SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

Allergie & Microbes

INTERVENANTS

Expert hospitalier > **Chantal KARILA (Paris)** - chantal.karila@nck.aphp.fr

Expert ANAFORCAL > **Carine LARUE-BILLARD (Meaux)** - carinelarue@gmail.com

Rapporteur > **Isabelle JACQUES (Bruxelles)** - isjacques@hotmail.com

Assistant-Rapporteur > **Rima KARKAR (Setif)** - drkarkar.r@gmail.com

Animateur-organisateur > **Laurianne MOUMANE (Belfort)** - laurianne.moumane@yahoo.fr

PRE-REQUIS

« Les participants doivent avoir acquis les connais ur l’anaphylaxie alimentaire »

HORAIRE – DUREE ATELIER - PAUSE

- **Mercredi 17 avril 2019**
- **14 h 30 – 18 h 00**
- **Pause** de 30 minutes : 16 h 00 à 16 h 30

TIMING

- **14 h 30** : Présentation des intervenants et recueil des besoins des participants / **Pré-test**
- **15 h 00** : 4 cas cliniques en sous-groupes (10 de réflexion en groupes, puis présentation et topo /discussion)
- **16 h 00** : Pause (30 minutes)
- **16 h 30** : Quizz (laits)
- **17 h : A**drénaline
- **17 h 30** : **Post-test /** questions / vérification que les objectifs sont atteints avec points forts et messages-clés
- **18 h 00** : Fin

OBJECTIFS

1- **Citer 2 situations cliniques alimentaires où les prick-tests où les IgE spécifiques sont pertinentes**

Et Citer 2 situations cliniques alimentaires où les prick-tests où les IgE spécifiques ne sont pas pertinentes

2- **Citer 4 laits adaptés chez un nourrisson de 4 mois présentant une APLV**

Et Citer 4 laits non adaptés

3- **Citer au moins 4 indications de prescription d'un stylo d'adrénaline**

4- **Lister les conseils à donner en cas d'accident anaphylactique alimentaire**

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

CAS CLINIQUE N° 1 : Dr Chantal KARILA

CLEMENCE

Née à terme
Allaitement mixte jusqu'à 2 mois, puis sevrage

Vers 2 mois

- Constipation sévère
- Eczéma
- Pleurs importants
- Régurgitations ++
- Difficultés à boire, refus du biberon

Faites-vous un bilan, et si oui, lequel ?
Proposez-vous un régime alimentaire et si oui, lequel ?

Vous la revoyez à 10 mois, elle est en éviction des PLV.
Proposez-vous une réintroduction des PLV, quand et comment ?

ZIAD

- Né à terme à 38 SA, PN : 3250.
- Allaitement maternel jusqu'à 12 mois.
- Début de diversification à 5 mois. A 12 mois, alimentation « familiale »
- Dermatite atopique modérée évoluant depuis l'âge de 4 mois. Plus intenses plus petit.
- Actuellement crises surtout l'hiver, avec plaques sur les plis du coude et des genoux, parfois plus importantes sur le torse, cédant après application de dermo-corticoïdes.
- Bon développement staturo-pondéral, aucun troubles du transit, pas de signes digestifs.
- Pas d'autres antécédents
- La maman est inquiète quant à la possibilité d'une allergie alimentaire et a demandé un dépistage des allergies alimentaires à son médecin traitant.
- Le trophatop Fx26 : +, les IgE totales : 950 UI/ml. Le médecin traitant a demandé les différentes fractions, les résultats sont les suivants :
  - IgE lait de vache < 0,10 KU/l
  - IgE blanc d'œuf < 0,10 KU/l
  - IgE arachide = 0,98 KU/l
  - IgE moutarde < 0,10 KU/l

- Que conseillez-vous à la maman de Ziad ?

CAMILLE

HDM

- Allaitée
- Urticaire au sevrage - Sevrée avec un hydrolysat -> OK
- A 3 ans : choc anaphylactique avec des Curlys cacahuète

Consultation à 3 ans 2 mois

- Prick-test positif pour l'arachide -> Allergie à l'arachide
- Toujours sans PLV, diversification OK

Vous proposez un suivi des IgE spécifiques et vous la revoyez à 4 ans :

IgE spécifiques (Ku/L)	3 mois	1 an	4 ans
Lait vache	3,06	24	43
Caséine	2, 46	31	35

Dans le mois qui précède, Camille a réagi (rhinite, urticaire) en mangeant un petit pain au lait.
Que proposez-vous ?

Revue à 5 ans. Elle a mangé à 2 reprises un petit beurre de LU sans réagir.
Que proposez-vous ?

NAIA

- Né à terme à 38 SA, PN : 2980, parents antillais
- Allaitement maternel jusqu'à 3 mois.
- Dermatite atopique depuis la naissance
- APLV IgE-médiée en relais d'allaitement maternel avec symptômes immédiats de grade 1, prick et IgE positives. Allergie à l'œuf peu cuit, mais tolérance de l'œuf dans les gâteaux industriels (boudoirs). Consomme tous les jours 1/2 Curly pour prévenir l'allergie à l'arachide.
- A 6 mois, consomme de la purée de patate douce, un dessert picot sans lait et une compote de pomme. Après la sieste, un vomissement, enfant grognon. Puis 10 min plus tard, 3 vomissements importants, pâleur, enfant amorphe. Les parents consultent aux urgences. Durant le trajet 4 nouveaux vomissements. A l'arrivée aux urgences, enfant amorphe, pli cutané, sécheresse buccale, pouls à 180, TA normale basse pour l'âge. Survenue d'une débacle diarrhéique. Hospitalisation pour réhydratation intra-veineuse, diagnostic de gastro retenu.
- Quinze jours après, les parents redonnent de la purée de patate douce avec du poulet, un compote de poire. Après la sieste, les symptômes récidivent de façon moindre.
- **Quel est votre diagnostic?**
- **Quel bilan pratiquez vous?**

Clémence

Née à terme

Allaitement mixte jusqu'à 2 mois, puis sevrage

Vers 2 mois

- Constipation sévère
- Eczéma
- Pleurs importants
- Régurgitations ++
- Difficultés à boire, refus du biberon

Faites-vous un bilan, et si oui, lequel ?

Proposez-vous un régime alimentaire et si oui, lequel ?

Vous la revoyez à 10 mois, elle est en éviction des PLV.

Proposez-vous une réintroduction des PLV, quand et comment ?

Clémence

Née à terme

Allaitement mixte jusqu'à 2 mois, puis sevrage

Vers 2 mois

- Constipation sévère
- Eczéma
- Pleurs importants
- Régurgitations ++
- Difficultés à boire, refus du biberon

Faites-vous un bilan, et si oui lequel ?

Bilan

- IgE spécifiques lait (inutile ici) : < 0,10 Ku/L
- Patch-test (non recommandé) : négatif
- OU aucun (âgée de 2 mois, aucun symptôme d'allergie IgE-médiée)
  → d'emblée essai de régime sans PLV (seul aliment consommé par Clémence)

Régime alimentaire

- Eviction PLV
- Essai hydrolysat PLV ou d'emblée formule d'AA

Reco EEACI : suspicion APLV non IgE-médiée
Régime d'éviction de 2-4 semaines (jusqu'à 6 semaines si œsophagite à éosinophiles)

- Si pas d'amélioration, le LV n'est pas responsable des symptômes (pas APLV non IgE-médiée)
Si échec hydrolysat, essai FAA avant de conclure

- Si amélioration, phase de réintroduction, possible à domicile après vérification du non passage à une forme IgE-médiée
A quel moment ?

Clémence

2 mois ½

Essai hydrolysat : mieux ++ pendant 3 jours, puis récidive !

3 mois

Essai Formule AA : magique ! Va bien

4 mois

Début de la diversification sans lait

5 mois

Erreur : 1 pot légume avec crème -> Rejets, pleurs ++ la nuit, gaz

5 mois ½

Consultation : va très bien

Prick-test négatif pour lait

A quel moment et comment réintroduire le lait de vache ?

Si amélioration clinique sous éviction des PLV

A quel moment ?

- Après 2-3 mois / 6 mois / 12 mois d'hydrolysat ou FAA ?
- Pas avant l'âge d'1an (on la laisse grandir/grossir) ? (avis personnel)
- 9 mois : lait très cuit (biscuits) ?

Comment ?

- Faire un prick-test LV avant la réintroduction
- Par une réintroduction à domicile, progressive en fonction de la quantité de protéines dans les aliments

Clémence

Vous la revoyez à 10 mois, elle est en éviction des PLV.

Proposez-vous une réintroduction des PLV, quand et comment ?

A 10 mois

- Diversifiée sans lait, va très bien
- Prick-test négatif pour lait

-> Proposer d'introduire par paliers pour tester la dose tolérée / guérison

15 mois : régime normal, va très bien

Au total

- APLV non IgE-médiée
- Nécessite régime strict avec FAA pour obtenir la disparition des symptômes

-> Guérison rapide, malgré (ou grâce) un régime strict !

Clémence

Lait dit cru : naturel, pasteurisé ou UHT

Lait cuit :

- ***peu cuit 40°*** **:** dans les yaourts et certains desserts lactés
- ***cuit 70-80° :*** dans les fromages
- ***très cuit 180° :*** dans les biscuits secs industriels (ex : véritable Petit Beurre de Lu), et couplé à une matrice blé, ce qui diminue l'allergénicité

1 petit beurre de Lu correspond à 1,31 ml de lait

1 petit pain au lait Pasquier correspond à 3,5 ml de lait

https://fr.openfoodfacts.org

Bidat E, et coll. APLV … Revue française d'allergologie 59 (2019) 41-53

Allergénicité des produits laitiers par ordre croissant ?

Pour 100 g d'aliment	
Beurre	0,7 g
Crème fraiche	2 g
Lait stérilisé UHT = Lait stérilisé UHT bouilli	3 g
Lait pasteurisé bouilli	3 g
Produits à base de lait pasteurisé (Yaourt, crème-dessert, lait micro filtré …)	3 g
Lait cru	3 g
Fromage à tartiner et fromages frais (Kiri®, Vache qui rit®, fromage blanc, petit-suisse …)	8 g
Fromage pasteurisé (Emmental, gouda, tomme, camembert)	20-30 g
Fromage au lait cru (comté, parmesan, camembert)	35 g

APLV non IgE -édiée (Résumé)

- Symptômes retardés et chroniques - digestifs et/ou eczéma
- Eczéma précoce et sévère ne répondant pas aux dermocorticoïdes

- Est dose-dépendante
- Explorée éventuellement par les patch-tests : tester l'aliment mangé quotidiennement par l'enfant

Pour faire le diagnostic

→ Faire obligatoirement un régime d'éviction – réintroduction

Durée de l'éviction pour juger de l'efficacité : 2-4 à 6 semaines *(EEACI - Werfel Allergy 2007, 62:723),*
à poursuivre 3 mois si une amélioration des symptômes
Comment réintroduire ?
- 2e bilan allergologique (prick-test et IgE spécifiques)
- Toujours réintroduction progressive, par paliers de 8 jours

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

CAS CLINIQUE N° 2 Dr Chantal KARILA

Camille

HDM

- Allaitée
- Urticaire au sevrage - Sevrée avec un hydrolysat -> OK
- A 3 ans : choc anaphylactique avec des Curlys cacahuète

Consultation à 3 ans 2 mois

- Prick-test positif pour l'arachide -> Allergie à l'arachide
- Toujours sans PLV, diversification OK

Vous proposez un suivi des IgE spécifiques et vous la revoyez à 4 ans

IgE spécifiques (Ku/L)	3 mois	1 an	4 ans
Lait vache	3,06	24	43
Caséine	2, 46	31	35

Dans le mois qui précède, Camille a réagi (rhinite, urticaire) en mangeant un petit pain au lait.
Que proposez-vous ?

Revue à 5 ans. Elle a mangé à 2 reprises un petit beurre de LU sans réagir.
Que proposez-vous ?

Camille

HDM

- Allaitée
- Urticaire au sevrage - Sevrée avec un hydrolysat -> OK
- A 3 ans : choc anaphylactique avec des Curlys cacahuète

Consultation à 3 ans 2 mois

- Prick-test positif pour l’arachide -> Allergie à l’arachide
- Toujours sans PLV, diversification OK

Vous proposez un suivi des IgE spécifiques et vous la revoyez à 4 ans

Consulte 4 ans

IgE spécifiques (Ku/L)	3 mois	1 an	4 ans
Lait vache	3,06	24	43
Caséine	2, 46	31	35

Dans le mois qui précède, elle a réagit (rhinite, urticaire) en mangeant un petit pain au lait, que faites-vous ?

- TPO lait très cuit

-> **TPO « Petit pain au lait de Pasquier »** (10% de lait)

- Réaction : rhinite, urticaire à la dernière dose (2 petit pains)

Camille

Beurre autorisé

1/4 de petit pain au lait tous les jours

- **CONSULTATION à 4 ans ½**
  - Erreur récente : contact lait cru -> urticaire
  - IgE spécifiques caséine = 5,2 Ku/L
  - IgE spécifiques lait de vache = 7 Ku/L

  Augmenter la quantité quotidienne de petit pain au lait
  -> 1 entier sans réaction

  Envisager un TPO lait cru 6 mois plus tard

- **5 ans : TPO lait cru**
  - 0,1 – 0,5 – 1 - 2,5 ml
  - 4,1 ml (dose cumulée) -> Œdème des lèvres, urticaire visage
  - Dernière dose cumulée non réactive : 1,6 ml

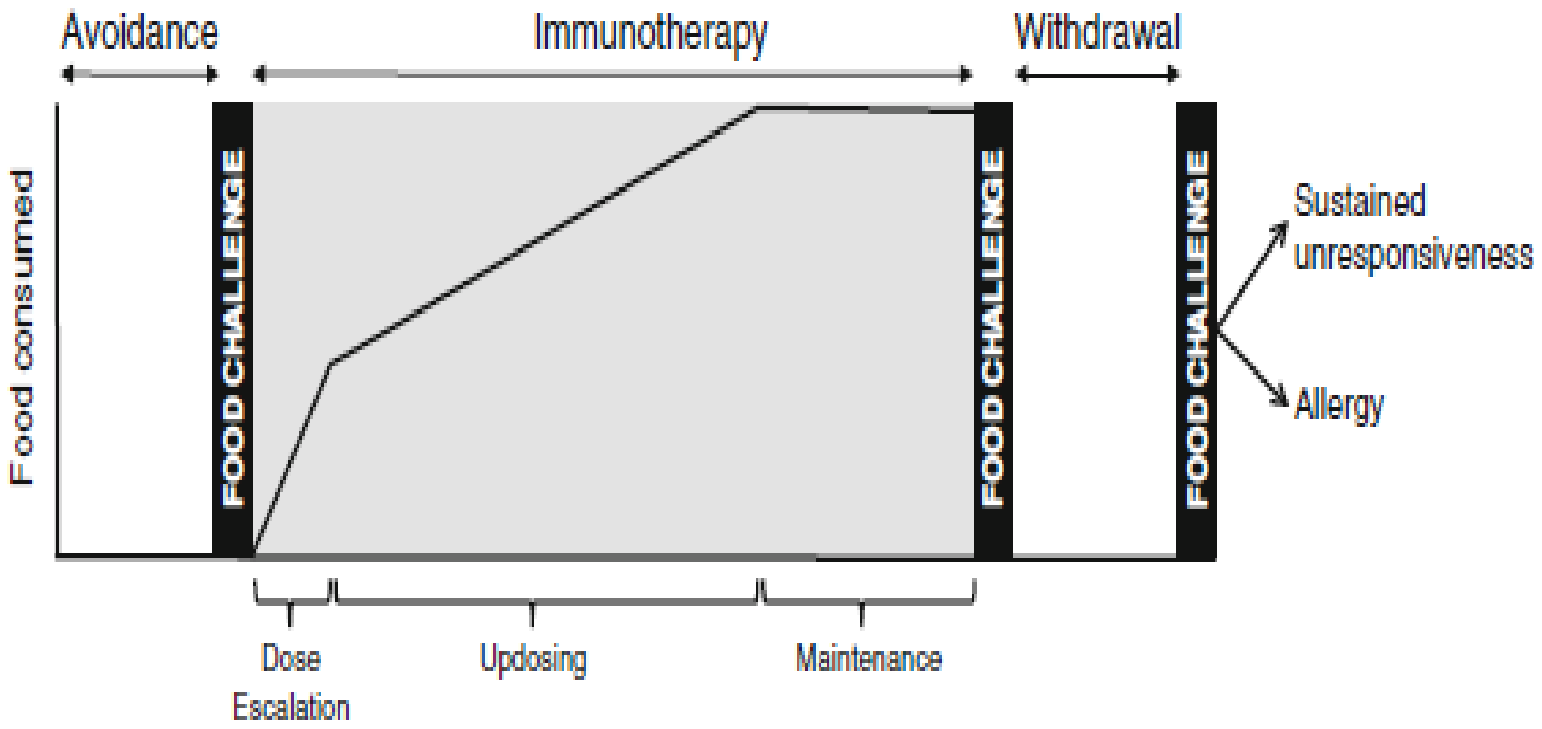
Que peut-on proposez ?

Proposer une immunothérapie orale avec le lait cru

Reco EEACI :

N’envisager une ITO au lait qu’à partir de l’âge de 4-5 ans

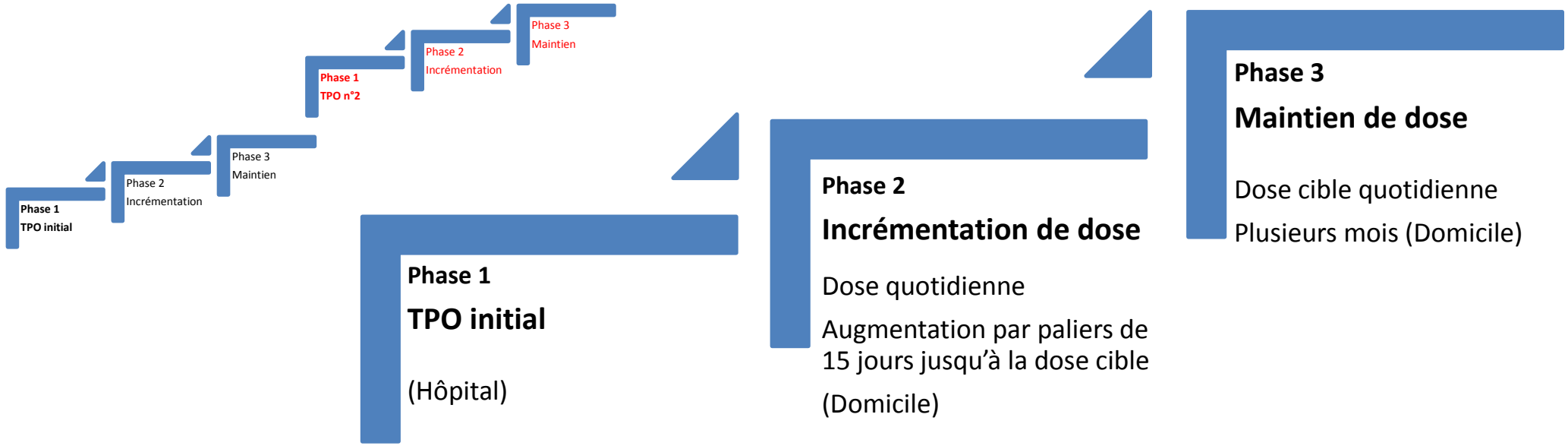
L'immunothérapie (IT)



Exposition prolongée ou répétée à des doses croissantes d'allergène dans le but

- **d'obtenir un certain degré de tolérance (≠ guérison)**
- de diminuer le risque anaphylactique (en augmentant la dose-seuil réactive)

IT orale – Protocole - Principes



Phase 1 – TPO initial

Détermination de la dose-seuil réactive
et de la dose cible (souvent la dose précédente la dose-seuil)

Phase 2 – Incrémentation

Dose initiale : 1/10è de la dose cible ?
Paliers d'augmentation : en général dose quotidienne X 2, jusqu'à la dose cible

Phase 3 – Plateau

Durée ? Minimum 3 à 9 mois ?

ET Prises régulières post-ITO

Camille

Immunothérapie orale (ITO) au lait de vache cru

Dose cumulée non réactive 1,6 ml

Prises quotidiennes, pendant un repas (soir)

-> 0,5 ml pendant 15 jours

-> 1 ml les 15 jours suivants

-> 2 ml

Pendant 6 mois

Camille

6 ans

- Prend 2 ml tous les jours
- TPO 200 ml lait : pas de réaction -> Normalisation du régime

	1 an	4 ans	4 ans 1/2	5 ans	5 ans 1/2	6 ans
IgE sp. caséine	31	35	5,2	4,7	5,4	4,26
IgE sp. Lait vache	24	43	7	5,5	9,3	6,1
		TPO pain au lait : réaction		TPO lait : 4 ml œdème		TPO 200 ml OK
Traitement		¼ pain au lait	1 pain au lait	0,5 ml lait /jour	Jusqu'à 2 ml /semaine	

En pratique : dosage des IgE spécifiques dans l'APLV

Dosage des IgE spécifiques

- Tous les 6 mois chez le petit NRS
- Puis 1 fois par an

-> Evolution des IgE spécifiques lait de vache et caséine

Analyse des erreurs de régime ++

-> Décision de TPO à l'hôpital

Valeur prédictive du taux d'IgE spécifiques dans l'acquisition de tolérance au lait de vache

Espagne
Etude prospective de 4 ans
170 patients inclus

Bilan à
12-18-24-36 et 48 mois

140 patients devenus tolérants
(82%)

Cow's milk and casein specific IgE levels (median and range KU/L) in patients with persistent (n = 30) versus tolerant CM allergy (n = 140)

Age	Cow's milk specific IgE levels		Casein specific IgE levels	
	Allergic patients	Tolerant patients	Allergic patients	Tolerant patients
12	3.06 (0.34-92)	0.36 (0.34-22.6)	2.2 (0.34-86.3)	0.34 (0.34-20.9)
18	3.89 (0.34-99)	1.61 (0.34-13.2)	3.7 (0.34-101)	0.85 (0.34-8.52)
24	12.3 (0.34-101)	0.86 (0.34-25.7)	9.3 (0.34-101)	0.66 (0.34-12.5)
36	30.4 (0.43-101)	0.81 (0.34-15.5)	34.9 (0.66-101)	0.72 (0.34-101)
48	24.9 (0.62-101)	1.52 (0.34-5.18)	30.2 (0.99-101)	1.05 (0.34-3.04)

Age: months.
Allergic patients: patients with persistent CMA.

Martorell A, Allergo Immunopathol 2008

Suivi des IgE spécifiques = Aide à la décision

VPP 95%

- IgE spécifiques lait vache > 15 UI/l
  (Si moins de 2 ans : 5 UI/l)

Facteur de bon pronostic :

- Décroissance rapide des IgE spécifiques sur 1 an

Valeur seuil des IgE spécifiques caséine ? **Plutôt la cinétique**

Evolution de APLV IgE médiée

Acquisition de tolérance fréquente

Notion fréquente : 85% de guérison à 3 ans

Données récentes moins optimistes

A l'âge de 8 ans, APLV persiste dans :

- 15% des cas (Saarinen, JACI 2005)
- 52% des cas (Skripak, JACI 2007)

APLV IgE-médiée

Si bonne baisse des IgE spécifiques :

- Proposer TPO 200ml

Si IgE très élevées ou erreurs de régime, entrainant des réactions :

- Proposer l'introduction du lait très cuit dans les biscuits
  - Si OK : normaliser le lait cuit
  - Si réaction : essayer d'en donner à une dose inférieure à la dose réactive
- Attention régularité : tous les jours : primordial !

Résumé

APLV	IgE-médiée	Non IgE-médiée
Diagnostic	Régime strict (LEH ou FAA)	Régime strict (LEH ou FAA)
Evolution	Surveillance IgE - Erreurs Décision TPO à Hôpital -> guérison ou élargissement du régime	Introduction progressive - À domicile - Par paliers
Sévère, durable	Tentative lait très cuit Immunothérapie orale	Aucune étude prouvant l'intérêt des traitements

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

CAS CLINIQUE N° 3 : Dr Carine BILLARD-LARUE

ZIAD 4 ans

- Né à terme à 38 SA, PN : 3250.
- Allaitement maternel jusqu'à 12 mois.
- Début de diversification à 5 mois. A 12 mois, alimentation « familiale »
- Dermatite atopique modérée évoluant depuis l'âge de 4 mois. Plus intenses plus petit.
- Actuellement crises surtout l'hiver, avec plaques sur les plis du coude et des genoux, parfois plus importantes sur le torse, cédant après application de dermo-corticoïdes.
- Bon développement staturo-pondéral, aucun troubles du transit, pas de signes digestifs.
- Pas d'autres antécédents

ZIAD suite

- La maman est inquiète quant à la possibilité d'une allergie alimentaire et a demandé un dépistage des allergies alimentaires à son médecin traitant.
- Le trophatop Fx26 : +, les IgE totales : 950 UI/ml. Le médecin traitant a demandé les différentes fractions, les résultats sont les suivants :
  - IgE lait de vache < 0,10 KU/l
  - IgE blanc d'œuf < 0,10 KU/l
  - IgE arachide = 0,98 KU/l
  - IgE moutarde < 0,10 KU/l

- Que conseillez-vous à la maman de Ziad ?

Evaluation de la consommation d’arachide

- Ziad a une alimentation « familiale », il consomme régulièrement des Curlys lors des apéritifs, des MM’s;
- Aucun antécédent de manifestations immédiates, donc aucune indication à faire un régime d’éviction.
- S**imple sensibilisation à l’arachide** avec un **taux élevé d’IgE totales.**

Quelles sont les recommandations de l'EAACI

* « Les sensibilisations ig E ne prédisent pas toujours une histoire clinique d'allergie alimentaire, les bilans allergéniques doivent donc être dirigés par l'histoire clinique. »
- « La découverte d'une sensibilisation à un trophallergène doit amener au diagnostic d'allergie alimentaire si elle corrélée à une histoire clinique compatible et/ou à un test de provocation alimentaire positif. »
- « la détermination du taux d'ig E totales est particulièrement utile chez les patients avec un eczéma sévère. Un taux élevé d'ig E total suggère que les ig E spécifiques positives doivent être interprétées avec précaution car elles peuvent représenter une sensibilisation asymptomatique »

En pratique

- Savoir dire non : pas d'indication à explorer une dermatite atopique modérée isolée.

Dermatite atopique = ANOMALIE DE LA BARRIERE CUTANEE

Les poussées ne sont pas dûes à une allergie alimentaire

Peau = Voie de sensibilisation

Bilan à faire uniquement après avis spécialisé si dermatite atopique **précoce** et **sévère, et après un traitement correct de celle-ci**

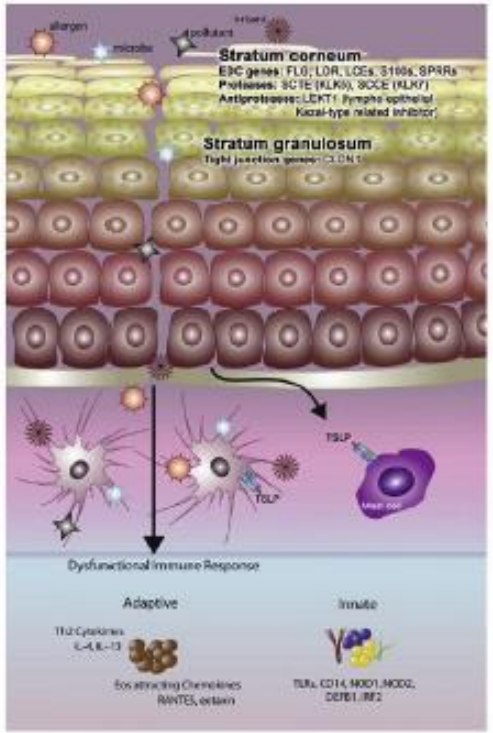
Lack and al. Epidemiologic risks for food allergy. JACI 2011

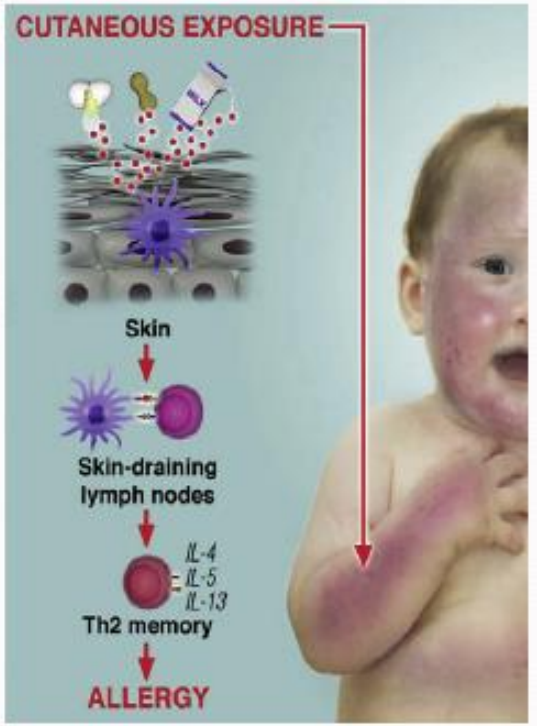
Hypothèse physiologique actuelle

Les anomalies de barrière épidermique précèdent et favorisent les sensibilisations allergéniques

Les anomalies de barrière cutanée favorisent une surexpression des médiateurs pro-inflammatoires relargués par la peau malade et vont favoriser une réponse TH2

R Agrawal Curr Allergy Asthma Rep 2014
P Pralong RFA avril 2015





D'après Lack JACI 2011

Ziad (suite)

- Un rendez-vous allergologique a été demandé. Vous voyez Ziad alors qu'il est âgé de 4 ans et 8 mois.
- Il est en éviction de l'arachide depuis le résultat de la prise de sang. Il y a 15 jours, Ziad a consommé un nouveau Kit Kat et a présenté immédiatement un gonflement des lèvres, avec gêne respiratoire, difficultés à avaler, voix rauque, puis un vomissement. Les parents ont consulté aux urgences, où les symptômes s'étaient amendés.
- Le prick test à l'arachide est +, les tests aux pneumallergènes sont négatifs.
- Le bilan que vous demandez est le suivant :

	Janvier 2018	Sept 2018
Arachide	0,98	43
Ara h 1		27
Ara h 2		39
Ara h 3		3,5
Ara h 6		28

- **Comment expliquez-vous les résultats?**
- **Que proposez-vous**?

- Le régime d’éviction de 8 mois a conduit à une perte de tolérance progressive vis à vis de l’arachide, comme en témoigne l’élévation des ig E spécifiques.
- Ziad est devenu allergie à l’arachide.

Quelles sont les recommandations de l'EAACI

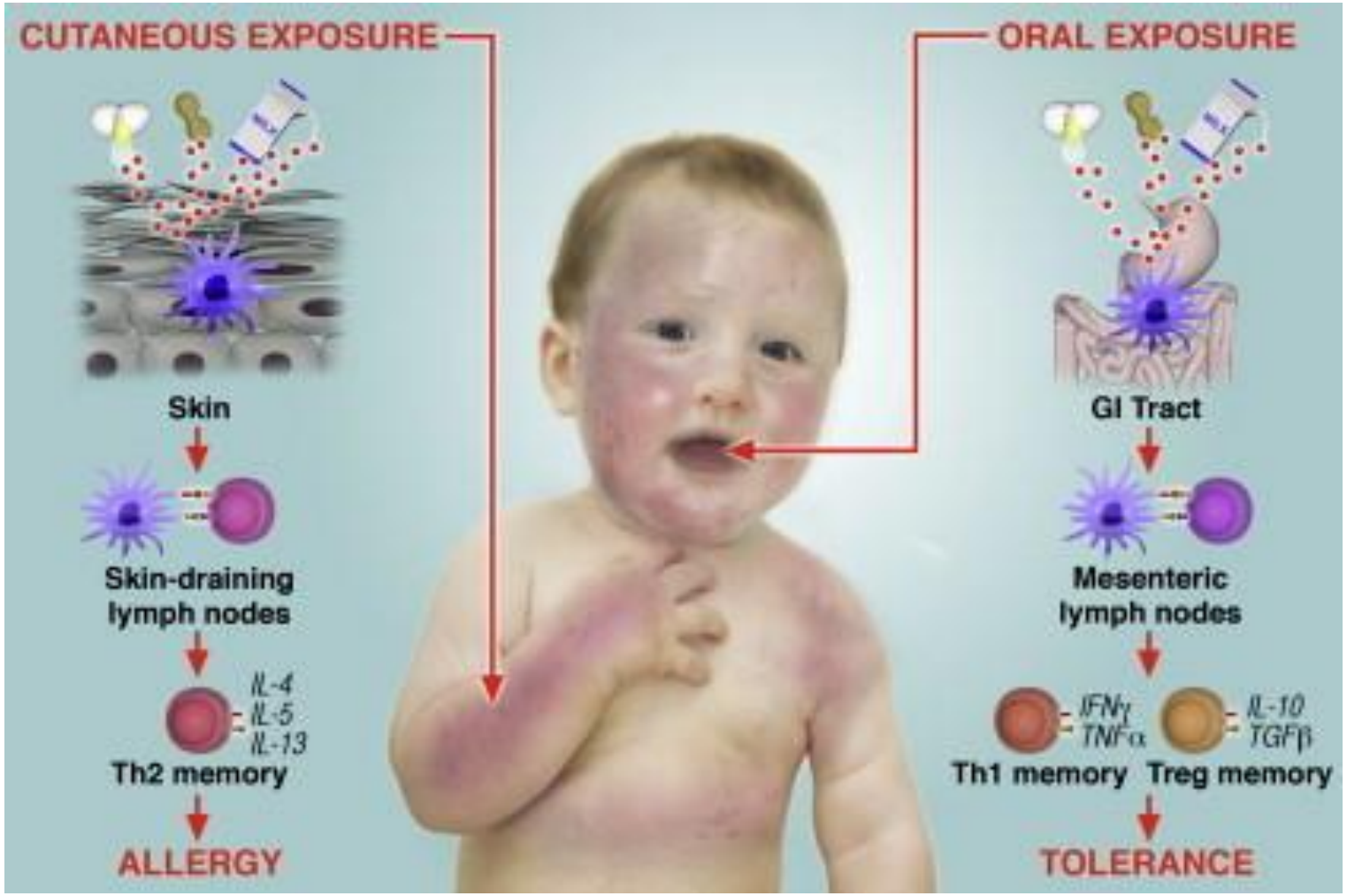
- « Pour chaque aliment en éviction, le régime doit être soigneusement accompagné, et son résultat EVALUÉ APRÈS 2-4 SEMAINES d'éviction »
- « Quand le régime d'éviction ne conduit pas à une amélioration significative des symptômes, l'allergie alimentaire à l'aliment incriminé est hautement improbable ».

En pratique

- En cas de dermatite atopique sévère, si doute sur l'implication d'un aliment :
- **Vérifier d'abord le traitement** de la dermatite atopique : limitation des irritants, application quotidienne d'émollient, utilisation adéquate et en quantité suffisante de dermocorticoïdes.
- Si un régime d'éviction est décidé, **utiliser un élément de comparaison** pour authentifier une éventuelle amélioration : SCORAD.
- **Réévaluer l'enfant après 2 à 4 semaines, impérativement avec le même test.**
- En l'absence d'amélioration, **REINTRODUIRE l'aliment.**

- Pour Ziad, le régime n'a pas été décrété par un médecin, mais fortement conseillé par l'entourage et n'a donc pas été réévalué.
- D'où l'importance de ne pas faire de bilan « de dépistage »!!!!

La voie orale est tolérogène – régime d'éviction = RISQUE DE PERTE DE TOLERANCE



RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES AA

Recommandations EAACI

Quelles sont les recommandations de l'EAACI pour le management des allergies alimentaires

« les patients et l'entourage doivent être informés sur les aliments qui doivent être en éviction et des conseils pratiques doivent être donnés sur les mesures d'éviction, sur la manière de reconnaître les réactions allergiques et sur la gestion de ces réactions. »

« le diagnostic d'allergie alimentaire doit, avec autorisation, être communiqué à l'entourage de l'enfant »

« les patients et leur entourage doivent être encouragés à rejoindre une organisation de patients »

« tous les patients avec une allergie alimentaire ont besoin d'un plan d'action avec une éducation du patient et de leur entourage incluant l'école »

« l'éducation comprend l'éviction de l'allergène, la reconnaissance des symptômes et les indications pour les traitements spécifiques et leur administration »

Quelles sont les recommandations de l'EAACI pour le management des allergies alimentaires

« Le**s indications absolues** pour la prescription d'AIA sont

* antécédents d'anaphylaxie alimentaire (quel que soit l'aliment)
* allergie alimentaire associée à un asthme persistant ou sévère ou AA induite par l'exercice »

« Les **indications relatives** pour la prescription d'AIA sont :

* les allergies alimentaires qui sont habituellement persistantes
* réaction modérées à sévères à l'arachide et/ou aux fruits à coque
* réaction modérées à sévères ave seuil réactogène bas
* groupes à hauts risques : Adolescents, jeunes hommes, accès difficile au soin »

« un beta2 doit être inclus dans le plan d'action pour tous les patients avec un asthme coexistant pour être administrés en cas de bronchospasme après l'administration d'adrénaline »

« des corticoïdes peuvent être donnés pour prévenir les symptômes respiratoires retardés »

« tout patient ayant reçu de l'adrénaline doit être adressé aux urgences »

Quelles sont les recommandations de l'EAACI pour le management des allergies alimentaires

- « Des TPO doivent être pratiqués à intervalles réguliers, appropriés selon l'aliment en cause et l'histoire clinique du patient, pour évaluer l'acquisition d'une tolérance »

- « Les tests d'IgE spécifiques (in vitro et prick tests) sont d'une valeur limitée pour guider de façon adéquate le moment où les TPO doivent être réalisés »

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

CAS CLINIQUE N° 4 : Dr Carine BILLARD-LARUE

Naïa 18 mois

- Né à terme à 38 SA, PN : 2980, parents antillais
- Allaitement maternel jusqu'à 3 mois.
- Dermatite atopique depuis la naissance
- APLV IgE-médiée en relais d'allaitement maternel avec symptômes immédiats de grade 1, prick et IgE positives. Allergie à l'œuf peu cuit, mais tolérance de l'œuf dans les gâteaux industriels (boudoirs). Consomme tous les jours 1/2 Curly pour prévenir l'allergie à l'arachide.
- A 6 mois, consomme de la purée de patate douce, un dessert picot sans lait et une compote de pomme. Après la sieste, un vomissement, enfant grognon. Puis 10 min plus tard, 3 vomissements importants, pâleur, enfant amorphe. Les parents consultent aux urgences. Durant le trajet 4 nouveaux vomissements. A l'arrivée aux urgences, enfant amorphe, pli cutané, sécheresse buccale, pouls à 180, TA normale basse pour l'âge. Survenue d'une débacle diarrhéique. Hospitalisation pour réhydratation intra-veineuse, diagnostic de gastro retenu.
- Quinze jours après, les parents redonnent de la purée de patate douce avec du poulet, un compote de poire. Après la sieste, les symptômes récidivent de façon moindre.
- **Quel est votre diagnostic?**
- **Quel bilan pratiquez vous?**

SEIPA aux patates douces

- Diagnostic clinique
- Phase aiguë caractéristique :
  - apparition 2 à 4h après l'ingestion de vomissements profus
  - Hypotonie, pâleur, léthargie
  - Puis diarrhée sanglante 5-8h plus tard
  - déshydratation et choc hypovolémique dans 20% des cas

Dans 26% des cas, SEIPA à un autre aliment. Naïa : moules

Critères diagnostics de SEIPA de l'AAAI pour le diagnostic de la forme aigue de SEIPA

- CRITERE MAJEUR : Vomissements 1 à 4 h après ingestion de l'aliment et pas de signes cutanés ou respiratories comme retrouvés dans l'allergie IgE-médiée.
- CRITERES MINEURS :
  - Nouvel épisode de vomissements itératifs après l'ingestion de l'aliment suspecté
  - Vomissements itératifs 1 à 4 heures après l'ingestion d'un autre aliment
  - Léthargie extrême lors de la réaction
  - Pâleur lors de la réaction
  - Nécessité d'une consultation aux urgences lors de la réaction
  - Nécessité d'une réhydratation intra veineuse
  - Diarrhée dans les 24 h (le plus souvent 5-10 heures)
  - Hypotension
  - Hypothermie

- Le diagnostic se fait par l'association du C**ritère Majeur avec au moins 3 critères mineurs.**

SEIPA Bilan

Aucun bilan nécessaire. Si doute diagnostic, TPO avec surveillance longue.

Forme non IgE-médiée.

Patch non validés, possible association avec un terrain atopique

Tests positifs	LDV	Aliments solides
Prick test	3/39 (8%)	2/33 (6%)
IgE spécifiques	13/44 (30%) *[0,33 ± 0,83]*	1/26 (4%)
Patch test	21/41 (51%)	4/12 (33%)
Au moins un des 3 tests positif	28/48 (58%)	6/38 (16%)

SEIPA : une série française de 81 enfants. S. Blanc, D De Boissieu. Rev Fran Aller. 2015; 55:212

Quelles sont les recommandations de l'EAACI

« En présence d'une histoire clinique suggestive, les prick tests ou les IgE spécifiques doivent être interprétés avec précaution particulièrement dans les formes non IgE-médiées d'allergie alimentaire »

« si l'histoire clinique, et les prick et IgE spécifiques ne sont pas assez évocateurs, un test de provocation oral est requis »

« quand le régime d'éviction permet une amélioration significative des symptômes, il doit être poursuivi jusqu'à la réalisation d'un test de provocation oral »

Algorythme de décision pour les allergies alimentaires selon l'EAACI

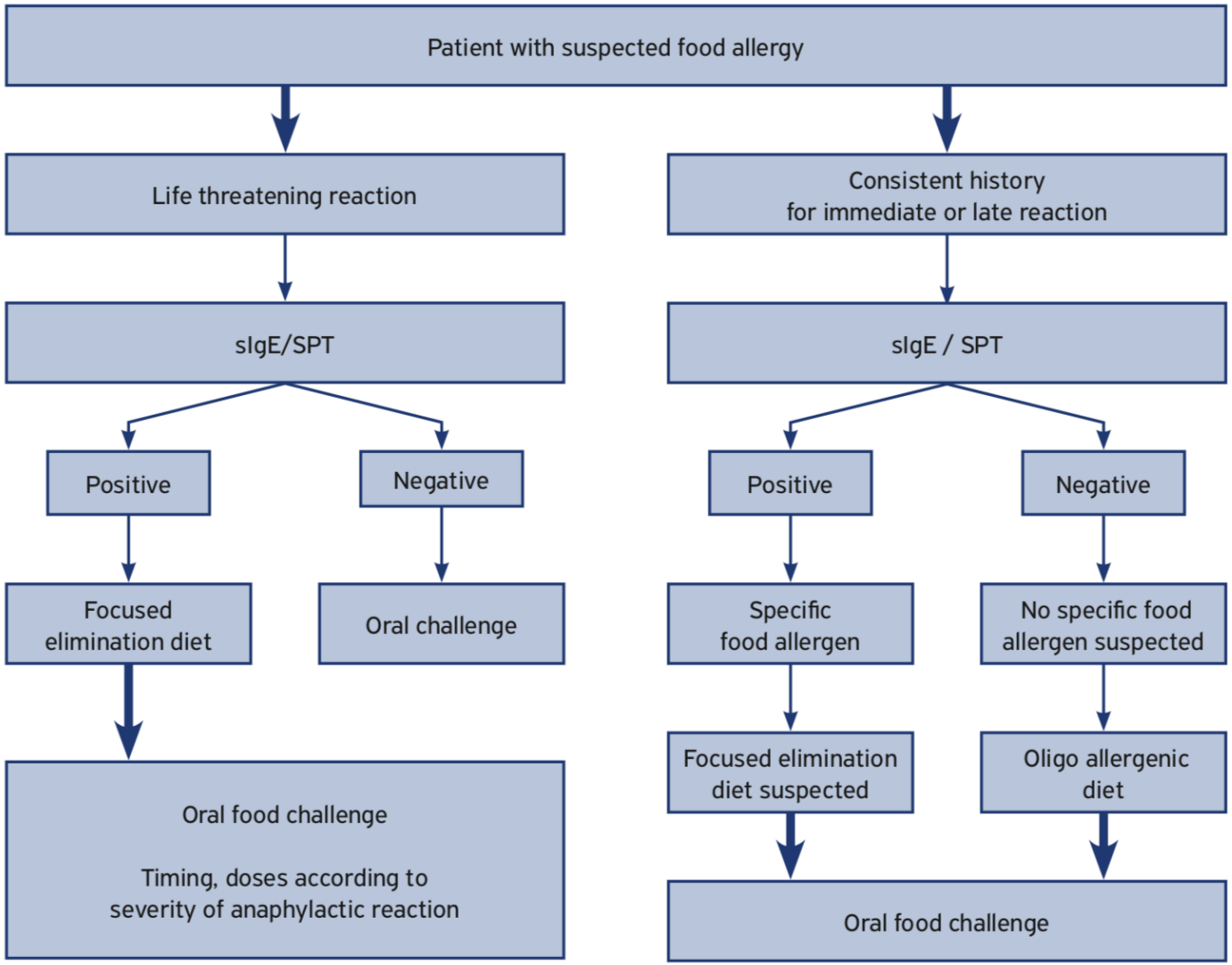


Figure 1 Algorithm for the diagnosis of food allergy

Proposition du groupe GT2A pour informer les urgences

NOM :……

Prénom :……

Date de naissance :

Chère consœur, Cher confrère,

Le patient nommé ci-dessus présente une allergie alimentaire appelée **syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA)**. Il s'agit d'une allergie de type non IgE dépendant ; elle ne se manifeste pas par les signes « habituels » d'allergie, cutanés (urticaire, angiocœdème) ou respiratoires (bronchospasme, rhinite, œdème laryngé) mais par des **signes digestifs où les vomissements sont prédominants.**

Les aliments à éviter pour cet enfant sont : ……

Le SEIPA peut se manifester par :

- → Des **vomissements** répétitifs, violents entre 30 minutes à 4 heures (en moyenne 2 heures) après l'ingestion de l'aliment responsable, pouvant être provoqués par l'ingestion de petites quantités
- → Une **diarrhée,** non systématique, pouvant apparaitre plus tardivement (après 4 à 12 heures)

Cette réaction est parfois associée à une **hypotonie**, une **pâleur** voire une **léthargie**, parfois à une **acidose métabolique** et rarement à une **méthémoglobinémie**. Le traitement est **SYMPTOMATIQUE** et dépend de la sévérité. Ces enfants peuvent présenter un choc, sur lequel l'adrénaline sera inefficace.

Ces informations sont données pour que cette entité soit envisagée devant ce type de symptômes. Même chez des enfants à risque de SEIPA en raison d'antécédents, il faudra d'abord écarter les autres diagnostics ou les autres types de réactions allergiques, et le cas échéant prescrire le traitement adapté.

→

Forme modérée	Forme sévère
> 3 vomissements + léthargie modérée	**> 3 vomissements + léthargie sévère ou hypotonie ou atteinte hémodynamique, …**
Remplissage vasculaire: sérum physiologique 20 ml/kg en 30 minutes *(vitesse du remplissage à moduler en fonction de l'état de l'enfant)* + **Ondansétron* IV unique 0,15 mg/kg** (maximum 16 mg) (enfant de plus de 6 mois)	**Remplissage vasculaire : sérum physiologique 20 ml/kg en 30 minutes** *(vitesse du remplissage à moduler en fonction de l'état de l'enfant)* + **Ondansétron* IV unique 0,15 mg/kg** (maximum 16 mg) (enfant de plus de 6 mois) (ou IM si difficulté avec la voie veineuse) **+ Corticoïdes IV 1 mg/kg (max 60-80 mg)** +/- correction méthémoglobinémie si présente +/- correction des troubles hydro-électrolytiques et/ou acido-basiques si présents
Surveillance de 4 à 6 heures au moins après résolution des symptômes. Vérifier la tolérance des liquides avant sortie	**Surveillance de 4 à 6 heures** au moins, après résolution des symptômes Vérifier la tolérance des liquides avant sortie **Ou**

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

QUIZZ INTERACTIF : Dr Carine BILLARD-LARUE

Cas clinique N° 1 : Léa 3 mois

Née à terme à 39 SA+3 j, PN = 2890 g, T= 49 cm.

Allaitement maternel exclusif dès la naissance sans complément.

A 2 mois, premier biberon de lait en relais d'allaitement.
5 min après, urticaire progressivement extensive, angio-œdème des lèvres et des paupières.
Episode résolutif après passage aux urgences et traitement par antihistaminique.

Quel lait conseillez-vous pour Léa?

Que disent les recommandations de l'EAACI?

« Les formules d'hydrolysat extensif de lait avec une hypoallergénicité documentée peuvent être recommandées comme premier choix pour le traitement de l'APLV, spécialement chez l'enfant et le jeune adulte. Les formules à base d'acide aminés peuvent aussi être recommandées, spécialement chez le sous groupe de patient avec les symptômes les plus sévères. » Grade A

Les études manquantes : indications pour l'utilisation des acides aminés, vs hydrolysat

Lait HA : l'hydrolyse des protéines n'est pas assez extensive. Le critère retenu pour les hydrolysat : toléré par au moins 90% des enfants avec une allergie prouvée au lait de vache.

Kneepkens and al. Clinical practice. Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. Eur J Pediatr (2009) 168:891–896

Laits d'autres mammiferes :

En cas d'APLV, la probabilité d'être allergique au lait de chèvre est de 92%. Il y a 95% d'homologie dans la séquence d'acides aminés des deux laits.

Aristo Vojdani, Chris Turnpaugh and Elroy Vojdani. Immune reactivity against a variety of mammalian milks and plant-based milk substitutes. Journal of Dairy Research (2018) 85 358–365.

Les parents préfèrent une alternative végétale, que leur proposez-vous?

Que disent les recommandations de l'EAACI?

« Les formules à base de soja ne sont pas recommandées avant 6 mois et à n'importe quel âge en présence de symptômes gastro-intestinaux. De 6 à 12 mois leur indication doit être évaluée au cas par cas. » Grade B

Problèmatique des phytooestrogènes du soja.

Hydrolysat de riz :

Etudes contradictoires sur leur efficacité par rapport aux hydrolysats de LDV, donc non recommandés en première intention.

De Silva and al. Acute and long-term management of food allergy: systematic review. Allergy 69 (2);159-167

Réglementation sur les « laits » adaptés aux nourrissons :

Le terme Préparations pour nourrissons est réservé pour les denrées alimentaires destinées à l'alimentation particulière des nourrissons pendant les premiers mois de leur vie et répondant à elles seules aux besoins nutritionnels de ces nourrissons jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée.

Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales

Aucune indication pour les « jus » végétaux

	calories	protéines	lipides	glucides	calcium	fer	sodium	
lait de vache	**65**	**3,2**	**3,5**	4,5	125	0,03	48	
lait maternel	68	1,2	3,5	7,5	33	faible	15	
lait de suite	63à 76	2à3	2,5	6,2 à 9,1	70 à 100	0,8 à1,4	19 à 43	
lait de croissance	64,7	1,9	2,71	7,93	75,8	1,27	34,7	
lait de brebis	103	5,68	6,97	4,5	199	0,46	45	
lait de chèvre	61,2	3,33	3,38	4,35	130	0,053	44	
lait de jument	49,7	2,37	1,7	6,17	110	0,065	20	
lait de soja calcium	**42,9**	**3,42**	**2,05**	2,18	98	0,45	38,8	
lait d'amande	**22,5**	**O,6**	**1,5**	1,45	7	0,1	0	
lait de noisette	**53**	**0,6**	**2,7**	6,1			52	
lait d'avoine calcium	**51**	**1,1**	**1,4**	8,4	120		12	
lait de chataigne(purée chataigne15%, riz15%)	**75**	**0,3**	**1**	16			32	
lait de riz calcium bio	**56**	**0,5**	**1**	11	120		40	
lait de coco	**188**	**1,77**	**18,4 dont**	3,4	18	3,3	30	
			16,5 g saturé					

Finalement la maman souhaite continuer à allaiter Léa, que lui conseillez-vous?

APLV et allaitement maternel

Si APLV lors d'un premier biberon en substitution du lait maternel, Retour si possible à l'allaitement, SANS REGIME CHEZ LA MERE.

Si APLV chez un bb allaité, régime sans plv chez la mère (exceptionnel). Penser à supplémenter la maman en calcium

A. Juchet-Réalités pédiatriques. 12 2016

En conclusion, en cas d'APLV

Alternatives possibles :

- Allaitement maternel
- Hydrolysat de lait de vache
- Préparation à base d'acides aminés
- Préparation pour nourrisson à base de riz

Laits à ne pas prescrire

- Lait HA
- Lait d'autres mammifères
- jus végétaux
- Préparation pour nourrisson à base de soja
- Lait sans lactose

PRÉVENTION DES ALLERGIES ALIMENTAIRES

Vous suivez Nathan pour des allergies alimentaires IgE-médiées au lait et à l'oeuf. Il a des antécédents d'anaphylaxie.

Sa mère est enceinte de 3 mois et vous demande quels sont les moyens de prévention des allergies pour le bébé à venir.

Que lui recommandez-vous?

1. Ne surtout pas manger des aliments allergisants (arachide, fruits à coque) pendant sa grossesse
2. Allaiter son bébé le plus longtemps possible
3. Lui donner un lait hypoallergénique (HA) dès la naissance
4. Appliquer de la crème émolliente sur sa peau tous les jours

1. Ne surtout pas manger des aliments allergisants (arachide, fruits à coque) pendant sa grossesse
2. Allaiter son bébé le plus longtemps possible
3. Lui donner un lait hypoallergénique (HA) dès la naissance
4. Appliquer de la crème émolliente sur sa peau tous les jours

Que disent les recommandations de l'EAACI?

1- « Un allaitement maternel est recommandé pour tous les enfants durant les 4 à 6 premiers mois ».
Niveau de recommandation II ou III- Grade C

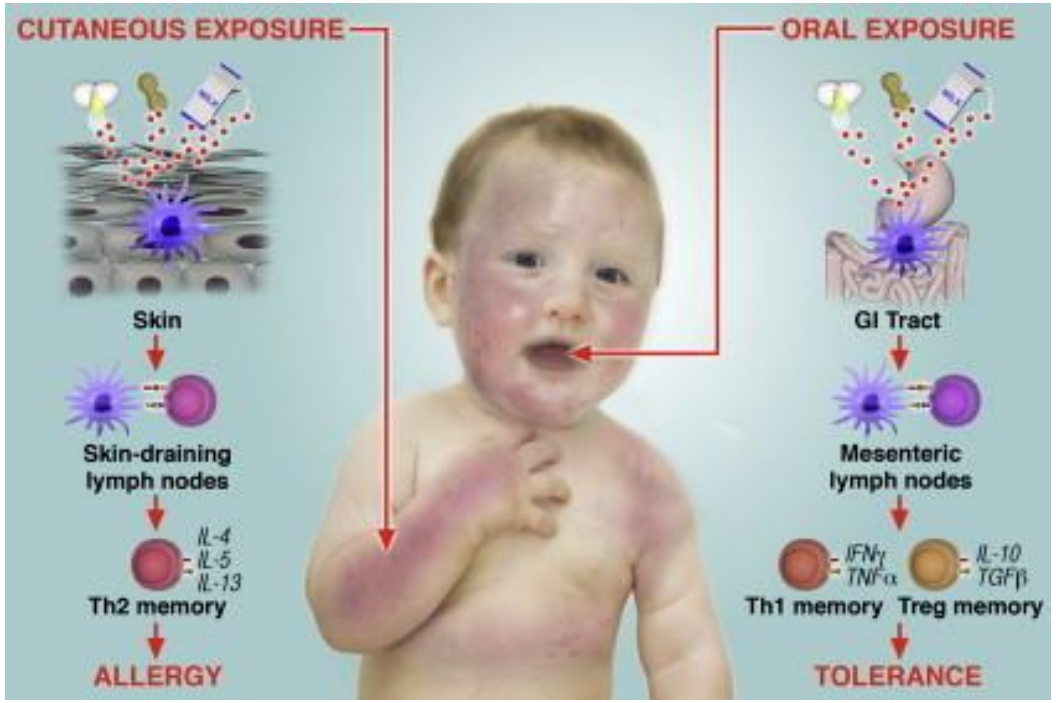
2- « Les évictions alimentaires ne sont pas recommandées pour les femmes enceintes ou allaitantes ».
Niveau de recommandation I-II- Grade B

3- « Si l'allaitement n'est pas possible ou suffisant

les enfants à haut risque devrait recevoir une formule HA avec un effet préventif documenté pendant les 4 premiers mois. Les autres enfants peuvent recevoir une autre formule

Après l'âge de 4 mois, une formule standard à base de lait de vache est recommandée selon les recommandations standard de nutrition, quel que soit l'hérédité atopique. » *Niveau de recommandation I- Grade A*

Le futur? : prévenir les anomalies de la barrière cutanée



Voie cutanée sensibilisante : les anomalies de la barrière cutanée favorisent la pénétration des allergènes et l'apparition de sensibilisation

Voie digestive tolérogène

Skin barrier dysfunction measured by transepidermal water loss at 2 days and 2 months predates and predicts atopic dermatitis at 1 year

Maeve Kelleher, MB,[a] Audrey Dunn-Galvin, PhD,[a] Jonathan O'B. Hourihane, DM,[a,b] Deirdre Murray, MD,[a,b] Linda E. Campbell, BSc,[c] W. H. Irwin McLean, DSc, FRS,[c] and Alan D. Irvine, MD[b,d,e] *Cork and Dublin, Ireland, and Dundee, United Kingdom*

Background: Loss-of-function mutations in the skin barrier protein filaggrin (*FLG*) are a major risk for atopic dermatitis (AD). The pathogenic sequence of disturbances in skin barrier function before or during the early development of AD is not fully understood. A more detailed understanding of these events is needed to develop a clearer picture of disease pathogenesis. A robust, noninvasive test to identify babies at high risk of AD would be important in planning early intervention and/or prevention studies.

Objectives: To ascertain whether a noninvasive measurement of skin barrier function at day 2 after birth and at 2 months predicts the development of AD at 1 year. Furthermore, to determine whether increases in transepidermal water loss (TEWL) predate the development of clinical AD.

Methods: A total of 1903 infants were enrolled in the Cork Babies

Results: At 6 months, 18.7% of the children had AD, and at 12 months, 15.53%. In a logistic regression model, day 2 upper quartile TEWL measurement was significantly predictive of AD at 12 months (area under the receiver operating characteristic curve, 0.81; $P < .05$). Lowest quartile day 2 TEWL was protective against AD at 12 months. An upper quartile 2 month TEWL was also strongly predictive of AD at 12 months (area under the receiver operating characteristic curve, 0.84; $P < .05$). At both ages, this effect was independent of parental atopy, *FLG* status, or report of an itchy flexural rash at 2 months. Associations were increased when parental atopy status or child *FLG* mutation status was added into the linear regression model.

Conclusions: Impairment of skin barrier function at birth and at 2 months precedes clinical AD. In addition to providing important mechanistic insights into disease pathogenesis, these findings have

Les pertes trans épidermiques en eau mesurées à la naissance, avant toute anomalie visible de la peau sont corrélées

* à l'apparition ultérieure d'une dermatite atopique

* et à l'apparition d'allergies alimentaires

Maeve M. Kelleher and al. Skin barrier impairment at birth predicts food allergy at 2 years of age. JACI april 2016;37:1111-1116

Atopic dermatitis and skin disease

Emollient enhancement of the skin barrier from birth offers effective atopic dermatitis prevention

Eric L. Simpson, MD, MCR,[a] Joanne R. Chalmers, PhD,[b] Jon M. Hanifin, MD,[a] Kim S. Thomas, PhD,[b] Michael J. Cork, PhD, FRCP,[c] W. H. Irwin McLean, FRSE, FMedSci,[d] Sara J. Brown, MRCP, MD,[d] Zunqiu Chen, MS,[e] Yiyi Chen, PhD,[f] and Hywel C. Williams, DSc, FMedSci[b] *Portland, Ore, and Nottingham, Sheffield, and Dundee, United Kingdom*

Background: Atopic dermatitis (atopic eczema) is a chronic inflammatory skin disease that has reached epidemic proportions in children worldwide and is increasing in prevalence. Because of the significant socioeconomic effect of atopic dermatitis and its effect on the quality of life of children and families, there have been decades of research focused on disease prevention, with limited success. Recent advances in cutaneous biology suggest skin barrier defects might be key initiators of atopic dermatitis and possibly allergic sensitization.
Objective: Our objective was to test whether skin barrier enhancement from birth represents a feasible strategy for reducing the incidence of atopic dermatitis in high-risk neonates.
Methods: We performed a randomized controlled trial in the United States and United Kingdom of 124 neonates at high risk for atopic dermatitis. Parents in the intervention arm were instructed to apply full-body emollient therapy at least once per day starting within 3 weeks of birth. Parents in the control arm were asked to use no emollients. The primary feasibility outcome was the percentage of families willing to be randomized. The primary clinical outcome was the cumulative incidence of atopic dermatitis at 6 months, as assessed by a trained investigator.
Results: Forty-two percent of eligible families agreed to be randomized into the trial. All participating families in the intervention arm found the intervention acceptable.
A statistically significant protective effect was found with the use of daily emollient on the cumulative incidence of atopic dermatitis with a relative risk reduction of 50% (relative risk, 0.50; 95% CI, 0.28-0.9; $P = .017$). There were no emollient-related adverse events and no differences in adverse events between groups.
Conclusion: The results of this trial demonstrate that emollient therapy from birth represents a feasible, safe, and effective approach for atopic dermatitis prevention. If confirmed in

From [a]the Department of Dermatology, [e]the Oregon Clinical & Translational Research

Intérêt de l’application d’émollient dans la prévention des allergies alimentaires?

- Pas d’étude le prouvant actuellement
- Mais voie de recherche future :
- Etude PEBBLES prospective, randomisée en Australie sur 760 enfants, évaluant l’efficacité d’une application bi-quotidienne d’émollient sur l’apparition d’allergies alimentaires.

Le bébé a 3 mois, la maman vient vous voir avant de débuter la diversification. Que lui conseillez-vous?

1. De ne pas donner d'aliments solides avant 6 mois
2. De débuter la diversification à 4 mois
3. D'introduire l'arachide à 5 mois
4. D'introduire les œufs à 5 mois
5. De ne pas donner d'aliments allergisants avant 1 an

Le bébé a 3 mois, la maman vient vous voir avant de débuter la diversification. Que lui conseillez-vous ?

1. De ne pas donner d'aliments solides avant 6 mois
2. De débuter la diversification à 4 mois
3. D'introduire l'arachide à 5 mois
4. D'introduire les œufs à 5 mois
5. De ne pas donner d'aliments allergisants avant 1 an

Que disent les recommandations de l'EAACI?

” Introduction d'aliments complémentaires après l'âge de 4 mois en accord avec les pratiques de diversification et les recommandations de nutrition pour tous les enfants, quel que soit leur hérédité atopique ». *Niveau de recommandation II-III. Grade C*

« Pas de régime d'éviction particulier après l'âge de 4 mois pour les enfants avec un risque élevé de développer des maladies allergiques ;

Ne pas restreindre ou encourager l'exposition aux aliments « hautement allergéniques » tels que le lait de vache, les œufs ou l'arachide, quelque soit l'hérédité atopique, une fois que la diversification a débuté ». *Niveau de recommandation II-III. Grade C*

Quand introduire les aliments allergisants?

ORIGINAL ARTICLE

Randomized Trial of Peanut Consumption in Infants at Risk for Peanut Allergy

George Du Toit, M.B., B.Ch., Graham Roberts, D.M., Peter H. Sayre, M.D., Ph.D., Henry T. Bahnson, M.P.H., Suzana Radulovic, M.D., Alexandra F. Santos, M.D., Helen A. Brough, M.B., B.S., Deborah Phippard, Ph.D., Monica Basting, M.A., Mary Feeney, M.Sc., R.D., Victor Turcanu, M.D., Ph.D., Michelle L. Sever, M.S.P.H., Ph.D., et al., for the LEAP Study Team*

Etudes LEAP et EAT

L’introduction précoce d’arachide et d’œuf diminue le risque d’allergie alimentaire à ces deux aliments.

Les recommandations de l’EAACI datent de 2014. LEAP et EAT sont parues après.

Cela doit-il changer nos méthodes de diversification?
Quelles sont les recommandations dans les autres pays?

Aux USA :

Summary of addendum guidelines 1, 2, and 3

Addendum guideline	Infant criteria	Recommendations	Earliest age of peanut introduction
1	Severe eczema, egg allergy, or both	Strongly consider evaluation by sIgE measurement and/or SPT and, if necessary, an OFC. Based on test results, introduce peanut-containing foods	4–6 months
2	Mild-to-moderate eczema	Introduce peanut-containing foods	Around 6 months
3	No eczema or any food allergy	Introduce peanut-containing foods	Age appropriate and in accordance with family preferences and cultural practices

Recommandations Canadienne

Abstract

Food allergy affects an estimated 2% to 10% of the population, with evidence of increasing prevalence over time. Preventing food allergy has become an important public health goal. Health Canada currently recommends breastfeeding infants exclusively until they are 6 months old, while acknowledging that in individual practice, signs of infant readiness may guide the introduction of complementary foods a few weeks earlier. There is emerging evidence that early food introduction, between 4 to 6 months of age, may have a role in preventing food allergy, particularly for egg and peanut, in high-risk infants. For infants at high risk for allergic disease, it is now recommended that commonly allergenic solids be introduced at around 6 months of age, but not before 4 months of age, and guided by the infant's developmental readiness for food. Continued breastfeeding should be encouraged and supported because of its many health benefits.

Recommandations de la Société Française de Pédiatrie

Non réévaluées depuis février 2015

« Rien ne justifie de retarder l'introduction des aliments après 6 mois pour les enfants à risque allergique, y compris pour les aliments les plus allergisants »

Problème d'adhésion des parents à l'introduction des aliments.

Que faire en pratique?

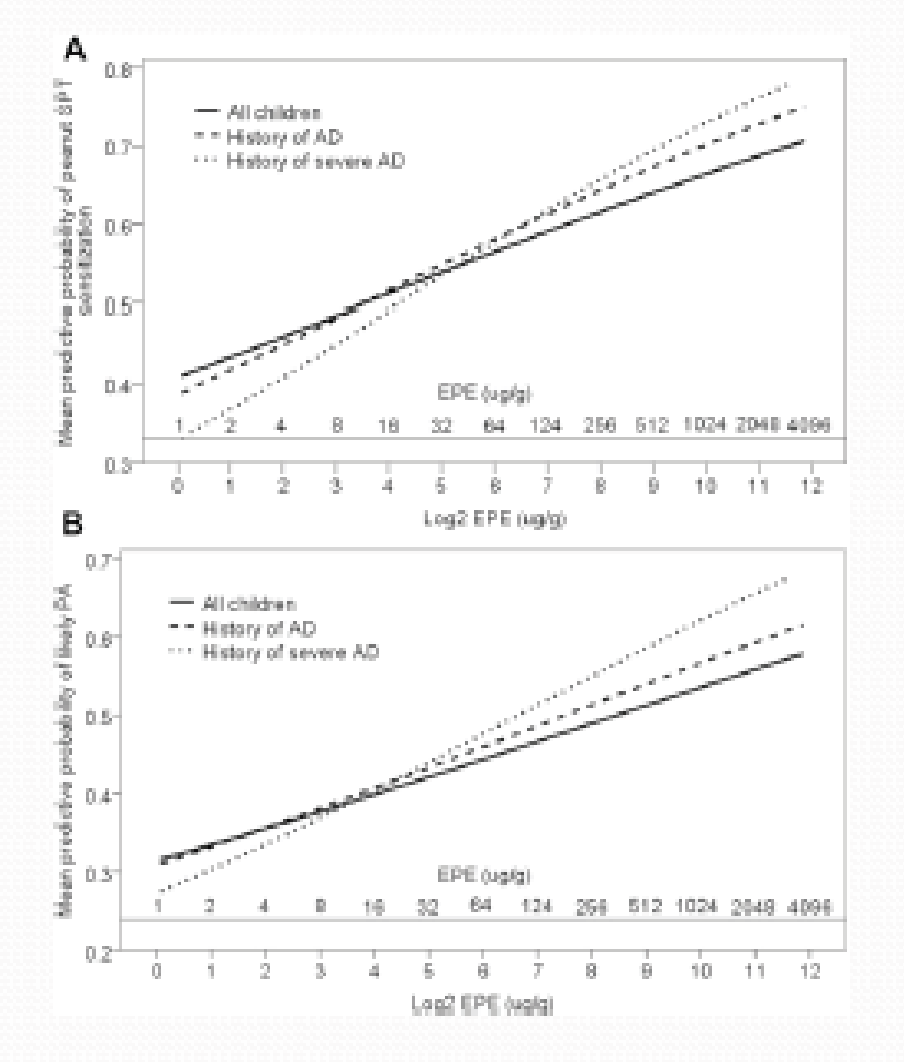
Bidat 2016 : Respecter les habitudes alimentaires de la famille

- Respecter les habitudes alimentaires de la famille

- Evaluer la consommation des aliments allergisants dans le foyer et conseiller l'introduction sous forme adaptée tout petit si la famille en consomme par ailleurs.

- Attention aux enfants très atopiques, à évaluer au préalable.

Exposition cutanée à l'arachide dans la poussière de maison augmente le risque d'allergie à l'arachide



Cohorte de Manchester de 577 enfants suivis pendant 8 ans

Etude des liens entre exposition environnementale à l'arachide dans la poussière de maison, et survenue d'allergie à l'arachide, chez les enfants ayant une dermatite atopique ou non

En cas d'exposition, le risque d'allergie est multiplié par **2,1** et **augmente encore s'il y a une dermatite atopique**.

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

M-At9-
Allergie alimentaire : s'approprier les guidelines de l'EAACI : en pratique

Métaplan : Savoir repérer l'anaphylaxie et faire l'injection d'Adrénaline

Adrénaline

1 = OUI

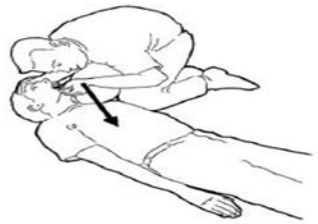
Toux

A du mal à respirer

Asthme/sifflements

« Etouffe »

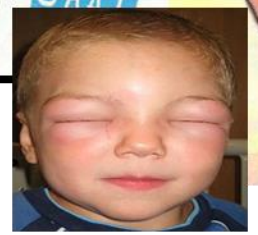
A du mal à parler



2 ou + = OUI

Urticaire

Œdèmes



1= NON

Vomissements

Douleurs abdominales

1= NON

Conjonctivite / Yeux

Rhinite / Nez

1= NON

Futur PAI national

NOM : **Prénom :**

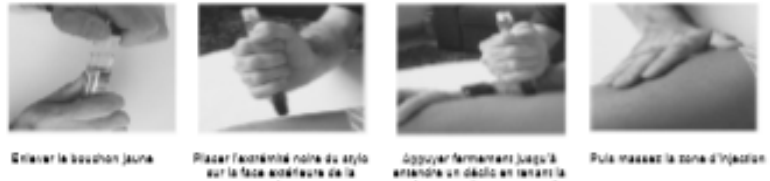
ALLERGIES :

TROUSSE D'URGENCE

1. Adrénaline :
2. Bronchodilatateur :
   + Chambre d'inhalation
3. Antihistaminique :
4. Divers:

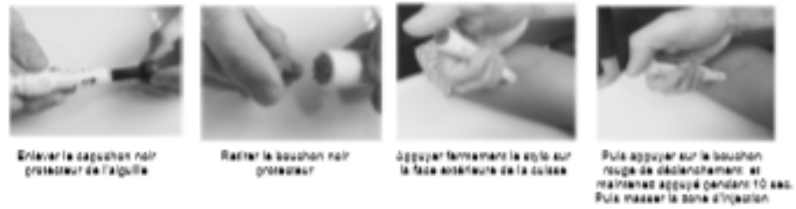
EPIPEN

JEXT



ANAPEN

Code: 34-009



EMERADE

UNE REACTION ALLERGIQUE PENDANT OU JUSTE APRES UN REPAS

J'EVALUE IMMEDIATEMENT LA GRAVITE DE LA REACTION

⚠ ⟷ ?

La REACTION est GRAVE si 1 seul de ces signes parmi

- Ma voix change
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Mains, pieds, cuir chevelu me démangent
- Je me sens mal ou bizarre
- Je fais un malaise
- Autres signes :

Cela peut être **encore plus grave** si plusieurs de ces signes sont associés

- Ma bouche pique, mes lèvres gonflent
- Mes yeux piquent, mon nez coule
- Des plaques rouges qui démangent
- J'ai un peu mal au ventre
- et j'ai envie de vomir
- Autres signes

MAIS JE PARLE et RESPIRE BIEN

LES BONS REFLEXES

1. **Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne respiratoire**
2. **Injecter dans la face antéro-externe de la cuisse**
3. Puis appeler **SAMU** (15 ou 112)
4. **Si gêne respiratoire** : Inhaler avec la chambre d'inhalation **jusque 4 à 10 bouffées**, à répéter selon la gêne après 10 à 15 minutes.
5.

En attendant les secours, une 2e INJECTION de peut être faite si les symptômes persistent après 5 minutes ou plus.

LES BONS REFLEXES

1.
2.
3. **Surveiller l'enfant jusque disparition des symptômes**
4. **Prévenir les parents, contacter le médecin.**

EN L'ABSENCE D'AMELIORATION J'EVALUE DE NOUVEAU la GRAVITE

Date:

Nom médecin - Signature

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Indications absolues et relatives de prescription d'un auto-injecteur d'adrénaline (AIA)

L'association de 2 indications relatives ou plus doit faire prescrire un auto-injecteur d'Adrénaline

Indications absolues
1. Anaphylaxie liée à un aliment, le latex ou un aéroallergène
2. Anaphylaxie induite par exercice
3. Anaphylaxie idiopathique
4. Allergie alimentaire* **et** asthme modéré ou sévère non contrôlé
5. Allergie aux venins d'hyménoptère en cas de réaction systémique chez l'adulte (ne recevant pas d'immunothérapie spécifique) et en cas de réaction systémique autre que cutanéo-muqueuse chez l'enfant
6. Antécédent de mastocytose ou élévation de la tryptase de base sérique et réaction systémique aux piqûres d'insectes (y compris pour ceux recevant une immunothérapie)
Indications relatives
1. Réaction allergique légère à modérée liée à l'arachide ou un fruit à coque*
2. Réaction allergique légère à modérée liée à des traces d'aliments*
3. Allergie alimentaire chez l'adolescent ou adulte jeune*
4. Eloignement de structure médicale et réaction allergique légère à modérée liée à un aliment, un venin, le latex ou un aéro-allergène

*En dehors du syndrome pollen-aliment (syndrome oral).

Posologie des auto-injecteurs d'adrénaline selon le poids

	Autorisation de mise sur le marché	**Recommandations des experts** *(Pouessel Rev Fr Allergol 2018, Muraro Allergy 2014)*
0,15 mg	15-30 kg	7,5 - 25 kg
0,30 mg	> 30 kg	> 25 kg
0,50 mg*	Adolescents > 60 kg ou adultes	Adolescents > 60 kg ou adultes

*Les dosages à 0,15 mg et 0,30 mg d'adrénaline sont commercialisés pour tous les auto-injecteurs

Le dosage 0,50 mg est disponible seulement pour Emerade®.

POST-TEST : Objectif 1

Citer 2 situations cliniques alimentaires où les prick-tests où les IgE spécifiques sont pertinentes

- Allergie alimentaire IgE-médiée
- Avant réintroduction des PLV (après une éviction), pour vérifier l'absence de passage d'une forme non IgE-médiée à une forme IgE-médiée

Et Citer 2 situations cliniques alimentaires où les prick-tests où les IgE spécifiques ne sont pas pertinentes

- Un eczéma (dermatite atopique) isolé sans signes d'allergie IgE-médiée
- Un SEIPA

POST-TEST : Objectif 2

Citer 4 laits adaptés chez un nourrisson de 4 mois présentant une APLV

- Lait maternel
- Hydrolysat des protéines du lactosérum
- Formules d'acides aminés
- Lait de riz

Et Citer 4 laits non adaptés

- Lait de soja
- Lait de chèvre
- Lait HA
- Lait sans lactose

POST-TEST : Objectif 3

Citer au moins 4 indications de prescription d'un stylo d'adrénaline

- Allergie alimentaire IgE-médiée et asthme
- ATCD d'anaphylaxie
- Quantité d'allergène entrainant une réaction (Seuil de réactivité) faible
- Allergie à l'arachide et aux fruits à coques

POST-TEST : Objectif 4

Lister les conseils à donner en cas d'accident anaphylactique alimentaire

- Conseils d'éviction alimentaire
- Protocole d'urgence écrit
- Maniement du stylo d'adrénaline
- Proposer une Education thérapeutique

SFA - ANAFORCAL

14e Congrès Francophone d'Allergologie

Paris
Palais des Congrès Porte Maillot

16 au 19 avril 2019

Allergie & Microbes

MERCI À TOUS