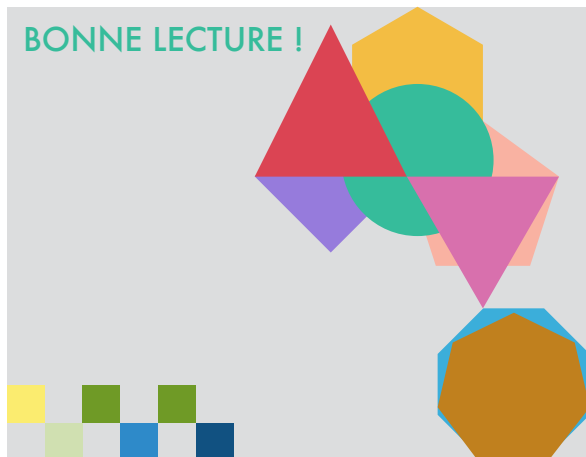


N°123

BIENVENUE DANS LA NOUVELLE REVUE D'ALLERGOLOGIE PRATIQUE

La revue est maintenant prévue pour la lecture sur vos écrans, au format horizontal (A4). Des zones interactives ont été créées pour ce faire. Les boutons de couleurs à gauche vous permettent d'accéder directement à la partie de la revue que vous souhaitez. Vous pouvez aussi passer d'une page à l'autre en cliquant sur les flèches de bas de page.

BONNE LECTURE !





SOMMAIRE

Numéro 123 / Allergologie Pratique / Décembre 2017
Revue de l'Association Nationale de FORMation Continue en Allergologie
et de la FÉDÉRATION ANAFORCAL INTERNATIONALE



ÉDITORIAL | P. 3

HORIZON 2018 !

Christine Delebarre-Sauvage

DOSSIER | P. 4 > 10

ASPECTS CLINIQUES

DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Docteur Florence Hacard

CAS CLINIQUE | P. 33

S'AGIT-IL D'UNE APLV ?

Docteur Lynda Sekfal

INFOS | P. 34

CONGRÈS / STAGES

COMPTES RENDUS | P. 12 > 32

• LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES | P. 12 > 18

A-O : Montserrat AGELL-PERELLO, Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL

Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR, Rapporteur : Adel KARDOUSSI

• ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES | P. 19 > 27

Rapporteur : Nathalie BONARDEL, Exp. hosp.: Etienne BEAUDOUIN

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPHELEIRE, Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE

• LA MAIN ALLERGIQUE | P. 28 > 30

Rapporteur : Georgia DALAMPIRA, Expert hospitalier : Audrey LASEK-DURIEZ

Exp. ANAFORCAL : Suzanne OUMOU NIANG, Anim.-Orga. : Nacéra BENAMMAR-BOUAYED

• L'ALLERGOLOGIE 2.0 : SITES, APPLICATIONS, RÉSEAUX SOCIAUX ET OBJETS CONNECTÉS | P. 30 > 32

Expert ANAFORCAL : Guy TROPPER MD FRCS, Animateur-Organisateur : Zouhaier SOUSSI

Rapporteur : Tahirou HAMIDOU (Niamey)



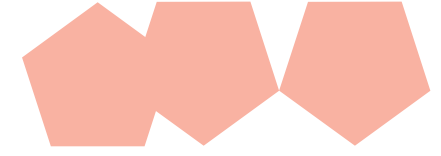
Allergologie Pratique est éditée par la SAS ANAFORCAL Organisation et Développement / Siège social : 20, impasse des Muguets - 69500 - BRON
Administrateurs : Jean-Pol Dumur, Jean-François Fontaine, Bruno Gidodet et Agnès Cheynel / Directrice de la publication : Christine Delebarre-Sauvage : Sauvage.Christine@ghicl.net
Numéro d'identification au registre du commerce : R.C.S. AIX 793 552 423 / Numéro de gestion 2013 B 1187 / Date d'immatriculation : 10 juin 2013
Conception Graphique : www.toinov.net / Iconographie : divreses sources dont images libres de droits tirées de Freepik

La rédaction d'Allergologie Pratique laisse aux auteurs l'entière responsabilité de leurs opinions.
La reproduction et la traduction partielle ou intégrale des textes ou illustrations sont soumises à un accord préalable.



HORIZON 2018 !

Christine DELEBARRE-SAUVAGE



Bonjour à Tous,

Voici, accompagnée d'une certaine douceur automnale bien agréable, que les reflets chatoyants des fêtes de fin d'année se profilent à l'horizon de 2018.

Nous cloturons en beauté avec une revue hivernale à connotation principalement dermatologique composée d'un grand dossier parfaitement documenté sur les Toxidermies Médicamenteuses confié, à notre grand plaisir, par le docteur Florence Haccard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie, CHU Lyon.

Les ateliers Anaforcal du CFA corrigés par le Dr Joelle Birnbaum aborderont les sujets de :

- ♦ La main allergique abordée par 4 cas cliniques
- ♦ Une actualisation des allergènes moléculaires : les prescriptions utiles
- ♦ Une mise au point sur l'Hyper Sensibilité Digestive Non IgE : du diagnostic à la prise en charge.
- ♦ L'Allergologie 2.0 : ses sites, applications, réseaux sociaux et objets connectés.

Un Cas clinique présenté par le Dr Lynda Sekfal, Service de pédiatrie « A », CHU Béni-Messous, Alger qui explorera l'Allergie non IgE médiée aux Protéines du Lait présenté lors des rencontres Francophones de Tunis d'octobre 2017.

Nous terminerons comme à l'accoutumée, et afin d'organiser votre planning de l'année à venir, par la liste de vos rendez vous 2017-2018.

Vous souhaitant de merveilleuses fêtes de fin d'année 2017.

À très bientôt pour la suite en 2018 !

Votre dévouée rédactrice Christine Delebarre Sauvage.



Léon Bonvin (1834-1866),

The Yearning Landscapes, 1864, Aquarelle



ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



INTRODUCTION

De façon générale, les effets indésirables médicamenteux sont classés en 5 types A, B, C, D, E, F (voir tableau ci-dessous).

Les toxidermies médicamenteuses correspondent aux effets indésirables médicamenteux à expression cutanéomuqueuse. Ces effets sont d'une grande variabilité sémiologique, classés habituellement en allergiques ou non allergiques, bénignes ou sévères, Immédiates ou retardées.

Effet indésirable médicamenteux : 5 types d'effet indésirable

Type A	Type B	Type C	Type D	Type E
« Augmented » - Effet pharmacologique du médicament - Saignement sous AVK	« Bizarre » - Réactions d'hypersensibilité - Allergiques ou non - Urticaires, exanthèmes maculo-papuleux ou nécrolyse épidermique	« Chemical » - Due à la structure chimique du médicament ou à son métabolisme - Paracétamol et hépatotoxicité	« Delayed » - Apparition plusieurs années après le traitement - Cancer de la vessie et cyclophosphamide	« End of treatment » - À l'arrêt du médicament - Epilepsie après arrêt d'un anti-épileptique

= 5% des patients traités, fréquent
Plus de 90% des hypersensibilités sont bénignes CAR non allergiques
Les formes graves, allergiques, sont très rares

Pichier. Allergy 2006

I. LES TOXIDERMIES RETARDEES PEU SEVERES

I.1. Cas Clinique 1 :

Une jeune femme de 25 ans consulte secondairement à un traitement par AMOX-ICILLINE suite à une opération des dents de sagesse. Elle a présenté dans un délai d'apparition de 24h après 7 jours de traitement, un exanthème maculo-papuleux du décolleté étendu ensuite à la face, au tronc et aux jambes. La durée des symptômes

est de 8 jours avec une régression associée à une desquamation. Elle signale une prise antérieure de la molécule sans problème.



Le diagnostic proposé est le suivant : Exanthème Maculo papuleux (EMP). L'EMP regroupe les éléments suivant : son incidence est inconnue, il représente 50-95% des toxidermies. Son délai de survenue est de 5 à 21 jours. Sa clinique est composée d'une fièvre modérée, d'une éruption maculo-papuleuse prurigineuse parfois bulleuse, d'un début au niveau des plis puis extension, jusqu'à l'érythrodermie, d'un prurit cutané. La biologie met en évidence une hyperéosinophilie. Une atteinte viscérale du rein et du foie peuvent être retrouvées. La guérison se produit en 1 à 3 semaines avec desquamation avec une mortalité inconnue.



Desquamation



ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



Le principal diagnostic différentiel de l'EMP est représenté par la primo-infection virale dont la manifestation clinique est représentée ci-dessous.



I.2. Cas Clinique 2

Un homme de 50 ans consulte pour une éruption cutanée 2 heures après un TDM injecté au IOMERON sans signe associé. L'évolution est favorable en 15 jours sans séquelles. Les Patch et IDR IOMERON sont négatifs à 72h.



Tests de réintroduction : « Docteur, j'ai exactement la même éruption »

Le diagnostic évoqué est le suivant : Erythème Pigmenté fixe (EPF), résumé par le tableau suivant :

Le délai est de quelques heures à 2 semaine. La clinique est composée de plaques arrondies ou ovalaires à bordures bien limitées, de couleur érythémato-violacées, localisation variable : face, tronc, muqueuses, peut être bulleux : pseudo-Lyell



Évolution est caractérisée par une Hyperpigmentation séquellaire, une récurrence rapide en cas de réintroduction.

Les médicaments imputables sont le Paracétamol, les AINS (oxicams), les antibiotiques. La physiopathologie évoquée concerne les Lymphocytes T CD8+ mémoires dans l'épiderme avec une prédisposition génétique (Asie, Afrique > Europe)

II. LES TOXIDERMIES RETARDEES SEVERES

II.1. Cas Clinique 1

Un homme de 27 ans, consulte pour une éruption cutanée fébrile évolutive depuis 48h. Cette réaction d'hypersensibilité est survenue 10 jours après le début d'un traitement par SULFAMETHOXAZOLE + TRIMETHOPRIME (BACTRIM®) pour une prostatite sans complication.

Ses principaux antécédents sont marqués par : Une séropositivité VIH (charge virale indétectable) associée à une fibrillation ventriculaire sur cœur sain.

Signes cliniques sont les suivants : éruption cutanée maculo-papuleuse prurigineuse diffuse, un oedème du visage, une fièvre à 39°, des adénopathies axillaires, inguinales et cervicales. Biologie regroupe une Hyperéosinophilie à 1.65G/L (N<0.5), Créatinine 107µmol/l (DFG : 80ml/min), Cytolyse hépatique avec des ASAT à 3.7N, ALAT à 2.8N, PCR CMV EBV HHV6 négatives, Présence de lymphocytes activés.



ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



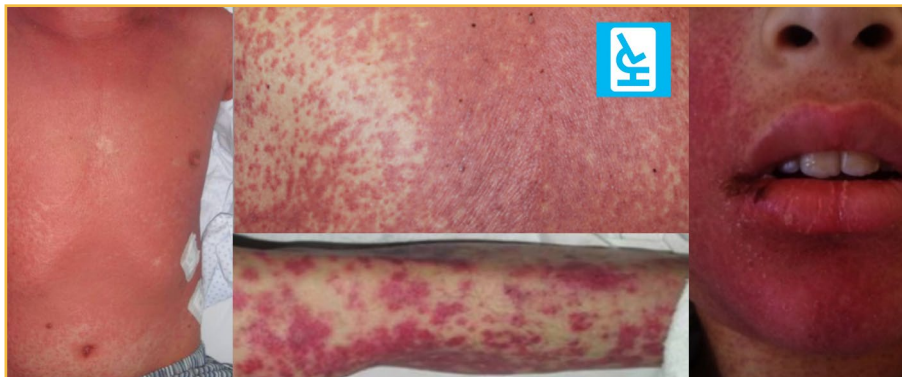
Le diagnostic proposé est celui de DRESS Syndrome : Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms.

L'Incidence est de 1/10 000, le délai est de 8 semaines.

La clinique regroupe : Prodromes : pharyngite, Altération de l'état général, fièvre, Œdème du visage et du cou, polyadénopathies, hépatosplénomégalie, Exanthème polymorphe > 50% de la SC, Atteinte muqueuse possible, Desquamation

Biologie retrouve une Hyperéosinophilie (>1500, parfois absente), Lymphocytes actifs (hyperbasophiles), Syndrome d'activation macrophagique, Réactivation des Herpes Virus (HHV6, HHV7, CMV, EBV).

Une atteinte viscérale des ORGANES SUIVANT foie+++, rein, cardiaque, poumon, thyroïde, digestive peut être retrouvée.



Évolution retrouve : une mortalité : 2 à 10%. Elle est prolongée sur plusieurs mois à un an avec manifestations d'auto-immunité.

Médicaments imputables sont les anti-épileptiques, les minocyclines, l'Allopurinol, le Dapsone, les sulfamides, les anti-rétroviraux, les IPP.

La physiopathologie discutée est la suivante :

- ♦ Association d'une hypersensibilité retardée avec une réactivation virale,
- ♦ Prédisposition génétique pour certains médicaments (HLA).

II.2. Cas Clinique 2

Une femme de 65 ans consulte pour une éruption diffuse associée à une fièvre à 39°, une chéilite douloureuse et une altération de l'état général.

Dans ses antécédents, on retrouve une insuffisance rénale chronique débutante et une HTA. Elle raconte avoir mangé une « mauvaise orange ».

On retrouve à l'interrogatoire une initiation de ALLOPURINOL il y a 10 jours pour une hyperuricémie



Le diagnostic proposé est le suivant Nécrolyse Epidermique Toxique (NET ou syndrome de Lyell), Syndrome de Stevens-Johnson (SJS).

Incidence est de 2 cas/million/an.

La clinique retrouve un délai de 4 à 28 jours avec les prodromes suivant : syndrome grippal, fièvre élevée.

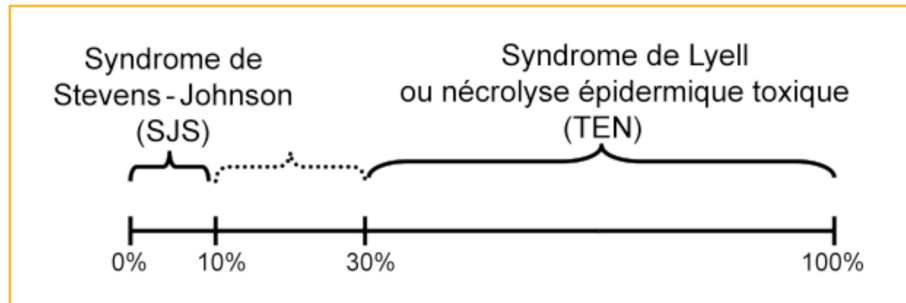


ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



Les signes cutanés regroupent une érosions muqueuses (>2 sites), une éruption maculo-papuleuse en pseudo-cocarde (tronc), un décollements cutanés superficiels (S. de Nikolski +).



La biologie met en évidence une lymphopénie fréquente et des troubles hydro-électrolytiques.
Atteinte viscérale retrouvée peut être rénale, pulmonaire, digestive, foie.



Évolution : La mortalité est de 23% à 6 semaines, 34% à un an.

Les complications nombreuses : Infectieuses, Troubles hydro-électrolytiques, Importantes séquelles. Les médicaments imputables (ALDEN) seront non retrouvés dans 10% des cas (mycoplasma pneumoniae), les molécules retrouvées sont Sulfamides anti-bactériens, l'Allopurinol, les Carbamazépines, les AINS, le Phénobarbital.

Les recherches génétiques en Europe retrouvent les profils suivants :

HLA B*5801 – allopurinol , HLA B*38 – lamotrigine ou sulfamethoxazole, HLA B*73 – oxycam.



Les diagnostics différentiels évoqués sont :



Érythème polymorphe à HSV et Mycoplasme



Érythème pigmenté fixe

Épidermolyse staphylococcique



Pemphigoïde bulleuse



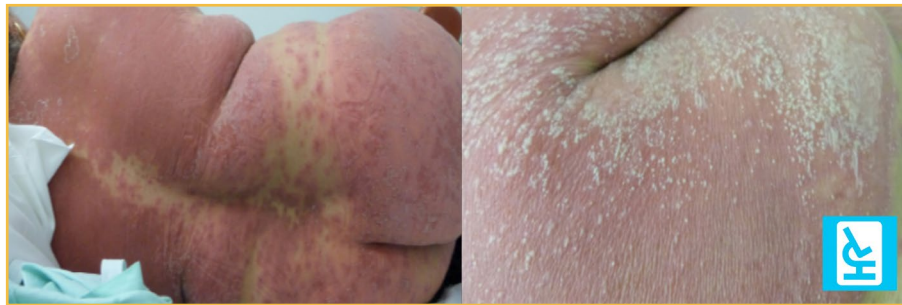
ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



II.3. Cas Clinique 3

Une femme de 50 ans, consulte pour une éruption cutanée fébrile brutale avec pustules non folliculaires dans les plis, survenue dans les 24h après initiation de PRISTINAMYCINE pour une bronchite associée à une hyperleucocytose à PNN.



Le diagnostic proposé est Pustulose Exanthématique Aigue Généralisée (PEAG). Son incidence est inconnue.

Le délai de survenue est de quelques heures à 21 jours.

La clinique regroupe altération de l'état général, fièvre, éruption pustuleuse des plis sur un fond érythémateux puis extension.

Biologie met en évidence : une hyperleucocytose à PNN ou PNE et une hypocalcémie. Peuvent exister des atteintes viscérales du foie et du rein.

La guérison est rapide (7 jours), avec cependant une mortalité de 5%.



Les diagnostics différentiels évoqués sont :



III. LES TOXIDERMIES IMMÉDIATES PEU SÉVÈRES

III.1. Cas Clinique 1

Une femme de 35 ans consulte pour une allergie « à tout ». Dans ses antécédents on retrouve un terrain atopique personnel : dermatite atopique, rhinite allergique ainsi qu'une notion d'allergie à la pénicilline dans l'enfance jamais explorée.

Le contexte est caractérisé par la prise d'un comprimé d'IBUPROFENE.





ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



Éruption cutanée maculo-papuleuse prurigineuse mobile.
Délai de survenue : le lendemain de la prise d'un AINS pour une migraine.
Délai de régression : 3-4 jours.
Le diagnostic retenu est celui d'une Hypersensibilité non allergique.

Hypersensibilité non allergique

Réaction Immédiate	HS Non allergique (>90%)
Sévérité clinique	Rare (éruption isolée)
Délai prise / éruption	> 1 h
Délai de régression	lent
Dose-dépendance	Oui
Nombre de médicaments	Plusieurs
Urticaire chronique	Oui
Atopie	Oui
Réintroduction possible	Oui



Le diagnostic est celui d'une Hypersensibilité Immédiate Allergique :

Hypersensibilité immédiate allergique

Réaction Immédiate	HS Non allergique (>90%)	HS allergique
Sévérité clinique	Rare (éruption isolée)	Fréquente
Délai prise / éruption	> 1 h	< 1 h
Délai de régression	Lent	Rapide
Dose-dépendance	Oui	Non
Nombre de médicaments	Plusieurs	Un seul
Urticaire chronique	Oui	Non
Atopie	Oui	Oui/Non
Réintroduction possible	Oui	Non ou induction de tolérance

VI. LES TOXIDERMIES IMMÉDIATES SÉVÈRES

VI.1. Cas Clinique 1

Un homme de 35 ans consulte pour une hypersensibilité à la CIPROFLOXACINE prise auparavant sans problème, survenue 30 min après le premier comprimé. Il ne présente aucun antécédent. Le délai de régression est de quelques heures.
Type de réaction retrouvé est le suivant urticaire diffuse superficielle et angioedème, Bronchospasme avec désaturation, Conjonctivite, Hypotension artérielle < 80 mmHg de TAS, douleurs abdominales.

V. LES AUTRES TOXIDERMIES

.../...



ASPECTS CLINIQUES DES TOXIDERMIES MÉDICAMENTEUSES

Dr Florence Hacard, Service d'Immunologie Clinique et Allergologie
CHU Lyon Sud - Hospices Civils de Lyon



Vascularité leucocytoclasique



Dermatose à IgA linéaire



Symmetrical Drug Related Intertriginous and Flexural Exanthema
(SDRIFE ou syndrome babouin)



Photoallergie



EN RESUMÉ : CE QU'IL FAUT RETENIR

Les toxidermies

- ♦ Les toxidermies retardées
 - Peu sévères :
 - Hypersensibilité non allergiques
 - Exanthème maculo-papuleux
 - Érythème pigmenté fixe non bulbeux
 - Sévères :
 - Syndrome de Lyell
 - Syndrome de Steven-Johnson
 - DRESS
 - PEAG
- ♦ Les toxidermies immédiates
 - Peu sévères :
 - Hypersensibilités non allergique
 - Sévères :
 - Hypersensibilité Allergique
- ♦ De nombreuses autres toxidermies...

CONCLUSION

- ♦ Les aspects cliniques des toxidermies sont nombreux
 - Les toxidermies bénignes sont les plus fréquentes
- ♦ L'important est de repérer les signes d'urgences
 - Altération de l'état général
 - Extension rapide des lésions
 - Erosions muqueuses
 - Oedème du visage
 - Signe de Nikolski
 - Douleurs intenses

Références bibliographiques :

- Lebrun-Vignes B et al. Rev Med Interne 2015
- Posadas SJ et al. Clin Exp Allergy 2007
- Mockenhaupt M et al. J Invest Dermatol 2008
- Kardaun et al. Br J Dermatol 2013
- Sidorof A et al. J Cutan Pathol 2001
- Brahimi Net al. Eur J Dermatol 2010
- Renaudain J et al. Allergy 2013

13^e

Congrès Francophone
d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

17 au 20 avril 2018

Allergie
et Médicaments

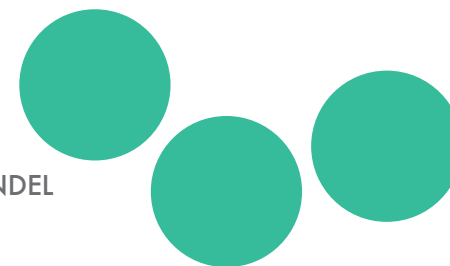




LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAR

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI



INTRODUCTION

Les hypersensibilités digestives peuvent être allergiques ou non. Les allergies digestives peuvent être IgE ou non IgE médiées ou mixtes. Les formes IgE médiées sont mieux connues, plus faciles à explorer.

Les formes non IgE médiées sont moins fréquentes mais reconnaissables : le diagnostic se fait grâce à l'anamnèse et au test de provocation.

I. MÉTHODE

Après une brève présentation des participants et une évaluation des besoins de chacun, un pré-test était distribué. Création de trois sous-groupes (tous les groupes ont traité les mêmes cas cliniques).

II. RÉSULTAT

II.1. Premier cas clinique :

Histoire : Yohan, 16 mois. Naissance 3,2 kg, allaitement maternel 4 mois, sevrage avec du lait 1er âge. Diversification à 8 mois, croissance P/T -1DS. Atcd : intestin irritable chez le père. Yohan présente des troubles du transit depuis "toujours" : RGO, vomissements postprandiaux ou à distance, diarrhées non glairo-sanglantes, malgré traitement par IPP, lait AR.

Bilan effectué : APT positifs pour le blé et le lait. Prick tests alimentaires négatifs. Biologie standard (NFS, BES, hépatique, rénal) normal.

Un régime sans PLV (néocate) ni gluten est proposé. L'évolution est favorable avec disparition des diarrhées, et diminution des vomissements. Puis apparaissent des refus alimentaires.

À 18 mois : hospitalisation pour GEA à rota virus. Au décours : cassure poids : -2DS : Rdv programmé pour un bilan gastro-entérologique pour ses 20 mois.

À 20 mois : bilan : croissance P/T : -1,5DS. Bilan clinique et para clinique normal (RT, TODG, échographie abdominale, immunité, ATG, pas de malabsorption, chlore sudoral, bilan nutritionnel et métabolique). Endoscopie à 22 mois : biopsies : pas d'atrophie villositaire, ni éosinophile. APT+ lait et blé.

À 20-22 mois : on lui recommande de poursuivre le régime sans PLV et sans gluten et enrichissement.

Amélioration transitoire, puis réintroduction progressive du lait mais modérée (100 ml/j) et réapparition progressive de selles diarrhéiques non glairo-sanglantes, gaz, météorisme abdominal, douleurs abdominales.

À 5 ans : intensification cette année : douleurs abdominales avec réveils nocturnes, refus alimentaire, rares vomissements, hypoplasie de l'émail dentaire. L'éviction du gluten a été poursuivie car à chaque essai de réintroduction : intensification des signes digestifs. Croissance régulière : poids -1,5DS, taille -0,5DS. Clinique : météorisme abdominal.

Echographie abdominale normale. Carnet de recueil diététique : erreur de régime : apports caloriques insuffisants, sans gluten.

Bilan nutritionnel, immunitaire et auto-immunité : normal sous régime sans gluten. Refus de réintroduire le gluten : HLA DQ2/8 négatif.

Endoscopie digestive haute normale.



Discussion :

Le premier bilan allergologique nous fait évoquer une entéropathie allergique non IgE médiée, vis-à-vis du lait et le blé.

Suite aux refus alimentaires et la cassure poids : -2DS, le bilan doit comporter aux moins une échographie abdominale, endoscopie gastro-œsophagienne, un bilan cœliaque, et un dosage de l'élastase fécale, dans le cadre d'une insuffisance pancréatique (mucoviscidose).

À 20 mois : devant le bilan clinique et paraclinique normal et l'endoscopie à 22 mois : biopsies : pas d'atrophie villositaire, ni éosinophile, APT+ lait et blé. Le même diagnostic est retenu, avec poursuite du régime, plus enrichissement. Yohan à 5 ans : Croissance régulière, bilan nutritionnel, immunitaire et auto-immunité normal sous régime sans gluten, HLA DQ2/8 négatif, endoscopie digestive haute normale.

Le diagnostic est une hypersensibilité au gluten, non cœliaque, troubles fonctionnels associés (intestin/côlon irritable).

II.2. Deuxième cas clinique :

II.2.1. Histoire clinique : Salma, née à terme à 2 kg 450, a été hospitalisée en période néonatale pendant 5 jours pour hypoglycémie et difficulté de succion. Elle a été mise sous hydrolysat poussé de PLV.



LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR

Entre 1 et 2 mois la maman a tenté d'introduire un lait 1er âge. Le nourrisson a refusé et a présenté des vomissements 1 à 2 heures après la prise du biberon ; les parents n'ont pas consulté et ont repris l'HPLV.

À 5 mois Salma a commencé à refuser l'hydrolysate et même une préparation à base de riz. La maman a essayé un yaourt mais 1 heure après, le nourrisson a présenté 15 vomissements en jet et est devenue hypotonique, pâle avec une cyanose péri-buccale, ce qui a motivé son hospitalisation. Les symptômes ont duré environ 2 heures.

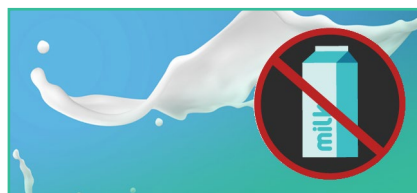
Un bilan a été fait :

- Biologie : NFS normale. Fonctions hépatique et rénale normales. ECBU négatif
 - ECG normal, Rx T, Rx ASP normales, pH métrique normale
 - Allergologie : Prick lait, caséine négatifs. Patch lait négatif. IgE spécifiques lait, caséine, lactalbumine, lactoglobuline négatifs.
- Salma a été remise sous HPLV, et la diversification a été débutée sans problème.

À 6 mois, et après ingestion d'un petit pot industriel (lait ?), elle a présenté 2 heures après 6 vomissements avec pâleur, malaise et cyanose ayant nécessité une hospitalisation et surveillance de 24 H. L'éviction du lait a été alors poursuivie.

À 23 mois Salma est toujours sous HPLV avec un bon appétit, une croissance pondérale toute fois médiocre (9 kg 200) mais un très bon éveil et un bon tonus.

Un TPO au lait de vache est alors proposé avec une dose initiale de 10 ml/kg en 2 prises séparées d'une heure, mais le nourrisson a réagi 2H1/2 après la première prise avec une récupération lente.



II.2.2. Discussion :

Le tableau clinique, peut nous faire évoquer une APLV IgE médiée, mais devant l'histoire clinique et le bilan allergologique négatif, le diagnostic retenu est l'entérocologie induite par les protéines alimentaires (SEIPA).

À 23 mois et au vu du résultat de TPO au lait de vache, le régime d'éviction stricte doit être prolongé.

II.3. Troisième cas clinique :

II.3.1. Histoire clinique : Adam est né à terme, de parents atopiques, et allaité exclusivement au sein. À l'âge de 3 mois, il a présenté des selles sanguinolentes. Les parents ont consulté,

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

l'examen clinique était normal, le bilan biologique n'a pas montré d'anomalies et l'échographie abdominale était normale. Une origine allergique est alors suspectée, et une éviction du lait de l'alimentation maternelle est initiée mais elle n'a pas permis la résolution des symptômes. Puis une éviction de l'œuf, du soja, du blé et du poisson chez la mère a fait disparaître les rectorragies chez le nourrisson.

Lors de la diversification alimentaire, tous les aliments ont été introduits sauf l'œuf et le soja.

À l'âge de 11 mois, l'ingestion d'œuf n'a pas entraîné de symptômes mais du sang occulte dans les selles. À l'âge de 12 mois, 2 H après une nouvelle ingestion de l'œuf le nourrisson a présenté des vomissements et une diarrhée profuse avec pâleur et hypotonie, ayant nécessité un remplissage vasculaire et une antibiothérapie. L'évolution était rapidement favorable en quelques heures. Un mois plus tard, une réaction similaire est survenue après ingestion d'œuf à 2 reprises.



II.3.2. Discussion : Devant le tableau clinique initial (à l'âge de 3 mois) et le bilan normal, une proctocolite allergique (PIPA) induite par les protéines alimentaires est retenue comme diagnostic.

Puis, suite aux réactions répétitives nécessitant une hospitalisation aux soins intensifs, après ingestion de l'œuf, le diagnostic le plus probable est une SEIPA à l'œuf. Le traitement durant la phase aiguë nécessite le recours au remplissage (bolus sérum physiologique) et la corticothérapie IV.

II.4. Quatrième cas clinique :

II.4.1. Histoire clinique : Asma, 9 mois, née à terme, poids à la naissance de 4 kg 600, position assise non encore acquise. On trouve la notion d'asthme chez le grand père. L'allaitement maternel a été remplacé par le lait de vache à l'âge de 4 mois et la diversification alimentaire a été initiée à l'âge de 5 mois par des céréales, yaourt et légumes. Depuis l'âge de 5 mois, le nourrisson présente une diarrhée liquidienne parfois glaireuse, des vomissements post prandiaux et une stagnation puis inflexion de la courbe pondérale ; plusieurs traitements symptomatiques et antibiotiques ont été prescrits sans amélioration.

À l'âge de 9 mois, elle a été hospitalisée pour dénutrition associée à un ballonne-



LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

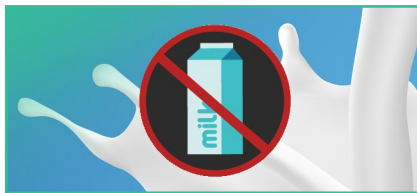
Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR

ment abdominal, un syndrome œdémateux et un retard staturo-pondéral (poids à 4 kg 400 et taille à 61cm).

Le Bilan a montré une anémie à 8,5 g/dl hypochrome microcytaire, un taux élevé d'éosinophiles à 770/mm³, une hypo protidémie à 44 mg/l, une hypo albuminémie à 24 mg/l, une hypocalcémie à 51 mg/l, une hyponatrémie à 127 meq/l et une hypokaliémie à 2.7 meq/l. La protéinurie était négative. La sérologie de la maladie cœliaque (Ac anti gliadine et anti-transglutaminase IgA et IgG) était négative et le test de la sueur normal.

Le bilan allergologique est resté négatif (tests cutanés au lait de vache négatifs, IgE totales à 33.6 Ku/l, IgE spécifiques PLV négatifs).

La biopsie jéjunale a montré une atrophie villositaire modérée sans exocytose lymphocytaire et sans anomalie cryptique.



II.4.2. Discussion : Le diagnostic retenu est l'entéropathie allergique

induite par les PLV. La prise en charge a consisté en une correction des différents déficits potentiellement menaçants révélés par le bilan biologique tout en initiant progressivement un régime alimentaire adapté. L'alimentation est initiée avec un hydrolysat de protéines de lait de vache puis soupe de légumes en s'assurant à chaque introduction alimentaire de sa bonne tolérance.

L'évolution est favorable sous régime d'éviction du LV et l'alimentation a été ensuite diversifiée et enrichie, avec une bonne reprise de la croissance staturo-pondérale.

À l'âge de 2 ans le LV a été réintroduit progressivement sans incident.

II.5. Cinquième cas clinique

II.5.1. Histoire clinique : Younes, un nourrisson de 20 mois est admis pour dénutrition. Dans son histoire diététique, il était sous allaitement maternel exclusif et la diversification alimentaire a été démarrée à 9 mois à base essentiellement de légumes et de céréales et rarement de la viande.

Une stagnation pondérale a été constatée depuis l'âge d'un an (10 Kg), et une diarrhée chronique est apparue depuis l'âge de 18 mois avec installation d'un ballonnement abdominal et des œdèmes des membres inférieurs.

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

L'examen à son admission trouve un nourrisson pale, un poids de 9Kg800 (-2DS), une taille de 71cm (-2,5 DS) avec des signes de dénutrition (fente musculaire, œdèmes, côtes saillantes, cheveux secs), un abdomen ballonné sans hépato ni splénomégalie.



II.5.2. Discussion : Les diagnostics évoqués sont : Carences d'apport, Syndrome cœliaque, Maladie Cœliaque, entéropathie allergique au blé, APLV, Parasitose, Déficit immunitaire congénital/Acquis, Insuffisance pancréatique exocrine.

Le bilan réalisé a montré une anémie hypochrome microcytaire 7g/dl, un ionogramme sanguin normal, une albuminémie à 32 g/l, le cholestérol à 0,99 g/l, le fer sérique et la ferritine bas et la sérologie HIV négative.

Le test de la sueur est normal, les Ac Anti transglutaminase à 5 fois la normale. La biopsie jéjunale a montré une atrophie villositaire totale avec une lymphocytose intra-épithéliale à 75%.

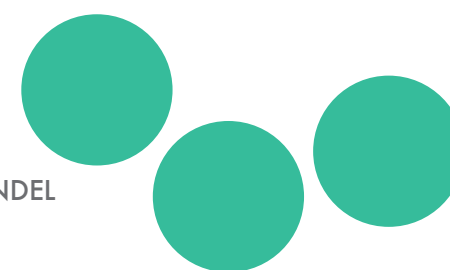
Le diagnostic retenu est la maladie Cœliaque.

La prise en charge a consisté en une correction des troubles nutritionnels et la mise sous régime sans gluten à vie. L'évolution est favorable.

II.6. Sixième cas clinique :

II.6.1. Histoire clinique : Ambre, 5 ans. Antécédents : épisodes sifflants viro-induits, Croissance P-2DS, T-1DS, douleurs abdominales vagues, non spécifiques récurrentes. Hospitalisée à 5 ans: asthme aigu grave, « near fatal asthma » type « Brittle asthma », arrêt cardio-respiratoire, 2 allers-retours en réanimation à chaque décroissance des bronchodilatateurs. Bilan: hyper éosinophilie, IgE totales à peine augmentées ; RT distension thoracique. TCA usuels et alimentaires négatifs, IgE spécifiques (lait, œuf, blé, arachide négatives).

pH métrie : RGO acide ; TOGD: malposition cardio-tubérositaire : Mise sous IPP. Contrôle à 7 ans: asthme contrôlé, persistance des douleurs abdominales récurrentes, pH métrie: index de reflux normal avec mauvaise clairance œsophagienne, TOGD empreinte œsophagienne droite (TDM APC normal), Endoscopie digestive : œsophagite à éosinophiles, mise sous corticothérapie déglutée 6 mois, et IPP. Une





LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR

nouvelle exacerbation d'asthme aigu grave décale le contrôle endoscopique à 6 mois, alors qu'un traitement par Omalizumab est débuté depuis 3 mois, et IPP poursuivis: persistance OE ;

APT lait et soja+, TCA négatifs, puce ISAC négative, le régime sans lait ni soja ; Corticothérapie déglutée et poursuite des IPP, le contrôle à 3 mois: endoscopie digestive normalisée

À l'âge de 9 ans : nouvel épisode d'asthme aigu grave avec passage long en réanimation, VAC sur arrêt respiratoire. Bilan à 6 mois : endoscopie toujours normale: réintroduction lait puis soja.

À 10 ans, asthme contrôlé sous corticothérapie inhalée, B2LDA, montelukast, IPP et Omalizumab : sensation de dysphagie sans blocage alimentaire, croissance régulière (P -1,5DS)



II.6.2. Discussion : Exploration des douleurs abdominales comprend des Prick-tests aux Trophallergènes, une échographie abdominale, un TOGD, un bilan parasitaire.

À 7 ans, une endoscopie digestif doit être réalisée (œsophagite à éosinophiles?), avec un traitement de première intention : corticothérapie déglutée 6 mois, plus IPP.

Un contrôle doit être réalisé 4 à 12 semaines (Clinique et endoscopique).

La positivité des APT lait et soja, nous conduit à un Régime sans lait ni soja
Corticothérapie déglutée : Budesonide visqueux (1mg/2ml dans 5 g sucralose) 0,5 mg x2/j.

IPP. Trois mois plus tard, devant la normalisation de l'endoscopie digestive, une diminution de la corticothérapie déglutée à dose minimale efficace et réintroduction soja puis lait/6 semaines.

À 10 ans, la sensation de dysphagie sans blocage alimentaire, malgré un asthme contrôlé et une croissance régulière (P -1,5DS), nous fait croire à une rechute OE confirmée par l'endoscopie. Remise sous régime sans lait ni soja.

II.7. Septième cas clinique :

II.7.1. Histoire : Léa (3ans). Aux antécédents d'épisodes sifflants viro-induits, DA minime, avec un père, allergique aux crustacés, et une pollinose chez la mère. Ramener pour suspicion d'allergie aux poissons, suite une réaction à 2 ans ½ en vacances en Espagne: urticaire et vomissements rapidement après

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

ingestion de poisson. Depuis éviction de tous les poissons et fruits de mer.

Prick tests morue, thon, colin, saumon, truite, sardine, crevette, moule en natif négatifs.

Prick tests usuels négatifs (pneumallergènes). Biologie: IgE spécifiques poisson, thon, crevette, moule et recombinaisons parvalbumine (r Cyp c1 et r Gad c1) négatives.

TPO thon négatif. Les parents vous racontent à posteriori qu'ils avaient eux aussi présenté une urticaire au décours des tapas.



II.7.2. Discussion :

Devant un bilan allergologique (Prick-tests pneumallergènes, trophallergènes notamment : morue, thon, colin, saumon, truite, sardine, crevette, moule en natif négatives, et un TPO au thon négatif), On évoque une histamino-libération non spécifique et on rassure la famille sur l'absence de nécessité de réaliser un PAI.

Mais suite aux déclarations des parents à posteriori, qu'ils avaient eux aussi présenté une urticaire au décours des tapas, on peut évoquer une intoxication scombroid.

Les hypersensibilités digestives aux aliments non IgE médiées :

A. Les 5 principales réactions d'hypersensibilités (HS) digestives non IgE médiées sont :

- la maladie cœliaque
- l'œsophagite à éosinophiles
- le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires
- l'entéropathie induite par les protéines alimentaires
- l'hypersensibilité alimentaire non cœliaque, sous groupe du syndrome du colon irritable

*B. Ces 5 réactions d'HS non IgE médiées sont sous-tendues par des mécanismes physiopathologiques immunologiques très différents et pour certains mal connus (syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires et l'hypersensibilité non coeliaque).
> voir Figure 1*

*C. Les 4 aliments le plus souvent pourvoyeurs de réactions d'HS non IgE médiées sont : le blé, le lait, les poissons et l'œuf.
> voir figure 2*



LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

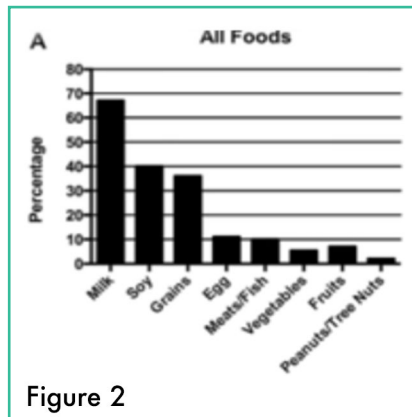
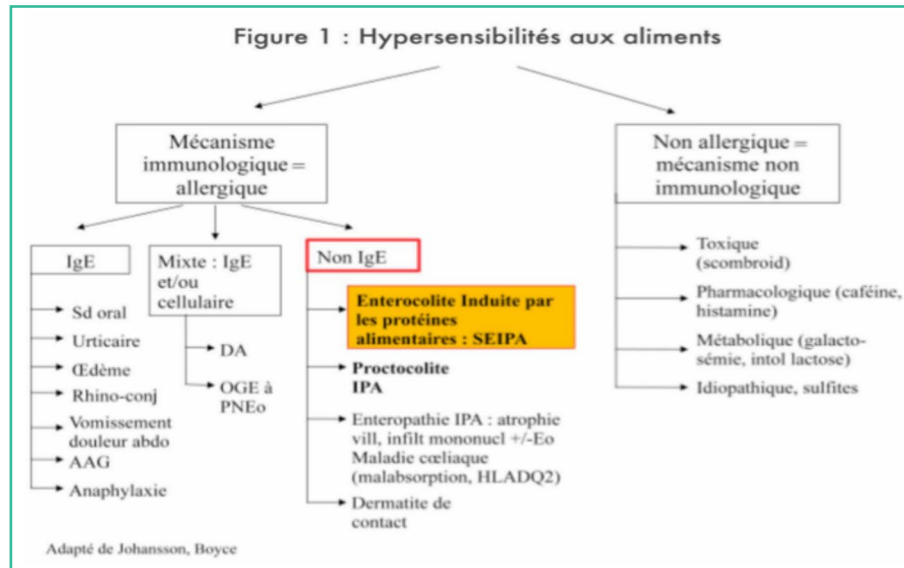


Figure 2

D. La MC est une maladie systémique, auto-immune, à prédisposi-

tion génétique (HLA DQ2/8) touchant tous les âges de la vie : la présentation clinique classique de l'enfant de moins de un an présentant une diarrhée chronique avec dénutrition est rare à côté des formes frustes ou atypiques, plus fréquentes et souvent méconnues.

> voir Figure 3

E. Le diagnostic de confirmation de la MC est histologique (atrophie villositaire) chez la plupart des patients. Mais la biopsie peut être évitée chez les enfants associant les critères cliniques,

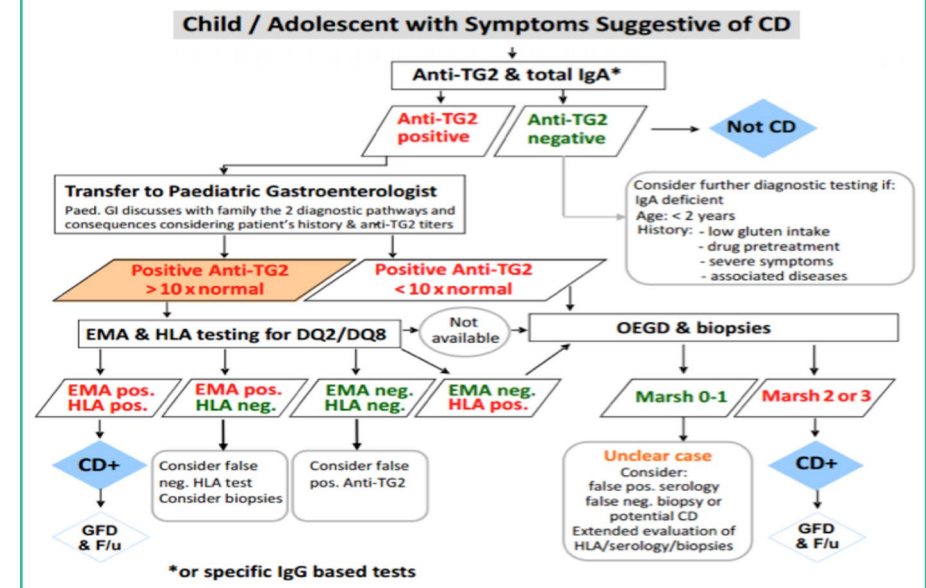
sérologiques (IgA transglutaminases) et HLA.

F. L'entéropathie induite par les protéines alimentaires, dont le diagnostic est clinique, se manifestant par des diarrhées non profuses, retardées (>48-36h) et un retard de croissance modéré, touche plus spécifiquement le jeune enfant et est de bon pronostic (guérison entre 2 et 3 ans) Les Atopy Patch tests peuvent être utiles au diagnostic.

G. Le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires ou SEIPA, dont le diagnostic est clinique, peut être de forme chronique ou aiguë.

Dans la forme aiguë, les vomissements sont répétés, retardés (2-4h), et associés parfois à une diarrhée (6h). La gravité est liée au risque de choc hypovolémique et au retard de prise en charge.
> voir figure 4.

Figure 3 : Classification of gluten-related disorders.
Fasano, Sapone. Gastroenterology 2015

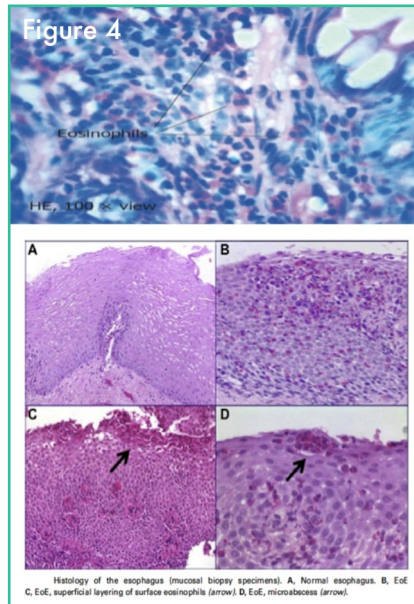




LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAR

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI



H. L'oesophagite à éosinophiles, dont le diagnostic est histologique, et la prise en charge codifiée, est évoquée chez le grand enfant ou l'adulte devant des blocages alimentaires ou dysphagie, alors que chez le jeune enfant les signes sont beaucoup moins spécifiques.
> voir Figure 5.

I. L'hypersensibilité au gluten (ou au blé) non cœliaque, entité clinique de mécanisme probablement immunologique (immunité innée), considérée comme un sous-groupe du syndrome du côlon irritable, est évo-

quée cliniquement après élimination des autres causes d'hypersensibilités IgE ou non IgE médiées dont la maladie cœliaque, et confirmée par le régime d'éviction.

J. Il faut distinguer les hypersensibilités alimentaires non IgE médiées, impliquant une réponse immunologique, des « intolérances » alimentaires de mécanismes non immunologiques : enzymatique (intolérance au lactose, intolérance aux « fermentables oligo- and disaccharides, monosaccharides and polyols (FODMAPs), toxique (intoxication scombroid), métabolique, pharmacologique.

CONCLUSION

La maladie cœliaque, l'oesophagite à éosinophiles, le syndrome d'entérocite induite par les protéines alimen-

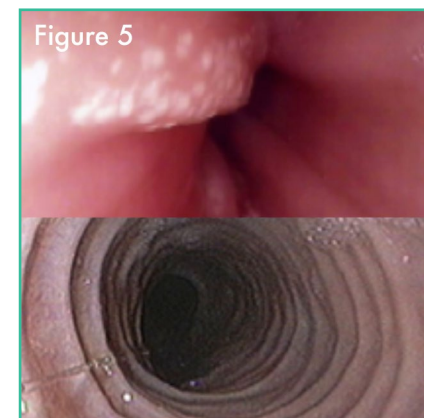
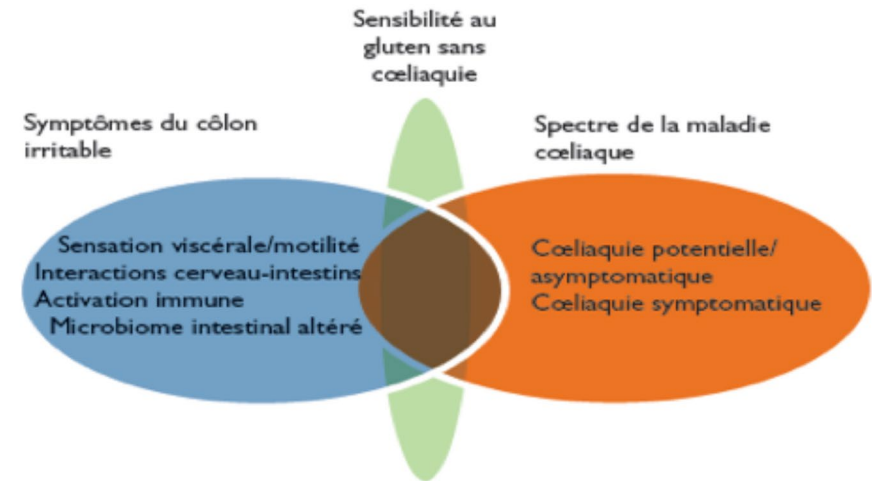


Figure 6 : Maître S. Rev med suisse 2014;10:846-53.
Traduit de Boettcher Am J Gastro 2013



taires, l'entéropathie induite par les protéines alimentaires, l'hypersensibilité alimentaire non cœliaque, sous groupe du syndrome du colon irritable, représentent les 5 principales réactions d'hypersensibilités (HS) digestives non IgE médiées, dont le blé, le lait, les poissons et l'œuf, sont les aliments les plus souvent incriminés. Une anamnèse, un examen clinique, ainsi que des examens complémentaires, doivent permettre de poser le diagnostic.

Références bibliographiques :

- Hill. NASPGHAN Clinical Report on the Diagnosis and Treatment of Gluten-related Disorders. J Pediatr Gastro enterol Nutr. 2016 Jul ; 63(1) : 156-65
- Collyer. Non celiac gluten sensitivity : an approach to diagnosis and management. Curr Opin Pediatr 2016, 28 : 638-643
- Novak Wegryn. Practice paper International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome : Executive summary - Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, Jaci 2017 in press.
- Szajewska. Gluten introduction and risk of coeliac disease: a position paper by the European Society for Pediatric gastroenterology hepatology and Nutrition. JPGN 2016 ; 62 : 507-513.



LES HYPERSENSIBILITE DIGESTIVES NON IGE MÉDIÉES

Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Saïd ETTAIR

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

TEST DE LECTURE : Quelles sont les propositions correctes ?

Q.1. Les hypersensibilités digestives, de mécanisme immunologique, non Ig E médiées, selon la classification de Johansson, incluent :

- ☐ A - L'intolérance au lactose
- ☐ B - La scombroidose
- ☐ C - Le SEIPA (syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires)
- ☐ D - La maladie cœliaque
- ☐ E - La proctocolite induite par les protéines alimentaires

Q.2. L'Entérocolite aux protéines alimentaires (SEIPA) :

- ☐ A - Peut survenir avec tout type d'aliment
- ☐ B - Les signes digestifs surviennent entre 1 et 4 heures après la prise alimentaire
- ☐ C - est d'origine auto-immune
- ☐ D - Le bilan allergologique est en général négatif
- ☐ E - le test de provocation oral est nécessaire pour confirmer le diagnostic

Q.3. La maladie cœliaque est :

- ☐ A - Une maladie liée à une intolérance au lactose
- ☐ B - Une maladie dont le diagnostic repose sur les biopsies duodénales mettant en évidence une atrophie villositaire
- ☐ C - Fréquemment révélée par une diarrhée chronique
- ☐ D - Exceptionnellement associée à une anémie par carence martiale
- ☐ E - Associée à une élévation des anticorps IgE anti-transglutaminase

Réponses : Q.1 : C, D, E / Q.2 : A, B, D / Q.3 : B, C / Q.4 : A, D, E / Q.5 : C, D

Q.4. L'oesophagite à éosinophiles :

- ☐ A - peut s'associer à une sensibilisation alimentaire
- ☐ B - la dysphagie et le blocage alimentaire sont des signes cliniques pathognomoniques de l'OE chez l'enfant
- ☐ C - le régime alimentaire est à vie
- ☐ D - la diète élémentaire à base d'une formule d'acides aminés est la plus efficace
- ☐ E - En cas de persistance de l'OE au contrôle endoscopique à 3 mois, il faut d'abord chercher la mauvaise adhésion au régime alimentaire

Q.5. L'hypersensibilité au gluten non cœliaque:

- ☐ A - s'associe à un infléchissement de la courbe pondérale
- ☐ B - le patch test est sensible pour son diagnostic
- ☐ C - est un diagnostic d'élimination
- ☐ D - est associée à une prévalence plus importante de l'haplotype HLA DQ2 ou 8
- ☐ E - permet souvent la consommation d'espèces anciennes de blé, pauvres en gluten, tels le petit épeautre et le blé noir



ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELEIRE (Chaufontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)



OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer 3 intérêts de la prescription des allergènes moléculaires.
- Enumérer 4 allergènes moléculaires « utiles » impliquant les pneumallergènes et 5 allergènes moléculaires « utiles » impliquant les trophallergènes.
- Citer 2 indications de la biopuce.
- Citer 2 allergènes moléculaires récemment disponibles en pratique clinique.

INTRODUCTION

De nombreux allergènes moléculaires sont actuellement disponibles à la prescription. Ils ne revêtent pas tous la même importance et une connaissance approfondie de ces derniers devrait conduire à une prescription utile au diagnostic et au traitement.

MATERIEL ET METHODES

L'atelier a débuté par un pré-test qui a servi d'évaluation formative en fin de séance avec le post-test. Les abaques de Régnier ont été utilisés pour répondre à 4 questions courtes puis à 6 cas cliniques interactifs, avec une synthèse par chaque expert pour chaque thème abordé. L'atelier s'est terminé en vérifiant que les objectifs avaient bien été atteints.

QUESTIONS COURTES / CAS CLINIQUES

I. Un allergène recombinant précédé de « n » signifie-t-il nouveau ?

La lettre « n » signifie « naturel ». Les allergènes recombinants peuvent être extraits et purifiés à partir d'une source naturelle d'un allergène, ce qui peut occasionner la présence de résidus glycosylés. Les allergènes recombinants peuvent aussi être obtenus par synthèse protéique à partir d'hôtes eucaryotes (Saccharomyces ou cellules de tabac ou d'insectes) ou procaryotes (Escherichia coli), ce qui évite les glycosylations.

II. Rhinite allergique sévère pollinique : à quoi désensibiliser ?

Deux patients, originaires du nord

de la France, sont atteints d'une rhinite sévère saisonnière au printemps et en été avec un bilan initial tel que :

	Patient A	Patient B
Tests Cutanés	Bouleau 4 mm Graminées 3 mm	Bouleau 3 mm Graminées 4 mm
Biologie (kU/l)	Bouleau (t3) 16 Graminées (gx3) 6	Bouleau (t3) 8 Graminées (gx3) 12

À ce stade du bilan seule une sensibilisation aux pollens de bouleau et de graminées peut être retenue pour les 2 patients et il est nécessaire de recourir aux allergènes moléculaires pour affiner le diagnostic et décider de l'option thérapeutique spécifique :

	Patient A	Patient B
Dosage recombinants ImmunoCAP (kU/l)	rBetv 1 : 12,7 rBetv 2 (profiline) < 0.1 rBetv 4 (polcalcine) : 4,3	rBetv 1 < 0.1 rBetv 2 : 7,3 rBetv 4 < 0.1
	rPhl p 1 < 0.1 rPhl p 5 < 0.1 rPhl p 12 (profiline) < 0.1 rPhl p 7 (polcalcine) : 4,1	rPhl p 1 : 7,3 rPhl p 5 < 0.1 rPhl p 12 : 6,2 rPhl p 7 < 0.1
Conclusion	Allergie vraie au bouleau, désensibilisation au bouleau envisageable Sensibilisation aux graminées via polcalcine	Allergie vraie aux graminées, désensibilisation aux graminées envisageable Sensibilisation au bouleau via profiline

Le dosage des allergènes majeurs et mineurs des pollens de bouleau et de gram-

ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

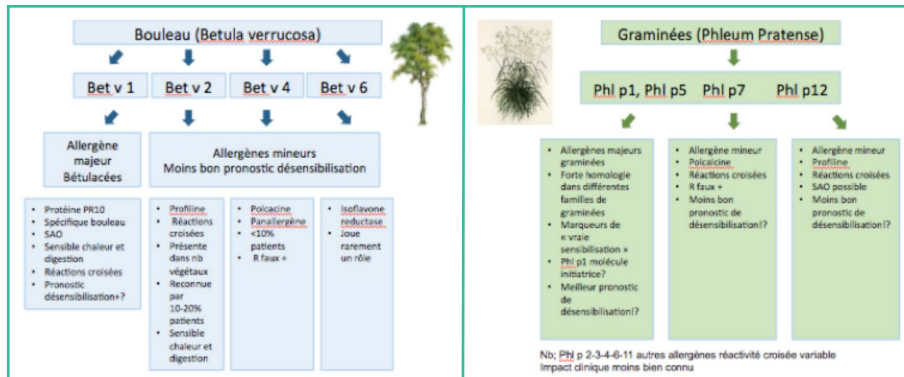
Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELLEIRE (Chaufontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

inées permet de faire la part entre sensibilisation et allergie vraie à ces pollens et de poser l'indication d'une immunothérapie spécifique selon le schéma ci-dessous :



III. Les recombinants de familles d'allergènes portent-ils le même chiffre dans la nomenclature?

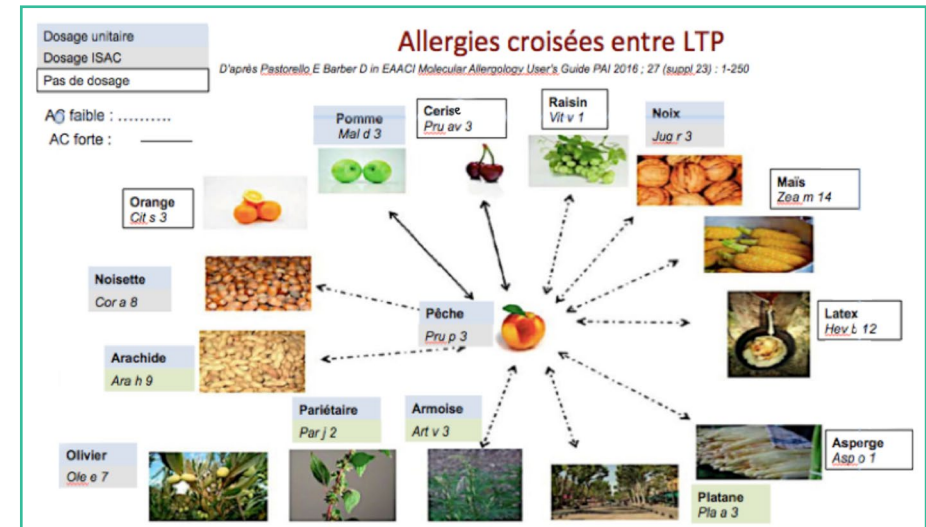
Non, les chiffres attribués correspondent uniquement à l'ordre de leur découverte. Ainsi, si plusieurs LTP portent le chiffre 3, telles que Pru p3 (LTP de la pêche *Prunus persica*), ou Mal d3 (LTP de la pomme *Malus domestica*), ou encore Jug r3 (LTP de la noix *Juglans regia*), d'autres LTP portent un autre chiffre tel que Ara h9 (LTP de l'arachide) ou Cor a8 (LTP de la noisette) ou encore Ole e7 (LTP de l'olivier associée à un risque d'asthme et de réaction lors de désensibilisation).

Les allergies croisées entre la LTP de la pêche Pru p3 (chef de file des

LTP) et d'autres LTP d'aliments ou de pollens ont été rapportées dans le schéma ci-contre (1):

IV. Allergie alimentaire "à tout": que faire?

Une jeune femme aux antécédents de rhinite, d'asthme saisonnier anciens et de syndrome d'allergie orale sévère avec pommes, poires, pêches, cerises, noisettes, et carottes crues. Elle présente un épisode d'urticaire, d'oppression thoracique et de vomissements après un repas alcoolisé au restaurant avec des pâtes artisanales, des tomates crues et des poivrons (qu'elle évitait les digérant mal). Le bilan initial a comporté des tests cutanés positifs pour



DP/DF (4mm), frêne (2mm), bouleau (7 mm), graminées (4 mm) et pour les aliments céleri, soja, arachide, noisette, paprika, pomme, poire, tomate et poivron. À ce stade du bilan qui montre une polysensibilisation alimentaire, le dosage d'allergènes recombinants s'impose afin de préciser le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Ces derniers ont objectivé un rBet v1 (PR10) à 100 kU/l, un rBet v2 (profiline) à 5,6kU/l, un rBet v4 (polcalcine) à 1,2 kU/l, un rPhl p1 à 2,24 kU/l, un rPhl p12 à 4,6kU/l, avec un rAra h2, un rAra h3, un rCor a8, un rCor a9 et rCor a14 négatifs.

Le diagnostic retenu est un syndrome d'allergie orale par sensibilisation à la PR10, avec un rôle surajouté hautement probable des profilines et co-facteur associé qu'est l'alcool. Le régime d'éviction sera adapté aux symptômes présentés par la patiente.

Un rappel des caractéristiques des protéines Bet v1-like et des profilines a été reporté dans un schéma de synthèse ci-après :

.../...



Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

t)

Profilines

- Allergènes mineurs
- Famille de protéines hautement conservées du cytosquelette
- Présentes dans de nombreux végétaux
- Réactivité croisée varie selon épitopes communs
- Peuvent positiver TAC et Immuno CAP (« faux + »?)
- Elles résistent en milieu salivaire mais sont détruites en milieu stomacal. Par contre elles résistent partiellement à la cuisson.
- Rôle ++ allergie alimentaire pour fruits et légumes sans PR10 (aubergine, banane, melon, litchi)
- Souvent SAO, rarement symptômes systémiques (cofacteurs?)

les aliments d'origine végétale et entre les pollens, les aliments du groupe latex et le latex.

Les protéines Bet v1 interviennent notamment dans les réactions croisées entre les pollens et les aliments végétaux. Dans la balance d'évaluation du risque de réaction systémique sévère

les profilines et les protéines Bet v1 sont à un risque moindre comparées aux molécules LTP, aux protéines de stockage et à l'oméga 5 gliadine. La PR10 du soja, Gly m4 est une exception et peut donner des réactions systémiques notamment lors de l'ingestion de lait de soja, à haute concentration de Gly m4. Certains cofacteurs peuvent en outre parfois aggraver la symptomatologie.

Ce bilan devra être complété par des dosages de recombinants en IgE spécifiques et par biopuce ImmunoCap® ISAC.

V.3. Dosages d'allergènes moléculaires :

	ItE sp ImmunoCap ku/I (Thermo Fischer)
Der p 10	0,15
n Art v 1	2,34
n Art v 3	< 0,10
r Pen a 1	< 0,10

	ImmunoCap ISAC ISU-E (Thermo Fischer)
r Der p 10	0,5
r Ani s 3, n Bla g 7	< 0,3
n Pen m 1 (tropomyosine crevette)	< 0,3
n Pen m 2 (arginine kinase crevette)	< 0,3
N Pen m 4 (Protéine sarcoplasmique de liaison au calcium crevette)	< 0,3

V. Anaphylaxie à la crevette :

V.1. Histoire clinique :

Un homme âgé de 64 ans, traité par bêta-bloquant, aspirine et inhibiteur de la pompe à protons, présente 10 à 20 minutes après l'ingestion de crevettes et de miel de fleurs une urticaire aigue, un oedème du visage, une gêne respiratoire et une impression de malaise.

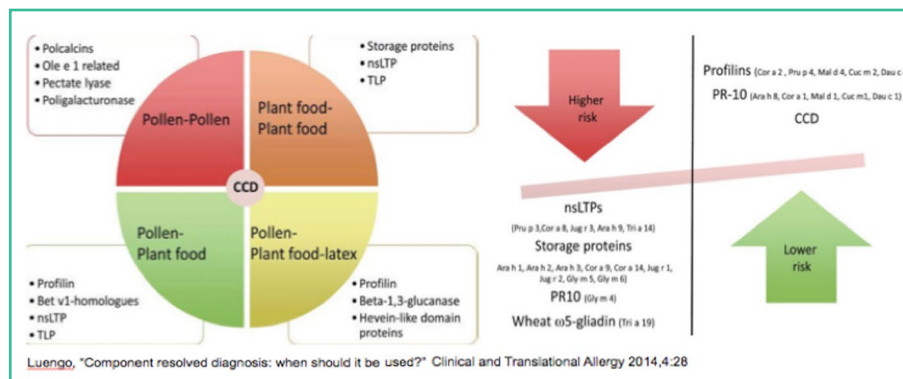
V.2. Bilan initial :

Les tests cutanés aux aéro-allergènes ont été positifs pour les acariens DP/DF (4mm), les 5 graminées (4mm), l'armoise (10mm) et le pissenlit (7,5mm) avec un témoin à l'histamine à 5mm. Les tests cutanés aux aliments natifs ont été positifs pour la crevette (6mm), le crabe (2mm) et la langoustine (5mm). Les IgE spécifiques ont objectivé des taux (en kU/l) à 2,65 pour D.P., à 2,61 pour D.F., à 2,68 pour le pollen d'armoise, à 0,82 pour Phl p1-5, à 2,99 pour la crevette, à 2,33 pour le crabe et à 2,34 pour le miel, avec une tryptase à 4,5 µg/l.

Ces résultats montrent une absence de sensibilisation aux tropomyosines des crevettes (r Pen a1 et nPen m1 négatives), de la blatte et de l'anisakis (Bla g7 et Ani s 3) et des acariens (Der p10 non significatif en IgE spécifique unitaire et en ISAC), et une absence de sensibilisation aux autres allergènes actuellement disponibles des crevettes (Pen m2 et Pen m4).

V.4. Diagnostic retenu :

Une anaphylaxie aux crevettes et au miel chez un patient sensibilisé aux pollens de composées (armoise et pissenlit), avec des co-facteurs médicamenteux (bêta-bloquant, aspirine, inhibiteur de la pompe à protons) peut être retenue avec recommandation de l'éviction du crabe.



ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELLEIRE (Chaudfontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

V.6. Discussion :

V.6.1. Allergènes des crustacés :

Plusieurs allergènes sont connus et ont la particularité d'être thermostables. Parmi eux la tropomyosine est un allergène majeur, résistant à la digestion et commun aux invertébrés (crustacés, mollusques, céphalopodes, blattes, sauterelles ...). L'arginine kinase est présente dans les aliments crevette, homard, écrevisse, crabe, et les acariens et reconnue par 27% des allergiques aux crevettes. La chaîne légère de la myosine est reconnue par 55% des patients allergiques à crevette *Litopenaeus Vannamei* (Lit v 2). La chitine est présente dans la carapace des crustacés, les coquilles des mollusques et chez les arthropodes. Les autres allergènes sont la protéine sarcoplasmique liée à du calcium et la troponine C.

V.6.2. Allergies croisées entre crustacés : Elles sont fréquentes entre crustacés notamment entre crevette et crabe, et à un moindre degré entre crevette et calamar. Elles sont classiques entre les différentes espèces de crevettes, mais une monosensibilisation est possible.

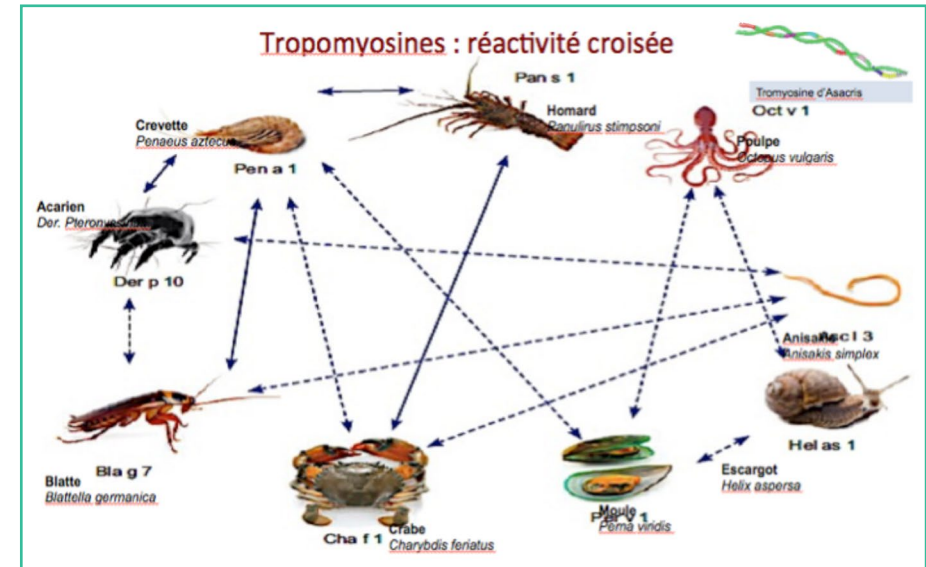
V.6.3. Diagnostic d'une allergie aux crevettes : Les tests cutanés se feront avec les extraits commerciaux disponibles, celui d'ALK (crevette *Penaeus Monodon*) et de Stallergènes (crevette

Pandalus Borealis), et avec différentes variétés de crevette (dont celle consommée par le patient). Les IgE spécifiques circulantes unitaires (Immuno Cap Thermofisher) à demander seront f 24 crevette (« mélange de crevettes » : *Pandalus Borealis*, *Penaeus Monodon*, *Metapenaeopsis Barbata*, *Metapenaeus Joyneri*) et f 351 (r Pen a 1 = Tropomyosine de *Penaeus aztecus*). Quant au test ISAC (Immuno Cap Thermofisher), il permet de doser d'autres allergènes de crevettes tels que Pen m1 (Tropomyosine de *Penaus monodon*), Pen m 2 (Arginine kinase de *Penaus monodon*), et Pen m 4 (Sarcoplasmic Calcium binding Protein de *Penaus monodon*).

V.6.4. Réactivité croisée entre tropomyosines : Elle est surtout marquée entre celles de la crevette et de la blatte, de la crevette et de l'acarien D.P., du crabe et du homard, comme indiqué sur le schéma de synthèse ci-contre :

VI. Anaphylaxie alimentaire induite par l'effort (AAIE):

VI.1. Histoire clinique : Un homme de 50 ans, obèse, sans antécédent allergique a présenté plusieurs épisodes évocateurs d'anaphylaxie avec prurit palmaire, urticaire, douleurs abdominales, faiblesse et hypotension, à chaque fois, dans l'heure après un repas suivi d'un effort modéré (marche). Un épi-



sode a succédé à un apéritif varié suivi de moules frites mayonnaise, un autre après des spaghettis bolognaises, et le dernier survenu après un pain saucisse « schnitzels ».

VI.2. Bilan initial : Les IgE spécifiques pour les pneumallergènes sont négatives, le fx5 est négatif, les IgE pour les aliments lait, porc, et moule sont négatives mais sont légèrement positives pour le gluten à 0,43 kU/l. Les tests cutanés aux pneumallergènes sont négatifs, ainsi que pour les trophallergènes commerciaux classiques (blanc et jaune d'œuf, crevette, moule,

soja, céleri, arachide, et noix). Ils sont par contre positifs pour les trophallergènes isolat de blé (4mm), blé en extrait commercial (5mm) et blé natif (15mm).

VI.3. Dosages complémentaires : Ils objectivent un taux à 0,15 kU/l pour le froment (f14), à 1,7 kU/l pour la gliadine (f98), à 4,25 kU/l pour r Tri a 19 (oméga 5 gliadine, f416) et sont négatifs pour r Pru p3 (f420).

VI.4. Diagnostic retenu et prise en charge : Une anaphylaxie induite par effort liée à une sensibilisation à l'oméga

ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELEIRE (Chaufontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

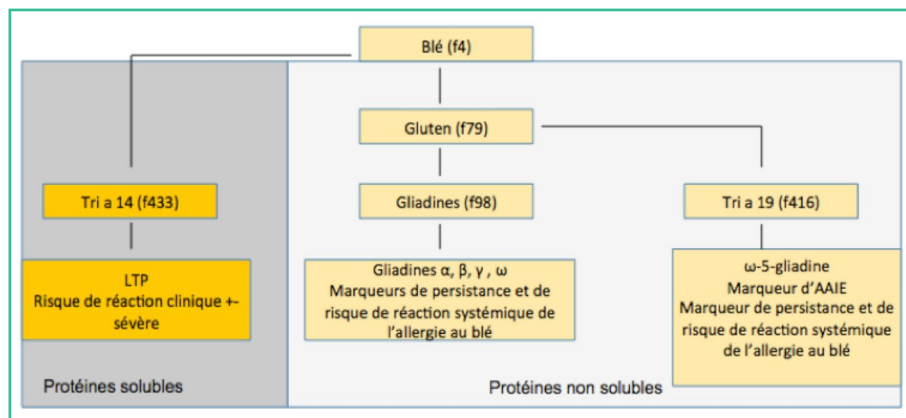
Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

5 gliadine avec une allergie surajoutée à l'isolat de blé (pouvant être contenue dans la saucisse) et co-facteur associé (alcool) est retenue avec mise en place d'une éducation thérapeutique, d'une éviction du blé et de ses dérivés 4 heures avant l'effort, et prescription d'adrénaline.

VI.5. Discussion :

VI.5.1. Recombinants du blé : caractéristiques. Plusieurs recombinaux sont disponibles en IgE spécifiques unitaires (Immuno Cap Thermofisher) et leurs particularités dans l'allergie au blé sont synthétisées dans le schéma récapitulatif ci-dessous :



On retiendra le rôle des sensibilisations aux gliadines dont l'oméga-5-gliadine, comme marqueurs de risque de réaction systémique dans l'allergie au blé et de persistance de cette allergie. Quant aux LTP du blé, elles sont également des marqueurs de la sévérité.

VI.5.2. Allergie au blé et dérivés : L'allergie au blé est fréquente de 0,1 à 0,3% de TPO positif (3), avec une prévalence de 0,2 à 4% selon les ré-

gions (3^{ème} allergène en Allemagne).

L'allergie au blé est plus fréquente chez l'enfant, avec cependant une guérison fréquente (70-80% à 14 ans). L'anaphylaxie induite par l'effort est plus fréquente chez l'adulte (AAIE).

Le diagnostic est souvent difficile, avec de faux positifs fréquents aux prick avec l'extrait blé s'il y a une allergie polinique associée (rôle des CCD et des

profilines), et parfois l'existence de faux négatifs en IgE spécifiques pour le blé.

L'anaphylaxie induite par l'effort liée au blé (AAIE) est rare avec une implication d'oméga-5 gliadine et un rôle potentiel des autres gliadines. Les symptômes surviennent lors d'un effort réalisé 30 min à 4 h après l'ingestion de protéines de blé. Des anaphylaxies sévères peuvent survenir, avec des facteurs aggravants ajoutés comme l'alcool et les AINS. Le seuil de déclenchement est variable.

Le traitement consiste en l'éviction du blé 4h avant l'effort, avec la prescription d'une trousse d'urgence avec adrénaline, et une éducation thérapeutique. L'isolat de blé est obtenu par hydrolyse chimique du gluten, celle-ci étant responsable de l'apparition de nouveaux antigènes du gluten. Il est fréquemment utilisé en industrie alimentaire (viandes reconstituées, sandwichs industriels,...). Une allergie isolée à l'isolat de blé est possible avec tolérance du blé « classique », mais elle peut aussi s'associer à une allergie au blé. Il n'est actuellement pas dosable en ImmunoCAP.

VII. Anaphylaxie alimentaire induite par l'effort avec allergènes LTP : une sensibilisation stupéfiante...

VII.1. Histoire clinique :

Une jeune femme de l'Est de la France sans aucun antécédent présente 45 minutes après le début d'un footing et 2 heures après l'ingestion de pain et de chocolat aux noisettes une urticaire aigue, un œdème du visage et une crise d'asthme avec une résolution en 2-3 heures après la prise uniquement de Salbutamol. Un épisode identique surviendra 2 mois plus tard traité par anti-histaminiques et Salbutamol.

VII.2. Bilan initial :

Les prick tests sont positifs pour les pollens de bétulacées (6 mm) et de 5 graminées (4 mm), avec un témoin à l'histamine à 4mm. Les prick tests alimentaires sont positifs pour la noisette crue (8mm), la noisette grillée et la pâte à tartiner (4mm), la farine de blé (4mm), l'amande (4mm), la noix (4mm), la noix du Brésil (4mm), la noix de pécan (4mm), la noix de cajou (3mm), l'arachide en extrait (3,5mm), et l'arachide grillée (4mm).

VII.3. Dosages complémentaires :

Devant cette polysensibilisation alimentaire des dosages d'allergènes moléculaires s'imposent et ont objectivé une sensibilisation aux LTP:



ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELEIRE (Chaudfontaine)

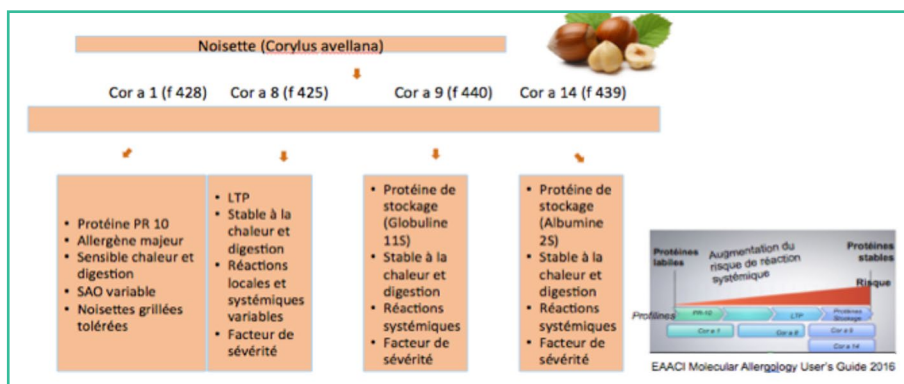
Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

torréfaction. Ceci explique le prick-test positif au Nutella® de la patiente (qui contient de la noisette torréfiée) via sa sensibilisation à Cor a 9 et Cor a 14. Les protéines de stockage Cor a9 et Cor a14 sont des marqueurs d'allergie sévère à la noisette, d'autant plus s'ils sont as-

sociés. Les schémas ci-dessous réalisés d'après le Molecular Allergy User's Guide 2016 de l'EAACI (7) permettent d'évaluer le risque de réaction allergique sévère en fonction du profil de sensibilisation :



VIII.5.2. Protéines de stockage : rappels : Elles sont abondantes dans les fruits à coque, les graines et certains végétaux, sont thermostables et résistantes à la digestion, ce qui les rend fréquemment responsables de réactions sévères. Les réactions croisées sont fréquentes, d'autant plus si les végétaux sont botaniquement proches mais pas systématiques. Un schéma de synthèse des différentes protéines de stockage dont le dosage est actuellement disponible pour différents aliments est rappelé :

Arachide	Ara h 1 Ara h 2 Ara h 3 Ara h 6 (ISAC)	7S globuline 2S albumine 11S globuline 2S albumine
Noisette	Cor a 9 Cor a 14	11S globuline 2S albumine
Noix	Jug r 1	7S globuline
Noix du Brésil	Ber e 1	2S albumine
Noix de cajou	Ana o 3	11S globuline
Soja	Gly m 5 Gly m 6	7S globuline 11S globuline

IX. Anaphylaxie après piqure d'abeille

IX.1. *Histoire clinique* : Un jeune apiculteur amateur a présenté 15 à 20 minutes après une piqure d'abeille un malaise proche de la perte de connaissance, avec prurit du cuir chevelu, et tachycardie, avec une résolution spontanée en 1 heure. Il avait été piqué 3 semaines auparavant avec une réaction locale œdémateuse.

IX.2. *Bilan initial effectué 4 mois plus tard* : Il n'y a pas de sensibilisation aux pneumallergènes. L'IDR est positive au venin d'abeille à 1 µg/ml. Les IgE au venin d'abeille sont à 1,15 kU/l, Api m 1 et Mux f 3 (CCD) sont négatives, et la tryptase de base est à 7,1 µg/l.

IX.3. *Dosages complémentaires* : Les recombinants Api m 2, Api m 3 et Api m 5 sont négatifs, mais Api m 10 est à 0,44 kU/l. Le contrôle des IgE abeille est à 0,81 kU/l et Api m 1 est négatif.

IX.4. *Diagnostic retenu et prise en charge* : Une anaphylaxie après piqure d'abeille est retenue, avec prescription d'adrénaline et indication d'une immunothérapie spécifique.

IX.5. Discussion :

IX.5.1. Les allergènes du venin d'abeille (8) :

Api m1 est un allergène majeur mais reconnu dans seulement 55 à 80% des cas d'allergie à l'abeille. Il est donc intéressant dans ce cas de doser les autres recombinants disponibles en cas de

Les allergènes du venin d'abeille				
D'après Ollet M, Blank S in EAACI Molecular Allergy User's Guide PAI 2016 ; 27 (suppl 23) : 1-250				
Allergène moléculaire		Remarques	PM	Prévalence de sensibilisation
Api m 1	Phospholipase A2	Toxicité membranaire cellulaire Histamine libérateur	16	57-97%
Api m 2	Hyaluronidase	Clivage acide hyaluronique Perméabilité tissu conjonctif	45	46-42%
Api m 3	Phosphatase acide	Favorise la diffusion du venin	49	50%
Api m 4	Mélatine*	50% poids sec venin Cytolytique et hémolytique Vasodilatateur et contraction m. l. Douleur (+++)	3	23-42%
Api m 5	Allergène C / DPP IV		100	58-60%
Api m 10	Icapapine	Sécrétion canal conducteur Reconnu par les apiculteurs	55	51-62%
Api m 12	Villelogénine		200	50%

* Pas de liaison avec les CCD contrairement aux autres allergènes

ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELEIRE (Chaufontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

suspicion d'allergie à l'abeille. **Api m3 et Api m10** sont des allergènes absents du venin de guêpe, et 5% des patients peuvent être sensibilisés à l'un et/ou l'autre. Les allergènes **Api m2 et Api m5** sont communs aux venins d'abeille et de guêpe avec une faible homologie (46-55%). Chez 40% d'allergiques au venin d'abeille avec Api m1 négatif, on trouve 40% d'entre eux avec Api m2 et/ou Api m5 positifs.

Le fait de grouper la recherche d'IgE spécifiques pour Api m1, m2, m3, m5 et m10 (en dosages unitaires) et Api m4 (en biopuce ImmunoCap® ISAC) permet d'obtenir une sensibilité diagnostique de 95% et objective une sensibilisation à plus d'un des composants dans 74% des cas (9).

IX.5.2. Problème de la double sensibilisation abeille/guêpe : Elle peut survenir en cas de piqûres par plusieurs hyménoptères et est le plus souvent due à une sensibilisation aux CCD, ce qui est résolu par l'usage des recombinants dépourvus de CCD.

IX.5.3. Association à l'allergie au miel ? L'association entre allergie au venin d'abeille et allergie au miel est rare.

X. Anaphylaxie à l'œuf

X.1. Histoire clinique : Un nourrisson sans antécédent, avec une diversification normale a présenté deux épisodes d'urticaire péri-labiale après la consommation d'un œuf entier cuit, aliment qu'il ne consomme plus par dégoût. L'absorption ultérieure d'une mousse au chocolat a provoqué une urticaire, des vomissements, une toux puis une apathie avec une évolution favorable.

X.2. Bilan initial : Les prick tests aux extraits commerciaux d'œuf sont positifs pour le blanc à 7 mm et le jaune à 3 mm. Les prick tests natifs sont positifs pour le blanc cuit à 5x3mm, négatifs pour le jaune cuit, positifs pour le blanc cru à 15mm, et le jaune cru à 3x5 mm. Les IgEs pour le blanc d'œuf sont à 7kU/l, pour le jaune d'œuf à 0,16kU/l et pour fx5 à 3,4kU/l.

X.3. Dosages complémentaires :

- Gal d 1 (ovomucoïde) 0,98kU/l
- Gal d 2 (ovalbumine) 4kU/l
- Gal d 3 (Conalbumine) 1,5kU/l
- Gal d 4 (Lysosyme) <0,1

X.4. Diagnostic retenu et prise en charge : L'ovalbumine Gal d 2 positive signe une allergie vraie à l'œuf cru, avec nécessité d'une éviction, d'une éducation thérapeutique et d'une trousse d'urgence avec adrénaline.

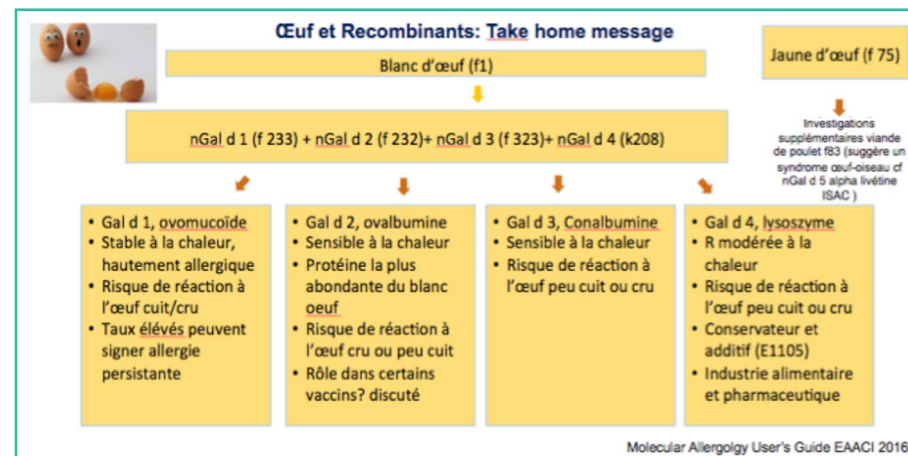
L'ovomucoïde Gal d 1 positif à un moindre degré signe une allergie modérée à l'œuf cuit, entraînant des conseils de prudence.

Un TPO est proposé avec un demi œuf cuit qui provoque un érythème cutané sans modification des paramètres. L'enfant tolère les gâteaux et biscuits contenant de l'œuf très cuit, ce qui est poursuivi. Un nouveau bilan est à prévoir 6 à 9 mois plus tard avec prick tests natifs à l'œuf et IgE

spécifiques afin de poursuivre la réintroduction progressive de l'œuf.

X.5. Discussion :

X.5.1. Allergènes de l'œuf : particularités : On dispose de 4 dosages unitaires de recombinants pour le blanc d'œuf Gal d1, Gal d2, Gal d 3 et Gal d 4 et d'un dosage Gal d5, allergène du jaune d'œuf, à partir du dosage de la biopuce ISAC dont les caractéristiques sont rappelées dans le schéma de synthèse ci-dessous :



IX. 5.2. Allergie à l'œuf : C'est une allergie fréquente (1,3-1,7%) surtout chez l'enfant avec un taux de guérison important (37% à 10 ans et 68% à 16 ans).

Les tableaux cliniques, le pronostic et l'évolution varient selon le profil de sensibilisation aux allergènes du blanc d'œuf et leur taux. Ainsi un taux d'ovomucoïde (Gal d1) inférieur à 1,2kU/l serait pré-

ALLERGENES MOLECULAIRES : PRESCRIPTIONS UTILES

Rapporteur : Nathalie BONARDEL (Avignon)

Exp. ANAFORCAL : Maud DESCHAMPELEIRE (Chaudfontaine)

Animateur-Organisateur adjoint : Laurianne MOUMANE (Belfort)

Expert hospitalier: Etienne BEAUDOUIN (Epinal)

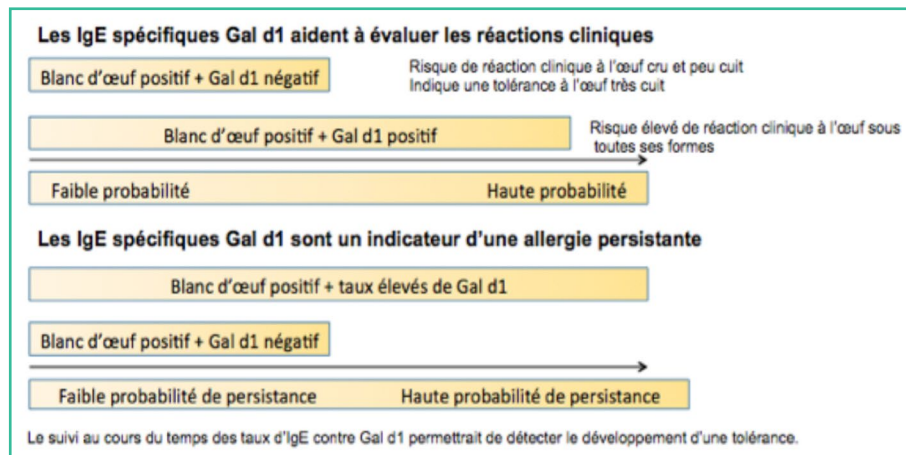
Anim.-Orga. : Isabelle HENRY-DAUBAS (Toulon)

dictif d'un risque faible de réaction à l'œuf cuit alors qu'un taux supérieur à 11 kU/l serait prédictif d'un risque élevé de réaction à l'œuf cuit et cru (10). Des taux élevés d'ovomucoïde chez l'enfant augmenteraient le risque de persistance de l'allergie à l'œuf (10), alors que la décroissance des taux d'ovalbumine (Gal d 2) et d'ovomucoïde serait un indice d'acquisition de la tolérance.

IX.5.3. Intérêts du dosage de Gal d1 : Il permet d'évaluer le risque de

réactions cliniques en fonction du degré de cuisson de l'œuf et est un indicateur d'allergie persistante quand son taux est élevé. Le suivi du taux de Gal d1 au cours du temps permettrait ainsi de détecter la probabilité de l'acquisition de la tolérance à l'œuf et de proposer une réintroduction de cet aliment.

Le schéma ci-dessous propose une synthèse de ces données : Intérêts du dosage de Gal d1 :



CONCLUSION

La découverte des allergènes moléculaires permet d'aboutir à un diagnostic allergologique de plus en plus précis aussi bien en allergologie IgE médiée alimentaire, que respiratoire ou dans le domaine de l'allergie aux venins d'hyménoptères. Ils permettent une caractérisation précise du profil de sensibilisation des patients conduisant à une optimisation de la prise en charge thérapeutique adaptée à chaque cas.

La prescription de ces allergènes moléculaires ayant un coût, il est fondamental d'en avoir une bonne maîtrise et de s'efforcer à prescrire « utile » et raisonné. Ils trouvent particulièrement leur place dans les cas de polysensibilisation. Il est peu utile par exemple de doser plusieurs allergènes appartenant à des familles qui croisent telles que les profilines, les PR10 ou les tropomyosines, par contre l'homologie de séquence est moins marquée entre les LTP. L'utilité de la biopuce, notamment dans les cas complexes avec polysensibilisations, ou lorsque des allergènes incriminés ne sont pas disponibles en dosages unitaires (allergènes de la crevette, du kiwi avec la thaumatococcus-like protéine par exemple), ou dans des cas d'anaphylaxie mal identifiée ou encore des cas d'œsophagite à éosinophiles a été discutée. Son utilisation doit absolument être ciblée dans certains cas particuliers.

TEST DE LECTURE : Oui ou Non

- Q.1. Des IgE spécifiques très positives à ovalbumine (Gal d 2) sont signe de forte probabilité d'allergie à l'œuf sous toutes ses formes ?
- Q.2. Une sensibilisation à rPhl p 12 peut donner des signes d'allergie alimentaire ?
- Q.3. Cor a 8 est le marqueur de sévérité le plus important dans l'allergie à la noisette ?
- Q.4. L'absence d'IgE à Api m 1 permet d'écarter une allergie au venin d'abeille ?
- Q.5. En cas d'allergie alimentaire au blé induite par l'effort l'allergène responsable est l'oméga 5 gliadine ?
- Q.6. En cas d'allergie à la crevette, il existe d'autres allergènes que la tropomyosine mais la recherche de telles sensibilisations n'est pas possible actuellement ?

Réponses : Q.1 : Non, Q.2 : Oui, Q.3 : Non, Q.4 : Non, Q.5 : Non, Q.6 : Non

Références bibliographiques :

1. Pastorello E Barber D in EAACI Molecular Allergy User's Guide PAI 2016 ; 27 (suppl 23) : 1-250
2. Luengo, "Component resolved diagnosis: when should it be used?" Clinical and Translational Allergy 2014, 4 : 28
3. Food Allergy and Anaphylaxis Guideline 2014 EAACI
4. Metz-Favre C, De Blay F Rev Fr Allergol 2011 ; 5 : 521-5
5. Omid A et al., Rev Fr Allergol 2015 ; 55 : 501-5 ; Decuyper II et al. Allergy 2017 ; 72 : 201-6)
6. Decuyper II et al Rev Fr Allergol 2015 ; 55 : 480-2
7. Molecular Allergy User's Guide 2016
8. Ollet M, Blank S in EAACI Molecular Allergy User's Guide PAI 2016 ; 27 (suppl 23) : 1-250
9. Kohler J et al. JACI 2014 ; 133 : 1383-9
10. Benhamou A, Caubet JC, Eigenmann et al, Allergy 65 (2010) 283-289



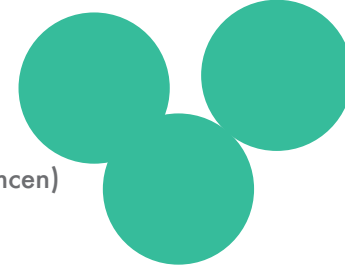
LA MAIN ALLERGIQUE

Rapporteur : Georgia DALAMPIRA (Chalon-sur-Saône)

Expert ANAFORCAL : Suzanne OUMOU NIANG (Dakar)

Expert hospitalier : Audrey LASEK-DURIEZ (Lille)

Anim.-Orga. : Nacéra BENAMMAR-BOUAYED (Tlemcen)



OBJECTIFS DE L'ATELIER :

de familiariser les participants avec :

- les différents types d'allergie au niveau de la main,
- les diagnostics différentiels de cette pathologie
- la reconnaissance des principaux allergènes de contact impliqués dans l'eczéma allergique des mains.

INTRODUCTION

L'eczéma des mains, surtout quand il est chronique, est une pathologie très fréquemment rencontrée à la consultation dermatologique. Il s'agit d'une maladie multifactorielle, dotée d'un polymorphisme clinique, dont le retentissement physique, psycho-affectif, socio-économique, professionnel et sur la qualité de vie de la personne atteinte est considérable.

MÉTHODES

Notre atelier a commencé avec la présentation des objectifs et des intervenants par l'animateur. Après l'accueil des participants et leur présentation par un tour de table, on a recueilli leurs attentes, qui s'affichaient sur un paper-board, à côté des objectifs.

Le pré-test a été suivi des cas cliniques riches en iconographie. Par la suite, les experts ont proposé une synthèse sous forme d'exposé en diaporama. Avant de conclure l'atelier et faire l'évaluation par les participants, un quiz photos et un post-test ont eu lieu.

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1 :

Une femme de 45 ans, consulte pour des lésions érythémato-squameuses chroniques des 2 mains. Elle présente aussi une rhino-conjonctivite et signale une dépigmentation artificielle avec de l'hydroquinone et un mélange de savon traditionnel (pratique très fréquente au Sénégal).

Le bilan allergologique effectué à l'aide des patch tests avec la batterie

standard et avec les produits personnels de la patiente (testés en semi-ouvert), était positif pour son savon traditionnel. Les prick tests aux trophallergènes et aéro-allergènes étaient positifs pour Dermatophagoides Pteronyssinus, Blomia Tropicalis et chien, et les atopy patch tests également positifs pour l'ail et l'oignon.

Le diagnostic final était celui d'un eczéma de contact aux protéines alimentaires et aux cosmétiques chez un sujet atopique.

CAS CLINIQUE N°2 :

Femme de 45 ans consulte pour des lésions érythémato-squameuses chroniques et prurigineuses du dos des mains et des doigts (Fig 1). Elle présente une rhinite persistante et une toux nocturne associées. Elle est religieuse et s'occupe de jardinage, d'aviculture, d'élevage porcin.

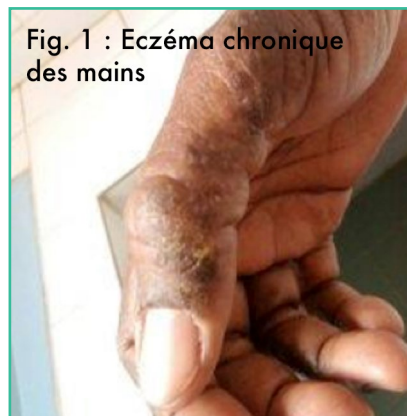


Fig. 1 : Eczéma chronique des mains

Les prick tests aux aéro-allergènes étaient positifs pour D Farinae et Blomia Tropicalis. Les prick tests aux trophallergènes étaient négatifs. Les patch tests de la batterie standard étaient positifs pour le Quaternium 15 et le Madar (testé dilué en open patch test, car c'est un produit détergent, très largement utilisé au Sénégal, dont la composition exacte est inconnue). Les atopy patch tests étaient négatifs pour la viande de porc, foie de porc, les aliments du bétail, le poisson, l'arachide, et positifs pour la viande de poulet cru. Le diagnostic retenu était celui-ci d'une dermatite aux produits ménagers chez une personne atopique.

Les mesures d'éviction des allergènes et le port des gants en caoutchouc étaient efficaces.

CAS CLINIQUE N°3 :

Femme de 23 ans, travaillant dans la restauration (préparation de sandwich), consulte pour des lésions érythémato-squameuses et fissuraires des mains, avec un aspect boudiné des doigts, évoquant un eczéma chronique des mains (ECM) (Fig 2-3).



Fig. 2



LA MAIN ALLERGIQUE

Rapporteur : Georgia DALAMPIRA (Chalon-sur-Saône)

Expert ANAFORCAL : Suzanne OUMOU NIANG (Dakar)

Expert hospitalier : Audrey LASEK-DURIEZ (Lille)

Anim.-Orga. : Nacéra BENAMMAR-BOUAYED (Tlemcen)

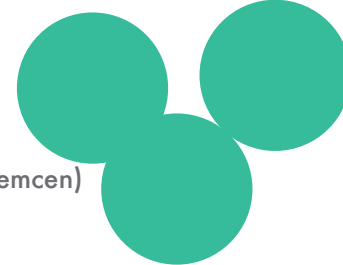


Fig. 3

Les patch tests standards et alimentaires étaient négatifs. Les prick tests natifs aux trophallergènes étaient positifs pour le blanc d'œuf, la salade et la tomate.

Le diagnostic retenu était celui d'une dermatite de contact aux protéines alimentaires.

Le traitement à base de dermocorticoïdes, crèmes barrières et le port des gants au travail était efficace.

CAS CLINIQUE N°4 :

Une jeune fleuriste consulte pour une urticaire des mains survenant en octobre-novembre tous les ans, qui s'est transformée en ECM.

Les prick tests étaient négatifs aux aéroallergènes et trophallergènes, et positifs en prick-in-prick tests avec les fleurs des chrysanthèmes. Les patch tests avec les mêmes fleurs étaient négatifs, tout comme les IgE spécifiques à la marguerite.

Le diagnostic retenu était celui d'un eczéma de contact aux chrysanthèmes.

CAS CLINIQUE N°5 :

Un garçon aux antécédents d'asthme et de rhinite allergique chez ses parents, se présente en consultation avec des lésions érythémato-squameuses des pulpes des doigts (Fig 4).



Fig. 4

Le bilan allergologique complet était négatif. Malgré le traitement local par des dermocorticoïdes forts, les lésions s'aggravent avec atteinte des ongles et des paumes des mains. La biopsie cutanée est en faveur d'un psoriasis, nécessitant la mise en route d'immunosuppresseurs.

DISCUSSION

L'eczéma des mains se dit chronique (ECM) quand il dure plus de 3 mois ou récidive 2 fois dans l'année.

L'ECM regroupe des pathologies multiples comme la dermatite de contact allergique, la dermatite de contact irritative, la dermatite atopique, la dermatite des ménagères, la dermatite de contact aux protéines, l'eczéma dyshidrosique et la pulpite. Il concerne surtout les femmes, âgées de 20 à 30 ans. L'atopie est un facteur de risque.

Les professions à risque sont les professions de la santé, de l'entretien, la coiffure, le BTP, la métallurgie, la mécanique, le secteur agroalimentaire et la restauration.

L'ECM est une maladie multifactorielle. Sa physiopathologie est complexe et les facteurs qui interviennent multiples : atopie, irritation chimique et mécanique, allergie de contact, anomalies constitutionnelles de la barrière cutanée.

Les aspects cliniques de l'ECM associent des lésions inflammatoires aiguës (prurit, brûlures, eczéma sec bien limité) et chroniques (hyperkératose, fissures, douleurs), occasionnant une gêne importante.

Les diagnostics différentiels sont le psoriasis, la dermatophytie, la gale, la porphyrie cutanée tardive, le lichen plan, la syphilis, la scarlatine, les kératodermies palmo-plantaires, la dermatomy-

osite, le syndrome des anti-synthétases, l'acrokératose paranéoplasique de Basex, la pemphigoïde, le lupus, les lymphomes cutanés, le mycosis fongioïde palmaire, la maladie de Biermer, la lèpre en réaction, la neurofibromatose, la pustulose palmo-plantaire, l'ichtyose vulgaire, le pityriasis rubra pilaris etc.

La démarche diagnostique est basée sur l'interrogatoire (antécédents d'atopie, l'histoire de l'ECM, nature des produits utilisés, profession, traitements antérieurs), l'examen clinique, et les explorations cutanées avec les patch tests (batterie standard, produits personnels), les prick tests (aéroallergènes, trophallergènes), les IgE spécifiques et les atopy patch tests.

Les allergènes les plus fréquents sont les métaux, le caoutchouc, les cosmétiques, les conservateurs, la résine formaldéhyde, les colles, les matières plastiques et les colorants.

Le traitement est local (dermocorticoïdes, émollients, kératolytiques, tacrolimus, wet-wrapping) et général (photothérapie, méthotrexate, cyclosporine, alitrétinoïne). Les mesures de protection (crèmes barrières, gants, éviction des produits irritants), l'éducation thérapeutique ("écoles de la main") et la prévention individuelle et collective sont essentielles.



LA MAIN ALLERGIQUE

Rapporteur : Georgia DALAMPIRA (Chalon-sur-Saône)
Expert ANAFORCAL : Suzanne OUMOU NIANG (Dakar)

Expert hospitalier : Audrey LASEK-DURIEZ (Lille)
Anim.-Orga. : Nacéra BENAMMAR-BOUAYED (Tlemcen)

CONCLUSION

Les principales pathologies allergiques localisées aux mains sont l'eczéma de contact allergique, la dermite

de contact aux protéines et la dermite des ménagères. Les diagnostics différentiels à ne pas négliger devant un eczéma des mains est le psoriasis, la dermatophytie, la gale, le lichen plan, la

syphilis, les kératodermies palmoplantaires, la dermatomyosite, l'acrokératose paranéoplasique de Basex, la pemphigoïde, le lupus chronique, les lymphomes cutanés etc. Quand il s'agit

d'un eczéma allergique de contact, les allergènes les plus fréquents sont les métaux, les colorants, les parfums, les conservateurs, le caoutchouc, les résines, les colles.



L'ALLERGOLOGIE 2.0 : SITES, APPLICATIONS, RÉSEAUX SOCIAUX ET OBJETS CONNECTÉS

Expert ANAFORCAL : Guy TROPPER MD FRCSC (Montréal)
Rapporteur : Tahirou HAMIDOU (Niamey)

Animateur-Organisateur : Zouhaier SOUISSI (Tunis)

INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, l'envolée du numérique par l'incursion des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication NTIC a révolutionné l'approche de la santé, devenue collaborative et participative.

L'allergologie 2.0 fait référence à l'utilisation de ces techniques dans l'ensemble des activités liées à l'allergologie, qui touchent aussi bien le patient que l'allergologue.

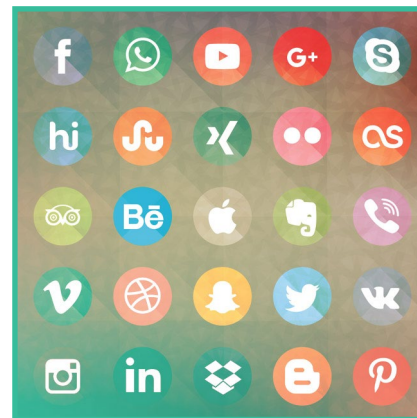
MATERIELS ET METHODES

Après présentation des participants et recueil des attentes des participants, à savoir : Reconnaître l'Allergologie 2.0,

ce qu'elle peut apporter à l'Allergologue et au patient, se renseigner sur les meilleurs blogs, sites et réseaux sociaux et applications en Allergologie.

L'atelier a démarré par un prétest suivi d'un brainstorming sur la question « qu'évoque pour vous l'allergologie 2.0 ? » ce qui a permis de faire un large tour d'horizon sur la question, d'apprécier le niveau de chacun sur le sujet et de répondre au premier objectif.

Par la suite une discussion interactive a été articulée autour des médias sociaux en Allergologie : leurs intérêts, avantages, et inconvénients pour le patient et le médecin allergologue suivi d'un exposé de l'expert à chaque sujet.



RÉSULTATS ALLERGOLOGIE 2.0

Définition

Se définit par l'ensemble des aspects numériques relatifs de près ou de loin

OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Définir l'allergologie 2.0,
- Citer 3 avantages à l'utilisation des outils du Web 2.0 pour la pratique allergologique,
- De reconnaître un bon outil d'allergologie 2.0.

à l'allergologie, c'est un terme emprunté du Web 2.0 qui constitue une révolution dans l'utilisation de l'internet.

Le Web 2.0 offre un contenu dynamique généré par les utilisateurs,



L'ALLERGOLOGIE 2.0 : SITES, APPLICATIONS, RÉSEAUX SOCIAUX ET OBJETS CONNECTÉS

Expert ANAFORCAL : Guy TROPPER MD FRCSC (Montréal)
Rapporteur : Tahirou HAMIDOU (Niamey)

Animateur-Organisateur : Zouhaier SOUISSI (Tunis)

accessible aux non experts permettant un partage des informations et une interaction entre les différents acteurs.

Les domaines d'action de l'allergologie 2.0 ou l'allergologie dématérialisée sont : la télémédecine, la prévention, le soutien à domicile, le dossier médical personnalisé (DMP), les objets connectés ...

L'allergologie 2.0 n'est autre que l'allergologie participative caractérisée par un partage dématérialisé des informations sur l'allergie entre professionnels de la santé et/ou patients.

Avantages

Le partage communautaire et l'approche collaborative apportée par l'allergologie 2.0 offre un bénéfice partagé à la fois par les patients et les professionnels, mettant ainsi le Web au service de la connaissance.

L'allergologie 2.0 offre aux allergologues la possibilité d'élargir et d'accroître leurs possibilités d'échanges avec leurs confrères, une amélioration de leurs connaissances et expertises en allergologie.

Elle apporte aux patients la possibilité de s'informer sur leur maladie pour

mieux la prendre en charge, et leur permet ainsi de participer dans leur processus de soins.

Intégrer internet dans sa pratique allergologique facilite la communication entre médecin et malades : prise de RDV, accès aux résultats de tests, surveillance.

Cette situation demande à l'allergologue de s'adapter aux situations de soins envers un patient informé.

Sources d'information pour les professionnels de la santé :

- *Données médicales* : Dossier médical informatisé : Vos traitements, vos prescriptions, l'historique de vos pathologies.
- *Partage communautaire et approche collaborative* : ex : www.ser-mo.com, www.docchek.fr ...
- *Sites spécialisés* : www.diagnosticallergie.fr, www.isitallergy.info/fr, www.allergyeducation-ma.com et www.allerdata.com sur l'allergologie moléculaire, www.allergique.org, ...

Sources d'information pour les patients :

- *Portails de santé* : ex : www.doctissimo.fr, www.passeportsante.net, et UptoDate Patients
- *Sites consacrés à l'allergologie et aux maladies allergiques* : www.allergienet.com, www.asthme-allergies.org, www.allergique.org, www.efanet.org, ...

MÉDIAS SOCIAUX ET ALLERGOLOGIE MÉDIAS SOCIAUX, C'EST QUOI ?

Les médias sociaux sont l'ensemble des activités qui intègrent la technologie, l'interaction sociale et la création de contenu.

Les médias sociaux utilisent l'intelligence collective dans un esprit de collaboration en ligne impliquant la participation active de ses usagers dans la création des contenus : blogues, wiki, plateformes de partage de photos, de vidéo, réseaux sociaux, flux...

Ces médias sociaux sont à l'origine d'un changement majeur pour le médecin sur le plan relationnel et communicationnel.

Les réseaux sociaux, pour quoi faire ?

Les réseaux sociaux permettent les échanges avec les confrères sur les bonnes pratiques et de collaborer sur les sujets liés à l'allergologie.

Les réseaux sociaux permettent également la recherche d'information et la communication avec le grand public dans le respect des règles de déontologie.

Quels réseaux sociaux ?

Les réseaux professionnels et forums :
• **LinkedIn** le réseau professionnel par excellence qui permet de

mettre en avant votre cursus et vos publications et d'entrer en contact avec vos pairs.

• Réseaux ou sites plus spécialisés comme www.diagnosticallergie.fr, sites sur l'Allergologie Moléculaire (www.allergyeducation-ma.com et www.allerdata.com), www.allergique.org, Allergy Home ...

• Les réseaux grand public : Leur audience est plus large, ils offrent une plateforme de communication et de partage :

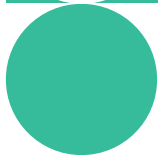
• **Facebook** (à titre personnel et professionnel) et **Twitter** sont les grands géants du secteur

• Réseaux de blogs de confrères et organisations professionnelles destinées aux professionnels et aux patients, par exemple le site Avant-garde Médical : <https://avantgardemedical.ca/>

• Les services de Blog tel que **Blogger.com** offrent aux allergologues la possibilité de créer leurs blogs
Autres réseaux sociaux

• **Google plus** : <https://plus.google.com> offrant les mêmes possibilités que facebook avec en plus la gestion de formulaires et de fichiers.

• Sites de partage de photos (**Instagram**) et de vidéos (**YouTube**).



Expert ANAFORCAL : Guy TROPPER MD FRCSC (Montréal)
Rapporteur : Tahirou HAMIDOU (Niamey)

Animateur-Organisateur : Zouhaier SOUISSI (Tunis)

Définition

Ces applications offrent de nouvelles possibilités pour améliorer la surveillance des maladies allergiques et permettre au patient d'être un acteur de sa prise en charge.

Critères à respecter

L'information délivrée par l'application doit être :

De qualité et de source fiable,
techniquement performante et précise,

Respectant la confidentialité
et les données personnelles du patient.

Et simple d'utilisation : facile à apprendre, de navigation simple et agréable.

Exemples d'applications en Allergologie : Ces applications sont disponibles en téléchargement sur les systèmes Android et Apple store :

♦ *PasseportAllergie*

Cette application offre des informations relatives aux allergies et intolérances sous forme numérique avec la possibilité au patient de saisir son profil personnel d'allergie et de se renseigner sur les symptômes et médicaments de l'allergie y compris ceux à utiliser en cas d'urgence.

◆ *E-symptoms*

Apporte un soutien aux personnes allergiques et asthmatiques dans l'observation, la quantification, la documentation simple de leurs symptômes et la prise éventuelle de médicaments avec

possibilité d'envoi du rapport au médecin allergologue.

♦ Applications « Intolérances alimentaires » et « allergy journal »

Applications dédiées aux intolérances alimentaires pour ceux qui souffrent d'intolérance à l'histamine, au lactose, au fructose et au gluten, permettant un suivi du journal alimentaire et des symptômes éventuels.

♦ *Annals of Allergy*,

Asthma & Immunology

Application destinée aux professionnels de la santé.

CONCLUSION

L'allergologie 2.0 par ses outils technologiques façonne les patients du 21^{ème} siècle, devenus de plus en plus informés et éclairés sur l'allergologie. L'allergologue doit la sentir comme une opportunité, il peut lui-même diriger ses patients vers des sites et applications de qualité qui va leur permettre de compléter l'information qui leur a été donnée pendant la consultation. Notre atelier a permis d'introduire le sujet et le vulgariser de façon interactive et à travers d'exemples concrets.



- Santé connectée. De la e-santé à la santé connectée. Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins. Janvier 2015
- Médecine 2.0 : les enjeux de la médecine participative. Presse Med. 2009 ; 38 : 1456-1462.
- Médecine 2.0: Internet, le médecin et son patient. Jean Gabriel Jeannot. PrimaryCare 2013 ; 13 : no 22
- Les médecins et les médias sociaux – Rapport du groupe de travail en éthique clinique. Comité exécutif du 19 avril 2012
- Patients, médecins et internet. J. G. Jeannot, T. Bischoff. Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 1064-8
- Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (Mobile Health ou mHealth). HAS Octobre 2016.
- Social media and the allergy practice. Ves Dimov, Alexei Gonzalez-Estrada, Frank Eidelman. Ann Allergy Asthma Immunol 116 (2016) 484-490



S'AGIT-IL D'UNE APLV ?

Dr Lynda Sekfali
Service de pédiatrie A
CHU Béni-Messous Alger-Algérie



Younes, né à terme, allaité de façon mixte depuis la naissance. Il consulte à quelques semaines de vie pour l'installation de diarrhées associées à une stagnation pondérale. On suspecte alors cliniquement une APLV et l'on met en place une éviction des protéines du Lait avec poursuite de l'allaitement maternel. Une amélioration du transit et reprise pondérale sont obtenues en quelques jours.

Au 4^{ème} mois, la maman introduit un petit suisse :

02H30 après : installation de vomissements en jet, répétés avec pâleur et somnolence puis diarrhée persistant pendant 08 heures suivie d'une résolution spontanée.

Il est décidé d'arrêter la diversification alimentaire et de poursuivre l'allaitement maternel. On constate une absence de récurrence de la symptomatologie.

La conduite à tenir proposée est la suivante :

- ♦ Eliminer les diagnostics différentiels :
Abdomen chirurgical (IIA), Gastro-entérite aiguë virale/bactérienne

Le diagnostic proposé est :

- ♦ APLV IgE médiée ou APLV non IgE médiée



Le bilan allergologique réalisé est le suivant :

- ♦ Prick-Test LV : (-)
- ♦ Les IgE spécifiques LV : 0.1KUI/L
- ♦ Test de Provocation au Lait de vache : mise en évidence 02H:35 après le début du test, à la dose cumulée réactogène de 194ml, l'installation de vomissements incoercibles avec déshydratation 7%, pâleur et léthargie puis une diarrhée glaireuse.

Le diagnostic proposé est donc celui de SEIPA aux Protéines de Lait de vache devant les arguments suivant :

- ♦ Phase chronique : Diarrhée/stagnation pondérale
- ♦ Phase aiguë explosive après éviction/réintroduction
- ♦ Exploration allergologique négative
- ♦ TPO Gold standard avec reproductibilité du tableau initial typique

La prise en charge de la réaction aiguë réalisée par l'équipe est composée d'un remplissage (20 ml/kg en 20 minutes de SSI), de Corticoïdes IV, Ondansetron (Zophren®), pas d'adrénaline.

La conduite à tenir décidée est composée de la poursuite allaitement maternel associée à un hydrolysate de protéines de lactosérum sans autre introduction des protéines du lait de vache notamment dans les laitages... avec notification de ces éléments dans le carnet de santé ainsi que la prise en charge de l'accident aigu de réintroduction.

Hélas la prise d'un hydrolysate de lactosérum est à l'origine de la reproductibilité du tableau clinique

S'agit-il d'une erreur de diagnostic ? Non

Le diagnostic proposé est alors le suivant : SEIPA au LV et aux Hydrolysats de lactosérum Arrêt de l'hydrolysate/ Préparation à base d'AA

Le patient consulte à nouveau un an plus tard pour une réintroduction accidentelle LV (+) à 18mois (la grand-mère a donné 1 cuillère de petit suisse) avec par ailleurs, une bonne croissance staturo-pondérale ainsi qu'une introduction des autres aliments sans incidents permettant une diversification alimentaire.

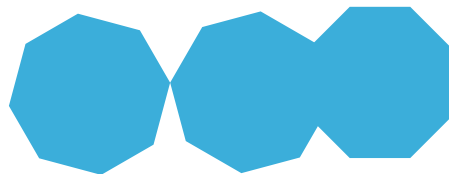
La réintroduction des Protéines du Lait est prévue à 02 ans en Hospitalisation de jour.

En résumé, les points clés pour le SEIPA :

- ♦ Entité particulière d'AA peu connue en pleine croissance statistique.
- ♦ Diagnostic essentiellement clinique (prick, et IgE négatifs, Patch positifs dans < 50% des cas).
- ♦ Manifestations principalement digestives avec pronostic à la déshydratation
- ♦ TPO incontournable dans certaines situations.
- ♦ Traitement d'urgence : Réhydratation / Corticoïdes.
- ♦ Prévention basée sur le régime d'exclusion avec proposition de réintroduction future selon les profils cliniques.



INFOS
CONGRÈS / STAGES



CONGRÈS FRANCOPHONES

1-2 Décembre 2017 : CICBAA, Lille



17-20 Avril 2018 : SFA : XIII^{ème} Congrès Francophone d'Allergologie, Paris

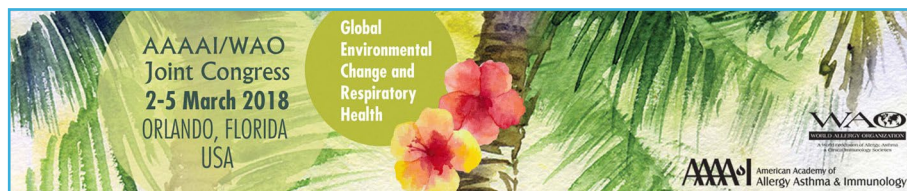
19-21 Mai 2017 : XVII^{ème} Séminaire Botanique Allergie et Insectes ANAFORCAL (Bretagne)

15-19 Septembre 2018 : ERSociety, Paris

03-05 Octobre 2018 : GERDA, Dijon

8-11 octobre 2018 : XVII^{ème} Rencontres Francophones à Nouméa (Nouvelle Calédonie)

CONGRÈS INTERNATIONAUX



2-5 Mars 2018 : AAAAI : American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, Orlando (USA)

19-21 Avril 2018 : VIIIth DRUG and Hypersensitivity Meeting Amsterdam, (Pays Bas)

2 liens vers les congrès spécifiquement internationaux :

<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conferences/respiratory-medicine>

<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conferences/allergology-medicine>