

Gregory  
Pariente



Foundation  
*“Pour que mes potes respirent  
à pleins poumons”*

# L'Asthme et les Allergies, notamment de l'enfant et de l'adolescent

**Pr. Frédéric De Blay**

Chef de service de Pneumo-allergologie à l'Hôpital Civil  
de Strasbourg et président de la Fédération  
Française d'Allergologie.

**Pr Jocelyne Just**

Pneumo-pédiatre ancien chef de service à l'Hôpital  
Trousseau à Paris et Professeur émérite à Sorbonne  
Université rattachée à l'unité Inserm U 1153

Avec le soutien institutionnel de

**sanofi**

# Pourquoi la GPFD a-t-elle choisi d'approfondir le thème de l'asthme et des allergies notamment de l'enfant et de l'adolescent ?

Parce que l'allergie et l'asthme sont deux maladies extrêmement liées particulièrement chez les enfants et les adolescents : l'asthme révèle une cause allergique chez 80% d'entre eux.

Nous avons demandé à deux spécialistes, l'un pneumo-allergologue, le Pr. Frédéric De Blay l'autre pneumo-allergologue et pédiatre, le Pr. Jocelyne Just de nous parler en duo de ce problème majeur que constitue l'Asthme et l'Allergie notamment chez les enfants et les adolescents.

Les phrases clés du Pr. Frédéric De Blay sont : "Nous sommes confrontés à un tsunami, une épidémie silencieuse. Actuellement 30% des Français sont cliniquement allergiques avec une rhinite, une conjonctivite, un asthme

voire une allergie alimentaire et d'ici 10 ans, ils seront 40% et en 2050 un français sur deux le sera ; il va falloir s'organiser. Les allergologues ne pourront plus faire face seuls à l'ampleur du phénomène.

Les phrases clés du Pr. Jocelyne Just sont : "Il faut repérer très tôt le poly-allergique, un enfant voir un nourrisson et ne pas attendre l'adolescence, d'autant plus s'il a conjointement, soit dans le temps soit encore plus sévère associé d'emblée, la dermatite atopique, l'allergie alimentaire, la rhinite et l'asthme afin de le les diriger le plus vite possible vers un centre expert qui saura prendre en charge conjointement toutes ces maladies qui s'auto-aggravent les unes, les autres".

## Interview du Pr. Frédéric De Blay

**GPFD** : Vous avez en charge le plan quinquennal Allergies. Mais c'est quoi ?

**Pr. Frédéric De Blay** : c'est un plan sur cinq ans où tous les acteurs de l'allergologie se sont réunis pour retenir principalement 7 mesures. Tout d'abord structurer l'allergologie. Nous sommes confrontés à un tsunami une épidémie silencieuse : actuellement 30% des Français sont cliniquement allergiques avec une rhinite, une conjonctivite, un asthme voire une allergie alimentaire et d'ici 10 ans ils seront 40% et en 2050 un français sur deux le sera.

La première réponse c'est de constituer des parcours de soins où le patient voit d'abord le médecin de premier recours, c'est-à-dire les médecins généralistes puis les médecins de deuxième recours qui peuvent être des pneumologues, des allergologues, des ORL, des pédiatres, des dermatologues et puis enfin les Unités Transverse d'Allergologie : les unités de dernier recours où seront pratiqués des tests de provocation médicamenteux ou alimentaire. Ce sont des tours de contrôle qui formeront et qui auront des liens avec les différents acteurs tout autour d'elles.

Un autre élément important, urgent, c'est la création de conseillères en environnement car l'allergie et l'environnement c'est extrêmement lié : l'allergie est une maladie environnementale. Il faut augmenter le nombre d'internes en allergologie ; la désensibilisation est un outil thérapeutique majeur qui a fait la preuve de son efficacité: nous avons des données sur plus de 100000 patients qui montre son efficacité en vraie vie.

Il va falloir s'organiser. Les allergologues ne pourront pas tout faire seul, outre les autres spécialistes d'organes, les pédiatres et les généralistes, il faudra l'aide des professionnels de santé tels que les pharmaciens, des infirmières, des conseillères médicales en environnement, qui seront très impliqués.

**GPFD** : Pouvez-vous nous parler des allergies annuelles de Printemps ?

**Pr. Frédéric De Blay** : les allergies polliniques que l'on retrouve principalement dans le nord de la France sont liées à certains arbres : les bétulacées comme le noisetier, l'aulne qui pollinisent principalement en janvier, février ; ensuite le

bouleau et le frêne, eux plutôt en avril, mai et qui peuvent créer des crises d'asthme. On sous-estime l'asthme lié au pollen d'arbres parfois aussi sévère que certaines allergies aux acariens ; À partir du 15 mai ce sont les pollens de graminées, le fameux « rhume des foins », le nez qui coule, les yeux qui pleurent et aussi l'asthme qui dure de plus en plus longtemps voir jusqu'en août, septembre. Au Sud de la France, principalement le pollen de cyprès qui va entraîner de l'asthme, de la rhinite, de la conjonctivite et puis le pollen de graminées qui survient plutôt en avril, mai et disparaît plus rapidement ; Récemment le Pollen d'oliviers.

**GPFD** : Confirmez-vous que la pollution intérieure est beaucoup plus fréquente que la pollution extérieure ?

**Pr. Frédéric De Blay** : oui l'effet de la pollution va être lié au temps passé à son exposition.

En intérieur, nous sommes exposés 90% du temps lorsque l'on est citadin. C'est une espèce de biotope qui comprend les allergènes, les produits chimiques, les polluants bactériens autant de facteurs qui interviennent dans cette symptomatologie.

**GPFD** : Quel mécanisme ? On entend les termes " T2", et même "non T2".

**Pr. Frédéric De Blay** : lorsqu'on est allergique, on va stimuler certaines cellules immunitaires les lymphocytes T qui sont des cellules de la défense qui favorisent la fabrication d'anticorps de l'allergie. Quand on parle d'asthmes sévères de type T2, ce sont soit des asthmes allergiques soit des asthmes éosinophiliques. On peut soigner certains de ces asthmes sévères avec des biothérapies, de nouveaux médicaments. Il en existe plusieurs L'un est actif sur les asthmes allergiques, d'autres sur les asthmes éosinophiliques voir un sur les deux. Ces nouveaux médicaments constituent un progrès majeur qui permettent de réduire voire d'arrêter l'usage de la cortisone et son cortège d'effets secondaires.

Pour un tiers des patients, leur vie est transformée, pour un deuxième tiers, leur qualité de vie s'améliore nettement et puis il y a le dernier tiers chez qui cela ne marche pas mais on peut passer d'une biothérapie à l'autre pour trouver le bon médicament. L'allergologie est en fait une médecine de précision, une médecine individuelle qui va proposer la solution la plus adaptée.

Les asthmes non T2, neutrophiliques ,sont plus rares (environ 15% des asthmes sévères).

**GPFD** : quelles sont les types d'asthmes que l'on rencontre chez les adolescents ?

**Pr. Frédéric De Blay** : Chez les adolescents, on rencontre surtout des asthmes T2, surtout des asthmes allergiques, plus rarement à éosinophiles, exceptionnellement neutrophiliques. On a ce phénotype, ce profil multimorbide avec des enfants qui souffrent d'une rhinite, d'un asthme, d'une conjonctivite et qui présente en même temps une multi-sensibilisation aux acariens, au chat, au pollen de bouleau, de graminées etc. . . et de surcroît une allergie alimentaire sévère. Ces patients vont particulièrement bien répondre aux biothérapies.

**GPFD** : on ne parle pas assez des allergies alimentaires et de leur prise en charge ?

**Pr. Frédéric De Blay** : effectivement c'est un des 7 points de notre plan quinquennal. Parmi les patients allergiques, il y en a 10% qui ont des allergies alimentaires très graves et pour qui la vie est véritablement un enfer, particulièrement chez les enfants. Des progrès sont à faire . . . dans les écoles avec le PAI qu'il faut sûrement actualiser, l'adrénaline doit être disponible à l'école, il faut aussi que dans les entreprises qu'il y ait un respect des recommandations de l'INCO qui impose d'afficher la composition des plats, il faut réfléchir à l'étiquetage. On lit "trace de . . ." On doit pouvoir repérer les allergènes.

**GPFD** : les adolescents doivent-ils avoir sur eux une trousse d'urgence ?

**Pr. Frédéric De Blay** : oui chez un adolescent qui a une allergie alimentaire sévère qui a déjà fait une anaphylaxie sévère laquelle l'a conduit aux urgences voir entraîné même une hospitalisation en réanimation. Mais chaque adolescent asthmatique est unique et c'est toute la difficulté. C'est la raison pour laquelle je pense que le médecin ne doit pas être tout seul ; il y a un énorme travail d'éducation à faire en particulier chez des adolescents. L'éducation, c'est du temps, c'est répéter et l'adolescent lui-même a une place essentielle tant dans sa prise en charge que dans son parcours de soins.

# Interview du Pr. Jocelyne Just

**GPFD** : quels sont les principaux tableaux cliniques du polyallergique?

**Pr. Jocelyne Just** : le polyallergique est celui qui a la marche atopique sévère et rare : il a conjointement plusieurs maladies associées : la dermatite atopique, l'allergie alimentaire, la rhinite et l'asthme, soit que ces maladies se déclarent dans le temps soit, et c'est plus sévère encore qu'elles apparaissent tout en même temps. Lorsque cette marche atopiques débute très tôt dans la vie du malade, un nourrisson avec un eczéma sévère, une allergie alimentaire et un asthme débutant, on sait très bien que ces infections vont perdurer toute la vie. C'est une maladie rare, une maladie grave, une maladie précoce et tous les mots sont important. Ces patients, il faut les repérer tôt car actuellement il y a les moyens d'éviter la sévérité de cette marche polyallergique.

**GPFD** : quel est le polyallergique type à haut risque d'une exacerbation asthmatique sévère?

**Pr. Jocelyne Just**: Chez l'enfant, l'exacerbation asthmatique sévère est associée la plupart du temps, à l'allergie et aux éosinophiles. Lorsque vous avez un asthme et une allergie alimentaire vous avez plus de risque de faire un état de mal asthmatique ; l'association de deux maladies allergiques, asthme et allergies alimentaires correspond à un phénotype sévère qui risque de vous amener en réanimation lors d'une crise d'asthme ; également la dermatite atopique, sévère, celle qui persiste à l'âge scolaire, à l'adolescence couplé à un asthme, le patient est à risque de faire des exacerbations sévères.

Il faut prendre en compte toutes ces maladies allergiques à la fois car elles s'auto-aggravent mutuellement, que ce soit la dermatite atopique sévère qui peut amener à la dépression comme le montre beaucoup d'études, que ce soit l'asthme sévère qui peut mener aux hospitalisations voir en réanimation, que ce soit les allergies alimentaires pour lesquelles on a montré les répercussions sur la vie de tous les jours, la difficulté d'aller au restaurant, au repas d'anniversaire, les difficultés de confier son enfant à d'autres personnes qui ne connaissent pas la maladie ; tous ces faits ont un impact majeur sur la vie des patients.

Il ne faut pas attendre l'adolescence car l'adolescence est une période difficile où le malade a tendance à laisser tomber ses traitements, à se croire guéri, à nier la maladie. L'observance à l'adolescence est un point difficile pour ces raisons. Il faut repérer tous les malades et aussi pour avoir l'espoir de changer la trajectoire de ses patients, d'éviter le passage d'une maladie à l'autre et la sévérité qui s'installe à l'adolescence ; pour toutes ces raisons il faut repérer tous les malades et les diriger vers un centre expert qui saura faire un bilan exhaustif de toutes les comorbidités et prendre en charge le patient de façon transversale que ce soit, son eczéma, son allergie alimentaire, son asthme, sa rhinite. . .

Il faut faire beaucoup d'éducation thérapeutique à la fois pour l'allergie alimentaire, pour l'asthme, pour la rhinite. . . cela demande une équipe pluriprofessionnelle, diététiciens, conseillères en environnement, médecins, psychologues, infirmières puéricultrices pour essayer d'améliorer l'observance de mieux comprendre la maladie et de repérer les facteurs de risques pour pouvoir faire le nécessaire lorsqu'une crise arrive. Car aujourd'hui on a des traitements pour traiter l'allergie, les désensibilisations orales qui se font déjà à certains aliments comme le lait, comme l'œuf, comme le blé, comme l'arachide et des nouveaux médicaments vont arriver sur le marché.

Et puis il y a les biothérapies, un avènement et un traitement majeur pour les polyallergiques. On a la chance d'en avoir plusieurs aujourd'hui et il faut choisir la bonne biothérapie en fonction de quelle comorbidité allergique a le plus d'impact sur la qualité de vie du patient Est-ce l'asthme? l'allergie alimentaire? la dermatite atopique.

Il faut viser la normalité : pas d'exacerbation, la fonction respiratoire normale, la prise en charge des comorbidités, le contrôle total de l'asthme. Il faut donc tout aborder. Le traitement est-il bien pris? L'environnement est-il correct? n'a-t-on pas oublié une comorbidité, psychologique notamment laquelle est très importante? Et ne pas prendre les décisions tout seul.

En une phrase : Repérer tôt ces enfants, ces nourrissons qui entrent dans la marche atopique sévère et les orienter tôt vers un centre expert et peut-être ainsi modifier la trajectoire de cette fameuse marche allergique.