

Nouvelles des Congrès

Par le Dr Françoise Pineux, médecin généraliste, 5300 Andenne

Allergologie

Namur, 6 septembre 2008

Obstruction nasale

L'obstruction nasale correspond à une **sensation subjective** de gêne à l'écoulement de l'air dans les fosses nasales.

Il est utile de rappeler que regarder et écouter le patient respirer constitue la première étape de l'examen clinique. L'examen de la pyramide nasale et des fosses nasales (rhinoscopie antérieure) représente l'étape suivante. La rhinomanométrie objectivera la perméabilité des fosses nasales.

Les obstructions nasales peuvent être d'origine squelettique (ou du cadre), muqueuse, tumorale ou la conséquence d'une incompétence labiale.

La manœuvre de Cottle consiste à tirer l'aile du nez vers l'extérieur. Le patient, aura déjà peut-être spontanément effectué lui-même ce geste pour améliorer la perméabilité nasale.

Ce geste peut éventuellement mettre une valve narinaire (affaissement du cartilage alaire) en évidence.

Toute asymétrie de la cloison n'implique pas nécessairement une obstruction nasale. 90% des patients de race blanche présentent une déviation de la cloison. En proposant une septoplastie, il faut toujours informer le patient d'une amélioration insuffisante possible.

Les hématomes de la cloison sont toujours post-traumatiques, exceptionnellement spontanés. L'abcès septal est la conséquence d'un hématome non traité. Les perforations septales peuvent être causées par un grattage répété, par une inhalation régulière de cocaïne.

Dans les pathologies d'origine muqueuse, la rhinite allergique atteint 30% de la population belge dont les trois quarts présentent des symptômes modérés à sévères. Une comorbidité importante avec l'asthme est décrite: 20 à 30% des patients qui présentent une rhinite allergique souffrent d'asthme, 78% des asthmatiques souffrent de rhinite allergique. Le concept de «*United Airway Disease*» est alors évoqué.

Une classification des rhinites allergiques est proposée (ARIA: Allergic Rhinitis and

its Impact on Asthma) depuis 2001. Cette classification se base sur les symptômes ressentis par le patient (allergie considérée comme intermittente si les symptômes sont ressentis < 4 jours/semaine ou < 4 semaines/an), plutôt qu'en allergie saisonnière ou perannuelle.

En ce qui concerne les examens complémentaires, les tests allergiques cutanés (TAC) sont moins onéreux que les RAST. Même si l'augmentation de la prévalence de la rhinite allergique est indéniable, toute sensation d'obstruction nasale est loin d'être allergique, et nécessite une anamnèse fouillée et un examen clinique minutieux. Il faut souligner que l'éosinophilie est aujourd'hui contestée dans son rôle de stigmate de l'allergie. Sa présence dans les sécrétions nasales est plus importante dans certaines rhinites perannuelles non-allergiques que dans l'allergie (rhinite chronique éosinophilique-NARES). Cette distinction semble plus d'ordre académique dans la mesure où le traitement est comparable à celui de la rhinite allergique.

Toute obstruction nasale unilatérale chez l'adulte doit faire envisager le diagnostic de tumeur, particulièrement s'il existe des symptômes d'accompagnement (épistaxis, facialgies, signes orbitaires ou neurologiques). L'adénocarcinome ethmoïdien peut être considéré comme maladie professionnelle chez les travailleurs du bois et du cuir. Toute obstruction nasale unilatérale chez l'enfant doit évoquer la présence d'un corps étranger, surtout si une rhinorrhée purulente chronique l'accompagne.

D'après l'exposé du Dr C.LAMARQUE. ORL-Clinique St-Luc, Bouge

Urgences allergologiques

Quelles sont les urgences en allergologie? Ce sont le choc anaphylactique, l'asthme aigu grave et l'angio-œdème laryngé (œdème de Quincke)

En Belgique, on estime le nombre de chocs anaphylactiques à 3000/an, dont 20 à 30 décès.

Contrairement aux idées reçues, les piqures d'hyménoptères ne représentent que 5 à 15% des cas. Les médicaments sont en cause dans 20 à 40% des cas, les aliments dans 25 à 35% des cas. Au-delà de 50 ans, ce sont surtout les venins, les anesthésies générales, les produits de contraste iodés qui sont en cause. Chez l'enfant, il s'agit surtout d'allergies alimentaires.

Il faut noter que chez un patient donné, sauf rare exception, le tableau anaphylactique sera toujours comparable.

L'asthme aigu grave se présente sous deux formes. Le plus souvent, chez les patients plus âgés, l'installation est progressive (quelques heures à quelques jours), l'obstruction bronchique est inflammatoire, souvent liée à une infection bronchique. Plus rarement, la crise est brutale (1-3h) et grave, l'obstruction bronchique est due à un bronchospasme aigu lié à une inhalation allergénique massive, un stress intense. Cette situation est plus fréquente chez les patients jeunes.

Il faut attirer l'attention sur deux faits: les sibilances ne sont pas corrélées à la sévérité, le silence auscultatoire, en présence des autres signes cliniques (impossibilité de parler, hypersudation, utilisation des muscles accessoires) est même un signe de gravité; faire réaliser un DEP peut être dangereux.

La fréquence des allergies alimentaires a doublé en 5 ans et touche 4-8% des enfants de moins de 8 ans. Dans la famille du latex, il faut noter l'émergence de l'allergie au sarrasin.

Les médicaments le plus souvent incriminés sont les antibiotiques (surtout pénicillines et céphalosporines) l'aspirine et les AINS, les produits de contraste et les IEC. L'adrénaline est le traitement en cas d'urgence d'origine allergique. En intramusculaire, à la face externe de la cuisse, à 0.01 mg/kg (EpiPen® 0,15 si < 20 kg, EpiPen® 0,30 si > 20 kg). L'injection peut être répétée si nécessaire.^(a)

(a) Van der Brempt X. Urgences en allergologie. RMG 2008; 250, 70-74

Les corticoïdes ont une action lente, mais sont quand même utilisés pour prévenir le choc retardé.

D'après l'exposé du Dr X. VAN DER BREMPT. Pneumologue-allergologue – Clinique St-Luc, Bouge, Dinant, Marche-en-Famenne

Allergie et intolérance alimentaire

Une allergie alimentaire vraie est une réaction immunitaire (IgE ou non IgE) induite par l'ingestion de cet aliment (via ses protéines). La réaction immunitaire IgE est rapide (quelques minutes à deux heures) avec habituellement des manifestations extra-digestives (prurit, urticaire, angio-œdème...). Les manifestations digestives possibles sont nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhée. Le diagnostic différentiel est parfois difficile avec une toxi-infection. Certains aliments sont classiquement mis en cause : cacahuètes, crustacés, froment, soja, lait de vache chez l'enfant.

La réaction immunitaire non IgE se présente de manière subaiguë ou chronique et est limitée au tube digestif. La maladie cœliaque se situe à la frontière de la maladie d'origine allergique et de la maladie auto-immune.

Il faut distinguer les allergies alimentaires des intolérances alimentaires non allergiques telles que l'intolérance au lactose, les réactions toxiques (crustacés, botulisme, staphylocoque doré...) ou les réactions induites par des agents pharmacologiques (caféine, théobromine dans le thé ou le chocolat, tryptamine dans les tomates, sérotonine dans les bananes et les tomates...).

En cas de douleur abdominale, de ballonnement, de diarrhée et de vomissements (chez l'adolescent) après absorption de lactose, il faut penser à une intolérance au lactose. Le diagnostic est posé après un test au lactose (idéalement avec breath test à l'hydrogène).

D'après l'exposé du Dr Ph MALDAGUE. Gastro-entérologue Clinique St-Luc, Bouge

Allergies dermatologiques

Les allergies aux dermocorticoïdes topiques représentent jusqu'à 5% des patients traités en routine. Il faut penser à cette hypothèse devant une aggravation ou une résistance d'une dermatose habituellement sensible aux corticoïdes, devant une dermatose chronique. Dans ce contexte d'allergie, les dermocorticoïdes sont classés en cinq groupes : groupe A-hydrocortisone, groupe B-budésonide, groupe C-betaméthasone, groupe D1-

valérate de betaméthasone, groupe D2-butyrate d'hydrocortisone. (liste complète des corticoïdes appartenant à chaque groupe, avec leur nom commercial, sur le site de la SSMG). Les réactions aux groupes A et D2 sont apparentées. Les réactions aux groupes C et D1 sont également apparentées. Les corticoïdes des groupes C et D1 semblent être les moins allergisants (ex. diflucortolone^(b), fluméthasone^(c), clobétasol^(d), mométasone^(e)...). Des tests épicutanés peuvent être réalisés pour mettre en évidence une éventuelle allergie aux dermocorticoïdes.

Auparavant, on excluait la possibilité de **dermatite de contact** (DCA) chez un enfant atteint de dermatite atopique. Actuellement, on considère que les dermatites de contact représentent 20% des dermatites pédiatriques. Il faut suspecter une DCA quand la localisation est inhabituelle : siège, paumes, plantes, région ombilicale, en cas d'asymétrie des lésions ou lorsque la dermatite atopique ne répond pas ou est aggravée par le traitement. Il est possible de la tester dès le plus jeune âge. Les DCA sont statistiquement plus fréquentes à partir de 5 ans. Une mini-batterie est proposée pour les enfants jusqu'à 5 ans, ensuite une batterie standard peut être utilisée.

À propos de la vraie allergie au **tatouage au faux henné**... Le tatouage labile au henné noir contient du henné, des parfums et des colorants additionnels de type paraphénylènediamine (PPD). Or, la PPD est le premier allergène des colorants capillaires. La concentration de PPD peut atteindre 24% dans le tatouage au pseudo-henné (contre 1% dans les colorations capillaires). Le tatouage au pseudo-henné peut se compliquer d'eczéma bulleux, parfois généralisé, il peut s'accompagner de signes généraux, il peut également entraîner une allergisation à la PPD et à ses dérivés, avec allergie définitive aux teintures et aux colorants vestimentaires.

D'après l'exposé du Dr C. DEFRESNE. Dermatologue – Clinique St-Luc, Bouge

Tests de provocations médicamenteux

Les réactions médicamenteuses peuvent être classées en trois catégories en fonction du temps nécessaire pour avoir une réaction : réactions immédiates (< 3h), accélérées (3-72h) et retardées (> 72h) (détail ?)

Les médicaments les plus souvent impliqués dans les réactions allergiques sont les AINS (63,6%), ensuite les bétalactames (34,2%), les anesthésiques (7,4%), le cotrimoxazole, les quinolones, les macrolides et les IEC.

À l'anamnèse, il ne faut jamais oublier de se renseigner sur une éventuelle médication concomitante au produit suspecté.

Les tests cutanés ne sont validés quasi uniquement que pour les bétalactames. Le test doit être réalisé entre 6 semaines et 3 mois après l'épisode initial. Le test est pratiqué avec le produit incriminé et un produit de rechange. Des cas de réactions anaphylactiques ont été rapportés lors de tests cutanés, ceux-ci doivent dès lors être faits en milieu hospitalier. Si le test cutané est négatif, un test de réintroduction est indiqué. Pratiquement, il faut savoir qu'un test cutané prend environ une matinée, que l'on teste un médicament à la fois et un médicament par semaine. Les quinolones donnent des réactions photo-induites le plus souvent, mais peuvent être la cause de chocs anaphylactiques. La ciprofloxacine et la moxifloxacine sont le plus souvent incriminées. Les réactions croisées sont fréquentes. Les quinolones peuvent donner des réactions anaphylactiques par injection trop rapide.

Les réactions aux AINS sont en fait des pseudo-allergies car le mécanisme IgE dépendant n'est pas démontré. On parlera donc d'intolérance aux AINS. Cette intolérance aux AINS a déjà été décrite en 1903, trois ans après la mise sur le marché de l'aspirine. Les AINS peuvent être responsables d'urticaire et d'angio-œdème, aigu ou chronique, d'asthme, de rhinite chronique, de dermatose bulleuse (érythème pigmenté fixe, Stevens-Johnson, Lyell). Le test de réintroduction est le plus indiqué pour mettre en évidence une possible intolérance aux AINS. Les prick tests et IDR ne sont pas fiables car des réactions irritatives donnent de faux positifs.

Pour le diagnostic d'allergie médicamenteuse, les tests in vitro sont peu fiables, peu reproductibles et de mauvaise valeur clinique.

Il faut mentionner l'apport de la cytométrie de flux : après incubation avec l'allergène, l'activation des basophiles est détectée avec des anticorps monoclonaux. La cytométrie de flux est utilisable pour les antibiotiques, mais aussi pour les AINS et d'autres groupes médicamenteux comme les curarisants. Elle permet d'orienter les tests à effectuer.

D'après l'exposé du Dr L.-M. VANDEZANDE. Pneumologue-allergologue – Clinique St-Luc, Bouge

(b) Nérisona®, Travocort®

(c) Locacortène®, Locasalen®

(d) Dermovate®, Clobex®

(e) Elocom®