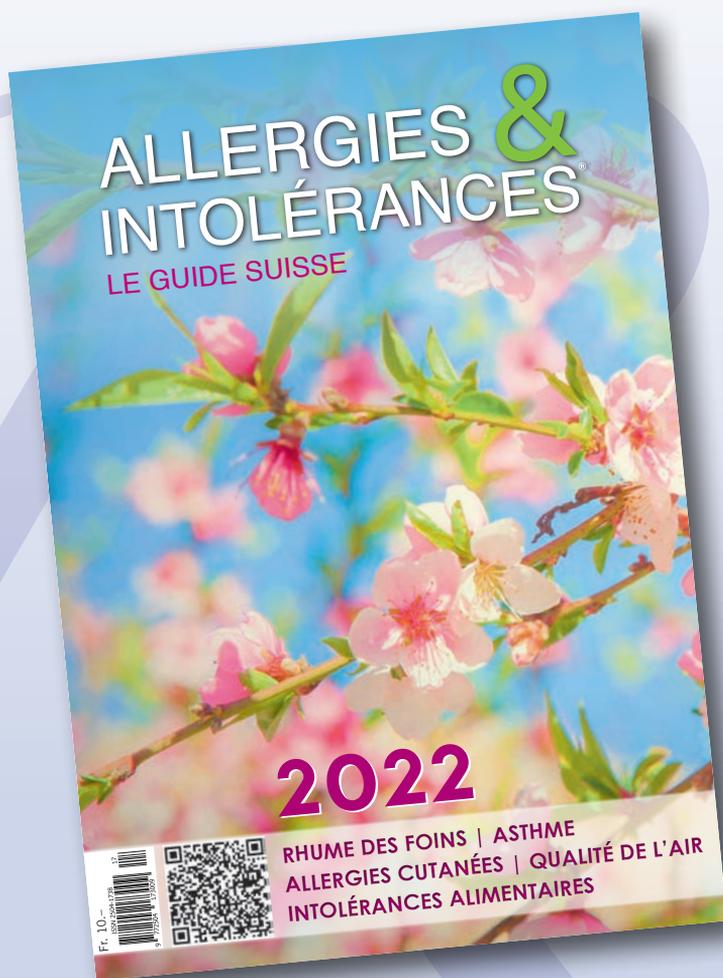
Ces domaines et bien d'autres des maladies allergiques sont également abordés en détail dans ce nouveau guide. Des experts en allergie expérimentés et issus des domaines les plus divers vous les présenteront de manière compréhensible et en tenant compte des connaissances les plus récentes. Je me réjouis que cette nouvelle édition du guide vous plaise et qu'elle puisse contribuer à une meilleure compréhension et, dans certaines circonstances, à une meilleure qualité de vie des personnes concernées et de leurs proches.

Une fois de plus, je tiens à remercier chaleureusement le Rang Group Editions et tous les experts qui ont contribué à la rédaction de cette édition 2022 du Guide des allergies.

Je vous souhaite une lecture passionnante et instructive.

Peter Schmid

Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier



AUSSI DISPONIBLE AUPRÈS DE L'ÉDITEUR

L'exemplaire à commander en ligne au prix de Sfr. 10.–

>>> www.rang-group.ch/fr_CH/shop

Rang Group SA Editions

Ch. des Ecaravez 14b

CH - 1092 Belmont-sur-Lausanne

Tél. +41 21 357 95 47 ■ www.rang-group.ch





SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier	
I. CARRIÈRE ALLERGIQUE	8
Dr Michaël Hofer	
II. FACTEURS D'ALLERGIES (ALLERGÈNES)	12
1. ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ENFANT	14
Dr Philippe Eigenmann	
2. ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADULTE	18
Prof. Barbara Ballmer-Weber	
3. LE POLLEN	25
Dr Bernard Clot & Dr Hubert S. Varonier	
4. LA MESURE DU POLLEN DE L'AIR EN SUISSE	29
Dr Regula Gehrig & Dr Bernard Clot	
5. ACARIENS, ANIMAUX	32
Dr. Olivier Hausamann	
6. L'ASTHME DU CHAT	36
Dr. Med. Vet. Alexandra Gabriel	
7. ALIMENTATION DES CHIENS ET ALLERGIES	42
Dr. Med. Vet. Eloy Castilla	
8. MOISSISSURES, CHAMPIGNONS	44
Prof. Arthur Helbling	
9. VENINS D'INSECTES	48
Dr Michaël Hofer	
10. MÉDICAMENTS	52
Dr Lionel Arlettaz & Dr A. Borgeat	

III. MALADIES ALLERGIQUES	58
1. ECZÉMA, URTICAIRE	62
Dr Emmanuel Laffitte	
2. QUESTIONS À PROPOS DE LA DERMATITE ATOPIQUE	68
Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier	
3. ALLERGIE AU SOLEIL	72
Dr Emmanuel Laffitte	
4. ALLERGIES DE CONTACT AUX PARFUMS ET COSMÉTIQUES	74
Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier	
5. ALLERGIE DE CONTACT AUX CONSERVATEURS : DE L'INDUSTRIE À LA COSMÉTIQUE	81
Dr Philipp Spring	
6. ASTHME	85
Prof. Johannes Wildhaber & Dr Andreas Jung	
7. NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT DU RHUME DES FOINS	91
Dr Michel Seppely	
8. RHINO-SINUSITE ALLERGIQUE	94
Prof. Jean-Silvain Lacroix	
9. ALLERGIES OCULAIRES	100
Prof. Yan Guex-Crosier	
10. ALLERGIES AIGÜES : ANGIOEDÈME ET ANAPHYLAXIE	103
Dr Philip Taramarcz	
IV. PRÉVENTION, TRAITEMENTS	109
1. ALLERGIES EN VOYAGE	110
Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier	
2. MÉDICATION	116
Dr Annette Leimgruber-Bosset	
3. DÉSENSIBILISATION	122
Prof. François Spertini	



I. CARRIÈRE ALLERGIQUE

I. CARRIÈRE ALLERGIQUE

Dr Michaël Hofer

Immuno-allergologie pédiatrique, Département de pédiatrie CHUV, Lausanne



La fréquence des maladies allergiques chez l'enfant est en constante progression depuis plusieurs décennies, en particulier l'asthme dont les effets sur la santé sont importants. D'après des études récentes, comparant la prévalence des allergies entre l'ex-Allemagne de l'Est et l'Allemagne de l'Ouest, cette augmentation est à mettre en relation avec notre mode de vie occidental.

COMMENT DEVIENT-ON ALLERGIQUE?

L'asthme, la dermatite atopique, la rhinite allergique et l'allergie alimentaire représentent les manifestations cliniques de l'atopie, qui est une prédisposition génétique conduisant à une production exagérée d'anticorps de l'allergie (IgE), et qui touche au moins 20 à 30% de la population. Le développement des manifestations allergiques chez un sujet atopique est largement sous l'influence de l'environnement auquel il est exposé. Ainsi, une exposition précoce à des concentrations élevées d'allergènes peut favoriser la sensibilisation à ces allergènes ainsi que l'apparition d'une rhinite allergique et d'un asthme. On devient donc allergique si l'on possède une prédisposition génétique et s'il on est exposé à un environnement favorisant les allergies.

QUAND SE SENSIBILISE-T-ON AUX ALLERGÈNES?

La sensibilisation allergénique peut déjà se développer très tôt dans la vie comme en témoigne une étude faite en Allemagne sur une large cohorte de patients. En effet, la fréquence de la sensibilisation aux acariens passe de 2% chez les enfants à l'âge d'un an à 22% à l'âge de 6 ans, et pour les pollens, de 1% à un an à 13% à l'âge de 6 ans. Cette sensibilisation précoce est à mettre en relation avec un type de réponse immunitaire (polarisation Th2) prédominant dans la petite enfance. Cette polarisation favorise la synthèse des anticorps de l'allergie (IgE), au contraire de la polarisation Th1 que l'on retrouve normalement chez le grand enfant et l'adulte. Au cours de la vie intra-utérine, la polarisation Th2 prédomine au niveau de l'interface foeto-maternelle afin d'éviter que le fœtus ne soit considéré comme un corps étranger et rejeté. Cette même polarisation Th2 est retrouvée dans le sang du cordon à la naissance, mais elle est exagérée chez les enfants prédisposés pour les allergies, les atopiques. Entre la naissance et l'âge de 5 ans, cette polarisation Th2 va progressivement évoluer vers une polarisation Th1. Cependant, chez les sujets atopiques on constate une persistance de la polarisation Th2. Ainsi,

l'équilibre de la polarisation Th1-Th2 varie selon l'âge avec normalement une évolution de Th2 chez le nourrisson à Th1 chez l'adulte. Les facteurs de l'environnement qui influencent cet équilibre vont favoriser ou prévenir la sensibilisation précoce aux allergènes. En conséquence, même si on peut se sensibiliser tout au long de l'existence, l'influence de l'environnement au cours des premières années de vie est capitale pour le développement d'une sensibilisation allergénique et des manifestations cliniques de l'allergie.

QUAND DÉVELOPPE-T-ON LES DIFFÉRENTES MALADIES ALLERGIQUES?

L'apparition des différentes maladies allergiques ne se fait pas de façon aléatoire: la première manifestation de l'atopie est en général la dermatite atopique, comme chez le nourrisson. L'asthme débute souvent dans la petite enfance et la rhinite, surtout lorsqu'elle est en relation avec les pollens, vers l'adolescence. De même, il y a une séquence pour la sensibilisation aux différents groupes d'allergènes: le nourrisson se sensibilisera plus volontiers aux allergènes alimentaires et l'enfant dès 3 ans aux allergènes respiratoires, parallèlement à une diminution de la sensibilisation alimentaire. Ainsi, l'enfant atopique, prédisposé aux allergies, développera une séquence d'événements allergiques que nous appelons la carrière allergique.

PEUT-ON EMPÊCHER CETTE CARRIÈRE ALLERGIQUE?

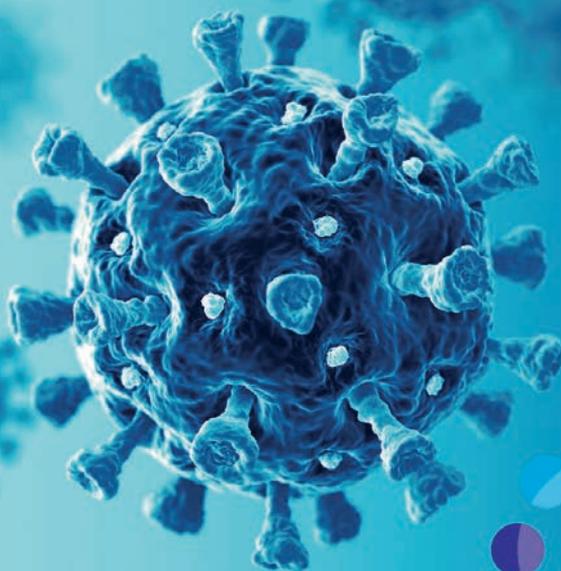
Comme la sensibilisation allergique se développe principalement au cours des premières années de vie et dépend fortement de l'environnement auquel est exposé l'enfant, des mesures préventives efficaces devraient permettre de réduire la fréquence des allergies dans la population. L'effet d'une prévention précoce sur l'introduction différée des allergènes alimentaires a été étudié depuis plusieurs années. Il a pu être démontré qu'un régime comprenant des protéines de lait de vache hydrolysées pendant les premiers mois de vie diminue la fréquence de l'allergie au lait ainsi que de la dermatite atopique. Cependant, cette mesure ne semble pas influencer la fréquence des allergies à plus long terme. D'autres recherches sont en cours, en particulier en ce qui concerne l'exposition précoce à des agents infectieux, qui sont susceptibles d'influencer le type de réaction généré par les cellules du système immunitaire, et qui pourraient ainsi favoriser ou prévenir la sensibilisation allergénique. Une meilleure compréhension des mécanismes, qui permettent à l'environnement d'influencer le développement des manifestations allergiques durant les premières années de vie, devrait nous permettre de déterminer la ou les raisons exactes de l'augmentation de la fréquence des allergies et d'améliorer l'efficacité des mesures préventives. ■

UN TEST CELLULAIRE ESSENTIEL

Pour contribuer à gérer la pandémie de coronavirus, il est utile de définir si une personne a été ou non atteinte. Les lymphocytes T, véritable bras armé de notre système immunitaire, se mettent en action si nous avons été infectés, et contrôlent la production des anticorps antiviraux efficaces et de longue durée.

Grâce à une simple prise de sang dont les résultats interviennent au bout de 8 à 10 jours, un nouveau test cellulaire, qui sera mis en circulation dès janvier 2021, va déterminer si la personne a été en contact avec le virus, en détectant dans son sang la présence lymphocytes T assurant un degré d'immunité plus prononcé.

A ce stade de nos connaissances, le lien entre le niveau d'anticorps et la protection dont bénéficie la personne déjà atteinte n'est pas encore clairement défini. Mais il est acquis que les anticorps avec la réponse des lymphocytes T fournissent une protection plus forte contre la réinfection.





II. FACTEURS D'ALLERGIES

II. FACTEURS D'ALLERGIES (ALLERGÈNES)



L'allergie est une maladie du système immunitaire. Celui-ci permet à notre corps de se défendre contre les agressions extérieures (bactéries, virus, parasites...). La défense immunitaire est constituée de 2 phases: la reconnaissance de l'agresseur (réponse spécifique), puis la mise en œuvre de différents mécanismes destinés à neutraliser l'agresseur (inflammation). La réponse spécifique se fait par la reconnaissance d'une protéine étrangère (appelée antigène) au corps au moyen d'anticorps ou de cellules spécifiques. En cas d'allergie, l'antigène (appelé dans ce cas allergène) sera reconnu par une classe particulière d'anticorps, les IgE. Ces IgE vont déclencher une réponse inflammatoire particulière, l'inflammation allergique, qui présente des caractéristiques permettant de la reconnaître des autres types d'inflammation.

La réaction allergique nécessite une première exposition à l'allergène qui active la production d'IgE spécifiques pour cet allergène (phase de sensibilisation). Ce n'est qu'au cours d'une exposition ultérieure que pourra avoir lieu la réaction allergique. L'exposition à l'allergène, même en quantités infimes, est indispensable pour que la réaction allergique puisse avoir lieu.

Le médecin a à sa disposition plusieurs méthodes diagnostiques pour mettre en évidence une allergie: les tests cutanés consistent à mettre l'allergène en contact avec la peau. Si le patient est sensibilisé, une réaction cutanée se produira à l'endroit où l'allergène a été déposé.

Il existe principalement 3 types de tests cutanés :

- Les prick-tests où l'allergène est introduit dans la partie la plus superficielle de la peau à l'aide d'une lancette. Le test est lu après 15 ou 20 minutes.
- Les tests intradermiques où une petite quantité d'allergène est injectée dans la peau au moyen d'une seringue. Le test est lu après 15 à 30 minutes.
- Les patch-tests où l'allergène est appliqué sur la peau et recouvert de plastique. Le test est lu après 2 à 4 jours.

L'analyse du sang du patient permettra de mesurer les anticorps de l'allergie (IgE) spécifiques pour l'allergène. D'autres tests plus sophistiqués et plus rarement utilisés sont encore à disposition.

1. ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ENFANT

Dr Philippe Eigenmann,

Immuno-allergologie pédiatrique, Département de pédiatrie HUG, Genève

LES ALLERGIES ALIMENTAIRES : DE QUOI S'AGIT-IL?

Le terme "allergie alimentaire" englobe les manifestations en relation avec la prise d'aliments et qui impliquent le système immunitaire. Dans une population donnée, les allergies alimentaires sont influencées par le type d'alimentation. Par exemple, l'allergie au riz est exceptionnelle chez nous, mais très fréquente au Japon, de même que pour le sarrasin en Corée ou le poisson en Scandinavie. Certains aliments possèdent un fort potentiel d'allergie et sont responsables de réactions dans de nombreux pays du monde (arachides, noix, œufs et lait...). Par ailleurs, la consommation de grandes quantités d'arachides, par exemple, peut favoriser l'apparition d'allergies chez un enfant prédisposé.

Une augmentation du nombre global des allergies a été observée dans de nombreux pays du monde, y compris la Suisse. En ce qui concerne les allergies alimentaires, nous observons plus d'allergies alimentaires ces dernières années, mais l'augmentation est difficile à chiffrer. Néanmoins, il est tout à fait clair que certaines allergies, telle l'allergie aux cacahuètes pratiquement inconnue il y a quelques années, ont fortement augmenté. Depuis quelques années, les allergies à des fruits dits exotiques, tels que le kiwi ou la mangue sont en augmentation.

Les conservateurs et colorants, souvent soupçonnés, ne sont qu'exceptionnellement impliqués dans les allergies alimentaires.

IDÉES FAUSSES

- Contrairement à des croyances bien répandues, les fraises ne provoquent que rarement de vraies allergies alimentaires .
- Les sucres, les levures, les phosphates ... ne peuvent pas activer le système immunitaire pour déclencher des allergies alimentaires.

ALLERGIE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT : QUE SE PASSE-T-IL?

Les enfants présentent principalement deux types d'allergies alimentaires :

- **Le type "immédiat"** (médié par les anticorps de l'allergie = IgE)

Il est caractérisé par l'apparition d'une réaction urticarienne (réaction ortiée), parfois d'eczéma. Lors de réactions plus sévères, le patient peut présenter des



manifestations digestives comme des diarrhées ou des vomissements, respiratoires comme des crises d'asthme aigu, un gonflement du visage et de la bouche (œdème de Quincke), une rhino-conjonctivite aiguë ou un malaise (choc anaphylactique). Certaines réactions peuvent être très sévères voire mortelles. Les aliments les plus fréquemment impliqués sont les œufs, le lait et les cacahuètes. D'autre part, de fréquentes réactions sont également vues après l'ingestion de noix (noix, noisettes, noix d'arbres,...), de diverses céréales, de poissons et de viandes. Pratiquement tous les aliments peuvent potentiellement provoquer une allergie alimentaire.

- **Le type «retardé» (non-IgE médié)**

Ses manifestations se caractérisent surtout par des symptômes digestifs (diarrhées et/ou vomissements).

Le lait est le plus fréquemment impliqué dans ce type de réaction.

QUE FAIRE POUR SAVOIR SI MON ENFANT SOUFFRE D'ALLERGIE ALIMENTAIRE ?

Lorsque des manifestations suggestives d'une allergie alimentaire surviennent, il est très important de noter tous les aliments, boissons et médicaments ingérés au cours des heures qui précèdent la réaction. Cette liste sera très utile au médecin qui cherchera la cause de l'allergie. Celui-ci recherchera une sensibilité à un aliment par des tests cutanés et/ou une mesure des IgE spécifiques au moyen d'une prise de sang. Dans certains cas, un test de provocation alimentaire sous surveillance médicale stricte sera indiqué. Il est très important de ne jamais consommer à nouveau un aliment suspect d'avoir provoqué une allergie sans en avoir préalablement discuté avec le médecin.



SYMPTÔMES

- Le type «immédiat»: urticaire, eczéma, asthme, gonflement du visage, choc, ...
- Le type «retardé»: diarrhées et /ou vomissements.

COMMENT TRAITER L'ALLERGIE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT ?

Le traitement de la réaction allergique nécessite en général la consultation en urgence d'un médecin. Les enfants à risque d'une réaction d'allergie alimentaire devront être porteurs d'un set d'urgence permettant d'administrer rapidement les médicaments nécessaires en attendant une consultation en urgence. Le patient et /ou ses parents seront instruits au maniement de ce set par le médecin qui l'aura prescrit.

Le traitement de l'allergie alimentaire est l'éviction de l'aliment en cause. Cette éviction doit être totale, car même des traces de cet aliment pourraient être responsables d'une réaction dangereuse pour la vie. Il faudra être particulièrement attentif aux aliments cachés, qui peuvent être retrouvés dans les préparations industrielles. Il n'y a actuellement pas de désensibilisation possible pour l'allergie alimentaire.

ADRESSE UTILE

Recommandations pour
la prévention primaire de
l'allergie chez les nouveau-nés
à risque atopique :

[www.swiss-paediatrics.org
paediatrica/vol12/n6/
prevall-fr.htm](http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol12/n6/prevall-fr.htm)

La prévention de l'allergie alimentaire chez le petit enfant consiste en une introduction des différents aliments chez le nourrisson selon un schéma précis (cf. chapitre prévention des allergies). ■



Photo: Pierre-Yves Massot - Espace publicitaire offert.

Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.

Faites un don avec TWINT !

 Scannez le code QR avec l'app TWINT

 Confirmez le montant et le don



CCP 10-61645-5 theodora.org


Fondation
THEODORA
Bien plus que des rires

2. ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADULTE

Prof. Barbara Ballmer-Weber

Clinique de Dermatologie et d'Allergologie, Hôpital Cantonal de St. Gallen, St. Gallen

LES ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADULTE : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Différentes enquêtes ont montré que parmi une centaine de personnes interrogées, 30% d'entre-elles pensaient qu'elles-mêmes ou un membre de leur famille souffraient d'allergie alimentaire. Cependant, on attribue à tort à des allergies toutes sortes de troubles alimentaires comme, par exemple, des ballonnements consécutifs à l'ingestion de légumineuses, une intolérance au lactose ou un empoisonnement après consommation de poisson avarié. Le terme d'allergie est réservé uniquement aux réactions impliquant le système immunitaire. La fréquence des véritables allergies alimentaires est estimée au minimum à 2% jusqu'à 8% de la population adulte.

En règle générale, les réactions allergiques aux aliments sont épisodiques, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un aliment de base. L'anamnèse du patient suffit donc souvent à poser le diagnostic. La situation se complique lors d'une allergie à des aliments de consommation courante, comme les œufs ou le lait.

ALLERGIE ALIMENTAIRE CHEZ L'ADULTE : QUE SE PASSE-T-IL ?

Fréquence des principaux aliments allergisants

Noisette	48%
Cacahuètes	28%
Noyer	33%
Pêche	28%
Tomates	16%
Céleri	65%
Carotte	70%
Banane	11%
Kiwi	33%
Pomme	42%

(exprimé en % des patients avec allergie alimentaire).

Mis à part la muqueuse buccale, la peau est le système organique le plus fréquemment affecté par une allergie alimentaire: démangeaisons, rougeur aiguë (urticaire) ou tuméfaction, en particulier du visage (œdème de Quincke). Beaucoup plus rarement, ces manifestations peuvent ensuite évoluer vers une poussée aiguë d'eczéma atopique. Les symptômes gastro-intestinaux comme un malaise, des vomissements ou des diarrhées sont rares. Dans 80% des allergies alimentaires, le syndrome allergique est oral. Il se manifeste par des démangeaisons et une enflure des lèvres, de la muqueuse de la bouche et du palais mou, juste après le contact avec l'aliment incriminé. Pour l'appareil respiratoire, l'allergie alimentaire peut se manifester par un rhume, une tuméfaction de la région du larynx ou une difficulté respiratoire. La plus grave réaction allergique à un aliment est le choc

anaphylactique. Certains facteurs peuvent amplifier la réaction allergique. Il s'agit notamment de la prise d'analgésiques ou d'exercices physiques. Dans la majorité des cas, les symptômes se manifestent dans les minutes ou dans les premières heures qui suivent la prise de nourriture.

Les allergènes alimentaires cachés

A cause du style de vie actuel, de l'habitude de manger souvent hors de la maison, et de l'importante consommation de produits précuits, le patient souffrant d'allergie alimentaire a plus de peine à contrôler son régime. La consommation, à son insu, d'un aliment porteur d'un allergène dit "caché", peut être une cause de symptômes graves. Cela peut survenir par contamination, lorsqu'en faisant la cuisine, on utilise la même casserole pour deux plats différents, ou lorsque le fabricant change la composition des produits "prêts à l'emploi". De plus, la liste des ingrédients, figurant sur l'emballage de ces produits, peut prêter à confusion. Il est important que la personne allergique aux œufs, sache que l'indication "liant", par exemple, peut signifier que le produit contient de l'œuf, ou qu'une autre, allergique au lait, sache que les saucisses en contiennent.

Un autre danger, lié au contact involontaire avec des allergènes d'origine alimentaire, est le fait que, chez certains patients, une simple inhalation de ceux-ci suffit pour déclencher une importante réaction allergique. Cela a été montré par exemple, dans l'allergie au poisson.

Un certain nombre de patients sujets à une allergie respiratoire (rhume des foins ou autre) peuvent présenter des symptômes respiratoires suite à l'ingestion de certains aliments. On appelle ce phénomène "réaction croisée". Les principaux pollens peuvent induire des réactions croisées avec de nombreux aliments. (cf. tableau)

Aliments à risque :

- Œuf de poule
- Crustacés
- Poissons
 - Lait
- Cacahuète
 - Céleri
 - Graines (de sésame, par ex.)
 - Noix



QUE FAIRE POUR SAVOIR SI JE SOUFFRE D'ALLERGIE ALIMENTAIRE ?

Une anamnèse fouillée permet d'orienter la recherche de l'allergène alimentaire responsable, quelquefois avec l'aide d'un carnet alimentaire rempli par le patient. Comme dans tous les cas d'allergie immédiate, on commence le plus souvent par faire des tests cutanés. En complément, on procède à une analyse sanguine complémentaire à la recherche des anticorps spécifiques (IgE). Lorsque les résultats des tests ne permettent pas de poser le diagnostic ou est en discordance avec l'anamnèse du patient, il faut alors, en dernier recours, mettre ce dernier en contact avec l'aliment soupçonné de provoquer l'allergie. Cette exposition à des aliments allergènes soupçonnés, doit avoir lieu en milieu hospitalier, et être faite par un médecin allergologue.

COMMENT TRAITER L'ALLERGIE ALIMENTAIRE CHEZ L'ADULTE ?

Les patients souffrant d'une allergie à certains fruits et légumes crus les supportent le plus souvent bien cuits. Cela est notamment le cas lorsque l'allergie alimentaire s'est déclarée à cause d'une réaction croisée avec le pollen du bouleau. Une personne allergique aux pommes peut donc, dans la plupart des cas, les manger en compote.

De même, il suffit souvent de râper une pomme pour diminuer l'effet allergisant. En cas de doute, le traitement le plus sûr est d'éviter purement et simplement de consommer l'aliment incriminé. Lorsqu'il s'agit d'un aliment comme le poisson, il est relativement simple de suivre un régime adéquat. La situation est plus compliquée lorsqu'il s'agit d'une allergie aux œufs, au froment ou au lait. Un régime basé sur l'élimination d'aliments de base est bien plus exigeant pour le patient, mais est indispensable pour un certain nombre d'allergènes. Il n'y a actuellement pas de protocole d'immunothérapie spécifique qui ait fait ses preuves pour l'allergie alimentaire, qui peut-être utilisé de façon routinière.

TRAITEMENTS ET PRÉVENTION :

- Cuire les fruits et les légumes incriminés. (La cuisson ne suffit pas toujours pour dénaturer l'allergène (ex: céleri) ou est même totalement inefficace pour certains aliments comme les oléagineux).
- En cas de symptômes plus graves que le syndrome oral allergique: porter sur soi un set d'urgence contenant un antihistaminique, un corticostéroïde et un pen d'adrénaline.
- Éviter de consommer l'aliment incriminé.
- Faire appel aux conseils d'un professionnel de l'alimentation.

Substances inhalées	Aliments
Pollen de bouleau	Cerise, abricot, pêche, nectarine, pruneau, amande, pomme, poire, noisette, céleri, carotte, fenouil, pomme de terre crue, soja, kiwi, banane, mangue, ananas, litchi.
Pollen d'armoise	Céleri, carotte, anis, fenouil, persil, coriandre, cumin, aneth, mangue, litchi, graines de tournesol, camomille, absinthe, miel, estragon, paprika, poivre, melon, concombre, courgette.
Pollen de l'herbe du raisin, de l'ambroisie	Banane, melon, courgette, concombre.
Pollen du platane	Noisette, pêche, pomme, melon, kiwi, cacahuètes, maïs, pois chiches, salade, haricots verts.
Latex	Avocat, banane, châtaigne, kiwi, figue, papaye, fruit de la passion, melon, pêche, abricot, raisin, ananas, épinard, pomme de terre, sarrasin, tomate.
Acariens de la poussière	Crevettes roses, homard, langouste, crabe, domestique, escargots.
Plumes et excréments d'oiseaux	Œuf de poule (jaune).

A LIRE

Déjouer les allergies alimentaires - recettes et trouvailles,

Marie-Josée Bettez et Eric Théroux,

Ed. Quebec Amérique.

Les allergies alimentaires de l'enfant et de l'adulte,

Denise Anne Moneret -Vautrain et G. Kanny,

Ed. Masson

LA COELIAQUIE

Dr Philippe Eigenmann

Immuno-allergologie pédiatrique, Dpt Pédiatrie, HUG, Genève

LA COELIAQUIE : DE QUOI S'AGIT-IL ?

La coéliequie (ou intolérance au gluten) est une réaction du système immunitaire à la gliadine, protéine contenue dans certaines céréales. Cette maladie est observée chez environ 1 enfant sur 500 dans notre pays.

LA COELIAQUIE : QUE SE PASSE-T-IL ?

Les signes d'appel sont une perte de poids, l'apparition de selles pâteuses, décolorées et fréquentes ainsi que, souvent, un changement d'humeur.

Bien que la maladie soit plus spécifiquement diagnostiquée pendant la petite enfance, les adultes peuvent également présenter une maladie coéliequie, parfois associée à une maladie de la peau appelée dermatite herpétiforme. Elle se présente sous forme d'une éruption avec des démangeaisons importantes.

COMMENT DIAGNOSTIQUER LA COELIAQUIE ?

Le diagnostic est suggéré par la présence d'anticorps sanguins contre la gliadine et doit en général être confirmé par une biopsie de la muqueuse intestinale prélevée lors d'une endoscopie. La biopsie montre alors une muqueuse intestinale fortement modifiée, empêche une absorption correcte des aliments que l'enfant ingère, et une croissance normale.

COMMENT TRAITER LA COELIAQUIE ?

Il n'y a pas de traitement spécifique pour la maladie coéliequie à ce jour. Le régime excluant les céréales contenant de la gliadine est le seul traitement. Ces céréales sont l'orge, le seigle et le blé, et dans certains cas l'avoine. Le régime doit être strict. En effet, en cas de régime mal suivi, on peut observer une réapparition de la maladie. En l'état actuel de nos connaissances, il semble que la maladie persiste à long terme chez la majorité des patients, le régime doit donc probablement être suivi à vie. ■

ADRESSE UTILE

Association suisse romande
de la coéliequie (ARC)

Av de Provence 12
1007 Lausanne
tél.: 021 623 37 33
www.coeliakie.ch
info@coeliakie.ch

INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Les intolérances alimentaires sont une réalité en Suisse. Selon une étude réalisée par Coop Free From avec l'aide du Centre d'Allergie Suisse aha!, une personne sur quatre est concernée d'une façon ou d'une autre par une intolérance alimentaire, avec une tendance à la hausse. Une intolérance peut être d'origine congénitale, mais aussi apparaître au fil du temps. Elle s'explique par le fait que l'organisme n'a pas ou plus les capacités nécessaires pour digérer une certaine substance. Cependant, il ne s'agit pas d'une allergie, qui est une affection lors de laquelle le système immunitaire produit des anticorps pour lutter contre des éléments nutritionnels normalement inoffensifs.

INTOLÉRANCE AU LACTOSE

L'intolérance au lactose est l'une des intolérances alimentaires les plus répandues. Elle se manifeste par des troubles gastro-intestinaux après la consommation de lait ou de produits laitiers dus à une production insuffisante de lactase dans l'intestin grêle. Cette enzyme a pour fonction de dissocier le lactose, c'est-à-dire le sucre de lait, en galactose et glucose, afin qu'il puisse être assimilé par le sang. Lorsque l'organisme présente un déficit en lactase, le lactose ne peut pas être digéré correctement. Il arrive non dissocié dans l'intestin grêle et le gros intestin. Là, il est métabolisé par certaines bactéries de la flore intestinale qui provoquent des effets gênants tels que flatulences, crampes abdominales, diarrhées ou constipation, voire nausées. Si l'absorption de lactose peut provoquer des troubles aigus chez la personne souffrant d'intolérance, elle n'endommage toutefois pas la muqueuse de l'intestin et on ne lui connaît pas de conséquences néfastes pour l'organisme. Il faut savoir néanmoins que tous les produits laitiers ne contiennent pas de lactose: les fromages à pâte dure et mi-dure en sont naturellement exempts puisqu'il est éliminé lors de l'affinage. La raclette et la fondue sont donc généralement bien tolérées.



INTOLÉRANCE AU GLUTEN / MALADIE CŒLIAQUE

La maladie cœliaque, qui touche environ une personne sur cent en Suisse, est une affection auto-immune caractérisée par une inflammation chronique de l'intestin. L'ingestion de gluten, contenu dans le pain ou d'autres produits à base de blé, endommage la paroi de l'intestin grêle, ce qui conduit avec le temps à une malabsorption des nutriments. Les symptômes les plus fréquents chez les enfants en bas âge sont le retard de croissance, la perte de poids et les troubles digestifs. Chez l'adulte, il s'agit le plus souvent d'une anémie, d'une carence en fer et de fatigue, en plus de troubles gastro-intestinaux.

3. LE POLLEN

Dr Bernard Clot, MétéoSuisse, Payerne
Dr Hubert S. Varonier, Promotion Santé Valais, Sion

LE POLLEN : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le pollen est l'agent de la reproduction chez les conifères et les plantes à fleurs. Chez ces dernières, il est produit dans les étamines des fleurs : chaque grain de pollen contient, outre une cellule dite végétative, les deux gamètes mâles de la double fécondation : une donnera naissance à l'embryon et l'autre à un tissu éphémère.

Les grains de pollen sont protégés par une enveloppe rigide, très résistante, qui est difficilement dégradable et par conséquent facilement fossilisée. Cette enveloppe inerte présente avec une grande fidélité des dimensions et une morphologie particulières suivant les espèces végétales. Elle constitue de ce fait leur « carte d'identité » : en examinant du pollen, on peut déterminer l'identité de la plante qui l'a produit.

On appelle palynogramme la description complète d'un grain de pollen comprenant ses dimensions et sa forme et précisant le nombre et la disposition des caractéristiques de son enveloppe, ouvertures et ornements. Les grains de pollen sont examinés au microscope optique ou électronique. Leur taille varie, selon les espèces, de quelques millièmes à plus d'un dixième de millimètre. C'est à l'intérieur et sur l'enveloppe des grains de pollen que se trouvent les allergènes.

A QUELS POLLENS SOMMES-NOUS ALLERGIQUES ET À QUELLE PÉRIODE DE L'ANNÉE ?

Le pollen est le plus souvent disséminé par le vent (anémogamie) ou des insectes (entomogamie). Afin d'assurer leur fécondation, les plantes anémogames libèrent de très grandes quantités de pollen dans l'air. Un chaton de noisetier produit par exemple trois à quatre millions de grains et un épillet de seigle peut en libérer cinquante mille en un jour.



pollen d'arbre (noisetier)



pollen de graminée (dactyle)



pollen de composée (ambroisie)



Les grains de pollen invisibles à l'œil nu arrivent ainsi en contact avec les muqueuses et, par inhalation, avec les voies respiratoires des humains et des animaux et peuvent alors provoquer des allergies oculaires et respiratoires (que l'on appelle aussi pollinoses).

Il existe dans la nature tous les types intermédiaires entre les plantes strictement entomogames et les anémogames. On peut aussi parfois devenir allergique au pollen de plantes entomogames si l'on est en contact régulier avec elles, comme c'est le cas par exemple des fleuristes.

Dans les climats tempérés, la végétation suit des rythmes de développement annuels. La pollinisation et les allergies qui y sont liées ont donc un caractère essentiellement saisonnier.

La croissance et le développement de nombreuses plantes sont fortement influencées par la température. Suivant les régions du pays, la floraison est ainsi plus ou moins tardive. Au printemps, elle peut varier de plus d'un mois d'une année à l'autre. Elle est généralement plus précoce dans le sud que dans le nord et en plaine qu'à des altitudes plus élevées. Un décalage d'un mois est ainsi fréquemment observé entre la floraison d'une espèce en plaine et en montagne.

On subdivise souvent la saison pollinique en trois périodes :

- **Floraison des arbres**, du pollen de différents arbres est présent dans l'atmosphère dès le début de l'année et jusqu'en mai.
- **Floraison des graminées** de fin avril à juillet, voire août.
- **Floraison de diverses autres herbes** (dont surtout des composées) de juillet à septembre.

QUELS SONT LES CONDITIONS FAVORABLES À LA PRÉSENCE DE POLLEN DANS L'AIR ?

La libération et la dispersion du pollen dans l'air sont favorisées par un temps plutôt sec, relativement chaud et légèrement venteux. Au contraire, une période pluvieuse et froide s'accompagne d'une baisse des concentrations atmosphériques de pollen. Les conditions météorologiques jouent donc un rôle prépondérant pendant la saison pollinique et peuvent faire varier considérablement le nombre de grains de pollens dans l'air en quelques heures à peine.

Les fleurs de nombreuses plantes libèrent leur pollen surtout le matin et en cours de journée. Malgré cela, par le jeu des vents et des courants, des concentrations élevées de pollen peuvent être mesurées à toute heure du jour et de la nuit. Est-il nécessaire de mentionner que les grains de pollen seront plus abondants dans l'air à proximité des plantes qui les produisent et que plus ces plantes sont nombreuses plus il y aura de pollen dans l'air ?

QUE FAIRE POUR SAVOIR SI JE SOUFFRE D'UNE ALLERGIE AU POLLEN ?

Avec l'air, le pollen arrive au contact des yeux, du nez et des voies respiratoires, provoquant le plus souvent conjonctivite et rhinite, selon l'image classique du « rhume des foins ». Lorsque la respiration devient sifflante et difficile, les poumons sont atteints (asthme allergique). Le caractère saisonnier des symptômes, en même temps que la floraison de certaines espèces de plantes, est souvent caractéristique de la pollinose.

Pour pouvoir déterminer à quel allergène vous êtes sensibilisé, votre médecin devra connaître la période exacte durant laquelle vous avez des symptômes. Cette notion lui permettra de choisir les allergènes qu'il testera chez vous, par tests cutanés en prick ou par mesure des anticorps spécifiques (IgE) dans le sang.

COMMENT TRAITER L'ALLERGIE AU POLLEN ?

Le calendrier et les prévisions polliniques permettent aux patients allergiques et à leurs médecins de prévoir l'apparition et la durée des symptômes avec la possibilité d'optimiser ainsi le traitement médicamenteux et d'éviter à la personne allergique de trop s'exposer au pollen. Celle-ci peut ainsi par exemple planifier ses vacances dans une région et à une période en-dehors de la floraison des plantes concernées.

La désensibilisation spécifique peut être très utile dans l'allergie aux pollens pour diminuer, voire faire disparaître les manifestations allergiques et diminuer le recours aux médicaments anti-allergiques. Le type de pollens avec lesquels un patient sera désensibilisé dépendra des résultats du bilan allergologique et de la saison des symptômes.

LES PRINCIPAUX POLLENS ALLERGISANTS

Certaines personnes sont allergiques au pollen d'une espèce ou d'un groupe d'espèces bien particuliers, mais d'autres, cela semble malheureusement une tendance en augmentation, deviennent sensible à de nombreux pollens différents. En Suisse, les principaux pollens allergisants sont ceux des graminées, du bouleau, du frêne, du noisetier, de l'aulne et de l'armoise.



pollen de frêne

Les plantes d'un petit nombre de familles botaniques produisent les pollens qui sont le plus souvent cause d'allergies. Pour les arbres, on trouve la famille des bétulacées, avec le bouleau, le noisetier, l'aulne, le charme et, au Tessin, le charme-houblon, une famille proche, celle des fagacées, avec le hêtre, le chêne et le châtaignier ainsi que la famille des oléacées avec le frêne et l'olivier.

Parmi les plantes herbacées, la famille des graminées tient la première place en tant que cause de pollinose en Suisse et dans le monde. L'avoine folle, le brome, le dactyle, la fétuque, la fléole et l'ivraie sont par exemple bien répandues dans notre pays. Les pollens des graminées cultivées (céréales, maïs) sont également allergisants, mais leurs grains volumineux et lourds ne sont dispersés qu'à proximité des cultures.

Les pollens de la famille des astéracées sont également très allergisants. Les armoises et l'ambroisie sont anémogames et jouent un rôle important. Le pollen des astéracées entomogames peut aussi être allergisant, mais il n'est généralement pas présent dans l'air.

Très abondante en Amérique du Nord, l'ambroisie s'est progressivement répandue en Europe. Elle a pris racine en Suisse, surtout au Tessin et dans l'Ouest lémanique; un programme de lutte contre cette envahissante est en application sous la responsabilité des cantons avec un support législatif fédéral; il a déjà permis jusqu'ici de freiner sa prolifération. Depuis l'année 2013, un insecte, la chrysomèle *Ophraella communa*, s'est multiplié dans le nord de l'Italie et au Tessin. Il y dévore spécifiquement les champs d'ambroisie, ce qui a fortement diminué les quantités de pollen de cette espèce mesurées dans l'air du sud des Alpes.

D'autres pollens provoquent aussi un certain nombre d'allergies, par exemple le saule, l'orme, l'oseille et le plantain. Certaines plantes dont le pollen provoque d'importantes allergies dans d'autres régions sont aussi présentes dans notre pays, comme le platane, le cyprès et la pariétaire. ■

4. LA MESURE DU POLLEN DE L'AIR EN SUISSE

Dr Regula Gehrig, MeteoSchweiz, Zürich
Dr Bernard Clot, MétéoSuisse, Payerne

14 STATIONS DE MESURES

MétéoSuisse, l'Office fédéral de météorologie et de climatologie, exploite le réseau national de mesure du pollen, qui comprend 14 stations où les concentrations de pollen sont mesurées dans l'air.

Les données et les prévisions polliniques permettent aux personnes sensibles de limiter leur exposition au pollen et de traiter de façon mieux ciblée leurs problèmes d'allergie. Les médecins utilisent ces informations pour le diagnostic, la prévention et la planification de la thérapie des allergies. La plupart des capteurs de pollen sont installés dans des villes ou des agglomérations, car c'est là que la majorité des personnes allergiques vivent.

Chaque station de mesures est équipée d'un capteur de pollen volumétrique. Une pompe aspire 10 litres d'air par minute, ce qui correspond au volume d'une respiration humaine. Derrière l'orifice d'aspiration tourne un cylindre revêtu d'une bande de plastique transparent enduite de silicone sur laquelle toutes les particules de l'air aspiré se collent. En plus du pollen, des spores de moisissures et de champignons, de la poussière, de la suie et, de temps à autres, de la poussière du Sahara ou des cendres volcaniques sont ainsi captées. Dans toute l'Europe, on mesure les concentrations de pollen de l'air au moyen de capteurs de ce type.

Le cylindre est changé une fois par semaine et envoyé par courrier express au centre d'analyse de Payerne, où la bande est séparée du cylindre, découpée en



Capteur de pollen

7 parties correspondant aux 7 jours et montée sur un porte-objet. Une analyse détaillée au microscope permet ensuite d'identifier et de compter chaque grain de pollen. Lorsque le pollen est abondant dans l'air, il n'est pas rare de compter plus de mille grains de pollen par jour. Un calcul simple permet de transformer ces comptages en concentrations de pollen par mètre cube d'air.

Au microscope, on distingue les grains de pollens par leur taille, leur forme et la structure de leur enveloppe externe. Le pollen de bouleau, par exemple, possède trois pores et sa surface est finement granulée, alors que le pollen de frêne présente une ornementation réticulée. Dans les capteurs, plus de 60 types différents de pollens sont collectés régulièrement.

Le pollen de maïs, de l'ordre de 100 microns de diamètre, est parmi les plus grands, il ne vole par conséquent pas très loin. Les pollens les plus abondants dans l'air mesurent entre 20 et 40 microns et peuvent être transportés par les vents jusqu'à plusieurs milliers de kilomètres, bien que la plupart du temps ils ne dépassent guère quelques kilomètres.

Un nouveau réseau automatique est en cours de réalisation à MétéoSuisse. Il permettra de mettre à disposition des données horaires en temps réel à l'horizon des années 2021-2022. La qualité des prévisions en sera également fortement améliorée.

INFORMATIONS DESTINÉES À LA POPULATION

Sur la base de ces observations et de différents modèles, MétéoSuisse élabore des prévisions et informe le public par Internet, des applications smartphones et les médias traditionnels.

MétéoSuisse annonce ainsi le début de la floraison des pollens les plus allergisants, renseigne au sujet des concentrations de pollen en plaine et en montagne et publie régulièrement au cours de toute la saison la liste des pollens présents dans l'air et susceptibles de provoquer les symptômes du rhume des foins. Le modèle de dispersion COSMO-ART permet de calculer les concentrations de ces pollens dans les différentes régions du pays et dans les pays voisins.

INFORMATIONS POLLINIQUES :

Informations polliniques, MeteoSwiss App

www.meteosuisse.ch

Données et prévisions polliniques actuelles, applications pour smartphones

www.pollenetallergie.ch

Informations polliniques pour l'Europe

www.polleninfo.org

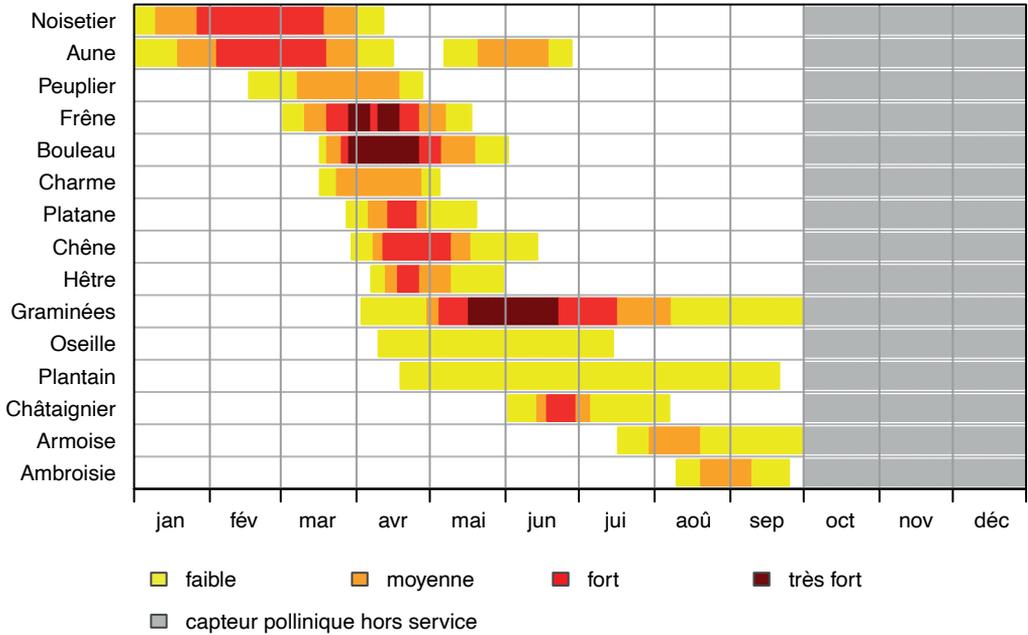
Société Suisse d'Aérobiologie

www.aerobiologie.ch

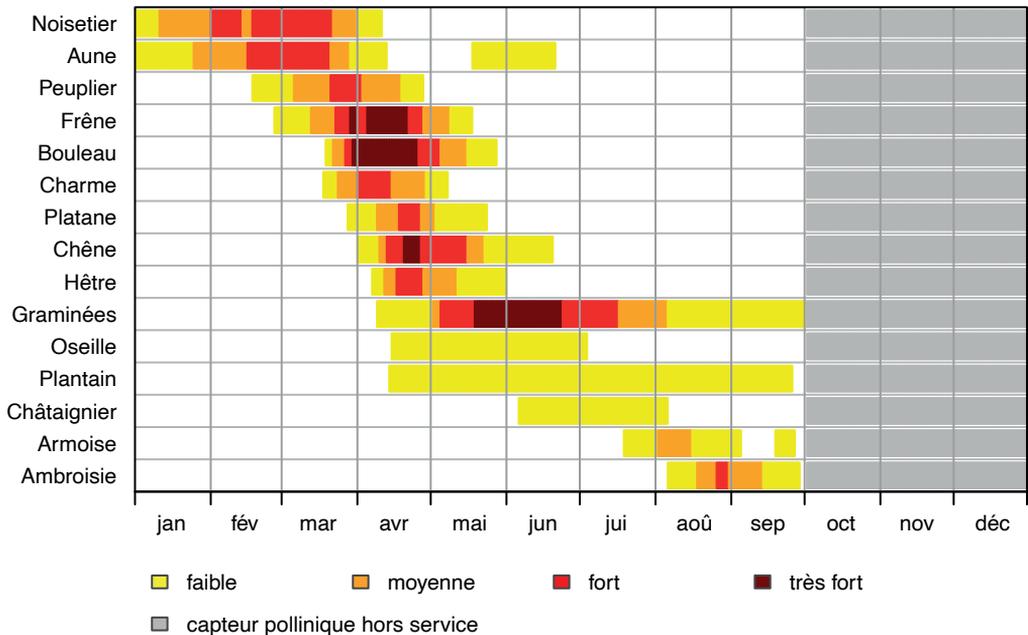


Calendrier pollinique

Suisse 2001–2020



Suisse romande 2001–2020



5. ACARIENS, ANIMAUX

Dr Olivier Hausmann, cabinet Löwenpraxis de Luzerne

ALLERGIES À LA POUSSIÈRE DOMESTIQUE ET AUX ANIMAUX ? DE QUOI S'AGIT-IL ?



acarien

En plus du pollen, les protéines des acariens à l'instar des protéines des animaux à plumes ou à poils (notamment les chats, les chiens et les chevaux) sont la principale cause des réactions allergiques et des maladies telles que l'asthme, la rhinite (c'est-à-dire, crises d'éternuement, nez bouché, etc.) et de la conjonctivite (inflammation de la conjonctive).

En Suisse, près d'un habitant sur dix présente un test cutané positif aux acariens et environ 80% des enfants souffrant d'asthme toute l'année sont sensibilisés aux acariens. De nos jours, l'allergie aux acariens est devenue la principale cause d'asthme allergique chronique en Europe. Dans notre pays, 1,72 million de chats et 503 000 chiens ont été recensés (Office fédéral de la statistique, 2020). En raison de leur petite taille, les allergènes des animaux sont à l'origine de l'asthme dans la majorité des cas. C'est notamment le cas pour les allergènes de chat et de chien dont les particules sont si petites qu'elles peuvent flotter dans l'air pendant des heures. Cela explique pourquoi une personne allergique peut ressentir un malaise dès qu'elle entre dans une maison, même si elle ignore encore qu'un chien ou un chat y vit.

ALLERGIES À LA POUSSIÈRE DOMESTIQUE ET AUX ANIMAUX : QUE SE PASSE-T-IL ?

Qu'est-ce qu'un acarien ?

Les acariens sont de petits arachnides qui vivent dans les endroits chauds et humides. Ils ont une prédilection pour nos matelas, oreillers, couvertures, tapis et meubles rembourrés. Ils se multiplient à des rythmes différents selon les conditions environnementales (température, humidité relative). Ces acariens se nourrissent de squames de peau morte et produisent jusqu'à 40 boules d'excréments par jour. Ces dernières contiennent les enzymes qui sont tenues pour responsables de l'allergie: les allergènes. Même les animaux morts, qui se dessèchent et se décomposent en poussière, sont également une source importante d'allergènes.

INTERNET

[www.prevention.ch/
allergieauxacariens.htm](http://www.prevention.ch/allergieauxacariens.htm)
www.acariens.ch

D'où viennent les allergènes des animaux ?

Les allergènes (les substances qui provoquent l'allergie) sont les composants protéiques de la salive, de la sueur, du sébum ou de l'urine des animaux et sont en partie sous contrôle hormonal. En conséquence, les animaux stérilisés sont mieux tolérés. Ces allergènes adhèrent eux-mêmes aux poils ou aux plumes de l'animal, se répandent dans l'environnement et sont inhalés. Ils entrent ainsi en contact avec les muqueuses du nez et des bronches.

Comment puis-je reconnaître une allergie ?

Le début d'une réaction allergique aux acariens ou aux animaux passe souvent inaperçu : un nez bouché le matin n'est pas très spectaculaire. Cette apparition progressive est typique d'une allergie qui se chronicise. Comme pour le rhume des foins, tout commence par une sensibilisation à la substance qui déclenche l'allergie. Des anticorps spécifiques (molécules protéiques destinées à combattre les agents pathogènes et autres substances étrangères) se forment dans l'organisme. Seul le nouveau contact avec l'allergène entraîne alors une réaction allergique qui se manifeste par des démangeaisons, un écoulement nasal et des crises de détresse respiratoire aiguë.

Si les animaux de compagnie restent à l'intérieur, comme les chats d'appartement, les personnes hypersensibles présentent immédiatement les symptômes correspondants tels que les éternuements ou l'essoufflement. Comme nos animaux vivent souvent en permanence dans nos maisons, les symptômes allergiques se manifestent généralement tout au long de l'année.

ALLERGIE À LA POUSSIÈRE DOMESTIQUE ET DES ANIMAUX : QUE FAIRE ?

Un bilan allergologique permet de déterminer si une personne concernée est sensibilisée à un ou plusieurs de ces allergènes. Si les antécédents ne sont pas clairs, il est parfois difficile de trouver l'allergène « coupable ». En cas d'allergie, il convient de prendre des mesures visant à éviter la substance déclenchante afin de traiter les symptômes.



Dans le cas d'une allergie aux acariens, ces mesures antiacariennes constituent la base du traitement. Les acariens sont bien à l'aise à des températures comprises entre 20 et 30 °C ; il est donc très judicieux de maintenir les chambres plutôt fraîches, c'est-à-dire à environ 18 °C. Une humidité élevée favorise également le développement des acariens. Les salles de séjour doivent être aérées régulièrement (plusieurs fois par jour pendant 2 à 3 minutes) tout en évitant les humidificateurs et les plantes d'intérieur. Étant donné que le contact avec les allergènes des acariens a lieu principalement dans le lit, il est essentiel de laver régulièrement le linge de lit chaque semaine à au moins 60 °C et de recouvrir le matelas et éventuellement l'oreiller et la couette de housses spéciales antiacariens et antiallergiques. Cependant, il n'est pas nécessaire d'acheter de nouveaux matelas et couettes, car ils sont déjà recolonisés au bout de quelques semaines.

Allergènes des acariens et des animaux :

Animal	Sources d'allergènes	Support	Traitement
Acariens	Excréments	Matelas rembourrés animal entier	Assainir Désensibilisation
Chat	Salive sécrétions corporelles	Poils en suspension dans l'air	Éviter le contact
Chien	Salive, pellicules	Poils en suspension dans l'air	Éviter le contact
Souris	Urine, excréments	Paille	Éviter le contact
Cheval	Poils, pellicules	En suspension dans l'air	Éviter le contact

En cas d'allergies d'origine animale, il est également indispensable d'éviter, dans la mesure du possible, les animaux responsables. Il s'agit là d'un grand sacrifice, car les animaux sont considérés comme des membres de la famille et il est très difficile de s'en séparer.

En outre, des niveaux plus élevés d'allergènes peuvent être détectés dans les maisons même des mois après avoir banni les animaux, de sorte que les symptômes ne cessent pas immédiatement une fois les animaux partis. Si l'animal ne peut être pour ainsi dire banni du foyer, certaines mesures permettent de réduire l'exposition à l'allergène.

Une exposition indirecte peut également causer des problèmes. Il suffit que 20% des écoliers d'une classe aient un chat à la maison pour qu'un enfant allergique aux chats réagisse par une crise d'asthme dans la classe.

En plus d'éviter ou de réduire les allergènes, si les symptômes persistent, un traitement médicamenteux est souvent nécessaire pour soulager ces symptômes et réduire l'inflammation qui est survenue. Pour l'allergie aux acariens, l'immunothérapie spécifique (« désensibilisation ») s'est avérée efficace et doit être envisagée dans les cas persistants. Cela implique un traitement avec l'allergène lui-même visant à réhabituer le corps aux acariens. En revanche, dans le cas des allergies aux phanères d'animaux, le rapport bénéfice / risque de l'immunothérapie spécifique est moins favorable et cette option thérapeutique est généralement réservée aux personnes professionnellement exposées (vétérinaires, soigneurs d'animaux).



MESURES DE PRÉVENTION ET THÉRAPIE :

Prévention :

- Réduisez l'humidité dans les chambres en les aérant brièvement et fréquemment.
- Recouvrez le matelas et, le cas échéant, l'oreiller et la couette de housses spéciales antiacariens et antiallergiques.
- Utilisez un aspirateur équipé d'un filtre HEPA ; il est préférable d'humidifier le sol régulièrement.
- En cas d'allergie aux chats, éloignez le chat de la maison et de la zone d'habitation ; il faut absolument lui interdire l'accès à la maison et ne jamais le laisser entrer dans la chambre.
- La teneur en allergènes de la fourrure peut éventuellement être réduite par un bain hebdomadaire des animaux. En général, les animaux castrés mieux tolérés.
- Ne recouvrez pas de tissu les meubles d'appoint et les sièges, car de nombreux allergènes peuvent s'y déposer.
- Retirez, dans la mesure du possible, les tapis qui sont de gros capteurs de poussière.
- Si le contact avec l'animal ne peut être évité, l'utilisation de purificateurs d'air avec des filtres spéciaux peut être indiquée.

Traitement :

- Traitement médicamenteux
- Immunothérapie sous-cutanée ou sublinguale (ITS) (désensibilisation) ■

6. L'ASTHME DU CHAT

Dr. Med. Vet. Alexandra Gabriel, DECVIM-CA, spécialiste en médecine interne, Vetmidi Etoy
centre vétérinaire

C'EST QUOI L'ASTHME FÉLIN ?

L'asthme est une affection chronique inflammatoire assez courante des bronches chez le chat. Il s'agit d'une réaction d'hypersensitivité suite à la sensibilisation par un aéroallergène (allergène présent dans l'air). Les bronches subissent des modifications pathologiques variables suite à l'exposition répétée au même allergène: inflammation respiratoire (globules blancs concernés: les éosinophiles), hypersécrétion de mucus, bronchoconstriction intermittente et réversible (en réponse à des stimuli allergiques et non-allergiques) et remodelage (modifications permanentes de l'architecture pulmonaire). L'anamnèse, les signes cliniques, les observations radiographiques et la réponse au traitement sont les éléments clés du diagnostic. A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif pour cette maladie bronchique..

QUEL CHAT PEUT DÉVELOPPER LA MALADIE ?

La maladie peut atteindre des chats de tout âge et de toute race. Les siamois semblent toutefois prédisposés.

QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES ?

Les propriétaires décrivent souvent des épisodes intermittents de toux, de difficultés respiratoires et des bruits respiratoires anormaux (sifflements, ...). Il n'est pas toujours facile de reconnaître une toux chez le chat. Certains chats sont d'ailleurs présentés pour des vomissements, les propriétaires méprennent la crise de toux pour des efforts vomitifs. De même, une crise de toux peut induire un vomissement à la fin pour lequel l'animal est ensuite présenté. Entre les crises de toux et au repos les chats asthmatiques paraissent fréquemment asymptomatiques, d'ailleurs l'examen clinique peut être tout à fait normal. Les autres signes cliniques qui peuvent être rencontrés à la maison sont: respiration rapide, difficultés respiratoires (surtout expiratoires), respiration bouche ouverte. Le vétérinaire peut en déceler d'autres à l'examen clinique: induction d'une toux à la palpation de la trachée, présence de crépitements fins et de sifflements à l'auscultation.

QUELLES AUTRES MALADIES PEUVENT DONNER LES MÊMES SIGNES CLINIQUES QUE L'ASTHME FÉLIN ?

Les principales autres maladies qui doivent être différencier de l'asthme félin sont la bronchite chronique féline, les maladies respiratoires parasitaires (aelurostrongylose, dirofilariose, toxocariose), et moins fréquemment des atteintes respiratoires bactériennes ou tumorales. La combinaison de différents examens complémentaires permet de différencier ces maladies.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ENVISAGEABLES AFIN DE PRÉCISER LE DIAGNOSTIC

Analyses sanguines

Il n'y pas d'anomalie sanguine spécifique pour de l'asthme félin. Les chats ayant séjournés en zone endémique de dirofilariose doivent faire l'objet d'une recherche sérologique de la maladie qui peut donner les mêmes signes cliniques que l'asthme félin.

Analyses des selles (coprologiques)

Une analyse des selles (technique de Baermann) peut révéler une infection par *Aelurostrongylus* sp quand le parasite est présent dans les selles, mais une analyse négative ne l'exclut pas.

Radiographies thoraciques

Les radiographies thoraciques permettent d'écarter certaines lésions (tumeur, infection focale, masse médiastinale, épanchement pleural) et de mettre en évidence, si présents, les signes fréquemment observés lors d'asthme (opacification bronchique et/ou péribronchique diffuse plus ou moins marquée). D'autres signes moins fréquents peuvent être observés (diaphragme aplati, ...). L'examen radiographique peut apparaître tout à fait normal, ce qui n'exclut pas la présence de la maladie. Certaines maladies comme la bronchite chronique peuvent présenter les mêmes modifications à la radiographie.

Un autre examen d'imagerie médicale, le scanner, est plus performant que les radiographies pour



différencier certaines maladies respiratoires, mais nécessite : un cabinet équipé d'un scanner, souvent une anesthésie générale et entraîne des frais supplémentaires. Cette technique n'est donc pas toujours utilisée dans le diagnostic d'un asthme.

En pratique, les examens cliniques, sanguin, radiographique et éventuellement des selles permettent de conforter la suspicion clinique d'asthme félin. A ce stade, un traitement est souvent mis en place. La réponse aux corticoïdes peut être considérée comme un test diagnostique. Elle doit nécessairement être excellente (voir traitement). Au départ, le traitement corticoïde est souvent accompagné d'un traitement antiparasitaire et antibiotique.

Bronchoscopie et lavage broncho-alvéolaire (LBA)

L'examen bronchoscopique est envisagé directement ou en cas de réponse thérapeutique non satisfaisante. Il vise à écarter d'autres causes de toux et/ou difficulté respiratoire (infection bactérienne, parasitose, ...) et à mettre en évidence des anomalies fréquentes lors de bronchite allergique : hypersécrétion de mucus, irrégularité de la muqueuse, inflammation éosinophilique au niveau de l'examen cytologique du liquide de LBA.

Certains autres tests (recherche de l'allergène, pléthysmographie) sont en général réalisés dans les centres de recherche (donc moins accessibles) et ne sont envisagés que dans certains cas.

TRAITEMENT DE L'ASTHME FÉLIN

A l'heure actuelle, comme pour les humains, la guérison n'est en général pas envisageable. Elle ne l'est qu'en cas d'identification et élimination de l'allergène en cause ce qui est la plupart du temps utopique. Un traitement chronique médical et monitoring régulier sont nécessaires afin de réduire les symptômes et contrecarrer le remodelage bronchique. Les recommandations thérapeutiques incluent des modifications environnementales, des corticoïdes et des bronchodilatateurs (en cas de crise aiguë).

En pratique, l'exposition à des agents irritants tels les poudres, litière poussiéreuse, aérosols ou fumée de cigarettes doit être évitée. Des filtres à air ambiant peuvent aider chez les chats vivant en appartement.

Les corticoïdes sont conseillés dans le traitement au long cours pour interrompre le cycle inflammatoire à l'origine des lésions bronchiques irréversibles. Ils peuvent être administrés par voie orale, par voie injectable ou par inhalation. Le dosage doit être adapté en fonction de la réponse clinique, le but étant l'adaptation de la posologie jusqu'à la plus faible dose efficace nécessaire en maintenance. L'inhalation de

corticoïdes est bien tolérée en administration chronique, mais n'est pas efficace en traitement d'urgence. Les glucocorticoïdes en inhalation diminuent l'inflammation et induisent moins d'effets secondaires systémiques que la forme orale. L'administration est réalisée grâce à une chambre équipée d'un masque. Le dispositif Aero-kat® est spécialement conçu pour les chats. L'administration de corticoïdes injectables de longue durée d'action doit être réservée aux seuls cas où l'administration orale n'est pas possible. Il est fondamental de retenir que l'efficacité clinique des corticoïdes administrés par voie systémique doit être excellente. A défaut, une autre cause de toux doit obligatoirement être recherchée.

Les bronchodilatateurs sont indiqués chez les chats présentant des crises de bronchoconstriction. Leur usage n'est pas recommandé en monothérapie car ils n'agissent pas sur l'inflammation. Leur utilisation se fait en général sous forme orale ou injectable, dans certains cas précis par voie inhalée. Certains bronchodilatateurs peuvent paradoxalement exacerber l'inflammation bronchique. Leur usage est donc réservé au traitement ponctuel de la crise d'asthme.

L'utilisation de la ciclosporine peut être envisagée dans certains cas précis (corticoïdes contre-indiqués, ...). Son usage a été documenté dans certains modèles expérimentaux et dans certains rapports de cas.

Les antibiotiques sont principalement indiqués dans les cas où une surinfection bactérienne est suspectée (lors de réponse mitigée aux corticoïdes par exemple) ou diagnostiquée par la culture du liquide de LBA. La présence de bactéries dans le LBA n'est pas toujours synonyme d'infection, certains chats sains pouvant présenter des bactéries en grand nombre. L'identification d'une bactérie doit toujours être interprétée avec les résultats de l'analyse cytologique. Si une culture est réalisée, le choix de l'antibiotique sera ciblé. A défaut, une antibiothérapie empirique peut être réalisée.

L'immunothérapie est une voie de recherche très prometteuse. La « rush immunotherapy » consiste à inciter le système immunitaire à tolérer l'allergène en l'exposant à l'agent causal. Ce traitement est potentiellement curatif. Chez le chat des études ont montré une diminution de la réponse inflammatoire avec ou sans amélioration des signes cliniques. D'autres travaux sur l'immunothérapie et d'autres nouveaux traitements potentiels sont en cours.

Les chats atteints d'asthme félin peuvent avoir une excellente qualité de vie, mais il est très important de faire le bon diagnostic et de bien suivre ces patients, comme ils nécessitent en général un traitement à long terme. ■



UN DIAGNOSTIC DIFFICILE : L'INTOLÉRANCE À L'HISTAMINE

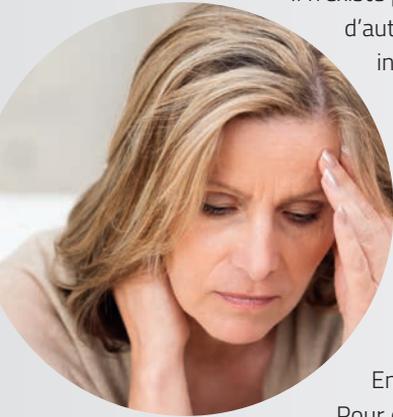
Roxane Guillod / aha! Centre d'Allergie Suisse

Du vin et du fromage à l'apéritif et les joues rougissent, le coeur s'emballe. Pas de joie, mais en réaction à l'histamine! En Suisse, 1% de la population est touchée par l'intolérance à l'histamine. Les femmes sont les plus concernées.

L'intolérance à l'histamine n'est pas facile à diagnostiquer. Son tableau clinique comprend de nombreux symptômes: rougeurs cutanées, démangeaisons, nez qui coule, nausées, migraines, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, chute de tension, vertiges et troubles du rythme cardiaque. Les troubles surviennent immédiatement après le repas ou dans les quatre heures qui suivent.

Pose du diagnostic

Il n'existe pas de test incontestable pour poser le diagnostic. Le médecin doit exclure d'autres maladies telles qu'une allergie alimentaire ou une maladie gastro-intestinale. Si la suspicion d'une intolérance à l'histamine persiste, une alimentation pauvre en histamine encadrée par un ou une diététicienne peut s'avérer utile. La suspicion est confirmée si les symptômes s'améliorent pendant cette période. S'il n'y a pas d'amélioration, il est fort probable que vous ne souffrez pas d'une intolérance à l'histamine.



Plan de mesures

Si le diagnostic d'une intolérance à l'histamine est confirmé, il faut ensuite déterminer la tolérance individuelle des aliments contenant de l'histamine. En effet, une alimentation strictement sans histamine n'est pas nécessaire.

Pour ce faire, l'apport sera progressivement augmenté, idéalement avec le soutien d'un ou une diététicienne. L'enzyme diamine oxydase peut être prise comme soutien peu avant le repas; prendre un antihistaminique peut être judicieux en cas de troubles.

Mieux vaut s'abstenir

L'histamine est une hormone produite naturellement par le corps, mais elle est également présente en quantités variables dans la quasi-totalité des aliments. Une grande quantité d'histamine est produite pendant le processus de maturation ou de fermentation, raison pour laquelle les personnes concernées devraient éviter les aliments fermentés et stockés tels que le fromage à pâte dure ou molle, la saucisse, la choucroute, les conserves ainsi que le vin rouge. Plus un aliment est frais, moins il contient d'histamine. L'histamine est décomposée à partir des aliments dans l'intestin grêle et ne cause généralement aucun problème, sauf en cas d'intolérance à l'histamine. Dans ce cas, il y a probablement soit une carence de l'enzyme dégradant l'histamine, soit son activité est limitée. ■

aha! Centre d'Allergie Suisse aide

Les expertes de l'aha!infoline répondent gratuitement à vos questions, du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h00 au 031 359 90 50.

TROP. C'EST TROP!

Votre enfant souffre d'eczéma atopique ou d'anaphylaxie? Apprenez à mieux gérer son quotidien grâce à nos formations. Vous avez des questions sur les allergies, contactez-nous via notre infoline au 031 359 90 50.

aha.ch/offres



ALLERGIEZENTRUM SCHWEIZ
CENTRE D'ALLERGIE SUISSE
CENTRO ALLERGIE SVIZZERA

Nos formations sont financièrement soutenues par:
AbbVie AG, ALK, GlaxoSmithKline AG, La Roche-Posay,
Max Zeller Söhne AG et Mylan Pharma GmbH (a Viatris company)

7. ALIMENTATION DES CHIENS ET ALLERGIES

Dr. Med. Vet. Eloy Castilla, consultant exclusif en Dermatologie, Allergologie et Otologie Vétérinaire

La nutrition est une science pluridisciplinaire à la fois passionnante et complexe mais aussi un objet récurrent de débat et de controverse pour l'être humain comme pour les animaux de compagnie.

Le chien est descendu de certaines races de loup, l'hypothèse la plus vraisemblable est que cet ancêtre du chien s'est habitué graduellement à la compagnie de l'homme en profitant des restes du repas ou de déchets. Ce changement a eu lieu il y a 15 à 20 mille ans selon des estimations scientifiques. Durant cette période, s'est produite une évolution de l'animal carnivore stricte vers un animal plus polyvalent et dépendant de l'homme par une adaptation digestive. Depuis, le chien est devenu un compagnon de vie et un vrai membre dans l'environnement familial.

Si nous tenons compte des besoins alimentaires chez le chien comme celle d'un animal carnivore non stricte ou autrement dit «omnivore», la tâche peut devenir raisonnablement complexe. Les besoins de chaque chien sont dépendants de plusieurs facteurs (race, âge, mode de vie, climat, etc.). Pour cela, le conseil du vétérinaire reste indispensable pour mieux choisir l'alimentation de chaque chien.

L'allergie alimentaire est une notion bien connue en médecine humaine dans laquelle, une réponse exacerbée du système immunitaire aura lieu face à un aliment spécifique. L'intolérance ou aussi l'intoxication alimentaire sont des types de pathologies différentes non médiés par le système immunitaire. L'allergie alimentaire peut se traduire par des troubles digestifs (diarrhée, selles molles, vomissements fréquents, flatulences, etc.), cutanés (démangeaisons, otites, signe du traîneux, etc.) ou les deux. Selon des études vétérinaires épidémiologiques, les allergènes alimentaires le plus retrouvés chez le chien restent le bœuf, la volaille et les produits laitiers. Ceci dit, il faut que l'animal ait déjà mangé l'ingrédient allergisant pour





devenir allergique. D'ailleurs, l'allergie alimentaire au gluten, bien connue en allergologie humaine, n'est pas aussi importante chez le chien. Plusieurs méthodes pour diagnostiquer une allergie alimentaire ont été testées avec des résultats différents et parfois très décevants. A ce jour, la seule méthode prouvée comme fiable pour diagnostiquer une allergie alimentaire chez le chien est le régime d'éviction hypoallergénique avec une provocation alimentaire. Cette méthode est basée sur l'utilisation des protéines hydrolysés ou la préparation d'une ration ménagère à base de protéines naïfs (jamais inclus dans son repas avant) pendant plusieurs semaines de façon stricte. Si le chien présente une évolution satisfaisante pendant cette période, une réintroduction de l'ancien régime doit être effectuée pour vérifier une éventuelle récurrence et / ou péjoration des symptômes et pouvoir identifier les allergènes incriminés. Cette méthode a néanmoins, plusieurs limitations ou contraintes, comme la durée (environ 2 mois) et la nécessité d'une implication directe des propriétaires comme du chien.

Les allergies restent des maladies chroniques parfois très frustrantes pour les propriétaires et pour les vétérinaires. Pour cela, une prise en charge rigoureuse pour faciliter un diagnostic affiné ainsi qu'un protocole thérapeutique individualisé est la meilleure façon de contrôler la maladie et améliorer la qualité de vie du chien allergique. ■

8. MOISSURES, CHAMPIGNONS

Prof. Arthur Helbling

Clinique universitaire de rhumatologie, immunologie clinique et allergologie, Berne

LES ALLERGIES AUX MOISSURES : DE QUOI S'AGIT-IL?

Depuis un siècle, il est connu que les spores des moisissures sont susceptibles de déclencher des allergies respiratoires. Néanmoins, par rapport au nombre énorme de moisissures répertorié, on n'attribue à ce jour qu'à une centaine d'espèces les maladies respiratoires d'origine allergique. Mais en principe, il n'existe que deux espèces de moisissures responsables de ce genre d'allergies, à savoir les ascomycètes et les basidiomycètes. Ce sont surtout les moisissures au stade végétatif des ascomycètes (appelés les *fungi imperfecti*), qui sont principalement responsables de ce type d'affections respiratoires induit par les champignons. Les types de champignon les plus reconnus et documenté dans les études à l'origine des allergies sont les suivants : *Alternaria alternata* (tenuis), *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus* et *Penicillium*.

La concentration de spores dans l'air peut être élevée en toute saison. En été, elle peut dépasser de plusieurs fois le nombre des pollens. La teneur en spores à l'intérieur des habitations est normalement le reflet des spores peuplant l'environnement extérieur de celles-ci. Mais la concentration dans les espaces clos est en moyenne 2 à 3 fois moins importante qu'à l'extérieur. Le taux de sensibilisation aux antigènes de champignons est relativement peu important, car seulement 1 à 3% des personnes testées aux extraits *Alternaria* et *Cladosporium* ont eu une réaction cutanée positive dans le cadre de tests croisés ou avaient des anticorps IgE spécifiques dans le sang contre ces allergènes fongiques. Dans la plupart des cas, les allergies aux moisissures se manifestent chez les personnes travaillant dans et avec la nature (par ex. exploitants, jardiniers) ou travailler professionnellement avec des champignons (par exemple, des sélectionneurs).

LES ALLERGIES AUX MOISSURES ET AUX CHAMPIGNONS : QUE SE PASSE-T-IL?



Un groupe de *Coprinus* (*Copriunus disseminatus*)

Les symptômes clinique d'une allergie due aux moisissures ne sont pas différents de ceux d'une allergie aux pollens même à l'intérieure. Les spores des moisissures peuvent déclencher une rhinite (rhume) et/ou une conjonctivite. Par ailleurs, les spores ayant le plus souvent un diamètre de moins de 10 nm, ont tendance à s'infiltrer dans les zones pulmonaires périphériques et peuvent déclencher une

détresse respiratoire, de la toux et des crises d'asthme.

Il a également été démontré qu'une concentration importante de spores de champignons dans l'atmosphère suffisait pour occasionner des troubles respiratoires sévères (asthme), notamment auprès de jeunes sujets, qu'ils réagissent de manière allergique aux champignons ou non. En plus des allergies respiratoires classiques, une exposition aux moisissures peut également déclencher une pneumopathie d'hypersensibilité (alvéolite exogène allergique « Pneumonie ») due à une concentration élevée de spores même dans les lieux de vie conditionnel et peut également se développer dans les pièces à vivre (par exemple, fontaines décoratives, humidificateurs d'air, systèmes de climatisation). Cette maladie pulmonaire s'attrape certes essentiellement dans le cadre d'une exposition en milieu professionnel (ex. poumon des fermiers, des malteurs, des laveurs de fromage, des champignonnistes, des viticulteurs, des éleveurs d'oiseaux) mais elle peut également concerner des personnes éliminant ou compostant des déchets végétaux ou ayant chez eux une fontaine d'agrément, un humidificateur ou une climatisation.

BON À SAVOIR :

«Attention aux moisissures»

Brochure disponible auprès de :
www.bundespublikationen.admin.ch

Les champignons peuvent, en outre, être à l'origine de sinusites chroniques. Ce notamment quand les sinus sont envahis de polypes, car c'est là que ces trouvent généralement spores ou mycélium les conditions les plus favorables pour se propager. Bien que le genre *Aspergillus* reste le plus fréquent, différents champignons peuvent se cacher derrière cette maladie. La

«sinusite fongique allergique» se traduit par une respiration nasale difficile, un odorat défaillant, des sécrétions nasales colorées (brunes, noires), des émissions de matières caoutchouteuses et souvent aussi des céphalées chroniques. Les symptômes de la sinusite fongique allergique sont toutefois pratiquement identiques à ceux de polypes nasaux banals ou d'une sinusite chronique. Le taux des éosinophiles (> 0.5 g/l) dans le sang est généralement élevé tout comme celui d'IgE global (> 500 kU/l) et on constate une certaine sensibilisation aux antigènes de champignons.

Une autre maladie pulmonaire immunologique rare causée par des antigènes fongiques est l'aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA). Cette pathologie est considérée comme un équivalent de la sinusite fongique allergique. La plupart du temps, les patients souffrent d'un asthme chronique difficile à traiter, d'une mucoviscidose (fibrose kystique) ou



Moisissure

bien la CT pulmonaire révèle une bronchectasie centrale. Bien que divers champignons puissent être à l'origine de cette maladie, on identifie souvent des espèces d'*Aspergillus* dans les crachats. Une ABPA peut se manifester par une aggravation (progressive) de l'asthme, des accès de toux sévères ou l'expulsion visqueuse de bouchon muqueux durs, brunâtres à sanglants. En règle générale, l'éosinophile ($>0,5$ G/l) et une quantité d'IgE significativement importante (>1000 kU/l) se retrouvent dans le sang.

Une sensibilisation aux antigènes fongiques est généralement nécessaire pour le diagnostic.

Des eczémas de contact aux champignons sont généralement limités aux mains et avant-bras, et ne sont observés quasiment que chez des personnes travaillant intensivement avec des champignons (champignonnistes). Les patients souffrant d'eczéma atopique (neurodermite) peuvent avoir des poussées eczémateuses aiguës lorsqu'elles sont exposées aux antigènes de champignons même s'ils ne sont pas allergiques sur les champignons.

Les allergies alimentaires liées à une ingestion de champignons comestibles comme des cèpes, des shiitakés ou les pleurotes sont certes rares, mais peuvent occasionnellement provoquer une allergie alimentaire. Les symptômes

les plus fréquents d'allergie aux champignons après en avoir consommé sont généralement des démangeaisons cutanées, des maux de ventre, et diarrhées. L'urticaire, ou une aggravation de l'asthme ou un choc anaphylactique sont plus rares à observer.

QUE FAIRE POUR SAVOIR SI JE SOUFFRE D'UNE ALLERGIE AUX MOISSURES?

Une sensibilisation aux différentes moisissures peut être mise en évidence par des tests cutanés ou par la mesure des IgE spécifiques dans le sang. Cependant, l'importance clinique n'est pas toujours simple à estimer. C'est pourquoi il faut souvent recourir à des tests de provocation sur l'organe touché (ex. test ophtalmique). Il est possible de procéder, en présence d'eczémas, à des patch-tests ou tests épicutanés avec des extraits de champignon.



COMMENT TRAITER L'ALLERGIE AUX MOISSURES?

Les moisissures pouvant s'adapter à tous les milieux, il est pratiquement impossible d'éviter totalement le contact avec des spores ou des champignons (par ex. mycéliums). Néanmoins, un certain nombre de mesures sont propices à endiguer leur prolifération dans nos habitations (cf. encadré).

Pour le traitement des mycoses allergiques, on fait habituellement appel aux mêmes médicaments que ceux utilisés pour combattre le rhume des foins ou l'asthme. Ceux-ci permettent d'atténuer la majorité des symptômes. On a rarement recours aux immunothérapies spécifiques (hyposensibilisation) avec des extraits de champignons, mais celles-ci peuvent donner de très bons résultats (ex. avec *Alternaria* ou *Cladosporium*).

MALADIES ASSOCIÉES AUX MOISSURES

- La rhinite, la sinusite et/ou la conjonctivite allergique
- La sinusite fongique et la micose bronchopulmonaire allergique
- L'asthme allergique, alvéolite allergique
- Les allergies cutanées (plus rarement) : urticaire, dermatite atopique, eczéma de contact.

MESURES PRÉVENTIVES POUR ÉVITER LES MOISSURES

- Températures modérées dans les habitats
- Le taux d'humidité abaissé en dessous de 50%
- Aération régulière des salles d'eau (salle de bain, douche, cuisine)
- Pas de plantes d'ornement dans les chambres à coucher
- Bannir aquariums et terrariums de l'intérieur
- Pas de fontaine d'agrément, pas de fontaine d'intérieur
- Bien laisser sécher les matériaux ou objets humides (ex. immeuble neuf, habits)
- Assainissement de tous les dégâts d'eau
- Élimination d'objets ou de matériaux mois (nourriture, chaussures, papiers peints)
- Dépoussiérage régulier (nettoyer, aspirer)

9. VENINS D'INSECTES

Dr Michaël Hofer

Immuno-allergologie pédiatrique, Dpt de pédiatrie CHUV, Lausanne

L'ALLERGIE AUX VENINS D'INSECTES : DE QUOI S'AGIT-IL?

Pendant la saison chaude, les piqûres d'insectes sont fréquentes et n'occasionnent en général que des désagréments mineurs. De nombreux types d'insectes peuvent provoquer des réactions allergiques: moustiques, taons, fourmis, guêpes, abeilles... . En dehors des deux derniers insectes cités qui sont des hyménoptères et dont nous parlerons en détail dans ce chapitre, les insectes ne déclenchent en général que des réactions allergiques localisées. Les réactions plus sévères sont anecdotiques sous nos latitudes.

Les réactions graves sont le plus souvent secondaires à des piqûres d'insectes de l'ordre des hyménoptères, qui comprend les guêpes, les abeilles, les frelons et les bourdons. Les hyménoptères injectent du venin qui contient des protéines auxquelles on peut se sensibiliser et qui seront reconnues par le système immunitaire en cas de réaction allergique. Comme plusieurs de ces venins présentent des réactions croisées, les tests diagnostiques et les traitements spécifiques ne se feront que pour les venins de guêpe et d'abeille. Une prédisposition génétique pour les allergies, ou atopie, n'est pas nécessaire pour développer une allergie aux venins d'hyménoptères. Ainsi, n'importe qui peut un jour présenter une réaction allergique suite à une piqûre d'hyménoptère. En cas de réaction généralisée, une prise en charge médicale est indiquée, comprenant les investigations nécessaires, des conseils de prévention, un set d'urgence et une désensibilisation en fonction de la gravité de la réaction.

L'ALLERGIE AUX VENINS D'INSECTES : QUE SE PASSE-T-IL?

Suite à une piqûre, le venin de l'insecte peut induire des effets toxiques à l'endroit de la piqûre ou à distance si suffisamment de venin passe dans la circulation sanguine. Ces effets toxiques dépendent de la quantité de venin injecté. En cas d'allergie, l'intensité de la réaction n'est pas proportionnelle à la quantité de venin et dépend de la réactivité du système immunitaire. Une réaction allergique peut être localisée autour de l'endroit de la piqûre, ou généralisée avec des symptômes à distance, voire touchant tout l'organisme (réaction anaphylactique). Les réactions allergiques généralisées ou anaphylaxies sont classées en fonction de leur gravité selon un score clinique (cf. chapitre III, texte 10: allergies aiguës).

Habituellement, la réaction généralisée débute quelques minutes après ou dans l'heure suivant la piqûre de l'insecte. La réaction peut toucher la peau sous forme d'urticaire ou d'un angioedème (tuméfaction, en particulier du visage), la respiration

avec de l'asthme ou une obstruction laryngée, la digestion avec des vomissements ou des diarrhées. La réaction généralisée peut également conduire à un état de choc avec chute de tension, perte de connaissance et cyanose, ou générer une angoisse importante.

Les réactions sévères sont en général dues au venin des hyménoptères (guêpe, abeille, frelon) et elles sont souvent plus sévères après une piqûre d'abeille que de guêpe.

QUE FAIRE POUR SAVOIR SI JE SOUFFRE D'UNE ALLERGIE AUX VENINS D'INSECTES?

Le diagnostic d'allergie aux venins d'hyménoptères pourra être posé grâce à des examens spécialisés. Cependant, les renseignements anamnestiques sont importants : sévérité de la réaction allergique et type d'insecte. Ces éléments aideront à interpréter les examens pratiqués et à décider du traitement. Comme la consultation spécialisée a souvent lieu plusieurs semaines après la réaction, il serait utile de noter rapidement les symptômes observés au cours de la réaction et le type d'insecte, si l'on a réussi à l'identifier. En effet, il n'est pas rare qu'un patient soit sensibilisé au venin de guêpe et d'abeille et, si l'identification de l'hyménoptère impliqué dans la réaction n'a pas été faite, la désensibilisation devra être pratiquée contre les deux types de venins, ce qui implique le double d'injections.

A la recherche d'une sensibilisation pour les venins d'hyménoptères, on mesurera les anticorps de l'allergie (IgE) spécifiques dans le sang et l'on pourra faire des tests cutanés intradermiques avec les venins de guêpe et d'abeille.

Ces examens peuvent être pratiqués à tout âge, en particulier chez les enfants, et sont le domaine du spécialiste. L'indication à une désensibilisation sera posée en fonction de la sévérité de la réaction et du résultat des tests diagnostiques.



COMMENT TRAITER L'ALLERGIE AUX VENINS D'INSECTES?

En cas d'allergie au venin d'un insecte, sans piqûre de l'insecte en cause, il n'y a pas d'allergie. Il est donc impératif de prendre toutes les mesures de prévention utiles (décrites dans l'encadré page suivante).

Etre sûr de pouvoir empêcher toute piqûre est impossible, surtout chez l'enfant. Ainsi, le patient allergique à un venin d'insecte devra garder à portée de main son set d'urgence, qui comprend un antihistaminique, une seringue auto-injectable

d'adrénaline et des comprimés de cortisone. En cas de piqûre, s'il

s'agit d'une abeille, enlever immédiatement le dard et avertir quelqu'un qu'on a été piqué par un insecte auquel on est allergique. Après la piqûre de l'insecte ou au moins

dès le début de la réaction allergique, prendre l'antihistaminique aux doses prescrites et tenir

prêt la **seringue d'adrénaline** (Epipen®). En cas de réaction allergique généralisée, utiliser

la seringue d'adrénaline, conformément aux instructions (appliquer sur la cuisse la seringue prête à l'emploi). Ne pas hésiter

à utiliser la seringue d'adrénaline dont l'emploi est sans danger chez une personne

en bonne santé habituelle. Si l'endroit est isolé, prendre par précaution la cortisone selon les indications du médecin. Lorsqu'une

réaction allergique s'est produite après une piqûre d'insecte, il faut toujours consulter un médecin

en urgence, même si la situation s'améliore après application du traitement d'urgence. En effet, l'adrénaline a

un effet limité dans le temps et la réaction peut reprendre et mettre la vie du patient en danger. En cas d'intervention d'un tiers, il faudra être attentif au

positionnement du patient, en particulier lors du transport, et faire en sorte que la tête soit plus basse que les membres inférieurs (transport dans les escaliers !), surtout si la pression artérielle est basse.

la vie du patient en danger. En cas d'intervention d'un tiers, il faudra être attentif au positionnement du patient, en particulier lors du transport, et faire en sorte que la tête soit plus basse que les membres inférieurs (transport dans les escaliers !), surtout si la pression artérielle est basse.

la pression artérielle est basse.

La désensibilisation pour les venins d'hyménoptères a montré son efficacité en diminuant significativement le risque d'une réaction sévère suite à une piqûre ultérieure de l'insecte en cause. Plusieurs études contrôlées ont montré une efficacité

de 78 à 100% lors d'une nouvelle piqûre (réaction locale uniquement), cette protection est encore meilleure pour le venin de guêpe. Ce traitement consiste en des injections sous-cutanées d'une dose croissante de venin jusqu'à l'obtention de la dose d'entretien (100 µg). Cette dose sera répétée ensuite tous les mois pendant 3 à 5

tous les mois pendant 3 à 5

tous les mois pendant 3 à 5



ans. La phase d'ascension des doses devra être pratiquée par un allergologue et la phase d'entretien pourra se faire chez le médecin traitant. Les enfants, dès l'âge de 5 ans, peuvent également bénéficier de ce traitement, ce qui leur permettra de pouvoir à nouveau participer normalement à des activités en plein air (excursions, courses d'école,...).

La désensibilisation pour les venins de guêpe ou d'abeille est un traitement long et non dénué de risques. Il sera réservé aux patients qui présentent un risque élevé de réaction sévère lors d'une ré-exposition au venin de l'insecte. En se basant sur des travaux qui ont analysé l'évolution naturelle de l'allergie aux venins d'hyménoptères, il a pu être montré que les patients ayant présenté une réaction sévère sont ceux qui, lors d'une nouvelle piqûre, sont le plus à risque de refaire une réaction sévère, mettant potentiellement leur vie en danger. Ce sont ces patients-là qui devront bénéficier d'une désensibilisation. Il faut rappeler que les réactions allergiques locales après piqûre d'insecte sont fréquentes dans la population, mais que les réactions sévères sont beaucoup plus rares. Un patient qui fait des réactions locales étendues après piqûre d'insecte aura en conséquence un risque faible de développer une réaction allergique sévère lors d'une piqûre ultérieure et ne nécessite en aucun cas une désensibilisation.

En conclusion, les réactions allergiques suite à des piqûres d'insectes sont fréquentes, mais, en général, banales. En cas de réaction généralisée, une prise en charge spécialisée est indiquée pour pratiquer les investigations et les traitements nécessaires, et indiquer au patient les mesures à prendre en cas de nouvelle piqûre.

MESURES PRÉVENTIVES :

- Eviter les mouvements brusques. L'insecte ne piquera que s'il a peur.
- Ne pas marcher à pieds nus (piscine!). Les guêpes et les abeilles peuvent être cachées dans l'herbe.
- La transpiration attire les insectes. Attention en cas d'effort à l'extérieur.
- Eviter les parfums ou cosmétiques odorants.
- Etre bien couvert en cas de balade à haute vitesse (moto, voiture décapotable).
- Eviter les vêtements amples où un insecte pourrait pénétrer à votre insu.
- Eviter de laisser des aliments non couverts à l'extérieur. Eviter de garder des poubelles non fermées.
- Ne pas boire à partir d'un récipient fermé. Un insecte pourrait avoir pénétré dans le récipient.
- Ne pas s'occuper des nids d'abeilles et de guêpes, mais faire appel à un spécialiste.
- Utiliser une pompe à venin en cas de morsures ou piqûres.

10. MÉDICAMENTS

Dr A. Borgeat, Institut Central des Hôpitaux, Sion ; Dr L. Arlettaz, Institut Central des Hôpitaux, Sion.

ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES : DE QUOI S'AGIT-T-IL ?

Les réactions allergiques aux médicaments sont fréquentes et ont des conséquences non négligeables sur la santé des individus. Il est difficile de déterminer combien de personnes en sont atteintes au cours de leur vie mais on estime que 10 personnes hospitalisées sur 100 environ présentent une réaction à un médicament et 7 personnes sur 100 en ambulatoire.



Selon la classification de Rawlins et Thompson datant de 1977, on distingue deux types de réactions aux médicaments. Les réactions de type A représentent environ 85-90% des réactions, sont prévisibles et liées aux mécanismes d'action du médicament. Elles peuvent survenir chez tout le monde à une certaine dose (= « effet secondaire »). Viennent ensuite les réactions de type B, beaucoup moins fréquentes, environ 10-15% des réactions, qui sont imprévisibles, ne dépendent pas de la dose et ne surviennent que chez certains individus. Les allergies médicamenteuses font partie de cette deuxième catégorie. Sauf rares exceptions (par exemple certaines allergies sévères à des médicaments antiépileptiques), elles n'ont pas de prédisposition génétique ou de terrain familial particulier. Cela signifie par exemple qu'avoir un membre de sa famille allergique à la pénicilline ne prédispose pas à développer soi-même une allergie à la pénicilline.

Les réactions allergiques aux médicaments peuvent ensuite être classées en deux catégories principales. On distingue en premier lieu les allergies « **immédiates** » qui surviennent classiquement dans l'heure qui suit l'exposition au médicament incriminé. Les symptômes se caractérisent alors par une urticaire (lésions de la peau migratrices et fugaces qui démangent, voire qui brûlent), un gonflement du visage et/ou des mains/des pieds, de la peine à respirer, voire une baisse de la tension artérielle avec parfois une perte de connaissance (choc anaphylactique) dans les cas les plus sévères. Ces réactions sont classées en 4 stades de sévérité selon la classification de Müller (I à IV). Quant aux allergies « **retardées** », elles surviennent plus d'une heure et jusqu'à plusieurs jours après le début du traitement incriminé. Elles se caractérisent par un exanthème maculo-papuleux (lésions rouges de la peau en plaques, fixes, souvent prurigineuses) qui peut durer quelques jours à quelques semaines. Il existe des formes sévères de réactions retardées, avec une atteinte des muqueuses (bouche, yeux, parties génitales), des manifestations cutanées sévères (des bulles, des décollements de la peau), de la fièvre et parfois une atteinte d'organe interne (rein, foie...).

Dans ces deux situations, le mécanisme de la réaction nécessite toujours une première phase de « sensibilisation ». C'est-à-dire que le patient doit toujours avoir été en contact une première fois avec le médicament sans avoir réagi avant de développer l'allergie lors d'un contact ultérieur. Lors de réactions immédiates, des anticorps appelés « IgE » spécifiques pour le médicament, sont formés lors d'un premier contact, puis déclenchent une réaction immunitaire lors de la prise suivante du médicament. Dans l'allergie retardée, ce sont des globules blancs particuliers, appelés lymphocytes T, qui sont impliqués dans la reconnaissance du médicament. Comme les mécanismes immunitaires responsables des réactions immédiates et retardées sont différents, les symptômes qui en découlent sont aussi différents.

BILAN ET TRAITEMENT DES ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES

Le traitement de l'allergie **immédiate** sévère (difficultés respiratoires, perte de connaissance) est l'adrénaline en injection intramusculaire. Les patients qui souffrent de ce type d'allergie ont toujours avec eux une seringue d'adrénaline auto-injectable. Pour les formes moins sévères, les antihistaminiques et la cortisone permettent généralement de contrôler les symptômes. En urgence, le bilan devrait être complété par le dosage dans le sang de la tryptase, qui est libérée en grande quantité lors d'une réaction allergique immédiate. Il est également important de noter lors d'une réaction sévère, tout médicaments, aliments (ou piqûre d'insecte), pris (ou subie) dans les deux heures précédant la réaction. Un bilan allergologique à 4-6 semaines devrait être proposé, notamment en cas de réaction sévère, dans le but d'identifier clairement l'allergène responsable de la réaction et de définir les traitements nécessaires.

Concernant les allergies **retardées**, le mécanisme est différent et donc la prise en charge également. Le traitement repose avant tout sur l'arrêt du médicament incriminé et sur l'application d'une crème à base de cortisone durant plusieurs jours, voire plusieurs semaines sur les lésions de la peau. Les antihistaminiques peuvent parfois aider à diminuer la sensation de démangeaisons. Au moment de la réaction, un bilan sanguin doit être effectué à la recherche de signe d'atteinte d'organe interne. Si tel est le cas, une hospitalisation et l'utilisation de cortisone par la bouche, voire par la veine, est parfois nécessaire. A nouveau, l'interrogatoire est primordial et doit se concentrer sur les nouveaux médicaments pris dans les deux semaines précédant l'apparition des symptômes. Tout médicament suspect doit être arrêté et un bilan allergologique devrait à nouveau être proposé 4 à 6 semaines plus tard.



	Allergie immédiate	Allergie retardée
Délai de survenue	< 1 heure (max. 2 heures)	> 1 heure à 15 jours
Symptômes	Urticaire, angioedème, asthme, perte de connaissance	Exanthème maculo-papuleux fixe d'une durée de plusieurs jours
Critères de sévérité	Difficultés respiratoires, perte de connaissance	Atteinte des muqueuses, présence de bulles ou décollements cutanés, fièvre, atteinte d'organe
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adrénaline ▪ Antihistaminiques ▪ Cortisone 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dermocorticoïdes ▪ Ev. cortisone systémique si critères de gravité
Bilan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En aigu: tryptase ▪ Bilan allergologique à 4-6 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En aigu: FSC, CRP, créatinine, tests hépatiques, sédiment urinaire ▪ Bilan allergologique à 4-6 semaines

Tableau 1 : allergie immédiate et retardée

Allergie aux antibiotiques

Dans notre population, près d'une personne sur cinq prétend être allergique à la pénicilline. Mais en réalité, moins de 5% de la population est réellement allergique. Ceci a comme conséquences l'utilisation d'antibiotiques moins efficaces, souvent plus chers, qui ont aussi plus d'effets secondaires. Il a notamment été démontré que les patients considérés comme allergiques à la pénicilline avaient plus d'infections post-opératoires. Cela a également des conséquences au niveau de la santé publique avec une augmentation des coûts de la santé, de la résistance aux antibiotiques et des durées d'hospitalisation. Il est important également de mentionner ici que, pour un patient donné, l'allergie à la pénicilline a tendance à disparaître avec les années : à 10 ans, 9 personnes allergiques à la pénicilline sur 10 auront perdu leur allergie !

Lorsqu'un patient rapporte une allergie à la pénicilline, il est primordial de connaître précisément quel médicament était impliqué, quels types de symptômes sont survenus – pour classer la réaction en immédiate ou retardée – et finalement de déterminer la sévérité de la réaction. La suite de la prise en charge dépend fortement de cet interrogatoire initial. En fonction des situations, des **tests cutanés** pourront être effectués avec différents antibiotiques à base de pénicilline, suivis ou non d'un **test de provocation** afin de confirmer la bonne tolérance du médicament. Ce test correspond à l'administration du médicament par petites doses sous surveillance médicale rapprochée. Dans quelques cas de réactions peu évocatrices d'une allergie et/ou de réactions très anciennes, ce test peut être fait directement dans la salle d'attente du médecin spécialiste en allergologie. La **recherche d'IgE-spécifiques dans le sang** existe mais est peu utile pour les pénicillines et pour la plupart des médicaments.

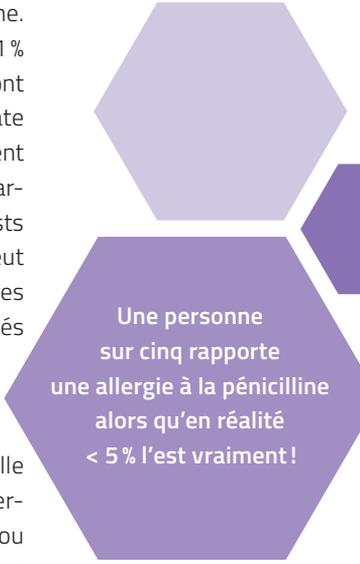
Pour les réactions retardées sévères, des tests sanguins peuvent être réalisés (tests de transformation lymphocytaire), sans remettre le patient en contact avec la substance incriminée.

À la fin du bilan allergologique, les conclusions sont inscrites dans un passeport d'allergie qui est remis au patient. Mentionnons qu'il existe des réactions croisées avec des familles apparentées lors d'allergie immédiate à la pénicilline. On estime à environ 2% de réactions croisées avec les céphalosporines et 1% avec les carbapénèmes. Ces chiffres, obtenus par des études récentes, sont beaucoup plus faibles que ceux publiés auparavant. En cas d'allergie immédiate avérée à la pénicilline, ces deux familles de médicament devraient également être testées. Concernant les autres antibiotiques, relevons que l'allergie retardée au Bactrim est relativement fréquente. Il n'existe cependant pas de tests cutanés pour cet antibiotique. En cas d'absolue nécessité, ce médicament peut être ré-administré selon un protocole de désensibilisation. Toutes les classes d'antibiotiques peuvent induire une réaction allergique, avec des spécificités propres à chaque classe.

Allergie aux produits de contraste radiologiques

L'allergie aux produits de contraste est beaucoup moins fréquente que celle aux antibiotiques. Un bon nombre de réactions considérées comme «allergiques», sont en réalité des réactions de type A (sensation de chaleur ou malaise vagal par exemple). La prévalence est de l'ordre de 0.15-0.7% pour les produits de contraste iodés utilisés pour les scanners, les coronarographies, etc. et encore beaucoup plus faible pour les produits de contraste à base de gadolinium, utilisés pour les IRM, de l'ordre de 0.02 à 0.09% des injections. L'immense majorité de ces réactions sont légères, mais il existe quelques cas de réactions sévères, voire mortelles. Des allergies immédiates et retardées existent contre ces produits.

Un bilan allergologique peut également être réalisé avec **des tests cutanés**, mais dont la sensibilité (capacité à détecter une allergie) est moins bonne que pour les pénicillines. Ces tests devraient idéalement être faits dans les 6 mois suivant la réaction initiale. Après une réaction, lorsqu'il est absolument nécessaire de réutiliser un produit de contraste, il convient généralement d'utiliser un autre produit que celui incriminé lors la réaction de base. En cas de réaction immédiate, une prémédication par cortisone et antihistaminique est souvent proposée avant l'examen. Ce traitement ne semble pas protéger contre les réactions sévères. Il n'a par ailleurs jamais été démontré comme efficace en cas de réaction retardée et n'est donc pas recommandé dans ce cas. En conséquence, l'avis d'un médecin spécialiste en allergologie est recommandé en cas de réaction à ces produits.



Une personne sur cinq rapporte une allergie à la pénicilline alors qu'en réalité < 5% l'est vraiment !



Il n'y a pas d'allergie croisée entre les produits de contraste iodés et les fruits de mer !

Finally, mentionnons ici qu'il n'y a pas de réaction croisée entre les produits de contraste iodés, les fruits de mer, l'amiodarone et la Bétadine. L'iode contenu dans tous ces produits n'est pas à l'origine de la réaction et l'allergie à l'iode n'existe pas a priori. De même, il n'y a pas de réaction croisée entre les produits de contraste iodés (scanner) et ceux à base de gadolinium (IRM), dont la structure chimique est complètement différente.

Allergie et intolérance aux anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont une grande famille de médicaments utilisés dans diverses situations, notamment pour contrôler les douleurs. L'Aspirine est le premier représentant de cette classe de médicaments.

Dans la majorité des cas, les patients vont réagir à plusieurs anti-inflammatoires, dont l'Aspirine. Les réactions consistent en une exacerbation d'une urticaire, d'une rhinite ou d'un asthme. Il s'agit alors d'une **intolérance** aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens, liée aux mécanismes d'action de ces médicaments, à savoir le blocage d'une enzyme appelée COX-1. Dix pour cent de ces patients vont également réagir au paracétamol (Dafalgan) pris à hautes doses. Il s'agit alors pour ces patients de trouver une alternative en cas de besoin. En général, un test de provocation avec un inhibiteur sélectif de la COX-2 est proposé.

L'intolérance aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens est généralement caractérisée par des réactions à plusieurs molécules différentes et l'exacerbation d'une urticaire ou d'un asthme sous-jacent !

Plus rarement, un patient peut présenter une allergie immédiate « classique » à un anti-inflammatoire non-stéroïdiens, médiée par des IgE spécifiques. Il ne réagit alors en général pas aux autres anti-inflammatoires. Malheureusement, il n'existe pas de test cutané validé pour ces molécules et le travail de l'allergologue consiste souvent en la recherche d'une alternative via un test de provocation orale.



Réaction allergique peropératoire

Lors d'une réaction allergique survenant pendant une intervention chirurgicale, plusieurs médicaments peuvent être impliqués. Par ordre de probabilité, ce sont le plus souvent les curares, des médicaments qui participent à l'anesthésie générale et qui servent à relâcher les muscles, qui sont la cause de la réaction. Viennent ensuite les antibiotiques, fréquemment administrés en début d'intervention, puis le latex et la chlorhexidine (un désinfectant).

Lorsqu'une réaction de ce type survient, il est important d'effectuer un bilan allergologique quelques semaines après l'intervention, afin d'identifier le médicament incriminé et de mieux préparer d'éventuelles interventions ultérieures. Des tests cutanés sont alors effectués avec la plupart des médicaments utilisés lors de l'anesthésie, afin de trouver des alternatives en cas de nouvelle anesthésie. Un passeport d'allergie est alors remis au patient.

Conclusion

L'allergie médicamenteuse est relativement fréquente en milieu hospitalier comme en ambulatoire, et ses conséquences ne sont pas négligeables.

L'interrogatoire est essentiel dans la prise en charge, complété par des tests cutanés et éventuellement un test de provocation. Les tests cutanés ne sont cependant de loin pas disponibles pour tous les médicaments. Un bilan allergologique devrait idéalement être proposé dans les mois suivant la réaction, pour avoir le plus de chance de préciser le médicament incriminé et trouver des alternatives en cas de besoins futurs. ■

Lors d'une réaction allergique peropératoire, ce sont généralement les curares (relaxants musculaires) qui sont impliqués, suivis par les antibiotiques puis la chlorhexidine et le latex.



III. MALADIES ALLERGIQUES



Le contact de l'allergène avec le système immunitaire va permettre, chez une personne prédisposée génétiquement aux allergies (atopique), la production d'anticorps de l'allergie (IgE) spécifiques à cet allergène. La personne sera alors sensibilisée à cet allergène.

Lorsque l'allergène aura été reconnu par des molécules d'IgE, une inflammation allergique pourra être induite avec comme conséquence des symptômes cliniques. A ce moment, on parle d'allergie. Il est important de se rappeler qu'un patient peut être sensibilisé à un allergène donné sans développer de symptômes allergiques lorsqu'il est exposé à cet allergène. Ainsi, le diagnostic d'allergie implique la mise en évidence d'une sensibilisation et de manifestations allergiques en rapport avec cet allergène.

Ce chapitre va passer en revue les différentes maladies allergiques. Certaines d'entre elles, comme l'eczéma ou l'asthme, n'ont pas toujours une origine allergique. Les investigations du médecin ne se limiteront alors pas à la mise en évidence d'une sensibilisation allergénique, mais impliqueront également la recherche d'autres causes.

ECZÉMAS DE CONTACT TOXIQUES ET IRRITATIFS

Prof. Dr. Med. Peter Schmid-Grendelmeier

Chef du Service d'Allergie, Clinique dermatologique, Hôpital Universitaire de Zürich

Membre du directoire du Christine-Kühne Center for Allergy Research and Education and Research Davos (CK-CARE)

Les eczémas de contact sont des aspects très fréquents des dermatoses. On distingue deux formes d'eczémas : les eczémas de contact allergiques et irritatifs.

Les eczémas de contact irritatifs apparaissent suite à un contact avec des substances irritantes ou toxiques – indépendamment de la dose ou de la concentration. Pour la forme aiguë, il se forme en l'espace de quelques minutes à plusieurs heures sur la surface de contact des rougeurs et de petites cloques clairement délimitées, en partie suintantes, et à l'origine de démangeaisons et de brûlures. Des facteurs physiques comme les rayons UV ou le froid/la chaleur ainsi que des déclencheurs chimiques (solutions alcalines et acides) peuvent en être à l'origine. Exemples caractéristiques : par exemple une brûlure avec des produits chimiques, mais aussi un coup de soleil ou des lésions cutanées dues au froid. Lors de la forme chronique, il se forme, après une longue période d'action, la plupart du temps des semaines voire des mois, des taches rouges, souvent squameuses ; une formation excessive de callosités et de durillons est également possible. Les causes sont souvent les savons, les solvants ou les désinfectants.

De telles lésions surviennent, contrairement aux réactions allergiques, chez toutes les personnes en cas de contact correspondant. Une sensibilité accrue de la peau favorise de tels eczémas irritatifs. Les femmes, en partie à cause d'une prédisposition, ou d'activités mettant la peau à rude épreuve ou encore de mauvais soins de la peau, ont plus souvent la peau sensible. La fonction de la barrière cutanée est affaiblie, ainsi que la protection de la peau contre les substances irritantes comme par exemple les savons à forte teneur alcaline.

Les femmes souffrent assez fréquemment de ce que l'on appelle une « peau sensible », à savoir une peau hypersensible au niveau du visage et sur laquelle l'application de produits cosmétiques, de maquillage ou même d'un simple soin du visage peut entraîner des picotements, des sensations de brûlure, mais également des douleurs et des rougeurs.

Au cours de l'année en cours, en raison de la pandémie incise de Covid-19, des mesures d'hygiène massives, également préventives, ont été nécessaires, notamment un lavage fréquent et approfondi des mains. En raison du contact élevé associé avec les savons et/ou les désinfectants, une forte augmentation de l'eczéma irritant toxique pour les mains a également été observée. L'utilisation de savons appropriés sans alcali et le re-graissage régulier qui en résulte étaient donc souvent indispensables et apportaient souvent l'amélioration nécessaire malgré le lavage à la main, qui est absolument nécessaire. Les eczémas dans la zone des couches-culottes sont assez fréquents : le contact avec l'urine ou les excréments irrite la peau. D'autre part, les mères qui s'occupent de petits enfants souffrent également souvent d'eczémas de contact irritatifs sur les mains, dûs à un lavage fréquent des mains, une forte humidité et un contact répété avec les excréments et l'urine de l'enfant. Les eczémas irritatifs sont également caractéristiques des activités professionnelles demandant un lavage fréquent des mains – dans le domaine médical ou

alimentaire – ou un contact avec des substances fortement irritantes comme des huiles de coupe et de graissage. Le diagnostic peut la plupart du temps être établi en interrogeant la personne et après examen médical de la peau. Sinon, pour exclure l'eczéma de contact allergique, il est encore possible de réaliser un test épicutané.

TRAITEMENT

Il convient d'éviter dans la mesure du possible la substance ou l'activité à l'origine de l'eczéma. Pendant la phase aiguë, on peut par ailleurs appliquer des compresses humides et des lotions et, pendant la phase chronique, des pommades. Pour traiter l'inflammation, on peut également utiliser localement, à court terme, des crèmes à base de cortisone. Des soins du corps appropriés avec savons et crèmes douces pour la peau sont d'une importance déterminante. En utilisant les bons soins de la peau, il est possible d'obtenir une protection nettement améliorée contre les dermatites de contact irritatives et souvent même de les prévenir. Pour les peaux très sensibles au niveau du visage, il convient d'utiliser dans l'idéal des produits sans parfum, sans alcool, sans conservateurs ni paraben. En outre, les produits appropriés contiennent souvent des ingrédients ayant un effet calmant qui apaisent immédiatement les peaux irritées, comme la neurosensine. Les crèmes dotées d'une fermeture étanche sont parfaites pour empêcher l'oxygène de pénétrer, évitant ainsi toute contamination et limitant les risques d'une réaction. ■

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

N°1 DES RECOMMANDATIONS
DES DERMATOLOGUES SUISSES*

PEAUX RÉACTIVES,
SUJETTES AUX ALLERGIES

**MICROBIOME
SCIENCE**

**TOLERIANE
DERMALLERGO**

**APAISE LA PEAU
EN 1 MINUTE.**

ANTI-ROUGEURS. ANTI-RECHUTE.

0% PARFUM | ALCOOL



1. ECZÉMA, URTICAIRE

Dr Emmanuel Laffitte

Clinique de Dermatologie, HUG, Genève

L'eczéma et l'urticaire sont deux manifestations différentes d'allergie cutanée, mais dont le principal symptôme est le prurit (démangeaison). Dans l'eczéma, on distingue généralement une forme dite de contact, provoquée directement par une substance externe allergisante (traitée au chapitre des allergies de contact) et une forme plus complexe, dite eczéma ou dermatite atopique, d'évolution chronique.

LA DERMATITE ATOPIQUE, DE QUOI S'AGIT-IL?



cas de dermatite atopique chez l'enfant

La dermatite atopique est une maladie inflammatoire chronique de la peau, fréquente durant les premières années de vie. Il s'agit d'une des premières manifestations de l'atopie qui permet de distinguer une population d'enfants à fort risque de manifestations allergiques respiratoires ultérieures. La dermatite atopique affecte donc avant tout des personnes ayant une prédisposition atopique. Par atopique on entend une réaction violente et excessive (une allergie) à des substances banales rencontrées dans le cadre de vie quotidienne, et qui sont parfaitement tolérées par une personne en bonne santé, chez qui elles ne déclenchent pas de maladie. Cette réaction hypersensible peut avoir lieu sur la peau (dermatite ou eczéma atopique), au niveau des muqueuses (rhume des foins, conjonctivite allergique), des bronches ou des poumons (asthme allergique). Plusieurs de ces

manifestations de l'atopie peuvent être associées chez une même personne, parfois à différents moments de son existence.

La fréquence de la dermatite atopique a augmenté au cours de ces dernières décennies, passant de 2-3% à près de 10% des enfants en pays occidentaux. Cependant, ces chiffres varient considérablement d'un pays à l'autre. Dans la moitié des cas, la dermatite atopique de l'enfant débute durant la première année de vie et dans les 2/3 des cas avant l'âge de 7 ans. Il existe cependant des formes plus tardives, se révélant pendant la puberté ou à l'âge adulte. Lorsque la maladie débute précocement, le pronostic est favorable: à l'âge de 11 ans, 60% des enfants n'ont plus de lésions actives et 70% à l'âge de 23 ans.

Plusieurs facteurs sont impliqués dans le déclenchement de la dermatite atopique, qui est d'origine multifactorielle :

- **Des facteurs allergiques à proprement parler.** Certaines substances présentes dans l'environnement, par exemple des pollens, des poils d'animaux, des acariens contenus dans la poussière domestique, et certains facteurs alimentaires chez les nourrissons et les jeunes enfants (lait de vache, œufs, farine de soja et de blé), sont parfois incriminées (on les appelle des allergènes, provoquant l'allergie). Il est parfois difficile de déterminer exactement la responsabilité de ces substances dans le déclenchement des lésions d'eczéma atopique, surtout pour des formes modérées ou peu sévères. Cependant, chez les patients allergiques aux acariens, une diminution significative des lésions cutanées a pu être observée lorsque des mesures d'éviction ont été appliquées, en comparaison avec les patients qui n'ont pas modifié leur environnement.

- **Une sécheresse cutanée importante.** Ce phénomène est encore mal compris, mais la composition du film hydrolipidique recouvrant normalement la peau est altérée chez les sujets atopiques. Il en résulte une peau sèche, plus fragile, se protégeant moins bien contre le milieu extérieur, et plus facilement sujette au prurit (démangeaisons). Des données récentes suggèrent que chez un nombre important de sujets atopiques, cette sécheresse cutanée serait due à des mutations a minima de certains gènes codant pour des protéines cutanées (en particulier la profillagrine) responsables de la bonne hydratation de la couche cornée épidermique.

- **La présence d'une bactérie sur la peau, le staphylocoque doré.** 90% des patients avec dermatite atopique sont colonisés par des staphylocoques dorés, au contraire des sujets sains. Les staphylocoques dorés sont la cause de surinfections cutanées, mais peuvent provoquer par eux-mêmes des poussées d'eczéma.

Au total, il existe un cercle vicieux qui entretient les symptômes : la peau sèche et les poussées d'eczéma induisent le besoin de se gratter (prurit), et le grattage induit des lésions cutanées qui favorisent la surinfection à staphylocoque doré, la pénétration des allergènes dans la peau, aggravent la sécheresse cutanée, les manifestations allergiques et la sensation de prurit. Cette situation génère également un grand stress pour l'enfant et ses parents, aggravant encore la situation.

QUELS SONT LES SIGNES DE LA DERMATITE ATOPIQUE?

La dermatite atopique est une maladie chronique qui évolue par poussées, avec une peau sèche sur laquelle surviennent de façon périodique des lésions d'eczéma. Il existe plusieurs signes qui, associés, permettent de porter le diagnostic de dermatite atopique.

SYMPTÔMES

Il existe plusieurs signes qui, associés, permettent de porter le diagnostic de dermatite atopique :

- Prurit sévère et souvent insomniant (pour l'enfant atteint et ses parents !)
- Sécheresse cutanée, avec une peau parfois épaissie
- Lésions d'eczéma : peau rouge, suintante, localisée au visage, au cou, aux plis de flexion des bras et des jambes, aux pieds et aux mains. Chez le nourrisson, l'eczéma siège surtout sur le visage et le cuir chevelu
- D'autres signes cutanés : double pli à la paupière, visage pâle, ombres autour des yeux

QUELS EXAMENS FAIRE EN CAS DE DERMATITE ATOPIQUE?

Il n'y a pas de test de laboratoire pour faire le diagnostic de dermatite atopique, car le diagnostic est essentiellement clinique. Si un terrain atopique (prédisposition pour les allergies) est suspecté, des tests allergologiques (tests cutanés et/ou tests sanguins) peuvent être utiles. Également, si l'on suspecte qu'une allergie puisse jouer un rôle dans les exacerbations de la dermatite atopique, un bilan allergologique peut être utile en vue de mesures d'élimination des allergènes en cause. C'est en particulier nécessaire en cas de dermatite atopique sévère ou résistante aux traitements.

COMMENT TRAITER LA DERMATITE ATOPIQUE?

Il est important de prendre en compte les différents facteurs impliqués dans cette maladie pour la contrôler au mieux. Les deux grands principes sont de prévenir les poussées d'eczéma en interrompant le cycle infernal prurit-grattage, et de traiter de façon rapide et efficace les poussées d'eczéma quand elles surviennent. Toutes ces mesures conduisent à la diminution du prurit et soulagent beaucoup les personnes atteintes.

Prévenir les poussées d'eczéma :

- **Hydratation de la peau.** Une bonne hydratation de la peau est la base du traitement préventif de la dermatite atopique et doit être poursuivie même lorsque les lésions d'eczéma ont diminué ou disparu. L'hydratation se fait grâce à des crèmes émoullientes appliquées sur la peau aussi souvent que nécessaire. Des bains dans une eau pas trop chaude pendant au maximum 20 minutes ou des douches permettent d'humidifier la peau. Des huiles de bains émoullientes peuvent également être utilisées. Pour le séchage, il faudra éviter de frotter la peau, mais plutôt la tamponner afin de garder toute l'humidité, puis rapidement l'enduire d'un corps gras (dans les 3 minutes suivant la sortie de l'eau).

- **Eviter les irritants.** Les irritants doivent également être évités en portant attention aux lessives utilisées sans utiliser d'adoucissants, et aux habits qui seront de préférence en coton. Il ne faut surtout pas utiliser des savons agressifs pour la peau, car ils aggravent l'irritation et la sécheresse cutanée.

Grands principes du traitement de la dermatite atopique

Prévenir les poussées d'eczéma

- Hydratation de la peau
- Eviction allergénique (alimentation, acariens,...)
- Eviter les irritants pour la peau

Traiter précocement et efficacement les poussées

- Corticoïdes topiques
- Antistaphylococciques en crème

- **Suppression des allergènes.** Ces mesures peuvent être utiles lorsque la responsabilité des allergènes a été formellement prouvée, ce qui est rarement le cas. Lorsqu'une allergie alimentaire a été formellement identifiée, un régime d'éviction sera suivi. Des conseils alimentaires doivent être donnés précisément aux parents, avec l'aide de la diététicienne, si nécessaire. Il est très important d'éviter des régimes d'exclusion trop stricts et veiller à ne pas induire de carence alimentaire, pouvant nuire à la croissance et au développement de l'enfant. L'éviction des pneumallergènes d'intérieur (poils d'animaux et acariens) est nécessaire surtout pour prévenir le développement ultérieur d'allergie respiratoire. Pour les acariens, l'acquisition d'une housse pour matelas anti-acariens ainsi que le contrôle de la température et de l'humidité (un milieu chaud et humide favorise la croissance des acariens) sont les mesures les plus efficaces.

Traiter les poussées d'eczéma :

- **Traiter l'inflammation par des corticoïdes topiques.** Les corticoïdes en application externe sont les médicaments les plus efficaces pour contrôler les poussées aiguës d'eczéma. La crainte des effets indésirables des corticoïdes topiques n'est pas fondée, s'ils sont correctement utilisés. Ceux-ci ont été classés selon leur pouvoir anti-inflammatoire de la classe 1 (activité faible) à la classe 4 (activité très forte), ce qui permet de choisir la substance appropriée. Pour la même substance, la pommade a un pouvoir occlusif plus élevé et est donc plus puissante que la crème. Sur le visage, il faudrait de préférence n'appliquer que des topiques de classe 1 ou 2, car la peau est plus sensible et particulièrement exposée à des complications. La région fessière chez l'enfant est également une



cas de dermatite atopique chez l'enfant



zone à risque. L'application se fait initialement une fois par jour pendant quelques jours, puis il faut espacer progressivement le rythme des applications. Il ne faut pas arrêter d'un coup l'application, mais plutôt sevrer progressivement pour éviter une récurrence précoce des lésions aiguës.

D'autres traitements locaux anti-inflammatoire ne contenant pas de corticoïdes sont maintenant commercialisés (pimecrolimus et tacrolimus topiques). Il s'agit de crèmes qui paraissent aussi efficaces que les corticoïdes topiques, et il semble y avoir peu d'effets secondaires, notamment après des applications prolongées sur de longues périodes de temps; leur coût est cependant plus élevé. Ces crèmes sont donc à réserver pour des situations particulières, au cas où le traitement conventionnel par des émoullients et des corticostéroïdes topiques ne serait pas assez efficace, ou s'il survenait des effets secondaires de ces traitements.

- **Traiter la surinfection au staphylocoque doré.** En raison de l'importance de la colonisation de la peau par du staphylocoque doré et de son rôle potentiel dans l'exacerbation des lésions d'eczéma, un traitement antibiotique en crème est souvent indiqué. Les antibiotiques par voie orale peuvent également être utilisés en cas d'infection plus sévère.

- **De nouveaux traitements pour les formes sévères.**

La recherche progresse en ce qui concerne la compréhension de la maladie, ce qui permet le développement de nouveaux traitements plus ciblés sur la réaction inflammatoire anormale constatée dans la dermatite atopique. Administrés par injection sous cutanée ou par voie orale, ils sont pour l'instant réservés aux formes sévères de l'adulte mais leur utilisation sera probablement étendue à l'enfant dans l'avenir.

- **L'éducation thérapeutique pour améliorer la prise en charge.**

Il est souvent difficile pour les parents et les enfants atteints de comprendre la maladie, d'accepter son caractère chronique et de bien utiliser les traitements locaux. L'éducation thérapeutique est une approche nouvelle qui permet d'améliorer l'efficacité du traitement. Elle se fait d'abord au cabinet du pédiatre et du dermatologue qui vont expliquer à l'enfant et aux parents ce qu'est la dermatite atopique, comment reconnaître une poussée et la traiter. L'éducation thérapeutique peut parfois faire appel à des structures spécialisées, souvent en milieu hospitalier qu'on appelle école de l'atopie.

L'URTICAIRE

QU'EST-CE QUE L'URTICAIRE?

67

L'urticaire est une allergie cutanée qui correspond à la libération d'une substance, l'histamine, dans la peau. L'histamine libérée provoque un prurit intense ainsi qu'une rougeur superficielle cutanée. Il y a différentes causes à la libération d'histamine dans la peau: des causes allergiques et médicamenteuses, des causes physiques, des causes alimentaires, et des causes internes. Ces causes sont globalement similaires aux causes de l'angio-œdème, et ces deux formes d'allergies sont parfois associées. Dans la majorité des cas, l'urticaire guérit spontanément en quelques semaines et il n'y a pas forcément besoin de faire des examens de laboratoire. S'il y a toujours l'apparition de nouvelles lésions après 6 semaines, on parle d'urticaire chronique, et quelques examens sont parfois nécessaires pour en déterminer la cause.

QUELLES SONT LES CAUSES DE L'URTICAIRE?

L'urticaire peut être d'origine allergique ou médicamenteuse et nécessite alors des investigations spécialisées allergologiques (traité au chapitre des allergies aiguës, angio-œdème). En plus, on distingue d'autres formes d'urticaire:

- **Urticaire d'origine physique.** Différents facteurs physiques peuvent provoquer des lésions d'urticaire: le froid, la chaleur, l'eau, la pression. Une forme particulière est ce qu'on appelle le dermatographe: apparition de lésions d'urticaire une à deux minutes sur l'endroit où la peau a été frottée.
- **Urticaire à l'effort, ou urticaire cholinergique.** Apparition de petites lésions d'urticaire très prurigineuses après l'effort, le stress ou la chaleur.
- **Urticaire de causes internes.** Certaines infections parasitaires, certaines maladies de la thyroïde ou des maladies auto-immunes peuvent se manifester par de l'urticaire. Dans ce cas là, l'urticaire est plutôt chronique.
- **Urticaire de contact.** Certaines substances allergisantes (par exemple le latex) peuvent provoquer directement des lésions d'urticaire sur le site de contact.
- **Urticaire chronique idiopathique.** Ce type d'urticaire est très fréquent, représentant environ trois quart des patients présentant ce symptôme. Idiopathique signifie que l'on ne décèle pas de cause interne ou externe à l'urticaire, qui peut durer longtemps. La plupart des cas régressent spontanément en 2 ans, mais les symptômes peuvent persister pendant 10 ans ou plus chez environ 20% des patients.

SYMPTÔMES

Signes cliniques de l'urticaire

- Prurit important
- Plaques rouges sur la peau, parfois indurées, durant moins de 24 heures et disparaissant sans cicatrices
- Apparition successive de nouvelles lésions transitoires pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines

QUEL EST LE TRAITEMENT DE L'URTICAIRE?

Lorsqu'une cause allergique ou alimentaire est déterminée, ce qui n'est pas toujours le cas, l'éviction de l'allergène ou de l'aliment incriminé permet d'éviter les récurrences. Le principal traitement, c'est de bloquer l'effet de l'histamine en prenant des médicaments appelés antihistaminiques. Il y a de nombreux types d'antihistaminiques, mais ces médicaments sont sans effets secondaires et peuvent être pris pendant plusieurs semaines sans problème. Dans certains cas, et surtout pour les antihistaminiques les plus anciens, ils peuvent induire une somnolence et dans ce cas il vaut mieux les prendre le soir et éviter de conduire. Pour les formes chroniques résistantes aux antihistaminiques, de nouveaux traitements agissant plus directement sur le système immunitaire sont parfois utilisés. ■

2. QUESTIONS À PROPOS DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Réponses du Pr Peter Schmid-Grendelmeier

Service allergologie de la clinique dermatologique USZ de Zurich

QU'EST-CE QUE LA DERMATITE ATOPIQUE ?

La dermatite atopique fait partie des maladies de peau les plus fréquentes. Il s'agit d'une affection chronique qui évolue souvent par poussées. Dans le cas d'une dermatite atopique, la peau est enflammée et perd sa fonction protectrice naturelle, de sorte qu'elle n'est plus suffisamment armée contre les influences extérieures. Les inflammations permettent aux germes et aux substances irritantes de pénétrer dans la peau, ce qui peut parfois entraîner des infections graves.

QUELLES SONT LES PERSONNES LES PLUS FRÉQUEMMENT TOUCHÉES ?

En Suisse, 5 à 15 pourcent des personnes souffrent de dermatite atopique, dont les enfants, les enfants en bas âge et les bébés. Dans de nombreux cas, les symptômes s'atténuent ou disparaissent complètement au fil des années. La dermatite atopique (DA) est donc moins fréquente chez l'adulte (moins de 6 pourcent). Les personnes plus âgées atteintes de dermatite atopique souffrent généralement de cette maladie depuis l'enfance.

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS DEGRÉS LA MALADIE ?

On divise la DA en quatre degrés de gravité, de légère à modérée, jusqu'à moyennement sévère et sévère. Le degré de gravité dépend de l'étendue, de l'atteinte cutanée (rougeur, épaissement de la peau) ainsi que des démangeaisons et de l'inconfort pendant le sommeil.

COMMENT LA QUALITÉ DE VIE EST-ELLE AFFECTÉE ?

Outre les symptômes cutanés, qui peuvent être très handicapants, surtout au niveau du visage et des mains, les patients sont principalement gênés par des démangeaisons atroces et un sommeil souvent perturbé. La peau très sensible, souvent source de tiraillements ou de douleurs, et les éventuelles restrictions alimentaires et sportives peuvent également s'avérer pénibles.

QUELLES PEUVENT ÊTRE LES CAUSES DE LA DERMATITE ATOPIQUE ?

Les études ont montré que les prédispositions héréditaires jouent un rôle important. Si vous souffrez de dermatite atopique, il y a peut-être aussi d'autres personnes tou-

chées dans votre famille. Les enfants dont les deux parents sont atteints de dermatite atopique ont le plus grand risque de développer la maladie. La science part du principe que différents gènes situés sur différents chromosomes sont responsables de la prédisposition d'une personne à développer une dermatite atopique. Néanmoins, la dermatite atopique n'est pas une maladie héréditaire au sens typique du terme, car elle peut aussi survenir d'elle-même.

Chez de nombreux patients, un gène dont la modification fait qu'il inhibe la production d'une certaine protéine (albumen) et joue un rôle spécifique. Cette protéine, appelée filaggrine, participe à la kératinisation de la peau et régule la composition des lipides cutanés. Lorsque le corps ne produit pas suffisamment de filaggrine, la peau n'est pas assez hydratée et se dessèche.



La cause exacte de l'eczéma atopique demeure inconnue mais il existe de nombreux facteurs susceptibles de déclencher et de favoriser la dermatite atopique. Les facteurs qui vous concernent, si vous ou l'un de vos proches êtes touchés, peuvent être extrêmement différents. Les facteurs les plus courants sont les suivants :

- le contact avec de la laine ou d'autres textiles irritants pour la peau
- des lavages trop fréquents au savon ou le contact avec des détergents
- certains aliments auxquels l'organisme est sensible
- la chaleur, la moiteur, le froid ou d'autres conditions de température et d'humidité
- le stress psychologique

QUEL RÔLE LE MICROBIOME ET LE STAPHYLOCOQUE DORÉ JOUENT-ILS DANS LA MALADIE ? COMMENT PEUT-ON SOUTENIR SON MICROBIOME ?

Le rôle du microbiome de la peau et, le cas échéant, de l'intestin est de plus en plus reconnu comme étant un facteur important du déclenchement de la DA. Ainsi, une prédominance du staphylocoque doré est souvent liée à une crise de DA. En soutenant les bactéries qui ont une influence positive sur la peau et qui agissent contre le staphylocoque doré, une amélioration de l'eczéma est possible.

QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ÉTENDUE DE LA MALADIE ?

Il existe plusieurs traitements efficaces pour soulager l'eczéma atopique. On dispose de différentes options thérapeutiques, y compris des médicaments. Le choix dépend du degré d'intensité de la maladie et de votre situation individuelle. Un seul remède n'est généralement pas suffisant pour soulager une dermatite atopique.

Pour le traitement de votre dermatite atopique, nous distinguons deux types de thérapies fondamentales :

- le traitement externe (avec des pommades, crèmes, rayons UV)
- le traitement interne (avec des médicaments)

En cas de poussées légères à modérées, un traitement externe est généralement suffisant; nous choisissons principalement le traitement interne, également appelé thérapie systémique, en cas d'évolution plus grave.

Le fondement de tout traitement de la dermatite atopique repose sur la thérapie de base avec des mesures relipidantes. L'application régulière de soins cutanés adaptés (lotions, crèmes, etc.), associée à un nettoyage adéquat de la peau, permet de soulager les symptômes comme les démangeaisons et de renforcer la barrière cutanée, souvent de manière durable.

- Les traitements classiques à base de substances avec ou sans cortisone ou avec les médicaments les plus récents comme les inhibiteurs de la calcineurine ou les immunomodulateurs. En outre, il est désormais possible, dans certains cas, d'utiliser des biomédicaments, qui éliminent très efficacement certains transmetteurs de l'inflammation.
- Les thérapies à la lumière ultraviolette (UV-A, UV-B, y compris narrow band, UV-A1). La clinique dermatologique de l'hôpital universitaire de Zurich propose également une méthode appelée traitement au drap. Celui-ci consiste à envelopper les personnes concernées dans des draps pendant environ une heure après avoir appliqué des pommades. Cette technique augmente fortement l'efficacité des crèmes appliquées.
- L'utilisation de sous-vêtements spéciaux qui soulagent les démangeaisons et ont une action antibactérienne.
- Les patients particulièrement atteints peuvent se tourner vers des médicaments à action interne (comprimés, injections). Ces dernières années, de nouveaux médicaments très efficaces ont été lancés, qui peuvent également s'avérer très utiles en cas de DA aiguë.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS ?

Le traitement local est facile à doser et ne présente quasiment aucun effet indésirable, mais il est assez chronophage. Le traitement par voie orale est très efficace mais il doit être utilisé de manière très ciblée en raison de ses effets secondaires et de son coût élevé.

À QUOI FAUT-IL FAIRE ATTENTION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE QUOTIDIENNE ?

En cas de dermatite atopique, la peau a tendance à s'assécher et à se fissurer. Cela perturbe sa fonction protectrice et favorise les démangeaisons. Le traitement de base d'une dermatite atopique repose sur des soins cutanés quotidiens avec des agents relipidants et hydratants. En cas de dermatite atopique, il est donc essentiel de préserver la **peau** du dessèchement. Cela permet de lutter contre les démangeaisons et de prévenir l'épaississement de la peau. En outre, des soins cutanés appropriés réduisent la fréquence des poussées et le besoin d'avoir recours aux **corticoïdes**.

Il est recommandé de respecter les points suivants :

- appliquer le traitement au moins deux fois par jour ou plus en cas de besoin,
- l'utiliser en quantité généreuse,
- l'appliquer avec des mains propres et en effectuant de légers mouvements d'effleurage dans le sens de la pousse du poil pour éviter toute inflammation de la racine pileuse.

Pour les produits conditionnés en pot ouvert, il est recommandé de les prélever à l'aide d'une spatule ou d'une cuillère propre afin d'éviter l'accumulation de bactéries.

Recommandations pour la douche ou le bain :

- utiliser de l'eau chaude mais pas brûlante. L'eau chaude peut favoriser les démangeaisons et irriter la peau.
- Ne pas prendre de douche ou de bain pendant plus de 5 à 10 minutes.
- Appliquer ensuite une crème sur la peau afin d'éviter que l'humidité absorbée ne s'évapore de nouveau. Les soins qui suivent sont particulièrement importants.

Il est souvent recommandé d'utiliser des produits nettoyants au pH faible et sans substances irritantes ou parfumées. ■

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

N°1 DES RECOMMANDATIONS
DES DERMATOLOGUES SUISSES*

NOUVEAU DISPOSITIF MÉDICAL

LIPIKAR ECZEMA MED

EFFICACITÉ ULTIME CONTRE
L'ECZÉMA DÈS 3 JOURS**
[ENDOBIOMA]



APRÈS 3 JOURS



**MICROBIOME
SCIENCE**

3. ALLERGIE AU SOLEIL

Dr Emmanuel Laffitte
Clinique de Dermatologie, HUG, Genève

DE QUOI S'AGIT-IL?

L'allergie au soleil, ou photosensibilité, correspond à une réaction anormale de la peau aux rayons solaires, le plus souvent aux rayons ultraviolets. Il est important de distinguer des causes dites exogènes et des causes dites endogènes.

Les causes exogènes correspondent à une photosensibilité provoquée par une substance qui, lorsqu'elle est en contact avec les rayons ultraviolets, devient toxique pour la peau ou crée une allergie cutanée. Il peut s'agir d'une substance appliquée sur la peau, par exemple le jus de certains fruits ou légumes (citron vert, mangue, céleri, artichaut), de certains cosmétiques (parfums, baume du Pérou) ou de crèmes anti-inflammatoires. Il peut s'agir également de substances prises par voie interne, qui, arrivant par le sang au niveau de la peau, subissent une transformation chimique médiée par les rayons ultraviolets. Les produits réactifs deviennent alors toxiques ou allergisants pour la peau, et la réaction a lieu sur les zones de peau exposées au soleil. Les principaux agents dits «photosensibilisants» correspondent à différentes classes de médicaments : certains antibiotiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, diurétiques, certains sédatifs et antiépileptiques.

Les causes endogènes correspondent à des réactions de photosensibilité sans que l'on ne trouve de cause exogène, ou bien à des maladies de peau qui sont aggravées par l'exposition au soleil. On peut distinguer ce qu'on appelle les lucites, qui correspondent à une sorte d'eczéma déclenché par l'exposition solaire, l'urticaire solaire qui correspond à une réaction urticarienne apparaissant après l'exposition solaire.

Il existe de nombreuses autres causes, par exemple certaines maladies génétiques, certaines maladies auto-immunes ou certaines maladies hépatiques qui peuvent provoquer une photosensibilité.





QUELS SONT LES SIGNES DE L'ALLERGIE AU SOLEIL :

Il peut s'agir d'une réaction prurigineuse ressemblant à de l'eczéma, parfois à de l'urticaire, ou bien dans les cas sévères une réaction intense ressemblant à un coup de soleil avec érythème (rougeur) et parfois formation de bulles (cloques). Les zones atteintes sont celles exposées à la lumière du soleil, à savoir le visage (sans atteinte de la peau sous le menton en général), et en fonction de l'habillement le décolleté, le dos des mains et les bras, parfois les jambes.

Dans le cas des lucites, les formes bénignes les plus fréquentes correspondent à une rougeur avec des démangeaisons apparaissant lors des premières expositions solaires et disparaissant progressivement avec le bronzage.

QUELS EXAMENS FAIRE EN CAS D'ALLERGIE AU SOLEIL :

En cas de réaction anormale au soleil, il faut consulter son médecin traitant ou un dermatologue pour vérifier l'absence d'une cause exogène, que ce soit une substance appliquée sur la peau ou un médicament pris par voie interne, et éventuellement rechercher une origine interne.

COMMENT TRAITER L'ALLERGIE AU SOLEIL

Le traitement est préventif avant tout : ne pas appliquer de substance à risque sur la peau avant l'exposition au soleil (en particulier pas de parfums, de cosmétiques, de crème anti-inflammatoire), et éviter une exposition solaire en cas de prise de médicament photosensibilisant (à vérifier auprès de son médecin).

En cas de lucite, une exposition très progressive au soleil avec l'utilisation d'écrans solaires peut parfois prévenir son apparition. Dans certains cas, une désensibilisation au soleil peut parfois être tentée sous contrôle dermatologique. ■

4. ALLERGIES DE CONTACT AUX PARFUMS ET COSMÉTIQUES

Prof. Peter Schmid-Grendelmeier

Chef du Service d'Allergie, Clinique dermatologique, Hôpital Universitaire de Zürich

Membre du directoire du Christine-Kühne Center for Allergy Research and Education and Research Davos (CK-CARE)

ALLERGIES DE CONTACT AUX PARFUMS ET COSMÉTIQUES : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les eczémas de contact sont – au même titre que les allergies des voies respiratoires et des allergies alimentaires – des pathologies très fréquentes déclenchées par des réactions allergiques. Ces eczémas sont provoqués par un contact direct de la peau avec des substances; jusqu'à 7% de la population sont concernés. Les symptômes peuvent être les suivants: une peau sèche, rougie ou desquamée et des démangeaisons. Si le contact avec l'allergène se prolonge, des vésicules, des nodules et des lésions cutanées douloureuses peuvent survenir.



Eczéma du visage suite à une allergie de contact au parfum de l'after-shave

Les symptômes sont généralement limités au point de contact entre la peau et la substance allergène. Dans les cas graves, il peut y avoir exceptionnellement un effet de diffusion et l'eczéma peut toucher d'autres endroits. Il n'est pas rare de voir certains parfums provoquer des allergies de contact sur les paupières.

De telles réactions peuvent être déclenchées par des substances les plus diverses. Il s'agit très souvent de métaux comme le nickel contenu dans les bijoux fantaisie ou du chlorure de cobalt (traitement du cuir). A côté de cela, des substances professionnelles comme le ciment (chromate) sont aussi des allergènes potentiels. Même des substances végétales naturelles peuvent déclencher de telles réactions. Les lessives et détergents contiennent souvent des parfums pouvant être à l'origine d'allergies. Les substances qui causent les allergies de contact sont généralement très petites (poids moléculaire < 500 daltons), c'est-à-dire significativement plus petites que les protéines allergènes comme dans le cas des allergies au pollen ou les allergies alimentaires. Ces substances ne se transforment souvent en allergène qu'en se liant aux protéines et sont également désignées comme haptènes. Certains parfums sont la cause de l'allergie de contact la plus fréquente après le nickel: de tels parfums figurent aujourd'hui parmi les 5 principales sources d'allergies de contact. Dans une étude récente, le parfum hydroxyisohexyl 3-cyclohexène carboxaldéhydes a été identifié comme un sensibilisant important. Les allergies de contact aux parfums contenus dans les désinfectants ont également été de plus en plus détectées - sans aucun doute une conséquence des mesures d'hygiène résultant de la pandémie de

Covid-19. Plus de cent mille personnes en Suisse sont allergiques à ces substances parfumées. Les allergies au parfum connaissent aussi une progression fulgurante ces dernières années. Dans la région des paupières notamment, une part non négligeable est causée par des allergies de contact aux parfums.

Les allergies au parfum se sont démultipliées essentiellement chez les enfants et adolescents depuis que l'industrie cosmétique cible également les enfants et que les parfums rencontrent un franc succès auprès des adolescents. Or, certaines crèmes solaires, bains moussants et parfois même certains aliments contiennent également des parfums pouvant déclencher ce genre d'allergies de contact notamment chez les enfants. Jusqu'à 13 % des adolescents sont aujourd'hui concernés par une allergie au parfum. Le développement de telles allergies au parfum par des enfants connaît une expansion rapide également sur d'autres continents, comme le révèle une enquête effectuée récemment au Brésil. D'autres allergies de contact au groupe des méthylisothiazolinones (MI) représentent également un problème toujours plus important. La MI a été longtemps employée en association avec le conservateur méthylchloroisothiazolinone (MCI). Au vu de son potentiel allergène connu, la MCI est toutefois nettement moins utilisée aujourd'hui. La MI remplit en revanche la fonction d'agent conservateur dans toute une gamme de produits de consommation, de cosmétiques et de nombreux produits de soins pour la peau. La sensibilisation s'effectue surtout par le biais des cosmétiques et moins par d'autres produits.

En plus de jouer un rôle important dans le déclenchement d'allergies de contact, MCI/MI ont aussi des propriétés d'allergènes aériens. Ces substances sont présentes notamment dans une large variété de crèmes pour la peau et le corps, de shampoings et d'autres soins pour les cheveux, de savons, de lotions solaires, de gels de douche et de bains moussants. Certains produits ménagers présentent également ces caractéristiques, dont notamment les adoucissants, les produits-vaisselle, les liquides de nettoyage, les peintures à l'eau, les peintures murales hydrosolubles (dispersion) ainsi que les produits lustrants et d'entretien du bois. La fréquence des allergies de contact à la combinaison MI/ MCI étant en nette recrudescence, il serait judicieux de procéder à une déclaration obligatoire étendue sur leur mode d'apparition.

L'ALLERGIE DE CONTACT : QUE SE PASSE-T-IL ?

En cas de contact correspondant, la peau présente une réaction allergique transmise par les cellules du système immunitaire (lymphocytes T). En l'espace de quelques heures à quelques jours apparaissent rougeurs, petites cloques qui chatouillent, démangeaisons et gonflement au point de contact. En cas de contact prolongé, la

peau peut aussi se desquamer et devenir irrégulière. Si le contact en cause est interrompu, les désagréments disparaissent généralement en quelques heures ou quelques jours. Si le contact a été prolongé, il se peut que l'eczéma persiste quelque temps même après la suppression du contact. Dans certains cas, une infection purulente peut aussi se déclarer comme on en observe assez régulièrement avec les boucles d'oreille chez les personnes allergiques au nickel.

Principaux allergènes de contact par ordre d'importance

- Nickel
- Fragrances-Mix
- Baume du Pérou
 - Thiomersal
- Paraphénylènediamine
 - Cobalt
- Bichromate de potassium
 - Colophane
 - Thiuram-Mix
- Chlorure mercurique
- Sulfate de néomycine
- Paraben-Mix

Une allergie de contact avérée ne peut être éradiquée par un traitement, mais persiste pendant de nombreuses années. S'il est possible d'éviter le contact avec l'allergène, l'eczéma peut cependant se manifester. En principe, les personnes ne sont allergiques qu'à un seul produit chimique à la fois.

L'allergie est spécifique à l'antigène, mais il peut y avoir une sensibilité croisée: ainsi, un patient peut réagir à une substance chimique similaire par un eczéma, même si cette dernière se trouve dans un produit totalement différent. Un patient peut de ce fait être sensibilisé à un agent colorant noir présent dans une préparation de teinture pour cheveux (p-phénylènediamine), et l'eczéma peut par la suite flamber en raison de la structure apparentée de l'acide p-aminobenzoïque contenue dans une crème solaire. Avec les allergies de contact au parfum et produits cosmétiques, ces symptômes peuvent rester très discrets au début et se traduire par de simples rougeurs légères et une démangeaison.

Mais, si l'allergie de contact est plus virulente, le patient peut présenter en quelques heures seulement des rougeurs massives, gonflements et suintements.

Les parfums allergènes tels que l'aldéhyde de cannelle, l'isoeugénol du baume du Pérou ou l'essence de térébenthine se retrouvent aujourd'hui dans de nombreux cosmétiques et produits d'hygiène corporelle. De plus, les cosmétiques et produits pour cheveux tels que les colorations capillaires ou shampoings peuvent contenir des substances allergènes. Il convient de faire la distinction ici entre les substances qui restent sur la peau (produits «leave-on»), ex. crèmes et lotions, et les produits à rincer comme les gels douche ou les shampoings (produits rince-off).

Les personnes souffrant d'une allergie au parfum ou à la peau très sensible n'ont pas la vie facile. Une enquête de la revue «Öko-Test» a révélé par exemple que 22 des 25 parfums de marque testés contenaient au moins un parfum allergène. De plus, la présence de parfum peut aussi être observée dans des aliments, des boissons et le tabac. Même le papier toilette est parfois «enrichi» de telles substances parfumées.

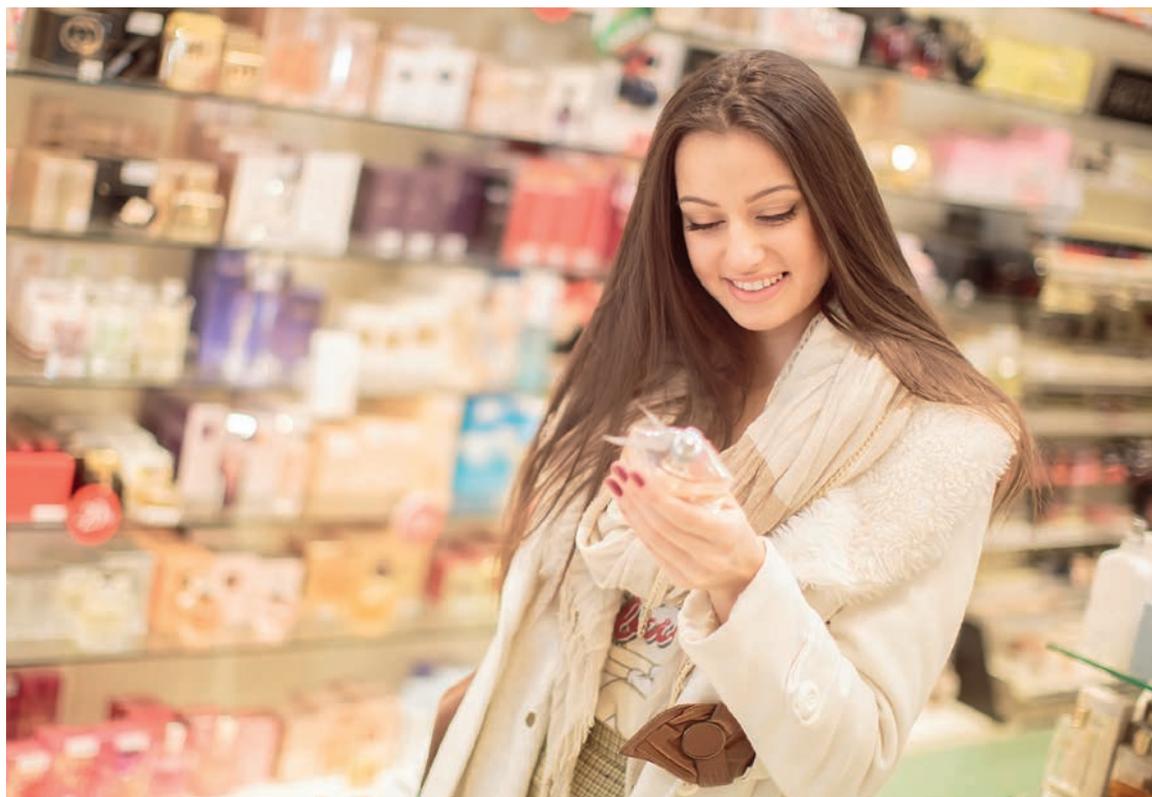
Depuis le 1^{er} juillet 2004, 26 parfums allergènes doivent être déclarés sur les emballages de cosmétiques dans l'UE. 18 ingrédients parfumés sont des composants naturels de nombreuses huiles essentielles mais sont aussi produits artificiellement pour des mélanges parfumés conventionnels.

Il s'agit des composants suivants :

linalol, limonène, farnesol, citronellol, cinnamate de benzyle, benzoate de benzyle, alcool anisique, isoeugéno^{*}, géraniol, eugéno^{*}, coumarine, citral, cinnamal^{*}, alcool cinamylique^{*}, salicylate de benzyle, alcool de benzyle, extrait de mousse de chêne^{*}, extrait de mousse d'arbre^{*}.

Huit de ces substances ne peuvent être que synthétiques, c'est-à-dire produites par un procédé pétrochimique : Amylcinnamal, hydroxycitronellal^{*}, alcool amylocinnamylique, 4- (4-Hydroxy-4-méthylpentyl) -3-cyclohexancarboxaldehyd^{*}, 2- (4-tert-Butylbenzyl) propionaldehyd, hexyl-aldéhyde de cannelle, Methylheptin-carbonat (2-octine carbonate de méthyle), 3-Methyl-4- (2,6,6-trimethyl-2-cyclohexen-1-yl) -3-buten-2-on.

(*considérés comme allergènes particulièrement fréquents par les allergologues.)



Naturellement, la concentration de ces substances joue aussi un rôle dans le déclenchement des allergies. Il est possible de se procurer en Suisse des produits portant le label de qualité du SAS (Service allergie suisse; www.service-allergie-suisse.ch). Ils sont de plus en plus nombreux sur le marché. Les cosmétiques et produits de soins corporels en question sont exempts des parfums cités plus haut.

En outre, les patients atteints de névrodermite qui survient souvent en cas de tendance atopique sont particulièrement menacés car les substances odoriférantes irritent la peau ou déclenchent des allergies. Ils doivent donc utiliser des produits de soin des cheveux appropriés. La peau des patients atteints de névrodermite a tendance à être irritée et sèche et est souvent très sensible aux substances irritantes comme le savon ou les désinfectants et surtout aux substances odoriférantes et conservatrices qui y sont ajoutées. Jusqu'à 8 % de la population totale et 15 % des enfants souffrent de névrodermite.

COMMENT SAVOIR SI JE SOUFFRE D'ALLERGIE DE CONTACT AUX PARFUMS / COSMÉTIQUES ?



Test positif à la Paraphénylènediamine

Tout d'abord, l'observation des symptômes correspondants tels que les rougeurs, les démangeaisons, la formation de petites cloques sur la zone du corps concernée par l'application de parfums ou cosmétiques est un indice important pour le diagnostic d'une allergie de contact au parfum. C'est surtout quand de tels changements se produisent de façon répétée lors de l'utilisation du produit d'hygiène qu'il faut penser à une allergie de contact.



Les patch test sont collés sur le dos pour diagnostiquer une allergie retardée (test épicutané)

Pour confirmer une allergie au parfum, il est nécessaire de subir un test épicutané ou patch test. Durant ce test, les substances correspondantes sont appliquées en petites quantités sur la peau pendant 24 à 48 heures à l'aide d'un patch collé dans le dos. En cas de tendance allergique à la substance testée, un léger eczéma de manifestation diverse mais souvent clairement visible apparaît sous ce patch. Ces réactions augmentent encore pendant 24 heures après le retrait du patch. Pour

évaluer correctement ce test, il faut donc prévoir une visite médicale lors du placement du patch et une autre au bout de 2-4 jours, voire une semaine. Ces tests épicutanés peuvent être effectués avec des séries de tests standardisées comme la série de parfums, la série de produits pour les cheveux, etc. À côté de cela, il est aussi possible de tester en même temps les produits d'hygiène du corps et les parfums utilisés par le patient. Si un tel test se révèle positif, un document d'allergie correspondant et des informations sur la présence de la substance incriminée sont remis au patient.

Comme la déclaration de la présence de tels cosmétiques et substances odoriférantes ne suffit pas toujours, les patients peuvent aussi évaluer leur tolérance à l'aide de tests Use ou de sommation (ROAT test: REepated = test d'application ouverte répétée). Pour ce faire, la substance incriminée est appliquée pendant 3 jours consécutifs au même endroit, idéalement marqué (ex. à l'intérieur de l'avant-bras ou dans le coude). Si un eczéma apparaît à cet endroit, la probabilité d'une allergie de contact correspondante à cette substance est très forte. Mais, si la substance est bien tolérée, il n'y a pas d'allergie de contact du moins au début de l'application.

COMMENT TRAITER UNE ALLERGIE DE CONTACT?

Le traitement consiste tout d'abord à éviter les substances incriminées. C'est pourquoi une déclaration des allergènes est très importante pour pouvoir éviter à l'avenir les produits contenant ces substances. Idéalement, il convient d'éviter les substances potentiellement allergènes dans les cosmétiques et produits de soin du corps et d'hygiène et au moins de les déclarer correctement. En cas d'eczéma de contact aigu avec un allergène inconnu, l'application de mesures apaisantes comme des compresses de sachets de thé tièdes est nécessaire. Dans les cas plus virulents, l'application de substances anti-inflammatoires telles que des crèmes locales à base de cortisone est utile. Dans les cas les plus graves, le traitement aigu passe par l'administration occasionnelle de cortisone en usage interne. Ce traitement peut toutefois être suspendu au bout de quelques jours après la suppression de la substance en cause car l'absence de l'allergène devrait aboutir à la guérison.

En cas d'exposition professionnelle aux cosmétiques, le contact avec ces substances doit être strictement évité. Cela nécessite, par exemple, le port de gants voire la réorientation professionnelle lorsqu'il n'est pas possible d'éviter suffisamment ces substances – par exemple dans le cas de coiffeurs ou dans le secteur des cosmétiques. La suspension du contact avec les substances correspondantes aboutit toujours à la guérison de l'eczéma de contact au bout d'un certain temps.

Des substances odoriférantes peuvent être utilisées dans les :

- parfums, produits d'hygiène corporelle (shampooings, savons, etc.), produits cosmétiques, médicaments à usage externe (pommades, crèmes)

Plus rarement aussi dans les :

- tabacs, aliments et boissons, papiers toilette et lingettes humides, lingettes en papier imprégnées

Mais il est important de veiller à ce que cet eczéma ne se transforme pas en allergie. C'est pourquoi les produits cosmétiques ne devraient contenir aucune substance allergène, si possible. Idéalement, il faut éviter ou au moins déclarer les substances potentiellement allergènes. Dans tous les autres cas, il ne reste au patient atteint d'allergie au parfum que la possibilité de passer un test d'allergie involontaire sur son propre corps: il est obligé d'essayer un nouveau produit au petit bonheur la chance en espérant qu'il ne contienne pas de substances allergènes. Mais s'il n'a pas de chance et que le produit contient ce genre de substances, il y aura comme résultat désagréable, une nouvelle poussée d'eczéma.

Afin d'éviter autant que possible ces essais empiriques extrêmement désagréables, une déclaration correspondante des allergènes de contact éventuels est très importante. A ce niveau, les éventuels labels de qualité tels que le label «*aha!*» (www.service-allergie-suisse.ch) qui a très largement fait ses preuves peuvent être une aide précieuse pour les patients. D'une part, ces cosmétiques certifiés ne peuvent contenir aucune des 26 substances odoriférantes potentiellement allergènes. D'autre part, les autres ingrédients pouvant déclencher une allergie doivent être déclarés en détail.

Heureusement, le nombre de produits certifiés ne cesse d'augmenter: ainsi quelque 115 produits cosmétiques et 10 produits de lavage et de nettoyage certifiés de divers fournisseurs seront disponibles au printemps 2019. ■



5. ALLERGIE DE CONTACT AUX CONSERVATEURS : DE L'INDUSTRIE À LA COSMÉTIQUE

Dr Philipp Spring

Centre médical d'Épalinges et service de dermatologie du CHUV, Lausanne

INTRODUCTION

Les conservateurs sont, avec les mélanges de parfums, les agents allergènes les plus fréquemment responsables d'eczéma de contact allergique après application d'un produit à usage externe. Ils se trouvent non seulement dans l'industrie (liquides de refroidissement, produits de nettoyage), mais surtout dans les gammes cosmétiques. Certaines substances ont été prises sous la loupe par les instances médicales, étant donné leur profil allergénisant qui s'est révélé ces dernières années.

QU'EST-CE-QU'UN AGENT CONSERVATEUR ?

C'est une molécule qui est ajoutée à un produit, soit industriel, soit cosmétique afin d'empêcher la dégradation naturelle (physique et chimique) de ce dernier. Certains conservateurs ont aussi des propriétés antimicrobiennes (antibactériennes, antifongiques). D'autres sont de véritables antioxydants. Ils sont aussi présents dans les médicaments et les aliments. Certains sont trouvés à l'état naturel dans des fruits ou des plantes.

QUE SE PASSE-T-IL DANS L'ALLERGIE AUX CONSERVATEURS ?

L'application de ces substances chimiques sur la peau occasionne une « sensibilisation ». Le système immunitaire cutané considère cette molécule comme un agresseur externe et se conditionne progressivement contre lui. Cette substance est alors appelée « allergène ». Dans le cas des conservateurs, la réponse immunologique est cellulaire, donc de type retard, avec une multiplication clonale de lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques. C'est le même cas de figure comme dans l'allergie au Nickel. Par la suite, une concentration de plus en plus faible d'allergène occasionne une inflammation cutanée de plus en plus forte : c'est l'eczéma de contact allergique. Il n'est pas mortel comme un choc anaphylactique qui est une réaction immédiate. Néanmoins, il est invalidant. Il touchera préférentiellement les mains, la région du visage et du décolleté (produits industriels, crèmes) ou encore les oreilles et le scalp (sprays, laques et shampoings).

Le risque de développer une « sensibilisation » au produit, et donc par conséquent une allergie corrèle avec la fréquence d'application de ce dernier. Le consommateur



est d'autant plus exposé que la substance est ubiquitaire. La littérature scientifique a établi de ce fait un quotient (SEQ= sensitization exposure quotient). Plus celui-ci est élevé, plus le risque est grand. Les conservateurs présents dans les denrées alimentaires et les médicaments ne posent pas les mêmes problèmes allergologiques. C'est leur usage externe qui occasionne l'eczéma.

QUELLES SONT LES INVESTIGATIONS DIAGNOSTIQUES NÉCESSAIRES ?

Pour pouvoir aider le patient à cerner le produit responsable de son eczéma, il est indiqué d'effectuer des tests épicutanés. Les substances suspectes sont appliquées sur le dos du patient et laissées 48h. Une première lecture est effectuée. Puis 48 heures plus tard s'effectue une seconde lecture par le médecin spécialiste qui pourra ainsi quantifier la réaction. Si après 96 heures, une lésion érythémateuse, vésiculeuse, parfois suintante est objectivée, alors l'interprétation sera qualifiée de positive. La série standard comportant les allergènes classiques comme le nickel, le cobalt ou le bichromate est faite conjointement pour exclure une allergie aux parfums. La série des conservateurs est réactualisée régulièrement.

COMMENT TRAITER ?

Une fois qu'un allergène a été identifié, le patient devra pratiquer une éviction scrupuleuse. Il vérifiera sur les notices d'emballage si le produit incriminé est présent

dans le bien de consommation. Il fera ceci à l'aide du passeport d'allergie et de la feuille d'information qui lui auront été remis par le médecin spécialiste. Après éviction, l'eczéma se résout après quelques semaines. L'application de corticostéroïdes topiques de classe I/II sur le visage, les parties génitales et de classe III/IV sur le reste du corps permettent une guérison plus rapide.

EPIDEMIE D'ALLERGIE DE CONTACT AU METHYLISOTHIAZOLINONE

Depuis le début des années 2000, le methylisothiazolinone (MI) a remplacé comme biocide conservateur les parabènes qui ont été largement diabolisés. Ces derniers ont un profil allergologique très faible. Les allergies de contact, tant sur le plan cosmétique que professionnel, ont augmenté drastiquement dans tous les pays d'Europe. C'est une véritable épidémie que les groupes de cosmétovigilance commencent à maîtriser avec, depuis 2017, une législation européenne au niveau cosmétique de concentration de 15 ppm (faible) pour les produits rincés et une proscription totale pour les produits non rincés.

LES DIFFÉRENTS AGENTS CONSERVATEURS

Produit	Présent dans	Risque d'allergie (SEQ)
Parabène*	Cosmétiques, médicaments, aliments	Faible (0.35)
MI**	Peintures, cosmétiques, gouttes oculaires	Moyen (1.7)
MCI/MI***	Peintures, cosmétiques, gouttes oculaires	très fort (9)
Formaldéhyde	Préparations biologiques diverses	Moyen (1.6)
Benzoate de sodium/ chloracétamide	Produits cosmétiques	Moyen (1.35)
Acide sorbique	A l'état naturel dans les fruits	Faible (0.92)
Iodopropynylbutylcarbamate	Produits de nettoyage, cosmétiques	Fort (3.4)
BNPD/Bronopol****	Produits cosmétiques	très fort (13)
Alcool benzylique	Baume du Pérou, dans diverses préparations naturelles, crèmes dermatologiques, gouttes oculaires	Faible (0.30)
Phenoxyethanol	Produits industriels, produits cosmétiques divers	Faible (0.06)
Disulfite de Sodium	aliments	Non interprété dans l'étude

Selon Schnuch et al. 2011

* Parahydroxybenzoate d'alkyle, ** Methylisothiazolinone

*** Methyl(chloro)isothiazolinone, ****2-bromo-2-nitropropane-1,3- diol



CONFORT DE VOTRE PEAU

A l'arrivée de la saison froide, il se peut que votre enfant ressente une sensation désagréable de tiraillement sur les lèvres, les bras, le ventre, les flancs ou les cuisses. Vous y découvrez alors des plaques rouges entourées de zones de peau sèche. Cet eczéma survient le plus souvent chez Les enfants atopiques (peau sèche, allergies alimentaires, rhume des foins). Les démangeaisons associées occasionnent un eczéma par le grattage avec des surinfections bactériennes et herpétiques possibles. Ce cercle vicieux rend les nuits dures pour toute la famille.

VOICI 10 CONSEILS PRATIQUES POUR OPTIMISER LE CONFORT CUTANÉ DE VOTRE PEAU :

- Bains rapides avec de l'eau tiède
- Eviter les savons, shampoings très parfumés et moussants
- Utiliser des crèmes lavantes non détergentes, des huiles de bain
- Appliquer des émollients (baumes, crèmes, lotions en fonction du degré de sécheresse) après le lavage et la piscine/bains thermaux (eau chlorée)
- Réduire les quantités de poudre à lessive dans les dosettes, pas d'adoucissant
- Eviter les habits synthétiques, la laine, préférer le coton
- Port du body à l'envers chez les petits (prévenir l'irritation due aux coutures)
- Port du pyjama la nuit (éviter la perte d'eau Trans épidermique)
- Maintenir la chambre à coucher fraîche
- Faire régner un climat paisible au sein de la famille pour éviter les sources de contrariétés chez l'enfant

Si malgré ces mesures, la situation ne s'améliorait pas ou venait même à se détériorer, n'hésitez pas à demander conseil à un dermatologue. ■

6. ASTHME

Prof. Johannes Wildhaber , Clinique de pédiatrie, Hôpital Fribourgeois, Fribourg
Dr Andreas Jung, Médecin Chef Pneumologie, Hôpital Universitaire de l'Enfance, Zürich

L'ASTHME : DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'asthme bronchique est la maladie chronique la plus courante de l'enfance et elle est aussi très présente à l'âge adulte. Chez l'enfant, les symptômes de l'asthme chronique sont parfois peu spécifiques. De plus, il est souvent difficile, notamment chez les jeunes enfants, de mesurer la fonction pulmonaire au repos ou d'en tirer des conclusions, car les signes classiques de bronchoconstriction réversible sont parfois absents. Il en résulte que l'asthme de l'enfant n'est parfois pas diagnostiqué et souvent insuffisamment traité. Il est essentiel de diagnostiquer l'asthme tôt et avec précision, car cela affecte non seulement la vie quotidienne, mais aussi le pronostic de cette maladie pulmonaire.

La gravité de l'asthme à l'âge adulte dépend aussi souvent de la sévérité de cette affection pendant l'enfance. De plus, des études récentes montrent que la fonction pulmonaire à l'âge adulte est en grande partie déterminée par la gravité de cette déficience dans l'enfance. Le traitement de l'asthme bronchique repose non seulement sur la médication, mais aussi sur une thérapie holistique, avec le traitement des facteurs déclenchants allergiques, l'information et la formation des patients, ainsi que des examens réguliers par des spécialistes.

Pendant de nombreuses décennies, l'attention dans le traitement de l'asthme bronchique a été en premier lieu portée sur la musculature lisse des voies respiratoires. La contraction de cette musculature était tenue pour principale responsable de l'obstruction intermittente, mais dans les cas sévères également persistante, des voies respiratoires, typique de l'asthme. Aujourd'hui, nous savons que c'est l'inflammation des voies respiratoires qui joue un rôle clé dans les manifestations de l'asthme bronchique et que la constriction de la musculature lisse des bronches en est une conséquence. Cette prise de conscience a été suivie d'une remise en question fondamentale. La prise en



charge de l'asthme sera ainsi orientée vers la recherche d'une cause pour la réaction inflammatoire et sur le traitement de l'inflammation bronchique, qui peut persister même lorsque le patient est redevenu asymptomatique.

Divers facteurs déclenchants (notamment la sensibilisation aux allergènes, les infections respiratoires, le stress physique) peuvent entraîner des symptômes d'asthme basés sur l'inflammation et la surexcitabilité des voies respiratoires. Le processus inflammatoire peut ensuite devenir chronique et être entretenu par divers facteurs déclenchants. Le rétrécissement des voies respiratoires consécutif à l'inflammation se manifeste cliniquement par les symptômes typiques de l'asthme, mais une inflammation chronique modérée peut passer inaperçue. La persistance ou la ré-exposition chronique à des facteurs irritatifs (allergènes, infections) peut entraîner une progression de la maladie, avec modification de l'architecture de la paroi des bronches et rétrécissement chronique des voies respiratoires.

J'AI DE PEUT-ÊTRE DE L'ASTHME : QUE VA-T-ON EXAMINER ?

Chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant en âge scolaire

Le diagnostic de l'asthme bronchique se fonde principalement sur les données de l'anamnèse (respiration sifflante, essoufflement et toux) ainsi que sur des examens cliniques et allergologiques et les mesures de la fonction pulmonaire.

Avec les fonctions pulmonaires, le rétrécissement des voies respiratoires (obstruction), appelé « trouble ventilatoire obstructif », est typiquement mesuré par la spirométrie. Ce rétrécissement des voies respiratoires est normalement réversible, ce qui dans la fonction pulmonaire est examiné avec l'inhalation d'un bronchodilatateur. L'accumulation d'air dans les poumons (Hyperinflation) est une conséquence de l'obstruction et peut être révélée par la mesure des volumes pulmonaires. En outre, des tests spécifiques d'expiration peuvent permettre de mesurer l'inflammation des voies respiratoires (mesure du FeNO).

Si l'anamnèse et les résultats de la spirométrie ne sont pas clairs, d'autres tests dits de provocation sont pratiqués pour confirmer (exercice de la fonction pulmonaire) ou exclure (provocation à la métacholine) l'asthme. Des examens allergologiques permettent de déterminer individuel si un ou plusieurs allergènes sont à l'origine de symptômes d'asthme. Cela se fait principalement par des tests cutanés (piqûres) et/ou sanguins (dosage

spécifique des IgE). Tous les allergènes peuvent potentiellement déclencher des symptômes de l'asthme. L'anamnèse permet de définir avec plus de précision les allergènes à tester. Selon le moment où les symptômes se manifestent, l'asthme sera considéré comme annuel ou saisonnier. En cas d'asthme saisonnier, il est important de déterminer la saison avec précision. Les allergènes le plus souvent à l'origine de l'asthme sont les acariens de la poussière domestique, les poils d'animaux et le pollen.

Chez le nourrisson et les jeunes enfants

Chez les nourrissons, l'asthme se manifeste principalement par une respiration sifflante et/ou une toux chronique. Dans le cadre d'une infection des voies aériennes supérieures, les nourrissons et jeunes enfants présentent fréquemment une bronchite sifflante, appelée aussi bronchite obstructive ou bronchite spastique. Cette bronchite ressemble des symptômes à l'asthme, mais ne peut être considérée comme telle que si les épisodes se répètent souvent (au moins 3 épisodes de dyspnée [essoufflement]) ou de respiration sifflante au cours des six derniers mois). Selon les directives actuellement en vigueur, le diagnostic d'asthme doit être confirmé sur la base d'un certain nombre de critères définis.

Les facteurs déclencheurs de l'asthme doivent être recherchés, même chez le nourrisson. En effet, des investigations allergologiques peuvent être pratiquées dès les premiers mois de vie, même s'il s'agit de tests très spécifiques, encore peu sensibles à cet âge. Quel que soit l'âge, il est important d'exclure d'autres maladies qui présentent des symptômes similaires à ceux de l'asthme. En fonction de l'âge, il peut d'agir d'un corps étranger ingéré par l'enfant, de malformations congénitales, d'un reflux gastrique acide ou de maladies pulmonaires rares comme la mucoviscidose. Mais l'erreur de diagnostic la plus courante en âge scolaire est le dysfonctionnement des cordes vocales, qui comme l'asthme, entraîne généralement un essoufflement et une respiration sifflante (mais à l'inspiration !) pendant l'effort.



QUE FAIRE SI JE SOUFFRE D'ASTHME ?

Une fois le diagnostic posé, des mesures préventives et des thérapies sont nécessaires pour prévenir les déclencheurs et les symptômes de l'asthme et traiter efficacement tout autre symptôme qui se manifeste. Des brochures d'information sur les déclencheurs concernés sont disponibles à des fins de prévention. Concernant le traitement médicamenteux, le médecin traitant

établit un plan d'action spécifique et personnalisé. Il s'agit d'ajuster le dosage des médicaments en fonction de l'évolution des symptômes et, éventuellement de la fonction pulmonaire, et de définir un programme de traitement en urgence ou permanence.

Objectifs thérapeutiques de l'asthme bronchique :

- Activité correspondant à l'âge : à l'école, au travail et dans les loisirs.
- Absence de symptômes de jour comme de nuit.
- Pratiquer une activité sportive autant que possible
- Contrôle régulier des fonctions pulmonaires avec valeurs individuelles les meilleures possible.
- Développement pulmonaire optimal (démonstré par la normalisation ou l'amélioration de la spirométrie).
 - Etat de santé et qualité de vie maintenus au meilleur niveau.
 - Médication économique et avec le moins possible d'effets indésirables.
 - Prévention à long terme des lésions pulmonaires irréparables
 - Éviter les crises d'asthme

COMMENT TRAITER MON ASTHME ?

Comme l'inflammation des voies respiratoires joue un rôle clé dans l'asthme bronchique, les médicaments anti-inflammatoires sont à la base du traitement de l'asthme. Les broncho-dilatateurs sont utiles dans le traitement de la crise d'asthme et sous forme de médicaments à longue durée d'action comme complément stabilisants aux médicaments anti-inflammatoires. (thérapie combinée).

Un traitement adéquat doit tenir compte de nombreux facteurs et être adapté au mieux à chaque patient (cf. encadré « Traitement de l'asthme »). En particulier, le traitement de l'asthme a pour objectif le maintien d'une entière capacité physique et des périodes de maladie les plus brèves et les plus rares possible. Un traitement précoce anti-inflammatoire par inhalation est essentiel pour atteindre ces objectifs thérapeutiques (voir l'encadré « Les traitements de l'asthme »).

Il existe deux grands groupes de médicaments pour le traitement de l'asthme.

- **Les médicaments anti-inflammatoires** constituent le traitement de fond. Leur rôle est de traiter les symptômes et d'éliminer l'inflammation de la muqueuse bronchique afin de prévenir des exacerbations sévères et éviter des modifications structurelles des bronches (Remodelling), qui pourraient limiter la capacité respiratoire à long terme. Un traitement suffisamment long et correctement dosé est nécessaire, car la muqueuse peut encore être enflammée même si le patient est devenu asymptomatique. Les médicaments

anti-inflammatoires prescrits pour l'asthme sont principalement administrés par inhalation (corticostéroïdes). Les stéroïdes prescrits temporairement de façon systémique (sous forme de comprimés, de sirops ou de suppositoires) sont parfois utiles pour traiter une crise d'asthme grave ou des asthmes sévères, qui répondent mal aux traitements par inhalation. Les inhibiteurs des leucotriènes sont d'autres anti-inflammatoires moins efficaces qui sont pris sous forme de comprimés ou de granulés. Ils sont utilisés dans l'asthme léger, seuls ou en cas de formes plus sévères en combinaison avec stéroïdes inhalés et des bronchodilatateurs. Une forme plus récente, qui est utilisée pour l'asthme sévère et autrement non traitable, est la thérapie des soi-disant produits biologiques (actuellement approuvés pour les enfants et les adolescents sont anti-IgE (omalizumab) pour l'asthme allergique et anti-IL-5 (mépilizumab) pour cela. asthme éosinophile). Cette thérapie doit généralement être injectée par voie sous-cutanée une fois par mois.

▪ **Les bronchodilatateurs** agissent au niveau de la musculature lisse des bronches et traitent la constriction bronchique asthmatique. Les bronchodilatateurs à courte durée d'action (4 à 8 heures) sont efficaces dans les traitements ad hoc pour le contrôle des symptômes aigus ou les symptômes d'effort; ceux à longue durée d'action (12 à 24 heures) sont toujours utilisés en association avec des stéroïdes inhalés en traitement préopératoire. Les bronchodilatateurs classiques (bêta-mimétiques) peuvent désormais être complétés par de nouveaux bronchodilatateurs (par ex. tiotropium) dans les cas graves.

L'administration locale de médicaments (inhalation) permet non seulement d'obtenir un effet local maximal, mais elle réduit également l'absorption du médicament dans le sang et donc les effets secondaires sur d'autres systèmes organiques. Les médicaments pour inhalation peuvent être administrés comme suit :

- Inhalateur à poudre (Diskus®, Turbuhaler®)
- Aérosol-doseur avec chambre d'inhalation
- Dans certains cas exceptionnels, nébuliseur avec compresseur et embout buccal ou masque



Les traitements de l'asthme

- Traitement médical
- Eviction/évitement des allergènes et des irritants (tabagisme passif)
- Hypersensibilisation
 - Rééducation
 - Pratique du sport

Une éviction des allergènes identifiés comme cause de l'asthme est impérative afin d'éviter de stimuler l'inflammation bronchique. Il en est de même pour les irritants, comme la fumée de tabac (tabagisme passif). En particulier, les adultes devraient éviter de fumer dans un lieu fréquenté par des enfants (1 enfant sur 20 souffre d'asthme!).

S'il existe des déclencheurs allergiques clairement définis, la désensibilisation (l'immunothérapie spécifique comme hypersensibilisation) peut être utile parce qu'elle réduit la gravité des symptômes et la consommation de médicaments.

En cas d'évolution difficile ou de problèmes dans la prise en charge de la maladie ou du traitement, la réadaptation en milieu hospitalier peut conduire à une stabilisation de l'évolution de la maladie. Il ne faut pas oublier que les activités sportives normales sont absolument compatibles avec l'asthme et sont même recommandées pour le développement des performances respiratoires, mais pas pendant une crise. Pour cela, il est crucial que l'asthme soit bien médicamenté.

Des contrôles réguliers de l'évolution et du traitement doivent être réalisés par le médecin pour vérifier que les objectifs thérapeutiques ont été atteints et que les fonctions pulmonaires sont stables. ■



7. NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT DU RHUME DES FOINS

Dr Michel Sepepy

Spécialiste FMH ORL et allergologie, CMC du Censuy, Renens

LA RHINITE ALLERGIQUE : L'AFFECTION LA PLUS RÉPANDUE ET LA PLUS NÉGLIGÉE

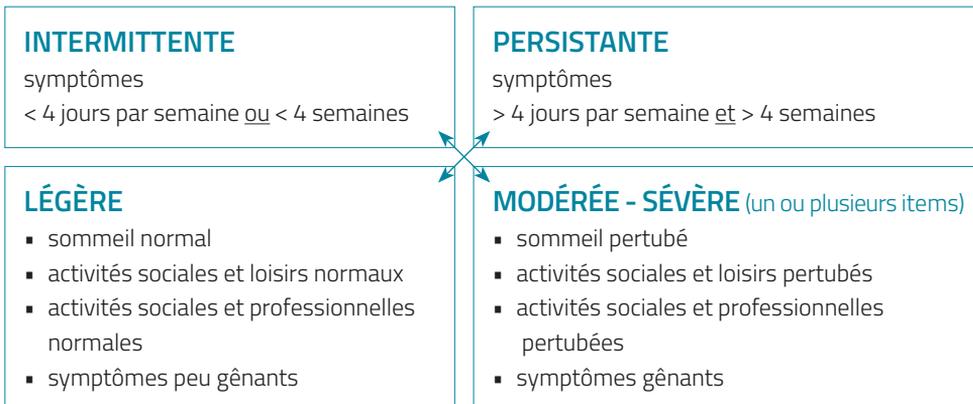
Le rhume des foins est la manifestation typique de l'allergie au niveau du nez. Il débute par des crises d'éternuements, des picotements dans le nez, un écoulement nasal et finit par un nez bouché. De plus, larmoiements et gêne respiratoire sont souvent rapportés par les patients.

L'homme respire environ 10'000 litres d'air par jour. Cet air contient de la fumée, des irritants, des allergènes des bactéries et des virus. Lorsque le nez peut remplir ses fonctions (nettoyer, filtrer, réchauffer, humidifier) les troubles respiratoires sont plus rares. Si, en revanche, la muqueuse nasale est très atteinte, les poumons en supportent rapidement les conséquences (toux, asthme...). La fréquence des maladies allergiques a triplé en 20 ans dans les pays industrialisés ! La rhinite allergique représente souvent le premier stade de l'évolution de l'asthme ; en effet, elle multiplie par 3 le risque de développer un asthme par rapport à un individu non allergique.

UNE NOUVELLE CLASSIFICATION

La nouvelle classification de la rhinite allergique :

1. utilise à la fois des **symptômes** et des **paramètres de qualité de vie**
2. est basée sur la **durée**, permettant la distinction entre maladie « **intermittente** » et « **persistante** »
3. est basée sur la **sévérité**, permettant la distinction entre maladie « **légère** » ou « **modérée – sévère** »



LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

La rhinite allergique constitue une affection respiratoire chronique majeure en raison de sa prévalence, de son incidence sur la qualité de vie, l'activité professionnelle et scolaire, ainsi que sur la productivité.

Effets des médicaments sur les symptômes de la rhinite allergique					
	Eternuements	Rhinorrhée	Obstruction	Prurit nasal nasale	Début de l'action
Anti-histaminique H1 intranasaux	++	++	++	++	15 min.
Anti-histaminique H1 oraux	++	++	+	++	1 h.
Corticostéroïdes intranasaux	+++	+++	+++	+++	12 h.
Décongestionnants intranasaux	0	0	++++	0	5 - 15 min.

efficacité: + légère, +++ très efficace

AVANTAGES DE LA THÉRAPIE NASALE

La rhinite allergique est une maladie inflammatoire de la muqueuse nasale. Idéalement, le traitement de la rhinite allergique devrait être limité à la muqueuse nasale car :

1. tout traitement pris « par la bouche » doit avoir des concentrations plasmatiques élevées pour obtenir l'effet thérapeutique souhaité au niveau de l'organe malade (la muqueuse nasale en l'occurrence)
2. au contraire, avec le traitement nasal on obtient, avec des concentrations plasmatiques faibles, une très forte concentration du principe actif au niveau de la muqueuse nasale
3. risque d'effets secondaires systémiques très faible

UNE OPTION THÉRAPEUTIQUE MODERNE

Il est admis par tous que l'intensité des symptômes liés au rhume des foins est proportionnelle à la quantité de pollens dans l'air que l'on respire. Lorsque la pluie lave l'air des pollens, les symptômes s'atténuent de façon très impor-



tante. Par analogie, lorsqu'on effectue un lavage actif et dynamique des fosses nasales on réduit la quantité d'allergènes et de médiateurs inflammatoires et donc l'intensité des symptômes. De plus on permet une meilleure activité des traitements intranasaux en éliminant de la muqueuse les sécrétions et les croûtes (un effet synergique).

L'histamine joue un rôle fondamental dans la rhinite allergique aussi bien dans la phase précoce que tardive de la réaction inflammatoire. Le développement récent d'un anti-histaminique ayant des propriétés anti-inflammatoires et administré par voie intranasale (le chlorhydrate d'azélastine), répond aux mécanismes physiopathologiques de la rhinite allergique.

Actuellement, le choix d'une stratégie thérapeutique moderne visant à contrôler les symptômes et à prévenir les complications de la rhinite allergique (rhinosinusite et asthme) est une priorité.

Si l'on se réfère aux données de la littérature spécialisée qui recommande notamment les modalités thérapeutiques ayant le meilleur rapport bénéfice/risque, l'option incluant une éviction allergénique au niveau nasal par un lavage actif et dynamique et l'utilisation du chlorhydrate d'azélastine spécialement développé pour un usage intranasal serait pour le moins indiqué. ■

À LIRE
**Prise en charge de la
rhinite allergique et son
impact sur l'asthme**
Guide de poche ARIA
(en collaboration avec
l'OMS) .

8. RHINO-SINUSITE ALLERGIQUE

Prof. Jean-Silvain Lacroix

Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries

LA RHINO-SINUSITE ALLERGIQUE : DE QUOI S'AGIT-IL?

La rhino-sinusite allergique est une maladie de plus en plus fréquente. Les mécanismes qui contribuent à l'augmentation inexorable du nombre de patients allergiques sont multiples et variés. Une réaction allergique est un dysfonctionnement de notre système immunitaire et peut rendre malade n'importe qui et à tout âge. L'intensité des symptômes semble diminuer lorsque l'on devient plus âgé. Cette maladie correspond à une inflammation de la muqueuse des fosses nasales et des cavités sinusiennes. Cette inflammation est secondaire à une stimulation conjointe de nos nerfs sensitifs et de notre système immunitaire par de multiples facteurs. L'inflammation de la muqueuse des fosses nasales s'accompagne toujours de celle des sinus et vice-versa, on parlera donc toujours de rhino-sinusite.

Pourquoi les êtres humains sont-ils programmés pour respirer par le nez ? Comment fonctionne-t-il normalement ?

En situation normale, le nez est une interface entre notre environnement et l'intérieur de notre corps. Un adulte en bonne santé respire 14000 à 18000 litres d'air par jour.

L'organe nasal a un rôle essentiellement protecteur de notre système respiratoire. Malgré sa petite taille c'est un conditionneur de l'air que l'on respire très efficace. Lors de la respiration par les fosses nasales, l'air est réchauffé, humidifié et nettoyé comme dans un filtre. Plus de 90% des particules inhalées sont piégées lors de leur passage dans le nez par la couche de mucus recouvrant la muqueuse nasale. Ce mucus est comme un tapis roulant en mouvement permanent vers la gorge grâce aux battements des cils présents à la surface des cellules qui constituent la muqueuse nasale. Ce système auto-nettoyant est cependant très fragile.

En cas d'inflammation, il perd rapidement de son efficacité. Outre son rôle important dans le conditionnement de l'air inspiré, la muqueuse nasale est également un organe particulièrement sensible à tous les agents irritants qui peuvent être présents dans notre environnement. Les terminaisons du nerf olfactif nous permettent de sentir les odeurs qui nous entourent. Les fibres sensitives du nerf trijumeau sont capables de détecter les stimulations mécaniques, thermiques ou chimiques. On peut considérer le nez comme un système d'alarme qui protège les voies respiratoires inférieures de l'inhalation de substances potentiellement dangereuses.

La rhino-sinusite allergique est-elle une maladie fréquente?

Oui, on estime que cette maladie affecte environ 25 à 30% de la population. La plupart des études épidémiologiques ont montré que le nombre d'individus qui souffrent d'une rhino-sinusite allergique avait considérablement augmenté au cours des 30 dernières années, en particulier dans les pays développés et industrialisés. Le nombre de personnes chez qui la maladie s'est déclarée au cours d'une année a été multiplié environ par 4 en 30 ans. Les rhino-sinusites allergiques peuvent être divisées en deux grands groupes: les **rhino-sinusites saisonnières** ou **périodiques**, en général secondaires à une allergie à des pollens et les rhino-sinusites allergiques perannuelles (présentes toute l'année). La rhino-sinusite allergique saisonnière est la plus fréquente. Le nombre de patients symptomatiques semble dépendant de la concentration en pollens dans l'atmosphère. Les symptômes de la rhino-sinusite allergique pollinique semblent aggravés par la pollution atmosphérique. La rhino-sinusite allergique saisonnière peut apparaître déjà avant l'âge scolaire, mais elle est plus fréquente à l'adolescence. La rhino-sinusite allergique saisonnière, ainsi que la conjonctivite (inflammation des yeux) et l'asthme saisonnier, se déclarent rarement après

Quelles autres manifestations sont associées à la rhino-sinusite?

- L'obstruction des fosses nasales est en général accompagnée d'une diminution des **sensations de l'odorat**.
- Les personnes souffrant d'obstruction nasale d'origine allergique se plaignent souvent d'**une perte de goût**.
- L'inflammation de la muqueuse du nez et des sinus entraîne une inflammation de la trompe d'Eustache, donnant l'impression d'avoir les **oreilles bouchées** et d'entendre moins bien.
- Si le phénomène se prolonge, une accumulation de sécrétions claires au niveau de l'oreille moyenne peut être observée, appelée **otite séromuqueuse**.
- **L'accumulation de mucus dans les cavités sinusiennes** peut favoriser une infection (rhino-sinusite infectieuse) ou être associée à une sensation de pression de la face ou des céphalées. Aucun signe clinique (en particulier l'aspect des sécrétions) ou radiologique ne permet de poser, avec certitude, le diagnostic de **rhinosinusite d'origine bactérienne**. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse bactériologique des sécrétions nasales. Un traitement antibiotique ne sera prescrit que si une bactérie pathogène est identifiée.
- Une toux peut être observée, ainsi qu'une **inflammation du larynx avec troubles de la voix**.
- Certaines **inflammations cutanées**, des yeux (**conjonctivite allergique**), ainsi que des **ronflements nocturnes** et le syndrome des **apnées obstructives du sommeil** sont d'autres maladies associées à la rhino-sinusite allergique.



l'âge de 35 ans, surtout si la personne affectée reste dans la même région géographique. En général, les symptômes diminuent avec l'âge et sont rares dès la soixantaine.

SYMPTÔMES

- Signes d'inflammation de la muqueuse des fosses nasales et des cavités sinusiennes.
- Démangeaisons nasales suivies d'éternuements en salves.
- Écoulement abondant de sécrétions aqueuses.
- Obstruction nasale qui peut être suivie de maux de tête et de démangeaisons au niveau de la gorge.

Les rhino-sinusites allergiques perannuelles touchent environ 5 à 10% de la population. Les symptômes sont en général assez rares avant l'âge de 3 ans. Les personnes les plus atteintes ont entre 15 et 30 ans. Le nombre de nouveaux patients et l'intensité des symptômes semblent diminuer progressivement après l'âge de 35 ans. La rhino-sinusite allergique perannuelle est fréquemment associée à un asthme bronchique. Il est important de noter qu'environ 70 à 80% des patients avec asthme ont une rhino-sinusite allergique perannuelle. D'autre part, environ 50% des patients souffrant de rhino-sinusite allergique perannuelle ont un asthme bronchique.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES?

L'inflammation est à la base de la rhino-sinusite allergique. Le premier symptôme qui apparaît est en général un prurit (démangeaisons ou picotements) que l'on ressent au niveau du nez, parfois dans la bouche, au niveau des yeux et parfois des oreilles. Ce prurit est en général suivi d'éternuements, puis d'un écoulement abondant de sécrétions aqueuses. Enfin, apparaît une obstruction nasale qui peut être accompagnée de maux de tête et d'un écoulement de mucus à l'arrière du nez qui sont associés à des brûlures ou à un prurit au niveau de la gorge.



QUE FAIRE SI JE SOUFFRE DE RHINO-SINUSITE ?

Les investigations pourront être pratiquées par le médecin de premier recours (pédiatre, généraliste ou interniste) en collaboration avec les spécialistes en allergologie, en pneumologie ou les spécialistes en oto-rhino-laryngologie (ORL) ayant également une formation en allergologie. Leur rôle est d'identifier le ou les allergènes responsables de la maladie.

L'identification de ces substances allergéniques se fera essentiellement par un interrogatoire détaillé, en particulier sur l'époque de l'année à laquelle apparaissent les symptômes et les caractéristiques de l'environnement de la personne affectée. L'interrogatoire sera suivi de tests cutanés d'allergie qui représentent actuellement la méthode la plus sensible pour poser le diagnostic. Ces tests sont indolores et peuvent être réalisés chez les enfants, même dès la première année de vie. On peut également effectuer une prise de sang afin de déterminer si la présence d'IgE totales est plus élevée que la moyenne et rechercher la présence d'immunoglobulines de type E (IgE) spécifiques à certains allergènes.

Il est parfois très utile d'associer les investigations allergologiques avec un examen des fosses nasales. Cet examen est réalisé par le spécialiste avec un endoscope qui permet d'aller examiner l'aspect de la muqueuse dans les fosses nasales (couleur, oedème, nature des sécrétions) et l'architecture interne des fosses nasales (malformations de la cloison, hypertrophie des cornets, présence de polypes, etc...). Lorsque le bilan allergologique met en évidence une susceptibilité à certains allergènes, on parlera d'hyperréactivité spécifique. Lorsque ce bilan est négatif, mais que des symptômes et des signes cliniques caractéristiques sont identifiés, on parlera d'hyperréactivité non spécifique.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE LA RHINO-SINUSITE ALLERGIQUE ?

Lorsqu'elle est possible, l'élimination des contacts avec l'allergène reste la base la plus efficace du traitement. Les mesures d'éviction sont parfois difficiles à réaliser lorsqu'il s'agit d'une allergie aux pollens de végétaux abondants dans l'environnement. En revanche, l'éviction est réalisable lorsqu'il s'agit d'une allergie à des substances rencontrées à l'intérieur de l'habitat ou lors d'une activité professionnelle. Lorsqu'il s'agit d'une rhinosinusite allergique perannuelle due aux acariens, des mesures d'éviction peuvent être proposées pour diminuer l'exposition aux acariens. En particulier, literie appropriée, élimination des tapis et de la moquette dans la chambre à coucher et housse anti-acariens pour le matelas. En cas d'allergie aux animaux, les mesures d'éviction sont parfois difficilement réalisables en raison de facteurs psychologiques et affectifs.

LE LAVAGE DES FOSSES NASALES

Au cours de ces dix dernières années, le lavage des fosses nasales s'est considérablement développé. Son efficacité a été prouvée par de nombreuses études scientifiques. Le lavage de la muqueuse nasale avec de l'eau salée tiède est la meilleure façon de diminuer la quantité d'allergènes présents sur la muqueuse. En effet, lorsque la muqueuse est le siège d'une réaction inflammatoire, le système auto-nettoyant (transport muco-ciliaire) est toujours perturbé. De nombreuses solutions prêtes à l'emploi sont disponibles en pharmacie. Un lavage du nez devrait toujours être suivi d'un mouchage. Il devrait être fait avant l'application d'un spray de corticostéroïdes.

La cure de désensibilisation ou immunothérapie est le traitement le plus efficace pour modifier la réponse immunitaire face à un allergène. L'efficacité de la désensibilisation n'est pas applicable à toutes les allergies. Elle a été bien documentée, en particulier pour différents pollens (graminées, arbres, herbacées) et les acariens. Ce type de traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera fait rapidement et que le nombre d'allergènes auxquels le patient est sensibilisé, est limité.

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

- **Les antihistaminiques** sont très souvent utilisés dans le traitement des rhinosinusites allergiques par voie générale ou locale. Ces médicaments diminuent l'écoulement de mucus, l'intensité du prurit et la fréquence des éternuements, mais semblent moins efficaces sur l'obstruction nasale. On a souvent reproché aux anti-histaminiques d'entraîner une somnolence et une fatigue importante.

Ces effets secondaires peuvent être diminués si ces médicaments sont pris le soir. Les nouveaux antihistaminiques actuellement disponibles ont beaucoup moins d'effets secondaires de ce type.

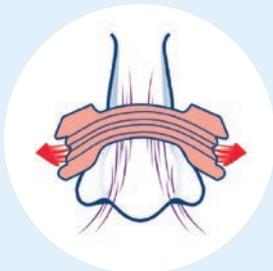
▪ Les molécules anti-inflammatoires par voie locale, comme les corticostéroïdes topiques qui sont des agents pharmacologiques avec des effets bénéfiques similaires à ceux de la cortisone, sans en avoir les effets néfastes. Les nouvelles molécules récemment développées diminuent de façon spectaculaire l'inflammation au niveau des muqueuses rhino-sinusiennes, tout en ayant très peu d'effets secondaires. Lors d'usage prolongé dans le temps, ils peuvent entraîner une sécheresse nasale avec développement de croûtes et parfois de saignements. Ces effets secondaires peuvent être facilement contrôlés par l'application de pommade. ■

LES TRAITEMENTS DE LA RHINO-SINUSITE ALLERGIQUE :

- L'élimination des contacts avec l'allergène
 - Le lavage des fosses nasales
 - La cure de désensibilisation (pollens, acariens...)
 - Les médicaments (antihistaminiques, corticostéroïdes topiques...)



Mieux Respirer – Breathe Right® Bandelettes nasales



Action
mécanique

Jusqu'à 31 %
d'air supplémentaire par le nez



Sans
agents actifs



Action
rapide



Pas d'effets
secondaire

Utilisation en cas de ronflement, de nez bouché dû à des rhumes ou des allergies ou de déviation de la cloison nasale.

9. ALLERGIES OCULAIRES

Prof. Yan Guex-Crosier

Hôpital Ophtalmique Jules Gonin, Lausanne

LES ALLERGIES DE L'ŒIL, DE QUOI S'AGIT-IL?

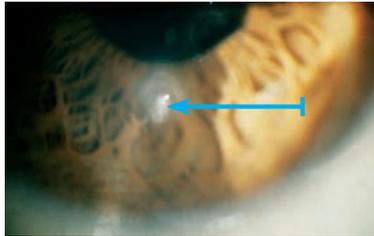
SYMPTÔMES

- Larmoiement
- Rougeur oculaire
- Gonflement des paupières
 - Sensation de démangeaison

L'œil est particulièrement sujet aux allergies, puisqu'il est constamment en contact avec le monde extérieur. Environ 20% des personnes présentent une allergie oculaire qui se manifeste par une conjonctivite allergique. Une atteinte familiale est retrouvée chez 50% des personnes atteintes. Un terrain allergique est également fréquemment présent (dermatite atopique, asthme, allergie alimentaire etc.). De petites quantités d'allergènes en suspension dans l'air se déposent continuellement sur la muqueuse qui recouvre l'intérieur des paupières (conjonctive). La forme la plus courante d'allergie oculaire est liée au rhume des foins. L'atteinte oculaire est alors associée à un écoulement nasal ou à une congestion nasale.

MON ŒIL LARMOIE ET EST IRRITÉ, QUE SE PASSE-T-IL?

Le scénario de l'allergie est toujours le même: après un épisode de sensibilisation correspondant au premier contact avec l'allergène, toute nouvelle exposition produit une forte inflammation. Les manifestations de l'allergie oculaire sont les suivantes: l'œil gratte, il est rouge, irrité, et un larmoiement est présent. Dans les formes marquées, une brûlure oculaire et la lumière créent une douleur (photophobie).



Lésion de la cornée (flèche), qui est la partie transparente située à l'avant de l'œil. Cette lésion est produite en présence d'une kératoconjonctivite printanière sévère. Elle nécessite impérativement un traitement par l'ophtalmologue.

Chez l'enfant, il existe une forme plus sévère et rare de conjonctivite allergique:

la conjonctivite printanière, dite gigantomégaélectron. Elle se manifeste par une rougeur oculaire et un larmoiement importants. Cette affection nécessite impérativement de consulter un ophtalmologue. Le diagnostic d'allergie oculaire pourra être posé après avoir écarté les principales causes infectieuses susceptibles d'affecter l'œil.

Quelles autres maladies peuvent ressembler à l'allergie de l'œil?

- La conjonctivite virale
- La conjonctivite herpétique
- La conjonctivite à Chlamydia
- La conjonctivite bactérienne
- Exposition à une substance toxique

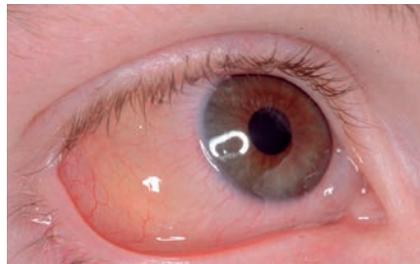
Fréquente au printemps et en été, la conjonctivite virale est causée par un virus très contagieux, l'adénovirus. La contamination des yeux se fait lorsqu'on y porte des doigts souillés par le virus. Après une période d'incubation de 2 à 7 jours, une rougeur oculaire marquée se produit, avec un larmoiement important et parfois une sensibilité à la lumière. La présence de ce virus exige une hygiène stricte. Après chaque contact avec les yeux, il faut se désinfecter les mains avec une solution antiseptique antivirale et chaque membre de la famille ne doit utiliser que son propre linge de toilette afin d'éviter la propagation. Cette affection disparaît après une période d'une à deux semaines. Elle nécessite parfois l'utilisation de lubrifiants oculaires (larmes artificielles) ou d'antibiotiques locaux sous forme de collyres.

L'infection avec le virus de l'herpès se manifeste le plus souvent par une éruption de vésicules comme le bouton de fièvre. Elle peut se transmettre à l'œil et être responsable d'une infection oculaire. Un traitement par une pommade antivirale est nécessaire.

La conjonctivite à *Chlamydia* peut produire une rougeur oculaire. Il s'agit heureusement d'une affection rare. Le *Chlamydia* touche généralement le tractus génital, mais une mauvaise hygiène, notamment l'utilisation par une autre personne d'une serviette de toilette souillée, peut entraîner une atteinte des yeux. Un traitement par une pommade antibiotique est nécessaire.

Dans le cas de la **conjonctivite bactérienne**, les yeux sont collés par des sécrétions purulentes d'aspect jaunâtre. Un traitement antibiotique local doit être prescrit par l'ophtalmologue pour détruire la bactérie en cause. Chez l'enfant, il s'agit surtout de germes des voies aériennes supérieures.

Lors d'une exposition à une substance toxique, le danger pour l'œil est extrême. Il s'ensuit une rougeur oculaire intense, associée à un larmoiement abondant et à une douleur oculaire plus ou moins importante. Il ne s'agit pas d'une réaction allergique mais d'une réaction toxique. Lors d'une exposition à une substance toxique, des mesures d'urgence sont à prendre: laver immédiatement et abondamment les yeux pendant 5 minutes à l'eau courante de façon à éliminer au maximum la substance toxique, puis se rendre le plus rapidement possible dans un centre d'urgence, en précisant la nature du produit toxique responsable.



Allergie aiguë de type immédiat: « en passant sous un arbre, j'ai commencé à éternuer et mes conjonctives se sont mises à enfler ».

LES ALLERGÈNES:

- Conjonctivite saisonnière: pollens, moisissures
- Conjonctivite perannuelle: poils d'animaux, acariens

ATTENTION! Il ne faut pas confondre une réaction allergique touchant les yeux avec d'autres affections oculaires pouvant entraîner une rougeur. Un examen par l'ophtalmologue est nécessaire afin de poser le bon diagnostic

QUE FAIRE LORSQUE JE SOUFFRE D'UNE ALLERGIE À L'ŒIL ?

Un bilan allergologique permet souvent de découvrir l'agent responsable de l'allergie et parfois d'effectuer une désensibilisation. Lorsque ce bilan est négatif, cela ne veut pas dire qu'il ne s'agit pas d'une allergie. Certaines formes d'allergie sont localisées uniquement à l'œil et n'ont pas d'autres manifestations.

Examen des papilles conjonctivales visibles à la lampe à fente. Une coloration à la fluorescéine avec un éclairage à la lumière bleue permet de les distinguer.



En cas d'allergie en relation avec un rhume des foins, pour connaître le pollen responsable de l'allergie, il faut consulter le calendrier pollinique (cf. chapitre II, page 36). Des variations sont possibles en fonction de la météo et du retard ou de l'avance de la végétation chaque année. Un problème oculaire qui se manifeste chaque année à la même période de l'année avec une démangeaison, parfois une brûlure aux yeux est fortement évocatrice d'une allergie secondaire aux pollens.

Des informations en temps réel peuvent être obtenues sur Internet sur le site : www.pollenetallergie.ch

COMMENT TRAITER MON ALLERGIE À L'ŒIL ?

Dans la lutte contre l'allergie oculaire la prévention est extrêmement importante. En période de forte pollinisation, il faut éviter si possible le contact avec le ou les pollens auxquels on est sensible. Les conseils suivants sont préconisés : fermer les fenêtres, éviter d'aérer en période de pollinisation, se laver régulièrement les cheveux, changer de vêtements fréquemment, porter des lunettes de soleil, etc.

Le traitement de l'allergie oculaire s'effectue à l'aide de collyres et d'antihistaminiques par voie générale. Plusieurs classes de médicaments sont disponibles. Le but est de diminuer la production des médiateurs de l'inflammation tels que l'histamine à l'aide d'antihistaminiques ou de cromoglycates. La cortisone est un des médicaments les plus efficaces lors d'allergie oculaire sévère, mais son administration n'est possible qu'en effectuant des contrôles réguliers chez l'ophtalmologue.

LES TRAITEMENTS DE L'ALLERGIE Oculaire

- **La prévention**
Éviter les allergènes auxquels on est sensible. Éviter de se frotter les yeux. Dilution des antigènes par un collyre de lubrification oculaire. Le port de lentille de contact est contre-indiqué chez le patient allergique.
- **Les médicaments**
Collyres, antihistaminiques, stabilisateurs des mastocytes, corticoïdes topiques (puissance différente selon les préparations), immunosuppresseurs topiques (cyclosporine A). Systémiques : prescrits par l'allergologue.
- **La désensibilisation**
Proposée par l'allergologue. ■

10. ALLERGIES AIGUËS : ANGIŒDÈME ET ANAPHYLAXIE

Dr Philip Taramarcaz

Centre des Allergies et de l'Asthme de la Terrassière, Genève

Les allergies aiguës se caractérisent par la survenue brutale de symptômes, c'est-à-dire en l'espace de secondes ou de minutes. Lorsque la réaction est limitée à la peau et au tissu sous-cutané, il s'agit d'un angiœdème et lorsque surviennent des symptômes généraux (non-localisés), on parle d'anaphylaxie. L'urticaire, la rhinite, la rhinoconjonctivite et l'asthme sont aussi des allergies aiguës, mais sont traitées ailleurs dans ce guide.

QU'EST-CE QU'UN ANGIŒDÈME ?

Les angiœdèmes sont des tuméfactions diffuses liées à un œdème du derme profond (partie profonde de la peau) soit du tissu graisseux sous-jacent. L'œdème est lié à une augmentation de la perméabilité des petits vaisseaux et se développe en quelques minutes.

L'angiœdème est un symptôme et non pas une maladie. Plusieurs facteurs déclenchants et plusieurs évolutions sont possibles.

- **L'angiœdème allergique** : souvent le patient trouve lui-même le facteur déclenchant (l'allergène) car la réaction survient quelques minutes après le contact avec un allergène. Les allergies alimentaires sont probablement la cause la plus fréquente d'angiœdème allergique. Les piqûres d'insectes particulièrement des abeilles et des guêpes peuvent provoquer des réactions cutanées de type angiœdème. Le contact avec du latex (par exemple des gants en caoutchouc) peut provoquer des angiœdèmes et des symptômes respiratoires. Dans la plupart des cas l'angiœdème allergique ne survient pas de façon isolée mais est accompagné de rougeur, d'urticaire, parfois d'une crise d'asthme, d'une rhinoconjonctivite ou de diarrhées, et peut même parfois conduire à un choc anaphylactique. Les allergènes alimentaires les plus fréquents incluent les cacahuètes, le céleri, le soja et les crustacés comme les crevettes.

- **L'angiœdème médicamenteux** peut être une complication d'une prise de médicaments. La crise initiale d'angiœdème peut survenir des jours, voire des années après le début du traitement. La classe médicamenteuse la plus souvent responsable d'angiœdèmes isolés (sans urticaire ou autre manifestation) est celle des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC). Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine et beaucoup d'autres médicaments (Brufen® Ponstan® Voltaren® etc.), qui sont ingérés comme anti-douleurs, peuvent induire des angiœdèmes, de l'urticaire, de l'asthme et/ou même un choc anaphylactique. Ces réactions ne sont pas dues à un mécanisme allergique, mais d'intolérance.

▪ **L'angioedème vibratoire** est une affection rare. Si la peau entre en contact avec un objet vibrant, le sujet susceptible développe un angioedème localisé à cet endroit. L'exemple typique est le travailleur avec le marteau piqueur qui développe une enflure des mains après avoir utilisé cet outil.

COMMENT SE MANIFESTE L'ANGIODÈME?

L'angioedème est une tuméfaction sous-cutanée qui n'est typiquement pas associée à une rougeur ou des démangeaisons. Les localisations les plus fréquentes au niveau de la peau sont : les lèvres, les paupières, le visage entier, le cou, les extrémités des membres et les organes génitaux. Dans la bouche, l'angioedème peut se manifester au niveau de la langue du palais et de la luette. L'angioedème du larynx représente une urgence vitale, car il peut aboutir à la suffocation du patient.

▪ **L'angioedème sur déficit en C1 inhibiteur** est rare, mais peut mettre la vie du patient en danger, en raison de sa localisation au niveau du larynx, et doit être bien connu. Cette maladie peut être héréditaire ou acquise. La forme **héréditaire** se transmet génétiquement, et les crises commencent souvent dans l'enfance ou l'adolescence. Elles sont fréquemment provoquées par un traumatisme ou une intervention chirurgicale, en particulier dentaire et atteignent souvent le visage, les extrémités et la région thoracique. L'atteinte des voies respiratoire supérieures (larynx) détermine le pronostic. L'intestin peut être atteint et ces œdèmes profonds peuvent induire des douleurs abdominales voire une occlusion intestinale. D'autres facteurs déclenchants sont de nature hormonale chez la femme comme la puberté, le début de prise d'une contraception orale et la grossesse. Les manifestations initiales peuvent occasionnellement ne survenir qu'à l'âge adulte.

La forme **acquise** survient comme manifestation d'un certain type de cancer des globules blancs (lymphocytes B) ou d'une maladie auto-immune comme le lupus érythémateux systémique. Dans certains cas des autoanticorps dirigés contre des composants du complément ont été mis en évidence, avec comme effet la consommation et la déplétion de la fraction 4 du complément.

Malheureusement on ne trouve pas d'étiologie dans la plupart des cas d'angioedèmes chroniques ou récurrents. Alors, on parle d'**angioedème idiopathique** (ce terme signifie que l'on ne connaît pas l'origine). Ce type d'angioedème est souvent associé à une urticaire.

COMMENT TRAITER L'ANGIODÈME ?

- **Angioedème allergique** : consultation chez un spécialiste en allergologie pour le traitement, l'identification d'un allergène et la prévention de nouveaux épisodes. L'éviction de l'allergène permettra d'éviter des récurrences.
- **Angioedème médicamenteux** : l'allergologue doit identifier l'anti-douleur responsable et faire des recommandations pour des anti-douleurs alternatifs autorisés. Chaque patient avec un angioedème sans autre manifestation allergique doit être interrogé sur la consommation de médicaments, afin de pouvoir éviter le médicament en cause.

▪ **Angioœdème sur déficit en C1 inhibiteur**: prise d'un médicament sur le long terme (danazol, acide tranexamique) ou uniquement en cas de crises (inhibiteur de la C1 esthéroase, icatibant). Les patients atteints doivent connaître leur maladie, distinguer le niveau de sévérité des crises et savoir informer le personnel médical de leur diagnostic.

▪ **Le traitement des angioœdèmes allergiques médicamenteux et idiopathiques** est purement symptomatique, c'est-à-dire qu'il vise à traiter les symptômes mais non pas les causes sous-jacentes. On utilise des antihistaminiques en première ligne, comme pour l'urticaire. Parfois, on ajoute au traitement un corticoïde pour une courte durée. L'adrénaline est utilisée si une difficulté respiratoire survient suite à la localisation de l'angioœdème dans la gorge.

MISE EN GARDE:

Lorsqu'un diagnostic est difficile à poser, toutes sortes d'hypothèses sont émises. Il faut savoir que les additifs alimentaires et le *Candida albicans*, sont exceptionnellement, la cause d'une urticaire ou d'un angioœdème chronique.

QU'EST-CE QUE L'ANAPHYLAXIE ?

L'allergie de type immédiat peut s'exprimer selon un spectre de symptômes généralisés. L'application, l'ingestion ou même l'inhalation d'allergène peut provoquer non seulement des symptômes sur la zone de contact (par exemple urticaire de contact si l'allergène touche la peau, œdème des lèvres et démangeaisons dans la bouche lors de l'ingestion d'un allergène, crise d'asthme suite à l'inhalation d'allergène) mais aussi des manifestations générales. Tout le spectre de ces réactions systémiques de type immédiat est classé sous le terme d'anaphylaxie. Dans sa manifestation maximale, elle peut aboutir au choc anaphylactique. L'asthme grave et le choc dans le cadre d'une anaphylaxie peuvent aboutir au décès. Pour ces raisons, l'anaphylaxie doit être considérée comme une urgence médicale. Les symptômes d'anaphylaxie sont très variables. Avant que les symptômes cardio-vasculaires (baisse de la tension artérielle, perte de connaissance: le choc à proprement parler) ne s'installent, surviennent habituellement des symptômes: cutanés (rougeur, urticaire...), oculaires (rougeur des conjonctives), respiratoires (écoulement nasal, respiration sifflante, difficulté à respirer, gonflement dans la gorge), intestinaux (nausée, vomissement, diarrhées, perte des selles). La plupart des réactions anaphylactiques restent limitées à un ou plusieurs organes sans aboutir à un choc.



SYMPTÔMES

Premiers symptômes :

- Rougeur, urticaire
- Rougeur des conjonctives
- Ecoulement nasal difficulté à respirer
- Nausées, vomissements, diarrhées, pertes des selles

Quels allergènes peuvent provoquer une anaphylaxie ?

▪ Les **allergènes alimentaires** comme la cacahuète, les noix et autres fruits à coque, le céleri, le soja et les crustacés comme les crevettes figurent parmi les allergènes alimentaires les plus fréquents.

- Les **piqûres d'hyménoptères** (guêpes et abeilles) peuvent induire tous les stades d'anaphylaxie tandis que les réactions aux piqûres d'autres insectes dépassent exceptionnellement le stade II.
- Des réactions anaphylactiques peuvent aussi survenir lors des injections d'allergène dans le cadre d'une désensibilisation (pollens, acariens, animaux...).
- Le **latex** (gants en caoutchouc, ballons gonflables,...) peut induire des réactions anaphylactiques allant jusqu'au choc.
- Un autre groupe important de substances qui déclenchent des anaphylaxies est celui des **médicaments**. Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine et beaucoup d'autres médicaments (Brufen®, Ponstan®, Voltaren® etc.) peuvent induire des manifestations anaphylactoïdes (réactions identiques à l'anaphylaxie, mais dont le mécanisme n'est pas allergique). C'est l'allergologue qui doit identifier l'anti-douleur responsable et faire des recommandations pour les traitements alternatifs. Les autres médicaments fréquemment incriminés dans les anaphylaxies d'origine allergique sont les pénicillines et d'autres antibiotiques ainsi que les anesthésiques généraux. Il existe beaucoup d'autres médicaments qui peuvent également provoquer une anaphylaxie. L'allergologue a les compétences requises pour établir le diagnostic (éventuellement par des tests cutanés ou de laboratoire) et pour proposer des alternatives de traitement.
- L'anaphylaxie peut se manifester après un **effort physique**. Dans ces cas on peut souvent incriminer un **cofacteur alimentaire**. La particularité de cette forme d'allergie alimentaire est qu'elle se manifeste seulement si l'ingestion de l'allergène est suivie par un effort physique. On nomme cette entité anaphylaxie alimentaire induite par l'effort.

Il n'est pas possible ici de faire un listing complet de tous les allergènes susceptibles de provoquer des réactions anaphylactiques, le contenu de ce listing augmentant régulièrement.

CLASSIFICATION DES STADES DE GRAVITÉS DANS L'ANAPHYLAXIE

Il faut différencier plusieurs stades de gravité dans l'anaphylaxie. La classification a été initialement appliquée pour les réactions aux venins de guêpes ou abeilles mais elle est utile pour toutes réactions anaphylactiques.

- **Stade I**: Urticaire généralisé, malaise, anxiété.
- **Stade II**: Un ou plusieurs symptômes du stade I avec au minimum deux des symptômes suivants: angioœdème, oppression thoracique, douleurs abdominales, nausée, diarrhées, vertiges.
- **Stade III**: Un ou plusieurs symptômes du stade I avec au minimum deux des symptômes suivants: dyspnée (difficulté de respirer), dysphagie (difficulté à avaler), dysphonie (altération de la voix), confusion, angoisse de mort.
- **Stade IV**: Un ou plusieurs symptômes du stade I avec au minimum deux des symptômes suivants: cyanose (teint bleuâtre de la peau surtout visible au niveau du visage et des extrémités), hypotension (baisse de la tension artérielle), collapsus (perte de connaissance), syncope (collapsus et perte de connaissance).

Dans la prise en charge d'un patient avec anaphylaxie on peut distinguer la prise en charge de l'urgence et le suivi.

- **Toute réaction anaphylactique** doit motiver une consultation médicale si possible immédiate, car en cas de récurrence, la réaction peut être plus sévère.

- **Les stades III et IV sont une urgence** qui nécessite une prise en charge médicale immédiate par une équipe spécialisée (transport avec une ambulance médicalisée) et une hospitalisation dans un centre avec un centre de soins intensifs (réanimation). Dans les villes, il existe des services d'urgence qui visitent les patients à leur domicile ou des hôpitaux avec des services d'urgence et de réanimation. A la campagne il y a souvent un médecin de garde ou d'astreinte pour les urgences médicales.

Tous les médecins ont été formés à reconnaître et à donner le traitement initial de l'anaphylaxie.

- **En cas de piqûre d'hyménoptère**, l'aiguillon de l'abeille avec son sac de venins qui reste dans la peau après piqûre doit être enlevé le plus rapidement possible. De même l'ingestion d'aliments ou la perfusion de médicaments suspects doit être interrompu immédiatement. Le patient doit être allongé et les jambes surélevées. Des modalités supplémentaires de traitement intensif du choc anaphylactique sont disponibles dans des centres hospitaliers avec service d'urgence et de soins intensifs.



Utilisation de la trousse d'urgence :

- **Dès le début de la réaction allergique**, prendre l'antihistaminique aux doses prescrites et tenir prête la seringue autoinjectable d'adrénaline.

- **En cas de symptômes allergiques sévères**, utiliser la seringue d'adrénaline, conformément aux instructions (appliquer sur la cuisse la seringue prête à l'emploi Anapen®, EpiPen® ou Jext®). Toujours consulter un médecin après une auto-injection d'adrénaline (CAVE : effet rebond)

- **Si vous vous trouvez dans un endroit isolé**, prendre par précaution la cortisone selon les indications du médecin

Des prises en charge intesives du choc anaphylactique sont dispensées dans les centres hospitaliers avec service d'urgence et soins intensifs.

Suivi du traitement:

- Après chaque anaphylaxie, [une consultation chez le spécialiste en allergologie](#) est nécessaire. Celui-ci doit confirmer le diagnostic et rechercher un allergène inconnu ou affirmer le rôle d'un allergène suspecté. Dans ce but, le spécialiste dispose de divers examens comme les tests cutanés pour dépister les causes allergiques IgE dépendantes. Une fois un allergène identifié, il prodiguera des conseils pour éviter des reexpositions à l'allergène incriminé. Un passeport d'allergie spécifiant le type d'allergène, de réaction et les modalités du diagnostic doit être remis au patient. Ce passeport est utile pour tout autre médecin qui verra le patient. Dans une situation d'urgence, il permet dans certains cas de plus rapidement poser le diagnostic d'anaphylaxie et d'identifier l'allergène en cause.
- Le spécialiste va prescrire aux patients qui ont présenté une réaction anaphylactique [une trousse d'urgence](#) qui contient des seringues d'adrénaline auto-injectable et d'autres médicaments anti-allergiques comme des comprimés d'antihistaminiques et de corticoïdes. Le spécialiste indique également les mesures préventives à prendre si une reexposition à l'allergène est inévitable. Il fera les déclarations auprès de l'assurance si nécessaire. Il donnera des conseils quant aux autres affections allergiques qui peuvent accompagner une anaphylaxie, comme la rhinite, l'eczéma ou l'asthme.
- L'allergologue s'assurera aussi que le patient ne prend pas de médicaments qui risquent d'aggraver l'anaphylaxie ou de rendre son traitement plus difficile (surtout les bêtabloquants, médicaments contre l'hypertension et le glaucome), qui rendent l'adrénaline moins efficace.
- Finalement, une [induction de tolérance ou désensibilisation](#) peut être entreprise pour certains allergènes ayant provoqué une anaphylaxie comme par exemple le venin de guêpe ou d'abeille ou certains médicaments. Cette intervention a pour but d'induire une tolérance et consiste à administrer l'allergène à dose croissante sous surveillance médicale. Elle est également du domaine de l'allergologue. ■





IV. PRÉVENTION, TRAITEMENTS

Pour lutter contre les maladies allergiques, nous avons à disposition des traitements ainsi que des mesures de prévention. La sensibilisation et l'allergie sont des processus actifs qui évoluent tout au long de l'existence : le patient peut acquérir de nouvelles allergies ou diminuer sa réactivité contre les allergènes auxquels il est déjà sensibilisé. Ainsi, pour la prise en charge des maladies allergiques, autant la prévention que les traitements sont indispensables.

Les traitements d'une maladie allergique sont en principe basés sur 3 piliers : l'élimination de l'allergène, les médicaments et l'immunothérapie. L'élimination de l'allergène doit toujours être pratiquée lorsqu'elle est possible pour éviter de stimuler l'inflammation allergique. Le traitement médicamenteux a pour but de lutter contre les symptômes et maîtriser l'inflammation allergique. Il ne s'agit pas de traitements curatifs et les symptômes peuvent récidiver après arrêt du traitement.

L'immunothérapie, ou désensibilisation, est le seul traitement de la cause des maladies allergiques. Ce traitement n'est malheureusement pas efficace ni utilisable pour toutes les formes d'allergies.

1. LES ALLERGIES EN VOYAGE

Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier

Chef du service des allergies, Clinique de dermatologie, Hôpital universitaire de Zurich

Les personnes souffrant d'allergies souhaitent également partir en voyage et peuvent le faire. Toutefois, il y a quelques éléments supplémentaires à prendre en compte. D'autres pollens et périodes de pollinisation, des plats locaux que l'on ne connaît pas et dans lesquels peuvent se cacher des allergènes alimentaires, des poils d'animaux dans les chambres d'hôtel ou des allergies de contact à des plantes inconnues: d'autres allergènes, des substances inconnues et donc d'autres dangers peuvent vous guetter lorsque vous êtes en vacances et en voyage. Néanmoins, les personnes allergiques ne devraient pas se laisser gâcher le plaisir des vacances et des voyages. Il suffit de prêter une attention particulière à certains aspects.

La « destination idéale » pour les personnes allergiques n'existe pas. Chaque patient devrait planifier individuellement la sienne. Si vous êtes fortement affecté par des allergies, il est d'autant plus utile de tenir particulièrement compte de certains aspects lors de la planification.

POLLENALLERGIEN

Pour les personnes allergiques au pollen, les calendriers polliniques internationaux sont très utiles et peuvent aider à choisir une destination **Pollen et allergie – Pollen à l'étranger (Pollen und Allergie – Pollen im Ausland)**.

Si vous vous rendez dans l'hémisphère Sud, tenez compte des changements de saison: si l'été prédomine chez nous, l'hiver peut y être présent, ou inversement. Mais même des distances de voyage beaucoup plus courtes peuvent entraîner des différences étonnantes en matière de pollens: ainsi, la période de vol de nombreux pollens au sud des Alpes se situe plusieurs jours, voire plusieurs semaines, plus tôt qu'au nord des Alpes; en outre, d'autres pollens se présentent différemment en raison d'une végétation différente. Les sites Internet consacrés aux pollens (www.pollenundallergie.ch) fournissent également d'excellentes informations à ce sujet.

En voici quelques exemples:

Le climat sec et doux, par exemple au bord de la Méditerranée, est souvent particulièrement adapté aux asthmatiques. Pour les patients souffrant d'allergies au pollen de frêne dans notre pays, il est important de tenir compte de la période de vol du pollen d'olivier, qui lui est apparenté. L'Islande, quant à elle, est considérée comme particulièrement accueillante pour les personnes allergiques. Là-bas, il y a peu d'arbres qui laissent voler leur pollen et la floraison de l'herbe est plus courte.

Si vous aimez voyager en voiture, faites installer des filtres à pollen dans votre voiture et remplacez-les régulièrement. Gardez les fenêtres fermées en voiture ou en train. Rouler en cabriolet peut être un plaisir, mais en période de pollinisation, c'est une épreuve absolue pour les personnes allergiques au pollen.

Lors des déplacements en avion, les muqueuses nasales ont tendance à se dessécher. Les sprays nasaux à l'eau salée peuvent aider à lutter contre ce phénomène. Les différences de pression pendant le vol peuvent provoquer des symptômes désagréables en cas de rhinite allergique, car la pression dans l'oreille est moins équilibrée. Mâcher du chewing-gum, avaler souvent et utiliser des gouttes décongestionnantes pour le nez sont autant de solutions qui peuvent aider.

ALLERGIES AUX ACARIENS ET AUX POILS D'ANIMAUX

Certains hôtels proposent des chambres spéciales pour les personnes allergiques – cela vaut la peine de les demander !

A titre d'exemple, si vous êtes allergique aux acariens, il vaut mieux réserver un logement sans moquette épaisse ni meubles rembourrés exubérants. Il serait peut-être même judicieux d'apporter vos propres draps ou couvertures. Existe-t-il des housses de matelas antiacariens ? Les personnes allergiques aux acariens et aux moisissures peuvent également veiller à la bonne aération de leur logement avant leur arrivée.

Au-dessus de 1500 mètres, il n'y a pratiquement plus d'acariens en raison de la diminution de l'humidité de l'air. Les personnes allergiques aux acariens se sentent donc généralement beaucoup mieux à ces altitudes, malgré parfois la présence d'un peu plus de poussière. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles les séjours dans les cliniques de haute montagne (comme Davos ou Montana) conviennent parfaitement aux personnes souffrant d'allergies graves.

Il convient toutefois de noter que dans les régions tropicales ou dans les lieux où l'hygiène est limitée, on trouve fréquemment des blattes, qui sont souvent responsables d'allergies respiratoires en raison de leur parenté avec les acariens. Dans les régions tropicales, les cafards font partie des principales causes d'allergies respiratoires. Pour cette raison, notamment, il convient d'éviter autant que possible tout contact avec eux, par exemple en adoptant une hygiène stricte dans la chambre à coucher et la cuisine, si cela est possible.

Les patients allergiques à certains poils d'animaux devraient se renseigner sur la réglementation concernant la détention d'animaux domestiques dans leur logement. Dans les appartements de vacances en particulier, des plaintes désagréables peuvent survenir si les locataires précédents sont venus avec leur chien. Les acariens ou les



poils d'animaux peuvent également s'accumuler dans les coussins des sièges de train, de bus ou, plus rarement, d'avion. Les personnes allergiques devraient donc avoir leurs médicaments à portée de main, car ces sièges ne peuvent pas toujours être choisis librement et leur charge en substances allergènes n'est généralement pas détectable.

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Pour les personnes souffrant de symptômes allergiques sévères dus à des allergies alimentaires, un voyage, voire le simple fait de manger à l'extérieur, peut représenter un grand défi. Il peut être très pénible de devoir éviter de nombreux plats lors d'un repas convivial à l'extérieur, de ne pas pouvoir goûter à une délicieuse spécialité locale ou, si l'on ose tout de même la déguster, de devoir le payer par l'apparition de troubles gênants, voire dangereux. Parfois, la déclaration nécessaire des aliments contenus fait défaut ; parfois, elle n'est tout simplement pas possible, par exemple lorsque des plats sont préparés à partir de différents ingrédients – on pense ici aux recettes de sauces, de mélanges de currys ou de boissons, souvent gardées comme un secret de famille. De nombreuses substances qui provoquent des allergies ou des intolérances ne sont donc pas reconnaissables au premier coup d'œil.

Des fruits tropicaux inconnus, des sauces satay avec des cacahuètes, des fruits de mer presque comme aliments de base – il y a des défis à relever. A cela s'ajoutent d'éventuels allergènes cachés tels que des parasites de poisson dans le poisson cru lors de la dégustation de sushis, la contamination de la farine par des acariens, ce qui peut entraîner le « syndrome du pancake » – c'est-à-dire des allergies aux pâtisseries dues à la présence de restes d'insectes ou d'araignées dans la farine – ou tout simplement des plats totalement inhabituels comme le « nid d'oiseau » en Extrême-Orient – il y a là de quoi gâcher un repas au restaurant ou au marché.



En cas d'allergie alimentaire proprement dite, une démangeaison dans la bouche lors de la dégustation d'un plat peut constituer un premier signal d'alarme à prendre en compte, à savoir que l'aliment que l'on vient de déguster pourrait contenir des substances allergènes ; la prudence est alors de mise pour continuer à manger.

Lors de voyages de plusieurs jours en pension complète (comme les croisières) ou avant un long vol, il est recommandé, en cas d'allergies alimentaires prononcées, de s'informer quelques jours avant le voyage prévu sur les plats qui seront servis et d'informer l'organisateur ou la compagnie aérienne des allergies connues. Une fois dans l'avion, il peut être beaucoup plus difficile de reconnaître ou de trouver des plats appropriés, d'autant plus que le personnel de bord ne peut pas non plus connaître tous les ingrédients des repas proposés. En cas d'allergies alimentaires graves, il peut donc être judicieux d'informer les personnes concernées des allergies connues quelques jours avant un voyage prévu, surtout si celui-ci dure plusieurs heures ou même plusieurs jours. L'envoi d'une « liste positive » des aliments tolérés peut également s'avérer utile.

De plus en plus d'aliments sensibles pour certaines personnes, comme les noix, le soja ou le lait, sont heureusement déclarés, ce qui peut aussi faciliter considérablement le choix des repas.

Il peut également s'avérer utile d'emporter une « réserve de secours » d'aliments bien tolérés à utiliser si les conditions de voyage, les barrières linguistiques ou d'autres obstacles rendent impossible ou difficile le recours à des produits non allergènes. Dans ces cas-là, il est également judicieux de toujours avoir sur soi des médicaments pour traiter une éventuelle réaction allergique, au cas où. Et, avec une lettre correspondante du médecin, les auto-injecteurs d'adrénaline peuvent être acceptés à bord malgré la présence d'une « seringue » dans le bagage à main.

ALLERGIES AU VENIN D'ABEILLE / DE GUÊPE

Pour les patients allergiques au venin d'abeille ou de guêpe, il est également conseillé d'emporter suffisamment de médicaments d'urgence, voire un auto-injecteur d'adrénaline. D'une part, parce que l'aide médicale peut être difficile à obtenir dans ces endroits reculés, les services de secours ne fonctionnent pas partout aussi bien qu'en Suisse et, même dans notre pays, il est difficile de se rendre à certains endroits même en hélicoptère, si tant est que l'on ait suffisamment de réseau via le téléphone portable pour organiser l'aide. En outre, d'autres espèces de guêpes, comme la fourmi rouge de feu, peuvent également provoquer des réactions allergiques. Dans le sud des États-Unis, dans certaines régions d'Amérique latine et d'Australie, on trouve des fourmis de feu dont le venin est très proche de celui des abeilles et des guêpes ; les morsures ou les piqûres de fourmis sont souvent difficiles à éviter et peuvent donc déclencher de graves symptômes allergiques chez

les personnes allergiques, par exemple lorsqu'elles jouent au golf. Une immunothérapie appropriée avec du venin d'abeille ou de guêpe protège toutefois parfaitement contre de telles allergies dans de nombreux cas.

ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS

L'idéal est d'emporter ses propres médicaments en quantité suffisante, car il est parfois difficile de s'en procurer, surtout dans les pays lointains. En outre, il est important d'établir une liste de médicaments nécessaires, dans laquelle figurent non seulement les noms de marque des préparations, mais aussi les substances actives, car à l'étranger, les médicaments portent souvent d'autres noms.

En raison du voyage, vous pourriez être amené à prendre de nouveaux médicaments jamais pris auparavant, comme des antipaludéens. En accord avec le spécialiste prescripteur, il peut s'avérer judicieux de les « tester » à la maison, afin de pouvoir opter pour d'autres groupes de substances en cas d'éventuelles intolérances.

ALLERGIES CUTANÉES

Pour certains patients atteints de dermatite atopique, un séjour au bord de la fraîcheur de la mer du Nord, dans un climat tropical humide ou dans les Alpes peut être très bénéfique - pour d'autres, l'exposition intensive au soleil dans ces régions risque d'en aggraver les troubles. L'eau de mer salée peut également être très douloureuse pour les plaies cutanées ouvertes, mais elle peut aussi être très bénéfique. Il s'agit ici de déterminer individuellement ce qui convient le mieux et, le cas échéant, d'adapter le type de voyage en conséquence.

En outre, il est recommandé de prévoir une quantité suffisante de pommades, de crèmes et de produits de soins pour la peau, car il est souvent difficile de les trouver ailleurs.

Par ailleurs, d'autres déclencheurs d'eczéma de contact sont également à prévoir lors des voyages. Le nickel contenu dans les bijoux fantaisie ou les piercings achetés récemment, ou le paraphénylènediam (PD), utilisé comme colorant noir bon marché dans les teintures pour cheveux, les textiles ou les tatouages, sont des déclencheurs agressifs et fréquents d'eczéma allergique au niveau topique. D'autres plantes, comme le lierre vénéneux (poison ivy), peuvent également provoquer de fortes irritations cutanées en raison de leur sève. Le contact avec des animaux inconnus tels que les coléoptères déchiquetés, les cent et mille-pattes et la processionnaire du chêne, une espèce de plus en plus fréquente dans notre pays, peut également déclencher de fortes irritations cutanées. Sans parler des contacts avec l'eau lors de la plongée en apnée ou dans les poches, où les méduses, les oursins ou les coraux peuvent entraîner des irritations cutanées



importantes. Donc, en cas de doute, ne touchez pas les animaux ni les plantes inconnues et évitez autant que possible tout contact direct avec la peau.

Les températures extrêmes ou le passage rapide du chaud au froid peuvent déclencher des poussées chez certains patients ayant tendance à faire de l'urticaire tout comme une forte transpiration ou une pression prolongée, par exemple celle d'un sac à dos lors d'une randonnée. Pour les patients ayant des antécédents de ce type, il peut donc être très utile d'emporter des antihistaminiques à titre préventif pour un éventuel traitement.

Avant de partir en voyage, il est tout à fait conseillé, en cas de troubles allergiques importants, de consulter un médecin connaissant bien les allergies et de se faire conseiller en conséquence (**Trouver un spécialiste [Finden Sie einen Facharzt – ssai.ch]**). Des informations sur les sites d'information correspondants tels que le Allergeizenrum Schweiz (www.aha.ch) et les conseils médicaux aux voyageurs (**Institut des maladies tropicales [Reisemedizinisches Zentrum - swisstph.ch]**) peuvent également être utiles.

En résumé, avant de voyager, il convient de

- En cas d'allergies connues, se renseigner à temps sur la charge allergique à laquelle il faut s'attendre (que ce soit dans l'air ou dans l'assiette).
- Selon la situation, se renseigner à l'avance auprès des hébergements, des organisateurs de voyages ou des exploitants de moyens de transport concernés et de les informer.
- Emporter ses propres médicaments si nécessaire.
- En cas d'intolérance à certains médicaments, il convient de consulter son médecin traitant ou de faire un essai à la maison.
- Emporter suffisamment de médicaments d'urgence et, le cas échéant, un auto-injecteur d'adrénaline

S'ils tiennent compte de ces mesures, les patients allergiques peuvent, eux aussi, voyager sans problème et avec plaisir. ■

2. MÉDICATION

Dr Annette Leimgruber-Bosset

Division d'immunologie et allergologie, CHUV, Lausanne

LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : DE QUOI S'AGIT-IL?

Il existe heureusement des médicaments efficaces et sûrs pour traiter les allergies qui, dans la population, touchent près de 30% des individus. On utilise surtout les antihistaminiques, des médicaments qui permettent de maîtriser l'inflammation liée à l'allergie (dérivés de la cortisone à usage local, cromones et antileucotriènes), ainsi que des bronchodilatateurs pour agir sur la constriction des bronches chez l'asthmatique. Pour obtenir un effet optimal, ces différents médicaments doivent souvent être associés.

Efficacité des différents traitements :

Maladies	Symptômes	Anti-histaminiques	Cromones	Corticoïdes topiques	Anti leucotriènes
Rhinite	Démangeaisons	+++	+	+++	+
	Eternuements	+++	+	+++	+
	Ecoulement	+++	+	+++	+
	Obstruction	+	+	+++	++
Conjonctivite	Démangeaisons	+++	+++	contrôle ophtalmologique indispensable*	
	Larmolement	+++	+++		
	Erythème	+++	+++		
Asthme	Toux	+	+	+++	++
	Dyspnée	0	+	+++	++
	Respiration sifflante	0	+	+++	++

efficacité: bonne +++, moyenne ++, faible +, nulle 0

*efficacité +++

QUELS TRAITEMENTS SONT UTILISÉS POUR TRAITER LES ALLERGIE ?

Les antihistaminiques

Ils sont destinés à neutraliser l'histamine en entrant en compétition avec cette substance dont l'importance est grande dans la réaction allergique. Ces médicaments existent depuis 1937, et ceux qui ont été commercialisés avant les années 80, dits de 1^{re} génération, se sont avérés d'emblée très efficaces. Cependant leur utilisation a comporté un inconvénient majeur, par le fait qu'ils pouvaient provoquer une certaine sédation, préoccupante en particulier chez les conducteurs de véhicules (diminution de la vigilance, somnolence). Ces 25 dernières années, on a vu apparaître des antihistaminiques de 2^e génération qui n'ont pratiquement plus d'effet sédatif.

Les antihistaminiques existent sous forme de médicaments à prendre aussi bien par voie buccale (comprimés, sirop ou gouttes) que sous forme topique (spray nasal ou collyre oculaire). On les utilise peu sous forme de crèmes ou gels, car ils peuvent être responsables eux-mêmes d'allergies de contact.

Les antihistaminiques par voie buccale s'avèrent très efficaces pour la rhinite, la conjonctivite et l'urticaire, aussi bien chez l'enfant dès l'âge de 2 ans que chez l'adulte. Ils sont en revanche peu utiles pour l'asthme. Les antihistaminiques de 2^e génération pris par voie buccale peuvent être utilisés pour une longue durée, au vu de leur tolérance excellente. Ils sont bon marché, peuvent être utilisés au coup par coup, car leur action débute après 30 minutes environ et dure en général 24 heures.

Pour l'urgence (crise d'urticaire par exemple), on utilise souvent la lévocétirizine vu son action rapide. Les antihistaminiques permettent de diminuer les démangeaisons, l'écoulement nasal, les éternuements et le larmolement. Ils sont moins actifs pour diminuer l'obstruction nasale, et dans ce cas, certains patients ont malheureusement tendance à abuser de gouttes nasales vasoconstrictrices en vente libre et qui sont en fait destinées à décongestionner et désinfecter le nez lors de rhume infectieux. Il faut être très prudent avec ces vasoconstricteurs topiques qui ne peuvent être utilisés plus d'une semaine sans provoquer une irritation de la muqueuse nasale, d'où une aggravation de l'obstruction nasale. Les sprays antihistaminiques à usage nasal sont peu utilisés, car ils sont moins efficaces que les sprays corticoïdes topiques. Cependant, depuis 2012, un spray nasal associant un antihistaminique et un corticoïde topique s'est avéré efficace en cas de rhinite importante répondant insuffisamment à un spray corticoïde topique. A noter qu'un simple lavage nasal avec de l'eau salée, effectué avant l'administration des sprays avec médicaments est utile, en particulier en cas de croûtes, pour améliorer l'absorption des médicaments. Par contre, les collyres oculaires antihistaminiques sont très appréciés, car ils agissent très rapidement, en diminuant les symptômes de conjonctivite après quelques minutes déjà. Néanmoins, ils ne devraient pas être utilisés quotidiennement pour plus de 6 semaines, car ils sont responsables à la longue d'une sécheresse oculaire.

Durant la grossesse, on prescrit si possible des antihistaminiques sous forme topique. Les antihistaminiques de 2^e génération, en particulier cétirizine et levocétirizine, loratadine et desloratadine, peuvent être utilisés, car on sait qu'ils n'ont jamais provoqué de malformations foetales. Ils sont actuellement préférés aux anciens antihistaminiques de 1^e génération qui comportent trop de sédation. Durant l'allaitement, seuls les antihistaminiques de 2^e génération sont conseillés, et à dose modérée, en raison d'un faible passage dans le lait maternel.

Depuis 2003, un extrait de feuilles de pétasite «*Petasites hybridus*» est autorisé pour le traitement de la rhinite allergique. Certaines études montrent que cette plante a des propriétés antiallergiques proches de celles des antihistaminiques classiques. Ce

médicament est apprécié par les patients souhaitant des thérapies naturelles. Néanmoins, comme c'est le cas pour certains médicaments à base de plantes, le risque d'un effet toxique au niveau du foie ne peut être formellement exclu, car les racines de pétéasite contiennent des alcaloïdes toxiques, absents dans les feuilles utilisées pour extraire ce médicament. Ainsi, ce traitement est déconseillé aux femmes enceintes et allaitant.

Les Cromones

Ces médicaments sont utilisés localement sous forme de collyres oculaires surtout, de sprays pour le nez et de solution à inhaler pour les bronches. Ils sont très bien supportés et ne comportent quasi aucun effet secondaire, mais nécessitent plusieurs prises quotidiennes pour obtenir un effet optimal. De plus, ils sont clairement moins efficaces que les corticoïdes topiques pour la rhinite et l'asthme. Ainsi, dans ces deux indications, on les utilise surtout chez l'enfant, pour économiser les corticoïdes topiques. Ils sont en revanche fréquemment prescrits pour soulager les symptômes de la conjonctivite, aussi bien chez l'enfant que l'adulte, les corticoïdes topiques ne pouvant être appliqués dans l'œil qu'avec une grande prudence.

Les dérivés de la cortisone à usage local

Ces médicaments prescrits sous forme liquide ou de poudre sèche à inhaler représentent le traitement le plus efficace pour contrôler l'inflammation associée à la rhinite allergique et l'asthme. Ils sont capables d'améliorer tous les symptômes de ces deux maladies. Dans ces indications, si la dose conseillée est respectée, ce qui est particulièrement important chez le petit enfant pour préserver sa croissance, ils comportent très peu d'effets secondaires. Ils peuvent être également prescrits à la femme enceinte. Lorsqu'il est nécessaire de les utiliser à fortes doses pour l'asthme et sur une période prolongée, on déconseille de les arrêter d'un coup, car il y a un risque en particulier chez l'enfant d'insuffisance des surrénales. **Leur utilisation sous forme de collyres oculaires est délicate et demande une surveillance par l'ophtalmologue.** En effet, l'herpès de la cornée représente une contre-indication stricte à un tel traitement. De plus, l'utilisation d'un collyre à base de cortisone pour une longue durée augmente le risque de glaucome et de cataracte.

Les corticoïdes topiques sont si efficaces dans la rhinite et l'asthme qu'il est heureusement rare de devoir prescrire de la cortisone par voie buccale. On déconseille vivement les injections intramusculaires, en particulier pour le rhume des foins, car le fait d'arroser pour plus de 6 semaines tout l'organisme avec une dose non négligeable de cortisone n'est pas dénué d'effets secondaires. D'autant plus que la météo se chargera parfois d'offrir de longues périodes de pluie qui soulageront à elles seules le patient : dans ce cas, l'injection-dépôt aura été inutile !

Enfin, pour les allergies cutanées (eczéma surtout), lorsque les crèmes de base hydratantes sont insuffisantes, on utilise pour de courtes périodes (environ une semaine, puis à doses dégressives, à répéter en cas de nouvelle poussée) des dérivés de la cortisone sous forme de crèmes, pommades ou onguents. Il est essentiel de bien respecter le schéma d'administration prescrit, en particulier chez l'enfant, ainsi que la durée du traitement recommandée par le médecin, car la cortisone appliquée sur la peau pour une longue durée peut induire une atrophie cutanée (visage surtout).

Les antileucotriènes

Depuis quelques années, on dispose de médicaments (comprimés) capables de diminuer la libération de leucotriènes dans l'organisme. Les leucotriènes étant des substances capables de favoriser l'inflammation des muqueuses respiratoires, ces médicaments sont essentiellement utilisés chez les asthmatiques. Ils sont moins efficaces que les corticoïdes topiques auxquels ils sont souvent associés, car ils permettent en général d'en réduire la dose. Seuls, on les utilise surtout dans l'asthme léger, en particulier l'asthme lié à l'effort, moins souvent dans la rhinite allergique obstructive. Ils sont très bien supportés et le montelukast peut être administré chez les petits enfants, dès l'âge de 6 mois.

Les bronchodilatateurs

Pour l'asthme, il faut encore mentionner les bronchodilatateurs (sprays ou poudres à inhaler) qui ouvrent les bronches en relâchant leurs muscles, permettant ainsi de "couper une crise d'asthme" en urgence. Leur rapidité d'action (quelques minutes) les a rendus très populaires. Néanmoins, ces médicaments, s'ils sont utilisés seuls, n'ont pas d'effet sur l'état inflammatoire de la muqueuse bronchique. Ainsi, dès qu'un patient doit utiliser son bronchodilatateur plus de 2 fois par semaine, il est nécessaire d'introduire un traitement quotidien avec des corticoïdes topiques pour soigner l'inflammation des bronches.

L'asthme sévère

Dans de rares cas, l'asthme allergique résiste aux différents médicaments mentionnés. Il est alors possible de compléter le traitement avec des injections d'anticorps monoclonaux capables de fixer les anticorps de l'allergie pour les bloquer. Ces médicaments très coûteux ne peuvent être prescrits que par des spécialistes, après un bilan détaillé concernant notamment la gravité de l'asthme et ses caractéristiques.

COMMENT UTILISER CES TRAITEMENTS?

Lorsqu'un patient se présente avec une légère rhino-conjonctivite, on propose un antihistaminique de 2^e génération par voie buccale, au coup par coup, puisque ces médicaments bon marché sont efficaces en moins d'une heure pour la rhinite et la conjonctivite. Si cela s'avère insuffisant, on complète le traitement avec des collyres oculaires en cas d'irritation des yeux (cromones et/ou antihistaminiques), et des corticoïdes topiques pour le nez en cas de rhinite. Dans ce cas, le traitement doit être pris régulièrement pour juguler l'inflammation de la muqueuse nasale. Pour l'asthme, on ne prescrit un bronchodilatateur comme seul médicament que si les crises sont peu fréquentes (moins de 2 par semaine), sinon il faut entreprendre un traitement de base régulier avec des corticoïdes topiques et/ou des antileucotriènes. Ces médicaments de base sont souvent associés à des bronchodilatateurs, ce qui permet d'augmenter leur efficacité. Enfin, pour les allergies cutanées, les antihistaminiques par voie buccale permettent de diminuer les démangeaisons, aussi bien dans l'eczéma que l'urticaire. En cas d'eczéma, il est essentiel d'hydrater quotidiennement la peau avec des crèmes de base. Lorsque cela s'avère insuffisant, on utilise, pour des périodes limitées et selon l'avis du médecin, des crèmes à base de cortisone. ■

TRAITER UNE ALLERGIE PAR DES COMPRIMÉS, C'EST POSSIBLE !

En Suisse, près de 1,2 million de personnes, soit environ 20% de la population, souffrent du rhume des foins. Il est avant tout recommandé aux allergiques d'éviter la source d'une allergie (par ex. en prenant un congé). Mais en présence de pollens dans l'air, cette solution est difficile voire impossible à mettre en œuvre. Les sprays nasaux ou les collyres peuvent aussi permettre de lutter contre les symptômes comme le nez bouché et les yeux rougis. Mais en l'absence de soulagement, il est alors recommandé d'envisager une désensibilisation. Cette forme de traitement est prescrite par un médecin et agit un cran plus loin : **elle ne lutte pas seulement contre les symptômes, mais en traite également la cause.**



Le nombre d'allergiques qui optent pour un traitement causal est relativement faible. Le terme de désensibilisation est en effet souvent associé aux injections. Mais il existe depuis plusieurs années la possibilité de bénéficier d'une immunothérapie allergénique prometteuse sous forme de comprimé.

COMMENT UN COMPRIMÉ DE DÉSENSIBILISATION AGIT-IL ?

Les comprimés sont composés d'extraits de sources naturelles d'allergènes (comme les pollens d'arbres). Ces allergènes sont absorbés par la muqueuse buccale et génèrent une nouvelle tolérance du système immunitaire normalement programmé pour la défense. Les cellules immunitaires sont donc moins sensibles en cas de contact renouvelé avec du pollen. Dans le meilleur des cas, les symptômes disparaissent complètement. Pour obtenir un effet à long terme, **le traitement doit être suivi pendant 3 ans.**

COMMENT LA DÉSENSIBILISATION PAR COMPRIMÉS SE DÉROULE-T-ELLE ?

Très **simple, confortable et efficace**, ce traitement **convivial** reflète **l'état actuel de la science** :

- Le premier comprimé est pris sous surveillance médicale, au cabinet.
- Les autres comprimés sont pris **une fois par jour à domicile**.
- Le comprimé est **placé sous la langue** et se dissout rapidement.
- Les symptômes s'améliorent dans la plupart des cas dès la première saison.

À QUI S'ADRESSE LA DÉSENSIBILISATION PAR COMPRIMÉS ?

Il existe des comprimés ou des gouttes homologués pour l'allergie aux pollens de graminées, aux pollens d'arbres et aux acariens. La prise quotidienne du comprimé se faisant à la maison, ce traitement est facile à intégrer au quotidien. Au contraire de la désensibilisation par injections, il est inutile de consulter son médecin chaque mois.

Cette forme de thérapie exige néanmoins plus de discipline. La prise continue des comprimés est essentielle à la réussite du traitement. Il est donc recommandé aux parents de surveiller la prise non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adolescents. Mais l'effort en vaut la peine dans la plupart des cas: les symptômes allergiques disparaissent à long terme.

QUELS SONT LES AVANTAGES D'UNE DÉSENSIBILISATION PAR COMPRIMÉS ?

- Elle est partout réalisable, même en voyage.
- Elle nécessite peu de consultations médicales par an.
- La prise est simple et l'efficacité est prouvée par plusieurs études.

QUAND FAUT-IL COMMENCER UNE DÉSENSIBILISATION ?

Le médecin commence déjà par diagnostiquer l'allergie avant de prescrire le traitement. Il est recommandé de démarrer la prise des comprimés quelques mois à l'avance afin de réduire les symptômes dès le début de la pollinisation en cas d'allergies saisonnières, notamment aux pollens de graminées. **Les allergiques aux pollens d'arbres commencent idéalement leur désensibilisation dès l'automne.** Un lancement de la thérapie est possible à tout moment en cas d'allergie permanente, comme par exemple aux acariens.

En cas de graves symptômes, il est recommandé de ne pas retarder trop longtemps la désensibilisation. Les conséquences à long terme d'une allergie qui n'a pas été suffisamment traitée peuvent conduire à l'asthme. Il est préférable de contacter un spécialiste ou votre médecin de famille dès que possible.



3. DÉSENSIBILISATION

Prof. François Spertini

Division Immunologie et Allergies, CHUV, Lausanne

LA DÉSENSIBILISATION : DE QUOI S'AGIT-IL ?

MALADIES ALLERGIQUES ET DÉSENSIBILISATION :

- Anaphylaxie : venins de guêpes et d'abeilles
- Rhinite et conjonctivite allergique
- Asthme allergique

L'immunothérapie classique, ou désensibilisation consiste en l'administration à dose croissante d'un allergène par voie souscutanée, permettant progressivement l'exposition naturelle à cet allergène sans déclencher de réaction anaphylactique. Bien que ses mécanismes restent mal connus, la désensibilisation spécifique s'est montrée particulièrement efficace dans le traitement de l'allergie aux venins d'hyménoptères (guêpes et abeilles) ainsi que des monoallergies aux aéroallergènes (pollens). Elle est en revanche une arme de faible efficacité chez le patient polyallergique. La désensibilisation peut potentiellement provoquer des effets secondaires (anaphylaxie), et elle requiert un traitement de longue durée (3 à 5 ans).

La démonstration d'une hypersensibilité par des tests diagnostiques est une condition nécessaire à la mise en route d'une désensibilisation.

Les tests cutanés positifs, la plupart du temps doublés de la mise en évidence, par la détermination in vitro, d'anticorps IgE spécifiques, sont le support de toute décision de désensibilisation contre un allergène donné. Dans certains cas, des tests intradermiques doivent être pratiqués, notamment lors d'hypersensibilité aux venins d'hyménoptères. Bien évidemment, le résultat de ces tests doit être mis en relation avec l'expression clinique afin de prouver leur réelle signification.

Les mécanismes de l'immunothérapie restent encore mal connus. Depuis les années 80, on sait que les tests cutanés, les provocations conjonctivales, nasales, bronchiques avec l'allergène décroissent après désensibilisation. La phase inflammatoire précoce ainsi que la phase tardive de la réaction allergique sont considérablement atténuées. Divers points d'impact ont été démontrés. De nombreux arguments laissent penser que le lymphocyte T (globule blanc qui a pour but de reconnaître l'antigène ou l'allergène), dont on sait le rôle crucial dans l'induction de la production des IgE (anticorps de l'allergie), est l'une des cibles préférentielles de l'immunothérapie.

LA DÉSENSIBILISATION : POUR QUELLES MALADIES ALLERGIQUES ?

- **L'anaphylaxie due aux venins d'hyménoptères.** L'hypersensibilité aux venins d'hyménoptères (sous nos climats, guêpes et abeilles) est une indication incontournable à la désensibilisation selon la gravité de la réaction. L'efficacité de cette technique est aujourd'hui définitivement démontrée. Elle paraît néanmoins légèrement meilleure dans le cadre de l'hypersensibilité au venin de guêpe qu'au venin d'abeille.

Divers protocoles d'initiation de la désensibilisation sont envisageables : une approche standard consistant en l'administration de venins purifiés à doses croissantes sur une période d'environ 3 mois avant d'atteindre la dose plateau, une désensibilisation rapide (« rush ») durée de 4 jours et enfin une désensibilisation ultra rapide (« ultra-rush ») de quelques heures. La durée totale de l'immunothérapie au venin d'hyménoptère est encore difficile à préciser. Elle dépend de l'intensité de la réaction initiale, et l'on recommandera en principe pour la **désensibilisation au venin de guêpe une durée de 3 ans**. En cas de réaction sévère, **la désensibilisation au venin d'abeille devrait se poursuivre pendant 5 ans au moins**. La durée de protection après la fin de la désensibilisation est encore mal définie.

▪ **La rhinite et la conjonctivite allergique.** La décision de commencer une désensibilisation chez un patient présentant une rhino-conjonctivite allergique va reposer sur divers arguments dont notamment la durée des symptômes durant la saison pollinique, la sévérité de l'affection, la réponse à la pharmacothérapie classique, la présence d'un asthme, etc. En pratique générale, ces diverses remarques conduisent à une période d'observation du patient sous pharmacothérapie classique pendant au moins une année, avant qu'une décision de désensibilisation ne soit prise.

▪ **Immunothérapie dans l'asthme.** Le rôle de la désensibilisation dans l'asthme est discuté. L'importance des aéroallergènes dans les exacerbations asthmatiques a été clairement démontrée autant pour les allergènes pérenniaux tels qu'acariens ou poils d'animaux, que pour les allergènes saisonniers tels que pollens de graminées, arbres, herbacées ou moisissures. Suivant la durée de l'exposition, la sensibilisation allergénique conduit à l'installation d'un œdème durable de la muqueuse, impliquant l'activation de nombreuses cellules du sang dont initialement mastocytes et lymphocytes, puis neutrophiles et en particulier éosinophiles (globules blancs impliqués dans l'allergie), responsables du relargage d'un grand nombre de substances qui stimulent l'inflammation. **D'une manière générale, on ne doit considérer l'immunothérapie qu'en association avec les mesures d'élimination de l'allergène et une médication anti-inflammatoire.** L'approche thérapeutique classique de l'asthme, incluant éducation du patient, méthodes d'élimination des allergènes et médication anti-asthmatique, a été clairement définie par un récent consensus européen et américain. D'une manière générale, l'immunothérapie ne devrait pas être mise en route avant que l'on ait obtenu des résultats optimaux en suivant les directives de ces récentes publications.

ALLERGÈNES ET DÉSENSIBILISATION :

- Venins de guêpes et d'abeilles
- Pollens d'arbres, de graminées, d'herbacées
- Acariens (d'abord, mise en place de mesures pour l'élimination de l'allergène de l'environnement)
- Squames d'animaux (d'abord, élimination de l'allergène de l'environnement)
 - Moisissures

LA DÉSENSIBILISATION POUR QUELS ALLERGÈNES ?

- L'efficacité de l'**immunothérapie sous-cutanée** dans la rhinite et la conjonctivite pollinique n'est plus à démontrer. La désensibilisation paraît toutefois moins efficace sur les symptômes de la conjonctivite pollinique que sur ceux de la rhinite pollinique. L'efficacité de la désensibilisation dépend de la dose finale obtenue. Ainsi, l'injection de solutions comportant un seul allergène est à préférer aux mélanges d'allergènes. Le traitement a diverses limitations malgré tout : bien que théoriquement une désensibilisation dans le syndrome d'allergie orale croisée (allergie pomme-bouleau par exemple) puisse être une possibilité envisageable, aucune étude à ce jour n'a pu montrer un effet bénéfique dans ce contexte.

L'efficacité de la désensibilisation dans la rhinite perannuelle aux allergènes **d'acariens** est aussi bien admise. Dans tous les cas, cette approche ne devrait être considérée qu'après mise en place de mesures d'élimination optimales des acariens et prescription d'un traitement anti-inflammatoire ou antihistaminique topique pendant une période suffisante (plusieurs mois).

Comme pour la rhino-conjonctivite, la désensibilisation s'est avérée efficace dans les **asthmes allergiques** saisonniers (pollens de graminées, bouleau, armoise). Diverses études démontrent que la désensibilisation abaisse significativement le seuil de déclenchement de la réaction allergique immédiate après provocation bronchique avec l'allergène spécifique et diminue également l'importance de la phase inflammatoire tardive. De même, dans l'asthme sur hypersensibilité aux antigènes **d'acariens**, la désensibilisation par des extraits standardisés confère une protection significative par rapport au placebo. Celle-ci est la plus marquée chez les patients jeunes et les enfants, alors que les patients avec asthme sévère, mal réversible, bénéficient moins de cette approche. Cette dernière observation souligne l'importance d'entreprendre l'immunothérapie avant qu'une phase de chronicité et des lésions non réversibles ne se soient installées.

Bien que la désensibilisation par les squames d'animaux ait été prouvée efficace, l'étape essentielle du traitement de l'asthme dans cette situation est d'éviter le contact avec l'animal, en particulier en l'éloignant du domicile. L'immunothérapie peut néanmoins être considérée lors d'allergie professionnelle chez des vétérinaires, des fermiers, des personnes en contact avec des animaux de laboratoire ou chez des patients fortement sensibilisés pour lesquels il y a une impossibilité d'éviter le contact avec l'allergène, en cas notamment d'exposition indirecte à l'allergène avec des personnes en contact avec des animaux et porteurs d'allergènes.

Enfin, des études bien contrôlées utilisant des extraits de haute qualité de moisissures ont démontré l'efficacité de la désensibilisation à cet allergène.



UNE AUTRE FORME D'IMMUNOTHÉRAPIE : LA DÉSENSIBILISATION SUBLINGUALE

Dans ce mode de désensibilisation dite *sublinguale*, le patient dépose quotidiennement dans la région sublinguale une dose d'extrait d'allergènes sous forme de liquide (spray, gouttes) ou d'une tablette soluble. L'extrait est ensuite avalé ou craché après 2 à 3 minutes. Si cette forme de désensibilisation paraît moins traumatisante chez l'enfant et plus pratique au vu de son auto-administration à domicile, à ce jour aucun marqueur immunologique de l'effet modulateur de cette forme de désensibilisation n'a pu être mis en évidence. Toutefois, plusieurs études démontrent un effet favorable de l'immunothérapie sublinguale dans la rhinite avec ou sans conjonctivite et dans l'asthme, pour autant qu'il soit léger à modéré. Les comparaisons entre les deux techniques sublinguale et sous-cutanée révèlent que la désensibilisation sublinguale est un peu moins efficace que la désensibilisation sous-cutanée, mais qu'elle offre une bonne sécurité (aucune réaction sévère observée). Le principal désavantage de la désensibilisation sublinguale est que ce traitement quotidien est astreignant et requiert une excellente compliance du patient: en cas d'oubli répété des doses, l'efficacité du traitement est compromise. De plus, la dose idéale des extraits sublinguaux, en particulier des formes liquides, n'a pas encore pu être précisée. Malgré tout, ce type d'approche de désensibilisation « muqueuse » est hautement souhaité, et des recherches actives se font dans ce sens.

COMMENT UTILISER LA DÉSENSIBILISATION?

Deux facteurs essentiels inciteront à proposer une immunothérapie :

- la présence d'une allergie à un nombre restreint d'allergènes dont on sait qu'elle répond considérablement mieux qu'une polyallergie
- une réponse insuffisante au traitement pharmacologique, ou le souhait du patient de ne pas poursuivre ce type de traitement

La désensibilisation est un traitement qui comporte un certain nombre de risques. L'injection d'allergènes à des patients porteurs d'IgE spécifiques est grevée du risque de réactions allergiques généralisées, allant du simple urticaire jusqu'au choc. L'utilisation d'allergènes dépôts a réduit les risques de réaction. Ceux-ci restent majeurs avec des extraits aqueux, ceux notamment utilisés lors de la désensibilisation aux venins d'hyménoptères. Une réaction locale avec œdème, rougeur ou démangeaisons est pratiquement inévitable et doit plutôt être considérée comme un indicateur d'une réponse au traitement. Certains médicaments, comme les bêta-bloquants, sont contre-indiqués en cas de désensibilisation, car ils bloquent l'effet de l'adrénaline, que le médecin pourrait être amené à utiliser en cas de réaction allergique généralisée. Avant de débiter une désensibilisation, il est indispensable que le patient signale tous les médicaments qu'il prend.



D'une manière générale toutefois, les réactions sévères tels qu'asthme, angioœdème ou choc anaphylactique ne surviennent que rarement dans les études récentes, lorsque les précautions habituelles sont prises, notamment une couverture d'antihistaminiques avant l'injection. Les causes favorisant les réactions indésirables sont le plus souvent le surdosage en allergènes ou l'administration de l'allergène à la suite d'un intervalle trop court, de sorte que la dose d'allergène de l'injection précédente peut encore s'ajouter à celle de la suivante. De même l'injection de l'allergène après un intervalle trop long diminue l'effet protecteur de l'injection précédente. D'autres erreurs techniques ont été incriminées, telles qu'injection accidentellement intraveineuse ou intramusculaire, erreur de sélection du flacon de préparation, erreur de dilution. L'asthme en crise, l'effort physique important du patient après ou juste avant l'injection sont d'autres causes importantes de réactions sévères. L'âge du patient paraît également être un facteur d'importance. Les enfants de moins de 5 ans présentent un risque significativement plus grand de réactions généralisées.

CONCLUSION

La désensibilisation ou immunothérapie spécifique suscite un regain d'intérêt dans son application clinique. L'utilisation d'extraits allergéniques de haute qualité a démontré le rôle de la désensibilisation dans l'anaphylaxie aux venins d'hyménoptères et dans la rhino-conjonctivite et l'asthme sur hypersensibilité aux pollens et aux allergènes d'acariens, dans une moindre mesure aux squames d'animaux et de moisissures. ■



Make-A-Wish®
SWITZERLAND

**Nous réalisons les rêves d'enfants
gravement malades en Suisse**

Faire un don: IBAN CH26 0027 9279 2794 5940Y

makeawish.ch



sans lactose

Smoothie

banane, framboises miel et yaourt

Une gourmandise naturelle, saine et équilibrée.
Le plein de magnésium, et le plein de calcium dans un même verre !

Pour 2 personnes :

- 2 bananes mûres
- 200g framboises congelées ou mélange de fruits rouges congelés
- 150ml yaourt au lait de soja
- 200ml lait sans lactose
- miel

Pelez la banane et découpez-la en morceaux.

Mettez les morceaux de bananes, les framboises, le yaourt, le lait, le miel et 5 ou 6 glaçons dans le blender et mixez le tout jusqu'à l'obtention d'un smoothie crémeux et homogène.



*Vous serez
en pleine forme
toute la journée !*

CONCOURS



Gagnez

un lot de produits

L'ARBRE VERT

«Sensitive Skin»



Nous sommes convaincus que le respect de l'autre, de soi, de la santé et de l'environnement permet de créer un monde meilleur.

Pour aller encore plus loin, nous avons créé une gamme dédiée aux besoins quotidiens des familles et des peaux sensibles, testée sur des personnes à peau atopique ou souffrantes d'asthme, afin de vérifier l'absence de réaction allergique.

Des formules écologiques et hypoallergéniques, fabriquées en France... ET approuvées.

PRENDRE SOIN DE SA PEAU, c'est d'abord sous la douche...

Geste en apparence anodin, l'utilisation de gels douche ou savons n'est pourtant pas sans conséquence. Les produits d'hygiène corporelle contribuent au maintien d'une peau saine, propre et douce mais peuvent aussi l'assécher. Qu'on ait la peau normale, fragile ou sèche, il convient d'utiliser des produits d'hygiène dont la formule respecte et préserve la barrière cutanée pour maintenir une bonne hydratation de la peau.

... et c'est aussi en prenant soin de son linge

Les problèmes cutanés peuvent être dus à la présence de substances allergisantes dans les lessives et les assouplissants : certains parfums (26 sont classés

allergènes par la réglementation européenne), certains conservateurs dont les MIT (méthylisothiazolinone) et ses dérivés, et les enzymes.

La gamme Sensitive Skin (peaux sensibles) de L'ARBRE VERT répond à un problème de peau, d'allergie cutanée, une solution dans votre quotidien !

Participez et gagnez l'un des vingt lot de produits d'hygiène corporelle et lessive L'Arbre Vert, d'une valeur de Fr. 42.- en scannant le **QR-code**

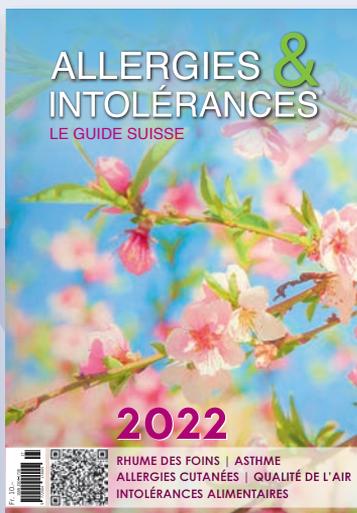
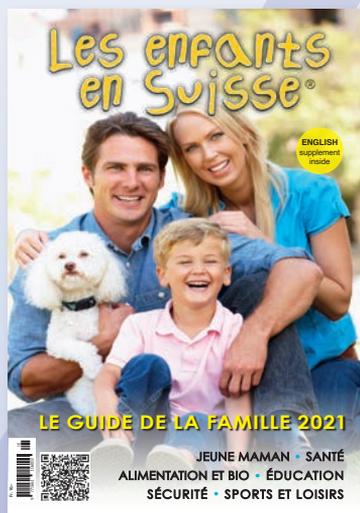
Date limite de participation : 31 août 2022

Bonne chance à tous !



<https://www.arbrevert.ch/fr/concours-swissallergy>

Rang Group Editions



AUSSI DISPONIBLE AUPRÈS DE L'ÉDITEUR

L'exemplaire à commander en ligne au prix de Sfr. 10.–

>>> www.rang-group.ch/fr_CH/shop

Rang Group SA Editions

Ch. des Ecaravez 14b

CH - 1092 Belmont-sur-Lausanne

Tél. +41 21 357 95 47 ■ www.rang-group.ch

