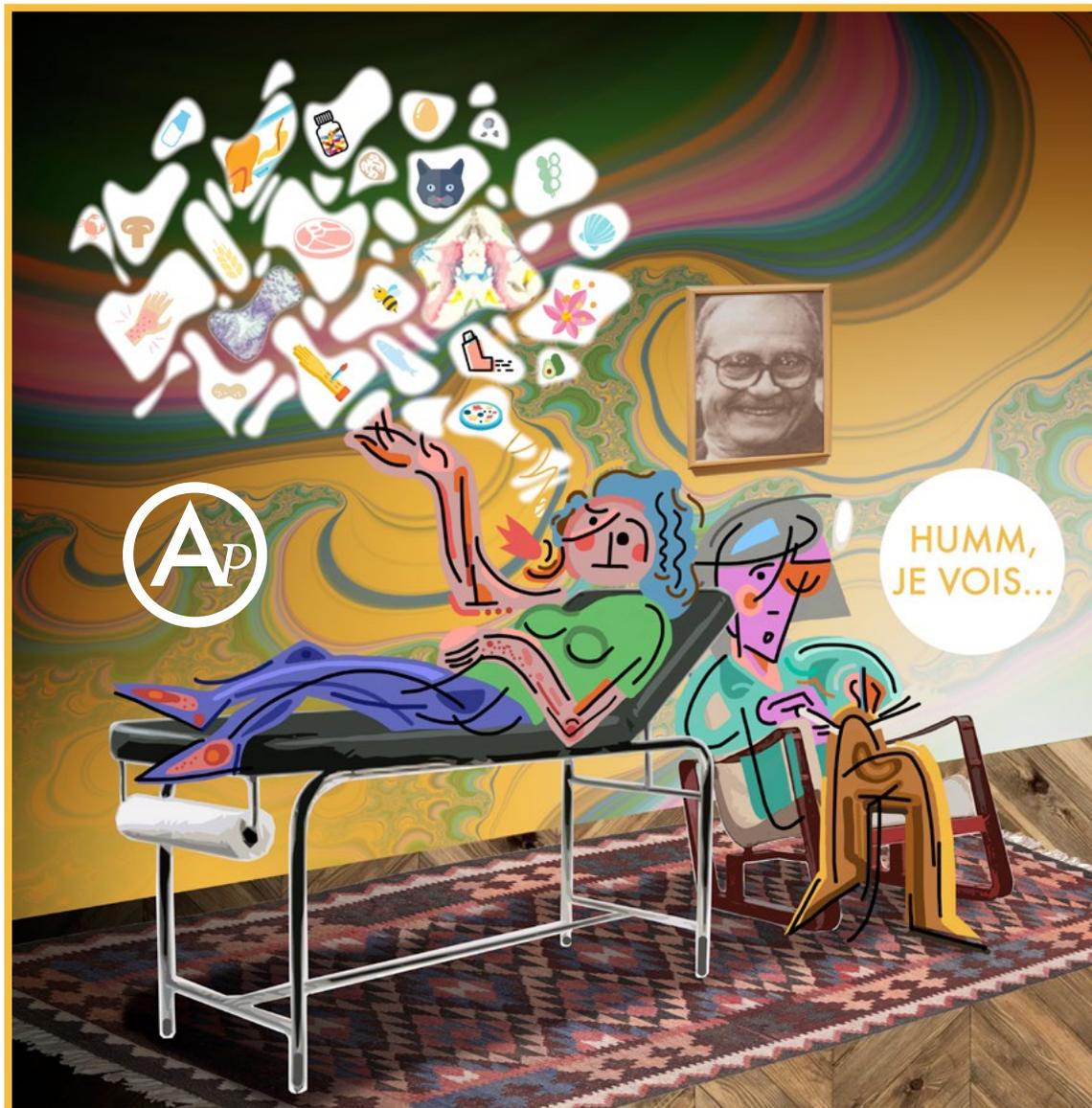
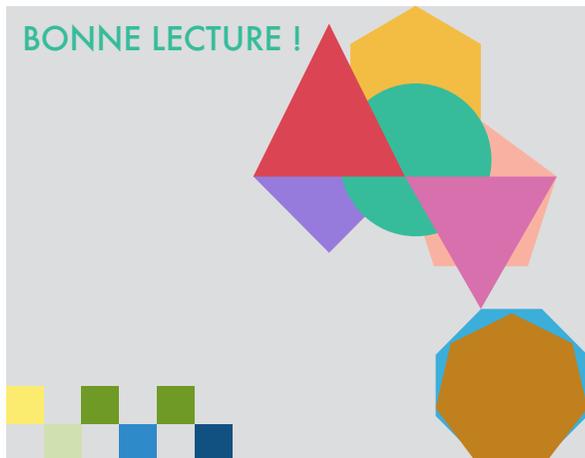


N°125

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 125 / Allergologie Pratique / Juin 2018
Revue de l'Association Nationale de FORMation Continue en Allergologie
et de la FÉDÉRATION ANAFORCAL INTERNATIONALE



ÉDITORIAL | P. 3

VOILÀ L'ÉTÉ !

Dr Christine Delebarre-Sauvage

DOSSIER | P. 4 > 6

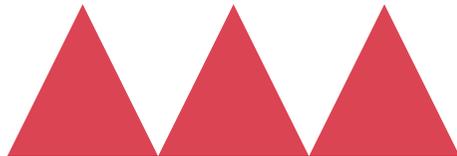
LA RELATION D'OBJET ALLERGIQUE :
INTÉRÊTS EN ALLERGOLOGIE

Dr Frédéric Wizla

CAS CLINIQUE AINS | P. 32 > 35

Docteur Marguerite Thetis (Pneumologue à Paris)

INFOS | P. 41 CONGRÈS / STAGES



COMPTES RENDUS | P. 7 > 26

• OPTIMISER L'ORGANISATION DE MON CABINET D'ALLERGOLOGIE :
LOCAUX, MATÉRIEL, NOMENCLATURE, FISCALITÉ, PERSONNEL | P. 7 > 10

Animateur organisateur : Evelyne Girodet, Expert médecin : Charles Dzviga
Expert juridique ou comptable : Laure-Anne Menou, Rapporteur : Serge ADE

• IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE
en ALLERGOLOGIE | P. 11 > 17

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader
Rapporteur : Hanane El Ouazzani

• LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIÉES :

du diagnostic à la prise en charge | P. 18 > 27

Animateur organisateur : Montserrat Agell-Perello
Expert hospitalier : Audrey Martin-Blondel
Expert ANAFORCAL : Said Ettair
Rapporteur : Adel Kardoussi

• RÉOLUTION DE CAS CLINIQUES DIFFICILES
EN ALLERGIE ALIMENTAIRE | P. 28 > 31

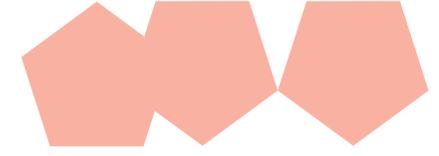
Animateur organisateur : Lucie Courvoisier
Expert hospitalier : Carine Metz-Favre
Expert ANAFORCAL : Dominique Sabouraud
Rapporteur : Carine Billard-Larue

• CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL

CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal | P. 36 > 41

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 : diverses 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.



Très chers abonnés,

Un nouvel été s'annonce avec sa promesse reposante et ensoleillée.

Voici pour vous distraire pendant ces quelques mois :

◆ 1 dossier inédit confié par le Dr Frédéric Wizla responsable du pôle psychiatrique à l'Établissement de Santé de Saint-André-lez-Lille sur « La relation Objectale en Allergologie » qui nous parlera d'un sujet peu abordé en littérature scientifique psychiatrique et non psychiatrique (en dehors de l'école de Paris) et au combien passionnant : quel profil particulier pourrait se dégager d'un certain nombre de nos patients allergiques ? Quels en seraient les mécanismes supposés et comment les prendre alors en charge dans leur globalité ?

◆ 4 ateliers Anaforcacal 2017 confiés par le Dr Joelle Birnbaum :

- Organisation du cabinet
- Imagerie : ORL et Pulmonaire en Allergologie
- Les hypersensibilités digestives non IgE médiées : du diagnostic à la prise en charge
- Résolution de cas cliniques difficiles en Allergie Alimentaire

◆ 1 Cas clinique confié par le Dr Marguerite Thetis (Pneumologue à Paris)

◆ L'AG de l'ANAFORCAL 2018 rédigé par le Dr Frédérique Louis Donguy

◆ Le listing de vos rendez-vous 2018-2019

Vous souhaitant une excellente lecture.
Bien amicalement.
Christine.



Bridge over a Pond of Water Lilies (1899), 92.7 x 73.7 cm

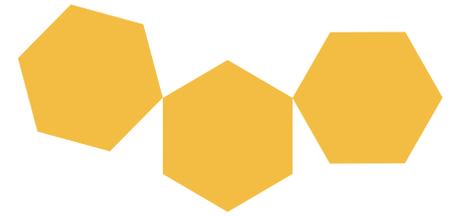
Claude Monet, (The Met Collections).



LA RELATION D'OBJET ALLERGIQUE : INTÉRÊTS EN ALLERGOLOGIE

Dr Frédéric WIZLA,

Responsable du pôle psychiatrique à l'Etablissement de Santé de Saint-André-lez-Lille



Ce travail de synthèse bibliographique, réalisé en collaboration avec l'allergologie devant l'évidence clinique d'une interrelation forte entre les deux spécialités se veut une simple approche générale et encore peu documentée dans la littérature scientifique, des mécanismes par lesquels, dans le cadre d'un mode de somatisation propre, le patient allergique peut être amené à s'exprimer.

INTRODUCTION

Époque marquée par la prédominance de la psychanalyse dans les années 50, Marty et ses collaborateurs ont développé, dans leurs travaux au sein de l'école psychanalytique de Paris, un travail portant sur la relation d'objet chez l'allergique. Interrogeons-nous sur celle-ci et sur la pertinence de la recherche systématique lors de la consultation en allergologie aujourd'hui.

REPÈRES PSYCHANALYTIQUES

◆ *Relation d'objet : Généralités :*

Terme utilisé pour désigner le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense.

● L'objet est à considérer comme étant visé par la pulsion provenant du sujet (le but de la pulsion étant la satisfaction). L'objet peut être une personne, un animal, un lieu, une chose. Cet objet quel que soit son statut de besoin ou de désir est invoqué pour combler la faillibilité, le manque, la détresse : il est fondateur du sujet.

● La relation est à prendre au sens d'interrelation. Le sujet choisit ses objets mais ceux-ci modèlent le sujet. Il y a donc interrelation.

● d' : et non pas « l' » signe l'interrelation car si l'on parlait de relation à l'objet, cela signifierait que celui-ci préexiste à la relation du sujet avec lui.

Précisons que la relation d'objet doit être étudiée au niveau fantasmatique pour les psychanalystes, pour d'autres, elle est sujette à interprétation et prend davantage en compte les relations réelles avec l'entourage.

Le sujet, dans sa quête d'objets en réponse à ses pulsions, investira donc tout au long de son développement. On parlera donc de relation d'objet oral, anal, phallique et narcissique. Freud dira donc que trouver l'objet, c'est en fait le retrouver.

QUELLES RELATIONS D'OBJET POUR L'ALLERGIQUE ?

◆ *Relation objectale allergique*

Selon Marty, elle est rencontrée de façon constante chez l'allergique que ce soit chez le sujet eczémateux, asthmatique, présentant un rhume des foins ou coryza spasmodique. A tel point que lors des séances d'analyses, on peut appréhender des manifestations allergiques chez le sujet avant même qu'il n'en fasse état.

Elle se caractérise par la tentative permanente de se rapprocher de l'objet, voire de fusionner avec lui : elle se déroule en 2 temps :

▼ Le premier : saisie de l'objet totale et brutale : c'est une identification profonde et sans limite du sujet à son objet (confusion sans nuance).

(Identification : processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection. L'identification à l'objet contribue à la formation et à l'enrichissement des instances dites idéales de la personne).

Le sujet habite l'objet en même temps qu'il est habité par lui.

La saisie de l'objet s'effectue rapidement au gré des circonstances si le besoin s'en fait sentir. Le sujet dispose donc de différents hôtes aménagés, sorte de roues de secours permanentes qui viennent remplir leur fonction lorsqu'une relation d'objet important se termine.

▲ Le second temps, l'aménagement, est plus progressif. Les différences de qualités entre l'objet et le sujet peuvent être justifiées par des mécanismes projectifs



LA RELATION D'OBJET ALLERGIQUE : INTÉRÊTS EN ALLERGOLOGIE

Dr Frédéric WIZLA,

Responsable du pôle psychiatrique à l'Établissement de Santé de Saint-André-lez-Lille



(projection : opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui.)

Dans ce second temps, on note un double travail pour effacer les limites entre l'objet et le sujet.

- ♦ *Projectif*
- ♦ *Et identificatoire* : les qualités de l'objet sont faites siennes par le sujet

Le choix des objets ne peut s'accomplir que dans la mesure de limites convenables pour l'idéal du sujet.

Le changement d'objet interrompt l'aménagement de l'objet précédent. Les objets inter-pénétrés précédemment sont conservés par le sujet comme des hôtes de secours en cas de rupture d'une relation.

Les objets peuvent être aussi bien une personne, une chose, un lieu, un animal.

La relation peut être faite sur tous les plans : sensoriel, moteur, fantasmatique, intellectuel voir humoral chez l'allergique.

Dans cette tentative de fusion, c'est une mère idéalisée qui est en fait recherchée.

Le Moi d'allergique a donc dans ce cas comme activité principale l'aménagement des objets (d'un point de vue dynamique, le moi représente éminemment dans le conflit névrotique le pôle défensif de la personnalité. Il met en jeu une série de mécanismes de défense. Ceux-ci étant motivés par la perception d'un affect déplaisant).



QUAND SURVIENT LA RÉGRESSION SUSCEPTIBLE DE DÉBOUCHER SUR LA CRISE ?

- 1/ Lorsque l'objet investi développe de nouvelles qualités non assimilables par le sujet.
- 2/ Lorsqu'il existe une incompatibilité entre 2 objets investis : double identification impossible.

Les solutions :

- ♦ Cas n° 1 : investissent dans un autre objet sans production de symptômes s'il n'est pas le seul objet investi.
- ♦ Cas n° 2 : éloignement de l'un des objets.

La phase de régression peut être solutionnée par la reprise d'un nouvel objet (thérapeute par exemple ou médecin allergologue) et /ou par la crise (d'asthme, d'eczéma, d'urticaire, de rhume des foins ou coryza spasmodique) qui nous ramènera à une prise en charge par le médecin.

N'oublions pas que 90% de notre langage reste non verbal.

POURQUOI CE PATIENT DÉVELOPPERAIT-IL PLUS VOLONTIERS UNE SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE SPÉCIFIQUEMENT ALLERGIQUE PLUTÔT QU'UNE AUTRE ?

Ici entrent en jeu d'authentiques mécanismes génétiques mettant en place la responsabilité du terrain atopique et la capacité héréditaire du patient allergique, stimulée par un contexte émotionnel particulier :

- à synthétiser, par bascule de la voie pro inflammatoire Th2, des anticorps IgE contre l'environnement.
- à présenter une histamine libération aspécifique.
- à présenter une capacité accrue à l'hyper réactivité bronchique aspécifique.

QUELQUES EXEMPLES DE MÉCANISMES RENDANT POSSIBLE UNE TELLE INTRICATION PSYCHO SOMATIQUE :

- ♦ 1 : Stress : Libération de co-facteurs pro-inflammatoires.
- ♦ 2 : Hypersécrétion humorale d'origine para sympathique autonome dans un contexte émotionnel particulier.
- ♦ 3 : Conflit entre muscle lisse et muscle strié : spasme bronchique, vasodilatation vasculaire avec extravasation des cellules de l'inflammation.
- ♦ 4 : Dégranulation spontanée des mastocytes avec histamine-libération avec auto-alimentation du phénomène par les médiateurs pro inflammatoires et feedback positif.



LA RELATION D'OBJET ALLERGIQUE : INTÉRÊTS EN ALLERGOLOGIE

Dr Frédéric WIZLA,

Responsable du pôle psychiatrique à l'Établissement de Santé de Saint-André-lez-Lille



LA PRISE EN CHARGE

La réaction allergique semble dans ce cas jouer le rôle de défense (recours aux mécanismes archaïques), de rempart contre somme toute, ce qui pourrait correspondre à une forme de désintégration de la personnalité.

Le médecin peut, de par sa fonction-même, être l'objet qui va faciliter le malade dans la réintégration progressive des couches psycho affectives.

En l'absence de solution, par exemple de thérapeute, ou impossibilité de d'investir un objet satisfaisant : on peut assister à une installation de la maladie somatique dans la durée.

LE DIAGNOSTIC DE LA RELATION D'OBJET EST IMPORTANT CAR IL JUSTIFIE DES ORIENTATIONS THÉRAPEUTIQUES :

Il sera fait sur :

- le contact avec le malade
- sa nécessité immédiate d'identification
- le désir de satisfaire son thérapeute

Mais aussi :

- la qualité des investissements d'objet
- la facilité à en changer
- le repérage des objets maternisés
- les antécédents régressifs et leur résolution dans l'histoire du patient
- les somatisations proposées et leurs caractéristiques

EN CONCLUSION

À partir de cette description faite par Marty, on peut constater l'intérêt présenté à la fois pour l'allergologue et pour le psychothérapeute.

Ajouté à cela, en conséquence (ou en partie intégrante) de la pathologie clinique exprimée on trouvera :

◆ l'angoisse par sensation de mort imminente (secondaire à la survenue d'un choc anaphylactique, d'une crise d'asthme aigue grave, d'un œdème de Quincke, d'un SEIPA),

◆ l'installation d'une phobie alimentaire dans un contexte de poly-éviction ayant démarrée tôt dans la petite enfance chez un allergique alimentaire.

On pourra apprécier que l'allergologue trouve un allié de choix dans la prise en charge du patient.

Le psychothérapeute pourra de son côté accompagner le patient (étant considéré comme un objet satisfaisant de la relation d'objet) mais aussi passer le relai à l'allergologue à la fois lorsque les symptômes somatiques le nécessiteront ou se retirer du soin suivi si cela est possible en s'appuyant sur le fait que le sujet investira une nouvelle relation d'objet avec ce nouveau médecin.

Les collaborations allergologue psychiatre peuvent ici trouver des bases d'un travail qui pourra s'avérer fructueux et pourquoi ne pas envisager la mise en place de consultations conjointes, et la présence d'un psychologue ou psychiatre au sein de chaque équipe d'allergologues.

À L'AVENIR : Des pistes à creuser en ce sens...





OPTIMISER L'ORGANISATION DE MON CABINET D'ALLERGOLOGIE : LOCAUX, MATÉRIEL, NOMENCLATURE, FISCALITÉ, PERSONNEL

Animateur organisateur : Evelyne Girodet (Lyon)
Expert juridique ou comptable : Laure-Anne Menou (Lyon)

Expert médecin : Charles Dzviga (Saint-Etienne)
Rapporteur : Serge ADE (Cotonou)

OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- argumenter le choix d'un exercice sous forme de Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée (SELARL) Vs Bénéfices Non Commerciaux (BNC)
- lister les points clés de la gestion d'une Société Civile des Moyens (SCM)
- choisir un local adapté à son mode d'exercice
- gérer le matériel nécessaire à mon activité d'Allergologie libérale
- évaluer l'intérêt d'embaucher du personnel dans mon activité

I. MATERIEL ET METHODE

Après le recueil des attentes, les participants étaient répartis en groupes de quatre. Ils étaient invités à réfléchir pendant 20 min sur une série de 5 questions, relatives à chacun des objectifs de l'atelier. Les réponses proposées par les groupes étaient ensuite discutées en plénière, suivies d'une synthèse par les experts.

II. RÉSULTATS

II.1. Choix du régime d'exercice

II.1.1. Question : Quels sont les choix de régime possibles pour un professionnel allergologue désireux de s'installer en libéral ?

Réponse : Il peut choisir entre le BNC et la SELARL, le BNC étant généralement préféré. Les formalités sont allégées, les comptabilités simplifiées, idéal pour le professionnel travaillant seul ou avec des collaborateurs indépendants. La base imposable est l'impôt sur le revenu (IR), après déduction de toutes les charges professionnelles des encaissements.

La SELARL est par contre un type de société créé par une ou plusieurs personnes physiques ou morales pour l'exercice d'une profession libérale, et régi par le principe des SARL. Le capital social minimum est 1€; les associés, entre 1 et 100, doivent inclure majoritairement des professionnels exerçant dans la SELARL. Leur responsabilité sociale est limitée à leurs apports, celle professionnelle restant personnelle. Elle est fiscalisée à l'impôt sur les sociétés (IS - taux réduits).



II.1.2. Question : Sous quelle forme d'exercice le praticien a-t-il un meilleur net à vivre?

Réponse : Il est fonction de l'individu lui-même, des charges et du volume d'activités.

II.1.3. Question: Y-a-t-il un intérêt pour le praticien à céder les droits de présentations de son BNC à une SELARL ? Si oui, lesquels ?

Réponse : Oui. Ce sont :

- ♦ L'augmentation des bénéfices de la société
- ♦ La perception d'une rémunération en tant que gérant du SELARL, voire de dividendes
- ♦ La facilitation des investissements en matériels
- ♦ Une meilleure préparation de la retraite
- ♦ La fiscalité de la cession est moins lourde que celle des revenus issus de l'activité professionnelle.

II.2. Points clés de la gestion d'une SCM

II.2.1. Question : quelles charges sont à mettre en commun au sein d'une SCM?

Réponse : Ce sont toutes les charges que les associés souhaitent partager comme par exemple, le loyer, le matériel, les frais téléphoniques, l'internet, l'assur-



ance des locaux et du matériel, l'entretien des locaux, le courrier, les employés y compris la secrétaire.

II.2.2. Question : comment répartir ces charges ? Quel formalisme respecter ?

Réponse : Les parts sont souvent égales entre les associés et non calculées au prorata de leur activité.

II.2.3. Question : comment financer ces charges ?

Réponse : Elle est financée par chaque associé.

II.2.4. Question : comment est imposée une SCM?

Réponse : Ses charges sont déduites au sein de l'activité professionnelle de chaque associé.



OPTIMISER L'ORGANISATION DE MON CABINET D'ALLERGOLOGIE : LOCAUX, MATÉRIEL, NOMENCLATURE, FISCALITÉ, PERSONNEL

Animateur organisateur : Evelyne Girodet (Lyon)

Expert juridique ou comptable : Laure-Anne Menou (Lyon)

Expert médecin : Charles Dzviga (Saint-Etienne)

Rapporteur : Serge ADE (Cotonou)

II.2.5. Question : Quelles sont les principales causes de litiges entre les membres d'une SCM ?

Réponse : Ce sont :

- ♦ un associé travaillant moins que les autres, et qui veut donc payer moins de charge

- ♦ des personnes comme les membres de la famille employés dans la société

- ♦ le morcellement excessif du coût des charges.
En cas de litiges, ils sont portés devant l'Ordre National des Médecins.

II.3. Choix du local adapté au mode d'exercice

II.3.1. Question : Citer les avantages et inconvénients d'une location et d'un achat ?

Réponse (Tableau I)

Tableau I : Comparaison d'une location par rapport à l'achat des locaux

| | Location | Achat |
|---------------|---|--|
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • Grande souplesse | <ul style="list-style-type: none"> • Propriété de l'entreprise • Absence de bail • Pas de fluctuation du coût |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> • Investissement à perte • Possibilité d'arrêt du bail par le propriétaire du local • Fluctuation du coût | <ul style="list-style-type: none"> • Peu de souplesse |

II.3.3. Question : Au sein de quelle structure juridique le placer en cas d'association ?

Réponse : C'est la Société Civile Immobilière (SCI).

II.3.4. Question : Quel est l'impact fiscal suivant le choix de la structure ?

Réponse : Le résultat de la SCI à l'IR

est fiscalisé chez les associés personnes physiques dans la catégorie des revenus fonciers. En cas d'endettement de la structure, l'impôt n'est pas financé par les revenus imposables en termes de trésorerie personnelle. La SCI à l'IS est fiscalisée elle-même suivant les règles des bénéfices industriels et commerciaux. La SCI à l'IS peut amortir le bien contrairement à la SCI à l'IR.

II.3.2. Question: Citer les avantages et inconvénients de rester seul ou de s'associer ?

Réponse (Tableau II)

Tableau II : Comparaison du travail seul ou en association

| | Seul | En Association |
|---------------|---|---|
| Avantages | <ul style="list-style-type: none"> • Rester seul maître • Pas de partage du bénéfice | <ul style="list-style-type: none"> • Partage des investissements, du matériel, des expériences; • Diversification des offres de soins et développement d'autres domaines de compétences • Plus grande visibilité du cabinet • Développement de bonnes relations interpersonnelles • Epanouissement professionnel |
| Inconvénients | <ul style="list-style-type: none"> • Seul face aux investissements • Absence de contribution tierce et de partage d'expériences • Solitude | <ul style="list-style-type: none"> • Conséquences néfastes et préjudiciables sur l'épanouissement personnel et la bonne marche du travail en cas de survenue de litiges |

II.3.5. Question : Lister les pièces nécessaires pour travailler dans de bonnes conditions ?

Réponse : le bureau du médecin, le secrétariat, la salle d'attente, la salle de tests cutanés, la salle d'EFR, la salle de repos, les toilettes, la salle de stockage des intrants y compris le réfrigérateur.

II.3.6. Question : Etes-vous concernés par les mises aux normes ERP, et que faire ?

Réponse : Oui ! Des efforts d'aménagements financièrement acceptables

doivent être consentis pour faciliter l'accès aux personnes handicapées et répondre aux normes (rampes, boutons, intensités lumineuses,...), avec accord de la copropriété.

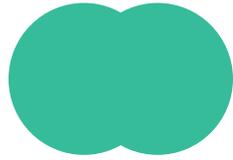




OPTIMISER L'ORGANISATION DE MON CABINET D'ALLERGOLOGIE : LOCAUX, MATÉRIEL, NOMENCLATURE, FISCALITÉ, PERSONNEL

Animateur organisateur : Evelyne Girodet (Lyon)
Expert juridique ou comptable : Laure-Anne Menou (Lyon)

Expert médecin : Charles Dzviga (Saint-Etienne)
Rapporteur : Serge ADE (Cotonou)



II.4. Matériels nécessaires à la pratique de l'Allergologie en libéral

II.4.1. Question : Quels matériels sont nécessaires ?

Réponse : Le matériel d'EFR idéal est une cabine de pléthysmographie. L'acquisition d'un rhino manomètre est peu coûteuse, mais peu rentable et l'examen est chronophage. Les indications restent limitées. L'achat d'un rhinoscope n'est pas indispensable. Les pricks tests sont indispensables. Les choix des batteries complémentaires de patchs tests doit être orienté selon les régions et les orientations des praticiens.

II.4.2. Question: Quel matériel d'urgence avoir à disposition ?

Le matériel d'urgence doit être constitué de : adrénaline, bronchodilatateur, chambre d'inhalation, matériel pour perfusion. Les matériels tels que la sonde d'intubation, la canule, l'oxygénothérapie doivent être discutés au cas par cas.



II.5. Embauche du personnel

II.5.1. Question : Qui choisir ? Une infirmière ? Une aide-soignante ? Une pénélope ? Une copine ? Autre... ?

Réponse : Idéalement, il faut choisir une infirmière qui présente des atouts par rapport à la délégation des tâches, la qualité des tests cutanés. Le technicien de laboratoire est une bonne alternative. Dans tous les cas, la responsabilité médicale du cabinet reste portée par le médecin. L'embauche d'une infirmière coûte environ 27000 € par an.

II.5.2. Question : Comment organisez-vous votre travail avec cette collaboratrice ?

Réponse : Il est recommandé de travailler en chaîne et en synergie avec cette collaboratrice.

II.5.6. Question : Listez les avantages et inconvénients de cette organisation ?

Réponse : Avantages : Travail en équipe,

aposition de batteries de patch plus larges, augmentation de la rentabilité du cabinet.

Inconvénients : Gestion d'un employé ; nécessité de délégation de tâches.

II.5.4. Question : Quelles conséquences sur votre local si vous employez une infirmière ?

Réponse : Il faut prévoir les charges en rapport avec l'embauche de cette collaboratrice telles qu'une pièce supplémentaire.

III. DISCUSSION

Définition des termes et mode d'imposition.

Selon la Direction de l'information légale et administrative et le Ministère des Finances, « Les BNC constituent une catégorie de l'IR, applicable aux personnes qui exercent une activité professionnelle non commerciale et font partie du revenu imposable.

Aucune distinction n'est faite entre le bénéfice de l'entreprise individuelle et la rémunération du professionnel. Ils sont soumis à des obligations déclaratives qui dépendent du régime fiscal applicable : micro BNC ou normal ».

La SELARL est « une société permettant d'exercer une profession libérale réglementée sous la forme d'une SARL ». Son

résultat imposable est constitué des recettes desquelles sont soustraites les charges de l'activité, y compris la rémunération de gérance du praticien libéral. Des dividendes peuvent être obtenus, mais aussi soumises à des cotisations sociales dans certaines limites. La gérance est assurée par les professionnels en exercice.

Si le résultat BNC est supérieur à aux besoins, la fiscalité personnelle sera économisée en exerçant au sein d'une SELARL.

Cession des droits

La cession des droits de présentation d'un BNC à une SELARL est soumise à une fiscalité souvent avantageuse pour les praticiens libéraux. Elle permet un désendettement personnel. La





OPTIMISER L'ORGANISATION DE MON CABINET D'ALLERGOLOGIE : LOCAUX, MATÉRIEL, NOMENCLATURE, FISCALITÉ, PERSONNEL

Animateur organisateur : Evelyne Girodet (Lyon)

Expert juridique ou comptable : Laure-Anne Menou (Lyon)

Expert médecin : Charles Dzviga (Saint-Etienne)

Rapporteur : Serge ADE (Cotonou)



rémunération de gérance au sein de la SELARL peut être diminuée et par conséquent le montant de l'IR et des charges sociales.

SCM

La SCM est une société transparente permettant la mise en communs de moyens pour financer les charges communes à plusieurs praticiens. Les règles de fonctionnement sont régies par les statuts et le règlement intérieur. Ses résultats sont imposés chez les associés (BNC ou SELARL). De même, ces derniers apportent les ressources nécessaires pour financer les charges.

SCI

La SCI permet d'organiser le patrimoine des associés en évitant l'indivision.

Lors de la cession du bien, la fiscalité est bien plus avantageuse pour le bien placé dans une SCI à l'IR (abattements pour une durée de détention). Si le vendeur est à l'IS, il est possible de démembrer le bien dès l'acquisition.

IV. CONCLUSION

La rentabilité d'un cabinet d'Allergologie est conditionnée par un choix judicieux et rationnel du type du régime, du local, du matériel à acquérir et du personnel à embaucher.

TEST DE LECTURE : Quelles sont les propositions correctes ?

Question 1: Associer BNC ou SELARL aux termes suivants :

- a) impôt sur les sociétés
- b) impôt sur le revenu
- c) bénéfice = revenu du praticien

Question 2 : A quoi sert une SCM

Question 3 : Dans quelle structure juridique placer le local en cas d'association ?

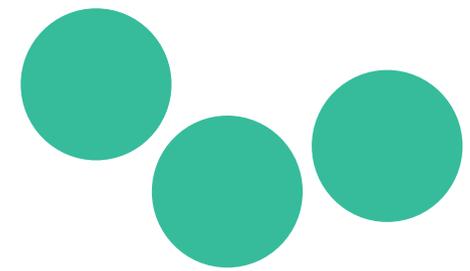
Réponses : Q.1 : BNC > b, c / SELARL > a ; Q.2 : Elle sert à gérer les charges en commun ; Q.3 : la SCI



IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer les principales indications de prescription d'imagerie pulmonaire chez l'allergique
- Citer les principales indications de prescription d'imagerie ORL chez l'allergique
- Décrire les anomalies radiologiques sur le plan pulmonaire relatives à la pathologie allergique
- Décrire les anomalies radiologiques sur le plan ORL relatives à la pathologie allergique

INTRODUCTION

L'imagerie ORL et pulmonaire pour l'allergologue occupe une place importante aussi bien pour le diagnostic positif mais également pour le diagnostic différentiel avec d'autres pathologies non allergique.

I. MATERIEL ET METHODE

Après avoir recueilli les attentes des participants aussi bien pour les indications de l'imagerie ORL que pulmonaire relatives à la pathologie allergique, un pré test a été distribué aux participants afin de préciser le niveau de connaissance de chacun. La technique de brainstorming a été utilisée par les deux experts pour répondre

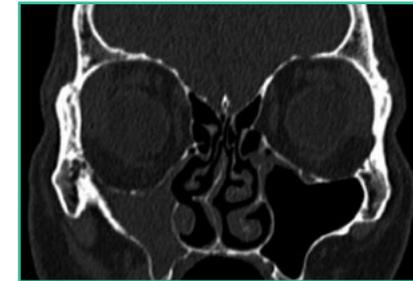
aux deux premiers objectifs suivie d'une discussion interactive de plusieurs cas cliniques comprenant 5 cas interactifs et 4 cas cliniques pour l'imagerie ORL chez l'allergique et 5 cas interactifs et 4 cas cliniques pour l'imagerie pulmonaire chez l'allergique. À la fin les deux experts ont fait une synthèse de l'atelier, avec des rappels théoriques. Enfin l'évaluation de l'atelier a été faite par un post test pour évaluer les acquis.

II. RESULTATS

II-1 Cas cliniques sur l'imagerie ORL chez l'allergique

A - Premier cas clinique interactif : Madame E, coiffeuse, est allergique au latex et aux pollens de graminées. Elle vient vous voir pour

une rhinorrhée bilatérale et l'apparition progressive d'une légère diplopie. Vous demandez un scanner des sinus.



A.1. Questions & réponses :

A.1.1. Quelle(s) anomalie(s) observez-vous ?

- QRM 1 :
- a. une déviation septale droite
 - b. une opacité du sinus maxillaire gauche
 - c. un méat moyen droit pathologique

- QRM 2 :
- a. une chute du plancher de l'orbite droit
 - b. une polypose du sinus maxillaire droit
 - c. une hypertrophie des cornets inférieurs

QRM 1 : Rép. a / QRM 2 : Rép. a

A.1.2. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- a. une sinusite maxillaire droite bactérienne
- b. un aspergillome du maxillaire droit
- c. une atélectasie du sinus maxillaire droit

Réponse c

A.2. Discussion

L'expert hospitalier fait un rappel sur l'atélectasie du sinus maxillaire qui est une pathologie rare, caractérisée par une rétraction des parois du sinus maxillaire du fait d'un défaut d'aération du sinus qui contient alors un mucus épais. La pathologie évolue lentement, entraînant progressivement une enophtalmie et parfois une diplopie secondaire à la chute du plancher de l'orbite. Une intervention chirurgicale est nécessaire afin d'ouvrir le sinus maxillaire dans le but de permettre une aération du sinus maxillaire (méatotomie moyenne).

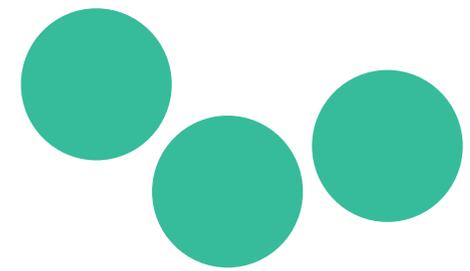
B - Deuxième cas clinique interactif : Anna âgée de 15 ans est allergique aux acariens. Elle vient vous voir pour une rhinorrhée bilatérale et une obstruction nasale droite malgré les lavages de nez, une corticothérapie



IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

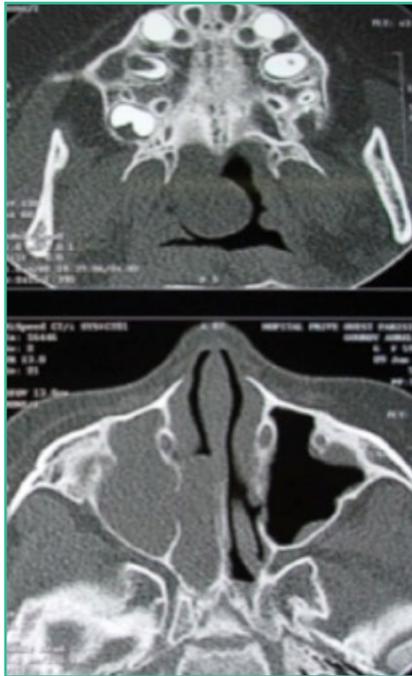
Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



nasale et la prise d'un antihistaminique.
Vous prescrivez un scanner des sinus.

B.1. Questions & Réponses :

B.1.1 Qu'observez-vous sur le scanner des sinus ?



- a. une opacité du maxillaire droit
 - b. une hypertrophie des végétations adénoïdes
 - c. une lyse de l'unciforme droit
- Réponse : a.

B.1.2. Quel est votre hypothèse diagnostique?

- a. une polypose nasosinusienne
 - b. un polype antrochoanal droit
 - c. une sinusite maxillaire droite
- Réponse b.

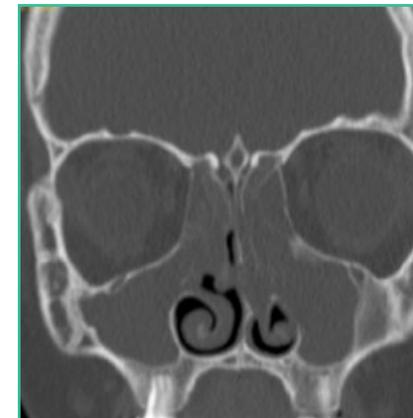
B.1.3. Quel examen complémentaire demandez-vous?

- a. une IRM du massif facial
 - b. un scanner dans 3 mois après un traitement antibiotique
 - c. une Numération Formule Sanguine
- Réponse a.

B.2. Discussion :

L'expert hospitalier a fait un rappel sur l'aspect d'un polype antrochoanal sur le scanner des sinus. La densité du polype est intermédiaire ou hypodense homogène occupe le sinus maxillaire et s'étend à la choane en traversant l'ostium du sinus maxillaire. Dans la fosse nasale il occupe l'espace entre le cornet moyen et la paroi latérale des fosses nasales. L'IRM du massif facial montre une lésion qui apparaîtrait en signal isosignal en séquence T1 et en hyper signal franc en séquence T2.

C - Troisième cas clinique interactif : Annabelle âgée de 17 ans vient vous voir pour une rhinorrhée chronique muco purulente accompagnée de troubles de l'odorat malgré un traitement symptomatique (lavages de nez, corticoïdes locaux et antihistaminiques). Le jetage postérieur entraîne une toux grasse depuis maintenant 6 mois. Vous avez découvert une intolérance aux protéines de lait de vache. Devant la purulence constante de ses fosses nasales vous demandez un scanner du massif facial.



C.1. Questions & réponses :

C.1.1. Qu'observez-vous sur le scanner des sinus?

- QRM 1 :
- a. une perméabilité des fosses nasales conservée

- b. une déviation septale droite
- c. une fente olfactive gauche libre

QRM 2 :

- a. un comblement total des deux sinus maxillaires
- b. une hypertrophie des cornets inférieurs
- c. une lyse osseuse bilatérale de l'ethmoïde antérieur

QRM 1 : Rép. a / QRM 2 : Rép. a

C.1.2. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- a. une sinusite fongique allergique
 - b. une mucoviscidose
 - c. une rhinosinusite allergique sévère
- Réponse : b.

C.2. Discussion :

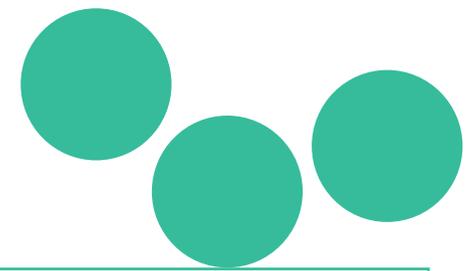
L'expert hospitalier a fait un rappel sur la physiopathologie de l'atteinte ORL dans la mucoviscidose (défaut de drainage muco-ciliaire lié à l'anomalie du transport des ions chlorures par le canal CFTR dans les voies respiratoires des sinus aux poumons) et sur son aspect endoscopique (œdème des méats moyens avec ou sans polypes,



IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

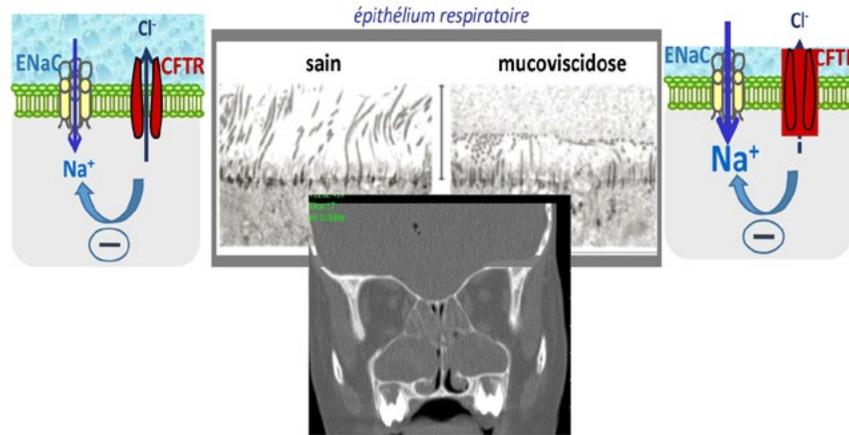
Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani

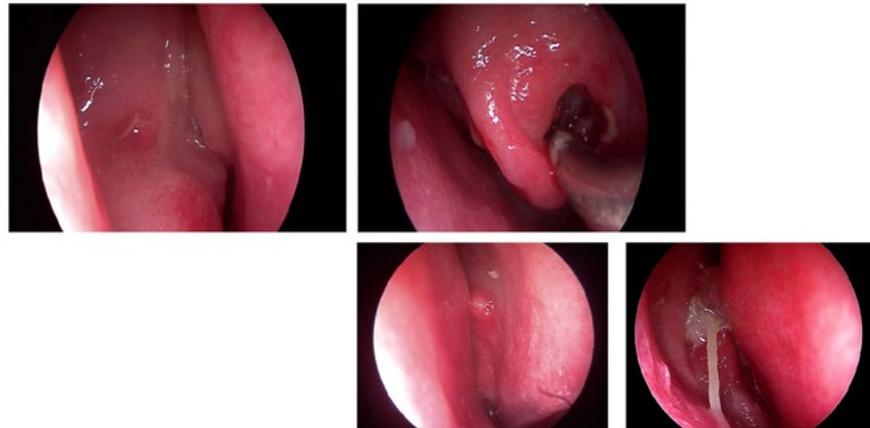


rétenion de mucus dans toutes les cavités sinusiennes, aspect de mucus déshydraté purulent).

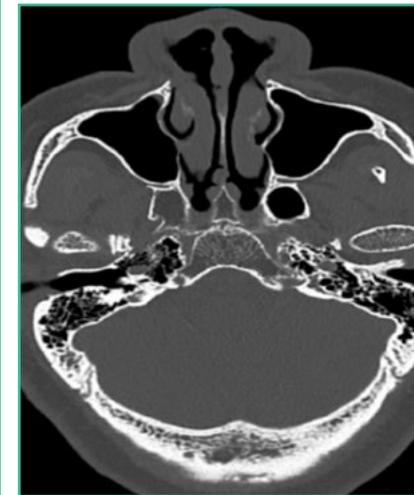
Physiopathologie de l'atteinte ORL dans la mucoviscidose



Endoscopie nasale de patients atteints de mucoviscidose



D - Quatrième cas clinique interactif : Madame Z, âgée de 30 ans vient vous voir pour une obstruction nasale bilatérale sans rhinorrhée. Le bilan allergologique est négatif. Vous demandez un scanner des sinus.

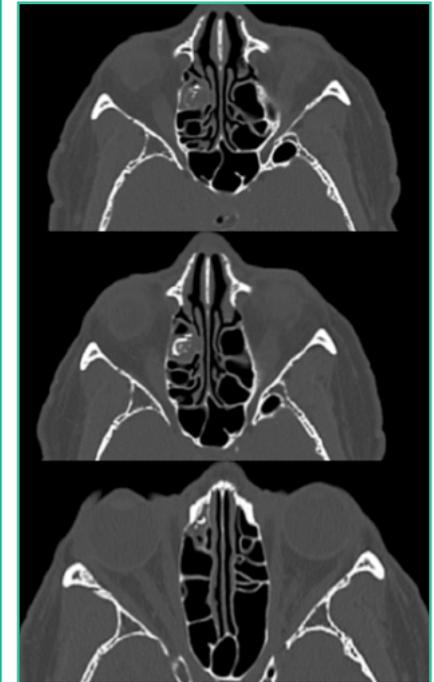


D.1. Questions & réponses :
D.1.1. L'obstruction nasale est en rapport avec ?

- a. une hypertrophie des cornets inférieurs
- b. une déviation septale
- c. des vestibules narinaux étroits

Réponse : a

D.1.2. Voici les coupes axiales de cette patiente passant par l'ethmoïde, qu'observez-vous ?



- a. une opacité du sinus frontal droit
- b. une opacité ethmoïdale antérieure droite
- c. un canal naso frontal droit libre

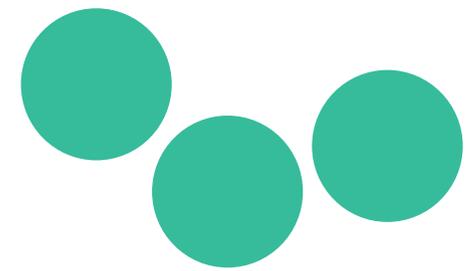
Réponse: b



IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



D.1.3. Quelle est votre hypothèse diagnostique?

- a. un corps étranger sinusien
- b. un aspergillome sinusien
- c. une tumeur osseuse du sinus

Réponse : b

D.2. Discussion :

L'aspergillome sinusien est d'origine fongique. Il se forme le plus souvent dans le sinus maxillaire mais peut également atteindre l'ensemble des cavités sinusiennes (sphénoïdal, ethmoïdal postérieur, frontal). Il s'agit d'une pathologie infectieuse bénigne, mais l'obstruction progressive de la cavité sinusienne concernée peut entraîner une infection bactérienne ou prendre un aspect pseudo tumoral. Le scanner du massif facial permet en général de faire le diagnostic devant une image de corps étranger intrasinusien contenant des calcifications, avec parfois un épaississement des parois osseuses traduisant l'ancienneté de l'infection.

II.2 Cas cliniques sur l'imagerie pulmonaire chez l'allergique

L'expert Anaforcal a limité son intervention à l'asthme ou équivalent

A. Premier cas clinique :

Patient âgé de 13 ans, asthmatique connu, allergique aux acariens et régulièrement suivi par son médecin traitant, arrive aux urgences le soir dans un tableau d'exacerbation aiguë ne répondant pas au traitement de secours recommandé.

À l'examen : Gêne respiratoire et sibilants diffus, par ailleurs toutes les constantes vitales sont conservées

A.1. Questions et réponses

A.1-1 En matière d'imagerie pulmonaire ; Quel examen faut-il demander ?

- a. Aucun
- b. Débitmètrie de pointe
- c. Démarrer le traitement d'urgence

Réponse : c

A.2. Discussion

Il faut d'abord une prise en charge thérapeutique urgente car il s'agit d'un patient connu porteur d'un asthme allergique et le tableau clinique actuel est celui d'une exac-

acerbation aiguë sévère résistant à un traitement de secours à domicile bien conduit.

B. Deuxième cas clinique : Patient âgé de 32 ans, non tabagique, présentant une rhinite allergique documentée et traitée. Il consulte pour la 1ère fois dans un tableau de gêne respiratoire aiguë suite à une randonnée en montagne. À l'examen : sibilants diffus et surtout un tirage sus-sternal et intercostal, SaO₂ à 97%, Pouls à 110/mn

B.1. Questions et réponses

B.1.1. Quel est votre diagnostic ?

Réponse : Crise d'asthme inaugurale chez un patient atopique suite probablement à une exposition massive à un allergène lors de sa randonnée en montagne.

B.1.2. En matière d'imagerie pulmonaire, quel examen faut-il demander ?

Réponse : Radiographie du thorax

B.1.3. Comment interpréter cette radiographie thoracique de face et de profil ?
Réponse : la radiographie thoracique objective des signes de distension qui témoignent de la sévérité de l'obstruction (aplatissement des coupes diaphragmatique, élargissement des espaces intercostaux

B.2. Discussion :

L'expert a insisté sur le fait que tout ce qui siffle n'est pas un asthme et qu'il faut toujours éliminer une autre urgence thérapeutique comme un pneumothorax ou un OAP et demander un cliché thoracique

C. Troisième cas clinique : Patient âgé de 4 ans, suivi pour une

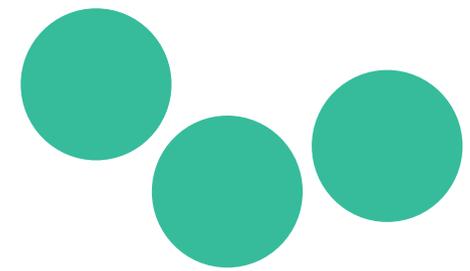




IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



dermatite atopique du visage, consulte pour une asthénie, une fièvre à 38,2, une toux sèche, un essoufflement, des arthralgies et des troubles digestifs. L'examen clinique ne trouve rien de particulier

C.1. Questions et réponses

C.1.1. En matière d'imagerie pulmonaire quel examen faut-il demander en première intention ?

Réponse : Radiographie du thorax car il y a une symptomatologie respiratoire 'toux et essoufflement'



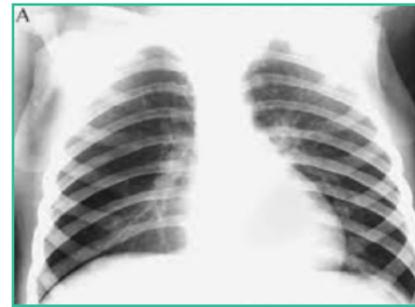
C.1.2. Qu'observe-t-on sur la 1^{ère} radiographie ?

Réponse : Infiltrat en plage au niveau du champ pulmonaire gauche

C.1.3. Qu'observe-t-on sur la 2^{ème} radiographie après deux jours ?

Réponse : Nettoyage radiologique au bout de deux jours

C.1.4. Quel serait votre diagnostic ?



Réponse : C'est compatible avec un Syndrome de Loeffler car une pneumopathie infectieuse ne disparaît pas en deux jours

C.2. Discussion :

Le Syndrome de Loeffler, est caractérisé par la présence d'infiltrats pulmonaires, labiles, liés le plus souvent aux phénomènes mécaniques et allergiques secondaires à la présence de larves de parasites dans les alvéoles pulmonaires. Les images radiologiques sont associées à une hyperéosinophilie sanguine.

D. Quatrième cas clinique : Patient âgé de 28 ans, asthmatique connu, avec une allergie à l'Alternaria prouvée, sur les tests cutanés, et prenant régulièrement son traitement à base de corticostéroïde inhalée (250ug x2/j de fluticasone depuis plus de 10 ans). Il consulte pour un tableau infectieux sévère d'apparition brutale fait de fièvre

à 40°, une toux et une douleur basithoracique gauche. L'examen pauvre mis à part des crépitations perçus à la base gauche

D.1. Questions et réponses :

D.1.1. En matière d'imagerie pulmonaire, quel examen faut-il demander ?

Réponse : Une radiographie du thorax



D.1.2. Quel est votre diagnostic ?

Réponse : pneumopathie de la base gauche

D.1.3. Quel serait le facteur favorisante ?

Réponse : la prise de corticostéroïde inhalée au long cours depuis plus de 10 ans.

D.2. Discussion :

Les corticostéroïdes inhalés au long cours à forte dose ont un effet sur la réponse immunitaire et favorisent potentiellement tout type d'infection particulièrement les infections opportunistes, notamment fongiques

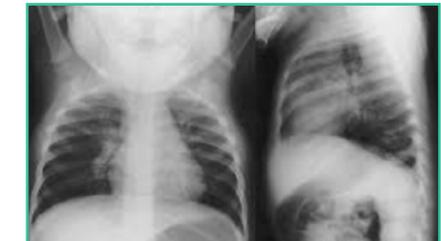
E. Cinquième cas clinique : Patient âgé de 2 ans, de mère présentant un asthme allergique, consulte pour : Une gêne respiratoire modérée un écoulement nasal quasi permanent Mais surtout une toux chronique émettante qui dure depuis plus de 6 mois et rebelle au traitement.

E.1. Questions et réponses :

E.1.1. En matière d'imagerie pulmonaire quel examen faut-il demander ?

- a. Radiographie du thorax
- b. TDM du Thorax
- c. IRM thoracique

Réponse : a



E.1.2. Quel autre examen faut-il demander ?

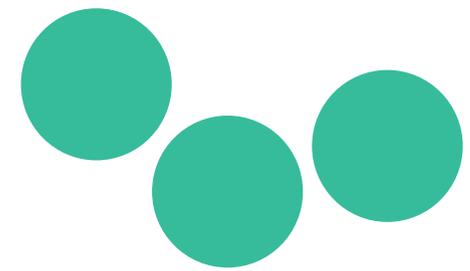
- a. TDM du Thorax
- b. Scan. du massif facial
- c. TOGD



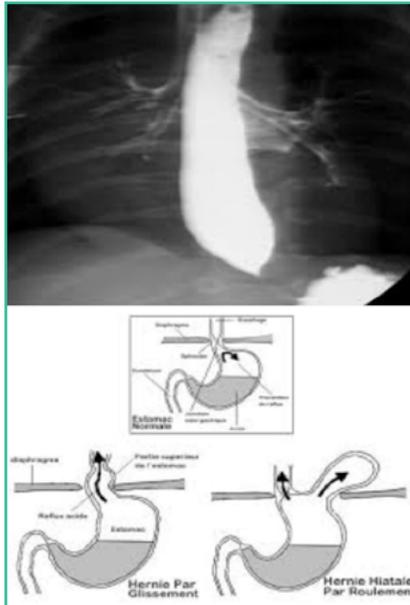
IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



Réponse : c



E.2. Discussion :

Il s'agit d'une hernie hiatale par glissement chez le nourrisson. Elle se manifeste par des symptômes chroniques non spécifiques tels que des vomissements intermittents attribués à un reflux gastroœsophagien, des infections respiratoires récurrentes. Le diagnostic est confirmé par un TOGD qui montre une opacification de la grosse tubérosité gastrique dans le médiastin postérieur.

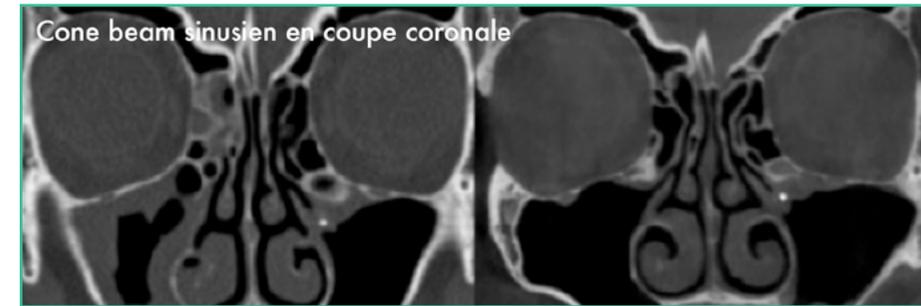
III. Discussion Générale

Dans la pathologie pulmonaire relative à l'allergologie, l'imagerie est toujours nécessaire et la radiographie thoracique doit être indiquée dès la première consultation surtout pour éliminer les diagnostics différentiels. L'aspect radiologique est le plus souvent normal. Les anomalies lorsqu'elles existent peuvent intéresser le poumon, les bronches, la plèvre et le médiastin.

Lorsqu'on découvre un infiltrat radiologique, il est le plus souvent labile. Les autres imageries qu'on peut demander selon le tableau clinique sont la radiographie thoracique de profil, la TDM thoracique et le TOGD.

Dans la pathologie rhinologique relative à l'allergologie, la radiographie des sinus est obsolète et n'est plus recommandée (Cf Haute Autorité de Santé Française).

On demande aujourd'hui un scanner du massif facial en coupes axiales, coronales et sagittales ou mieux de type cone beam qui est 2 à 5 fois moins irradiant que le scanner classique. Le scanner cone beam est très performant pour le diagnostic des processus inflammatoires et infectieux (0,3mm). C'est une imagerie par faisceau conique, l'acquisition volumique utilise les rayons X et fournit une imagerie 3D de l'ensemble



du massif facial. L'IRM du massif facial peut être demandée pour caractériser le contenu d'une opacité sinusienne ou devant une lyse osseuse dans le but de caractériser les éventuelles complications d'un processus infectieux ou de rechercher une pathologie tumorale bénigne ou maligne.

occupe une place importante aussi bien pour le diagnostic positif mais aussi pour le diagnostic différentiel car tout ce qui siffle n'est pas un asthme et toutes les rhinites ne sont pas d'origine allergique. Il existe des rhinites non allergiques et parfois secondaires à des pathologies graves comme les pathologies tumorales.

CONCLUSION

Dans la pathologie pulmonaire et ORL relative à l'allergologie l'imagerie

Devant une symptomatologie atypique chez un patient allergique une imagerie ORL ou pulmonaire doit être demandée afin de rechercher une pathologie associée.

Références bibliographiques :

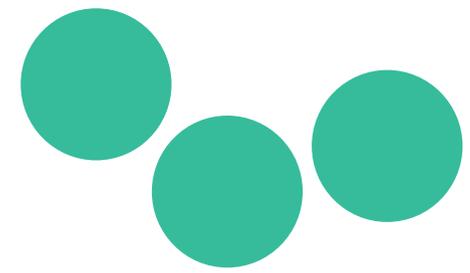
1. C. Delbet, I. Barthélémy, J. Teitelbaum, L. Devoize .Mycoses aspergillaires des sinus maxillaires EMC 2011 / 28-275-I-10
2. Liang X, Jacobs R, Hassan B, Li L, Pauwels R, Corpas L, et al. A comparative evaluation of Cone Beam Computed Tomography (CBCT) and Multi-Slice CT (MSCT). Eur J Radiol. 2010;75(2):265-9
3. Johkoh T, Muller NL, Akira M, et al. Eosinophilic lung diseases: diagnostic accuracy of thin-section CT in 111 patients patients. Radiology Radiology 2000 ; 216 : 773 -780.
4. Amadou Dia Aliou .Hernie hiatale par glissement du nourrisson.Pan African Medical Journal. 2013 ; .15.78.
5. Eggesbo HB, Dolvik S, Stiris M, Sovik S, Storrosten OT, Kolmannskog F. Complementary role of MR imaging of ethmoid maxillary sinus disease depicted at CT in cystic fibrosis. Acta Radiol 2001 ; 42(2) : 144-50.



IMAGERIE : ORL et PULMONAIRE en ALLERGOLOGIE

Animateur organisateur : Nadine Massy
Expert ANAFORCAL : Ali Benkhader

Expert hospitalier : Virginie Escabasse
Rapporteur : Hanane El Ouazzani



TEST DE LECTURE : Quelles sont les propositions correctes ?

Question 1 : Dans la pathologie pulmonaire relative à l'allergologie, quel est l'aspect radiologique le plus fréquemment rencontré?

- A. Normal
- B. Infiltrat
- C. Condensation
- D. Syndrome interstitiel

Question 2 : Dans la pathologie pulmonaire relative à l'allergologie, les anomalies si elles existent intéressent-elles ?

- A. Le Poumon
- B. Les Bronches
- C. La Plèvre
- D. Le Cœur
- E. Le Médiastin

Question 3 : Dans le bilan d'un patient allergique présentant une anosmie depuis 6 mois malgré le traitement antihistaminique et une désensibilisation en cours vous:

- A. prescrivez un cone beam sinusien
- B. prescrivez un scanner du massif facial en coupes coronales
- C. prescrivez un scanner du massif facial en coupes axiales
- D. demandez une consultation orl
- E. expliquez au patient qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire

Question 4 : Devant un patient allergique que vous suivez depuis 2 ans présentant une rhinorrhée bilatérale sans troubles de l'odorat et une obstruction nasale unilatérale depuis 6 mois vous demandez un scanner du massif facial:

- A. pour rechercher une déviation septale
- B. pour rechercher une hypertrophie des cornets inférieurs
- C. pour rechercher une tumeur du cavum
- D. pour rechercher une polypose nasosinusienne
- E. pour rechercher une tumeur de l'ethmoïde

Réponses : Q1 : A / Q2 : A, B, C, E / Q3 : A, B, C, D / Q4 : C, D, E

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI



INTRODUCTION

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

Les formes non Ig E médiées : fréquentes mais méconnaissables, diagnostic : anamnèse, test de provocation.

I. METHODES

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. RESULTATS

II.1. Premier cas clinique :

Histoire : Yohan, 16 mois. Antécédents personnels : naissance 3,2 kg, allaitement maternel 4 mois, sevrage avec du lait 1^{er} âge. Diversification à 8 mois, croissance P/T -1DS. Antécédents familiaux : intestin irritable chez le père, pas d'atopie.

Vous le recevez en consultation d'allergologie pour suspicion d'allergie alimentaire.

Il présente des troubles du transit depuis "toujours" : RGO, vomissements post-prandiaux ou à distance, diarrhées non glairo-sanglantes, malgré traitement par IPP, lait AR.

Quel bilan faites-vous ?

Bilan effectué : Atopie Patch Test (APT) positifs pour le blé et le lait, prick tests alimentaires négatifs.

Biologie standard (NFS, BES, hépatique, rénal) normal.

Quel diagnostic évoquez-vous? Intolérance aux PLV et IProtéines du Blé
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 rotavirus.

Au décours : cassure poids : -2DS : Rdv programmé pour un bilan gastro-entérologique pour ses 20 mois.

Quel bilan proposez-vous ?

À 20 mois : bilan : croissance P/T : -1,5DS

Bilan clinique et paraclinique 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.

Que pensez-vous du bilan et quel diagnostic évoquez-vous?

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 (100ml/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.

Un avis allergologique vous est de-

mandé. Prévoyez-vous un bilan, si oui lequel ?

Croissance régulière : poids -1,5DS, taille -0,5DS. Clinique : météorisme abdominal.

Echographie abdominale normale.

Carnet de recueil diététique : erreur de régime : apports caloriques insuffisants explique le décalage, poursuite 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.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Discussion :

Ce 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-oesophagienne, un bilan cœliaque, et un dosage



LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

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.

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 coeliaque, troubles fonctionnels associés (intestin/côlon irritable).

parents d'introduction lait 1^{er} âge => refus et vomissements 1 à 2 heures après la prise, les parents ne consultent pas et redonnent HPLV.

À 5 mois refus de l'hydrolysé et d'une préparation à base de riz, essai d'un yaourt.

1 heure après : 15 vomissements en jet, Hypotonie, pâleur, cyanose péribuccale, Malaise sévère : hospitalisation, Durée des symptômes : 2 heures.

Biologie : NFS normale. Fonction hépatique et rénale normale. ECBU négatif ECG normal. Rx T, Rx ASP normales, pH métrite normale

Allergologie : prick lait, caséine négatifs, patch lait négatif, IgE spécifiques lait, caséine, lactalbumine, lactoglobuline : négatifs.

Réalimentation avec HPLV+ 1 repas nourrisson => RAS. Diversification débutée sans problème. Prise pondérale médiocre (+ 2 Kg 300 en 5 mois).

Ingestion d'un petit pot industriel (lait ??), 2 heures après : 6 vomissements, pâleur, malaise, cyanose SAMU => adrénaline, Hospitalisation et surveillance 24H. Examen clinique (T, FC, TA...) normal.

Eviction lait continuée.

À 23 mois : Toujours sous HPLV. Appétit bon, croissance pondérale médiocre (9Kg 200). Très bon éveil et bon tonus. Examen clinique normal.

Proposition d'un TPO lait de vache,

avec VVP : 10ml/kg en 2 prises séparées d'une heure :

Positif 2h 1/2 après la première prise avec une récupération lente, surveillance en hospitalisation.

1/ Diagnostic?

2/ Que proposer ?

Discussion :

Le tableau clinique peut nous faire évoquer une APLV IgE médiée, Mais devant le bilan allergologique négatif, le diagnostic retenu est l'entérococolite induite par les protéines alimentaires SEIPA (Lait de vache).

À 23 mois devant une croissance pondérale médiocre, un TPO au lait de vache à l'hôpital est proposé, mais vu la réaction à 2h30 min suite au TPO, la conclusion : un SEIPA qui n'est pas encore guéri, et le régime d'éviction stricte doit être prolongé. Un nouveau TPO sera proposé dans 2 ans.

ment, selles sanguinolentes à l'âge de 3 mois.

Bilan biologique normal, échographie abdominale normale, Eviction du lait de l'alimentation maternelle : pas de résolution des symptômes. Eviction de l'œuf, du soja, du blé, des noix, du poisson : résolution des symptômes.

Quel diagnostic évoquer ?

À l'âge de 11 mois, ingestion d'œuf : pas de symptômes mais sang occulte dans les selles

À l'âge de 12 mois, à nouveau ingestion d'œuf : 2 heures plus tard: vomissements et diarrhées profuses, pâle, hypotonie. TA 79/40, FC 130/min, pâle, marbré, remplissage, antibiothérapie IVet transfert aux soins intensifs. Evolution rapidement favorable en quelques heures.

1 mois plus tard: réaction similaire après ingestion d'œuf à 2 reprises.

Diagnostic le plus probable ? Traitement durant la phase aiguë ? Quelle serait votre attitude?

Discussion :

Le bilan biologique normal, et la non résolution des symptômes après l'éviction du lait de l'alimentation maternelle, nous font éliminer la gastroentérite à éosinophile, et la SEIPA.

Le diagnostic le plus probable étant une proctocolite allergique (PIPA).



II.2. Deuxième cas clinique :

Histoire : Salma, Née à terme, 2 kg 450. Hospitalisation en néonatalogie de 5 jours pour hypoglycémie + difficulté de succion. Alimentation avec hydrolysé poussé de PLVache.

Entre 1 et 2 mois : tentatives par les



II.3. Troisième cas clinique :

Histoire : Adam, naissance à terme, parents atopiques, allaité exclusive-

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

Suite aux réactions successives nécessitant une hospitalisation aux soins intensifs, après ingestion de l'œuf le diagnostic le plus probable est l'entérocolite, dont le traitement durant la phase aiguë, comprend un remplissage (sérum physiologique), plus corticoïdes i.v.

L'attitude à distance étant un Test de provocation en milieu hospitalier : si positif : éviction œuf (traces autorisées)



II.4. Quatrième cas clinique :

Histoire : Asma, 9 mois, née à terme,
Poids à la naissance : 4 Kg 600.

Développement psychomoteur : Position assise non encore acquise. Notion d'asthme chez le grand père. Allaitement maternel remplacé par le lait de vache à l'âge de 4 mois puis diversification alimentaire à l'âge de 5 mois par des céréales, yaourt et légumes.

Dès l'âge de 5 mois, 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 ballonnement abdominal, un syndrome œdémateux, et un retard staturo-pondéral. Le poids à 4 kg 400 (-3DS) et la taille à 61 cm.

Hypothèses diagnostic ? Quel bilan demander ?

Bilan : NFS met en évidence une anémie à 8,5g/dl, hypochrome microcytaire, taux élevé d'éosinophiles à 770 /mm³. hypoprotidémie à 44mg/l. une hypoalbuminémie à 24 mg/l. hypocalcémie à 51mg/l. hyponatrémie à 127meq/l. hypokaliémie à 2.7meq/l. bandelette urinaire négative.

La sérologie de la maladie coeliaque (Ac anti gliadine et anti-transglutaminase IgA et IgG) négative.

Le test de la sueur normal.

Le bilan allergologique :

- IgE totales à 33.6 kU/l,
- IgE spécifiques PLV (-).
- tests cutanés au lait de vache négatifs.

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

Discussion :

Le diagnostic retenu est l'entéropathie allergique induite par les PLV, la prise en charge consiste en une correction des différents déficits potentiellement menaçants révélés par le bilan bio-

logique tout en initiant progressivement un régime alimentaire adapté. Perfusion d'albumine associée à des bolus de calcium. Alimentation progressive avec un hydrolysate de protéines de lait de vache puis soupe de légumes en s'assurant à chaque introduction alimentaire de sa bonne tolérance.

Évolution : Favorable sous régime d'éviction du LV. Diversification et enrichissement alimentaire.

Reprise de la croissance staturo-pondérale.

À l'âge de 2 ans : réintroduction progressive du lait de vache sans incident.



II.5. Cinquième cas clinique :

Histoire : Younes, nourrisson de 20 mois.
Admis pour dénutrition. Allaitement maternel exclusif.

Diversification alimentaire à 9 mois : à base de légumes et de céréales, viande parfois.

Stagnation pondérale depuis l'âge d'un an (10 Kg). Diarrhées chroniques depuis 2 mois. Ballonnement abdominal depuis 10 jours. Œdème des membres inférieurs.

Nourrisson pale. Poids = 9 Kg 800 (-2DS), Taille = 71cm (-2,5 DS)

Signes de dénutrition : Fente musculaire, Œdèmes. Côtes saillantes. Cheveux secs. Abdomen Ballonné, pas HS. Vos Hypothèses Diagnostic ? Quel bilan?

Discussion :

Les hypothèses diagnostiques seront soit : Carences d'apport, Sd Coeliaques, Maladie Coeliaque, Entéropathie allergique au blé, APLV, Parasitoses, Déficit immunitaire congénital/Acquis, Insuffisance pancréatique exocrine.

Bilan et résultats :

NFS : Anémie hypochrome microcytaire 7g/dl, GB : 8400, PLQ : 500000 Ionogramme normal. Albuminémie à 32 g/l. Cholestérol 0,99g/l, TG Bas. Fer sérique Bas, Ferritine basse. Sérologie HIV négative.

Test de la sueur normal. AcAntitransglutaminases : 5 fois la normale. FOGD: muqueuse OGD pâle.

Biopsies : Atrophie villositaire totale. LIE 75%.

Le diagnostic retenu sera alors la maladie Coeliaque.

Prise en charge : Correction des troubles nutritionnels. Mise sous régime sans gluten à vie.

.../...

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI



II.6. Sixième cas clinique :

Histoire : Ambre, 5 ans.

Antécédents : épisodes sifflants viro-induits, Croissance P-2DS, T-1DS, douleurs abdominales vagues, non spécifiques récurrentes.

Hospitalisation 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.

Revue à 1 mois de la sortie avec bilan complet d'asthme sévère.

Explorez-vous ces douleurs abdominales ? Si oui, comment ?

Tests Cutanés Allergologiques 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 oesophagienne.
TOGD empreinte oesophagienne droite (TDM APC normal).

Prévoyez-vous d'autres examens?
Endoscopie digestive : œsophagite à éosinophiles

Quel traitement proposez-vous ?
Corticothérapie déglutie 6 mois, IPP

Quand prévoyez-vous un contrôle et comment ?

Une 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 ;

Atopy Patch Test lait et soja+, TCA négatifs, puce ISAC négative

Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?

Régime sans lait ni soja ; Corticothérapie déglutie et poursuite des IPP

Contrôle à 3 mois : endoscopie digestive normalisée

Maintenez-vous le régime, et le traitement médicamenteux ?

Régime poursuivi par crainte parentale.
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)

Votre hypothèse diagnostique?
Rechute OE confirmée par l'endoscopie, remise sous régime sans lait ni soja 3 mois.

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 (oesophagite à éosinophiles ?), avec un traitement de première intention : corticothérapie déglutie 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 déglutie: Budesonide visqueux (1mg/2ml dans 5g sucralose) 0,5mg x2/j.

IPP. Trois mois plus tard, devant la normalisation de l'endoscopie digestive, une diminution de la corticothérapie déglutie 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 :

Histoire : Léa (3ans). Consulte pour une suspicion d'allergie aux poissons
Atcd père: allergie aux crustacés, pollinose chez la mère.

Atcd personnels : épisodes sifflants viro-induits, DA minime.

Réaction à 2 ans ½ en vacances en Espagne : urticaire et vomissements rapidement après ingestion de poisson. Depuis éviction de tous les poissons et fruits de mer.

Que recherchez-vous à l'anamnèse, et quel bilan faites-vous ?
Diversification normale.

En Espagne : tapas de thon, morue, moules, et crevettes, peut être d'autres poissons...

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

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIÉES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

Prick tests usuels négatifs (pneumallergènes)

Biologie: IgE spécifiques poisson, thon, crevette, moule et recombinants parvalbumine (rCyp c1 et rGad c1) négatives.

TPO thon négatif.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?

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

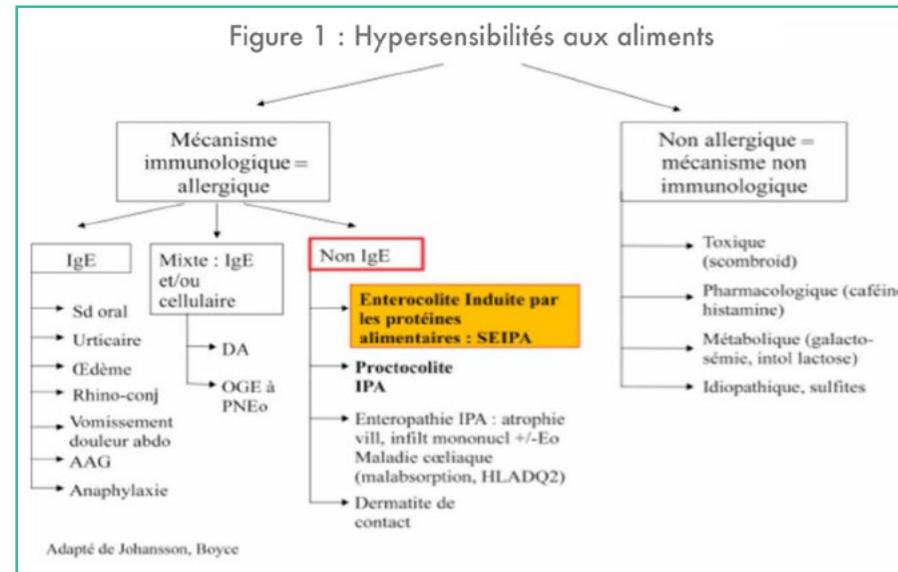
Évoquez-vous un autre diagnostic ?

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.

III. L'HYPERSENSIBILITÉ ALIMENTAIRE NON IgE MADIÉE



III.1. Syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA)

Clinique :

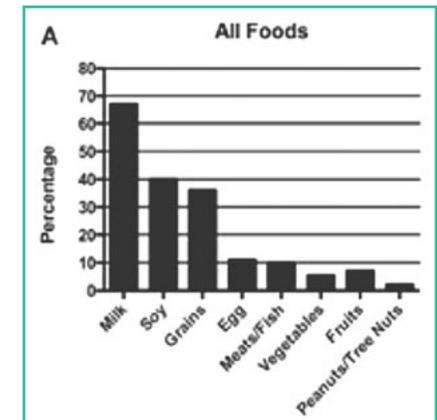
- ♦ Forme aiguë
- ♦ Épisodes reproductibles,
- ♦ Vomissements, prolongés, répétés : 1-6 après l'exposition à l'aliment, 15-20 vomissements.
- ♦ Diarrhées +/- : 2-10 h après l'exposition à l'aliment (moyenne : 5h)
- ♦ Léthargie, pâleur, cyanose, déshydratation, hypotension
- ♦ PNN, plaquettes (pic 6 h)

Forme chronique :

- ♦ Vomissement intermittents tardifs
- ♦ Diarrhées sanglantes
- ♦ Mauvaise prise poids
- ♦ Distension abdominale
- ♦ Irritabilité
- ♦ Saignement digestif occulte
- ♦ Anémie, hypoalbuminémie
- ♦ Augmentation des GB, méthémoglobinémie (1/3), acidose (1/3)

Diagnostic :

- ♦ Episodes reproductibles.
- ♦ Prick tests : 96 % négatives.
- Sensibilisation secondaire IgE : 24%
- Patch tests inutiles
- TPO non nécessaire si : Typique, reproductible, guérison sous éviction aliments incriminés : Lait >>>> soja, riz, poulet, poisson, œuf ...



Diagnostic différentiel

- ♦ Invagination intestinale aiguë.
- ♦ Sténose du pylore.
- ♦ Gastro entérite virale ou bactérienne.
- ♦ Septicémie.
- ♦ Hypertension intra crânienne.
- ♦ Allergie alimentaire : IgE médiée. Maladie métabolique.

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

Traitement phase aiguë

- ♦ Remplissage (20ml/kg en 20 minutes de sérum physiologique, à répéter si nécessaire).
- ♦ Corticoïdes IV (empirique).
- ♦ Ondansetron (zophren).
- ♦ Pas d'adrénaline.

Traitement

Régime d'éviction.

En cas de SEIPA au LV, la tolérance a été acquise dans 20% des cas à l'âge de 3 ans. Des données similaires sont rapportées pour le SEIPA au soja.

Les SEIPA aux aliments solides ont tendance à se prolonger, la tolérance à l'âge de 5 ans est acquise chez seulement 65,5%, 50% et 0% pour les céréales, la viande et les poissons/crustacés, respectivement.



III.2. Proctocolite induite par les protéines alimentaires (PIPA) :

Nourrisson < 6 mois, allaité ou au biberon
90% réaction isolée au lait de vache,
10% œufs.

Pas de tests diagnostiques (anamnèse !)
TTT : Régime éviction du lait chez la mère

qui allaite ou hydrolysats pour le bébé

Si persiste, essai régime sans œufs chez maman ou préparation d'acides aminés chez bébé.

Manifestations cliniques :

La proctocolite représente la forme la plus bénigne

Selles sanglantes intermittentes chez des nourrissons en apparence sains et en bon état.

Les symptômes commencent généralement progressivement à l'âge de 2 à 8 semaines, parfois dès la première semaine.

Aliments impliqués pour les nourrissons :

- ♦ LV, soja, œufs et/ou blé consommés par la mère via le lait maternel,
- ♦ Formules de lait à base de LV ou de soja.

♦ Dans moins de 10% des cas, les formules hydrolysées.

Les enfants plus âgés et les adultes : colite allergique au LV, à l'œuf et au blé ont été rarement décrits

Diagnostic :

Tests allergologiques (tests cutanés, IgEs) négatifs

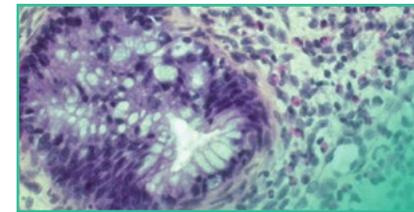
Le test de réintroduction (TPO) reste l'étalon-or pour :

- ♦ confirmer le diagnostic après un régime d'éviction
- ♦ évaluer l'acquisition de la tolérance

Dans la proctocolite : réintroduction alimentaire après 4 à 8 semaines / à domicile.

Evolution :

La majorité des patients acquièrent la tolérance avant l'âge de 1 an, et jusqu'à 20% des nourrissons allaités ont une résolution spontanée des saignements sans modification du régime maternel.



III.3. Entéropathie induite par les protéines alimentaires :

♦ Caractère insidieux évoluant sur des semaines

♦ Diarrhées chroniques, vomissements, retard de croissance, entéropathie exsudative avec hypo-albuminémie et anémie

- ♦ +++ Lait de vache, soja et œufs
- ♦ Pas de tests diagnostiques (anamnèse!)

♦ Biopsies grêle: atrophie villositaire partielle, hyperplasie cryptes, augmentation lymphocytes intraépithéliaux (ressemble à la maladie cœliaque)

♦ TTT : éviction. Résolution spontanée en 1-2 ans pour le lait.

III.4. La maladie cœliaque :

♦ Entéropathie auto-immune liée à une intolérance à la gliadine, une fraction protéique du gluten, et caractérisée par une atrophie villositaire totale ou subtotale strictement gliadino-dépendante survenant chez des sujets génétiquement prédisposés, elle touche l'intestin et d'autres organes extradiigestifs.

♦ Prédisposition génétique : HLA DQ2 et/ou DQ8 chez 100% des patients atteints de maladie cœliaque

- ♦ Forme classique du jeune enfant
- ♦ Nourrisson entre 9 mois et 2 ans : une diarrhée chronique, retard pondéral, ballonnement abdominal, anorexie, vomissement apathie

♦ Présentation atypique chez le grand enfant et chez l'adolescent

♦ Anémie chronique ferriprive isolée, anomalies de l'émail dentaire, douleurs osseuses pouvant révéler une ostéoporose précoce, retard statural isolé, retard pubertaire, élévation isolée des transaminases

Diagnostic :

Dosage des anticorps anti transglutaminases de type Ig A associé au dosage des IgA.

Si taux des IgA bas, compléter par le dosage des antitransglutaminases de type IgG.

Anticorps anti gliadine déaminée ++
La fibroscopie digestive avec biopsie jé-

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

junale est indispensable au diagnostic, elle révèle une atrophie villositaire avec augmentation des lymphocytes T intraépithéliaux.

Le typage HLA (DQ2, DQ8) positif pourrait permettre de se dispenser de la biopsie jéjunale.

Traitement :

Le régime exclu le gluten de l'alimentation de l'enfant.

Le blé, le seigle et l'orge sont exclus.

Le maïs, le riz, soja, la farine de pomme de terre ne contiennent pas de gluten et peuvent être consommés.

L'avoine est également autorisée.

Des farines sans gluten ainsi que d'autres produits (pâtes, biscuits, biscottes, ...) sont disponibles sur le marché.

Ils doivent absolument porter le logo sans gluten.

Evolution et suivi :

L'évolution sous régime d'exclusion du gluten est spectaculaire.

Il est recommandé de contrôler le taux d'IgA anti-transglutaminase 6 mois après le début du régime (marqueur de la compliance au régime).

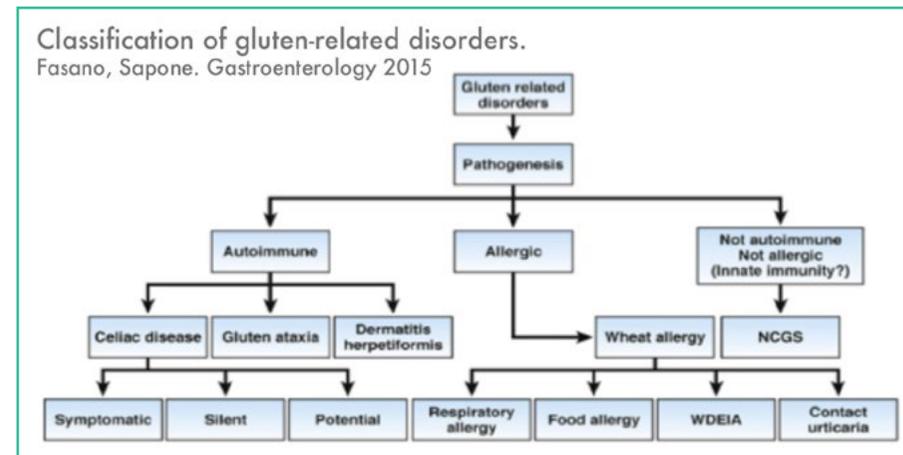
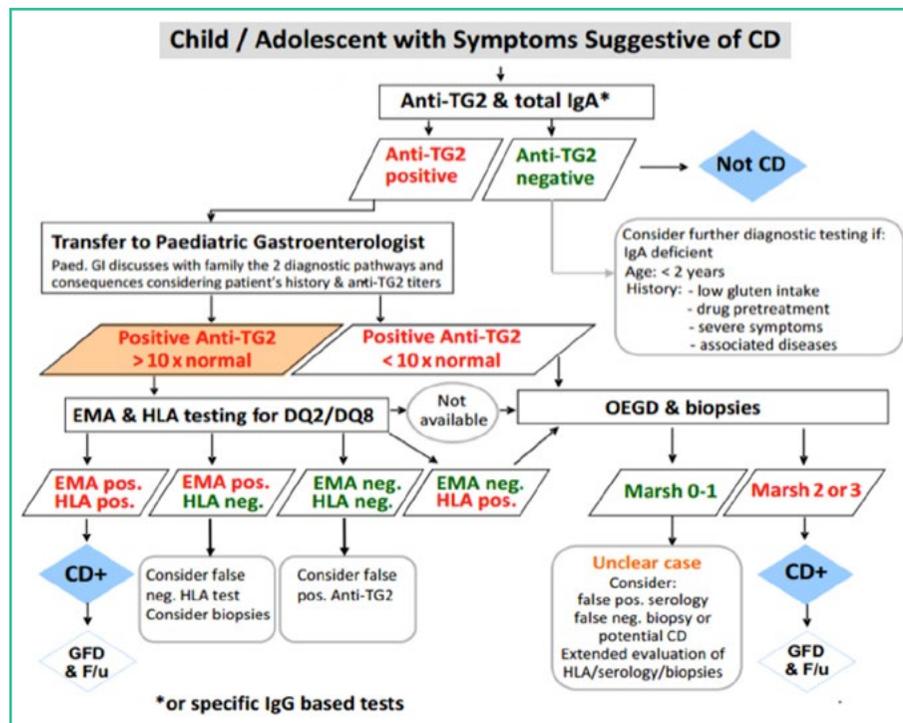
Le suivi apprécie la qualité du développement staturo-pondéral et pubertaire. Le régime doit être suivi à vie afin d'éviter les complications à long-terme de la maladie: déminéralisation osseuse, lymphome du tube digestif

III.5. Hypersensibilité (HS) au gluten non coéliqua (NCGS):

Rôle de l'immunité innée?

Blés de culture moderne seraient plus riches en Amylase Trypsine Inhibiteur (ATI) : protéines inhibant les enzymes (contre l'amidon : amylase, contre les protéines : trypsine)

Interaction ATI et TLR4 des macrophages et cellules dendritiques : relargage cytokines inflammatoires



Potentialisation HLA (prédisposition génétique)?

HLA DQ2/8 : 50%

Sous-entité du côlon irritable ?

Présentation clinique :

Apparition quelques heures ou jours après consommation de gluten de:

♦ Symptômes gastro-intestinaux :

Douleurs, ballonnements, gaz, troubles du transit, diarrhée chronique.

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

♦ Symptômes systémiques :

Céphalées, asthénie, myalgies, troubles de l'humeur, confusion, déficit de l'attention, picotement, engourdissement des extrémités.

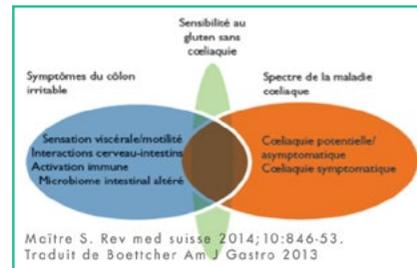
Diagnostic d'exclusion :

Après avoir éliminé une allergie au blé, maladie coeliaque et autres causes de troubles fonctionnels intestinaux. Pas de critère diagnostique sérologique ou histopathologique. Efficacité du régime d'exclusion.

Confusion des FODMAPs : Fermentable oligo di monosaccharides and polyols (fructanes des céréales, légumineuses, laitages, fruits, sucres...), probable rôle inducteur dans le syndrome de l'intestin irritable.

III.6. Troubles fonctionnels type côlon irritable :

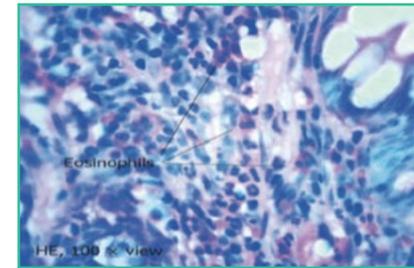
Critères conférence de Rome : Inconfort ou douleur abdominale. Accélération du transit ou constipation. Modification de la forme ou de l'apparence des selles. D'évolution chronique. Score de qualité de vie diminué, absentéisme scolaire.



III.7. Entéropathie à éosinophiles :

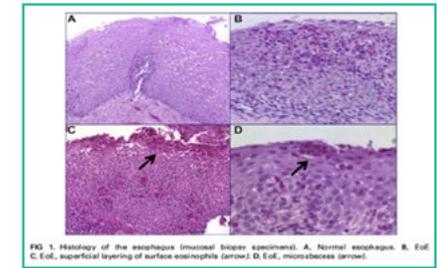
Diagnostic : 3 critères diagnostiques :

- ♦ Une symptomatologie digestive.
- ♦ Une infiltration des différentes tuniques de la paroi digestive par des PN éosinophiles matures.
- ♦ Exclusion d'une parasitose intestinale et l'absence de cause systémique.



Traitement médicamenteux :

Corticothérapie et mesures adjuvantes. Traitement d'attaque: 0.5mg/kg de prednisone pendant 15 jours, puis décroissance progressive. Si cortico-dépendance : maintien de faibles doses de CST. Si cortico-résistance : cromoglycatedi-sodique, antihistaminiques. Si formes sévères : immunosuppresseurs.



Prise en charge :

Régime d'éviction

La recherche d'un allergène alimentaire spécifique ou aéroallergène est souvent indiquée chez les patients ayant GEE. En cas de sensibilisation, un régime alimentaire améliore souvent les symptômes et réduit le nombre d'éosinophiles dans les biopsies de contrôle. Parfois, une résolution complète des symptômes nécessite l'utilisation d'une diète élémentaire à base d'acides aminés pendant au moins 6 à 8 semaines. Rechutes fréquentes à l'arrêt du régime.

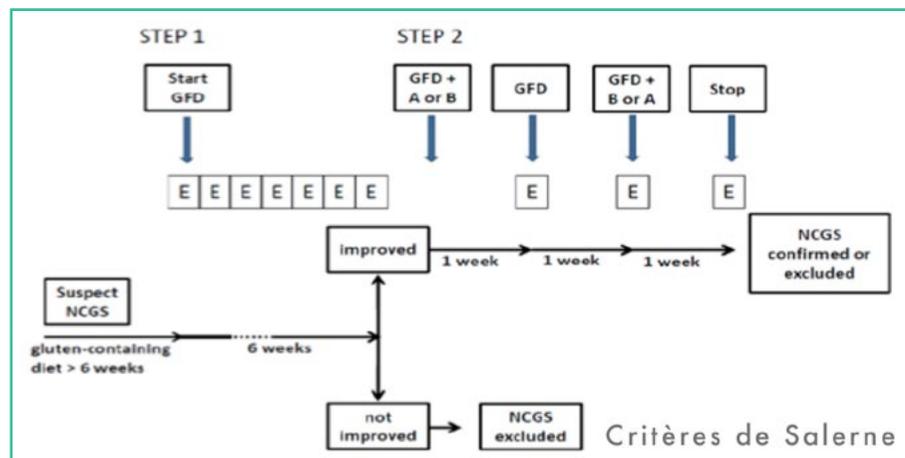
III.8. Oesophagite à éosinophiles :

Entité clinico-histologique :

Infiltration de l'oesophage par des éosinophiles ≥ 15 / champ (FGx40) dans ≥ 1 biopsie. et/ou présence de micro-abcès à Eo ou de granules Eo extracellulaires.

Entité clinico-histologique :

Aspect endoscopique normal dans 10-30% cas. Biopsies étagées dans l'oesophage et GD : sillons longitudinaux, aspect pseudo-trachéal, dépôts blanchâtres,

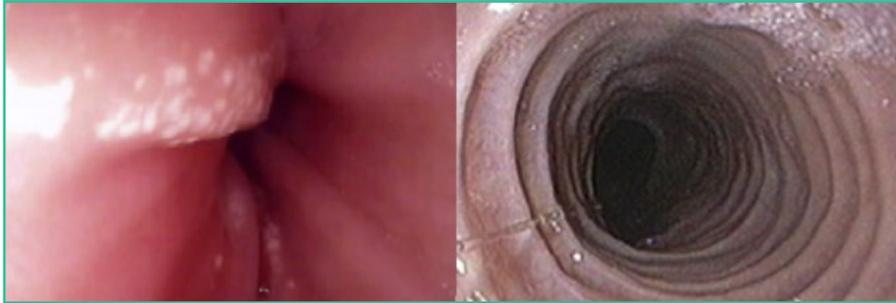


LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIEES : du diagnostic à la prise en charge

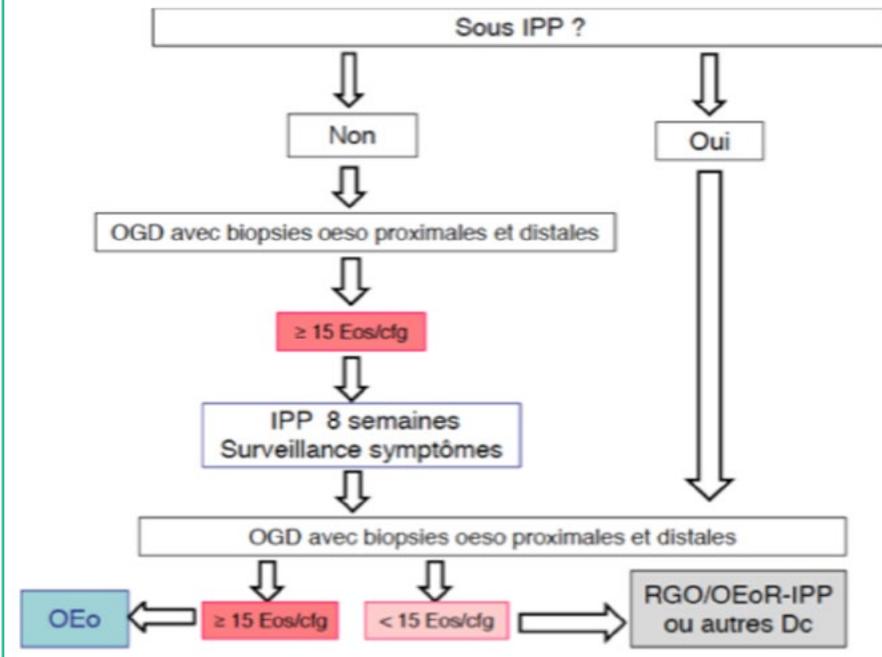
Animateur organisateur : Montserrat AGELL-PERELLO
Expert ANAFORCAL : Said ETTAIR

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

sténose parfois infranchissable, décollement muqueux.



Algorithme diagnostique : Recommandations ESPGHAN



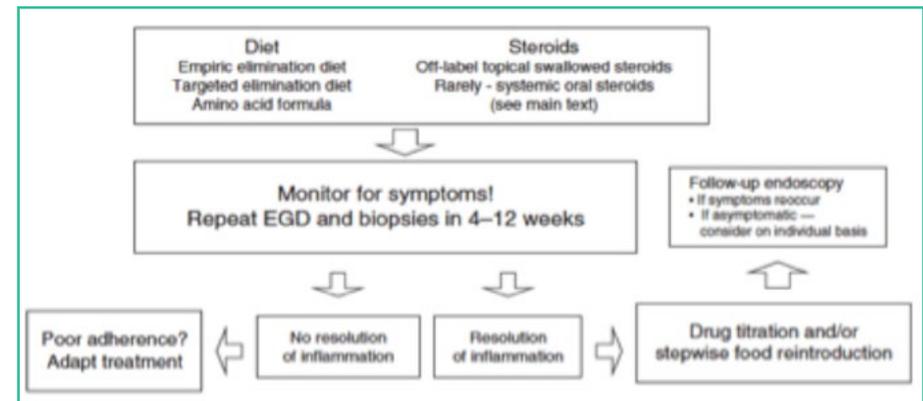
Bilan allergologique :

75% sont atopiques.
Sensibilisations alimentaires (plus chez l'enfant), et pneumallergènes.
Efficacité remarquable de régimes d'éviction.
Intérêt du bilan allergologique (prick tests, patch tests, IgE).

3 types de régimes :

- ♦ diète élémentaire : à base d'une formule d'acides aminés.
- ♦ empirique : retirant les 6 aliments les plus fréquemment incriminés : lait, blé, soja, oeuf, poisson/crustacés mollusques, arachide et fruits à coque : ce régime pourrait être simplifié en retirant seulement : lait, blé et oeuf (dernier congrès ESPGHAN).
- ♦ ciblé par le bilan allergologique.

Traitement :



III.9. Réactions adverses « non immunologiques » : « fausses allergies alimentaires »

- scombrototoxicité
- ciguatera
- tetrodoxisme = fugu
- clupeotoxisme (sardines tropicales), palodoxicose (crabes), carchatoxisme (requin), chélonitoxisme (tortue)...

Intoxication scombroïde :

Par intoxication histaminique (transformation de l'histidine en histamine par décarboxylase).

- ♦ Bactérienne (E Coli, proteus, salmonelle).
- ♦ Prolifération bactérienne par mauvaise conservation (rupture de la chaîne du froid).
- ♦ Poissons bleus à chair rouge (thon, maquereau, daurade, bonites, espadon).

LES HYPERSENSIBILITES DIGESTIVES NON IgE MEDIÉES : du diagnostic à la prise en charge

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

Expert hospitalier : Audrey MARTIN-BLONDEL
Rapporteur : Adel KARDOUSSI

Manifestations aiguës (15-90 min) :
urticaire à anaphylactoïde : malaise, flush, hypotension, céphalées, douleurs abdominales.

Diagnostic : Odeur poisson...dosage de l'histamine (>50mg/kg)

Prévention : congeler et éviscérer

colite induite par les protéines alimentaires, 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.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La maladie cœliaque, l'œsophagite à éosinophiles, le syndrome d'entéro-

Une anamnèse, un examen clinique, ainsi que des examens complémentaires, doivent permettre de poser le diagnostic.

TEST DE LECTURE : Quelles sont les propositions correctes ?

Question 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'entérocite induite par les protéines alimentaires)
- D. La maladie cœliaque
- E. La proctocolite induite par les protéines alimentaires

Question 2. L'Entérocite 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

Références bibliographiques :

1. Hill. NASPGHAN Clinical Report on the Diagnosis and Treatment of Gluten-related Disorders. J PediatrGastroenterolNutr. 2016 Jul; 63(1):156-65
2. Collyer. Nonceliac gluten sensitivity: an approach to diagnosis and management. CurrOpinPediatr 2016, 28:638-643
3. 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
4. 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

Question 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

Question 4. L'œsophagite 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

Question 5. L'hypersensibilité au gluten non coeliaque:

- 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

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



RÉSOLUTION DE CAS CLINIQUES DIFFICILES EN ALLERGIE ALIMENTAIRE

Animateur organisateur : Lucie Courvoisier (Oullins)
Expert ANAFORCAL : Dominique Sabouraud (Reims)

Expert hospitalier : Carine Metz-Favre (Strasbourg)
Rapporteur : Carine Billard-Larue (Meaux)

INTRODUCTION

L'allergie alimentaire est en constante augmentation. A côté des allergènes les plus courants, certains tableaux cliniques sont de vrais challenges pour le praticien pour identifier l'allergène en cause. A l'inverse dans le cas de sensibilisations à certains panallergènes, les consignes à donner afin d'avoir un régime acceptable pour le patient sans prendre le risque de réactions sévères ne sont pas consensuelles. Cet atelier avait donc pour but de faire le point sur certains cas cliniques difficiles en allergie alimentaire.

I. MÉTHODE

Après la présentation des participants et le recueil de leurs attentes, l'atelier s'est déroulé avec la présentation de plusieurs cas cliniques difficiles en allergie alimentaire. Les réponses collectives aux questions se faisaient par des cartons de couleur pour chaque type de réponse (oui/non/ne sait pas). Ces cas étaient suivis d'échanges très interactifs sur les différents sujets abordés et d'un exposé des experts sur l'état actuel des connaissances.

OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer au moins 3 pièges possibles lors de la démarche diagnostique en allergie alimentaire.
- Citer au moins 2 tableaux cliniques non immédiats, potentiellement sévères, évocateurs d'allergie alimentaire.
- Lister les conseils à donner au patient en cas d'allergie aux LTP et/ou aux PR10.

II. CAS CLINIQUES

II.1. Premier cas clinique : Un homme de 56 ans, traité par lévothyrox, consulte pour une réaction de grade 2 survenue à 17 h après consommation de chocolat à la pistache et de thé vert, ainsi que pour des épisodes urticariens nocturnes de durée courte, parfois associés à la prise de paracétamol, d'AINS et pour un choc anaphylactique nocturne. Le bilan allergologique revient négatif pour les anacardiées, les fruits à coque, le thé consommé, mais également pour le paracétamol et les AINS (TPO paracétamol et ibuprofène négatifs). Seuls le prick test pour le chat est positif. L'hypothèse d'une urticaire récidivante dans le cadre d'une dysfonction thyroïdienne est rapidement écartée devant la gravité des manifesta-

tions. La reprise de l'interrogatoire (en présence de l'épouse) révéla la consommation de rognon de porc avant le choc anaphylactique et la consommation de viande rouge, associée à des co-facteurs (médicaments ou alcool) lors des autres accidents. L'hypothèse d'une allergie à l'alpha GAL est confirmée par la positivité des prick tests aux rognons de porc et la recherche d'IgE anti alpha GAL.



Discussion :

Plusieurs recommandations pour la résolution des cas cliniques difficiles émergent :

Faire facilement appel à l'entourage des patients pour obtenir plus de renseignements.

La durée des manifestations oriente vers l'origine allergique ou non des symptômes. Une urticaire durant plusieurs jours ne nécessitera pas de bilan particulier.

L'importance de la recherche de facteurs potentialisant les réactions. Certaines allergies alimentaires ne s'expriment qu'en présence de ces co-facteurs



(il s'agit dans ce cas d'aliments « du quotidien » type viandes, blé...).
Devant des anaphylaxies nocturnes, le bilan doit rechercher systématiquement : une allergie à *Argas Reflexus* (tique du pigeon, présente sur les balcons ou dans les appartements sous combles, pouvant vivre 15-16 ans), allergie à l'alpha GAL, allergies au liquide séminal, allergies véhiculées lors d'un rapport sexuel (ex : amoxicilline chez le partenaire), piqûres d'insectes.

L'alpha GAL doit être évoquée comme étiologie d'anaphylaxie à distance des repas (délai entre 4 et 9h). L'urticaire et les douleurs abdominales semblent être les plus constamment présentes. Les facteurs potentialisant sont très importants à rechercher. Les seuils de réactivité sont variables et



RÉSOLUTION DE CAS CLINIQUES DIFFICILES EN ALLERGIE ALIMENTAIRE

Animateur organisateur : Lucie Courvoisier (Oullins)
Expert ANAFORCAL : Dominique Sabouraud (Reims)

dépendent du délai par rapport à la piqûre de tique. L'éviction alimentaire doit donc être adaptée. Les abats sont toujours contre indiqués car ils contiennent beaucoup d'alpha GAL. L'éviction concernera ensuite les viandes rouges. Pour les cas les plus sévères, elle peut être étendue aux gélatines alimentaires et aux médicaments en contenant (cetuximab et gélufusine). La réintroduction de la viande rouge pourra être tentée après 2 ans sans piqûre de tique, en l'absence de cofacteur, avec présence d'une trousse d'urgence et après avoir vérifié la diminution de la sensibilisation sur les IgE spécifiques.

II.2. Deuxième cas clinique :

Anthime 9 ans, déjà suivi pour allergie à l'arachide, pistache et noix de cajou, présente une réaction de grade 2 après consommation d'une pizza et d'un sirop de menthe lors d'un stage de foot. Le bilan allergologique revient négatif pour tous les aliments consommés (y compris blé et r tri a 19) ; des TPO aux fèves et au fénugrec réalisés dans l'hypothèse d'une contamination sont négatifs. Anthime refait une réaction de grade 2 nécessitant de l'adrénaline après un entraînement de foot par temps froid, suivi d'un repas (blé/poulet). Le bilan pour tous les aliments consommés ce jour (y compris le blé) et une puce ISAC reviennent négatifs en dehors de l'allergie connue

à l'arachide, la tryptasémie basale est négative. Les parents sont formels sur l'absence de prise d'arachide ou de fruits à coque ce jour-là. Un troisième accident est rapporté, s'avérant être un problème infectieux, avec une injection inappropriée d'adrénaline. Ce cas est ensuite comparé à celui d'un autre enfant, déclaré au RAV, ayant présenté plusieurs anaphylaxies en contexte de sport, avec un bilan allergologique négatif. Pour Anthime, le bilan allergologique étant négatif, a donc été finalement évoqué une anaphylaxie induite par l'effort physique (AIEP) avec lors du 2^{ème} épisode, le froid comme facteur favorisant .



Discussion :

Remarques générales : Dans les cas cliniques difficiles, des contaminations par la farine de fèves, de pois, ou le fénugrec doivent être recherchées. L'anxiété générée par l'anaphylaxie peut parfois conduire à une mauvaise reconnaissance des signes. Dans ce cas, il est important de rechercher une anaphylaxie alimentaire induite par l'effort, AAIEP (bilan blé indispensable).

Expert hospitalier : Carine Metz-Favre (Strasbourg)
Rapporteur : Carine Billard-Larue (Meaux)

Deux hypothèses diagnostiques peuvent être avancées : anaphylaxie idiopathique et anaphylaxie induite par l'effort physique (AIEP). L'AIEP doit être distinguée de l'anaphylaxie alimentaire induite par l'effort (AAIE). Une étude japonaise retrouve une incidence de 0,031% de l'AIEP, un sex ratio identique, et un âge moyen de 26 ans. L'AIEP est potentiellement fatale, non systématique à chaque effort. Elle survient pour des exercices physiques intenses et plus facilement chez des sujets atopiques. Elle semble décroître avec l'âge. La physiopathologie est mal connue : une dégranulation mastocytaire semble avérée, mais le facteur déclenchant n'est pas bien identifié. L'influence de la baisse du pH sanguin liée à l'exercice et un rôle des leucotriènes ont été évoqués. Les facteurs favorisant sont certains médicaments, le cycle menstruel, ainsi que les variations de température ambiante (temps humide et chaud, ou temps froid). Les diagnostics différentiels sont l'AAIE, l'asthme d'effort, l'urticaire cholinergique, la mastocytose. La prise en charge repose sur l'éviction des facteurs favorisant, la présence d'une trousse d'urgence avec adrénaline, avec une éducation thérapeutique à son utilisation. Les antihistaminiques et leucotriènes peuvent être essayés.

II.3. Troisième cas clinique : Asmaé 6 mois, (léger eczéma du nourrisson, mère asthmatique) présente des vomissements sous allaitement maternel, semble-t-il lorsque la mère consomme du lait, du soja, du bœuf, avec en conséquence la mise en place d'un régime d'éviction de ces aliments par la maman. À noter une croissance staturopondérale médiocre. À 5 mois, pour le sevrage par Peptijunior, mais de la diarrhée et des troubles du sommeil surviennent, conduisant à reprendre l'allaitement. Une semaine plus tard un nouvel essai de Peptijunior (110 ml) entraîne 2 heures après des vomissements répétitifs, incoercibles avec asthénie puis diarrhée. Le lendemain, nouvel essai de Peptijunior, avec une réaction identique mais plus intense, dans les mêmes délais, nécessitant une consultation aux urgences pour réhydratation au sérum physiologique. Le bilan retrouve une hyperleucocytose avec CRP négative. Le bilan allergologique fait à distance, (Pricks Tests et IgEs aux lait de vache et soja) est négatif.





RÉSOLUTION DE CAS CLINIQUES DIFFICILES EN ALLERGIE ALIMENTAIRE

Animateur organisateur : Lucie Courvoisier (Oullins)
Expert ANAFORCAL : Dominique Sabouraud (Reims)

Discussion sur les allergies non IgE médiées :

Ce cas est typique d'un SEIPA, Syndrome d'Entérolite Induit par les Protéines Alimentaires, en l'occurrence le lait de vache et les hydrolysats extensifs de lactosérum. Celui-ci se caractérise dans sa phase aiguë par des symptômes digestifs (vomissements) explosifs et retardés de quelques heures par rapport au contact avec l'allergène. Les autres urgences pédiatriques doivent être écartées (invagination intestinale, sténose du pylore, gastro-entérite aiguë, septicémie, maladie métabolique...). Cette phase aiguë a été précédée d'une phase chronique typique non spécifique et moins bruyante quand l'aliment était consommé tous les jours. Pour Asmaé, les hydrolysats (Peptijunior) ont été substitués par une formule à base d'acides aminés, avec une éviction de toutes les PLV. Un PAI est fait pour la crèche sans adrénaline, les corticoïdes sont discutés et un courrier explicatif des SEIPA est mis dans le carnet de santé, pour éviter les errances diagnostiques en cas d'accident aigu. La tolérance se fait vers 18-24 mois. La réintroduction doit se faire en milieu hospitalier du fait du risque de choc hypovolémique.

Le SEIPA ne doit pas être confondu avec les autres formes digestives non IgE médiées d'allergie au lait, se manifestant par des coliques et régur-

gitations quotidiennes avec croissance conservée et survenant aussi sur terrain atopique (eczéma), mais sans accident aigu spectaculaire. Dans ces formes, une épreuve d'éviction/réintroduction du lait peut être réalisée pour confirmer le diagnostic. Avant d'autoriser la réintroduction à domicile du lait, après 6 à 9 mois d'éviction, on s'assurera de la négativité du prick test au lait éliminant l'apparition d'une sensibilisation IgE dépendante.

Expert hospitalier : Carine Metz-Favre (Strasbourg)
Rapporteur : Carine Billard-Larue (Meaux)

II.4. Plusieurs petits cas cliniques sur les LTP et les PR10

M.B, né en 1961, a présenté une réaction anaphylactique après consommation de Beaujolais nouveau. La puce ISAC retrouve une sensibilisation LTP à différents fruits, à l'olivier et au platane. L'allergie aux LTP du raisin est retenue.

Benjamin, 8 ans habitant dans le nord-est de la France, allergique aux

protéines de stockage de l'arachide, est également en éviction des fruits à coque. La puce Isac retrouve une sensibilisation modérée aux LTP des fruits à coque, de l'armoise, du platane et de l'olivier. Tous les fruits à coque ont pu être réintroduits sans manifestation. Cette sensibilisation aux LTP dans le nord de la France n'avait pas de traduction clinique.



M. D, né en 1971 a présenté une réaction à type d'asthme et urticaire après consommation de raisin et après consommation d'un vin nouveau. M.D est Iranien, en Alsace depuis 3 ou 4 ans. La Puce Isac retrouve une co-sensibilisation aux LTP et aux PR10. Une allergie aux LTP du raisin est suspectée chez M. D (le vin ne contenant pas de PR10). L'éviction du raisin uniquement, et une trousse d'urgence avec de l'adrénaline lui ont été conseillés.

.../...

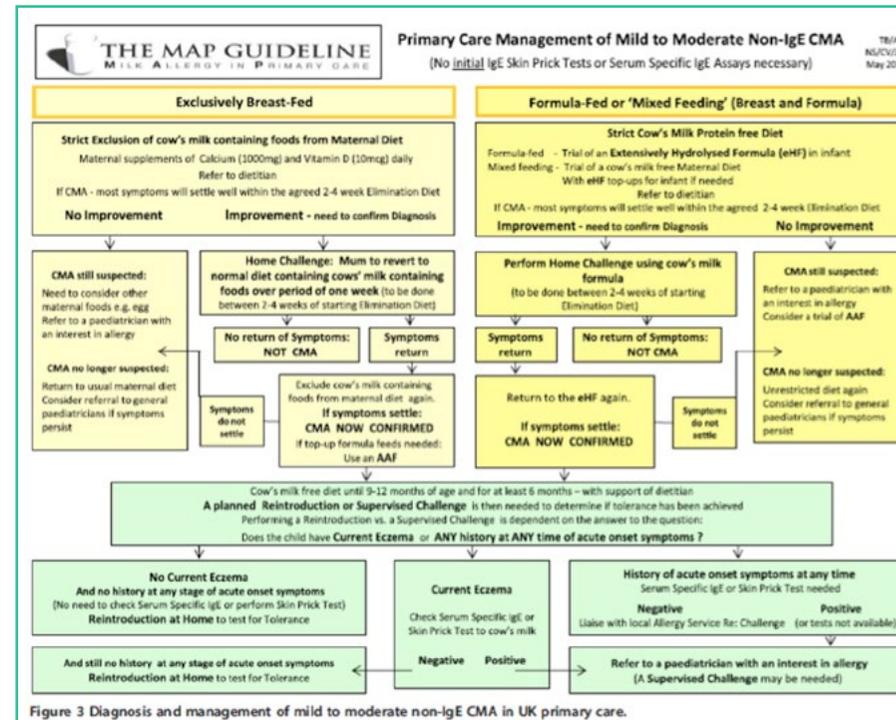


Figure 3 Diagnosis and management of mild to moderate non-IgE CMA in UK primary care.



RÉSOLUTION DE CAS CLINIQUES DIFFICILES EN ALLERGIE ALIMENTAIRE

Animateur organisateur : Lucie Courvoisier (Oullins)
Expert ANAFORCAL : Dominique Sabouraud (Reims)

III DISCUSSION GÉNÉRALE DES CAS CLINIQUES

Il n'existe pas de recommandations concernant les conseils d'éviction pour les allergies aux PR10 et LTP, ceux-ci sont déduits des données de la littérature et basés sur l'expérience. Certains conseils à donner aux patients sont retenus :

Allergie aux PR10

Pas d'éviction systématique de toutes les PR10 en cas d'allergie à un fruit via les PR10. L'homologie de structure étant très élevée entre toutes les protéines bet v 1 like, les sensibilisations sont fréquentes sans traduire forcément une réelle allergie. L'éviction doit être faite en fonction de la gravité du syndrome oral, avec en cas de doute une dose test buccale.

Possibilité de réactions sévères nécessitant parfois une trousse d'urgence avec adrénaline, notamment en cas d'allergie au soja ou au céleri.

Sensibiliser le patient sur le risque de consommation de quantités plus importantes de PR10 et donc à risque de réaction plus sévère avec les jus de fruits frais et les smoothies

Grande quantité de PR10 contenues dans les poudres diététiques de soja, les boissons au soja, les crèmes au soja.

Possibilité de consommer les fruits en salade si marinées dans le jus de citron

ou d'orange pendant 24 h.

Se méfier des cerises et des dragées aux amandes.

Se méfier de la période pollinique qui peut majorer les symptômes.

Allergie aux LTP

Les LTP sont des pan allergènes entraînant de fréquentes sensibilisations sans qu'il n'y ait forcément d'allergie. Pas d'éviction systématique mais une éviction ciblée sur les manifestations, en faisant attention à la peau et à la graine des fruits qui semblent contenir plus de LTP.

Si les symptômes révélateurs sont sévères la prescription d'une trousse d'urgence avec de l'adrénaline se justifie.

Les anaphylaxies surviennent surtout en présence de co-facteurs ou de consommation de grandes quantités

Les LTP peuvent être présentes dans les vins nouveaux (type beaujolais) où les protéines sont en suspension, contrairement aux vins de garde.

Expert hospitalier : Carine Metz-Favre (Strasbourg)
Rapporteur : Carine Billard-Larue (Meaux)

CONCLUSION

Dans les cas d'allergie alimentaire difficile, certains pièges doivent être déjoués :

- ◆ le délai peut être différé en cas notamment d'allergie à la viande via l'alpha GAL ou de SEIPA.

- ◆ le bilan allergologique par pricks peut être négatif malgré un tableau bruyant comme dans le SEIPA, ou dans l'anaphylaxie induite par l'exercice physique.

- ◆ l'allergène peut n'entraîner de manifestations qu'en présence de co-facteurs tels que le sport

- ◆ les médicaments ou l'alcool qui doivent être systématiquement recherchés.

L'interrogatoire policier doit être répété si besoin avec l'aide de l'entourage, et les aliments cachés doivent être traqués.

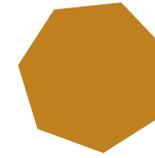
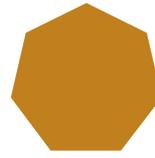
Références bibliographiques :

1. The red Meat allergy syndrome in Sweden. Apostolovic and al. Allergo J Int. 2016 ; 25 (2):49-54.



CAS CLINIQUE AINS

Docteur Marguerite Thetis (Pneumologue à Paris)

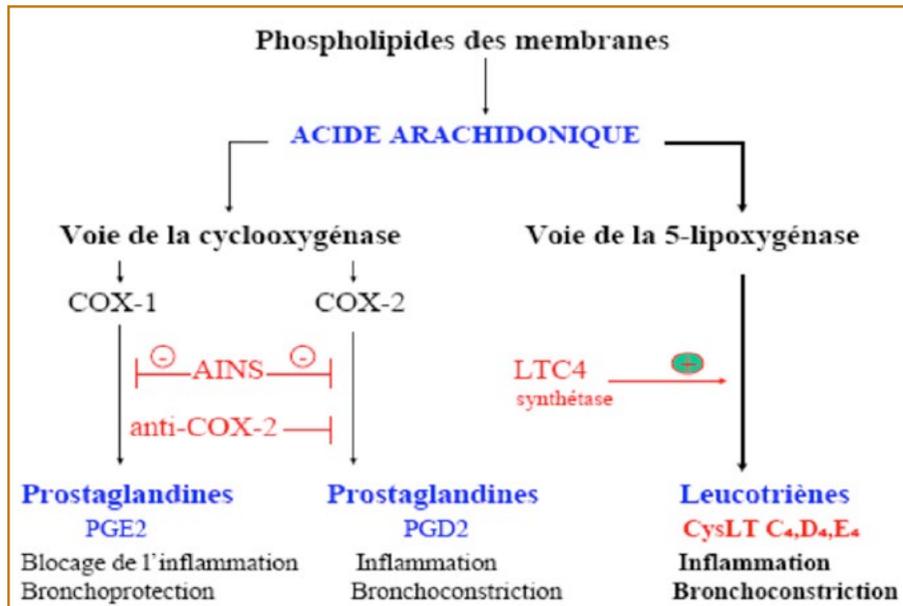


Mme C, âgée de 35 ans hospitalisée en Gynéco-obstétrique pour :

3 Fausses Couches dans le cadre d'un syndrome des Antiphospholipides associées à 5 épisodes d'épigastralgie avec gêne respiratoire sans sibilant ni urticaire dans les 2 heures qui suivent la prise d'Aspégic.

Elle est adressée en consultation d'allergologie pour une suspicion d'hypersensibilité à l'Aspirine. On retrouve comme antécédents généraux à l'interrogatoire: 3 FC avec un HELLP Syndrom (hémolyse, cytolyse hépatique, thrombopénie), une obésité, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

Dans ses ATCD Allergologique : un asthme léger, une rhinite avec une polypose nasale, une intolérance à l'aspirine Maladie de Widal ou de Samter.



Voici, dans le tableau suivant, la Liste des molécules concernées

Lee Allergy Asthm Immunol Resp 2011 :

1. Strong inhibitors of COX-1. Universal cross-reactions between these non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) occur. At high concentration, inhibit COX-2.

| Generic | Generic |
|-----------------|----------------------|
| Piroxicam | Mefenamic acid |
| Indomethacin | Flurbiprofen |
| Sulindac | Diflunisal |
| Tolmetin | Ketoprofen |
| Ibuprofen | Diclofenac |
| Naproxen | Ketorolac |
| Naproxen sodium | Etodolac |
| Fenoprofen | Nabumetone |
| Oxaprozin | Acetylsalicylic acid |

2. NSAIDs that are poor inhibitors of COX-1. At high concentrations minimal inhibition of COX-1, without inhibition of COX-2.

| |
|-----------------------------|
| Acetaminophen (paracetamol) |
| Salsalate |

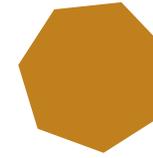
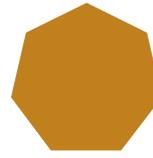
3. NSAIDs that preferentially inhibit COX-2 at lower doses but partially inhibit COX-1 when higher doses are given.

| |
|------------|
| Nimesulide |
| Meloxicam |

4. Selective COX-2 inhibitors preferentially inhibit COX-2. At prescribed doses, no inhibition of COX-1 occurs.

| |
|--------------------------|
| Celecoxib [†] |
| Rofecoxib [†] |
| Valdecoxib [†] |
| Etoricoxib [†] |
| Parecoxib [†] |
| Lumiracoxib [†] |





Voici maintenant la liste des Manifestations cliniques résumée en 2011 par Kowalski

Kowalski.EAACI 2011

Table 1. Classification of hypersensitivity reactions to NSAIDs

| Hypersensitivity reactions | Time of reaction | Clinical manifestation | Type of reaction | Underlying disease | Putative mechanism |
|--|---------------------------------|--|----------------------------------|--|---|
| Aspirin-exacerbated respiratory disease (AERD) | Immediate* | Rhinitis/asthma | Multiple NSAIDs hypersensitivity | Asthma/ rhinosinusitis/ nasal polyps | COX-1 inhibition |
| Urticaria exacerbated cutaneous disease (AECD) | Immediate* | Urticaria/angioedema | Multiple NSAIDs hypersensitivity | Chronic urticaria | COX-1 inhibition |
| Multiple NSAIDs-induced urticaria/angioedema (MNSAID-UA) | Immediate* | Urticaria/angioedema/anaphylaxis | Multiple NSAIDs hypersensitivity | None | Unknown, presumably related to COX-1 inhibition |
| Single NSAIDs-IgE allergy | Immediate* (usually within 1 h) | Urticaria/angioedema/anaphylaxis | Single drug induced | Atopy Food allergy Drug allergy | IgE mediated |
| Single NSAIDs-T cell reaction | Non-Immediate† | Fixed drug eruptions Severe bullous skin reactions Maculopapular drug eruptions Pneumonitis Aseptic meningitis Nephritis Contact and photocontact dermatitis | Single drug induced | Usually none | T cell-mediated (Type IV) Cytotoxic T cells NK cells Other |

*Reaction occurs from minutes to hours after exposure. In the case of multiple hypersensitivity reactions the intervals between drug intake and reaction can take even longer.
†Reaction occurs from hours to more than 24 h after exposure.

© 2013 John Wiley & Sons Ltd, *Clinical & Experimental Allergy*, 43 : 1097-1109

Quelle conduite à tenir proposeriez-vous dans le cas de cette patiente ?
 Tests cutanés ? Non car il s'agit d'un mécanisme pharmacologique non IgE médiée par inhibition de la cycloxygénase.
 Avant tout le diagnostic est clinique (Interrogatoire) Bogas Gador 2017 JACI.139
 Les tests cutanés à lecture immédiate manquent de sensibilité et ne sont pas standardisés, ils ne sont pas effectués en pratique courante.
 Le mécanisme étant pharmacologique et non immunologique.
 Les AINS pyrazolés auraient une hypersensibilité IgE médiée probable : des tests cutanés positifs à lecture immédiate sont retrouvés dans l'étude référencée ci-dessous chez 83% des 53 patients présentant une réaction anaphylactique dans le 30 minutes après la prise d'AINS pyrazolés) Himly J Allergy Clin Immunol 2003.
 Nimuseline : prick-tests+ case report : Asarita JACI 2012 ; 21:415-6

La nouvelle Classification Pédiatrique est la suivante :

Cousin Pediatric Allergy Immuno 2016, Blanca Lopez JACI 2017

Table 4 New possible classification for NSAID hypersensitivity in the pediatric population, adapted from the current ENDA classification

| Group number | Type of reaction | A Clinical manifestation | B Delay of reaction | C Impact of risk factors | D Cross-reactivity | Putative mechanism |
|--------------|---|--|---|-----------------------------|-----------------------|--------------------|
| I | Non-allergic NSAID hypersensitivity (ENDA 1,2,3) | Urticaria, angioedema, dyspnea, rhinitis, conjunctivitis, anaphylaxis | Acute (usually immediate to several hours after exposure) | Strong | Yes | COX-1 inhibition |
| II | Single NSAID-induced urticaria/angioedema or anaphylaxis (ENDA 4) | Urticaria, angioedema, anaphylaxis | Immediate (<1 h) | Unknown | No | IgE-mediated |
| III | Single NSAID-induced delayed reactions (ENDA 5) | Various symptoms and organs involved (e.g., fixed drug eruption, SJS/TEN, nephritis) | Delayed onset (usually more than 24 h after exposure) | Unknown | No | T-cell-mediated |

NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; COX-1, cyclooxygenase 1; SJS, Stevens-Johnson Syndrome; TEN, toxic epidermal necrolysis.

746 *Pediatric Allergy and Immunology* 27 (2016) 743-748 © 2016 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd

Quels tests biologiques proposeriez-vous ?
 IgE spécifiques ? Test d'activation des Basophiles ?
 Les IgE spécifiques : ne font pas partie du bilan diagnostic Blanca. Ann Allergy 1989 ; 62:295-8 Le Test d'Activation des Basophiles ou TAB est peu probant car manque d'étude.
 Les Marqueurs Biologiques: Taux d'éosinophiles et dosage urinaire de LET4: phénotype dans la maladie de Widal H Park 2017 Hindawi:1-8

Quelles sont les solutions envisagées ?

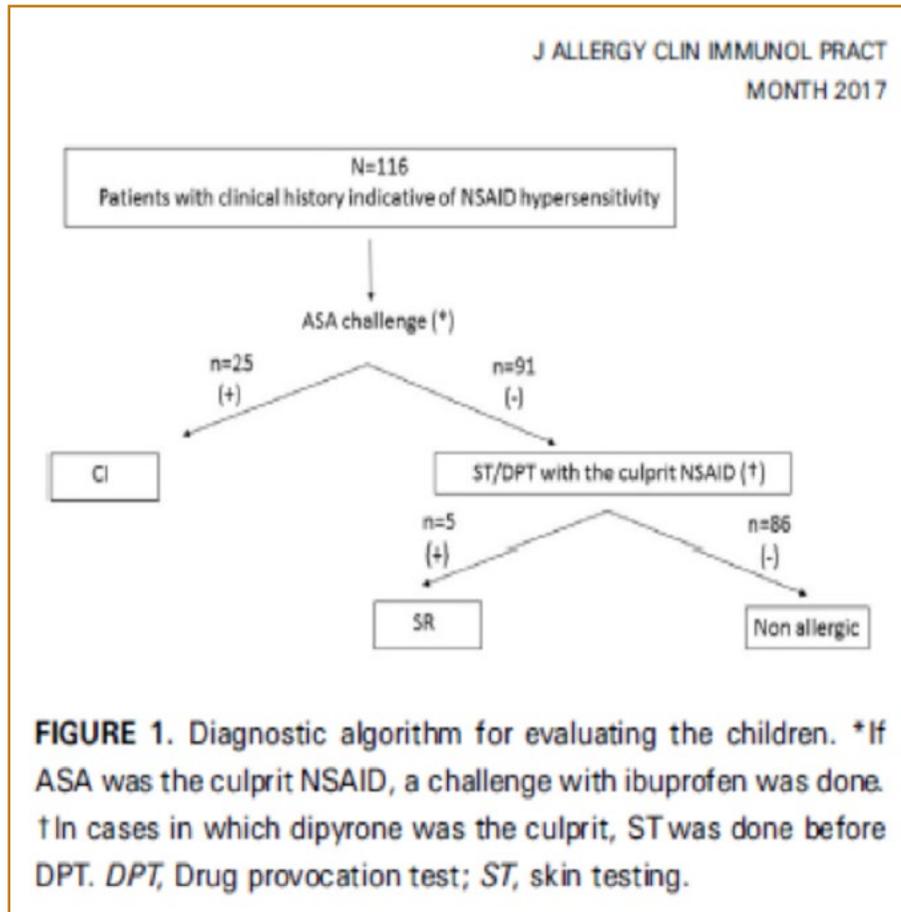
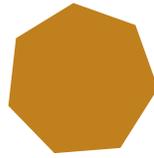
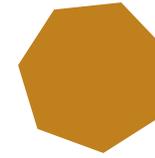
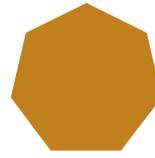
TPO ?
 Accoutumance ?
 Pas de TPO car faisceau d'argument clinique.
 Accoutumance nécessaire car désir de grossesse chez une patiente ayant un SAPL.





CAS CLINIQUE AINS

Docteur Marguerite Thetis (Pneumologue à Paris)



Pour l'induction de tolérance : EAACI/ Guideline

J1: 4 cp placebo

J2: 4 doses aspirine: max

La dose maximale sera de 500 mg si asthme et de 1000 mg si AO

Pour : Induction de tolérance

| Etudes | Nombre de patients | Doses | Réaction | Résultat |
|-------------------------|--------------------|--|----------------------------|---|
| Berges Gimeno Jaci 2003 | 172 TPO | 30-325 mg | 24 tb digestifs | 115 :+ Nasal Baisse des Corticoïdes |
| Rozsasi Allergy 2008 | 14 TPO | 100 mg 300 mg | 4 tb digestifs à 300 mg | Pas de réurrence de la PNS 300mg 1an |
| Lee Allergy Asthma 2010 | 100 | 6 spray ketoralac J1 120 mg J2 475 mg | 0 | Efficace et sûr |
| Fruth Allergy 2013 | 31 Pas de TPO | J1:180 mg J2:300 mg J3: 100 mg | 0 | Baisse du nb de poussée de PNS Amélioration qualité de vie Double aveugle |

La conduite à tenir générale est la suivante :

Mesures d'évictions de l'aspirine et autres AINS (arrêt des AINS sous toutes ses formes : collyres et ou pommades y compris).

Accoutumance plus facilement réalisable en cas d'urticaire aiguë et ou angio-œdème que dans le cas d'urticaire chronique (échec plus important) Wong J allergy Clin Immunolog 2000.

Autres possibilités thérapeutiques :

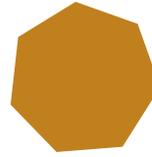
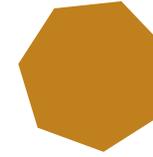
Le paracétamol à petites doses (mais il a été décrit des réactions hypersensibilité croisée à forte dose (1 g - 1,5 g) Szczeklik J Allergy Clin Immunol 1999 , Botting CID 2000 Tramadol.





CAS CLINIQUE AINS

Docteur Marguerite Thetis (Pneumologue à Paris)



Contre : Induction de tolérance

| Etude | Nombre de patients | Doses | Réaction | Résultat |
|-----------------------------|-----------------------|-----------|---------------------------------|--|
| Gosepath Arch Oto Neck 2001 | 30 | 50-500 mg | 1 Chute du VEMS | 14 sans PNS Résultat bio : normalisation significative eicosanoides |
| Forer Rhinology 2011 | 27 | 625 mg.2 | 10 arrêts dus aux complications | Effet subjectif Pas d'effet sur les polypes |
| Havel Eur Arch Oto 2013 | 65 Groupe contrôle 81 | 500 mg | | Effet sur la récurrence de la PNS Aucun effet sur l'asthme |

Autres possibilités thérapeutiques :

Il est remarqué une meilleure tolérance du Nimésuline (Nexen) et le Méloxicam (Mobic) car ils ont une activité antiCOX2 préférentiels Bavbek J Asthma 1999.
 Les inhibiteurs COX2 sélectifs (célecoxib : celebrex) sont bien tolérés chez le sujet asthmatique présentant une HSA Gyllfors J Allergy Clin Immunol 2003.
 Asero Eur Ann Allergy Clin Immunol 2013.
 Les inhibiteurs Cox 2 seront introduits en hdj surtout chez les patients ayant une HAS et une intolérance au paracétamol Doña I. Allergy 2011; Koscher Jaci 2014.

Concernant notre patiente :

Nous constatons la survenue 2H 30 après le début de l'accoutumance de l'association de Dyspnée, Bronchospasme, et Urticaire.

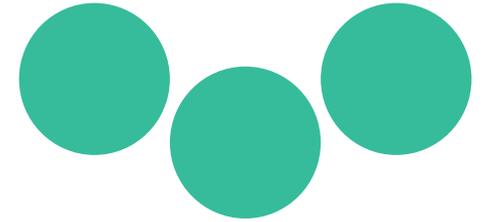
Que faites-vous ?

Traitement symptomatique. Reprise de l'interrogatoire.
 La patiente avait depuis le matin des douleurs prémenstruelles avec une automédication 2 Cp d'Antadys
 La reprise de l'accoutumance a alors été réalisée de façon bien tolérée.



CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal

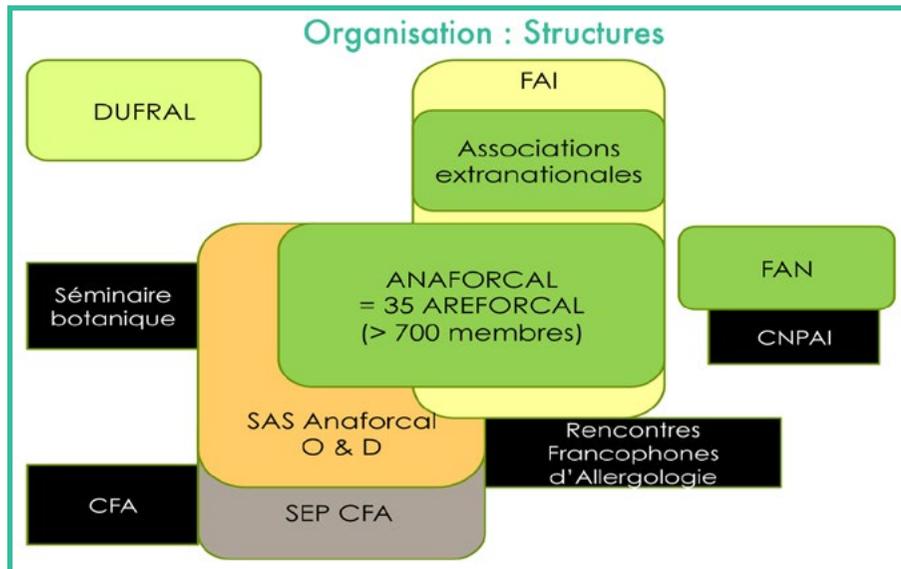
Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le jeudi 19 avril 2018, de 17h30 à 18h30, au Palais des Congrès de Paris à l'occasion du treizième Congrès Francophone d'Allergologie.



Jean François FONTAINE a débuté la réunion par un exposé du bilan d'activité et des perspectives de l'ANAFORCAL. Agnès Cheynel, trésorière, a ensuite présenté le bilan financier.

BILAN D'ACTIVITÉ présenté par Jean-François Fontaine

1. Organisation : Structures :



L'organisation est composée de différentes structures.

↳ ANAFORCAL :

Les associations régionales francophones au nombre de 35 dont 30 cotisantes représentent 647 membres. Son président est Jean François Fontaine. Elle mène des actions de FMC et de DPC : création de programmes de DPC et de celui du SBA, elle élabore et coorganise le programme du CFA avec la SFA (SEP).

↳ Fédération ANAFORCAL Internationale : FAI

Elle regroupe des associations francophones extranationales. Son président est Jean Pol Dumur.

Ses actions concernent l'organisation et le programme des Rencontres Francophones.

↳ La SAS : ANAFORCAL Organisation et développement :

C'est une société anonyme simplifiée au capital de 50 000 euros. Ses actionnaires sont l'ANAFORCAL et la FAI. Son président est celui de l'ANAFORCAL : Jean François Fontaine. Son comité de direction est composé de Jean François Fontaine, Agnès Cheynel, Jean Pol Dumur, Bruno Girodet. Son rôle est de gérer toutes les activités d'organisation de congrès : CFA, Rencontres Francophones et Séminaire Botanique. La constitution de la SAS limite la responsabilité financière des dirigeants de l'association au capital social de la société, alors que si les activités étaient gérées directement par l'association ils en seraient directement responsables sur leurs biens propres.

↳ La FAN : Fédération ANAFORCAL Nationale :

C'est une fédération qui a été créée pour représenter les associations régionales (AREFORCALS) au CNPAI (écriture des recommandations) et dont le président est Jean Charles Bonneau. Le CNPAI représente les allergologues (16 représentants) et les immunologistes (12 représentants) auprès de l'HAS. En 2018, il est prévu que l'AG de la FAN et le CA de l'ANAFORCAL soient associés.

↳ Le DUFRAL :

C'est une association de loi 1901 indépendante. Elle est soutenue par la FAI, l'ANAFORCAL et les autres associations francophones.

2. Organisation : Bureau :

- J-F. Fontaine : président (direction, organisation, représentation)
- A. Cheynel : trésorière (comptabilité, représentation, relations laboratoires)
- C. Pasquet : trésorière adjointe (facturation DPC)
- F. Louis-Donguy : secrétaire générale (CR CA et AG, gestion des membres et associations)
- V. Liabeuf : secrétaire adjointe (aide à la gestion des membres et des inscriptions au DPC)
- P. Grave : responsable pédagogique (ateliers, réunion cadres, méthodologie DPC)
- J. Lévy et F. Wessel : resp. pédago.s cooptés (ateliers, réunion cadres, méthodologie DPC)
- I. Sullerot : responsable DPC (ANDPC : veille et échanges, dossier ODPC, programme)
- C. Pasquet et V. Liabeuf : adjoints DPC (programmes, gestion des sessions, Elsevier)
- C. Delebarre-Sauvage : revue Allergologie Pratique (contenu, pub., édition numérique)
- E. Citadelle et R. Gaussorgues : communication (AnaforNews, contenu site web et webmaster)
- C. Mailhol : site web (mise en ligne du contenu, technique, liens Elsevier)

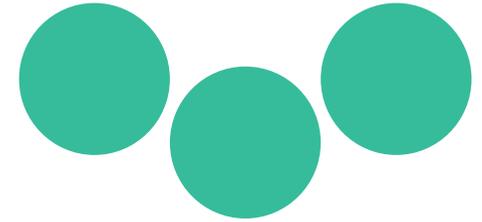
➤ La secrétaire administrative est Marie Ernst Bastian : secretaire.anaforcal@yahoo.fr



CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL

CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal

Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le jeudi 19 avril 2018, de 17h30 à 18h30, au Palais des Congrès de Paris à l'occasion du treizième Congrès Francophone d'Allergologie.



3. Organisation : Conseil Scientifique :

Il est responsable des programmes scientifiques de DPC et de l'attribution de bourses de formation et/ou recherche clinique en mobilité à l'intention d'internes, de jeunes allergologues ou PH.

Sa composition est la suivante :

- Joëlle Birnbaum
- Christine Delebarre-Sauvage
- Claire Mailhol
- Michel Migueres (qui sera remplacé par Claire Mailhol)
- Etienne Beaudouin
- Dominique Sabouraud
- Joana Vitte



4. Bilan 2017/2018 :

↳ DPC :

- Agrément (ODPC 2928)
 - ✓ Suite au remplacement de l'OGDPC par l'ANDPC, nécessité de dépôt d'un nouveau dossier en décembre 2016 !!
 - ✓ Demande de précisions le 14 avril 2017 : DLI ++
 - ✓ Confirmation d'agrément au mois de juin 2017
- Programmes 2017 :
 - ✓ Diagnostic d'une hypersensibilité aux bêta-lactamines
 - ✓ Diagnostic moléculaire d'une hypersensibilité aux légumineuses et/ou aux fruits à coque
 - ✓ Urgences au cabinet de l'allergologue
- Ateliers DPC au CFA 2017
 - ✓ Inscriptions : 10 associations et 107 médecins + 19 aux ateliers CFA
- Remarque : réflexion sur la mise en place d'un DPC sur les bonnes pratiques de l'ITA ce qui permettrait de publier des données de nos études sur l'ITA et ainsi de la soutenir.

↳ Dossiers suivis par la FFAL :

- ✓ Création du DES d'Allergologie dans le cadre d'un CO-DES avec la médecine interne : 27 internes
- ✓ Projet de l'HAS de déremboursement des APSI (en cours d'avancée depuis le 26 avril 2018)
 - 13 décembre 2017 : projet de recommandation du collège de la HAS
 - Consultation publique pendant 1 mois : réponse de chaque structure dont Jean François Fontaine qui a fait un dossier argumenté au nom de l'ANAFORCAL. La méthodologie de l'HAS n'est pas adaptée à l'ITA car elle ne tient pas compte d'études en vraie vie.
 - Courrier MSS et contacts avec des élus, campagne médiatique cofinancée avec la SFA qui a été mise en place pour 3 mois
 - Rencontre avec le conseiller de la MSS le 7 février 2018 : P. Demoly, C. Rolland et JF Fontaine
 - 27 mars 2018 : publication des recommandations définitives du collège de la HAS
 - 30 mars 2018 : nouveau courrier MSS
 - La décision du Ministère de la Santé devrait être connue dans les semaines à venir



↳ Douzième CFA avril 2017 :

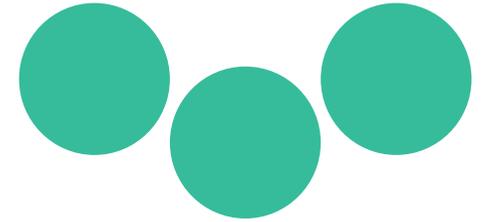
- 2755 participants dont 2217 médecins et plus de 30 % d'Européens, Maghrébins et Africains. (JF Fontaine demande au CA du CFA l'intégration d'un représentant Francophone au sein du CS du CFA)
 - Fil rouge : Allergie et Alimentation
 - Journée de recherche en immunologie et cas cliniques du JEAMA le mardi
 - Session Soins Primaires en Allergologie le mardi, pour la première année, destinés aux médecins généralistes et aux pédiatres non allergologues (réflexion sur une participation possible des allergologues dans les congrès de médecine générale)
 - Session consacrée aux inf. et ass. en allergologie (CARPA), séminaire des CMEI



CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL

CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal

Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le jeudi 19 avril 2018, de 17h30 à 18h30, au Palais des Congrès de Paris à l'occasion du treizième Congrès Francophone d'Allergologie.



- 24 ateliers ANAFORCAL avec fort taux de remplissage et de satisfaction
- 2 ateliers consacrés à la formation des cadres de l'ANAFORCAL
- Et treizième CFA avril 2018...

- ➔ *16^{ème} Séminaire Botanique et Allergies :*
 - il a eu lieu à Villars-de-Lans en mai 2017
 - le thème était : De la plante au médicament
 - en partenariat avec ALK-ABELLO
 - 50 participants étaient présents encadrés par 3 botanistes
 - c'est un lieu d'échanges privilégié et de convivialité auquel participe l'AJAF, l'indice de satisfaction est toujours très haut
 - son originalité et son intérêt scientifique ne sont plus à démontrer (une session plénière et 2 parcours botaniques)

- ➔ *Séminaire des cadres ANAFORCAL :*
 - Il a eu lieu à Paris à l'hôtel Mercure Porte d'Orléans en janvier 2018
 - 75 participants
 - Partenariat avec Pierre FABRE médicament
 - 5 ateliers de formation pédagogique :
 - 2 ateliers pour francophones le vendredi matin : adapter les techniques pédagogiques aux objectifs d'un atelier et la gestion des groupes. De recueil des besoins
 - 3 ateliers le vendredi après-midi : l'observance et les clés pour l'améliorer, l'animation d'un PowerPoint : niveau 2, ateliers du CFA : retour d'expériences
 - Préparation des ateliers du CFA 2018

- ➔ *Réunion annuelle du bureau :*
 - Elle a eu lieu à Lille du 8 au 11 mars 2018
 - Bilan et évaluation des actions passées
 - Elaboration du programme d'ateliers du CFA 2019
 - Bilan financier et arbitrages
 - Organisation du DPC et accompagnement de la spécialité, APSI
 - Point sur la revue, le site internet ...
 - Réunion commune avec les représentants de la FAN au CNP d'Allergologie et Immunologie
 - Réunion parallèle du bureau de la FAI et réunion commune des deux bureaux

- ➔ *Implications multiples :*
 - Activités de la FAI :
 - 5 représentants titulaires : JF Fontaine, A Cheynel, E Citadelle, JP Dumur, B Girodet (qui va être remplacé par D.Sabouraud)
 - 16^{èmes} Rencontres Francophones d'Allergologie : 4 au 7/10/2017 à Hammamet
 - CO du CFA : JF Fontaine, A Cheynel, P Grave, B Girodet, JP Dumur
 - CA de la SFA : JF Fontaine et C Delebarre (élue)
 - CS de la SFA et du CFA : J Birnbaum, M Miguères (JF a demandé 1 à 2 représentants en plus : il y en aura finalement 3)
 - CA de la FFAL : JF Fontaine, JM Devoisins (qui sera remplacé par F Louis-Donguy)
 - Groupe insectes : J Birnbaum, B Girodet
 - Groupe APSI : E Bloch-Morot
 - Journée Française de l'allergie : R Gaussorgues
 - RNSA : R Navarro et A Cheynel
 - CNPAI (FAN) : JC Bonneau, M Castelain, E Bloch Morot, F Payot

- ➔ *Adhésion à l'EAACI :*
 - Dépôt de dossier en mai 2017
 - Fin juin 2017 : adhésion comme Société Nationale
 - Objectifs :
 - Reconnaissance de l'activité de FMC française et francophone
 - Participation aux activités de l'EAACI et groupes de travail
 - Promotion de l'EAACI auprès des membres (possibilités d'implication de jeunes de l'ANAFORCAL dans des travaux au sein de l'EAACI)
 - Avantages tarifaires pour les adhérents ? (30 euros avec accès aux revues en ligne)

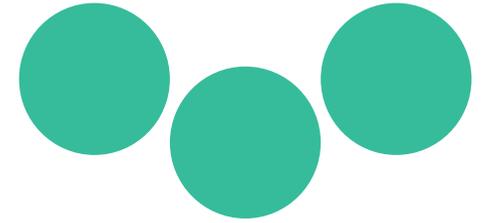


- ➔ *Bourse ANAFORCAL de formation et/ou recherche clinique en mobilité :*
 - En raison de difficultés de financement pour les internes, jeunes aller-



CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal

Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le jeudi 19 avril 2018, de 17h30 à 18h30, au Palais des Congrès de Paris à l'occasion du treizième Congrès Francophone d'Allergologie.



gologues ou PH et pour les aider dans le financement d'un parcours de formation, l'ANAFORCAL a décidé de créer 2 bourses de 5000 euros

- Ceci permet un lien précoce avec les futurs MCU ou PU-PH professeurs d'allergologie
- Dossier de candidature : être membre de l'ANAFORCAL ou soutenu par une AREFORCAL
- Le jury de bourse est représenté par le Conseil Scientifique de l'ANAFORCAL
- Pour 2018, 1 bourse de 5000 euros a été attribuée

Soumis au vote de l'Assemblée Générale, le bilan présenté par Jean François Fontaine est approuvé à l'unanimité et quitus lui est donné.



PERSPECTIVES

1. Le CFA 2019 :

Il se tiendra à Paris, au Palais des Congrès, du 17 au 19 avril 2019. Son fil rouge sera « Allergie et microbes ». 2800 participants sont attendus, avec 24 ateliers thématiques et 2 ateliers cadres ? L'intégration de programmes de DPC sera effective par l'intermédiaire de 6 ateliers.

2. 17^{ème} Séminaire Botanique et Allergies :

Il se déroulera à Pornichet du 26 au 28 mai 2018. Le thème est : « Flore des Marais ». 70 inscrits sont attendus dont 10 membres de l'AJAF (association des jeunes allergologues). Cette manifestation est soutenue grâce au partenariat avec ALK ABELLO. Il est néanmoins demandé une participation financière aux inscrits. Cet événement fait l'objet d'une déclaration au CNOM. Sa pérennité est à discuter en fonction des partenariats et de l'intérêt pour les allergologues.

3. Le DPC :

L'équipe dédiée est représentée: par I Sullerot, C Pasquet V Liabeuf, P Grave, J Levy, (JF Fontaine). Il est indispensable que sa promotion soit faite au sein des AREFORCALs. De nouveaux programmes vont être mis en ligne sur le mode actuel (audit en ligne, étape cognitive, réunion en région), et avec de nouveaux formats : ateliers, réunions.

4. Séminaire des cadres ANAFORCAL :

Il est prévu à Paris en janvier 2019 à l'hôtel MERCURE Porte d'Orléans. 80 à 85 participants seront présents. Notre partenaire reste le laboratoire Pierre Fabre médicamenteux. Son déroulement se fera sous forme d'une plénière et de 5 ateliers de formation pédagogique avec une matinée consacrée à la préparation des ateliers du CFA 2019.

5. Le CNPAI :

Il s'agit du Conseil National Professionnel d'Allergologie et Immunologie. Il a été créé en 2013. Son rôle est de représenter la discipline auprès des structures étatiques et sociales, d'établir les règles de bonne pratique et des recommandations, d'émettre des réflexions sur la spécialité (DES, FST), de proposer le choix des thèmes prioritaires de DPC, d'engager un débat sur la nomenclature ... Son CA est composé de 28 membres : 16 allergologues et 12 immunologistes. Pour les allergologues, il y a 4 membres par structure : SFA, CFA, SYFAL, FAN en remplacement de l'ANAFORCAL car un ODPC ne peut pas en faire partie ! Un projet de scission et de remplacement par un CNP d'Allergologie à la demande des autorités de tutelle et de la FSM est en cours.

6. Fédération ANAFORCAL Internationale :

L'ANAFORCAL est fortement impliquée dans certaines activités de la FAI. Elle participe à l'organisation des 17^{èmes} Rencontres Francophones à Nouméa du 8 au 11 octobre 2018. Le thème sera « Allergologie générale et spécialisée ». Le site d'information de l'événement est : <http://allergopneumonc.com/rfa-2018.html> Par ailleurs elle apporte son soutien au DUFRAL.

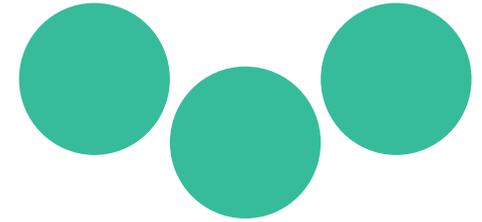




CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL

CFA 2018 / Jeudi 19 avril 2018, Procès verbal

Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le jeudi 19 avril 2018, de 17h30 à 18h30, au Palais des Congrès de Paris à l'occasion du treizième Congrès Francophone d'Allergologie.



7. Remarques :

➤ L'ANAFORCAL souhaite mettre en place un module de formation à la maîtrise de stage à l'intention de ses adhérents avec l'aide de Yves Swartebroecx afin de proposer 6 mois de stage en libéral pour les internes en 4^{ème} année de DES en Allergologie dans chaque région.

➤ Il a été proposé de déplacer le CA de l'ANAFORCAL le mardi soir, veille du CFA (2 voix contre, 2 abstentions et 16 pour), en association avec la présentation de l'activité annuelle de chaque AREFORCAL par son représentant à l'aide de 3 diapositives en 3 minutes. La durée de la réunion sera de 2h30 (de 18H à 20h30) et elle sera suivie d'un dîner convivial.

➤ Le professeur Jean Bousquet propose à l'ANAFORCAL l'installation d'une application téléchargeable gratuitement sur le téléphone portable de nos patients afin de recueillir des données sur la rhinite allergique en coopération avec l'OMS. Il faudra mobiliser les allergologues de nos régions pour solliciter leurs patients. De cette façon, l'ANAFORCAL pourrait ainsi recueillir et exploiter ces données et en faire des publications appuyant l'utilité des APSI (études en vraie vie), au même titre que les études établies par les laboratoires.

Soumis au vote de l'Assemblée Générale, les perspectives présentées par Jean François Fontaine sont approuvées à l'unanimité et quitus lui est donné.

ELECTIONS DU BUREAU 2018 : 22 bulletins totalisant 127 voix dont 3 bulletins et 16 voix non exploitables soit un total de 111 voix :

| | | |
|---------------------------------|----------|------|
| • Agnès CHEYNEL | 106 voix | élue |
| • Eddy CITADELLE | 106 voix | élu |
| • Christine DELEBARRE-SAUVAGE | 111 voix | élue |
| • Jean-François FONTAINE | 111 voix | élu |
| • Robert GAUSSORGUES | 106 voix | élu |
| • Pierre GRAVE | 111 voix | élu |
| • Valérie LIABEUF | 111 voix | élue |
| • Frédérique LOUIS-DONGUY | 111 voix | élue |
| • Claire MAILHOL | 105 voix | élue |
| • Christine PASQUET-NOUALHAGUET | 111 voix | élue |
| • Yves SWARTEBROECKX | 100 voix | élu |
| • Isabelle SULLEROT | 111 voix | élue |



BILAN FINANCIER 2017 présenté par Agnès Cheynel

Le bilan financier de l'activité 2017 de l'ANAFORCAL est présenté par Agnès Cheynel, trésorière, qui souligne qu'il a été établi par le cabinet d'expertise comptable et soumis à un commissaire aux comptes.

1. Synthèse de l'activité 2017 :

Les revenus sont composés exclusivement des revenus du DPC et du montant des cotisations des adhérents.

Les recettes ont diminué car le forfait DPC est moins important qu'en 2016.

Les dépenses sont inférieures à l'année n-1.

Cette année le bilan est stable et équilibré : les recettes et les dépenses ayant diminué de façon harmonieuse.

Un bilan virtuel a été établi entre le Passif et l'Actif.

L'association ANAFORCAL a une comptabilité saine car l'Actif est égal au Passif.

2. Du résultat à la trésorerie :

Le résultat d'exploitation est en baisse de 32,88% par rapport à 2016 mais cette baisse est proportionnelle à celle des recettes.

Le résultat net est aussi en baisse de 25,12%

3. Les charges d'exploitation :

Elles ont diminué par rapport à 2016 (évolution de - 28,79 %)

On reste à 93 % du chiffre d'affaire.

4. Les services extérieurs :

Les achats et charges externes ont diminué car les versements de l'ANAFORCAL aux associations pour la rémunération des DPC ont baissé (moins de participation des associations au DPC en 2017 et le forfait DPC est moins important).



CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'ANAFORCAL Procès verbal

5. Impôts et Taxes :

Ils ont augmenté en 2017 de 240,91 % : nous sommes passés de 44 euros en 2016 à 150 euros en 2017.

6. Les frais de personnel et honoraires :

Les frais de personnel représentent le salaire de Marie Bastian la secrétaire de l'ANAFORCAL et les chèques association versés à ceux qui sont à la retraite et qui travaillent pour l'association. Ces chèques ont augmenté par rapport à 2016. Ces frais se montent à +246, 35%. Les charges sociales ont donc également augmenté de + 242,73 %. Les honoraires versés aux médecins ,au comptable et au commissaire au compte, et les missions du bureau ont diminué de 26,52 %

7. La publicité :

Elle est représentée par les bourses allouées par l'ANAFORCAL aux jeunes étudiants et médecins, au petit livret du congrès et au reversement à ELSEVIER.

8. Autres services extérieurs :

Ils correspondent à la cotisation au CNPAI pour cette année 2017.

En conclusion, le bilan de l'association retrouve une situation saine.

Les fonds associatifs qui représentent le cumul des résultats antérieurs s'élèvent à soit 97 % du bilan passif.

À l'actif, nous avons trois postes principaux : la trésorerie, les avances faites à la SAS (cumulé depuis la création de la SAS), les immobilisations.

En l'absence de questions supplémentaires, et après soumission du bilan 2017 au vote de l'Assemblée Générale, le quitus est donné à la trésorière à l'unanimité.

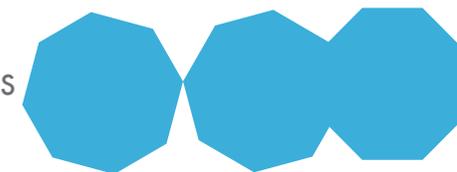
En l'absence de questions ou remarques supplémentaires, le président Jean François Fontaine clôture la réunion de l'Assemblée Générale.

Docteur Jean François Fontaine
Président

Docteur Frédérique Louis-Donguy
Secrétaire Générale



INFOS
CONGRÈS / STAGES



CONGRÈS FRANCOPHONES

15-19 Septembre 2018 : ERSociety, Paris

03-05 Octobre 2018 : GERDA, Dijon



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

16-17 novembre 2018 : Congrès Francophone Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie.

17-19 Avril 2019 : CFA (Paris)

12-14 décembre 2019 : WAC (Lyon)

CONGRÈS INTERNATIONAUX



2 liens vers les congrès spécifiquement internationaux :

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

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