

Syndrome dermorespiratoire : un phénotype sévère

Atopic dermatitis and the association with asthma: A severe phenotype

T.N. Pham Thi^a, P. Scheinmann^{a,*}, C. Karila^{a,b}, J. Laurent^b, E. Paty^a, J. de Blic^a

^a Service de pneumologie et d'allergologie pédiatriques, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

^b Allergologie, Institut Pasteur, 26, rue du Dr-Roux, 75015 Paris, France

Résumé

La dermatite atopique est souvent la première étape de la marche atopique conduisant à l'asthme. L'asthme succédant à la dermatite atopique sera d'autant plus fréquent et plus sévère que les manifestations cutanées seront sévères et associées à une polysensibilisation IgE dépendante. Les déficits en filaggrine renforcent cette tendance, surtout en cas d'allergie alimentaire. Il est indispensable de traiter la peau mais il n'est pas certain que cela suffise à prévenir la survenue d'asthme et/ou de rhinite allergiques.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermatite atopique ; Asthme ; Allergie alimentaire ; Filaggrine

Abstract

Atopic dermatitis is frequently the first step of the atopic march. Frequency and severity of subsequent asthma are higher in children with severe cutaneous lesions and with IgE-dependent multiple sensitisations. Filaggrin null mutations and food allergy are associated with increased severity of asthma. It remains to be demonstrated that treatment of atopic dermatitis will reduce the risk of subsequent allergic asthma and rhinitis.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Atopic dermatitis; Asthma; Food allergy; Filaggrin

Ce syndrome, bien connu des cliniciens, s'intègre dans la marche atopique qui comporte la survenue très précoce de dermatite atopique (DA) associée à l'allergie alimentaire (AA) suivie d'asthme puis de rhinite allergiques (RA) [1–4]. Cet ordre de survenue n'est probablement pas toujours respecté [5] mais il est le plus fréquent. Surtout, et c'est l'essentiel pour l'allergologue, ce regroupement des maladies allergiques incite à la vigilance : une de ces manifestations fait, de principe, rechercher les autres. C'est particulièrement vrai pour la DA dont la présence et/ou l'antécédent fait guetter l'apparition d'asthme.

1. Facteurs de passage et/ou de transition de la dermatite atopique à l'asthme

DA et asthme constituent par leur fréquence, un problème de santé publique. La prévalence de la DA est évaluée,

selon les pays, de 15 à 30 % des enfants et de 2 à 10 % des adultes ; la prévalence de l'asthme chez l'enfant est évaluée à environ 10 % mais elle est plus élevée encore si on y intègre les épisodes de dyspnée avec sifflements (*wheezing*) [2,6–8].

1.1. Physiopathologie

Les recherches modernes (voir l'article de C. Bodemer dans la même revue) insistent sur l'altération de la fonction barrière de l'épiderme. La peau est une voie importante d'exposition aux allergènes alimentaires, aux pneumallergènes et aux agents infectieux. L'orientation vers la voie TH2 dans la peau atopique fait particulièrement intervenir la thymic stromal lymphopoëtin (TSLP). La sensibilisation IgE dépendante induite par la peau lésée et perméable conduit de la dermatite initialement non atopique à la DA vraie puis par voie systémique aux manifestations respiratoires (asthme et RA) [4,9–15].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pneumo.pediatrie@nck.aphp.fr (P. Scheinmann).

1.2. Chronologie

Ce processus intervient tôt dans la vie (première année et même premiers mois de vie). Il met en jeu des facteurs génétiques dont la filaggrine (FLG) et des facteurs environnementaux (voir l'article de J. Bousquet dans la même revue) [16,17]. Les liens entre DA et asthme sont donc bien au cœur des préoccupations des allergologues. À cet égard, il faut noter que sur 4227 patients atteints de RA, avec ou sans conjonctivite, avec ou sans asthme allergique, pressentis pour immunothérapie sublinguale, 32,5 % des enfants âgés de cinq à 11 ans ($n = 1014$) et 20 % des enfants et adolescents âgés de 11 à 18 ans ($n = 803$) étaient atteints de DA [18].

1.3. Persistance et sévérité

Il est logique de penser que rajouter au poids de la DA celui de l'asthme constitue en soi un indice de sévérité aussi bien pour le malade que pour sa famille, a fortiori si l'asthme associé ou succédant à la DA est amené à persister durant toute l'enfance puis à l'âge adulte [19–21]. Les études allemandes apportent un éclairage chronologique et des prédictions de sévérité précis. La majorité des enfants atteints de DA durant leurs deux premières années de vie va guérir. Mais, dans 37 % des cas, vont persister à l'âge de sept ans, des symptômes permanents ou intermittents. Surtout des sifflements respiratoires sont observés chez 46,3 % des enfants atteints de DA. Le risque de sifflements et d'asthme est accru par les antécédents familiaux atopiques, une sensibilisation précoce et persistante aux allergènes alimentaires et inhalés. La sensibilisation précoce et spécifique IgE dépendante s'observe contre des allergènes relativement rares avant l'âge de deux ans : blé, soja, acariens, chats, bouleau. Le risque de passage de la DA à l'asthme est accru par la sévérité initiale de la DA avec prurit et lésions de grattage. La conjonction DA, sifflements précoces, sensibilisations multiples accroît non seulement le risque d'asthme persistant mais aussi celui d'asthme plus sévère avec détérioration des fonctions respiratoires [1,2,22].

2. Éléments prédictifs en fonction de l'âge

2.1. Dans la première enfance

Les éléments prédictifs principaux de survenue (ou d'association) d'asthme à la DA apparaissent être les suivants : début précoce avant deux ans et surtout durant la première année de la DA, association précoce aux manifestations respiratoires, sévérité initiale des manifestations cutanées et respiratoires, sensibilisation précoce IgE dépendante, terrain familial et donc prédisposition génétique. Un travail récent rajoute à ces éléments favorisant la DA et l'asthme, la survenue de bronchiolites à virus respiratoire syncytial durant la première année de vie [23]. Une étude prospective suédoise portant sur plus de 2500 enfants incrimine également le tabagisme parental anté- et post-natal comme facteur de risque de DA et de sensibilisation à l'âge de quatre ans. Ce sont là également des facteurs connus de risque d'asthme [24–26].

Le risque de survenue d'asthme chez les jeunes enfants porteurs de DA a fait l'objet d'une revue systématique. L'analyse des études prospectives ayant évalué le risque d'asthme à six ans en cas de DA survenue dans les quatre premières années de vie. Un enfant sur trois atteint de DA sera asthmatique à six ans et au-delà [4,11,27–34]. Ce pourcentage est accepté par de nombreux auteurs qui rajoutent un certain nombre de précisions. La sévérité de la DA peut augmenter le risque d'asthme ultérieur jusqu'à 50 % et celui de RA à 75 % [4,11]. Des pourcentages d'asthme et de RA comparables sont retrouvés par des auteurs chinois qui confirment les relations entre mutations de la FLG, DA et AA même si les mutations de la FLG ne semblent pas favoriser la survenue d'asthme ni de RA.

Pour certains auteurs, jusqu'à 80 % des enfants atteints de DA développeront des manifestations respiratoires allergiques durant l'enfance et 40 à 50 % seront asthmatiques. Le risque de passage de DA à l'asthme est également accru par la survenue d'infections respiratoires sévères pendant l'enfance et par la présence d'altérations fonctionnelles respiratoires à sept ans.

Le rôle délétère d'une DA sévère apparue avant l'âge de six mois, de sifflements et de tests cutanés positifs aux trophallergènes et pneumallergènes durant les deux premières années de vie est surtout marqué chez le garçon [4,11,27,28].

2.2. À l'adolescence et au-delà

L'eczéma de l'enfance accroît donc le risque d'asthme chez l'enfant, asthme persistant jusqu'à l'âge adulte : l'eczéma accroît même le risque d'asthme d'apparition retardée à l'adolescence et à l'âge adulte [35]. Réciproquement, la présence précoce de symptômes d'asthme prédit la persistance et surtout les récurrences de DA à l'adolescence. La présence conjointe de sensibilisations décelées par tests cutanés aux principaux pneumallergènes, de symptômes d'asthme chez l'enfant d'âge scolaire, de facteurs génétiques (DA et rhinite chez les parents) et de facteurs professionnels ainsi que d'un haut niveau socio-économique accroît le risque de DA persistante à un pourcentage excédant 80 %.

Globalement les auteurs qui ont étudié les enfants allemands de l'enquête ISAAC 2 chiffrent le risque de la persistance de la DA à l'adolescence à 47,6 % [36,37]. Cette étude renforce la notion de marche atopique avec la DA, l'asthme et la RA et il faut rappeler l'extrême fréquence de la RA chez les enfants asthmatiques [36,37]. Pour certains auteurs, ce risque est surtout marqué chez les garçons [38].

Il faut bien souligner que globalement la présence de DA accroît le risque d'asthme persistant jusqu'à l'âge adulte à la condition que la DA soit associée – ou suivie – de sensibilisations allergiques [39–41].

Chez les enfants d'âge scolaire souffrant d'un asthme très mal contrôlé en permanence, avec un risque accru de crises aiguës, la DA est un des facteurs favorisants retrouvé dans 19,6 % des cas. Le risque d'asthme très mal contrôlé est plus élevé chez les allergiques. C'est l'atopie et surtout l'atopie sévère incluant donc asthme et DA qui est incriminée dans la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386279>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386279>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)