



## « Vous avez dit une Allergie ? »

Présenté par **Dr Nacer eddine BENZEBOUCHI** (Dermatologue)

**1-introduction** : la Dermatite atopique (DA), est une maladie inflammatoire chronique de la peau évoluant par poussées. Cliniquement, il s'agit d'une dermatose prurigineuse caractérisée par des lésions érythémateuses, œdémateuses et micro-vésiculeuses. On peut observer des lésions secondaires type : érosions, croûtes, excoriation et surinfection. Les lésions chroniques sont squameuses. Les lésions anciennes peuvent aussi se présenter sous forme de lichénification due au grattage chronique (lésions épaissies pigmentées).

-La majorité des cas de DA débutent dans la petite enfance et on retrouve souvent des antécédents personnels ou familiaux d'atopie (dermatite atopique, asthme, rhinite, conjonctivite).

Environ **1/3** des cas de DA persistent à l'âge adulte.

-Les problématiques dans la DA :

- Maladie fréquente, l'adhésion au traitement local faible ≈ 35%
- Prise en charge partagée: médecins généralistes, pédiatres, allergologues, dermatologues
- Discordance des discours, parcours de soins parfois non optimal
- Automédication ++ (mode du naturel)
- Fausses croyances (parents, médecins, pharmaciens), Corticophobie

## 2-DA & Allergie(s):

**Allergie alimentaire (AA) et DA** : Les liens entre AA et DA sont étroits.

- L'AA touchent 5-8 % enfants, le risque d'AA ++ d'autant plus important si :

\* DA à début **précoce** (avant l'âge de 3 mois)

\* DA **sévère** (33% DA sévères, 10-20% modérées, 6% des DA légères)

- Avant 15 ans, 5 aliments sont responsables de 80% AA: *œuf, arachide, lait, poisson, moutarde*
- La présence d'une allergie alimentaire est un facteur de persistance de la DA au-delà de 5 ans

**Dermatite atopique et allergies (de contact, respiratoire et alimentaire) : quand faut-il faire une enquête allergologique ?**

1-Echec d'un traitement *adapté bien conduit*

2- Stagnation ou cassure de la courbe staturopondérale

3- Manifestations associées : Signes évocateurs (d'AA, allergie **respiratoire** ou d'**allergie de contact** : lésions atypiques (topographie) zone de contact, aggravation sous Dermocorticoïde.

## A partir de quel âge ?

Tests cutanés sont **interprétables** dès que la **peau** est **réactive** (> 90% des moins de 6 mois)

**Pas de limite d'âge** : (<6 mois : 90% de test + à la codéine, <1 mois : 66% de test + à la codéine).

A noter l'**émergence de nouveaux allergènes responsables d'eczéma de contact chez l'enfant**

- **Oxybenzone et Tinosorb M, Octocrylène contenu dans les écrans solaires**: responsable d'épidémie de Dermatite de contact chez l'enfant
- **Tablettes : allergie au nickel**
- **Huiles essentielles : limonène, Linalol**
- **Conservateurs : méthylisothiazolinone / Chloro-MI** : Epidémie d'allergie de contact en France, présente dans les cosmétiques, savons, shampoings, maquillage, lingettes hydratantes, lessives liquides...etc

## 3-Urticaire(s)

-L'urticaire est définie par l'apparition brutale de papules érythémateuses à centre pâle, confluant en plaques, prurigineuses, mobiles, fugaces, disparaissant sans séquelle en moins de 24h

- Prévalence en Pédiatrie selon les auteurs : 5,4 % (Kjaer & al) 2,1 à 6,7 % (Henz & Al)

- Selon l'évolution, on distingue l'urticaire **Aigüe** < 6 semaines / **chronique**> 6 semaines (lésions quotidiennes)

- Il en existe plusieurs formes cliniques : Superficielle (50 % des cas), profonde ou Angioœdème (10 % des cas) avec atteinte du derme profond et/ou l'hypoderme, touchant le visage, mains, pieds, organes génitaux. Cliniquement, il s'agit de tuméfaction ferme, pâle, douloureuse, le prurit est en général absent. L'évolution est spontanément résolutive plus lente que l'urticaire superficielle (jusqu'à 72 heures), les deux formes peut être associées dans 40 % des cas.

- **Etiologies : Rarement ALLERGIQUE !**

-**53.7% Etiologie indéterminée, 29.7% infectieuse** (dont 63.4 % VA) Contexte fébrile, nombreux agents infectieux possible (virus, mais aussi bactéries).

- Seulement **10.8 % sont de cause allergique** (environ 6.3% alimentaire).

-Autre cause fréquente chez l'enfant : la surcharge en histamine d'origine alimentaire :

-Origine plurifactorielle possible.

- **PAS DE BILAN ALLERGOLOGIQUE systématique** sauf si données interrogatoire / HC pertinente

-Cause **médicamenteuse** : rare : nombreux médicaments AINS, ATB, Produit de contraste iodé etc

-L'allergies aux B-lactamines est **rare en Pédiatrie**. Il s'agit plutôt de « Fausses allergies » due à une histamino-libération, ou une pseudo-maladie sérique (B-lactamines + cofacteur infectieux), réaction non IgE-médiée avec symptômes non spécifiques: Rash cutané, prurit, vomissement, diarrhée, nausée, toux.

- Seulement 10% cas sont des réactions allergiques de type 1 (Mécanisme IgE dépendant)

- 6000 enfants recevant des AB: 7,3% de rashes • 45% urticaire= 45% rash maculopapuleux

**Explorations en cas de suspicion d'allergie médicamenteuse :**

**A/ Tests cutanés** (En première intention): Prick test/ IDR plus sensible, seulement si **médicament indispensable (B-lactamines, Paracetamol...ECT)** en absence d'alternatives

**B/ TPO** (Test de provocation orale) : **gold standard** David Vyles May 2018

#### **4-La Scombroidose** : Rare, particulièrement chez l'enfant

- Il s'agit d'une intoxication alimentaire: réaction **toxique non immunologique**, suite à l'ingestion de **poisson « bleu »** famille des **Scombridae** (maquereaux, bonite, thon.), dont le procédé de **conservation n'a pas été respecté**

- Parfois poisson d'une autre famille: seriole, mahi-mahi ou dorade coryphene, espadon, sardine etc.

- Ingestion de grande quantité **d'histamine** produite par **bactéries** qui se développent à la chaleur et au soleil

Atteinte de plusieurs convives possibles

- Tableau clinique simule une anaphylaxie et enquête allergologique négative.