



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Éditorial

## Actualités et souvenirs. Du vaccin Covid-19 à la maladie des moules bronchiques idiopathiques. . .



*News and memories. From Covid-19 vaccine to plastic bronchitis. . .*

La tradition et les éléments du sommaire de chaque numéro de la *Revue Française d'Allergologie* — ou « RFA » si l'on veut sacrifier à la mode des acronymes — font que nous essayons, à chaque numéro, de proposer un éditorial. C'est donc une tradition et cela peut-être un exercice plutôt compliqué quand ni les modes, ni les actualités, ne nous inspirent. . .

Il y aurait bien la COVID-19, mais, en si peu de temps, tellement de textes ont été produits que le mot saturation est le plus adapté à la situation. Saturation, certes, mais aussi incertitudes qui persistent sur les éventuels « risques de réactions dites allergiques au vaccin Pfizer BioNTech ». En effet, nous avons tous appris le 18 décembre 2020 que deux soignantes britanniques avaient développé une réaction dite « anaphylactique », débutant 10 min après avoir reçu l'injection du vaccin contre le coronavirus du laboratoire Pfizer. Par la suite 21 cas de réactions anaphylactiques sur 1 893 360 doses ont été rapportés aux États-Unis entre le 14 et le 23 décembre, à la date où ce texte est écrit [1]. Le risque d'anaphylaxie est donc estimé à 11,1 pour un million de doses injectées, très similaire à celui de toute vaccination. Tous les patients ont récupéré sans séquelles et l'accident s'était produit en moyenne 13 minutes après l'injection et dans 72 % des cas avant la quinzième minute. Dix-sept patients avaient un antécédent d'allergie dont 7 un antécédent d'anaphylaxie. Enfin, si 90 % des personnes concernées étaient des femmes il faut pondérer cela par le fait que 64 % des vaccinés étaient aussi des femmes. Bien évidemment, ces effets adverses ont alerté la communauté médicale et il a été recommandé de préciser l'anamnèse allergique des candidats à la vaccination et de les garder en surveillance comme, par exemple, après une injection sous cutanée d'allergènes lors d'une immunothérapie allergénique (ITA). À la date du 31 décembre 2020, une dizaine d'articles avaient déjà été publiés sur ce thème, et nul doute qu'au moment où ce texte paraîtra, il y en aura davantage.

Un article de Klimek et al. [2], sous l'égide de ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) assure, nous semble-t-il à juste raison, que le rapport bénéfices-risques est clairement en faveur du vaccin, même chez les 30 % (et davantage) de la population générale qui présentent des symptômes allergiques. Toutefois, ces réactions ne sont pas encore totalement documentées, ce qui a conduit, selon le « principe de précaution », à garder en observation pendant 15 min au minimum les personnes qui venaient d'être vaccinées, délai à rallonger à 30 min selon les éventuels antécédents d'anaphylaxie.

Sensiblement au même moment, précisant que les mécanismes de ces réactions n'avaient pas actuellement d'explication physiopathologique précise, la FFAL (Fédération française d'allergologie) et la SFA (Société française d'allergologie) rappelaient que « les réactions adverses aux médicaments comme aux vaccins n'étaient pas toutes de nature allergique ». Les lecteurs intéressés consulteront le site lesallergies.fr et y trouveront 3 textes récents :

- vaccinations contre la Covid et antécédents allergiques ;
- communiqué vaccin COVID-19 ;
- réactions allergiques contre le SARS-CoV-2<sup>1</sup>.

Les précautions et contre-indications retenues à ce jour figurent dans le **Tableau 1**. Celles-ci sont bien sûr susceptibles de se modifier dans les semaines à venir selon le contexte. Ce tableau est accompagné du communiqué que nous reproduisons *in extenso* : « Récemment, le *National Heart and Lung Institut*, qui est l'agence de régulation en santé britannique, a suivi les recommandations de la *British Society of Allergy and Clinical Immunology* (BSACI). Ainsi, la contre-indication de l'administration du vaccin Pfizer/BioNTech pour les patients présentant des réactions allergiques graves vis-à-vis des médicaments et des aliments est modifiée. En effet, à la lumière des milliers de vaccinations qui ont eu lieu en Grande Bretagne, aux États-Unis et au Canada, on peut désormais vacciner avec le vaccin Pfizer/BioNTech les patients qui présentent une allergie médicamenteuse ou alimentaire grave. Cependant, le vaccin reste contre-indiqué chez les patients qui ont une histoire clinique d'allergie vis-à-vis des ingrédients contenus dans le vaccin Pfizer/BioNTech ou qui ont présenté une réaction anaphy-

<sup>1</sup> Premier communiqué de la Société française d'allergologie en date du 11 décembre 2020 : « La Société française d'allergologie (SFA) a pris connaissance de deux cas de réactions d'allure allergique survenus en Grande-Bretagne chez deux personnels de santé, après l'administration de la première dose du vaccin à ARNm de Pfizer-BioNTech. Ces manifestations ont concerné deux personnes ayant déjà eu des réactions allergiques sévères. Elles ont guéri sans séquelle. Le mécanisme de ces réactions et leur cause sont à l'heure actuelle non précisés et en cours d'analyse par les autorités de santé britanniques. Cette analyse devrait permettre de déterminer si ces réactions sont spécifiques ou pas au type de vaccin utilisé. La SFA tient à rappeler que les réactions allergiques vaccinales sont rares mais bien connues des allergologues et qu'il existe des procédures permettant l'administration en sécurité des vaccins chez les sujets à haut risque allergique ». Ibid. (consulté le 15 janvier 2021)

**Tableau 1**

Vaccination contre la Covid-19 et antécédents allergiques. Résumé des recommandations françaises (SFA/FFAL/CNP allergologie) sur la conduite à tenir.

Manifestations allergiques	Conseil pour la vaccination	Durée de surveillance après vaccination	Conduite à tenir spéciale
Antécédent d'allergie à un des composants du vaccin, en particulier aux polyéthylène-glycols et par risque d'allergie croisée aux polysorbates	Contre indiqué	Non vacciné	Adresser en allergologie
Antécédent de réaction immédiate <sup>a,b</sup> à une première injection d'un vaccin ARNm COVID 19	Contre indiqué	Non vacciné	Adresser en allergologie
Antécédent de réaction immédiate <sup>a,b</sup> à un autre vaccin ou à un médicament non identifié	Surseoir	Vacciné après avis d'expert	Adresser en allergologie
Toute autre antécédent allergique	Vaccination normale	15 à 30 min	

<sup>a</sup> Bronchospasme, urticaire généralisée, anaphylaxie.<sup>b</sup> Hors réaction locale qui autorise la vaccination avec 15 min de surveillance.

lactique lors de l'injection de la première dose. L'un des composés du vaccin qui pourrait être mis en cause en tant qu'allergène est le polyéthylène glycol (PEG). La Fédération française FFAL et la SFA sont en accord avec cette nouvelle recommandation. Elles conseillent aux patients allergiques au PEG ou à tout autre composé du vaccin de le signaler à leur médecin traitant » [3].

Au chapitre des actualités, nous rappellerons, s'il en était besoin, que la fréquence de la dermatite atopique (DA), premier élément de l'histoire naturelle de l'atopie, est très élevée et toujours en augmentation. Plus fréquente chez le nourrisson et l'enfant que chez l'adulte, elle affecte au moins 10 % des enfants d'âge inférieur à 10 ans. Plus précisément, aux États-Unis, Silverberg [4] estime que sa prévalence était de 12,98 % en 2007–2009 (chez l'enfant) et de 7,2 % à 10,2 % en 2010–2012 (chez l'adulte) [5]<sup>2</sup>. La dermatite atopique persiste souvent chez l'adulte et, par conséquent, la notion de sa disparition fréquente avec l'âge est un mythe qui a toujours la vie dure !

Dans le présent numéro de la RFA, deux articles originaux sont consacrés, l'un aux soins primaires de la DA dans le cadre d'une enquête auprès de 200 médecins généralistes (MG) et, l'autre, aux dermatites des mains chez les marins de l'aire toulonnaise.

Dans le premier, on apprend que 63 % des MG éprouvent des difficultés dans la prise en charge de la DA ce qui n'est pas très étonnant puisque 50 % des MG ont des difficultés vis-à-vis du diagnostic de DA, avec, de plus, un certain ostracisme vis-à-vis des dermo-corticoïdes, réservés aux lésions sévères dans 50 % des cas, de durée de prescription très variable, et dont l'efficacité est grevée par l'inobservance fréquente des patients (79 % des cas).

Dans le second, on n'est pas surpris d'apprendre que les causes des dermatites des mains des marins de l'aire toulonnaise sont les eczéma allergiques (32 % des cas) et que les causes de ces derniers sont le caoutchouc et ses agents de vulcanisation ainsi que les dyshidroses.

À cet égard, on se souviendra que la conférence de consensus sur la « Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant » [6,7] date de 2005 – presque 20 ans déjà – et qu'elle fut organisée par les dermatologues quasi exclusifs. En 16 ans, nous avons enregistré beaucoup d'acquisitions théoriques et pratiques, de sorte qu'un nouveau point d'étape ne serait pas inutile, chez l'adulte et surtout chez les enfants, cela de façon pluridisciplinaire, ne serait-ce que pour insister sur le rôle joué par les pédiatres allergologues, avec l'exemple majeur de l'étude LEAP (*Learning About Peanut Allergy*) [8,9].

Dans le domaine de la prévention primaire de la DA du nourrisson, deux grandes études récentes portant l'une sur 1394 enfants [10] et l'autre sur 2397 nouveau-nés [11], suivis respectivement pendant 2 ans et 1 an, montrent que l'application prolongée des émouillants actuellement disponibles ne permet pas de prévenir l'apparition d'une dermatite/eczéma atopique. Même si elles ont été effectuées dans deux populations différentes (nourrissons à haut risque allergique et nourrissons issus de la population générale), ces études vont dans le même sens : les émouillants actuels ne sont pas capables de prévenir la DA, aussi bien chez les nourrissons à haut risque allergique que chez les nourrissons tout venants, ni de diminuer la fréquence des allergies alimentaires qui, dans l'histoire naturelle de l'atopie, font très souvent suite à la dermatite atopique [10].

Toutefois, des études sont encore nécessaires pour mieux analyser les mécanismes de la fonction barrière de la peau ce qui, logiquement, devrait permettre de perfectionner la classe thérapeutique des émouillants et, peut-être, d'obtenir des préparations

<sup>2</sup> Dans un article récent (Bawany et al, référence n° 21), les auteurs indiquent des fourchettes de prévalence allant de 15% à 30% (chez l'enfant) et de 2% à 10% (chez l'adulte).



Fig. 1. Moules bronchiques au cours d'une crise d'asthme aigu sévère (Collection Guy Dutau).



Fig. 2. Moulage complet de l'arbre bronchique gauche dont on reconnaît aisément la segmentation (Collection Lionel Donato).

plus efficaces. Il va de soi que ces résultats ne remettent pas en cause les émouillants dans le traitement de la dermatite atopique installée dont ils représentent une option thérapeutique efficace permettant de contrôler la maladie, de lutter contre la xérose et d'assurer une épargne des corticoïdes topiques.

Reste le souvenir ! Il y a longtemps, l'un d'entre nous a eu l'occasion d'observer une « maladie des moules bronchiques idiopathiques », maintenant dénommée bronchite plastique chez un enfant âgé de 6 ou 7 ans, sans pathologie apparemment associée, ni respiratoire, ni cardiaque ! Le mécanisme de cette affection reste hypothétique comme en témoigne la revue de Donato et Masilla [12] qui on répertorié une cinquantaine de ces observations curieuses. Dans leur expérience, l'affection s'était révélée par une atelectasie du poumon gauche chez un nourrisson de 17 mois [11]. Pour notre part, nous nous souvenons de l'aspect endoscopique de notre patient qui, au premier abord, ressemblait à « l'inhalation d'un morceau de chewing-gum » dans la bronche principale gauche. Mais, devant la survenue de deux autres épisodes, avec expectoration spontanée de quelques moules bronchiques, cette éventualité n'était plus envisageable, si tant est qu'elle l'ait été... Dans un autre cas, chez un enfant plus âgé, l'affection de base était un asthme (Fig. 1 et 2).

Il ne nous reste plus qu'à souhaiter à nos lecteurs et à nos futurs auteurs une très bonne année 2021 même si, dans les circonstances que nous avons vécu depuis un an et probablement allons vivre encore, il est assez « osé » de formuler ce souhait que veut la tradi-

tion. Cela va sans dire, le désormais « prenez soin de vous » – *take care of yourself* – est adressé à tous, sans oublier la formule aussi indispensable, sinon plus « prenez soin des autres » !

Et comme il faut penser aux dérivatifs, et ils sont nombreux, n'oubliez pas d'écrire pour votre « RFA » : des articles originaux, des revues générales, des faits cliniques (vous en avez tous !) et aussi, car c'est une bonne formule, des « Lettres à la rédaction » : elles permettent de publier un cas rapide, d'entamer une discussion sur des textes parus antérieurement (ce n'est pas interdit !), et de prendre date pour la publication d'un article plus important. C'est ainsi que vous nous aiderez à faire vivre notre revue.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Allergic reactions including anaphylaxis after receipt of the first dose of Pfizer-BioNTech Covid-19 vaccine—United States, December 14–23, 2020. *MMWR* 2021;70:46–51.
- [2] Klimek L, Jutel M, Akdis CA, Bousquet J, Akdis M, et al. ARIA-EAACI statement on severe allergic reactions to COVID-19 vaccines - an EAACI-ARIA position paper. *Allergy* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/all.14726> [Online ahead of print].
- [3] Communiqué – Vaccin COVID-19; 2021 <https://sfa.lesallergies.fr/communiqué/>.
- [4] Silverberg JL. Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis. *Dermatol Clin* 2017;35(3):283–9.
- [5] Bawany F, Beck LA, Järvinen KM. Halting the march: primary prevention of atopic dermatitis and food allergies. *J Allergy Clin Immunol* 2020;8:860–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2019.12.005>.
- [6] Conférence de consensus. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 2005;132(1):81–91.
- [7] Conférence de consensus. Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 2005;132, 159-18 <http://www.cliderm.be/wp-content/uploads/9996-Dermatite-atopique.pdf> (page S15) [Consulté le 15 janvier 2021].
- [8] Lack G. Epidemiologic risks for food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008;121(6):1331–6.
- [9] Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahson HT, Radulovic S, Santos AE, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 2015;372(9):803–13.
- [10] Chalmers JR, Haines RH, Bradshaw LE, Montgomery AA, et al. Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *Lancet* 2020;395(10228):962–72.
- [11] Skjervén HO, Rehbinder EM, Vettukattil R, LeBlanc M, Granum B, Haugen G, et al. Skin emollient and early complementary feeding to prevent infant atopic dermatitis (PreventADALL): a factorial, multicentre, cluster-randomised trial. *Lancet* 2020;395(10228):951–61.
- [12] Donato L, Mansilla M. Maladie des moules bronchiques chez l'enfant. *Rev Fr Allergol* 2012;52(2):90–6.

G. Dutau<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> 9, rue Maurice-Alet, 31400 Toulouse, France

F. Lavaud<sup>b</sup>

<sup>b</sup> Service des maladies respiratoires, hôpital Maison-Blanche, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims, France

A. Didier<sup>c</sup>

<sup>c</sup> Pôle des voies respiratoires, hôpital Larrey, CHU de Toulouse, 24, chemin de Pourville-TSA, 30030–31059 Toulouse cedex 9, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guy.dutau@wanadoo.fr](mailto:guy.dutau@wanadoo.fr) (G. Dutau)