

Les allergies au cabinet du médecin de famille¹

Kirsten Schiesser^{a,b}, Peter Schmid-Grendelmeier^a

^a Allergiestation Dermatologische Klinik des UniversitätsSpitals Zürich und Christine-Kühne-Zentrum für Allergie-Forschung und Edukation CK-CARE, Davos

^b Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Glarus

Le thème des allergies est sur toutes les lèvres: d'une part parce qu'elles sont fréquentes, d'autre part parce qu'elles entrent souvent en ligne de compte dans le diagnostic différentiel en raison de leur vaste tableau symptomatique et de leur caractère multi-organique. Enfin, les allergies dépendent également des habitudes de vie, de l'alimentation et des conditions environnementales et elles donnent donc souvent matière à interrogation et à discussion pour les médias comme pour nos patients. Toutefois, le diagnostic des maladies allergiques n'occupe souvent qu'une toute petite place dans la formation clinique en médecine de premier recours.

Cet article passe brièvement en revue les principales manifestations allergiques et propose des orientations.

Introduction

Les raisons de l'augmentation des allergies observée au cours des dernières décennies sont multiples. Parmi les facteurs avancés figurent entre autres les conséquences de facteurs environnementaux, les importations de nouvelles plantes et de nouveaux aliments, les changements dans les méthodes de culture et dans la sélection des aliments consommés, une meilleure hygiène (ou des normes d'hygiène plus strictes), le surpoids, le mode de vie ainsi que des facteurs psychiques. On saisit également de plus en plus l'importance de l'alimentation et de l'exposition microbienne au cours de la petite enfance, qui semblent avoir une influence sur les allergies ultérieures. De nouvelles études indiquent d'ailleurs que la prise précoce d'allergènes potentiels comme les arachides pourrait prévenir la survenue plus tardive d'allergies à ces substances, ce qui est en contradiction avec ce que l'on pensait jusqu'à présent.

Grâce à des méthodes de test plus sophistiquées, qui permettent de plus en plus d'identifier la molécule véritablement responsable d'une allergie, il est aujourd'hui non seulement possible de mieux mettre en évidence les allergies mais également de mieux les comprendre.

La détermination du taux d'IgE au niveau moléculaire permet d'en partie prédire le risque potentiel de surve-

nue d'une anaphylaxie en cas de sensibilisation prouvée à des aliments et/ou des venins d'hyménoptères. En outre, des médicaments hautement efficaces sont aujourd'hui disponibles pour la prévention et la neutralisation des réactions allergiques ainsi que pour l'immunothérapie. L'examen plus approfondi des réactions allergiques peut donc être payant, en plus d'être bien souvent passionnant.

Du rhume des foins à l'asthme allergique: allergies par inhalation

Les symptômes typiques des allergies des voies respiratoires sont la rhinite allergique (avec crises d'éternuement >3 fois, rhinorrhée aqueuse, congestion et prurit nasal), la conjonctivite (prurit, rougeur, larmolement et légère photophobie) et l'asthme bronchique (souvent sous forme de toux d'irritation ou de dyspnée d'effort). Plus de 90% des patients rapportent la conjonctivite et/ou la rhinite comme étant les principaux symptômes; un bon quart d'entre eux se plaint également de troubles asthmatiques. Dans les cas mineurs, l'asthme se manifeste uniquement sous forme de toux d'irritation ou de sensation d'oppression, notamment en cas d'effort physique, comme expression de l'hyperréactivité bronchique allergique.

Les allergies saisonnières sont principalement déclenchées par les pollens et, dans une bien moindre mesure, par les spores de moisissures. La pollinose, en tant que maladie allergique la plus fréquente, occupe

¹ D'après une conférence tenue dans le cadre du Congrès JHaS 2014.



Figure 1: Manifestations allergiques cutanées (de la collection de photos du département de dermatologie de l'Hôpital universitaire de Zurich).
 a: Eczéma de contact aigu; b: Eczéma atopique/névrodermite; c: Urticaire; d: Œdème de Quincke; e Exanthème médicamenteux;
 f: Exanthème médicamenteux fixe toxique; g: Nécrolyse épidermique toxique (NET, «syndrome de Lyell»).

une place de taille dans les consultations des spécialistes, mais également des médecins de premier recours, ainsi qu'au sein de la population et des médias de masse. En Suisse, nous disposons d'excellentes données polliniques mises à disposition par MétéoSuisse (www.pollenundallergie.ch).

En cas de troubles présents tout au long de l'année, les acariens et les poils d'animaux domestiques tels que les chats, les chiens ou les cochons d'Inde sont les sources allergènes les plus probables. De plus, il convient également de penser aux allergènes d'origine professionnelle tels que la farine, les fleurs et les isocyanates, ou à des déclencheurs plus rares tels que les plantes d'intérieur (par ex. le *figus benjamina*) ou encore la nourriture pour poissons (larves de moustiques

rouges dans la nourriture sèche pour les poissons d'aquarium).

En dehors de l'anamnèse, qui reste absolument essentielle, le diagnostic repose sur le prick-test cutané et sur la détermination du taux d'IgE spécifiques dans le sérum, éventuellement complété, dans certains cas, par un test de provocation avec l'allergène suspecté réalisé par un spécialiste. Certaines mesures diagnostiques élémentaires pour une différenciation simple sont représentées dans le tableau 1.

En plus de la mesure préventive consistant à éviter l'exposition aux allergènes aériens, d'excellents médicaments symptomatiques sont aujourd'hui disponibles (antihistaminiques de nouvelle génération, sprays nasaux topiques et collyres, antiasthmatiques inhalés).

Tableau 1: Mise au point élémentaire de l'allergie: étapes diagnostiques primaires chez le médecin de premier recours.

Central: recueillir l'anamnèse ciblée

Allergie des voies respiratoires

Allergie par inhalation oui/non:

- anamnèse typique
- prick-test cutané avec les allergènes inhalés les plus courants et/ou
- taux global d'IgE, test de dépistage des allergies aériennes saisonnières (Sx1) / perannuelles (Sx2)
- ou bien IgE spécifiques contre l'allergène suspecté (par ex. pollen de graminées g1, épithélium de chat e1 ou spores de moisissures mx2) (examens allergologiques plus poussés nécessaires pour l'indication d'une immunothérapie spécifique)

Allergie alimentaire

- test de dépistage IgE pour la sensibilisation alimentaire (Fx5)
- éventuellement, IgE spécifiques contre un allergène alimentaire particulier suspecté (par ex. arachide f13, lait de vache f2, œuf de poule f1, crevette f24)
- en cas de suspicion d'intolérance à l'histamine/de mastocytose: tryptase sérique

Allergie au venin d'hyménoptères

- taux global d'IgE, IgE spécifiques contre le venin d'abeille (i1) et le venin de guêpe (i3), idéalement dès 3-4 semaines après la piqûre
- tryptase sérique

Hypersensibilité médicamenteuse

- anamnèse la plus précise possible (signes cliniques, chronologie)
- non adapté au cabinet du médecin de premier recours: tests cutanés et examens *in vitro*, difficiles à réaliser et à interpréter > à réaliser par un allergologue

En cas de rhino-conjonctivite allergique très limitante et de troubles asthmatiques, l'immunothérapie (aussi appelée hypo- ou désensibilisation) représente en outre un traitement causal de plus en plus standardisé et hautement efficace, précisément en cas d'allergies aux pollens mais aussi aux acariens. Par ailleurs, pour les asthmes difficiles à traiter, de plus en plus de médicaments biologiques hautement efficaces qui bloquent de manière ciblée des médiateurs tels que l'IL-5 ou les IgE sont disponibles, en plus des corticoïdes systémiques.

Chez 15 à 25% des patients, il existe en outre des réactions croisées avec des aliments. Bien souvent, il s'agit d'allergies alimentaires associées au pollen: ainsi, les allergiques au pollen de bouleau rapportent fréquemment des troubles oro-pharyngés lors de la consommation de fruits à pépins ou à noyau crus (syndrome oral allergique). Les fruits cuits sont le plus souvent tolérés, les allergènes à réaction croisée étant thermolabiles. D'autre part, des réactions croisées entre le pollen d'armoise et des épices ou entre les acariens et des fruits de mer peuvent déclencher de violentes réactions allergiques systémiques, car les allergènes à réaction croisée incriminés sont nettement moins sensibles à la chaleur lors de la cuisson, ainsi qu'au contact de la salive et du suc gastrique.

Entre effet de mode et menace vitale: allergies alimentaires et intolérances

Les allergies et intolérances alimentaires sont en hausse, chez les adultes comme chez les enfants. Les véritables allergies sont des réactions excessives et pathogènes du système immunitaire à une substance inoffensive en soi, par exemple les fruits à coque, les poissons ou le céleri. Elles sont souvent causées par des réactions croisées avec des allergènes aériens, comme mentionné précédemment.

Il existe par ailleurs un nombre croissant de patients qui ressentent des intolérances à divers groupes d'aliments. Celles-ci ont des origines multiples: par exemple une réduction de la dégradation ou de la digestion d'un aliment, dont l'accumulation entraîne alors des troubles.

Les intolérances les plus fréquentes en termes de prévalence et d'intérêt public sont les suivantes:

- Intolérance au lactose, en raison d'un déficit congénital ou acquis en lactase
- Intolérance au fructose: le plus souvent une malabsorption due à une surcharge ou une défaillance de la protéine de transport du fructose (GLUT-5), particulièrement en cas d'apport excessif en fructose sous forme de fruits ou d'édulcorants artificiels (sorbitol, mannitol)
- Intolérance au gluten/maladie cœliaque: atrophie auto-immune des villosités de l'intestin grêle sous l'influence du gluten, objectivable par biopsie de l'intestin grêle/détermination du taux d'IgA (immunoglobuline A) anti-transglutaminase tissulaire
- Hypersensibilité au blé non médiée par les IgE et non associée à la maladie cœliaque (diagnostic d'exclusion)
- Intolérance à l'histamine, causée par une réduction de l'activité intestinale de la diamine oxydase (DAO), à différencier d'une augmentation de la production endogène d'histamine par ex. suite à une mastocytose.

Les allergies peuvent altérer considérablement la qualité de vie et déclencher des réactions allergiques délicates voire potentiellement mortelles. Les intolérances peuvent restreindre massivement le choix des aliments, tandis que les symptômes auxquels elles donnent lieu peuvent également avoir des répercussions très délétères sur la qualité de vie; en revanche, elles ne s'accompagnent quasiment jamais de symptômes aigus potentiellement mortels.

Manifestations allergiques cutanées

Les *eczémas de contact* représentent également des affections très fréquentes déclenchées par une réaction allergique, et touchent jusqu'à 7% de la population. Ces eczémas sont causés par un contact cutané direct avec des substances et il s'agit de réactions à médiation cellulaire. Pour confirmer une telle allergie de contact, il convient de réaliser ce qu'on appelle un test *épicutané* auprès d'un dermatologue. Lors de ce test, les substances suspectées sont apposées sur le dos en petite quantité au moyen de petits patchs qui sont laissés en place 24 à 48 heures. Les allergies de contact à des métaux tels que le nickel, contenu dans les bijoux, ou le chlorure de cobalt (travail du cuir) sont très fréquentes. De plus, les parfums ont de plus en plus été incriminés au cours de ces dernières années. Par ailleurs, on assiste depuis quelques années à une augmentation considérable des allergies de contact au groupe des méthylisothiazolinones (MI). Ceux-ci sont par ex. utilisés en tant que conservateurs dans une multitude de biens de consommation, de produits cosmétiques tels que les shampooings, les savons ou les crèmes solaires, mais aussi dans les adoucissants et les liquides pour vaisselle. Le traitement repose sur l'éviction des allergènes.

Du point de vue du diagnostic différentiel, il convient de faire la différence avec *l'eczéma atopique/la névrodermite*. Ce diagnostic se caractérise par une anamnèse familiale et personnelle le plus souvent positive pour les maladies atopiques ainsi que par une atteinte le plus souvent symétrique des plis de flexion des membres, une sécheresse cutanée marquée et un prurit sévère.

L'urticaire se caractérise par définition par la présence de papules et s'accompagne dans env. 30% des cas d'œdèmes de Quincke. Dans les cas aigus, l'urticaire peut être le signe avant-coureur ou la composante d'une réaction allergique systémique. En cas d'évolution chronique sur 6 semaines, les déclencheurs ne parviennent souvent pas à être identifiés (forme idiopathique) ou alors les manifestations sont provoquées par des phénomènes physiques tels que la pression ou les différences de température; les allergies réelles ne jouent ici qu'un rôle secondaire. Des examens plus complets ne devraient être réalisés qu'en présence d'autres symptômes spécifiques. Du point de vue thérapeutique, les antagonistes H1 représentent le médicament de choix; mais bien souvent, des doses élevées (2 à 4 comprimés par jour) sont nécessaires pour le

contrôle des symptômes. Pour les formes sévères, des immunosuppresseurs tels que la ciclosporine A ou plus récemment l'antagoniste anti-IgE omalizumab entrent en compte.

Les *hypersensibilités médicamenteuses* s'accompagnent également souvent d'altérations cutanées. Celles-ci vont du simple exanthème médicamenteux souvent bénin jusqu'à des réactions potentiellement mortelles telles que la «nécrolyse épidermique toxique», en abrégé NET (autrefois appelée syndrome de Lyell).

Anaphylaxie: variante extrême des réactions allergiques immédiates

La crise d'asthme allergique aiguë, la chute de pression d'origine allergique ainsi que le choc anaphylactique avec insuffisance circulatoire constituent les formes les plus sévères et sont potentiellement mortelles. Celles-ci sont avant tout déclenchées par des allergies à des piqûres d'hyménoptères tels que les abeilles et/ou les guêpes, plus rarement par l'alimentation ou des médicaments. Les antagonistes H1 ainsi que les corticoïdes font partie des médicaments utilisés pour le traitement immédiat et pour la prévention. Avant tout en cas de réactions potentiellement fatales, l'adrénaline, à une dose de 0,5–1 mg par voie intramusculaire, constitue le médicament de choix, et elle est complétée par un remplissage vasculaire en cas de collapsus circulatoire. Les patients victimes de réactions sévères, avant tout provoquées par des venins d'hyménoptères, devraient être adressés à un allergologue compte tenu de la grande efficacité de l'immunothérapie dans ce contexte. La détermination d'IgE spécifiques dirigés contre le venin d'abeilles et de guêpes peut cependant déjà fournir au médecin de premier recours de premières indications précieuses concernant les examens complémentaires à mettre en route.

Références

- <https://www.ck-care.ch/merkblätter> [en allemand et anglais]
Une collection de fiches et d'offres de formation sur le thème des allergies, comprenant des guides pratiques pour les tests, adaptés aux besoins du médecin de premier recours, en collaboration avec l'Institut de médecine de famille de Zurich (IHAM), l'Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire, ainsi qu'avec les Jeunes médecins de premier recours Suisses.
- www.aha.ch
Centre d'Allergie Suisse, nombreuses informations pour les patients et les médecins.
- <http://www.seco.admin.ch/sas/index.html?lang=fr>
Label de qualité; aliments, cosmétiques et produits d'hygiène corporelle particulièrement adaptés aux personnes allergiques.

Correspondance:
Prof. Peter Schmid-
Grendelmeier
Allergiestation
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital Zürich
Gloriastrasse 31
CH-8091 Zürich
[peter.schmid\[at\]usz.ch](mailto:peter.schmid[at]usz.ch)