

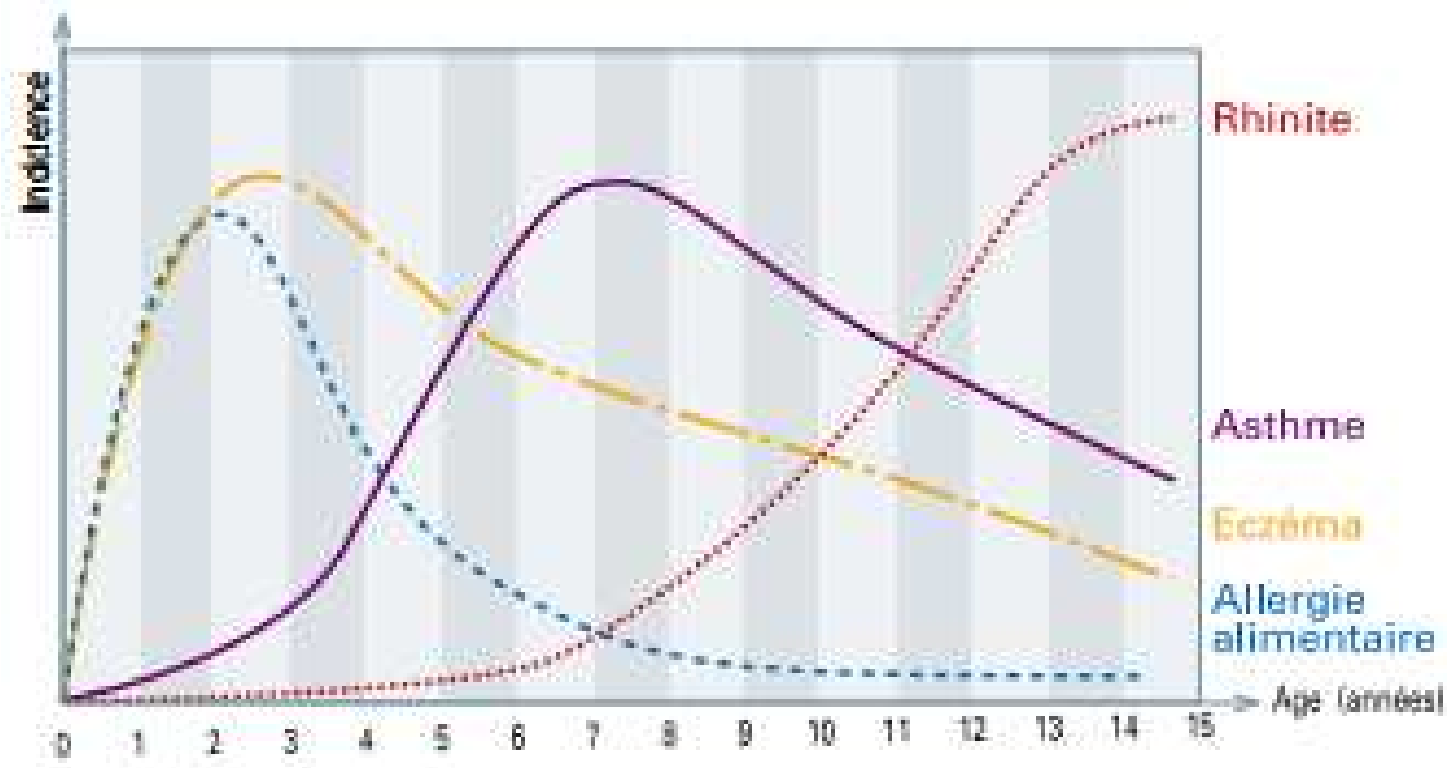
Suspicion allergie : que peut faire le médecin traitant?



Anne Depras-Mouterde (Clinique Rive Gauche)

Cathy Pétureau (Tournefeuille)

Marche atopique classique...



- Rhinite allergique apparait parfois de façon précoce
 - Incidence variable mais probablement 3-4 % à 2 ans
 - Acariens?
- Toux équivalent d'asthme
- Infections respiratoires sifflantes hivernales

Camille ,10 ans

- Rhino-conjonctivite depuis 2 ans au printemps
- Sœur même symptômes mais moins intenses
- ATCD personnels: RAS
- ATCD familiaux : maman eczéma, papa RAS (mais éternue au printemps « comme tout le monde »)
- Examen normal

Que Faire?

Camille, 10 ans

- **Traiter :**

- anti H1 per os
- Et/ou ttt local:
 - Corticoïdes nasaux (Nasonex[®], Rhinomaxil[®], Dymista[®]) +++obstruction nasale
 - Collyre antidégranulant (cromopti[®])/anti H1 (zalerg[®], allergodil[®])
- CO à éviter

- Bilan allergologique de dépistage?

- **Consultation chez l'allergologue**

- **TC POSITIFS pollens de graminées +++ (négatifs acariens / poils d'animaux / alternaria / pollens d'arbre / pollens d'herbacées)**
- EFR normale

Camille, 10 ans

- Suivi et évolution:
 - 1 an après, revoit son allergologue:
 - saison pollinique très difficile malgré les traitements symptomatiques avec altération de la qualité de vie
 - Dosage des IgE spécifiques : G6 > 100 et G213 > 100
 - Décision de DS
 - Poursuite du traitement symptomatique

Allergie respiratoire?

- Tableau évocateur :
 - Asthme +++
 - Rhino-conjonctivite +++
 - Toux chronique? Conjonctivite récidivante isolée?
- Chronologie / Facteurs déclenchants
 - Saisonnier
 - Perannuel
 - Après exposition spécifique
- Anamnèse / Terrain
- +/- test thérapeutique antiH1

Rhinite allergique et Asthme

- 30% des rhinites allergiques ont un asthme
- 75 à 90 % des patients souffrant d'asthme allergique ont une rhinite
- Risque de développer un asthme plus important en cas de sensibilisations aux allergènes perannuels

 **Interrogatoire + EFR**

CAT devant un tableau fortement évocateur d'allergie respiratoire

- **Traiter**
 - Rhinite (HAS)
 - AntiH1
 - Corticoïde locaux
 - Asthme
- Prendre **RDV chez allergologue** pour tests cutanés : **Stop AH 7 jours avant**
- Si RDV tardif
 - Test de dépistage biologique possible
 - **Multiallergénique le plus souvent, adapté à la clinique**
 - Adapté au facteur déclenchant (si identifié) : IgE spécifiques unitaires
 - Possible sous anti-H1

Arthur, 3 ans

- Tousse depuis 3 mois (début 1 mois après à la rentrée en maternelle)
- ATCD personnels:
 - Plusieurs bronchiolites à la crèche traitées de façon épisodique par CI
 - Dermatite Atopique actuellement guérie
- ATCD familiaux
 - Maman allergie aux acariens

Arthur, 3 ans, tousse depuis 3 mois

Toux plutôt grasse ou sèche, diurne et nocturne, insomniente

Renforcée à l'effort et au rire

Pas de sifflements

Pas de rhinite ni de conjonctivite associées

Examen clinique normal

Radio de thorax normale

Inefficacité des traitements : ATB / antitussifs / aérosols / ventoline

Que faire?

Arthur, 3 ans, tousse depuis 3 mois

- **Test de dépistage** : Phadiatop négatif
- **Traitement** : DRP? Corticoïdes inhalés? Aérius?
- **RDV chez pneumoallergologue** après 3 mois de traitement (Mars!)
 - Examen normal
 - Ne tousse plus la nuit ni à l'effort
 - Tests cutanés : négatifs pneumallergènes usuels
 - Stop Flixotide mais envisager ttt de fond pour l'hiver prochain
 - A revoir à distance si nécessaire

Mon enfant tousse, est-ce que c'est une allergie?

- 1/3 des enfants sifflent au cours d'une infection respiratoire < 3 ans
- Toux motif de consultation chez le médecin
 - Toux isolée 17,5% à 1 an / 25% à 4 ans (Luyt et col)
 - Toux nocturne 14,5 % à 7ans
- Toux chronique : définition non consensuelle
 - > 3 semaines (adulte)
 - Toux répétée : > 10 jours par mois pendant au moins 3mois (Marguet et Col)
- Toux équivalent d'asthme
 - Nocturne
 - Effort (rire, agitation, pleurs...)

Mon enfant tousse, est-ce que c'est une allergie?

- ATCD atopie familiale ou personnelle
 - Facteurs déclenchants
 - Coexistence de rhinite et / ou conjonctivite
 - **Vérifier l'absence d'éléments inquiétants**
 - Encombrement permanent
 - Troubles de la déglutition
 - Signes de lutte respiratoire, dyspnée au 2 temps
 - Stridor permanent
 - Anomalie auscultation cardiaque
 - Retentissement sur la croissance staturo-pondérale
 - Déformation thoracique, hippocratisme digital...
- CE intra bronchique entre 1 et 5 ans**

Quel dépistage en cas de suspicion d'allergie respiratoire?

- NFS: Rechercher une hyperéosinophilie > à 500 PNE/mm³
(Si > à 1000 PNE/mm: penser parasitose)

Peu spécifique

- Dosage IgE totale

Non recommandé sauf dans 2 cas : avant mise sous anti IgE (Xolair) et ABPA

- Tests biologiques multi-allergéniques : possibles sous anti-H1

- **Global type Phadiatop** Détection d'IgE spécifiques contre un mélange d'allergènes resp
réponse qualitative (positive ou négative)
- **Spécifique type CLA 30** (Pneumallergènes/Trophallergènes /Mixte)
Non recommandé car Nombreux faux positifs
Ne tenir compte que des réactions de classe 4

**Pas de tests de dépistage allergie alimentaire
"systématiques"**

Phadiatop

- Sensibilité >90%
 - mélange d'Acariens, de poils d'animaux, de moisissures, de pollens de graminées, de pollens d'arbres...(mais composition inconnue)
- Mais peut exister une allergie non diagnostiquée:
 - Monosensibilisation à la blatte ou à l'ambroisie, cyprès
 - Bilan allergo plus poussé en cas de négativité avec forte suspicion clinique d'allergie
- VPP: environ 90%
 - Risque de faux positif faible

Quelle nomenclature pour le dépistage biologique?

- Si nécessaire
- Pas d'IgE totales
- Non cumulables : Test multiallergénique et IgE spécifiques
- Tests de première intention : multiallergéniques
Sont autorisés 1 pneumallergènes + 3 trophallergènes
- Tests de 2^{ème} intention : IgE spécifiques adaptées à la clinique
Sont autorisés 5 pneumallergènes + 5 trophallergènes

Louis, 5 mois

- Eruption avec œdème des extrémités et vomissements lors de l'introduction d'un biberon de lait artificiel.
- Poursuite allaitement maternel. Pas d'autre essai depuis
- 1° bébé, né à terme.
- Rhinite allergique chez le papa et asthme dans l'enfance chez la maman
- Bonne croissance staturo-pondérale

→ Diagnostic?

Allergie IgE médiée au lait de vache



- Quelle conduite à tenir et quel bilan proposez-vous ?

Quelle conduite à tenir?

- Eviction du lait de vache
 - Allergie croisée lait vache - lait de chèvre et brebis >90%
 - Attention «lait-jus» végétaux très inadéquats nutritionnellement
 - Laits HA (hypoallergéniques) extensivement hydrolysés = PAS indiqués
 - Formule à base de protéines de soja: présence de phyto-œstrogènes : non
- Si sevrage souhaité, mise sous hydrolysats de protéines
 - Lait extensivement hydrolysé ou Acides aminés : seulement si échec des hydrolysats
 - Formule à base de protéines de riz : en 2° intention et fonction rupture de stock....
- Diversification : classique en dehors des produits laitiers. Ne pas retarder
- Si tolère petite dose de lait (type beurre ou gâteau contenant du lait) la poursuivre

Quel bilan?

- Biologie avec recherche des IgE spécifiques du lait (f2) et des protéines f76 (alpha lactalbumine), f 77 (Blactoglobuline) et f 78 (caseine)
→ Confirme le diagnostic si doute et permet de faire un état de base.
- Prick test si doute, mais pas indispensable si diagnostic évident
- Prévoir RDV allergologue avant 12 mois pour pouvoir faire un test de réintroduction sous surveillance idéalement entre 12 et 15 mois (fenêtre de tolérance).

Lina, 15 mois

- Troisième enfant née à terme. Bonne croissance
- Les parents vous consultent spontanément car après des lectures sur internet... ils s'interrogent sur possible allergie au lait chez leur fille.
- Elle présente un eczéma avec un prurit intense malgré les crèmes qu'ils appliquent.

Que faire?



Que faire?

Indications d'un bilan allergologique dans la DA : Conférence de consensus dermatite atopique 2004

- a) La *DA grave* définie comme un échec au traitement adapté bien conduit.
- b) L'enfant ayant une DA et une *stagnation ou cassure de la courbe staturopondérale*.
- c) L'enfant ayant une DA avec *manifestations IgE médiée* à un aliment, ou des manifestations respiratoires (asthme, rhinite, conjonctivite) après 2 ans

→ En dehors de ces indications, reprendre le tt de l'eczéma avec les parents

- **conseils hygiéniques** : baisser t° bain, douche
- **Hydratation** : Traitement émollient dès la naissance chez des enfants à haut risque peut prévenir le développement de l'eczéma avec une réduction du risque relatif de 50 % (sampson 2015)
Prévention du passage cutané des allergènes alimentaires, voie importante des sensibilisations alimentaires
- et si besoin **dermocorticoïdes** en quantité suffisante

Si indication de bilan allergique, quelle biologie de dépistage de l'allergie alimentaire par MT?

- Avant un an: fx 5
 - lait, œuf, poisson, arachide, soja, blé
 - Permet de dépister 93,7% des sensibilisations alim avant 1 an
- A partir de 1 an: Trophatop° enfant : contient 3 mélanges:
 - fx26: lait, œuf, arachide, moutarde
 - fx27: poisson, noisette, soja, blé
 - fx28: crevette, kiwi, bœuf, sésame

ATTENTION:

Pas de régime d'éviction à l'aveugle même si trophatop +.

Si on suspecte vraiment un aliment : éviction sur 4 semaines. Le résultat doit être évident.

Sinon, reprendre rapidement cet aliment car risque de développer allergie IgE médiée

Pas d'éviction alimentaire multiple sur un trophatop +

Level 3 >	Whitefish
Level 3 >	Vodka
Level 3 >	Trout (sea)
Level 3 >	Tea (green)
Level 3 >	Sugar (white)
Level 3 >	Sugar (brown)
Level 3 >	Shrimp
Level 3 >	Sardine
Level 3 >	Salt
Level 3 >	Salmon
Level 3 >	Pork Sausages
Level 3 >	Oyster Mushroom
Level 3 >	Mushrooms
Level 3 >	Molasses
Level 3 >	Mango
Level 3 >	Macadamia Nuts
Level 3 >	Lemons
Level 3 >	Lager
Level 3 >	Horse Radish
Level 3 >	Granny Smith Apple
Level 3 >	Ginger
Level 3 >	Endive
Level 3 >	E 938 Argon
Level 3 >	E 628 Dipotassium guanylate
Level 3 >	E 626 Guanylic Acid
Level 3 >	E 558 Bentonite
Level 3 >	E 552 Calcium Sillicate
Level 3 >	E 55 Aluminium Potassium Silicate
Level 3 >	E 525 Potassium Hydroxide
Level 3 >	E 509 Calcium Chloride
Level 3 >	Sorbitan Mono-oleate
Level 3 >	Stearyl TartDescription
Level 3 >	lactic acid esters of mono and diglyceride
Level 3 >	and diglyceride
Level 3 >	aric Acid

Pas de place pour les IgG spécifiques

→ Cher, non remboursé et beaucoup de FP

Allergie alimentaire



1) **Forme immédiates IgE médiée** : diagnostic «facile»

- On craint : arachide, fruits à coque, poisson, crevette, lait de vache, de chèvre, œuf, soja, légumineuse, blé, moutarde. Surtout si réaction généralisée

Ne pas hésiter d'orienter vers allergologue (éducation, PAI et voir si test reintro possible)

Prescription adrénaline possible au cabinet, en expliquant la manipulation

- On ne craint pas : les réactions péribuccales à la tomate, aux fraises, aux aubergines et autres aliments histaminoliberateurs.

On rassure et reprise ultérieurement

idem pour « pseudo allergie moustique »:

pas d'indication de cs spécialisée, répulsifs et tt locaux

Allergie alimentaire



- **Forme non IgE médiée** : diagnostic difficile
 - Seul test épreuve éviction/réintroduction (1mois)
 - Forme SEIPA : forme digestive (vomissement et/ou diarrhée), très violente, survenant de façon retardée, jusqu'à 6h après l'ingestion d'un aliment
 - TC et biologie –
 - ! pas de réintro à domicile Risque de déshydratation important
 - Consultation spécialisée

Take Home

- Pas d'âge minimum pour les tests d'allergie
- Restez clinique, pas forcément de biologie si dg évident
 - Si biologie, test multiallergénique OU igE spécifiques 5 alimentaires et/ou 5 respiratoires
- Si symptômes respiratoires et allergie : traiter l'allergie pour améliorer le quotidien
- Pas d'éviction alimentaire sans critère clinique évident : dangereux
- Hydratation cutanée chez nourrissons à risque allergique : prévention
- Si prescription d'adrénaline, toujours en expliquer la manipulation

MERCI