



FAMIPED

Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos.

Allergie et asthme ne sont pas la même chose

Autor/es: José Antonio Castillo Laita. Pediatra. CS de Fuentes de Ebro (Zaragoza). Grupo de Vías Respiratorias. AEPap.

Traductor/a: Marina Puertas Martínez.

[Volumen 5. N°2. Junio 2012](#) [1]

Palabras clave: allergie, allergène, asthme, diagnostique

Fréquemment, on parle **d'allergie** et **asthme** comme si elles fussent la même maladie. Quand une famille est informée que son enfant souffre d'asthme, elle probablement demande : « à quoi est mon fils allergique? ». Si un nourrisson est allergique à un aliment ou souffre de dermatite atopique, peut-être que la famille s'intéresse au risque futur de développer de l'asthme ou de la rhinite et la conjonctivite allergiques.

Cependant, **allergie** et **asthme** ne sont pas la même chose. Une personne peut être allergique et n'avoir pas de l'asthme. Par contre, on peut être asthmatique et n'avoir pas aucune sensibilisation aux allergènes (cela arrive dans 10-30% des asthmatiques). Les deux maladies ont une base génétique, mais mise en relation avec des gènes différents. Cependant, fréquemment, l'allergie et l'asthme convergent dans une même personne.

Qu'est-ce que c'est l'allergie et quelle est sa cause ?

« N'est pas allergique qui veut, mais qui peut ». Pour « être allergique » il faut avoir une prédisposition génétique (c'est-à-dire, héritée dans les gènes) appelée **atopie**.

Avec cette base génétique, le système immunisé des enfants allergiques réponde avec réactions d'hypersensibilité à quelques substances protéiques contenues dans les allergènes. L'anticorps qui est souvent responsable des réactions allergiques est l'immunoglobuline E.

Dans l'allergie respiratoire (asthme ou rhinite et conjonctivite allergique), les **aéroallergènes** (appelés comme ça parce qu'ils sont dans l'air qu'on respire) provoquent cette réaction immunologique lorsqu'ils contactent la voie respiratoire (nez, bronche) ou la conjonctive de l'œil. Exemples d'aéroallergènes: certaines protéines du tube digestif des **acariens** (arthropodes microscopiques qui habitent à la poussière de la maison, comme les dermatophagoides farinae ou pteronyssinus); les **pollens** des arbres, arbustes, graminacées ou mauvaises herbes; épithélium ou pellicules, salive ou urine des **animaux** (chat, chien, hamster, cobaye, lapin, cheval, vache) ; **champignons** de l'**humidité** (comme l'alternaria alternata ou le cladosporium herbarum).

Qu'est-ce que c'est l'asthme et comme se manifeste ?

L'asthme est une maladie respiratoire chronique (elle dure toute la vie) produite par une inflammation de la muqueuse qui recouvre la partie inférieure des bronches du poumon. Cette inflammation provoque que les bronches se rétrécissent et s'obstruent (bronchoconstriction) et que le bronche réponde exagérément (hyperréactivité bronchiale) à une variété de facteurs déclencheurs, comme le tabac, les infections respiratoires, l'exercice, les pleurs, le rire, les odeurs fortes (laques, peintures) ou aussi les aéroallergènes.

L'asthme se manifeste avec des épisodes de **toux**, **fatigue**, **tension** dans le **thorax** et « sifflements », surtout pendant la nuit ou pendant l'exercice. Bien qu'il soit moins fréquent, il peut y avoir des enfants et adolescents

Allergie et asthme ne sont pas la même chose

avec asthme qui présentent ces symptômes de manière plus persistante (pas dans le forme d'épisodes, mais plusieurs jours par semaine, donc ils n'ont pas pratiquement des périodes libres de symptômes).

Dans notre pays, environ 1 sur 10 enfants a de l'asthme. Jusqu'à 80% d'eux commence avec des symptômes avant les 6 ans.

Les enfants préscolaires ont aux infections respiratoires virales comme éléments **déclencheurs** principaux des épisodes d'asthme. À mesure que les enfants grandissent, ces infections perdent le rôle primordial, donc dans l'enfant scolaire et l'adolescent on trouve comme facteurs déclencheurs principaux les **aéroallergènes**, sans oublier pas l'**exercice** (qui peut affecter plus si l'asthme est pire contrôlé) et l'exposition à la fumée du **tabac**, qui est un autre facteur déclencheur important. C'est pour cela qu'il est primordial que tous les enfants et adolescents habitent dans un **environnement libre de la fumée du tabac**.

Pourquoi est-il important de savoir si un enfant avec de l'asthme a une allergie ?

Du point de vue du diagnostique, on peut faire des **tests d'allergie** in vivo (dans la peau) ou in vitro (un test de laboratoire avec un prélèvement de sang). Avec ces tests, on parvient à savoir à quoi on est sensibilisé et, selon les symptômes qu'on présente, les relier à quelque de ces allergènes (pas toutes les sensibilisations donnent des symptômes de maladie).

- Du point de vue du traitement, il est important de le savoir, car 70-90% des enfants scolaires avec de l'asthme sont sensibilisés à quelque aéroallergène. Il est très important de connaître à quoi aéroallergène (un ou plusieurs) est sensibilisé chaque enfant ou adolescent, puisque les **mesures** pour **éviter** aux aéroallergènes sont fondamentales pour le **contrôle** et **traitement** de l'asthme.
- Et du point de vue du pronostique, car l'allergie permet **d'identifier**, depuis un âge très précoce, le personne qui a un **risque** de développer dans l'avenir d'autres maladies allergiques, comme l'asthme. Par exemple, les nourrissons qui ont l'immunoglobuline E élevée face aux allergènes du blanc de l'œuf ou lait de vache ont beaucoup de possibilités de développer une sensibilisation aux aéroallergènes et des symptômes de rhinoconjonctivité et de l'asthme à 7-10 ans. **L'allergie (atopie)** est le facteur de **risque** (qui augmente la probabilité de souffrir une maladie) plus important pour qu'un enfant préscolaire avec de l'asthme continue à avoir des symptômes dans l'âge scolaire, dans l'adolescence et dans l'âge adulte.

Bibliographie

- Host A, Andrae S, Charikin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA, et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? *Allergy*. 2003; 58: 559-69.
- Documento de posición de La Sección Pediátrica de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) donde se establecen recomendaciones sobre por qué, a quién, cuándo y cómo realizar estudios de alergia en niños.
- Mora Gandarillas I, Morell Bernabé JJ y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Identificación de la Alergia. *El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia*. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-3) [consultado 12/10/2011]. Disponible en url: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm [2].
- Otros Protocolos del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en url: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm [2].
- Castillo JA. Uso racional de las pruebas diagnósticas: la exploración del niño alérgico. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2009; 2(1): 42-49. E Disponible en url: www.fapap.es/numero-actual?id=3 [3]

Allergie et asthme ne sont pas la même chose

- Morell Bernabé JJ, Bamonde Rodríguez L, Mora Gandarillas I, Pascual Pérez JM. Diagnóstico etiopatogénico del asma. En: Cano A, Diaz CA, Monton JL editores. Asma en el Niño y Adolescente. 2º edicion. Madrid: Ed Ergon: 2004.