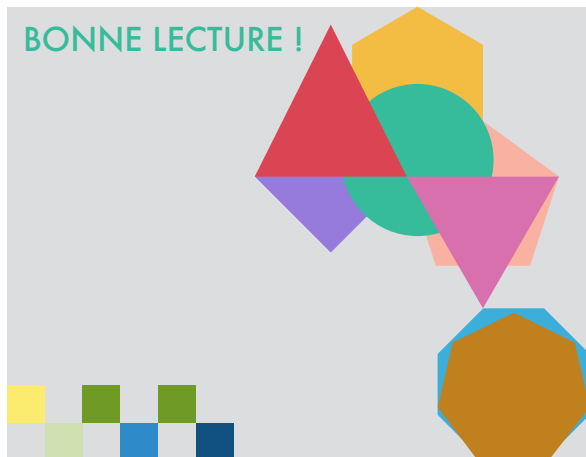


## BIENVENUE DANS LA NOUVELLE REVUE D'ALLERGOLOGIE PRATIQUE

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 136 / Allergologie Pratique / Mars 2021  
Revue de l'Association Nationale de FORMation Continue en Allergologie  
et de la FÉDÉRATION ANAFORCAL INTERNATIONALE



## ÉDITORIAL | P. 3

### ESPOIR PRINTANIER...

Docteur Christine DELEBARRE-SAUVAGE

## DOSSIER | P. 4 > 9

### PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE

#### AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron

## CAS CLINIQUE | P. 23 > 24

### UN CAS CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

#### Suspicion de toxidermie après un bloc opératoire

Dr Juliette CARON (Médecin Allergologue CCA Hôpital St Vincent de Paul Lille)

## COMPTES RENDUS | P. 10 > 23

### • ALLERGIE AU VENIN D'HYMÉNOPTÈRES : PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE.

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroekx

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum

Rapporteur : Marzia Ibrahim

### • L'ANGIO CÈDÈME : POURQUOI ? QUE FAIRE ?

Animateur-Organisateur : Kampadilemba OUOBA

Expert Anaforcal : Jean-Luc BOURRAIN

Rapporteur : Sylvie NZENZE MANLI

Expert Hospitalier : Catherine MANSARD

### • L'INTOLÉRANCE AUX FOODMAPs

Animateur-Organisateur : Nacéra Benammar-Bouayed (Tlemcen)

Expert Anaforcal : Elena Bradatan (Namur)

Rapporteur : Abdoulaye Barry (Bamako)

Expert Hospitalier : Raffaella Dainese-Pichon (Antibes)

Diététicienne: Evelyne Eyraud (Nice)

## TEXTE | P. 25 > 27

### LE MYTHE DE PROMÉTHÉE

Jean-Pol DUMUR

## INFOS | P. 28

### CONGRÈS / STAGES

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](mailto: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](http://www.toinov.net) / Iconographie : diverses sources dont images libres de droits tirées de Freepik

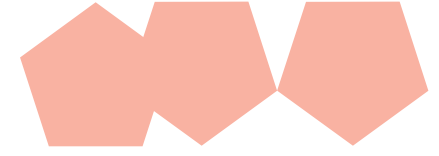
La rédaction d'Allergologie Pratique laisse aux auteurs l'entière responsabilité de leurs opinions.  
La reproduction et la traduction partielle ou intégrale des textes ou illustrations sont soumises à un accord préalable.





# ESPOIR PRINTANIER...

Christine DELEBARRE-SAUVAGE



Très chers lecteurs et amis,

Voici qu'arrive le printemps 2021 !  
Un printemps particulier à nouveau, oscillant entre l'espoir de la vaccination et l'ombre croissante des variants viraux.

Pour nous distraire un peu, notre revue se compose des éléments suivants :

- ♦ Un dossier sur la prévention de l'allergie aux Protéines du lait de vache rédigé avec beaucoup de clarté par le Dr Francois Lavaux Hôpital Femme mère enfant à Bron (près de Lyon).
  - Allergie au venin d'hyménoptères : prise en charge en pratique de ville,
  - L'Angio œdème : Pourquoi ? Que faire ?
  - L'intolérance aux Foodmaps.
- ♦ Un cas clinique dermatologique rédigé par le Dr Caron Juliette chef de clinique à l'hôpital St Vincent de Paul de Lille
- ♦ Un texte confié par le Dr Jean Pol Dumur :  
Réflexion sur le mythe de Prométhée.
- ♦ Les congrès 2021 présentiels ou congrès attendus.

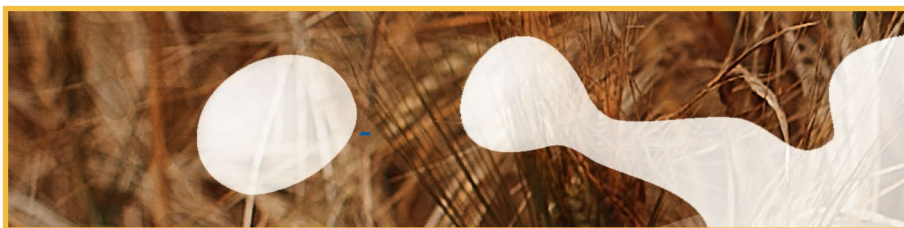
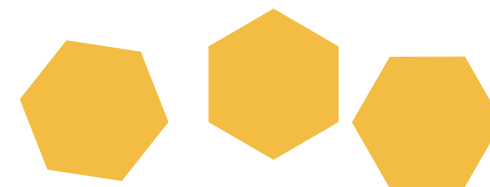
## \* Spring in Brittany (MET Collections)

Artiste : Paul Sébillot (1843-1918) / Medium : Peinture à l'huile sur panneau de bois /  
Dim. : 35.6 x 27.3 cm / Date : 1874



# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



## 1. INTRODUCTION

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est fréquente chez l'enfant. Sa prévalence varie entre 0,5 et 5% selon les critères diagnostiques utilisés, les populations étudiées, les formes cliniques IgE ou non-IgE-médiées. La prévalence de l'APLV IgE-médiée peut raisonnablement aujourd'hui être estimée chez l'enfant entre 0,5 et 2% selon les pays (1).

L'évolution de l'APLV est réputée favorable dans la majorité des cas, mais avec de grandes variations selon les études : 57% d'acquisition de tolérance 1 an après le diagnostic dans l'étude Europrevall de 2015(2), 42% à 8 ans pour d'autres (3). Dans une étude prospective finlandaise (4), les APLV de nature IgE-médiées persistent dans 15% des cas à l'âge de 8 ans.

Globalement dans les formes IgE-médiées, la tolérance est acquise dans 50% avant l'âge de 5 ans, et dans 80% à l'adolescence (1, 2, 5, 6).

Chez l'adulte, la prévalence de l'APLV est loin d'être faible : 1,9% chez 40443 adultes nord-américains, avec un pic à 2,4% entre 18 et 24 ans, dont 39% de formes sévères (anaphylaxies) (in 1).

L'APLV IgE-médiée est donc une préoccupation majeure des pédiatres allergologues, car si son évolution est le plus souvent spontanément favorable, les formes d'emblées ou secondairement sévères à type d'anaphylaxie, mettent en jeu le pronostic vital de l'enfant et sont la source de « traumatismes » durables pour les familles.

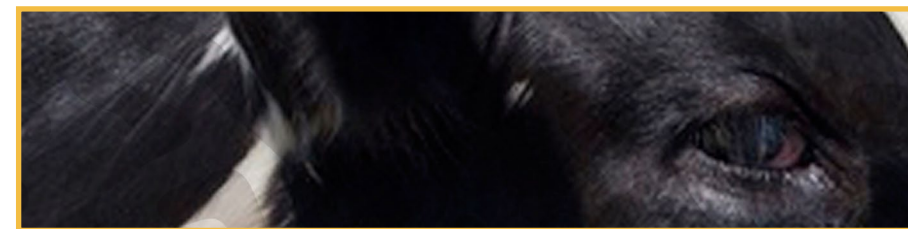
Ces formes sévères sont souvent persistantes, nécessitant une grande vigilance, compliquant fortement la diversification alimentaire. En tant qu'allergène masqué, le lait de vache oblige à utiliser des paniers-repas dans les structures de garde et dans les cantines scolaires. Les accidents anaphylactiques ne sont pas rares chez le grand enfant, et les deux décès survenus en région lyonnaise (enfant de 9 ans en 2014, 6 ans en 2018) (7, 8), ont bouleversé la communauté pédiatrique et les structures éducatives.

La guérison spontanée de la plupart des allergies alimentaires sévères de l'enfant est rare et les protocoles d'induction de tolérance orale (ITO) sont encore complexes, dangereux, et doivent être pratiqués par des équipes entraînées, le plus souvent dans des unités spécialisées dédiées aux allergies alimentaires dans les CHU, ce qui limite leur utilisation. L'adjonction de biothérapies (anti-IgE) dans ces protocoles semble être un progrès, mais est encore loin d'être une pratique courante.

À notre avis, ces arguments associés aux résultats des études publiées montrent qu'une **prévention primaire** de l'APLV, surtout dans sa forme IgE-médiée, est souhaitable et possible, et sa mise en place se justifie sans attendre, même en l'absence de recommandations publiées (9).

La **prévention secondaire** de l'APLV concerne des enfants sensibilisés sans signes cliniques évidents. Il s'agit le plus souvent d'une découverte fortuite, lors d'un bilan allergologique demandé sans orientation clinique bien précise.

Enfin une **prévention tertiaire** pourra se discuter, devant un enfant porteur de signes cliniques d'APLV IgE-médiée, afin d'éviter l'aggravation de celle-ci vers une forme sévère. Nous n'aborderons pas la prévention de l'APLV non IgE-médiée, car, bien qu'elle soit probablement aussi fréquente que l'APLV IgE-médiée, les outils permettant le diagnostic et le suivi nous manquent d'une part, et l'évolution de ces formes est le plus souvent favorable spontanément.



## 2. PRÉVENTION PRIMAIRE

### 2.1. Constatations

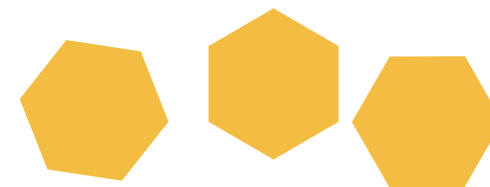
Les recommandations internationales sont actuellement claires pour la prévention de l'allergie à l'arachide et à l'œuf de poule, mais pour les autres aliments, dont le lait de vache, il n'y a pas d'autres recommandations que celles de les introduire entre 4 et 6 mois (9).

La situation du lait de vache est particulière car cet aliment peut être donné dès



# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



la naissance en l'absence ou en complément d'allaitement maternel, et est introduit dans tous les cas entre 4 et 6 mois en relais de l'allaitement ou sous forme de laitages. Les questions au sujet de la prévention primaire de l'APLV seront donc différentes de celles qui se posent pour les autres aliments les plus souvent associés à des allergies :

1/ Quel type de lait utiliser à la maternité en complément ou remplacement de l'allaitement maternel chez un enfant à risque d'allergie?

2/ Quand introduire le lait de vache chez ce même enfant allaité au sein strictement depuis la naissance ?

3/ Existe-t-il des mesures diététiques à prendre chez la femme enceinte ?

4/ Existe-t-il des compléments alimentaires susceptible de favoriser la tolérance du lait de vache ?



## 2.1.1. A la maternité : « the dangerous bottle »

Quel lait donner à la maternité dans les premiers jours de vie d'un nouveau-né à risque allergique, en complément de l'allaitement maternel, dans l'attente de « la montée de lait » ? :

- 1/ formule 1<sup>er</sup> âge classique ;
- 2/ lait à hydrolyse partielle (lait dit HA) ;
- 3/ lait à hydrolyse extensive ;
- 4/ formule d'acides aminés ?

Dès 1999, Saarinen (10, 11) a montré, dans une population de 6209 nouveau-nés tout venant, que la supplémentation de l'allaitement maternel par une formule de lait de vache pendant les 3 premiers jours de vie à la maternité favorisait l'apparition d'une APLV lors de la réexposition ultérieure au lait de vache, comparativement à une supplémentation par du lait féminin, ou un hydrolysate extensif de protéines de lait de vache (incidence de 2,4% vs 1,7% et 1,5%). Cette étude montrait également que l'allaitement maternel exclusif sans supplémentation n'éliminait pas non plus le risque d'APLV, avec

une incidence de 2,1%, (incidence cumulative globale d'APLV dans la cohorte = 1,9%), et que ce risque était augmenté en cas d'allaitement maternel prolongé, ou d'allaitement maternel irrégulièrement complété par de petites quantités de lait de vache.

Cette étude a été confirmée récemment par un travail prospectif mené chez 312 nouveau-nés japonais (12) à risque atopique et allaités au sein. La moitié fut complémentée au cours des 3 premiers jours de vie soit par une formule d'acides aminés ou non complémentés, et l'autre moitié par une formule à base de lait de vache classique. La sensibilisation au lait de vache fut plus faible dans le groupe « formule d'acides aminés » (18,6% vs 32,2%, RR: 0,52 95% CI 0,34-0,81), de même que la prévalence de l'APLV de type immédiate à 2 ans (2,6% vs 13,2% RR: 0,20 95 CI 0,07-0,57).

Enfin, l'utilisation de laits à hydrolyse partielle (dit laits HA), en complément de l'allaitement maternel n'a pas montré d'efficacité en terme de diminution du risque d'APLV dans plusieurs études et méta-analyses (13, 14, 15) et ne fait plus partie des recommandations internationales actuelles concernant la prévention des allergies, dont l'APLV.

La période néo-natale immédiate apparaît donc comme un moment particulièrement critique dans la mise en place des mécanismes pouvant favoriser l'APLV. Si le nouveau-né présente un haut risque allergique, il vaut donc mieux éviter les compléments à base de protéines de lait de vache entières, lors de l'attente de la « montée de lait » à la maternité, et préférer pendant quelques jours lui proposer un lait de vache à hydrolyse extensive, ou une formule d'acides aminés.



## 2.1.2. Allaitement maternel exclusif et risque d'APLV

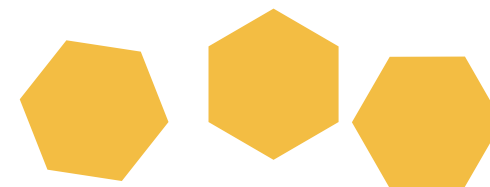
L'allaitement maternel doit être encouragé pour de nombreuses raisons auxquelles les pédiatres adhèrent pleinement. Le rôle de l'allaitement maternel et de sa durée dans la protection ou la favorisation des allergies est cependant débattu depuis longtemps.





# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



L'allaitement maternel exclusif, sans être un facteur favorisant, n'est pas un facteur de protection de l'APLV, comme le montrent le rapport du réseau d'allergovigilance sur les cas d'APLV de 2002 à 2012(16) ainsi que d'autres études (10).

Les protéines du lait de vache (beta-lactoglobuline bovine en particulier) sont en effet présentes dans le lait maternel (17). Le rôle protecteur ou sensibilisant de ces protéines présentes dans le lait maternel dépend sans doute de l'enfant et d'autres facteurs environnementaux, mais il n'y a pas aujourd'hui d'évidence quant au rôle de l'allaitement maternel dans la prévention des allergies alimentaires et de l'APLV (13, 18).



## 2.1.3. Rôle préventif de l'introduction précoce des protéines de lait de vache entières chez le nourrisson : études observationnelles

Déjà en 1979, Kjellmann (19) montrait que l'éviction des protéines de lait de vache dans le régime du nourrisson pendant les 9 premiers mois de vie ne réduisait pas l'incidence de l'APLV jusqu'à l'âge de 4 ans. Depuis, plusieurs études observationnelles nous ont apporté un faisceau d'arguments en faveur d'une introduction précoce et régulière du lait de vache chez le nouveau-né à risque d'APLV.

♦ **Katz**, en 2010 (20), dans une cohorte de 13019 nouveau-nés allaités, suivis 2 ans, note que la prévalence de l'APLV IgE-médiée est de 0,5%. Cette prévalence est de 1,75% chez les nourrissons exclusivement allaités au sein pendant au moins 3 mois, contre 0,05% chez ceux précocement exposés au lait de vache dès les 15 premiers jours de vie (quel que soit le mode d'accouchement et l'alimentation maternelle pendant l'allaitement). Le risque de développer une APLV chez les enfants exclusivement allaités dans les 3 à 4 premiers mois de vie est ainsi multiplié par 19,3 (95% CI 6, 0-61, 2).

♦ **Onizawa**, en 2016 (21) dans une étude cas-témoins comparant 51 enfants porteurs d'APLV IgE-médiée à 102 témoins montre que si l'introduction du lait de vache est débutée plus d'un mois après la naissance, ou s'il est donné de manière irrégulière, le risque de développer une APLV est 24 fois plus important

que dans le groupe contrôle (95% CI 5, 39-104, 52), et reste 10 fois plus important en comparaison d'une population hautement atopique allergique à l'œuf.

♦ **Sahikara**, en 2016 (22), dans une population de 374 enfants de moins de 6 ans allergiques à l'œuf, note que 171 d'entre eux (46%) ont présenté une APLV IgE-médiée entre 3 mois et 2 ans. Les 374 enfants sont classés en 4 groupes selon leur mode d'allaitement :

- Groupe 1 : Enfants allaités au sein exclusivement sans complément de lait de vache (n=75).
- Groupe 2 : Allaitement au sein et compléments rares et irréguliers de lait de vache (n=177).
- Groupe 3 : Allaitement au sein et complément réguliers mais non quotidiens de lait de vache (n=47).
- Groupe 4 : Allaitement au sein et compléments quotidiens de lait de vache (n=75).

L'incidence de l'APLV dans les groupes 1 et 2 n'est pas différente (61,3% et 53,6% respectivement), alors qu'elle est plus faible dans le groupe 3 (40,4% OR = 0,43 p = 0,002) et surtout dans le groupe 4 (14,7% OR = 0,11 p < 0.001).

Cette étude démontre donc que les compléments quotidiens de LV dès la naissance diminuent nettement le risque d'APLV dans une population à très haut risque atopique.

♦ **Tran**, en 2017 (23), dans une cohorte de 2124 enfants suivis jusqu'à l'âge de 2 ans, note que l'introduction du LV et des produits laitiers avant 6 mois plutôt qu'entre 7 et 12 mois diminue significativement le risque de sensibilisation au LV (OR : 0,29 95% CI : 0,10-0,70), et qu'au contraire l'éviction du LV jusqu'à 12 mois augmente nettement ce risque de sensibilisation (OR : 3,69 95% CI : 1,37-9,08).

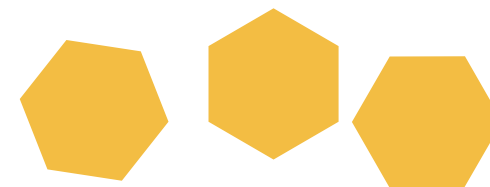
♦ **Peters** en 2019 (24), dans le cadre de la cohorte HealthNuts (5276 enfants âgés de 12 mois), étudie les facteurs protecteurs ou favorisant de la sensibilisation et de l'allergie IgE-médiée aux protéines du lait de vache à cet âge (prévalence globale de 3% dans la population). 58,8% des enfants étaient exclusivement allaités jusqu'à 3 mois, 35,8% recevaient un allaitement mixte (allaitement maternel plus formule à base de lait de vache), 5,4% recevaient uniquement un allaitement artificiel.

Dans cette population, l'introduction du lait de vache avant l'âge de 3 mois diminue nettement le risque de sensibilisation au lait de vache (OR 0,44 95% CI 0,23-0,83), de réactions allergiques au lait de vache rapportées par les parents (OR 0,44 95% CI 0,29-0,67) et d'APLV constatées par un Médecin (OR 0,31 95 CI 0,10-0,91).



# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



Il est important de noter par ailleurs que ni la durée de l'allaitement maternel, ni l'utilisation de lait à hydrolyse partielle (laits HA) non d'effets protecteurs sur l'apparition d'une APLV

*Ces différentes études renforcent notre conviction que l'introduction précoce et quotidienne de protéines de LV entières, depuis les premiers jours de vie, diminue le risque de survenue d'une APLV.*

*Malheureusement ces études sont observationnelles, et il manque à ce jour des études interventionnelles solides, dont la réalisation s'avère difficile, en particulier sur le plan éthique, mais néanmoins souhaitable afin de pouvoir progresser sur ce sujet de la prévention primaire de l'APLV.*



*2.1.4. Rôle préventif de l'introduction précoce des protéines de lait de vache entières chez le nourrisson : études interventionnelles*

♦ *L'étude EAT, publiée par Perkin en 2016* (25), étude interventionnelle randomisée, étudie l'effet préventif de l'introduction précoce entre 3 et 6 mois, de 6 aliments dont le lait de vache, chez 1303 nourrissons allaités.

Cette intervention n'a pas montré d'efficacité préventive sur l'apparition d'allergies alimentaires, dont l'APLV, mais la réalisation de l'étude fut complexe, avec une compliance faible, de moins de 43%, ce qui ôte sa significativité dans l'analyse en intention de traiter. A noter également que le lait de vache était introduit après l'âge de 3 mois, ce semble trop tardif au regard des observations précédentes (20, 22, 24).

♦ *Shakihara* (26), a publié en 2020 une étude interventionnelle réalisée sur 491 nouveau-nés (en population générale) allaités. A 1 mois, après un TPO de 20ml de lait de vache afin de ne garder que les non allergiques, les enfants sont randomisés en 2 groupes : un groupe poursuivant l'allaitement maternel seul, un autre groupe allaité avec un complément d'au moins 10ml/j de formule à base de lait de vache,

jusqu'à l'âge de 2 mois. 6 mois, un TPO LV est effectué dans les 2 groupes. Il existe une différence très significative de prévalence d'APLV entre le groupe éviction (6.8%) versus le groupe complété (0.8%) ( $p < 0.001$ )

*Cette étude va donc dans le sens des constatations des études interventionnelles, mais devra être encore confirmé par d'autres études.*



## 2.1.5. Autres mesures de prévention primaire de l'APLV

Différentes mesures ont été étudiées : supplémentation de la mère en vitamine D pendant la grossesse, application quotidienne d'émollients depuis la naissance, compléments alimentaires à base de pré et de probiotiques, régime « méditerranéen » (pendant la grossesse et chez le nourrisson à risque), utilisation de laits HA (à hydrolyse partielle). Elles n'ont pas actuellement fait preuve de leur efficacité en terme de prévention primaire de l'APLV, et des allergies alimentaires en général (9, 27)

D'autres pistes sont à l'étude (28), de la plus simple : Immunisation passive du fœtus par consommation maternelle régulière de lait de vache pendant la grossesse (transfert transplacentaire d'IgG spécifiques), aux plus complexes : vaccination maternelle et/ou du nourrisson à risque par des dérivés hypoallergéniques de protéines de LV...

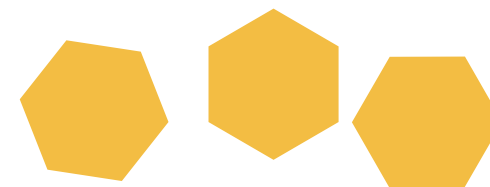
## 3. PRÉVENTION SECONDAIRE

La constatation d'une sensibilisation IgE au lait de vache, en l'absence de signes cliniques classiques de type réaginique doit nous inciter à être prudent. En effet certaines dermatites atopiques peuvent s'accompagner de diverses sensibilisations alimentaires sans pertinence clinique, surtout si les signes cutanés sont isolés. Il en va de même pour les troubles digestifs bénins du nourrisson ainsi que pour des pathologies respiratoires récidivantes, devant lesquelles un « bilan » a été demandé.



# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



C'est l'analyse fine des symptômes, ainsi que du niveau de sensibilisation, complété parfois par une épreuve courte d'éviction/réintroduction, qui permettra de progresser dans le diagnostic. Ceci permettra d'éviter une éviction abusive des PLV, qui outre les problèmes diététiques qu'elle pose, risque de favoriser une aggravation de la sensibilisation et l'apparition de réels signes cliniques d'allergie.

## IV. PRÉVENTION TERTIAIRE

Une fois le diagnostic d'APLV IgE-médiée établi, le traitement repose sur l'éviction des PLV et son remplacement par une formule hydrolysée ou à base d'acides aminés, avec réévaluation régulière du statut allergique (tous les 6 mois en général) de l'enfant. Pour des raisons inconnues, certains enfants n'évoluent pas vers la guérison spontanée, mais au contraire aggravent leur sensibilisation et leur allergie, vers une forme clinique plus dangereuse, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il nous semble donc important d'envisager une intervention précoce en cas d'APLV, qui va reposer sur l'introduction précoces de protéines de lait de vache, cuites ou crues, en petites quantités progressives, dans l'alimentation de l'enfant. Ces protocoles sont en cours d'évaluation.



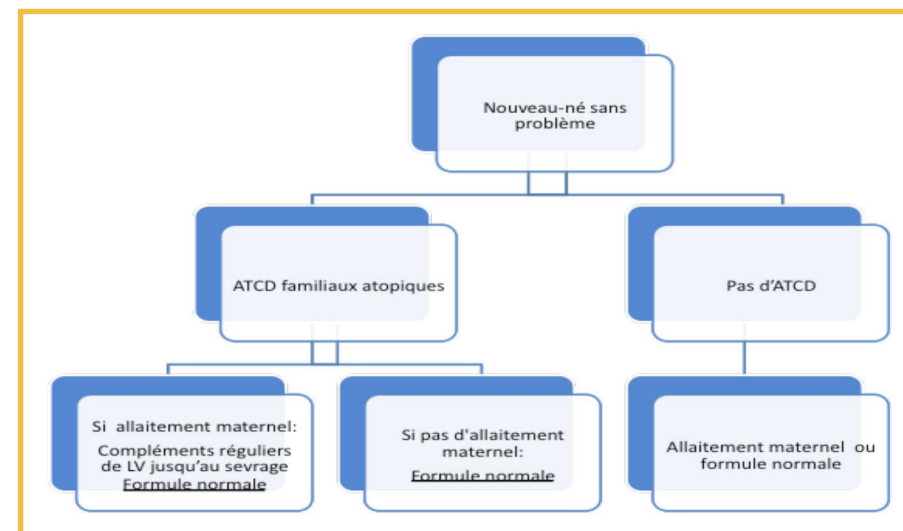
## V. CONCLUSIONS

L'allaitement maternel est irremplaçable, c'est le meilleur aliment du nourrisson. Cependant, notre expérience de Pédiatre allergologue, associée au risque d'anaphylaxie sévère voire mortel de l'APLV nous incite à protéger au mieux ces enfants par une prévention précoce et efficace. Afin d'éviter l'apparition d'une APLV, et dans l'attente d'études interventionnelles confirmant cette attitude, il nous semble exister suffisamment d'arguments observationnels

aujourd'hui pour proposer chez l'enfant à risque une introduction précoce du LV, dès les premiers jours de vie, particulièrement chez les enfants à risque allergique. En pratique, chez l'enfant à risque d'APLV :

- ♦ En l'absence d'allaitement maternel, nous proposons d'utiliser dès la naissance une préparation pour nourrissons « classique » premier âge.
- ♦ En cas d'allaitement maternel, nous proposons d'introduire un complément quotidien de cette même préparation pour nourrisson (protéines entières), dès les premiers jours de vie et jusqu'au sevrage.
- ♦ Dans le cas particulier où les parents ne souhaitent absolument pas introduire de compléments de lait de vache avant le sevrage, il sera plus prudent d'utiliser, si cela est indispensable à la maternité, une formule d'acides aminés ou un lait à hydrolyse extensive.

Cette proposition, qui n'engage que l'auteur, est résumée dans le tableau ci-dessous



L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt concernant la rédaction de cet article

**Auteur correspondant :** François Payot

E-mail : [francois.payot@chu-lyon.fr](mailto:francois.payot@chu-lyon.fr)





# PRÉVENTION DE L'ALLERGIE IGE-MÉDIÉE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE

Docteur François Payot, Hôpital Femme-Mère-Enfant | 59, Boulevard Pinel - 69500 Bron



## Références bibliographiques :

1. Flom JD, Sicherer SH. Epidemiology of Cow's Milk Allergy. *Nutrients*. 2019; 11, 1051
2. Schoemaker AA, Sprickelman AB, Grimshaw KE, Roberts G, Grabenhenrich L, Rosenfeld L, Siegart S, Dubakiene R, Rudzeviciene O, Reche M, Fiandor A, Papadopoulos NG, Malamitsi-Puchner A, Fiocchi A, Dahdah L, Sigurdardottir ST, Clausen M, Stańczyk-Przyłuska A, Zeman K, Mills EN, McBride D, Keil T, Beyer K. Incidence and natural history of challenge-proven cow's milk allergy in European children--EuroPrevall birth cohort. *Allergy*. 2015; 70(8) : 963-72.
3. Skripak JM, Matsui EC, Mudd K, Wood RA. The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2007; 120(5) : 1172-7.
4. Saarinen KM, Pelkonen AS, Mäkelä MJ, Savilahti E. Clinical course and prognosis of cow's milk allergy are dependent on milk-specific IgE status. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; 116(4) : 869-75.
5. Spergel JM. Natural history of cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2013; 131(3) : 813-4.
6. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, Bozzola M, Bradsher J, Compalati E, Ebisawa M, Guzmán MA, Li H, Heine RG, Keith P, Lack G, Landi M, Martelli A, Rancé F, Sampson H, Stein A, Terracciano L, Vieths S; World Allergy Organization (WAO) Special Committee on Food Allergy. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010; 21 Suppl 21 : 1-125.
7. <https://www.leprogres.fr/ain/2014/11/27/deces-d-un-enfant-dans-une-cantine-scolaire-suspicion-d-allergie>
8. <https://www.leprogres.fr/rhone-69-edition-villefranche-et-beaujolais/2018/04/06/deces-d-un-ecolier-a-limas-une-information-judiciaire-ouverte>
9. Abrams EM, Chan ES. Prevention of Non-peanut Food Allergies. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2019; 28; 19(12) : 60
10. Saarinen KM, Juntunen-Backman K, Järvenpää AL, Klemetti P, Kuitunen P, Lope L, Renlund M, Siivola M, Vaarala O, Savilahti E. Breast-feeding and the development of cows' milk protein allergy. *Adv Exp Med Biol*. 2000; 478 : 121-30.
11. Saarinen KM, Juntunen-Backman K, Järvenpää AL, Kuitunen P, Lope L, Renlund M, Siivola M, Savilahti E. Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy : A prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol*. 1999; 104(2 Pt 1) : 457-61.
12. Urashima M, Mezawa H, Okuyama M, Urashima T, Hirano D, Gocho N, Tachimoto H. Primary Prevention of Cow's Milk Sensitization and Food Allergy by Avoiding Supplementation With Cow's Milk Formula at Birth: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2019 Oct 21. doi : 10.1001/jamapediatrics.2019.3544.
13. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; Committee On Nutrition; Section On Allergy And Immunology. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*. 2019; 143(4). pii : e20190281. doi : 10.1542/peds.2019-0281.
14. Osborn DA, Sinn JK, Jones LJ. Infant formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergic disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 19; 10 : CD003664. doi : 10.1002/14651858.CD003664.pub6.
15. Goldsmith AJ, Koplin JJ, Lowe AJ, Tang ML, Matheson MC, Robinson M, Peters R, Dharmage SC, Allen KJ. Formula and breast feeding in infant food allergy : A population-based study. *J Paediatr Child Health*. 2016; 52(4) : 377-84.
16. Sabouraud-Leclerc D, Liabeuf V, Hoppé A, Guénard L, Chabbert-Broué A, Renaudin JM, Gayraud J, Moneret-Vautrin DA. Anaphylaxie sévère au lait de vache : à propos de 55 cas déclarés au Réseau d'Allergo-Vigilance entre 2002 et 2012 *Rev Fr Allergol* 54(2014) 423-427

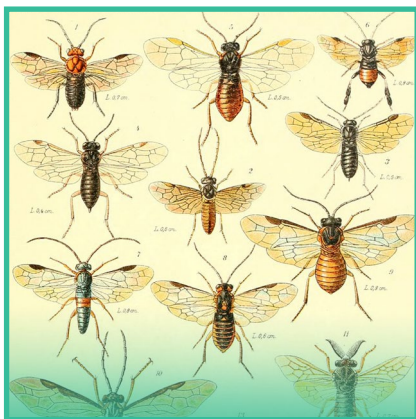
17. Axelsson I, Jakobsson I, Lindberg T, Benediktsson B. Bovine beta-lactoglobulin in the human milk. A longitudinal study during the whole lactation period. *Acta Paediatr Scand*. 1986; 75(5) : 702-7.
18. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Tham R, Lowe AJ, Bowatte G, Allen KJ, Dharmage SC. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; 104(467) : 38-53.
19. Kjellman NI, Johansson SG. Soy versus cow's milk in infants with a biparental history of atopic disease: development of atopic disease and immunoglobulins from birth to 4 years of age. *Clin Allergy*. 1979; 9(4) : 347-58.
20. Katz Y, Rajuan N, Goldberg MR, Eisenberg E, Heyman E, Cohen A, Leshno M. Early exposure to cow's milk protein is protective against IgE-mediated cow's milk protein allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2010; 126(1) : 77-82.
21. Onizawa Y, Noguchi E, Okada M, Sumazaki R, Hayashi D. The Association of the Delayed Introduction of Cow's Milk with IgE-Mediated Cow's Milk Allergies. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2016; 4(3) : 481-488.
22. Sakihara T, Sugiura S, Ito K. The ingestion of cow's milk formula in the first 3 months of life prevents the development of cow's milk allergy. *Asia Pac Allergy*. 2016; 6(4) : 207-212.
23. Tran MM, Lefebvre DL, Dai D, Dharmage SC, Subbarao P, Lou W, Azad MB, Becker AB, Mandhane PJ, Turvey SE, Sears MR; CHILD Study Investigators. Timing of food introduction and development of food sensitization in a prospective birth cohort. *Pediatr Allergy Immunol*. 2017; 28(5) : 471-477.
24. Peters RL, Koplin JJ, Dharmage SC, Tang MLK, McWilliam VL, Gurrin LC, Neeland MR, Lowe AJ, Ponsonby AL, Allen KJ. Early Exposure to Cow's Milk Protein Is Associated with a Reduced Risk of Cow's Milk Allergic Outcomes. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019; 7(2) : 462-470.
25. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, Brough H, Marrs T, Radulovic S, Craven J, Flohr C, Lack G; EAT Study Team. Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *N Engl J Med*. 2016; 374(18) : 1733-43.
26. Sakihara T, Otsuji K, Arakaki Y, Hamada K, Sugiura S, Ito K. Randomized trial of early infant formula introduction to prevent cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2021 Jan; 147(1) : 224-232
27. Grimshaw K, Logan K, O'Donovan S, Kiely M, Patient K, van Bilsen J, Beyer K, Campbell DE, Garcia-Larsen V, Grabenhenrich L, Lack G, Mills C, Wal JM, Roberts G. Modifying the infant's diet to prevent food allergy. *Arch Dis Child*. 2017; 102(2) : 179-186.
28. Linhart B, Freidl R, Elisyutina O, Khaitov M, Karaulov A, Valenta R. Molecular Approaches for Diagnosis, Therapy and Prevention of Cow's Milk Allergy. *Nutrients*. 2019 Jun 29; 11(7). pii : E1492. doi : 10.3390/n11071492.



# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroecx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



## LES OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer les points clés de l'interrogatoire ciblé en cas de suspicion d'allergie aux venins d'hyménoptères
- Utiliser les all. moléculaires pour le diagnostic
- Lister les éléments clés du bilan permettant l'orientation et l'indication d'une immunothérapie allergénique
- Lister les critères permettant de poser l'indication de la trousse d'urgence
- Gérer le suivi de l'immunothérapie allergénique aux venins d'hyménoptères

## INTRODUCTION

L'allergie aux venins d'hyménoptères concernerait 1 à 3% de la population générale. Les réactions loco-régionales ne relèvent pas d'une désensibilisation. Par contre, les réactions anaphylactiques, de part leur gravité, imposent un traitement spécifique, la désensibilisation.

Quels sont les indications de la désensibilisation ?

Quelles sont les modalités de prescription d'une trousse d'urgence ?



## MÉTHODES

L'atelier a débuté par un pré-test qui a servi d'évaluation formative en fin de séance avec le post-test. Cinq cas cliniques à tiroirs ont été traités.

## CAS CLINIQUES ET DISCUSSION

**Cas clinique 1 :** Théo, enfant de cinq ans, est adressé à la consultation pour mise en route d'une désensibilisation spécifique aux venins d'hyménoptères par son pédiatre.

Quand vous interrogez sa maman, elle rapporte qu'il y a deux mois, le 14 août 2017, Théo a été piqué par une guêpe, vers 13 heures lors d'un pique-nique, à la cheville droite, alors qu'il jouait dans l'herbe. Il a continué à jouer mais vers

15 heures, il a commencé à présenter un œdème de la cheville qui a été en augmentant, amenant les parents à 20 heures à une permanence médicale. Cliniquement, il présentait un œdème s'étendant du pied au milieu du mollet.

**Interrogatoire :** que demandez-vous à l'interrogatoire pour orienter votre démarche diagnostique et votre prise en charge ?

Identification du coupable : S'agit-il bien d'une guêpe ?

Théo a-t-il des antécédents ? A-t-il un traitement ? NON

Y a-t-il des signes d'extension, toux, malaise... AUCUN

Il s'agit d'une réaction loco-régionale sans signe d'extension.

Réaction locale : Taille < 10 cm

Réaction loco-régionale : Taille > 10 cm ;

Durée > 24 heures

**Examens complémentaires :** quelles investigations faites-vous ?

Il n'y a pas lieu de prescrire des examens complémentaires, ni IgE spécifiques, ni tests cutanés. L'indication de l'immunothérapie allergénique se fait sur la clinique.

Comment interpréter une biologie prescrite en amont par le médecin traitant ? Si les IgE spécifiques sont positifs (peu importe le taux), il faut rassurer le patient, il n'est pas plus à risque que la population générale. En effet, la sen-

sibilisation aux hyménoptères est de 20-25% de la population générale, sans histoire clinique.

Il n'y a donc pas d'indication à un bilan allergologique.

**Quelle prise en charge proposez-vous ?**

Il n'y a pas d'indication à une désensibilisation.

Nous prescrivons une trousse d'urgence avec antihistaminiques + /- corticoïdes +/- dermocorticoïdes. Nous ne prescrivons pas de stylo d'adrénaline dans la trousse d'urgence.

**Quel suivi proposez-vous ?**

Nous lui proposons de reconsulter en cas de nouvelle piqure.

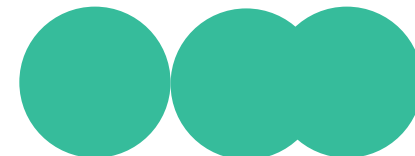
**Question 1 :** Quelle sera la prise en charge devant le même cas clinique, à savoir une réaction locorégionale, chez une patiente de 65 ans avec antécédents cardiovasculaires sous bêtabloquant ? C'est une réaction loco régionale, la prise en charge n'est pas modifiée. Nous lui remettons une trousse d'urgence, ne contenant pas d'adrénaline. Nous pouvons l'adresser au cardiologue par rapport aux bêtabloquants : Peut-on changer le traitement bêtabloquant sans que cela soit préjudiciable à sa fonction cardiovasculaire ? N'y a-t-il pas de contre-indication à la prescription d'adrénaline injectable chez elle (en particulier si elle a des troubles du rythme) ?



# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroecx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

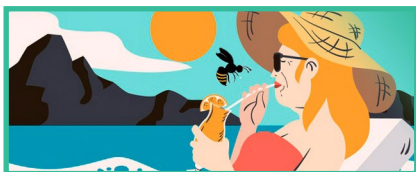
Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



Mais on laissera pour l'instant le traitement par bêtabloquant.

*Question 2 :* Quelle sera la prise en charge devant le même cas clinique, à savoir une réaction locorégionale, chez un patient apiculteur qui a des ruches ? Il n'y a pas d'indication de désensibilisation. Il n'y a pas d'indication de bilan. Le bilan a une indication seulement en cas d'immunothérapie. Mais on prescrit un stylo d'adrénaline dans la trousse d'urgence. En effet le risque de faire une réaction générale est augmenté chez un patient apiculteur, par rapport à la population générale.

*Remarque :* La piqûre au niveau du visage peut paraître impressionnante, le patient pense avoir un œdème de Quincke, mais on est toujours dans le cadre d'une réaction locorégionale.



*Cas clinique 2 :* Madame Martine B., 65 ans, a été piquée en juin 2018 dans le dos par un hyménoptère non identifié, alors qu'elle s'étendait sur sa serviette de bain en Corse à la plage. Rapidement elle présente un œdème du

visage, une modification de la voix, une gêne pour avaler, respirer, une diminution de la vision, une sensation de malaise avec évolution vers une perte de connaissance. Elle est transportée aux urgences par les pompiers.

*Que demandez-vous à l'interrogatoire pour compléter votre anamnèse ?*

Interrogatoire +++

Région où elle habite Sud/nord

Par quel type d'hyménoptère a-t-elle été piquée en Corse ? Y avait-il un dard ?

Antécédents personnels. Terrain topique. Asthme. Comorbidités ? HTA ? Coronaropathie ? État général ?

Traitement ?

Antécédents de piqûres d'hyménoptères et tolérance. Combien de fois ?

Facteurs aggravants ? AINS ? Effort physique ?

Habitudes de vie ? Loisir ? Sport ? Promenade ? Apicultrice ?

Récupérer le compte-rendu des urgences. A-t-il eu un bilan biologique aux urgences ?

*L'interrogatoire* nous apprend que cette patiente présente une HTA pour laquelle est traitée par bêtabloquant. Elle est retraitée, et habite en ville. Elle est sportive et pratique la randonnée. Elle avait été piquée antérieurement par des guêpes et abeilles, avec une bonne tolérance. Elle n'a pas été repiquée depuis.

En récupérant le compte-rendu des urgences, on apprend qu'elle avait une tension à 6 et une désaturation à 92%. Elle a présenté une urticaire généralisée, vomissements et diarrhée. Elle avait reçu de l'adrénaline en IM. Les symptômes s'étaient rapidement améliorés. Elle avait été hospitalisée 24 heures pour surveillance.

Nous sommes bien devant un tableau d'anaphylaxie après piqûre d'hyménoptères.

*Par contre, Il n'y a pas eu de dosage de tryptase.*

Or, toute pathologie évoquant une réaction d'hypersensibilité immédiate doit faire demander le dosage de la tryptase, c'est médico-légal.

Il s'agit d'une réaction anaphylactique de grade IV de la classification de Muller.

*Quelles investigations faites-vous ?*

Nous pratiquons des tests cutanés aux venins d'abeille, vespula et poliste, IDR jusqu'à la dilution de 1 µg/ml. Et nous demandons un bilan biologique, IgE spécifiques et tryptasémie.

Les IDR à l'abeille sont négatives jusqu'à la dilution de 1 µg/ml. Les IDR vespula et poliste sont positives à la dilution de 0.001 µg/ml. Il s'agit bien d'une anaphylaxie aux venins de guêpes.

Les IgE spécifiques pour les venins de guêpes sont demandées pour le suivi de la désensibilisation.

IgE Vespula : 5.8 kU/l

IgE Poliste : 8.21 kU/l

On peut éventuellement demander des IgE spécifiques abeille si on veut confirmer la négativité des tests cutanés, mais cela est discutable (ils sont < 0.10 kU/l).

Nous ne demandons pas les recombinants vespula et poliste, car ils ne sont pas discriminants (r Ves v 5 et r Pol d 5 sont quasiment identiques). Il n'y a pas de marqueurs spécifiques de la poliste. La tryptase est à 3,9 µg/l, normale.

Nous prévoyons une consultation spécifique auparavant, auprès d'un cardiologue, afin de vérifier la possibilité de changer le bêtabloquant par un autre antihypertenseur, et de valider la non contre-indication à la prescription d'adrénaline.

*Quelle prise en charge proposez-vous ?*

Au total, nous prescrivons :

- ♦ Une trousse d'urgence, avec adrénaline auto-injectable. Et nous prévoyons l'éducation de la patiente à son utilisation +++.

- ♦ Une immunothérapie allergénique aux venins d'hyménoptères est débutée en milieu hospitalier : On décide d'instaurer une double désensibilisation aux venins de guêpe vespula et poliste. En effet la patiente a été piquée en Corse, et elle habite dans le sud de la France.

Voici le protocole pour deux venins :

J1 : Vespula Ultra rush avec 6 injections en 3h30

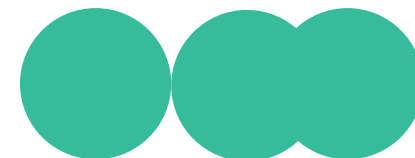




# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroecx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



J15 : Vespula 50 µg x 2  
J30 : Poliste ultra Rush  
J45 : vespula et poliste Pour vespula 100 µg et pour poliste 50 µg x 2  
J75 : vespula et poliste 100 µg pour chaque venins  
On commence la désensibilisation par la guêpe vespula (la vespula aura une certaine protection vis-à-vis des autres guêpes et de la poliste).

*Quel suivi proposez-vous ?*

La patiente aura des rappels mensuels la première année, 100 µg pour les deux venins. On alternera les bras gauche/droit vespula/poliste lors des injections de rap-

pel des deux venins (bien le noter sur le carnet de suivi de désensibilisation). Les rappels mensuels peuvent se faire en cabinet de ville par l'allergologue ou le médecin généraliste, hormis lors des ruptures de venins comme c'est le cas actuellement. Actuellement, les rappels mensuels se font uniquement à l'hôpital. La prise d'antihistaminiques avant les injections est non systématique. Elle se fera en fonction de la réaction locorégionale, on donnera une double dose 1 heure avant le rappel. La prise d'antihistaminiques n'est pas systématique, même pour l'ultra rush.

## Classification de MULLER

Stade I : urticaire généralisée, prurit, malaise et anxiété

Stade II : stade I + angio-œdème, oppression thoracique, nausées, douleurs abdominales, diarrhée

Stade III : Stade I ou II + dyspnée, stridor laryngé, sifflements, dysphagie, dysphonie, asthénie, confusion, impression de mort imminente.

Stade IV : Stade I, II ou III + chute de TA, collapsus cardiovasculaire, détresse respiratoire, perte de connaissance



**Cas clinique 3 :** Monsieur Hervé P., âgé de 35 ans, vient sur les conseils de son médecin traitant. Il est apiculteur amateur. Il a une dizaine de ruche depuis six ans.

Il est piqué en moyenne une dizaine de fois par an, avec uniquement des réactions locales normales, ce qui ne l'a jamais inquiété, jusqu'en 2017.

En avril 2017, il décrit après une piqure à la main un gonflement jusqu'au coude qui a duré au moins deux jours.

En mai 2018, il raconte qu'il a eu 3 piqures à la main, qu'il a gonflé, qu'il a eu des plaques rouges sur le thorax qui démangeaient, les yeux ont gonflés, il s'est senti mal et la gorge s'est serré, comme dans une laryngite avec du mal pour parler. Sa femme l'a conduit aux urgences où ils l'ont surveillé pendant 4 heures. Ils n'ont rien fait et l'ont laissé rentrer chez lui en lui disant de consulter son médecin traitant.

*Que demandez-vous à l'interrogatoire pour compléter votre anamnèse ?*

Quels sont les éléments qui permettent de penser qu'il s'agit d'une abeille ?

Le dard a été enlevé, il y a 10 ruches à

50 m de la maison, et le patient est apiculteur amateur.

Quels sont les éléments à rechercher pour valider la clinique ?

Nous demandons le compte rendu médical. Celui-ci n'est pas disponible.

Pour valider le diagnostic d'urticaire, il faut faire décrire les lésions.

Nous recherchons d'autres signes cliniques. En effet il a présenté une toux sèche avec gêne respiratoire légère. Il n'y avait pas de perte de connaissance.

Nous recherchons la notion de piqure antérieure la même année et leur tolérance. Il avait été piqué par des abeilles, au moins à 3 reprises, sans réaction. Il aurait été piqué au moins deux fois par des guêpes dans les trois dernières années, sans réaction.

Nous recherchons des pathologies associées, et la prise de traitement. Il n'y a pas de pathologie associée, ni de traitement.

*Quelles investigations faites-vous ?*

Nous réalisons des IDR au venin d'abeille. L'IDR au venin d'abeille est positive à la dilution de 0.001 µg/ml (limite de spécificité des tests cutanés à 1 µg/ml).

On ne réalise que les IDR abeille dans ce contexte typique.

Nous prescrivons des IgE spécifiques à l'abeille, qui reviennent positives à 60,7 kU/L.

Nous prescrivons également une tryptase, qui revient à 4,1 µg/l, normale.

Au total : Tableau d'allergie au venin d'abeille chez un patient apiculteur amateur.



# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroecx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



## *Quelle prise en charge proposez-vous ?*

Il y a une indication à une immunothérapie allergénique au venin d'abeille avec une dose de rappel de 200 µg.

Désensibilisation aux venins d'hyménoptères avec des doses de rappel prévus à 200 µg

J1 : Désensibilisation classique avec les 6 injections en 3h30 : 0,1 ; 1 ; 10 ; 20 ; 30 ; 40 µg

J15 (+ 2 semaines) : 50 ; 50 µg (dose cumulée : 100 µg)

J37 (+3 semaines) : 50 ; 50 ; 50 ; 50 µg (dose cumulée : 200 µg)

J65(+ 1 mois) : 60 ; 70 ; 70 µg (dose cumulée : 200 µg)

J93 (+1 mois) : 100 µg ; 100 µg (dose cumulée : 200 µg)

## *Quel suivi proposez-vous ?*

Le patient aura des rappels mensuels pendant au moins cinq ans, voire plus chez ce patient apiculteur.

Il aura des injections toutes les quatre semaines la première année, toutes les six semaines la 2ème année, toutes les huit semaines à partir de la 3ème année. Après cinq ans, on peut espacer les injections à tous les trois mois.

Au bout de trois ans, en cas de négativité des IgE spécifiques et des tests cutanés, nous pouvons arrêter la désensibilisation.

Nous prescrivons également une trousse d'urgence avec l'adrénaline auto-injectable.

L'indication de désensibilisation se pose en cas de réaction générale stade II-III-IV de la classification de Muller, dans la population générale.

Par contre, l'indication de désensibilisation se pose également chez un patient à risque d'exposition, en cas de réaction générale stade I de la classification de Muller. C'est le cas notamment chez un patient apiculteur qui ne veut pas se séparer de ses ruches.

Si le patient a fait une réaction générale à type d'urticaire et d'œdème, et qu'il se sépare de ses ruches, on ne va pas le désensibiliser.

On va faire l'immunothérapie à la dose de 200 µg chez les patients fortement exposés (apiculteur), patient ayant une mastocytose, en cas de nouvelle piqure sous désensibilisation et réaction, ou mauvaise tolérance lors de l'induction de désensibilisation.



**Cas clinique 4 :** Monsieur Christophe B., 52 ans, est paysagiste et travaille dans les espaces verts.

Il fait du cyclo-tourisme plusieurs fois par semaine.

Il vient vous voir sur les conseils de son

médecin traitant pour refaire le point sur ses allergies aux insectes déjà anciennes.

Il a eu une désensibilisation pendant 5 ans aux venins de guêpe parce qu'il avait eu il y a une dizaine d'années un malaise avec perte de connaissance après une piqure. C'est le pneumo-allergologue de sa ville qui a fait les piqures d'entretien.

Après les 5 ans, il a arrêté la désensibilisation en accord avec son pneumo-allergologue et on ne lui a rien proposé de particulier.

Il y a quatre ans, lors d'une sortie en vélo, il a eu une piqure d'insecte. Il s'est senti mal et on a dû venir le rechercher pour rentrer chez lui.

Il y a quelques mois, en mai 2016, toujours lors d'une sortie vélo, il a été piqué sur le thorax à droite à travers les vêtements, il a retrouvé le dard. Il a pris de la Desloratadine et de la Prednisolone. Malgré cela, il a eu du mal pour respirer, des maux de ventre violents, et il a perdu connaissance. Il a été transporté aux urgences

*Que demandez-vous à l'interrogatoire pour compléter votre anamnèse ?*

Nous recherchons d'autres facteurs de risque.

S'agit-il d'une profession exposée ?

Est-il atteint d'une pathologie cardiovasculaire ?

A-t-il des pathologies associées ?

A-t-il un traitement associé ?

*Quels étaient les résultats des bilans effectués dans le passé ?*

Il n'a pas été repiqué depuis.

Il est en arrêt de travail du fait de son exposition professionnelle.

Il a arrêté les sorties à vélo et la course à pied.

Il n'a pas de pathologie associée.

Il n'a aucun traitement.

A eu un bilan cardiaque avec une épreuve d'effort il y a 9 mois normale.

Il a une trousse d'urgence avec Anapen.

Tests cutanés/IgE spécifiques 11/2005 : Les IDR étaient positives pour la guêpe vespula à la dilution de 0,01 µg/ml, positive pour la guêpe poliste à la dilution de 0,01 µg/ml.

L'IDR abeille n'avait pas été faite car l'histoire clinique n'était pas en faveur et l'hyménoptère avait été bien identifié. L'IgE spécifique vespula était positif à 2,17 kU/l. L'IgE spécifique poliste était positif à 2,21 kU/l.

Tests cutanés/IgE spécifiques 08/2007 : Les IDR étaient positives pour la guêpe vespula à la dilution de 0,01 µg/ml, positive pour la guêpe poliste à la dilution de 0,01 µg/ml.

L'IgE spécifique vespula était positif à 1,47 kU/l. L'IgE spécifique poliste était positif à 1,49 kU/l.

*Quelles investigations faites-vous ?*

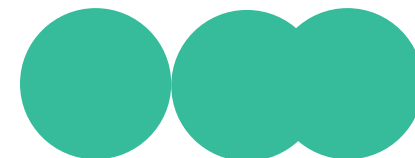
Tests cutanés/IgE spécifiques 07/2016 : Les IDR étaient positives pour la guêpe vespula à 0,1 µg/ml, positives pour la



# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroeckx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



poliste à 1 µg/ml, positives pour l'abeille à 0,001 µg/ml.

L'IgE spécifique vespula était positif à 0.70 kU/L. L'IgE spécifique poliste était positif à 0.82 kU/L. L'IgE spécifique abeille était positif à 5,8 kU/L.

Nous demandons une tryptase qui est positive à 29,4 µg/L. Un bilan de mastocytose est demandé dans le centre de référence des mastocytose, scanner abdominopelvien et densitométrie osseuse. L'examen clinique est normal, les examens radiologiques et osseux sont normaux. Il s'agit d'une mastocytose indolente, avec une surveillance annuelle uniquement.

Il s'agit d'une hypersensibilité allergique au venin d'hyménoptères abeille et guêpe, chez un patient porteur d'une mastocytose.

Quelle prise en charge proposez-vous ? Nous mettons en route une immunothérapie allergénique au venin d'abeille, et nous reprenons l'immunothérapie allergénique au venin de vespula.

L'immunothérapie sera à la dose de 200 µg pour l'abeille, et 100 µg pour la vespula.

La mise en route de l'immunothérapie à la vespula est bien tolérée. Les rappels mensuels se déroulent sans réaction secondaire.

L'immunothérapie au venin d'abeille est mise en route secondairement. Dès le J1 à la dose de 10 µg/ml du venin d'abeille, une urticaire géante apparaît. L'urticaire récidive lors de la reprise plus

lente de l'immunothérapie allergénique lors de trois séances consécutives avec impossibilité d'augmenter les doses cumulées de venin d'abeille.

Il y a une indication à la mise sous traitement par Xolair. En novembre 2016, le patient est mis sous Xolair à 300 mg tous les 15 jours.

Il a été sous Xolair pendant huit mois, arrêté en juin 2017.

L'immunothérapie allergénique au venin d'abeille est bien tolérée et la dose de rappel de 200 µg est atteinte.

Le 3 août 2017, le patient a les premières injections de 200 µg de venin d'abeille et de 100 µg de venin de vespula sans Xolair.

## Quel suivi proposez-vous ?

Depuis août 2017, le patient reçoit mensuellement 100 µg de venin de vespula et de 200 µg de venin d'abeille, avec une bonne tolérance clinique sous 2 comprimés d'antihistaminiques pris 1 heure avant les rappels. Il a pu reprendre son travail depuis avril 2017, ainsi que les sorties en vélo.

Au cours du printemps 2018, il a été piqué à la lèvre. Il pense qu'il s'agissait d'une guêpe, il a présenté une réaction locale normale.

Le patient bénéficie d'un suivi annuel de sa mastocytose, avec une surveillance uniquement. La tryptase est à 23 µg/L. Dans le cadre de sa mastocytose, le patient va bénéficier d'une désensibilisation à vie.



**Cas clinique 5 :** Monsieur L. Jérém, né le 11/07/1970, a été piqué en mai 2018 par un frelon, dans le bas du dos, alors qu'il taillait des arbres dans le cadre de sa profession. Environ 1 heure après, il a présenté sensation de chaleur, urticaire généralisé, œdème labial. Il a appelé le SAMU. Il a été transporté par les pompiers aux urgences, a eu corticoïdes et antihistaminiques. Il a été surveillé, les symptômes ont régressé en 2 heures. Il n'y a pas de notion de signe cardiorespiratoire. L'urticaire a récidivé le lendemain.

## Que demandez-vous à l'interrogatoire pour compléter votre anamnèse ?

Le patient a-t-il identifié l'hyménoptère ? L'insecte est bien décrit, reconnue et identifié sur une planche.

Il s'agit de vespa velutina, qui ne peut être confondue avec V crabro. Il n'y a pas d'agressivité supérieure par rapport à vespa crabro.

Le patient n'a pas de pathologie associée, ni de traitement. Par contre, il exerce une profession exposée. Il n'a pas encore de trousse d'urgence.

Quelques investigations faites-vous ?

Nous pratiquons des intradermoréactions qui sont positifs pour la vespula à 0,001 µg, négative pour l'abeille jusqu'à la dilution de 1 µg/ml, négative pour la poliste jusqu'à la dilution de 1 µg/ml. L'IgE spécifique abeille est < 0.10 kU/L. L'IgE spécifiques poliste est à 0,42 kU/L. L'IgE spécifique poliste est à 50,50 kU/L. L'IgE spécifique vespa crabro est à 1,79 kU/L.

La tryptase est à 2,7 µg/L.

Quelle prise en charge proposez-vous ? Il s'agit d'une anaphylaxie grade II de la classification de Muller.

Une désensibilisation à la guêpe vespula est proposée. La dose de rappel de 200 µg est discutée.

Quel suivi proposez-vous ?

Un bilan d'évaluation sera proposé à un an, trois ans, cinq ans.

## CONCLUSION

Devant une réaction loco-régionale suite à une piqure d'hyménoptères, il n'y a pas d'indication à un bilan, ni à une désensibilisation. Le patient aura une trousse d'urgence avec un anti-histaminique et un corticoïde, mais pas de stylo d'adrénaline.

Devant une réaction systémique grade II III et IV de la classification de Muller, une désensibilisation va être initiée en milieu hospitalier selon le protocole ultra rush. Ensuite, le patient

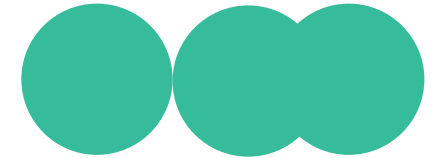




# HYMENOPTERES : QUELLE PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE DE VILLE ?

Animateur-Organisateur : Yves Swartebroeckx  
Rapporteur : Marzia Ibrahim

Expert Anaforcal : Joëlle Birnbaum



aura des injections mensuelles pendant au moins cinq ans, et plus longtemps dans certaines situations cliniques dont la mastocytose. Le patient aura eu au préalable des IDR, IgE spécifiques et un dosage de la tryptase. Il aura aussi la prescription d'une trousse d'urgence contenant un stylo d'adrénaline avec éducation à son utilisation

## Références bibliographiques :

1. Alfaya Arias T, Soriano Gómis V, Soto Mera T, et al. Hymenoptera Allergy Committee of the SEAIC. Key Issues in Hymenoptera Venom Allergy: An Update. J Investig Allergol Clin Immunol. 2017;27(1):19-31.
2. Jakob T, Müller U, Helbling A, Spillner E. Component resolved diagnostics for hymenoptera venom allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2017 Oct;17(5):363-372.
3. Schiener M, Graessel A, Ollert M, Schmidt-Weber CB, Blank S. Allergen-specific immunotherapy of Hymenoptera venom allergy - also a matter of diagnosis. Hum Vaccin Immunother. 2017 Oct 3;13(10):2467-2481.
4. Birnbaum J. Allergie aux venins d'hyménoptères. Qui, comment et combien de temps désensibiliser ? Rev fr Allergol. 2005

## TEST DE LECTURE

*Après une piqure d'Hyménoptère...(Vrai ou Faux)*

1. Une piqure au visage est plus grave qu'une piqure au bras.  
☐ Vrai ☐ Faux
2. Les Réactions locorégionales avec un bilan allergologique très positif doivent être désensibilisées.  
☐ Vrai ☐ Faux
3. L'indication de la désensibilisation aux venins d'Hyménoptères repose essentiellement sur la positivité du bilan allergologique : Prick IDR et/ou IgE.  
☐ Vrai ☐ Faux
4. La survenue d'une anaphylaxie après piqure est une indication de dosage de Tryptase dans le bilan initial.  
☐ Vrai ☐ Faux
5. Il faut prescrire de l'adrénaline quelle que soit l'intensité de la réaction générale dès la première consultation.  
☐ Vrai ☐ Faux
6. L'intensité de la réaction des Tests Cutanés et des IgE intervient dans la décision de mise en route d'une ITA.  
☐ Vrai ☐ Faux
7. Une anaphylaxie après piqure d'abeille avec bilan allergologique négatif doit faire rechercher une Mastocytose.  
☐ Vrai ☐ Faux
8. Un traitement par BétaBloquant ou IEC Contre indique la réalisation d'une ITA.  
☐ Vrai ☐ Faux
9. L'apparition d'une réaction locorégionale lors d'une injection de rappel doit faire diminuer la dose de la prochaine injection.  
☐ Vrai ☐ Faux
10. L'apparition d'une réaction généralisée lors d'une injection de rappel doit faire arrêter une ITA au cabinet de ville et réaliser un nouveau bilan auprès de l'allergologue ayant initié celle ci.  
☐ Vrai ☐ Faux

Réponses : 1 : F ; 2 : F ; 3 : F ; 4 : V ; 5 : V ; 6 : F ; 7 : V ; 8 : F ; 9 : F ; 10 : V.



# L'ANGIO-OEDEME

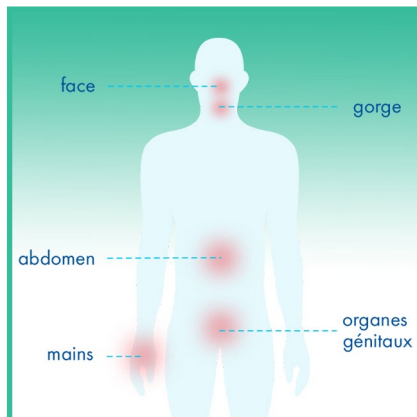
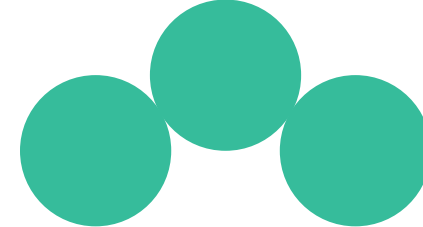
## Pourquoi ça gonfle ? Que faire en urgence ?

Animateur-Organisateur : Kampadilemba OUOBA

Rapporteur : Sylvie NZENZE MANLI

Expert Anaforcail : Jean-Luc BOURRAIN

Expert Hospitalier : Catherine MANSARD



### LES OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Définir un angio-oedème.
- Reconnaître les différents types d'angio-oedèmes.
- Etablir le diagnostic différentiel des angio-oedèmes.

### INTRODUCTION

L'angio-oedème qui est une pathologie impressionnante pose souvent des problèmes diagnostiques, mais aussi de prise en charge en urgence

### MÉTHODES

Après l'accueil des participants, le tour de table et le recueil des attentes, l'atelier a démarré par un pré-test pour apprécier le niveau de connaissance de chacun. Entre les cas cliniques, l'expert ANAFORCAL nous a présenté un exposé sur la définition, les mécanismes physiopathologiques, la classification et le diagnostic différentiel des angio-oedèmes, découlant sur la prise en charge en urgence de l'angio-oedème exposée par l'expert hospitalier, permettant ainsi d'atteindre les objectifs fixés.

### RÉSULTAT



*Cas Clinique 1:* Patiente de 19 ans, sans antécédent personnel ni familial particulier, est adressée pour une tuméfaction du visage faisant suspecter une allergie aux œstro-progestatifs suite à la prise deux fois en trois mois de contraceptifs oraux. Les antécédents maternels sont inconnus.

#### Discussion

Devant ce cas, l'interrogatoire est primordial, recherchant des éléments

cliniques importants permettant le diagnostic différentiel tels que :  
Présence d'un prurit, prise d'anti-inflammatoires ou d'autres médicaments ?  
Vitesse d'apparition du gonflement : la durée, la disparition en combien de temps ?

Signes de gravité : dyspnée, dysphonie, dysphagie ?

Présence d'une fièvre ?

Y-a-t-il des lésions cutanées ? S'agit-il d'une urticaire ?

Prodromes tels : fatigue la veille, prise d'aliments et de boissons la veille ?  
Exercice physique ?

Le traitement reçu et l'évolution sous traitement ?

La maman de la patiente serait décédée par « gêne respiratoire ».

#### Conclusion

En absence d'autre symptôme, il s'agit d'un angio-oedème blanc isolé. Un angio-oedème isolé n'est jamais allergique, donc il n'y a pas d'indication pour un bilan allergologique.

Le bilan biologique qui ne peut être obtenu en urgence doit comprendre :

Le C1 inhibiteur qualitatif et quantitatif (Intérêt du C1 inhibiteur fonctionnel)  
L'activateur du complément C4.

Dans ce cas clinique, il n'y a pas d'indication au dosage de la tryptase.



*Cas Clinique 2 :* Un patient de 68 ans, hypertendu, énoïque, non atopique, est réveillé par un œdème de la langue. Il est pris en charge par 120 mg de corticoïdes 6 h après aux urgences. On note alors une légère régression de l'œdème.

#### Discussion

Il s'agit d'un angio-oedème de la langue. En faveur de l'origine bradykinique nous avons :

- ♦ L'absence d'urticaire
- ♦ HTA
- ♦ Prise d'IEC
- ♦ Pathologie lymphoïde

Crise précédente de courte durée (quelques heures)

Le diagnostic d'angio-oedème bradykinique ne sera posé que 6 à 8 mois après arrêt des IEC. Un tel angioedème, vraisemblablement bradykinique, ne nécessite pas la prescription de corticoïdes. Le traitement repose sur une injection sous-cutanée de Firazyr (antagoniste spécifique des récepteurs B2 de la Bradykinine). Le patient sera adressé au spécialiste. Il doit arrêter les IEC, et, également savoir qu'il peut refaire un angio-oedème.

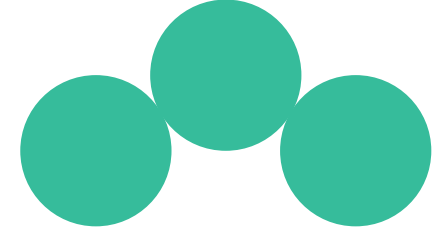


# L'ANGIO-OEDEME

## Pourquoi ça gonfle ? Que faire en urgence ?

Animateur-Organisateur : Kampadilemba OUOBA  
Rapporteur : Sylvie NZENZE MANLI

Expert Anaforcal : Jean-Luc BOURRAIN  
Expert Hospitalier : Catherine MANSARD



**Cas Clinique 3 :** Patient de 45 ans, sans antécédent particulier, « allergique » à la pénicilline, au chocolat, aux crustacés est réveillé par une angio-oedème de la lèvre puis de la langue. À l'examen, il présente des difficultés respiratoires et la langue est augmentée de volume. L'administration de 80mg de corticoïdes est inefficace.

### Discussion

Il faut rechercher un antécédent personnel ou familial d'angio-oedème et / ou d'urticaire, une prise médicamenteuse : IEC, AINS, Aspirine. Devant l'absence de signe de gravité et d'urticaire, la probabilité pour ce patient à faire un angio-oedème bradykinique n'est que de 5%. Par ailleurs, ce patient présente plusieurs suspicion d'allergies (pénicilline-chocolat- crustacés) ce qui fait penser au diagnostic d'angio-oedème histaminique allergique.

### Le traitement préconisé est :

- ♦ 2 ampoules d'anti H1 puis,
- ♦ 2 comprimés d'anti histaminique au long cours.

### Conclusion

Pas d'arguments en faveur d'un angio-oedème bradykinique  
Pas d'indication du Firazyr.  
Pas de corticoïde  
Maintenir les anti- H1 jusqu'à la consultation du spécialiste et arrêt quelques jours avant celle ci pour réalisation d'un bilan allergologique.



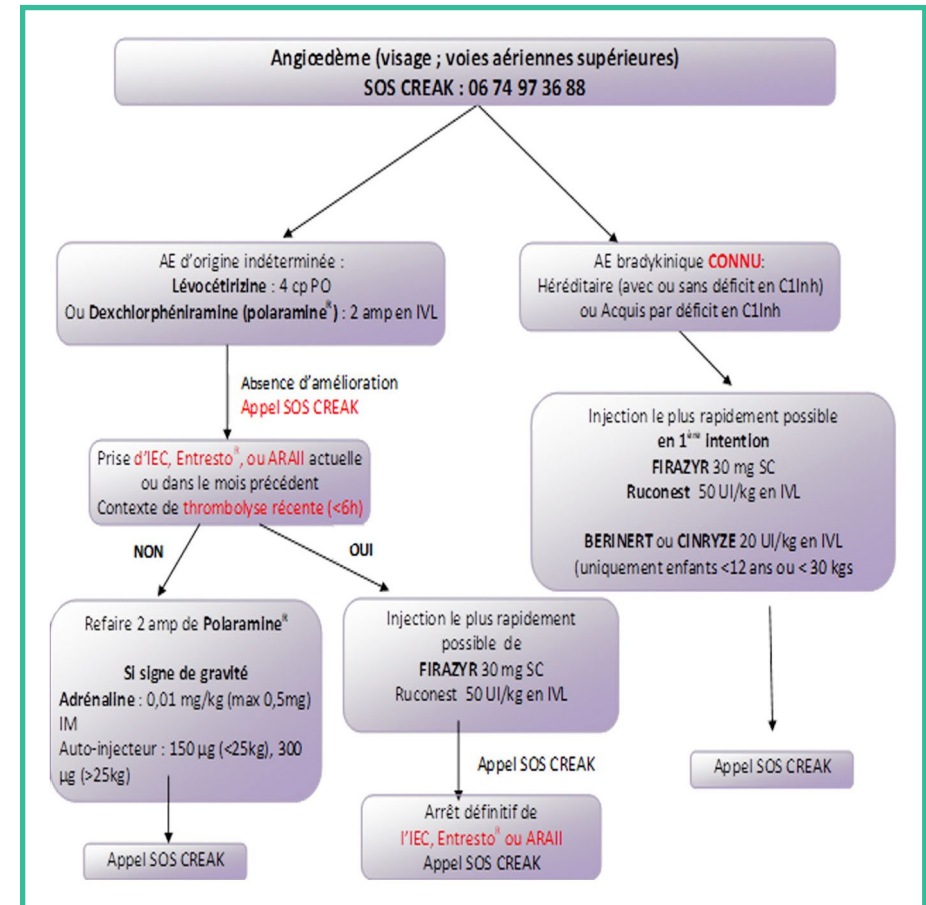
**Cas Clinique 4 :** Patiente aux antécédents d'angio-oedème héréditaire avec déficit en C1 inhibiteur est réveillée la nuit par un oedème pubien et impossibilité d'uriner.

### Discussion

Cette patiente est en rétention aigue d'urine avec pour antécédent un angio-oedème héréditaire. Le diagnostic étant connu, faire sans attendre une injection sous-cutanée de 30 mg de Firazyr.

### Conclusion

En cas d'atteinte des voies aériennes, le réanimateur doit être appelé pour réaliser une intubation naso-trachéale. Dans certains cas très sévères, il peut y avoir l'indication d'une trachéotomie en urgence !



### Références bibliographiques :

1. Multiples étiologies de l'angiooedème. S. Petit pierre, PA Bart, F. Spertini, A. leimgruber Revue médicale suisse, 2008.
2. Angioedème : diagnostics différentiels. D. Launay, Presse Médicale, 2014.
3. [https://www.amsao.fr/images/amsao/pdf/aoh\\_en\\_questions.pdf](https://www.amsao.fr/images/amsao/pdf/aoh_en_questions.pdf).





# L'ANGIO-OEDEME

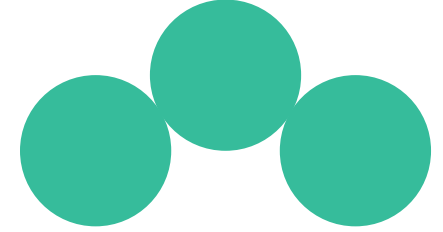
## Pourquoi ça gonfle ? Que faire en urgence ?

Animateur-Organisateur : Kampadilemba OUOBA

Rapporteur : Sylvie NZENZE MANLI

Expert Anaforcail : Jean-Luc BOURRAIN

Expert Hospitalier : Catherine MANSARD



### TEST DE LECTURE

1. Quelles sont les assertions vraies sur l'œdème hypodermique ?
  - ☐ Gonflement localisé et soudain des tissus sous-cutanés et sous muqueux
  - ☐ Blanc, mou, déformant, circonscrit
  - ☐ Installation en quelques minutes ou heures
  - ☐ Non prurigineux mais peut être douloureux (sensation de tiraillement, tension, chaleur)
  - ☐ Disparaît sans séquelle
  - ☐ Récidivant
2. Il existe 2 principaux types d'AO : Les AO histaminiques et les AO bradykiniques
  - ☐ Vrai ☐ Faux
3. Dans l'étude clinique des angio-œdèmes quelles sont les assertions exactes ?
  - ☐ Œdème sous cutané et/ou sous muqueux
  - ☐ Œdème cutané pouvant être ni prurigineux ni inflammatoire
  - ☐ Intervalles très variables entre les poussées
  - ☐ Peut toucher n'importe quelle partie du corps avec une prédilection pour la face, la sphère ORL et les organes génitaux externes
4. Quels sont les caractères cliniques exacts pour les AO histaminiques ?
  - ☐ Durée moins d'une journée le plus souvent
  - ☐ Durée plusieurs jours le plus souvent
  - ☐ Urticaire associée dans au moins 60% des cas
  - ☐ Jamais d'urticaire associée
  - ☐ Atteinte digestive non occlusive
  - ☐ Atteinte digestive fréquente
  - ☐ Atteinte laryngée possible
  - ☐ Anti-histaminiques efficaces
  - ☐ Corticoïdes efficaces
  - ☐ Adrénaline efficace
5. Quels sont les caractères biologiques exacts pour les AO bradykiniques :
  - ☐ Dosage C1 INH normal
  - ☐ Dosage C1 INH Activité normale
  - ☐ Dosage C1 INH bas
  - ☐ Dosage C1 INH Activité basse
  - ☐ Dosage Trypsine normale
6. Quels sont les caractères biologiques exacts pour les AO histaminiques :
  - ☐ Dosage C1 INH normal
  - ☐ Dosage C1 INH Activité normale
  - ☐ Dosage C1 INH bas
  - ☐ Dosage C1 INH Activité basse
  - ☐ Dosage Trypsine normale
7. Quels sont les traitements pour augmenter la concentration en C1 inhibiteur ?
  - ☐ Concentré de C1 INH sanguin humain pasteurisé (Berinert) en traitement de crise et en traitement de fond.
  - ☐ Cinrize dérivé très hautement purifié, utilisable en crise et en traitement de fond.
  - ☐ C1 INH recombinant, Conestat alpha (Ruconest) en traitement de crise et en traitement de fond.
  - ☐ Dérivé androgénique (Danatrol) en prévention d'intervention à risque (chirurgie dentaire) et en traitement de fond.
8. L'icatibant inhibe la fixation de la bradykinine sur son récepteur membranaire, est utilisable en crise dans les formes AOH chez l'adulte, se présente sous seringues pré remplies avec auto injection possible
  - ☐ Vrai ☐ Faux

Réponses : 1 : Toutes / 2 : Vrai / 3 : Toutes / 4 : Urticaire associée dans au moins 60% des cas, Atteinte digestive non occlusive, Atteinte laryngée possible, Anti-histaminiques efficaces, Corticoïdes efficaces / 5 : Toutes / 6 : Dosage C1 INH normal, Dosage C1 INH Activité normale, Dosage Trypsine normale / 7 : Toutes / 8 : Vrai



# INTOLÉRANCE AUX FODMAPs

## Mythe ou Réalité?

Animateur-Orga. : Nacéra Benammar-Bouayed (Tlemcen)

Rapporteur : Abdoulaye Barry (Bamako)

Diététicienne: Evelyne Eyraud (Nice)

### INTRODUCTION

Les troubles digestifs liés à l'intolérance aux FODMAPs sont un motif fréquent de consultation. Cet atelier vise à rappeler les données actuelles et les prises en charge.

### MÉTHODOLOGIE

Après présentation des participants et recueils des attentes, l'atelier s'est déroulé en 2 temps :

- ♦ Exposé théorique sur les FODMAPs avec des illustrations pratiques.
- ♦ Structure biochimique des FODMAPs:

Tableau 1 : Classification des glucides

	Sous-Groupes	Principaux composés
Glucide digestible		
Sucres (DP*1 et 2)	Monosaccharides (1)	Glucose, galactose, fructose, tagatose
	Disaccharides	Saccharose (2), lactose, théhalose, maltose, isomaltulose
Oligosaccharides (DP 3 à 9)	Malto-oligosaccharides	Maltodextrines
Polysaccharides (>9)	Amidon (3)	Amylose amylopectine, amidons modifiés
Sucres alcools ou polyols (4) ...	De type monosaccharidique	Sorbitol, mannitol, xylitol, érythritol
	De type disaccharidique	Isomalt, lactitol, maltitol
Glucides non digestibles		
Oligosaccharides (DP 3-9)	Autres oligosaccharides	Raffinose, stachyose, verbascose, Ajugose (α-galactosides), fructo-oligosaccharides, galacto-oligosaccharide
Polysaccharides (> 9)	Polysaccharides non amylacés	Cellulose, hémicellulose (ex : galactanes, arabinoxylanes), pectines, inuline, hydrocolloïdes (ex : guar)

Expert Anaforcal : Elena Bradatan (Namur)

Expert Hospitalier : Raffaella Dainese-Pichon (Antibes)

### LES OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer trois signes cliniques d'intolérance aux FODMAPs
- Lister les différentes familles de sucres impliqués
- Citer trois entités du diagnostic différentiel
- Décrire une conduite à tenir pratique



Les FODMAPs, Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides And Polyols sont un ensemble de glucides classiquement appelés hydrates de carbone à cause de leur formule chimique (6 carbones ; 5 groupes OH ; 1 groupe aldéhyde). Ces glucides présents dans certains aliments ont en commun un groupe carbonyle et au moins deux groupes hydroxyles et sont classés selon leur degré de polymérisation. Ainsi ils sont classés en glucides digestibles et non digestibles (voir tableau 1).

### Physiologie Mécanismes de la symptomatologie :

Seuls les monosaccharides peuvent être absorbés à travers l'épithélium de l'intestin grêle.

Les disaccharides et oligosaccharides doivent être hydrolysés en hexoses pour être absorbés.

Le fructose est absorbé activement mais en présence d'excès de glucose, la malabsorption concerne le fructose dans le groupe des monosaccharides.

La malabsorption a pour conséquence une rétention d'eau dans la lumière intestinale provoquant la diarrhée ou des selles trop molles et une fermentation bactérienne avec production rapide de gaz et distension intestinale cause de la douleur et ballonnement abdominal.

### Le Syndrome de l'intestin irritable (SII) :

C'est un trouble fonctionnel digestif chronique avec des douleurs abdominales, ballonnements, troubles du transit, diarrhée ou constipation, ou alternance des deux.

Il n'associe ni perte de poids ni d'atteinte organique, pas de sang dans les selles. Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur les signes sus cités.



# INTOLÉRANCE AUX FODMAPs

## Mythe ou Réalité?

Animateur-Orga. : Nacéra Benammar-Bouayed (Tlemcen)

Rapporteur : Abdoulaye Barry (Bamako)

Diététicienne : Evelyne Eyraud (Nice)

Expert Anaforcal : Elena Bradatan (Namur)

Expert Hospitalier : Raffaella Dainese-Pichon (Antibes)

Les critères diagnostiques de Rome IV, (2016) :

Douleur abdominale récurrente survenant en moyenne au moins 1 jour par semaine dans les 3 derniers mois avec au moins 2 des critères suivant :

- ♦ la défécation
- ♦ une modification de la fréquence des selles
- ♦ une modification de la consistance (aspect) des selles.

La physiopathologie du SII associe des facteurs psychologiques, une altération de la motricité intestinale et une hypersensibilité viscérale (interactions neuro-immunologiques, inflammation de bas grade, altération de la perméabilité et de la microflore intestinale, perturbation du transit intestinal).

La prise en charge est essentiellement diététique :

Il s'agit de patients présentant les signes du SII non amélioré par les différents traitements médicaux, une altération de la qualité de vie.

Cette prise en charge diététique consiste :

- ♦ Déterminer la dose seuil de FODMAPs pour chaque patient
- ♦ Expliquer dans quels aliments les FODMAPs sont présents
- ♦ Éviter un régime trop restrictif.
- ♦ Évaluer l'efficacité d'une alimentation pauvre en FODMAP's

Tableau 2 : Composition et physiopathologie des FODMAPs

Classe	Degré de Polymérisation	Composition	Hydrolyse/Absorption	FODMAP ?
<b>Oligosaccharides</b>				
Fructanes FOS	3-10	Polymères de fru = 1 Glu terminal	Non Hydrolysés	.
Inulines	> 10		Absorption max : 5-15%	
GOS raffinose, stachyose	3-4	1 Fru + 1 Glu + 1 ou 2 Galatose(s)		
<b>Disaccharides</b>				
Lactose	2	Glucose + Galactose	Hydrolyse par la lactase - phlorizine hydrolase	FODMAP si déficit en lactase
<b>Monosaccharides</b>				
Fructose	1	.	GLUT 5 transport passif, faible capacité ; absorption lente GLUT 2 transport actif, 1F + 1G	Non FODMAP si Fru en quantité équimolaire avec Glu
<b>Poluols</b>				
Sorbitol, Mannitol, Lactitol, Xylitol	1	.	Absorption passive et lente	.

### Prise en charge diététique

«La consommation de FODMAP ne cause pas toujours le SII mais le régime alimentaire faible en FODMAP peut être une solution pour gérer les symptômes du SII». Le rôle de la consultation diététique ne doit pas se limiter à établir une liste d'aliments faibles ou élevés en FODMAPs, elle doit élaborer des interventions nutritionnelles personnalisées qui intègrent les données cliniques du patient, son apport nutritionnel, son statut socio-économique et son mode de vie afin de créer un régime réalisable et équilibré sur le plan nutritionnel.

Beaucoup de craintes liées à l'alimentation sont exprimées par les patients présentant un SII, le rôle des diététiciens consiste à rassurer ces patients, proposer un régime équilibré avec un bon apport nutritionnel et améliorer la qualité de vie.

Les controverses et réalités du régime FODMAP pour les patients atteints du syndrome du côlon irritable :

- ♦ Un régime alimentaire à faible teneur en FODMAP réduira l'abondance relative de certaines

bonnes bactéries, y compris les bactéries productrices de butyrate et les bactéries promotrices de butyrate et les bifidobactéries.

- ♦ Une élimination drastique des FODMAPs peut entraîner un déséquilibre nutritionnel et causer une malnutrition.

Les praticiens doivent approfondir leurs recherches sur le régime alimentaire et la justification de toute restriction alimentaire.

.../...



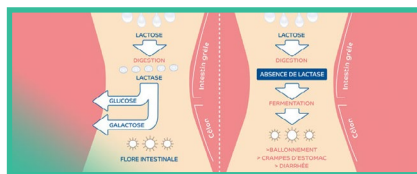


# INTOLÉRANCE AUX FODMAPs

## Mythe ou Réalité?

Animateur-Orga. : Nacéra Benammar-Bouayed (Tlemcen)  
Rapporteur : Abdoulaye Barry (Bamako)  
Diététicienne: Evelyne Eyraud (Nice)

### Autres pathologies liées à l'intolérance alimentaire :



#### Déficit en lactase :

Trois origines possibles :

- Primaires se développant avec l'âge lié à une anomalie du gène de régulation de la lactase par diminution de son activité.

- Une origine congénitale rare (décrite essentiellement en Finlande) autosomique récessive.

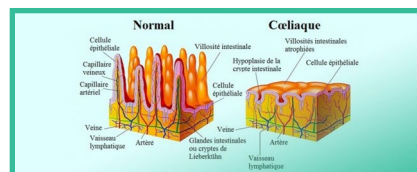
- Une origine secondaire : liée aux pathologies endommageant la muqueuse en brosse intestinale réversible après guérison.

Conséquences cliniques liés au déficit en lactase : Malabsorption et intolérance au lactose. Signes cliniques : douleur abdominale, ballonnement, flatulence, diarrhée, nausée, céphalées. Ces symptômes surviennent 30 mn à 2 h après ingestion de lactose mais parfois plus tardivement. Cependant certains sujets présentent une malabsorption du lactose sans symptômes cliniques tandis que d'autres présentent des signes clinique sans malabsorption.

Il existe un test respiratoire à visée diagnostique qui consiste à ingérer 50 g de lactose dans 250ml d'eau et à recueillir les gaz expirés toutes les 15mn pendant

2h. Une augmentation de la concentration en H<sub>2</sub> signifie que le lactose non absorbé arrive dans le colon où qu'une pullulation de bactéries est présente dans l'intestin grêle.

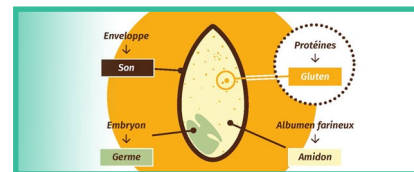
C'est un test non invasif et rationnel: la seule source d'H<sub>2</sub> produite par l'homme provient de la fermentation par la flore bactérienne colique. Cependant il faut faire attention aux faux positifs (une pullulation de bactéries dans l'intestin grêle) ou faux négatifs (si flore intestinale méthane productrice).



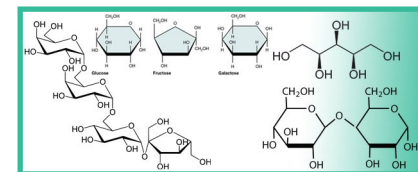
**La maladie cœliaque :** Il s'agit d'une entéropathie auto-immune secondaire à l'ingestion de gliadine du gluten chez des sujets génétiquement prédisposés. Le diagnostic repose sur :

- La sérologie par la présence d'anticorps d'isotype IgA anti-transglutaminase et ou anticorps anti endomysium.
- L'histologie par biopsies de l'intestin grêle.
- La clinique : tableau très variable (douleur abdominale récurrente diffuse, stress, trouble du transit)
- Prédisposition génétique.
- Réponse clinique au régime sans gluten.

Expert Anaforcal : Elena Bradatan (Namur)  
Expert Hospitalier : Raffaella Dainese-Pichon (Antibes)



**Hypersensibilité au Blé sans maladie cœliaque :** Syndrome clinique induite par l'ingestion de gluten (blé) et qui répond au régime sans gluten, où un ou plusieurs des critères diagnostiques pour la maladie cœliaque et pour l'allergie alimentaire au blé sont manquants (IgE spécifiques pour le blé négatives, sérologie pour la maladie cœliaque négative, pas de lésions histologiques intestinales).



**Les FODMAPs et leurs sources alimentaires :** Un régime pauvre en FODMAPs consiste à diminuer la quantité de fructanes (fructo-oligosaccharides : Chaînes de longueurs variables de molécules de fructose, physiologiquement mal résorbés car intestin grêle n'est pas capable d'en scinder les chaînes).

.../...

Tableau 3 : Les FODMAPs et sources alimentaires :

Type de sucre	Sucres visés	Sources alimentaires
Oligosaccharides	FOS (fructo-oligosaccharides) GOS (galacto-oligosaccharides°)	Blé, orge, seigle, oignons, poireaux, ail, échalote, artichaut, betterave, fenouil, petits pois, chicorée, pistache, noix de cajou, légumineuses, lentilles et pois chiches
Disaccharides	Lactose	Lait, fromage frais non affinés
Monosaccharides	Fructose (lorsqu'il est en excès par rapport au glucose)	Pomme, poire, mangue, cerise, pastèque, asperge, sucre de table, pois mange-tout, miel, sirop de glucose-fructose
Polyols	Sorbitol, mannitol, maltitol et xylitol	Pomme, poire, abricot, cerise, nectarine, pêche, prune, pastèque, champignon, chou-fleur, chewing-gums et édulcorants divers



# INTOLÉRANCE AUX FODMAPs

## Mythe ou Réalité?

Animateur-Orga. : Nacéra Benammar-Bouayed (Tlemcen)

Rapporteur : Abdoulaye Barry (Bamako)

Diététicienne: Evelyne Eyraud (Nice)

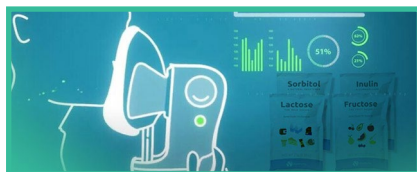
Expert Anaforcal : Elena Bradatan (Namur)

Expert Hospitalier : Raffaella Dainese-Pichon (Antibes)

Il s'agit :

- Blé, Orge, Seigle
- Certains fruits et légumes
- Ingrédients ajoutés comme le fructo-oligosaccharides(FOS), oligofructose ou l'inuline (prébiotiques).
- Fructo-oligosaccharides, inuline, oligofructose, prébiotiques
- les Galacto-OligoSaccharides (GOS) Chaînes, de longueurs variables de molécules de galactose
- Les légumineuses dont les légumes secs (lentilles, pois chiches, haricots secs)

La démarche de soins diététiques commence par une évaluation qualitative et quantitative des aliments concernés les plus consommés décelés au cours de l'enquête alimentaire.



### Tests respiratoires effectués et conduite à tenir en fonction des résultats :

Si test négatif, la restriction alimentaire porte alors sur les fructanes et les polyols avec une réduction de la consommation d'environ 75 à 80%. Un suivi des symptômes digestifs est instauré sur une période de 15 à 21 jours. En cas d'amélioration ce régime sera main-

### Une proposition d'un tableau diagnostic est faite : Tableau 4

Fructose ? Test ?	Lactose Test ?	Fructane ?	Polyols ?
Fruits : fruits en conserve Fruits séchés Aliments diététiques « allégé, édulcoré » (sirop de maïs à haute teneur en fructose) Miel	Lait de vache Crème et beurre allégée	Légumes : Brocoli, chou de Bruxelles, champignon, poireau, oignon et ail ++ Légumineuses : pois chiches, lentilles, maïs Céréales : Blé et seigle, et dérivés Fruits : Pomme*	Fruits : Pomme, pêche, poire, prune, melon, cerise Édulcorant : Sorbitol (E 420) Autres : gomme sans sucre

tenu sur 6 à 8 semaines, sinon la patiente sera réorientée vers le gastro-entérologue.

Si test positif, la restriction alimentaire concernera les aliments riches en fructose et en lactose. La restriction d'au moins 75 à 80% des aliments contenant ces sucres en fonction des aliments les plus consommés. Les tests de tolérance sont poursuivis 15 à 21 jours avec suivi mensuel si amélioration des symptômes.

### Test respiratoire non effectué :

Effectuer une enquête alimentaire avec éviction progressive d'au moins 75 à 80% des aliments concernés les plus consommés. Si amélioration clinique, continuer l'éviction avec suivie mensuelle pendant au moins six mois.

Le suivi diététique nécessite une alimentation équilibrée pauvre en FOD-

MAPs tout en assurant les besoins énergétiques en utilisant les équivalences alimentaires ; et un test de réintroduction progressive de certains aliments à la recherche d'un seuil de tolérance pour tous les aliments concernés.

En pratique ; la PEC (prise en charge) d'une intolérance aux FODMAPs se fait en 3 étapes :

- Bilan diététique par l'évaluation qualitative et quantitative des aliments concernés.

- Plan de soins diététiques par la réduction ou éviction des aliments concernés les plus consommés avec adaptation des besoins nutritionnels.

- Suivi diététique par la détermination du « seuil de tolérance » pour chacun des aliments concernés et suivi nutritionnel pour assurer la couverture des besoins.

### CONCLUSION

L'intolérance aux FODMAPs est une entité nouvelle dont les symptomatologies se rapprochent de beaucoup d'autres pathologies digestives telle que la maladie cœliaque, certains déficits enzymatiques. Le diagnostic n'est pas toujours facile. La prise en charge diététique est lourde et longue. Elle nécessite une assiduité aussi bien du patient que du diététicien.

.../...



# UN CAS CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

## Suspicion de toxidermie après un bloc opératoire

Dr Juliette CARON (Médecin Allergologue CCA Hôpital St Vincent de Paul Lille)

### Références bibliographiques :

1. Halmos EP, Power VA, Shepherd DJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014 Jan ;146(1) : 67-75.
2. R. Dainese-Plichon, M.-H. Vivinus-Nébot, T. Piche, H. Bziouche-Hadhiri, P. Demoly. L'hypersensibilité allergique aux aliments au cours du syndrome de l'intestin irritable *Revue Française d'Allergologie*. 2014, 54 : 529-534.
3. Bischoff SC, Mayer J, Wedemeyer J, Meier PN, Zeck-Kapp G, Wedi B, et al. Colonoscopic allergen provocation (COLAP): a new diagnostic approach for gastrointestinal food allergy. *Gut* 1997 ; 40 : 745-53.
4. Vivinus-Nébot M, Dainese R, Anty R, Saint-Paul MC, Nano JL, et al. Combination of allergic factors can worsen diarrheic irritable bowel syndrome: role of barrier defects and mast cells. *Am J Gastroenterol*. 2012 ; 107(1) : 75-81.
5. R. Dainese-Plichon, S. Schneider, T. Piche, X. Hébuterne. Malabsorption et intolérance au lactose chez l'adulte. *Nutrition clinique et métabolisme* 28 (2014) 46-51.

### Références bibliographiques du cas clinique dermatologique :

1. Chuh A. Diagnostic criteria for pityriasis rosea: a prospective case control study for assessment of validity. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:101-3. [https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00519\\_4.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00519_4.x).
2. Chuh AA, Dofitas BL, Comisel G, Reveiz L, Sharma V, Garner SE, et al. Interventions for pityriasis rosea. *Cochrane Database Syst Rev* 2007. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005068.pub2>.
3. Prigent F. Pityriasis rosé de Gibert. *J Pédiatrie Puériculture* 2002;15:244-5. [https://doi.org/10.1016/S0987-7983\(02\)83067-5](https://doi.org/10.1016/S0987-7983(02)83067-5).
4. A. Petit. Pityriasis rosé (« Pityriasis rosea »). *Dermatologie* 2015. [https://doi.org/10.1016/S0246-0319\(15\)57608-5](https://doi.org/10.1016/S0246-0319(15)57608-5).
5. Drissi H, Litaïem N, Jones M, Midassi O, Ezzine N, Zeglaoui F. Pityriasis rosé de Gibert inversé : forme déroutante à ne pas méconnaître. *Ann Dermatol Vénéréologie* 2018;145:A73-4. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.134>.
6. Mokni S, Belhadjali H, Alkhalifa J, Njim L, Youssef M, Chaabène A, et al. Toxidermie pityriasis rosé de Gibert-like induite par la pristinamycine. *Thérapies* 2013;68:326-8. <https://doi.org/10.2515/therapie/2013046>.
7. Chen J-F, Chiang C-P, Chen Y-F, Wang W-M. Pityriasis rosea following influenza (H1N1) vaccination. *J Chin Med Assoc* 2011;74:280-2. <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.04.010>.



*Un patient de 56 ans non atopique, suivi pour une artérite oblitérante des membres inférieurs, consulte en raison de la survenue d'une éruption cutanée diffuse et prurigineuse concomitante à un bloc opératoire pour une chirurgie vasculaire de type angioplastie stenting iliaque externe bilatéral.*

### EXAMEN

L'angioplastie bilatérale iliaque externe, réalisée en ambulatoire sous anesthésie générale, s'est bien passée. Le patient a reçu les médicaments suivant pendant le bloc : propofol, cefazoline, nefopam, ketamine, sufentanil, ringer lactate, atracurium, héparine sodique.

Suite à l'intervention, un traitement par kardegic a été introduit pendant un mois en association au clopidogrel, traitement habituel du patient.

Environ 10 jours après l'angioplastie, le patient a présenté brutalement des lésions multiples ovalaires prédominant au niveau des bras, avant-bras, des cuisses, des jambes associées des petites lésions maculo-papuleuses au niveau du tronc. Il n'y avait pas d'atteinte du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds (figures 1,2,3,4,5). Le prurit était intense.

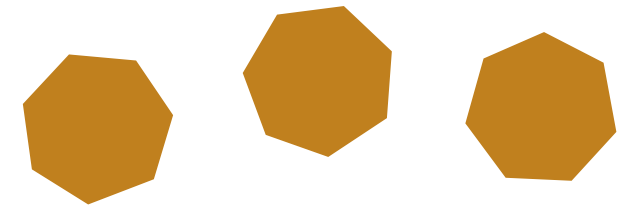




# UN CAS CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

## Suspicion de toxidermie après un bloc opératoire

Dr Juliette CARON (Médecin Allergologue CCA Hôpital St Vincent de Paul Lille)



À l'examen, les lésions ovalaires localisées au niveau des bras, des avant-bras, des cuisses et des jambes étaient identiques, bordées d'une collerette de squames sur leur versant interne (figure 5). La plus grande de ces lésions se situait au niveau du pli de l'aîne gauche. Le patient a constaté l'apparition de cette lésion en premier, soit deux jours avant l'opération. Mais il ne savait pas si cela avait un lien avec le reste des lésions apparues deux semaines après celle-ci. Il n'y a pas eu de signes prodromiques : céphalées, arthralgies, fièvre, etc.

Le bilan biologique du 20/01/2021 ne montrait aucune anomalie hormis une discrète éosinophilie à 713 /mm<sup>3</sup> et une thrombocytose à 590 000/mm<sup>3</sup>. La CRP était normale. Il s'agissait donc d'un bilan rassurant.

### DISCUSSION

L'aspect clinique est évocateur d'un pityriasis rosé de Gibert. Le diagnostic du pityriasis rosé de Gibert est clinique pour la forme typique. En 2003, Chuh et al ont proposé des critères diagnostiques précis (figure 6) [1]. Il s'agit d'une dermatose inflammatoire d'origine encore méconnue, probablement virale (HHV7). Elle touche davantage les sujets jeunes [2]. Plusieurs poussées sont possibles sur plusieurs semaines. Le prurit modéré à sévère serait présent chez 50% des patients [2].

L'éruption comprend 2 types de lésions : les médaillons (figures 1, 4, 5) et les petites lésions maculo-papuleuses peu squameuses (figures 1, 2, 3).

Les médaillons sont de forme ovale pouvant être confondus avec un eczéma nummulaire ou une dermatophytose, dont les lésions sont plutôt arrondis « en forme de pièce de monnaie » [3]. Les médaillons mesurent entre 2 et 10 cm. Concernant ces lésions, les éléments cliniques suivants sont très évocateurs d'un pityriasis rosé si :

- ♦ apparition « annonciatrice » brutale d'un médaillon quelques jours avant la généralisation de l'éruption (50% des cas),
- ♦ présence d'une fine collerette desquamative sur le versant interne du médaillon,
- ♦ le centre lésionnel présente des plis parallèles très fins (figure 5) [4][3].

Les petites lésions maculo-papuleuses peu squameuses mesurent entre 2 et 10 mm et sont mal limitées.

L'alignement des petites lésions et du grand axe des médaillons sur les lignes de tension cutanée leur confère une orientation oblique de part et d'autre du rachis et de plus en plus horizontale vers le bas du dos, à l'origine de la classique image « en sapin de Noël » (non spécifique de cette dermatose) [4].

Des formes atypiques, telles que le pityriasis rosé inversé, ont été décrites[5].

L'évolution est toujours favorable à 2 mois. Les lésions blanchissent et disparaissent. Il n'y a aucune complication répertoriée. Le prurit peut être traité par dermocorticoïdes et antihistaminiques. L'érythromycine orale serait également efficace [2].

L'éruption a commencé deux jours avant le geste opératoire. Il y a donc peu d'argument pour une toxidermie. Cependant, certains médicaments ou vaccins sont suspectés d'induire des éruptions « pityriasis rosé-like » : pristinaquine [6], vaccin H1N1 [7], omeprazole, bismuth, barbituriques, BCG-thérapie, imatinib, isotrétinoïne, métronidazole, clonidine, terbinafine, ketotifène [4]. Cependant, ces éruptions ne valident que rarement les critères cliniques du pityriasis rosé.

### Figure 6

*A patient is diagnosed as having rosea if:*

1. On at least one occasion or clinical encounter, he/she has all the essential clinical features and at least one of the optional clinical features, and
2. On all occasions or clinical encounters related to the rash, he/she does not have any of the exclusional clinical features

*The essential clinical features are :*

1. Discrete circular or oval lesions,
2. Scaling on most lesions, and
3. Peripheral collarette scaling with central clearance on at least two lesions

*The optional clinical features are :*

1. Truncal and proximal limb distribution, with less than 1% of lesions distal to mid-upper-arm and mid-thigh
2. Orientation of most lesions along skin cleavage lines, and
3. A herald patch (not necessarily the largest) appearing at least two days before eruption of the other lesions, from history of the patient or from clinical observation

*The exclusional clinical features are :*

1. Multiple small vesicles at the center of two or more lesions,
2. Two or more lesions on palmar or plantar skin surfaces, and
3. Clinical or serological evidence of secondary syphilis



# PROMÉTHÉE ou l'offense faite aux dieux

## Jour 8 du reconfinement

Docteur Jean-Pol DUMUR

La période dans laquelle nous vivons, imprégnée d'incertitude, de hasard et de catastrophes diverses, est propice à la réflexion. Nous avons à notre disposition une multitude de sources d'information qui nous abreuvent jour et nuit de nouvelles plus ou moins vérifiées dont la répétition en boucle par les chaînes 24/24 a tendance à en décupler l'importance et à en modifier l'analyse. Cet effet loupe est délétère et altère l'objectivité.

À force de regarder nos écrans de télévision de tablette ou de smartphone, notre vision est déformée et nos sens troublés. Pour remédier à cette ambliopie post-moderne, nous avons fort heureusement à notre disposition la relecture des grands mythes fondateurs de la culture gréco-romaine. Je vous propose aujourd'hui de convoquer Prométhée.

Prométhée est un Titan, race de divinités primitives qui régnaient sur l'univers avant les dieux de l'Olympe. Fils du titan Japet et de l'océanide Clyménéa, il est cousin de Zeus, le roi des dieux lui-même fils d'un titan : Cronos. Etymologiquement, Prométhée est issu du grec Προμηθεύς le prévoyant en opposition au nom de son frère Epiméthée, celui qui réfléchit après coup. Son destin est tragique. Selon Hésiode, Prométhée fut l'arbitre d'un conflit entre les dieux et les hommes lors d'un banquet à MECONÉ sur le partage de la viande après le sacrifice d'un taureau. Il cache la première part (la chair comestible) sous la peau et les entrailles et la seconde (les os) sous de la graisse blanche. Zeus, invité à choisir la part des dieux en premier, opte pour la seconde. Furieux de son choix, il décide de punir les hommes en les privant du feu. Cette punition est redoutable, car en les privant du feu, Zeus empêche les hommes de faire cuire la viande pour les sacrifices, seul moyen de communication avec les dieux. Il les prive également de leur artisanat et notamment de la forge et les renvoie donc à leur animalité. Prométhée décide alors d'aller dérober le feu dans la forge d'Héphaïstos.



Prométhée volant le feu à Héphaïstos  
Christian GRIPENKERL



Héraclès délivrant Prométhée  
Jean Simon BARTHELEMY



\* Le Prométhée enchaîné de RUBENS 1612 Musée d'Anvers



# PROMÉTHÉE ou l'offense faite aux dieux

## Jour 8 du reconfinement

Docteur Jean-Pol DUMUR

Les hommes retrouvent ainsi leur existence technique : ils peuvent se servir du feu pour leur sidérurgie, leur artisanat et pour faire cuire la viande. Devant ce double affront et cette transgression inadmissible, Zeus aura une vengeance terrible sur les hommes et sur Prométhée. Il envoie Pandore, la première femme et l'offre en mariage à Epiméthée l'imprévoyant, frère de Prométhée. Pandore ne résiste pas à ouvrir une boîte contenant le travail forcé, la maladie et la mort, maux dont l'humanité avait été jusque là épargnée. Quant à Prométhée, il le fait enchaîner au sommet de l'Elbrouz, mont du Caucase et donne l'ordre à l'aigle, son animal fétiche, de dévorer chaque jour son foie qui se régénère le lendemain. L'histoire se termine plutôt bien : Héraclès (Hercule) passant par le Caucase tue l'aigle et libère Prométhée. Zeus finira par accepter cette libération car Héraclès est son fils, mais il exigera de Prométhée qu'il porte jusqu'à sa mort une bague faite de l'acier de ses chaînes, souvenir symbolique de sa punition.

Ce mythe est propice à de multiples interprétations, dans la mesure où il développe une séquence très classique : l'offense de Prométhée à Zeus lors du banquet, la ruse de Zeus par l'envoi de Pandore à Epiméthée et l'ouverture de la boîte, la punition envers les hommes, le sacrifice de Prométhée, la délivrance par Héraclès et in fine le pardon de Zeus mais sans l'oubli rendu impossible par le port de l'anneau. En tout état de cause, le récit du banquet de MECON symbolise la séparation définitive entre les dieux et les hommes : au premier, les os, inaltérables même à la cuisson lors des sacrifices, symboles de leur immortalité, aux seconds les chairs vouées à la décomposition renvoyant à leur caractère périssable à et leur finitude.



**Pandore ouvrant la boîte**  
**Boris VALLEJO**

De nombreux écrivains ont abordé ce mythe et ont donné leur interprétation. Déjà Eschyle lui avait consacré un drame satyrique, le Prométhée enchaîné, où

il insistait sur le sacrifice du héros qui souffre pour l'humanité, sorte de préfiguration du sacrifice chrétien. Goethe reprendra également le personnage. Prométhée est pour lui à la fois le symbole de la volonté et de la révolte humaine contre la divinité, mais aussi le créateur de l'homme émancipé et de la civilisation. Goethe insiste sur l'humanité de Prométhée : cette interprétation romantique du personnage mènera à l'idée d'homme prométhéen et plus tard au surhomme de Nietzsche. Dans son roman Frankenstein, Mary Shelley au dix-neuvième siècle s'inspirera du mythe en racontant l'histoire de ce savant fou qui, ayant acquis le secret de voler la vie, créera un monstre qui deviendra criminel. Il y a enfin André GIDE, qui, dans son Prométhée mal enchaîné (1899), fera de Prométhée un personnage comique et grinçant. Prométhée, mal enchaîné sur le Caucase, peut se délier et aller se promener. C'est ainsi qu'il se retrouve dans un café, boulevard des Capucines à Paris. Il y croise Zeus devenu banquier – le symbole est transparent ; son aigle, qui surgit non sans causer quelque dégât dans le café, lui vaut de se retrouver en prison. Il nourrit l'oiseau de son foie, non par suite d'une malédiction, mais pour empêcher le pauvre oiseau de mourir de faim !

Et pourtant, quand l'aigle est devenu bien gras, et lui-même bien maigre, et qu'ils ont pu sortir de prison, Prométhée finira par dévorer son volatile après l'avoir rôti !

Le dernier point à aborder pour ce mythe intemporel, concerne sa pertinence et les leçons que l'on peut en tirer au regard de la situation dans laquelle nous sommes actuellement immergés. Prométhée est aux antipodes des valeurs partagées à notre époque par une majorité d'humains qui courent frénétiquement en tous sens pour tenter de trouver le bonheur dans la possession de biens matériels et la consommation. Loin de prendre des risques pour dérober et partager le feu, ils se contentent d'un succédané, l'argent, qui les consume au lieu de leur donner force, courage et vitalité. Le geste gratuit de Prométhée pour améliorer la condition humaine apparaîtrait aux yeux de nos contemporains, drogués jusqu'à la nausée au principe de précaution, comme le geste d'un exalté, voire d'un fou qu'il faudrait enfermer.

Prométhée manque cruellement à notre sinistre époque post-moderne...





**INFOS**  
CONGRÈS / STAGES

## CONGRÈS FRANCOPHONES

**26 au 28 mai 2021 : XVI<sup>ème</sup> Congrès Francophone d'Allergologie (CFA)**  
au Palais des Congrès, Porte Maillot à Paris.

*Fil rouge : « Le Tour du Monde des Allergies »*



**28 au 30 mai 2021 : XIX<sup>ème</sup> Séminaire Botanique ANAFORCAL**  
Fort Mahon (Côte d'Opale)

## CONGRÈS INTERNATIONAUX



**10 au 12 juillet 2021 : EAACI Hybrid Annual Congress 2021**  
with a physical part Krakow (Poland)

**6 au 9 Octobre 2021 : XIX<sup>èmes</sup> Rencontres Francophones d'Allergologie (RFA)**  
Hôtel Marriott Kigali (Rwanda)

*Fil rouge : « 10 ans de pratique allergologique en Afrique »*

**2 liens vers les congrès spécifiquement internationaux :**

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

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



Renseignements / Inscriptions : Margaux Orange – [www.congres-allergologie.com](http://www.congres-allergologie.com)