

# Asthme réfractaire et apnées du sommeil :

quand les mastocytes bloquent la respiration

---

## Les voies aériennes, terrain d'élection

Les muqueuses bronchiques et laryngées sont parmi les tissus les plus riches en mastocytes du corps humain. Leur activation libère histamine, leucotriènes (LTC<sub>4</sub>, LTD<sub>4</sub>, LTE<sub>4</sub>) et prostaglandines — les médiateurs classiques de la bronchoconstriction. Dans le terrain SHMP, ce mécanisme est chroniquement activé à un niveau infra-clinique, produisant une hyperréactivité bronchique persistante qui ne répond pas toujours aux traitements conventionnels ciblant l'inflammation éosinophilique ou l'allergie IgE-médiée.

## Asthme mastocytaire : quand les bronchodilatateurs ne suffisent pas

Un sous-groupe significatif de patients étiquetés “asthme difficile à contrôler” présente en réalité une activation mastocytaire bronchique non-IgE médiée — c'est-à-dire sans allergie identifiable classique. Les déclencheurs ne sont pas des allergènes au sens strict, mais des activateurs mastocytaires : certains aliments, l'effort physique, les changements de température, le stress, les parfums, les médicaments (AINS, IEC).

*“ Un asthme dont les crises surviennent après certains repas, par temps froid, ou en période de stress intense, sans allergène identifié, doit évoquer une composante mastocytaire dans un terrain SHMP. ”*

Dans ce contexte, les leucotriènes jouent un rôle central : le montelukast (inhibiteur des récepteurs aux leucotriènes) peut apporter une amélioration là où les corticoïdes inhalés restent insuffisants.

## Apnées du sommeil et mastocytes

Le lien entre activation mastocytaire et apnées obstructives du sommeil (SAOS) est moins connu mais mécaniquement cohérent. La dégranulation mastocytaire laryngée et pharyngée provoque un œdème muqueux nocturne, aggravant la collapsibilité des voies aériennes supérieures. Des apnées sans surpoids évident, ou résistantes à la pression positive (PPC), peuvent relever en partie de ce mécanisme.

Par ailleurs, la libération nocturne d'histamine — favorisée par les repas du soir riches en histamine ou en libérateurs d'histamine — peut fragmenter le sommeil indépendamment des apnées, produisant une fatigue diurne inexpliquée malgré une PPC efficace en apparence.

## Toux chronique et laryngospasme

La toux chronique sans cause ORL ou pulmonaire identifiée, le “raclement de gorge” permanent, les épisodes de laryngospasme ou de stridor inexpliqués font partie du spectre respiratoire du terrain SHMP. L'histamine et les prostaglandines sensibilisent les récepteurs de la toux (fibres C bronchiques), abaissant le

seuil de déclenchement. Ces tableaux répondent parfois remarquablement aux antihistaminiques H1 ou au cromoglycate inhalé.

## Ce que ça change en pratique

- Noter les **déclencheurs des crises** : aliments, stress, effort, température, médicaments. Un pattern non-allergique oriente vers une composante SHMP.
- Discuter avec le pneumologue l'**essai de montelukast** si la composante leucotriène est suspectée.
- **Régime pauvre en histamine et en libérateurs** le soir en cas d'apnées ou de sommeil fragmenté sans cause évidente.
- La **stabilisation mastocytaire globale** (quercétine, lutéoline) peut réduire l'hyperréactivité bronchique de fond sur plusieurs semaines.