



Syndrome de Fernand Widal: à propos de 11 cas



Laokri S., El Khattabi W., Msika S., Bamha H., Bougteb N., Arfaoui H., Jabri H., Afif H

Service de pneumologie – Hôpital 20 Aout, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Résumé

Le syndrome de Fernand Widal est une maladie peu fréquente et dont la physiopathologie n'est pas entièrement élucidée.

Sur une période de cinq ans nous avons colligé 11 cas qui ont été adressé au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 août à partir des services des urgences du CHU Ibn Rochd de Casablanca. La moyenne d'âge de nos patients est de 37 ans avec 50 % des hommes et femmes. L'ancienneté de la maladie asthmatique est en moyenne de 16 ans. L'interrogatoire retrouve une intolérance clinique à la prise d'acétylsalicylique à type de crises d'asthme qui surviennent après la prise d'aspirine ou des AINS dans tous les cas avec la survenue d'une dermite allergique dans deux cas. Le diagnostic de rhinite allergique chronique sur l'interrogatoire et consultation ORL chez 4 patients (30 %) et celui de polyposse naso-sinusienne est confirmé au blandeau scanner chez huit patients (70%). La spirométrie a trouvé une obstruction des petites bronches dans un cas et un trouble ventilatoire obstructif réversible sous bêta-2-mimétique dans 9 cas. L'asthme est classé persistant modéré dans 3 cas et sévère dans 8 cas. Quatre-vingts pourcents des patients avaient un asthme non contrôlé contre seulement 20 % des malades qui étaient contrôlés. La prise en charge de tous les patients était basée sur la proscription de l'aspirine et des AINS, la gestion des crises d'asthme en unités de soins intensifs par la nébulisation de bronchodilatateurs à courte durée et par la corticothérapie. Le traitement de fond prescrit était la corticothérapie inhalée associée aux bronchodilatateurs à libération prolongée et un suivi ORL pour les patients ayant la polyposse naso-sinusienne.

Introduction

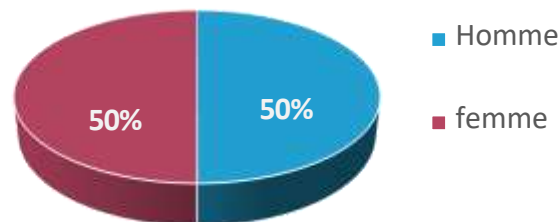
Le syndrome de Fernand Widal est une maladie peu fréquente et dont la physiopathologie n'est pas entièrement élucidée. C'est une entité qui associe une rhino sinusite chronique ou une polyposse nasale, un asthme sévère et une intolérance clinique à l'acide acétylsalicylique (Aspirine) et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Matériels et méthodes

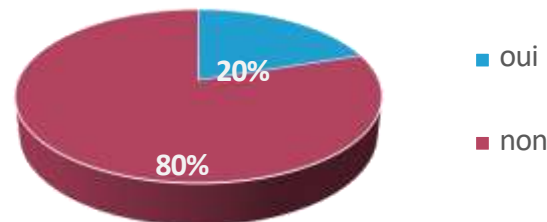
Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques des malades asthmatiques porteurs de ce syndrome. Sur une période de cinq ans nous avons colligé 11 cas qui ont été adressés au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 août à partir des services des urgences du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Résultats

- Moyenne d'âge : 37ans
- Sexe:



- Dermite allergique à la prise d'aspirine: 2 cas
- Polyposse naso sinusienne : 8 patients
- Contrôle de l'asthme:



- Prise en charge:
Proscription de l'aspirine et ains
Traitement de fond d'asthme
traitement de la polyposse nasosinusienne
Traitement des crises d'asthme

Discussion

Le syndrome de Widal (SW) a été décrit pour la première fois en 1922 par Fernand Widal et ses collègues.[1] après l'observation d'une patiente présentant un asthme et une urticaire exacerbés après la prise d'Aspirine. Plus tard, en 1968, le Dr Max Samter publia une série de cas décrivant l'association entre asthme, hypersensibilité à l'Aspirine et polyposse nasale, lui donnant également son nom.[2]

Bien que la symptomatologie soit typiquement révélée par la prise d'AINS, il existe, chez les patients souffrant de SW, un déséquilibre de base qui se manifeste par une inflammation chronique des voies respiratoires supérieures et inférieures indépendamment de la prise d'AINS. Il convient de distinguer ces deux phénomènes.[3]

Le SW représente une étiologie fréquente de l'asthme sévère non allergique et de PN invalidante. L'évocation de ce diagnostic différentiel est importante en raison des traitements spécifiques qui peuvent être apportés, notamment l'éviction des AINS, l'utilisation des anti-LT et des anticorps monoclonaux. L'Aspirine, bien que contre-indiquée chez ces patients, peut être généralement administrée en cas de coronaropathie après un protocole d'induction de tolérance, et peut parfois même, bien que cela semble paradoxal, être indiquée en cas de maladie résistante.[4]

Conclusion

Le syndrome de Fernand Widal est un syndrome peu fréquent et son diagnostic est encore sous-estimé et devait être recherché systématiquement chez les asthmatiques afin d'éviter des prescriptions inappropriées et sensibiliser les malades quant à l'éviction des AINS et de l'aspirine.

Références

- 1 Widal F, Abrami P, Lermoyez J. Anaphylaxie et idiosyncrasie. Presse Med 1922;30:189. 2
- 2 Samter M, Beers RF Jr. Intolerance to aspirin. Clinical studies and consideration of its pathogenesis. Ann Intern Med 1968;68:975-83.
- 3 Laidlaw TM, Boyce JA. Aspirin-Exacerbated Respiratory Disease--New Prime Suspects. N Engl J Med 2016;374:484-8.
- 4 SOPHIE VANDENBERGHE-DÜRR a , Pr BASILE NICOLAS LANDIS b et Dr PETER JANDUS a Rev Med Suisse 2020; 16 : 694-7

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts