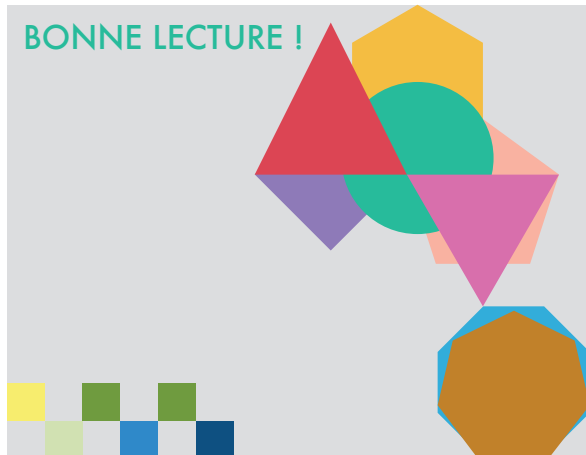


N°118

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 118 / Allergologie Pratique / Septembre 2016
Revue de l'Association Nationale de FORMation Continue en Allergologie
et de la FÉDÉRATION ANAFORCAL INTERNATIONALE



ÉDITORIAL | P. 3

C'EST LA RENTRÉE !

Christine Delebarre-Sauvage

DOSSIER | P. 4 > 7

L'ALLERGIE AUX ACARIENS DOMESTIQUES REVISITÉE

Docteur Isabella Annesi-Maesano

COMPTES RENDUS | P. 8 > 30

- **IV^{èmes} RENCONTRES MÉDITERRANÉENES DE FORMATION EN ALLERGOLOGIE : "Autour de l'assiette" | P. 8 > 12**
Frédérique Louis-Danguy
- **SÉMINAIRE BOTANIQUE DE REIMS | P. 13 > 17**
Isabelle Sullerot
- **COMPTES RENDUS DU CFA 2016**
 - **1/ DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURRISSEON ATOPIQUE | P. 18 > 22**
Rapporteur : Nadia Benhalla, Exp. Hospitalier : Riad Hatahet
Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui, animateur-organisateur : Said Ettair
 - **2/ INDUCTION DE TOLÉRANCE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT EN PRATIQUE DE VILLE | P. 23 > 26**
Rapporteur : Isabelle Jacques, Exp. Hospitalier : Fatma Tritar
Exp. ANAFORCAL : Julia Picaud, animateur-organisateur : Anne Mouraux
animateur-organisateur : Nathalie Goldstein
 - **3/ ALBUM PHOTO DU DERMATOALLERGOLOGUE | P. 27 > 30**
Rapporteur : M. Gouranton, Exp. Hospitalier : M. Castelain
Exp. ANAFORCAL : C. Poreaux, animateur-organisateur : E. Girodet

● INFOS | P. 31 > 32

CONGRÈS / STAGES

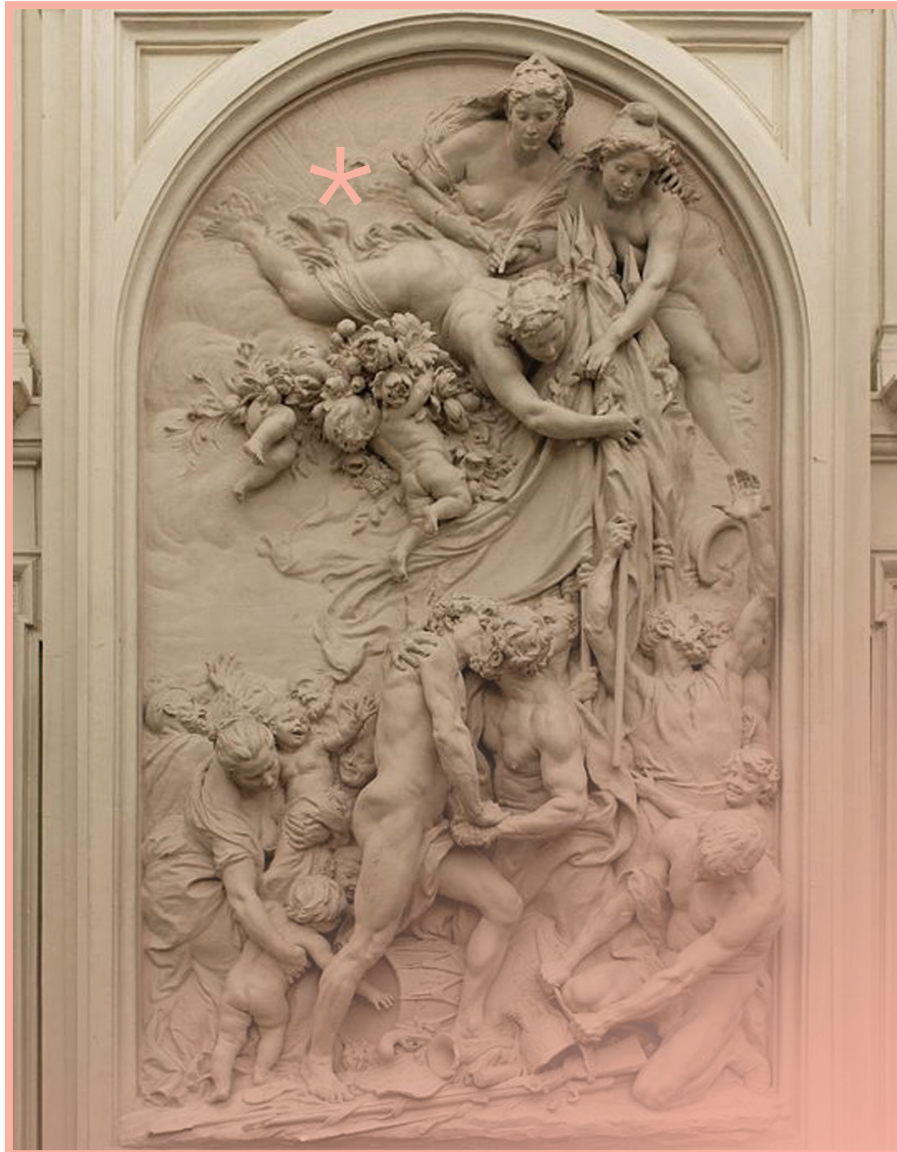
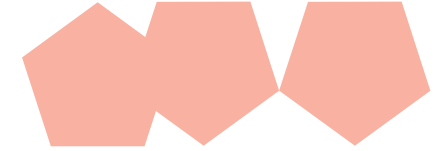
Allergologie Pratique est éditée par la SAS ANAFORCAL Organisation et Développement / Siège social : 20, impasse des Muguets - 69500 - BRON
Administrateurs : Jean-Pol Dumur, Jean-François Fontaine, Bruno Gidodet et Agnès Cheynet / Directrice de la publication : Christine Delebarre-Sauvage : Sauvage.Christine@ghicl.net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

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



C'EST LA RENTRÉE !

Christine DELEBARRE-SAUVAGE



Bonjour à toutes et tous !

Voici la rentrée et votre nouveau numéro 118 de la revue Allergologie Pratique. L'été fut mitigé, respirant pour les uns la détente ensoleillée en famille et l'horreur des attentats pour d'autres.

Toutes nos pensées vont vers les victimes et leur famille à qui nous réaffirmons condoléances et soutien.

Il nous faut maintenant cependant reprendre les rênes avec enthousiasme et optimisme pour démarrer cette nouvelle année allergologique.

Pour vous y aider :

- Un dossier d'automne réactualisé sur les acariens, traité par le Dr Isabella Annesi Maesano (Directeur de Recherche INSERM et EPAR (Epidémiologie des Maladies Allergiques et Respiratoires) à Paris)
- Les 4^{èmes} rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie de Mars 2016 à St Maximin « Autour de l'assiette » sous la direction de Ruth Navarro (CR du Dr Frédérique Louis Donguy)
- Le compte rendu de la sortie Botanique Rémoise de Mai 2016 déroulée dans le fief de notre Président le Dr Jean François Fontaine (Cr Dr Isabelle Sullerot)
- Quelques ateliers de l'Anaforcal alimentaires et dermatologiques déroulés lors du CFA 2016 confiés par le Dr Joelle Birnbaum.
- Enfin, les prochaines dates de Rencontres Professionnelles 2016-17.

Bonne rentrée à tous, dans la fraternité, le respect et comme toujours le plaisir de partager autour de notre profession !

Bien à vous !
Christine Delebarre Sauvage.



* *La Fraternité (1883), sculpture de Jules Dalou.*



L'ALLERGIE AUX ACARIENS DOMESTIQUES REVISITÉE

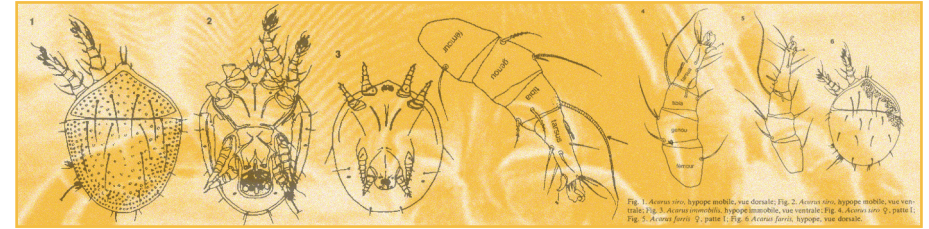
Docteur Isabella Annesi-Maesano

Equipe Epidémiologie des maladies allergiques et respiratoires, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique, INSERM et Université Pierre et Marie Curie, Sorbonne Universités, Paris



INTRODUCTION

L'allergie aux allergènes de l'intérieur est une forme d'hy-persensibilité parfois grave se produisant chez les personnes génétiquement prédisposées, qui est déclenchée par l'ingestion, l'inhalation ou le simple contact avec parmi les allergènes les plus communs les acariens et les cafards. Difficiles à éliminer, les acariens posent des problèmes de santé constants, qui se manifestent surtout par des inflammations respiratoires et dermatologiques et qui touchent une proportion importante de la population.



En dépit de cela, la connaissance des acariens et de leurs effets est limitée. Sont présentées ici les données les plus récentes sur les efforts qui ont été réalisés pour identifier les allergènes d'acariens et élucider leurs mécanismes d'action afin de proposer des thérapies plus appropriées pour soigner l'allergie aux acariens.

Epidémiologie de l'allergie aux acariens

Les acariens sont des arachnides microscopiques. Parmi les 50 000 espèces connues d'acariens, seules quelques-unes sont responsables des allergies. Dans l'environnement domestique, les genres *Dermatophagoides* et *Euroglyphus* sont les plus répandus comme allergisants. On compte également *Blomia tropicalis* commun dans les parties humides du monde et les acariens de stockage tels que *Acarus siro* et *Tyrophagus putrescentiae*.

L'épidémiologie peut contribuer de trois façons à l'étude de l'allergie aux acariens :

1. Estimation de l'exposition aux acariens (allergènes) et mise en évidence des facteurs de risque
2. Prévalence de la sensibilisation à l'acarien
3. Estimation de la fraction dans l'asthme et les allergies attribuable aux acariens

Il a été observé que dans l'environnement domestique surtout dans les zones urbaines, il y a des millions d'acariens, notamment sur les meubles de la maison, les rideaux, la literie et les vêtements (Sharma). Mais la présence d'acariens a été documentée aussi dans les écoles en Australie (Abramson) et en Europe lors de l'étude mul-

ticentrique SINPHONIE (www.sinphonie.eu). La découverte récente de leur présence dans des aliments, comme la farine, conduisant à une anaphylaxie à la suite de l'ingestion de celle-ci a été récemment faite, ce qui soulève des nouvelles préoccupations. (Suesirisawad, Takahashi).

D'après des mesures objectives, entre 1 et 45% des enfants de l'International Study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) présentaient une sensibilisation aux allergènes péri-annuels dont surtout les acariens (Weinmar). Et entre 21,7 % dans l'European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) (Basagaña) et 80% parmi plusieurs études de patients. Cela pourrait signifier que dans le monde quelque 1,2 milliards de personnes pourrait avoir une certaine forme de sensibilisation chronique aux acariens. Dans l'étude française des 6 Villes réalisée dans un échantillon d'environ 7000 écoliers du primaire ayant été testés avec des tests allergologiques cutanés (Annesi-Maesano), la fraction d'asthme attribuable aux acariens était en moyenne de 26,96% dans le cas du *Dermatophagoides pteronissinus* et de 23,88% dans le cas du *Dermatophagoides farinae* (données soumises). Cette fraction était plus faible dans le cas de la rhinite, avec 11,50% dans le cas du *Dermatophagoides pteronissinus* et 10,12% dans le cas du *Dermatophagoides farinae* (données soumises). Très peu d'études ont étudié la sensibilisation à Der f 2.

Données récentes sur les allergènes d'acarien

Presque toutes les parties du corps des acariens, y compris l'intestin (œsophage, glandulaire et d'autres parties digestives), les selles, les cuticules et les œufs sont des



L'ALLERGIE AUX ACARIENS DOMESTIQUES REVISITÉE

Docteur Isabella Annesi-Maesano



allergènes, ce qui déclenche l'allergie chez 85% des asthmatiques. A ce jour, plus de 20 allergènes d'acariens ont été caractérisés et classés en plusieurs groupes (Figure 1).

Arthropod species	Allergen	Biochemical property
<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	Der p 1	Cysteine protease
	Der p 2	-
	Der p 5	-
	Der p 7	-
	Der p 10	Tropomyocin
	Der p 11	Paramyocin
	Der p 14	Apolipophorin
	Der p 15	Chitinase-like protein
	Der p 18	Chitin-binding protein
<i>Dermatophagoides farinae</i>	Der f 1	Cysteine protease
	Der f 2	NPC2 family
	Der f 3	Trypsin
	Der f 6	Chymotrypsin
	Der f 8	Gluthione-S-transferase
	Der f 10	Tropomyocin
	Der f 14	Apoliphorin
	Der f 15	Chitinase
	Der f 17	Calcium binding protein
	Der f 20	Arginine kinase

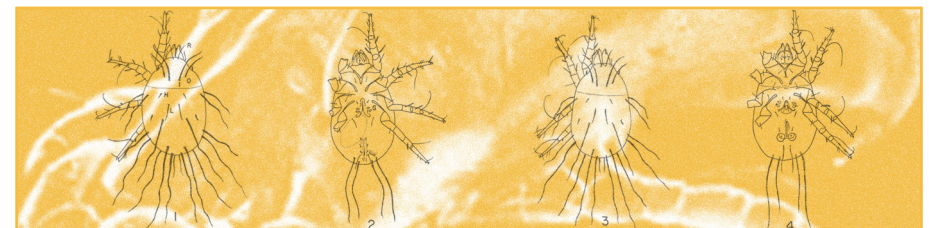
La plupart d'entre eux sont des protéines, soit des protéases à cystéine appartenant au groupe 1 (famille papaïne), ou protéases à sérine appartenant au groupe 2, 3, 6, et 9 (trypsine, chymotrypsine et collagénase). Récemment, l'alpha actinine a été identifiée en tant qu'allergène d'acarien de la poussière (An). De plus, il a été observé que les protéases à cystéine Der p 1 (du *D. pteronyssinus*) et Der f 1 (du *D. farinae*) participent aux activités protéolytiques de tous les autres groupes d'allergènes d'acarien par l'activation de précurseurs protéiques d'enzymes, appelés aussi zymogènes (composés protidiques inactifs, dépourvus d'activité enzymatique, qui peuvent donner après ac-

tivation une enzyme active) (Asokanathan, Szalai, Herman). Les protéases seraient reconnues par certains récepteurs de reconnaissance tels que les « pattern recognition receptors » (PRR), dont les Toll-like receptors (TLR), les récepteurs NOD-like (NLR) ainsi que les récepteurs AIM2-like (ALR), parmi beaucoup d'autres. Ce sont les mêmes récepteurs impliqués dans la reconnaissance des agents pathogènes, ce qui suggère un lien entre les infections et les allergies, en raison de la perte de l'intégrité épithéliale et de l'installation de l'inflammation à la suite de la cascade des cytokines inflammatoires. Enfin, il a été suggéré que l'allergénicité des acariens peut provenir des bactéries et produits fongiques leur étant associés (Gregory).

Allergoïdes et recombinants

Parallèlement à la pharmacothérapie classique qui n'est pas toujours efficace, l'immunothérapie spécifique a été proposée pour supprimer le risque d'allergie ou d'anaphylaxie aux acariens. Cette thérapie est basée sur l'administration d'extraits allergéniques polymérisés (allergoïdes) ou d'allergènes recombinants. Parmi d'autres, un essai en double-aveugle contrôlé avec placebo a montré un incrément du taux des immunoglobulines G (IgG) ainsi qu'une réduction du taux d'immunoglobulines E (IgE) en réponse à une immunothérapie par allergoïdes contre les acariens. L'immunothérapie sous-cutanée était la voie la plus courante d'administration d'allergoïdes jusqu'à présent. De nos jours elle a été remplacée l'immunothérapie sublinguale même dans le cas des acariens, grâce à l'amélioration de l'observance du patient compliance. Toutefois, l'immunothérapie dans le cas des allergoïdes présente des limites (grande diversité de séquence des allergènes et le maquillage hétérogène de patients) qui en limitent l'efficacité.

Depuis quelques temps, l'immunothérapie aux allergènes recombinants a été proposée. Ainsi un allergène recombinant rDer hypoallergénique p 2 / 1S contre les acariens de la poussière induisant la production d'IgG mais inhibant celle d'immuno-





L'ALLERGIE AUX ACARIENS DOMESTIQUES REVISITÉE

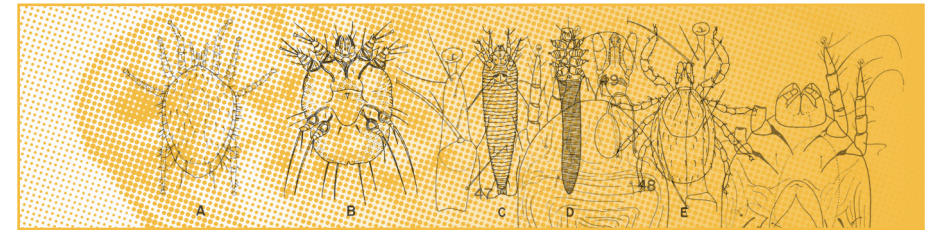
Docteur Isabella Annesi-Maesano



globulines E (IgE) contre Der p 1 et Der p 2 a été développé chez le lapin (Chen). Une autre étude a également généré un allergène recombinant Der p 2 hypoallergénique avec une réactivité IgE atténuée (Ai). La livraison d'un allergène recombinant sur le site de l'inflammation constituant une autre voie d'action, un *Lactococcus lactis* recombinant a été généré pour une délivrance mucosale de Der p 2, qui est à l'origine d'une forme légère d'inflammation des voies aériennes, par une diminution du niveau des Th2 cytokines dans le lavage broncho-alvéolaire par élévation des IgE et IgG et des lymphocytes régulateur (Treg) tout en abaissant le niveau de l'interleukine 4 (IL4) (Ai).

Métabolomique

La métabolomique permet de répondre à de nombreuses questions concernant l'allergie aux acariens. La chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse (LC --- MS) et la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC --- MS) et résonance magnétique nucléaire à proton permettent d'analyser les composants volatils et non volatils ainsi que les variations de cytokines dans le cas de l'asthme induit par les acariens dans les échantillons biologiques des individus, constituant le métabolome individuel (tissus, urine, lavage broncho-alvéolaire, sérum, et poumon) (Diamant). De plus, les techniques de la métabolomique ont permis d'élucider la structure des allergènes. Der f 24 (l'alpha -actinin) a été purifié à partir de l'extrait d'acariens de la poussière.

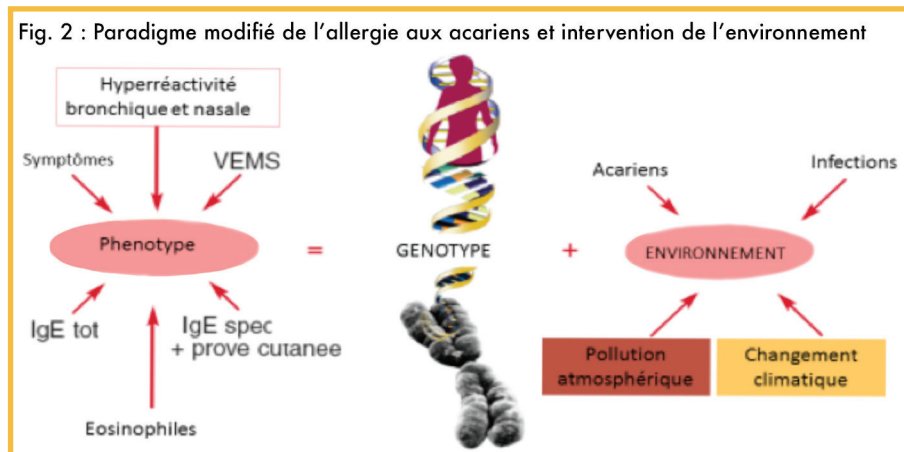


Considérations générales

L'allergie aux acariens est en train d'augmenter de façon significative depuis quelques décennies en raison de nombreuses raisons encore inconnues. Elle résulte de la rencontre entre la prédisposition génétique et l'environnement dont bien évidemment les acariens (Figure 2). La dégradation de la qualité de l'environnement est supposée être l'une des raisons fondamentales de l'augmentation de l'allergie aux acariens, à commencer par l'appauvrissement de la qualité de l'air à l'origine d'une inflammation des voies respiratoires permettant aux acariens de pénétrer de façon plus aisée dans celles-ci. Des modifications du mode de vie et les habitudes alimentaires sont d'autres facteurs à envisager. Il est impératif de déchiffrer l'hôte ainsi que les allergènes dans la perspective d'adopter de mesures préventives et des mettre en œuvre des thérapies pour prévenir et soigner l'allergie aux acariens. En particulier des études de population doivent être réalisées pour vérifier les rôles des allergènes les moins connus.

Conclusion

- L'acarien est un allergène très répandu dans le monde.
- L'acarien contribue de façon importante à l'asthme et à la rhinite.
- En France, entre 20 et 40% de l'asthme est attribuable à Der p 1 et entre 10 et 40% à Der f 1
- Les liens avec la gravité ont été peu étudiés en population générale
- Les allergènes du groupe 2 doivent être étudiés
- Des mesures environnementales et cliniques doivent être envisagées





L'ALLERGIE AUX ACARIENS DOMESTIQUES REVISITÉE

Docteur Isabella Annesi-Maesano



Références bibliographiques :

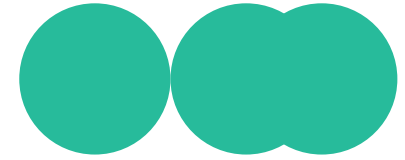
- Sharma D, Dutta BK, Singh AB. Dust mites population in indoor houses of suspected allergic patients of South Assam, India. *ISRN Allergy*. 2011;2011:576849
- Abramson SL, Turner-Henson A, Anderson L, Hemstreet MP, Tang S, Bartholomew K, et al. Allergens in school settings: results of environmental assessments in 3 city school systems. *J Sch Health*. 2006;76:246-9.
- Suesirisawad S, Malainual N, Tungtrongchitr A, Chatchatee P, Suratannon N, Ngamphaiboon J. Dust mite infestation in cooking flour: experimental observations and practical recommendations. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2015;33:123-8.
- Takahashi K, Taniguchi M, Fukutomi Y, Sekiya K, Watai K, Mitsui C, et al. Oral mite anaphylaxis caused by mite-contaminated dōnōmīyaki/pancake-mix in Japan: 8 case reports and a review of 28 reported cases. *Allergol Int*. 2014;63:51-6.
- Weinmayr G, Forastiere F, Weiland SK, Rzehak P, Abramidze T, Annesi-Maesano I, Björkstén B, Brunekreef B, Büchele G, Cookson WO, von Mutius E, Pistelli R, Strachan DP; ISAAC Phase Two Study Group. International variation in prevalence of rhinitis and its relationship with sensitisation to perennial and seasonal allergens. *Eur Respir J*. 2008 Nov;32(5):1250-61.
- Annesi-Maesano I, Hulin M, Lavaud F, Raheison C, Kopferschmitt C, de Blay F, Charpin DA, Denis C. Poor air quality in classrooms related to asthma and rhinitis in primary schoolchildren of the French 6 Cities Study. *Thorax*. 2012 Aug;67(8):682-8.
- An S, Shen C, Liu X, Chen L, Xu X, Rong M, et al. Alpha-actinin is a new type of house dust mite allergen. *PLOS ONE*. 2013;8:e81377.
- Asokanathan N, Graham PT, Stewart DJ, Bakker AJ, Eidne KA, Thompson PJ, et al. House dust mite allergens induce proinflammatory cytokines from respiratory epithelial cells: the cysteine protease allergen, Der p 1, activates protease-activated receptor (PAR)-2 and inactivates PAR-1. *J Immunol*. 2002;169:4572-8.
- Szalai K, Kopp T, Lukschal A, Stremnitzer C, Wallmann J, Starkl P, et al. Establishing an allergic eczema model employing recombinant house dust mite allergens Der p 1 and Der p 2 in BALB/c mice. *Exp Dermatol*. 2012;21:842-6.



IV^{èmes} Rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie " AUTOUR DE L'ASSIETTE "

ANAFORCAL PACA-CEIACA / ANAFORCAL PROVENCE / ANAFORCAL LANGUEDOC-ROUSSILLON GAIC

19 et 20 mars 2016 : COUVENT ROYAL DE L'ABBAYE DE SAINT MAXIMIN
Dr Frédérique Louis-Donguy secrétaire CEIACA ANAF PACA



L'ANAFORCAL PACA-CEIACA a été l'association organisatrice de cette IV^{ème} édition qui a réuni les 3 associations du Grand Sud sous la présidence de Ruth Navarro. Le thème, cette année, se proposait de traiter différents sujets autour de l'allergie alimentaire sous le titre alléchant « Autour de l'assiette ». 43 participants étaient présents et 10 partenaires de l'industrie pharmaceutique, que nous remercions chaleureusement, nous ont permis d'organiser ce séminaire dans les meilleures conditions, dans le site historique et majestueux qu'est le Couvent Royal de l'abbaye de St Maximin.

Les conférences ont débuté le samedi après-midi 19 mars et se sont terminées le dimanche après-midi 20 mars avec un indice de satisfaction très élevé de la part de tous les participants. Le flambeau a été transmis à l'ANAFORCAL PROVENCE et à son président Kai Kassman pour l'organisation des V^{èmes} rencontres méditerranéennes en 2017. Nous vous proposons de prendre connaissance des résumés de l'ensemble des communications, le détail de celles-ci étant disponible sur demande à chaque orateur.



Ruth Navarro a débuté par une introduction intitulée : « Mise en bouche » ... sous la forme d'un diaporama constitué de tableaux et toiles de maîtres représentant des scènes de repas, des aliments, de la vaisselle... Une magnifique entrée en matière.

« GOÛT ET ODORAT »

Dr Justin Michel : Service ORL ; Pr DESSI CHU La Conception (Marseille)

La saveur d'un aliment regroupe l'ensemble des perceptions gustatives, olfactives et trigéminales.

- La saveur perçue par la langue (goût) identifie les 5 informations primaires : sucré, salé, acide, amer et « umami » (ou savoureux en japonais qui évoque le glutamate).

- L'arôme perçu par rétro-olfaction (odorat) donne des milliers d'informations.
- La proprioception donne des informations thermiques, mécaniques voire chimiques (somesthésie).

En effet, comment éprouver du plaisir en mangeant si l'un de ces sens est altéré ? Il s'agit d'un motif de consultation fréquent, pour lequel il faut savoir préciser le dysfonctionnement: les outils d'exploration sont limités pour des étiologies multiples.

« UN ARÔME : C'EST QUOI ? »

Cyril Gallardo, Ingénieur dans l'industrie des arômes et parfums.

Ce fut un atelier interactif, qui nous a fait découvrir les différents arômes tournant autour d'un aliment : en l'occurrence la vanille et la pomme avaient été choisis.

« IN VITIS VINIFERA »

Dr Henriette Dhivert-Donnadieu ; Dr Robert Gaussorgues (Montpellier)

En l'absence de Robert Gaussorgues, excusé, et qui devait traiter ce sujet préparé par la regrettée Henriette Dhivert, c'est Ruth Navarro qui nous a « plongés » dans « *In Vitis Vinifera* » : pollen, raisin et vin...

En effet, dans les zones de très forte densité de culture, les gens qui travaillent la vigne peuvent avoir des pollinoses.



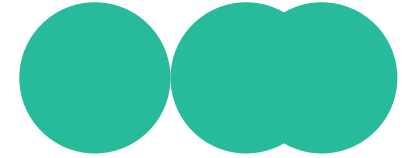
L'allergie alimentaire au raisin existe et la LTP en est l'allergène majeur. Tous les patients qui présentent une allergie sévère au raisin réagissent à ces protéines et aux plantes qui en contiennent (LTP syndrome). Cette sensibilité pour les LTP peut exister en dehors de la Méditerranée et provoquer des allergies sévères aux fruits sans pollinose associée. Plus le taux d'IgE Spécifiques LTP est élevé, plus le nombre d'ali-



14^{èmes} Rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie " AUTOUR DE L'ASSIETTE "

ANAFORCAL PACA-CEIACA / ANAFORCAL PROVENCE / ANAFORCAL LANGUEDOC-ROUSSILLON GAIC

19 et 20 mars 2016 : COUVENT ROYAL DE L'ABBAYE DE SAINT MAXIMIN
Dr Frédérique Louis-Donguy secrétaire CEIACA ANAF PACA



ments entraînant des réactions est grand. Les différents tableaux cliniques provoqués par l'absorption de vin sont : le flush facial lié à un déficit en alcool-déshydrogénase, des céphalées provoquées par l'histamine mais aussi par la tyramine, la sérotonine, la phényléthylamine, l'urticaire aiguë et chronique provoquée par les métabolites de l'éthanol (acide acétique et acétaldéhyde). L'asthme induit par le vin est un phénomène complexe qui relève probablement de plusieurs mécanismes dont les sulfites. La rhinite est plus fréquente chez les patients atteints de rhinite allergique, d'asthme et de BPCO, chez les femmes, le vin rouge (83 %) et le vin blanc (31%) sont les plus souvent cités. D'autres allergènes alimentaires du vin ont été identifiés : les résidus de la clarification. La clarification supprime les substances qui flottent dans le vin et le rendent trouble. Il y a plusieurs méthodes que l'on peut combiner : le collage et le filtrage et/ou soutirage. Il existe plusieurs sortes de colle pour le vin blanc : colle de poisson, la caséine, le blanc d'œuf (vin rouge) et des terres filtrantes (diatomées et perlites), la bentonite (argile colloïdale naturelle). Le soutirage est l'opération qui consiste à séparer le vin de son dépôt et à le transvaser dans un autre fût. Pour terminer ont été évoqués pour mémoire l'anaphylaxie d'effort au raisin et l'anaphylaxie d'effort au vin.

« ALLERGIE ALIMENTAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE »

Dr Anne Broué-Chabbert, Hôpital des enfants (Toulouse) / Centre pneumo-allergo-pédiatrique (Tournefeuille)

Un allergique à la cantine, ou, je suis allergique à la cantine ?



L'établissement du PAI (protocole d'accueil individualisé) était la pièce maitresse de cet exposé illustré par des cas cliniques et détaillant ses indications, son intérêt, sa rédaction en fonction de la symptomatologie, les aliments les plus souvent incriminés, la composition de la trousse d'urgence en insistant sur les indications de l'adrénaline, et ses difficultés. Les conclusions se sont regroupées autour de 2 nécessités : sécurité

et intégration. Le PAI est indispensable en cas d'allergie alimentaire prouvée. Il est à adapter à chaque enfant et le certificat doit être le plus précis possible. Le rôle du médecin de collectivité est primordial ainsi que la communication entre les intervenants. L'éducation thérapeutique des patients et des familles est importante sans quitter l'objectif majeur qui est d'améliorer la qualité de vie de l'enfant allergique.

« ENTRE TERRE ET MER » : Allergie aux viandes et aux poissons

Dr Etienne Beaudoin, Service d'Allergologie CH Emile Durckheim (Epinal)

Il s'avère qu'il y a différentes espèces de crevettes et que les extraits commerciaux mis à disposition pour les tests cutanés n'en représentent qu'une variété. Les IgE Spécifiques (globaux) ont plus d'intérêt que les allergènes moléculaires et dans tous les cas, il faut tester les aliments natifs y compris ceux de l'accident.



Il y a 28000 espèces de poissons=cartilagineux et osseux. Les plus consommés sont : saumon, thon, cabillaud, merlu, lieu noir, maquereau, truite, sardine et hareng. La concentration en parvalbumines est plus importante dans le muscle blanc, elle est décroissante de la tête à la queue et prédominante dans la partie ventrale. Il y a 2 isoformes : bêta (poisson, grenouille et poulet) et alpha (poissons cartilagineux). Il y a une homologie entre 60 à 90 % entre les espèces et même au sein d'une espèce et la concentration est variable d'une espèce à l'autre. Elles sont thermostables. Les autres allergènes sont : l'énolase et l'aldolase (morue, thon et saumon), la gélatine, la vitellogénin (œufs de poissons), la tropomyosine ce qui explique la mono ou paucisensibilisation à certaines espèces.

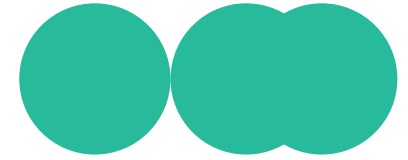
Il faut donc tester les différentes variétés de poisson (VPN excellente) et doser les IgE spécifiques par espèce et pas de limiter à Gad c1 et Cyp c1. Les diagnostics différentiels sont : la scombroidose, l'anisakiase et la ciguatera.



IV^{èmes} Rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie " AUTOUR DE L'ASSIETTE "

ANAFORCAL PACA-CEIACA / ANAFORCAL PROVENCE / ANAFORCAL LANGUEDOC-ROUSSILLON GAIC

19 et 20 mars 2016 : COUVENT ROYAL DE L'ABBAYE DE SAINT MAXIMIN
Dr Frédérique Louis-Donguy secrétaire CEIACA ANAF PACA



Il existe une allergie primitive à la chair de grenouille sans allergie au poisson (alphaparvalbumine) et une allergie secondaire à la grenouille avec allergie primitive au poisson (bétaparvalbumine).



L'allergie aux viandes de mammifères se traduit surtout par une anaphylaxie, 3 à 6 heures après l'ingestion (viandes rouges), 9 à 12 heures et même nocturne. Idem avec les produits laitiers et la gélatine. L'anaphylaxie aux rognons est plus rapide et s'il existe une allergie aux rognons et aux viandes rouges, la réaction est encore plus rapide que pour les rognons seuls. On retrouve dans les antécédents fréquemment des morsures de tiques (réaction inflammatoire +++). Il n'y a pas de reproductibilité des accidents. Tout dépend de la concentration en alphaGal, de la cinétique de l'absorption des graisses et de facteurs associés dans 3/4 des cas : alcool, effort, IEC et bêtabloquants, AINS. Le diagnostic différentiel est : isolats de blé, soja, résidus de pénicilline, moutarde, moisissures *Penicillium Nalvogensense* des peaux de saucissons, emballeurs de viandes (historique) : suspecter l'anhydride phtalique.

« BIO ? PAS BIO ? »

Dr Sylvie Leroy, CHU NICE : Service de Pneumologie

Le label Agriculture Biologique est un label de qualité française. Il suffit de 95 % de composants bio pour obtenir le label AB et la présence de traces accidentelles d'OGM (0,9%) est autorisée car les critères de l'Agence française Bio se sont alignés sur le label bio européen. Il existe 3 labels : AB (agriculture biologique), le label Nature et Progrès, le label Agriculture Biologique (label européen) créée par la commission européenne.

Le modèle de la pomme a été choisi pour cet exposé.

Les allergènes de la pomme sont : la pomme (f 49), Mal d 1 (PR 10) allergie à la pomme liée au pollen de bouleau, Mal d 3 (LTP) allergie primaire aux LTP et Phlp12 (profiline de la phléole et homologue de Mal d 4) allergie à la pomme liée aux pollens de graminées. Les profils allergiques diffèrent en Europe : les espagnols sont sensibles à Mal d 3 (réactions

sévères) et les pays du Nord et l'Italie sont sensibles à Mal d 1 (PR10). Les LTP dominent dans la peau et les PR10 sont à la fois dans la pulpe et la peau. Pour faire un prick natif on prélève peau + pulpe dans une zone proche de la tige riche en allergènes (Mal d 1). La congélation ne modifie pas l'allergénicité.

Il n'y a pas de différence d'allergénicité à Mal d 1 entre les pommes bio et non bio par contre la concentration en LTP est supérieure si la pomme est bio. (idem pour la prune, pas pour les pêches et les nectarines). Il y a plus de LTP dans la Golden et la Granny Smith, dans la pêche et l'abricot. Il faut faire des pricks à différentes sortes de pomme : les pommes Elise et Santana sont les moins allergisantes, la Pink Lady et la Golden Delicious les plus allergisantes. La taille du prick n'est pas prédictive du résultat du TPO. Les pommes stockées sont responsables de plus de symptômes SOA que les pommes fraîches. La réactivité au prick sur des pommes fraîches (oct-nov) est plus faible que sur des pommes stockées 6 mois car les pricks tests sont faits lors de l'arrivée des pollens de bouleau. Le stockage au froid (2 °c en air ambiant) augmente de 15% l'allergénicité versus le stockage contrôlé (3° c, 2,5 % d'O₂ et 1% de CO₂). La concentration en Mal d 1 augmente avec le temps de stockage et la maturation.



La pomme hypoallergénique existe-t-elle ? Oui, la variété Elstar a été génétiquement modifiée (OGM) pour Mal d 1.

Les cofacteurs amplificateurs d'anaphylaxie restent le stress, la fièvre, les AINS, l'alcool, l'exercice, l'infection aigüe (VAS° et le syndrome prémenstruel).

Pour une induction de tolérance la pomme choisie reste la Golden bio (la plus allergisante et la plus riche en LTP), sans la peau.

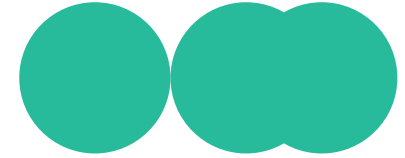
Les messages à retenir sont donc les suivants : l'allergénicité est augmentée ou déterminée par le mode de culture bio, l'espèce, le mode de stockage en atmosphère non contrôlée, la durée de stockage, la saison de consommation lors des pneumallergènes croissants, les cofacteurs et le mode de préparation (cuisson, acidité...).



IV^{èmes} Rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie " AUTOUR DE L'ASSIETTE "

ANAFORCAL PACA-CEIACA / ANAFORCAL PROVENCE / ANAFORCAL LANGUEDOC-ROUSSILLON GAIC

19 et 20 mars 2016 : COUVENT ROYAL DE L'ABBAYE DE SAINT MAXIMIN
Dr Frédérique Louis-Donguy secrétaire CEIACA ANAF PACA



« ADDITIFS ET CONSERVATEURS : COMMENT LIRE LES ETIQUETTES ? »

Dr Anca Mirela Chiriac, Hôpital Arnaud de Villeneuve / CHRU de Montpellier

Il y a 14 allergènes à étiquetage obligatoire (gluten, crustacés, œuf, poissons, lupin, arachide, soja, lait, fruits à coque, mollusques, céleri, moutarde, graines de sésame, anhydre sulfureux et sulfites) et 363 additifs autorisés dans l'union européenne. Les principales catégories d'additifs sont : les colorants, les édulcorants, les conservateurs, les antioxydants et les agents de texture. Ils doivent faire preuve de leur innocuité, répondre à un besoin technologique qui ne peut pas être satisfait par d'autres moyens, avoir un intérêt pour le consommateur et ne pas l'induire en erreur.

Il y a différents types d'étiquettes :

- à l'ancienne, traditionnel (sans additifs)
- artisanal : fabriqué par un artisan
- biologique : logo AB
- campagne, fermier ou paysan
- comme autrefois = peut être purement commercial
- conformément à la réglementation : indique que le produit respecte la loi
- maison ou fait maison
- naturel
- sans... : sucre, conservateur, sel
- seulement : mention non réglementée
- nutritionnelles : quantitative, comparative
- de santé : fonctionnelle relative

Les tendances à venir sont CleaN label et CleaR label.



La réglementation des additifs évolue depuis la première directive en 1960. Elle est en perpétuelle réévaluation (2010-2020). Leur utilisation est soumise à des règles : prin-

cipe des listes positives (ce qui n'est pas autorisé est interdit), petites quantités, présence obligatoirement indiquée soit en clair, soit à l'aide d'un code fixé au niveau européen (E+ numéro) :

- E100 : colorants
- E200 : conservateurs
- E 300 : antioxydants
- E 400 : agents de texture

Il y a une évaluation de la sécurité des additifs, une dose maximale tolérée et une dose journalière admissible. Des données toxicologiques sont indispensables.

Les réactions aux additifs sont : intolérance, hypersensibilité et allergie. Les manifestations rapportées sont cutanées (érythème, urticaire/angio-oedème, eczéma), respiratoires (asthme), digestives (diarrhées, douleurs abdominales), générales (vertiges, HTA), rarement anaphylactiques.

La prévalence est de 0,1% à 1,5% de la population et l'installation des réactions est plutôt tardive dans la vie (changement de la fonction de la barrière gastro-intestinale et cofacteurs comme l'alcool et les médicaments).

Le diagnostic est souvent difficile et nécessite la tenue d'un journal alimentaire et d'un régime d'éviction suivi d'une réintroduction. Le mécanisme est incertain : activation mastocytaire directe ?

Le traitement repose sur l'éviction et la prophylaxie (antiH1 ?).

Les comorbidités sont possibles : mastocytose et urticaire chronique.

Exemples d'additifs pour lesquels des réactions ont été rapportées et confirmées :

- les benzoates utilisés pour leurs propriétés antimicrobiennes (eczéma de contact, asthme, rhinite persistante et urticaire chronique)
- le glutamate mono-Na : syndrome du restaurant chinois (urticaire, rhinite persistante, asthme, céphalées).

Voilà ce qui nous attend dans les années à venir : CleaR label : 70 % de graisse, sel, sucre, très dangereux, mortel, truffé de carcinogènes...

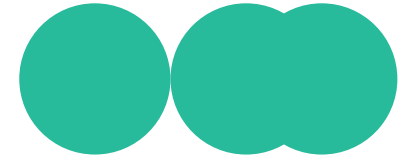
La conclusion de l'exposé insiste sur la difficulté de lecture des étiquettes et que de toute façon il ne faut pas trop se fier aux étiquettes car le contenu peut être bien différent...



IV^{èmes} Rencontres Méditerranéennes de Formation Médicale en Allergologie " AUTOUR DE L'ASSIETTE "

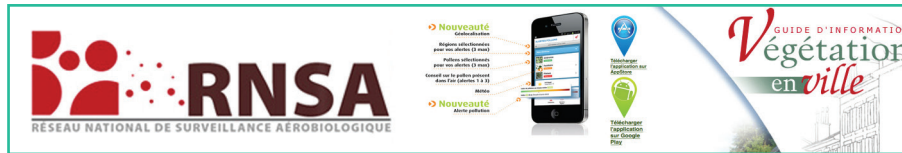
ANAFORCAL PACA-CEIACA / ANAFORCAL PROVENCE / ANAFORCAL LANGUEDOC-ROUSSILLON GAIC

19 et 20 mars 2016 : COUVENT ROYAL DE L'ABBAYE DE SAINT MAXIMIN
Dr Frédérique Louis-Donguy secrétaire CEIACA ANAF PACA



« METROPOLLEN : C'EST QUOI ? »

Michel Thibaudon du RNSA (Brussieu)



Michel Thibaudon, invité par notre association, nous a non pas parlé d'allergie alimentaire, mais exposé l'application Métropollen qui est entrée en vigueur cette année à télécharger sur smartphone (Urbanpulse) et dont l'objet est le monitoring des pollens à partir de mesures faites en temps réel sur la métropole de Nice et de proposer un bulletin pollens aux personnes allergiques. Les partenaires sont le RNSA, les médecins allergologues, ADDAIR, CEA, OPENHEALTH, SEPIA. Trois questionnaires sont proposés aux personnes volontaires de janvier à juin afin de savoir comment ils suivent ou ont vécu la saison pollinique : qualité de vie et consommation médicamenteuse entre autres.

Ce séminaire a donc été riche en enseignements très variés et a répondu aux questions que se posaient les participants, les a pleinement satisfaits et nous les remercions d'avoir accepté notre invitation.

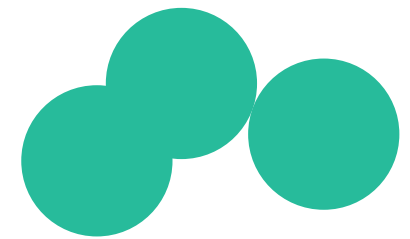
Nous remercions aussi tous les orateurs pour avoir répondu présents et s'être pleinement impliqués.

Nous remercions les partenaires de l'industrie pharmaceutique sans qui ce séminaire n'aurait pu se réaliser.



SÉMINAIRE BOTANIQUE DE REIMS du 13 au 15 mai 2016

Dr Isabelle Sullerot



Le quinzième anniversaire du Séminaire Botanique et Allergie a été fêté à Reims, du 13 au 15 mai 2016, sous le signe de la « pétilliance », et gratifié d'un ciel clément, mais frisquet, qu'arrivait à peine à réchauffer un soleil pourtant généreux. C'est le climat typique de la Champagne qui convient parfaitement à la culture de la vigne. Ce séminaire a pu avoir lieu grâce à la persévérance de Jean-François Fontaine et au soutien indéfectible de notre partenaire historique le laboratoire ALK rejoint cette année par Mundipharma.

Agnès Cheynel a rendu un vibrant hommage à nos chers disparus : Willy Roucher qui organisait avec compétence et gentillesse toutes les rencontres ANAFORCAL (SBA et Rencontres Francophones), et Henriette Dhivert qui les animait en tant que brillante oratrice ; elle a longtemps fait partie du bureau de l'ANAFORCAL. La présence de trois internes en allergologie, leur jeunesse et leur enthousiasme pour la création d'un DESC, fut un réconfort et un espoir pour l'avenir de notre belle spécialité. Les participants se sont retrouvés le vendredi soir, certains venants de Belgique, autour d'un dîner convivial au cours duquel le programme des deux journées a été détaillé. Le samedi matin était consacré aux conférences scientifiques, et deux sorties botaniques étaient organisées le samedi après-midi et le dimanche matin.

COMPTE RENDU DES CONFERENCES



I. Allergie pollinique en Milieu viticole.

Dr Jean-François Fontaine

Si les travaux de la vigne occupent tous les mois de l'année, l'exposition maximale aux aéroallergènes se situe de mai à août, avec effet cumulatif des traitements phytosanitaires. L'exposition aux acariens phytophages s'étend d'avril à août, mais les symptômes surviennent surtout lors des travaux de relevage de la vigne où la proximité avec les branches infestées est la plus grande. Chez les viticulteurs, la prévalence de sensibilisation à Tétranychus urticae (araignée jaune) atteint 22% (versus 16% pour les

acariens domestiques), et la prévalence de l'allergie 9%. Les symptômes sont rythmés par l'activité professionnelle. L'allergie au pollen de la vigne (*Vitis vinifera*) est souvent alléguée par les salariés, mais la période de pollinisation est très courte, environ 15 jours, de faible intensité, et elle coïncide avec celle des pollens de graminées émis en grande quantité. Ainsi l'étude de l'équipe rémoise retrouve 11/74 patients avec TC positif, mais aucune mono sensibilisation ni de différence clinique significative. Pourtant, certaines publications font état d'allergie vraie au pollen de vigne, mais il s'agit de cas cliniques isolés.

D'autres cas cliniques inhabituels illustrent les diagnostics différentiels : Rhino-conjonctivite, et urticaire lors de l'arrachage d'une brassicacée, la fausse roquette, envahissant les vignes des régions méditerranéennes (*Diplotaxis erucoides*) qui pollinise de décembre à avril-mai, avec tests cutanés positifs avec le broyat de fleurs et feuilles. Rhino-conjonctivite saisonnière et sibillances de juin à septembre, rythmées par le travail et liées à l'exposition au mildiou, avec test cutané positif au broyat de mildiou. C'est un pseudochampignon : *Plasmopora viticola*.

Prévalence de la sensibilisation cutanée aux pneumallergènes

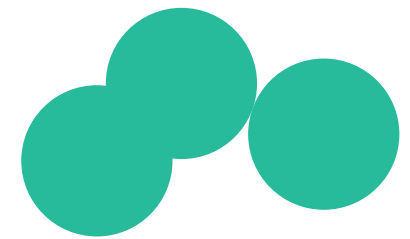
	Ouvriers viticoles Reims-Epernay	Population Grenoble	Population Paris	Ouvriers viticoles Afrique du Sud
D. Pter.<<	20 %	20,5 % (16,4 - 24,6)	21,7 % (17,6 - 25,8)	16 %
Graminées	13 %	22,2 % (17,9 - 26,5)	16,1 % (12,4 - 19,9)	11 %
Bouleau	9 %	6,4 % (4,1 - 8,8)	3,6 % (2 - 5,2)	3 %
Armoise	8 %			
Alternaria	7 %	6,1 % (3,3 - 8,9)	4,2 % (2,5 - 5,8)	3 % (mould mix)
Botrytis	2 %			2 %

Références : (1) Bousquet P.-J., Chinn S., Janson C. et al., Allergy 2007;62: 301-309
(2) Jeebhay MF., Baatjies R., Chang Y.-S., et al., Int Arch Allergy Immunol 2007; 144: 143-149



SÉMINAIRE BOTANIQUE DE REIMS du 13 au 15 mai 2016

Dr Isabelle Sullerot



II. Allergies polliniques en milieu agricole : quid des cultures non céréalières?

Dr Nadine Masy

L'exposé concerne les cultures de colza (brassicacée), lin (linacées), luzerne (fabacées), chanvre (cannabacées).

L'allergie aux cultures céréalières existe-t-elle ?

Les arguments pour : le pollen est anémophile (colza, cannabacées), et sa présence est mentionnée sur certains calendriers polliniques (c'est le cas du colza, présent en faible quantité début mai),

Les arguments contre : le pollen est entomophile, les fleurs étant fécondées par les insectes (c'est le cas pour la luzerne, et en partie pour le colza qui est lourd et collant), ou bien la fleur s'autoféconde (c'est le cas de la fleur de lin qui fane le jour même).

Que disent les publications scientifiques ?

Pour le colza, la sensibilisation est variable, allant de 7% en population générale, à 22 % dans les régions de culture du colza, ou chez les professionnels exposés. Les mono sensibilisations peuvent se rencontrer. L'émission de fortes quantités de terpènes, aldéhydes, cétones, et sulfites joue également un rôle irritant des voies aériennes supérieures. L'allergie vraie, qui doit être confirmée par des tests de provocation, serait moins fréquente (0,2% dans certaines études). La sensibilisation au pollen de colza (*Brassica napus*) est explorée par les tests cutanés, la recherche d'IgE spécifiques (ne pas confondre avec la graine de colza), et accessible à l'immunothérapie. Certains allergènes moléculaires ont été identifiés : les polcalcines Bra n 4 et n 7, une profiline Bra n8, une polygalacturonase.

Pour la luzerne, entomophile, la sensibilisation concernerait un petit nombre de professionnels exposés. Il existe un extrait commercial pour test cutané et biologique.

Certains allergènes moléculaires ont été identifiés, dont une PR 10.

Pour le lin, aucune publication ne fait état d'une allergénicité du pollen de lin, à la différence de la graine de lin responsable d'allergie alimentaire ou professionnelle, et à la fibre de lin responsable de Byssinose. Aucun allergène moléculaire n'est identifié.

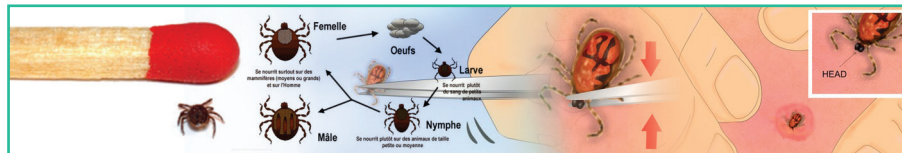
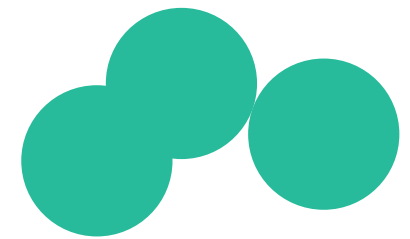
Pour le houblon, des études coréennes font état de sensibilisations au pollen, tandis qu'en Espagne ou sur la cote ouest des états unis, le pollen de houblon est mentionné sur certains comptes polliniques. La sensibilisation est explorée par test cutané et biologique (ne pas confondre avec l'allergène alimentaire). Certains allergènes moléculaires sont identifiés, notamment l'allergène majeur Hum j1 et j10, et une profiline Hum j2.

L'allergénicité du cannabis est de plus en plus étudiée, le cannabis étant un aéroallergène potentiel dans certaines régions du globe, et pour les professionnels exposés. Les symptômes décrits sont variés : rhino conjonctivite, asthme, urticaire voire anaphylaxie. Plusieurs allergènes moléculaires sont identifiés, dont une LTP Can s3 allergène majeur, qui présente des réactions croisées possibles avec d'autres LTP dans le cadre du syndrome des LTP. Les tests cutanés sont effectués avec des extraits natifs de feuille et de fleur.

La cléistogamie est-elle la solution pour diminuer l'émission de pollen ? La cléistogamie, obtenue par mutagenèse pour le colza, réduit les échanges de pollen et permet de conférer une protection vis-à-vis du transfert de gènes entre parcelles voisines. En effet, les fleurs sont fermées, et ne peuvent à priori ni disperser leur pollen, ni recevoir de pollen étranger.

Les cultures non céréalières (quelques exemples)

Brassicacées (crucifères)	Fabacées (légumineuses)	Linacées	Canna(bin)acées
Le colza (kool-zaad)	La luzerne	Le lin	Le houblon
Le chou vert	Le lupin		Le chanvre
Le chou blanc	Le soja		
Le chou-fleur	Le trèfle		
etc...	L'arachide		



III. Morsures en forêt : les tiques taclent.

Dr Etienne Beaudouin.

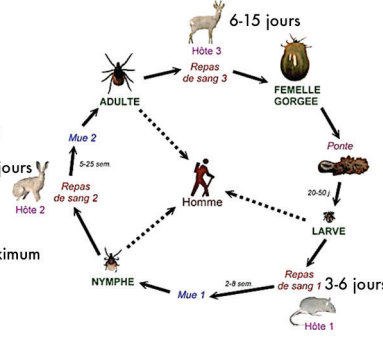
Les tiques molles (Argas) et les tiques dures (Ixodes), sont des parasites hématophages télmophages stricts, l'homme étant un hôte accidentel. Pendant le repas alternent succion sanguine et injection salivaire. Trois repas sanguins sont nécessaires pour un cycle de développement complet, qui peut durer de 1 à 3 ans, avec possibilité de pauses pendant plusieurs mois. La femelle doit être fécondée pour le développement des œufs. Le repas de sang peut durer plusieurs jours, et le poids de l'insecte être multiplié par 10.

Ixodes ricinus

Arthropodes hématophages stricts
3 stade de développement à partir des œufs :
> Larve, nympe, adulte :
métamorphoses successives après repas sanguin



Tripasique : 3 hôtes différents
Télotrope : 3 hôtes de nature différents
Cycle : 1 à 3 ans
5 mois minimum ; quelques années maximum



III.1 Les tiques sont des vecteurs d'agents pathogènes très variés.

III.1.1 La maladie de Lyme.

C'est une maladie bactérienne Gram (-) due à *Borrelia burgdorferi* transmise par *Ixodes ricinus*, avec un risque après 17 heures d'attachement. En Alsace la prévalence atteint 180 cas pour 100 000 habitants. On distingue 3 phases successives après la morsure: la phase précoce (3 à 30 jours) caractérisée par l'érythème migrant, avec

fébricule chez l'enfant, la phase secondaire hémotogène (semaines-mois), associant une méningo-radiculonévrite, une oligo-mono arthrite sub aigue (genou principalement), un lymphocytome cutané bénin (oreille, mamelon, scrotum), la phase tardive (mois-années) associant une acrodermatite atrophiante, une arthralgie chronique, une neuroborréliose tardive.

Le diagnostic sérologique est négatif pendant la phase précoce. Les IgM anti-borrelia apparaissent après la première année, et les IgG après la seconde année. Le traitement repose sur l'antibiothérapie très précoce

III.1.3 Les autres rickettsioses

La fièvre boutonneuse méditerranéenne, due à *R. conorii*, associe fièvre, céphalées, rash cutané, myalgies, lésions au point de morsure. Le réservoir habituel est le chien. Le TIBOLA (Tick borne lymphadenopathy), due à *R. slovaca*, présent dans les Vosges, se manifeste, après une incubation de 7 jours, par une escarre, le plus souvent au niveau du cuir chevelu, avec présence d'une adénopathie satellite, et parfois de signes généraux (fièvre, polyalgies). Le traitement repose sur les cyclines.

III.2 Qu'en est-il de l'anaphylaxie à la salive de la tique ?

III.2.1 L'anaphylaxie à *Argas reflexus*.

C'est une anaphylaxie nocturne, qui survient pendant le sommeil, suite à une morsure d'*Argas reflexus*, un parasite du pigeon qui peut survivre pendant plusieurs années (10 ans) dans des fissures de murs. Le diagnostic est difficile en l'absence d'extraits pour tests cutané et biologique. Un allergène majeur Arg r1 a été identifié.

III.2.2 L'anaphylaxie à *Ixode*.

Elle est décrite surtout en Australie, nécessitant le recours à l'adrénaline dans 3 cas sur 4. Quelques cas ont été rapportés en France, confortés par des tests cutanés et biologique avec des extraits artisanaux.

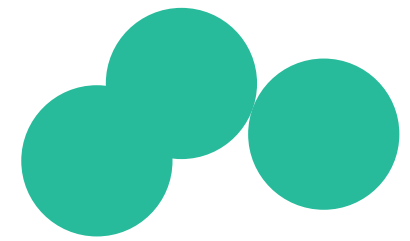
III.2.3 L'anaphylaxie à *alpha-gal*.

Elle a été identifiée aux Etats-Unis par la superposition des zones géographiques d'anaphylaxie au cétuximab (dès la première injection), aux viandes de mammifères, et aux morsures de tiques. La présence d'*alpha-gal* dans les intestins de tiques est attestée par le marquage par des AC anti-*alpha-gal* de sérums de patients. Chaque morsure de tique réactive chez les patients la production d'IgE anti *alpha-gal* (X4 à 20), et donc l'allergie semi-tardive aux viandes.



SÉMINAIRE BOTANIQUE DE REIMS du 13 au 15 mai 2016

Dr Isabelle Sullerot



IV. Particularités écologiques de la flore champenoise.

Pr F. Dupont

Le relief, le climat, et la nature des sols déterminent la flore.

La plaine de Champagne est située au nord-est de la France, entre la plaine de Brie à l'ouest, et le plateau de l'Argonne à l'est, mais si l'altitude de la ville de Reims est de 82 m, celle de Versy tout proche atteint 280 m.

Les températures annuelles sont assez fraîches, en moyenne de 10°C à 100m, 9°C à 200 m, 8°C à 300m, mais les écarts de température entre hiver et été sont de 16 degrés, caractérisant un climat continental, et propice au chêne pubescent, espèce subméditerranéenne rustique exigeante en chaleur estivale.

Bien que la pluviométrie soit assez moyenne (700mm/an), l'humidité atmosphérique de la montagne de Reims convient à la myrtille (*Vaccinium myrtillus*) espèce sub montagnarde présente à Versy.



Malgré un faible ensoleillement (1700 heures), le sol drainant favorise l'évaporation de l'eau et le réchauffement du sol : cette aridité convient à certaines espèces sub méditerranéennes (*Réséda raiponce*) et à la vigne.

Le sous-sol champenois est sableux à l'ouest, et calcaire à l'est. La montagne de Reims est une butte calcaire recouverte de sol sableux. On y rencontre une espèce des pelouses sèches calcaires ensoleillées : l'Euphorbe petit cyprès (*Euphorbia cyparissias*). L'armoise champêtre et la véronique prostrée poussent dans les sablières.

Le district champenois appartient au domaine médio européen, et est la limite est de l'espace atlantique (jacinthe des bois), et la limite ouest de l'alisier blanc *Sorbus aria* (espèce sub montagnarde).

Les faux de Versy sont une mutation récessive du hêtre commun, *Fagus sylvatica* var. *tortuosa*, espèce délétère, maintenue par l'homme. On dénombre 800 hêtres tortillardards à Versy : c'est la plus importante population en Europe.

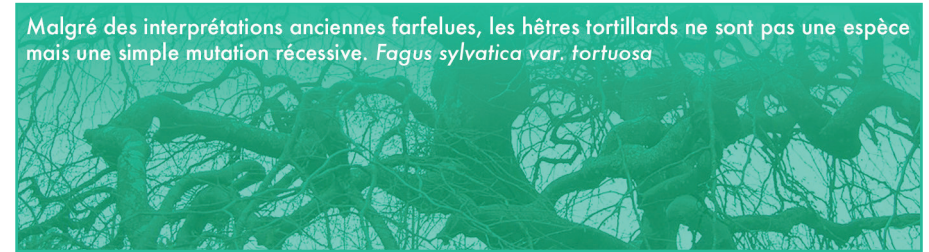
Diversité et préservation des milieux et paysages en Champagne.

L. Bray

La champagne s'étend sur 350 kms du nord au sud ; c'est une plaine centrale crayeuse bordée à l'est et à l'ouest par des plateaux, et au nord par le massif ardennais forestier. Les cultures représentent 60% du territoire, les forêts 26% ; l'espace urbain est limité ; la métropole de Reims regroupe 18 communes.

Les écosystèmes sont variés et hétérogènes. Certains très riches : la champagne des grands lacs accueillant les oiseaux migrateurs, des forêts de feuillus, le massif ardennais avec ses marécages, ses tourbières et ses landes humides. D'autres plus pauvres : la champagne crayeuse viticole.

Malgré des interprétations anciennes farfelues, les hêtres tortillardards ne sont pas une espèce mais une simple mutation récessive. *Fagus sylvatica* var. *tortuosa*



Les milieux sont riches mais menacés : les zones humides sont menacées par l'aménagement du lit des rivières, par l'artificialisation et les peupleraies, par les cultures céréalières. Les landes et les pelouses, associées aux pratiques pastorales abandonnées, sont menacées de disparition (reprise forestière, etc..).

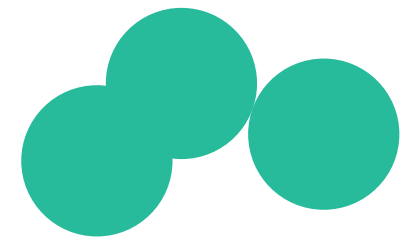
L'inventaire des milieux naturels d'intérêt pour la biodiversité a permis la mise en place de mesures de protection (réseau natura 2000, réserve d'oiseaux migrateurs, conservatoire du patrimoine naturel régional de la montagne de Reims,...), de gestion (gestion de la forêt, gestion du grand gibier, gestion des milieux aquatiques), et d'incitation (contrat d'agriculture durable, prime herbagère, zones mixtes de polyculture-élevage, marchés bio et circuits courts producteur-consommateur, maintien d'un corridor écologique réservoir de biodiversité autour des villages, protection des paysages,...).

Il est à noter qu'avec 87 parcs éoliens et 1477 unités, la Champagne-Ardenne est la première région éolienne de France.



SÉMINAIRE BOTANIQUE DE REIMS du 13 au 15 mai 2016

Dr Isabelle Sullerot



V. Vignoble et naturalité.

P. Richard

La culture de la vigne remonte à l'antiquité comme en témoigne les bas-reliefs égyptiens (1500 av JC). Si les méthodes de culture ont peu changé, les traitements chimiques sont l'apanage des temps modernes, destinés à lutter contre certaines maladies de la plante (l'oïdium qui atteint la grappe ainsi que la pourriture grise due à botrytis, le mildiou qui endommage les feuilles et empêche la photosynthèse, ainsi que l'éribose, le black-rot atteint les grappes et les feuilles,...).



Le phylloxera a décimé nos vignes à la fin du 19^{ème}. siècle C'est un acarien qui fabrique des gales sous les feuilles ou dans les sols. Les insectes sont ensuite libérés pour piquer les racines et pomper toute la sève. Nos vignes sont désormais greffées sur les plants résistants au phylloxera. Seules certaines maisons possèdent des vignes sans porte-greffe dénommées « vieilles vignes ».

Pourtant, certaines plantes adventices de la vigne, sont des auxiliaires de culture qui limitent l'érosion, respectent les pollinisateurs et les parasites qui luttent contre les déléteurs. Ce sont la véronique de Perse, la mâche doucette, le souci, le muscari, l'ail des vignes, le géranium disséqué, la picride fausse vipérine...

PREMIERE PROMENADE BOTANIQUE AU MONT BERU

Elle a permis d'observer la flore typique des sols calcaires. En bordure de forêts, quelques plantes : la renoncule à tête d'or, le géranium à robert, la laïche des bois (carex sylvatica), la valériane, la lamiacée bleue, la bugle rampante, la grande berce, la mélisse à une fleur, le millepertuis, l'euphorbe...

En lisière de forêt, le cornouiller, le noisetier, le camérisier (chèvrefeuille des haies), le fusain, la clématite calcicole, le merisier, le tilleul, ...

En forêt, le bouleau, caractéristique des forêts jeunes (graines semées par le vent), le peuplier tremble, l'érable champêtre, l'érable sycomore (acer pseudoplatanus)

Sur les pelouses sèches à sol calcaires marneux : la laïche glauque (carex flacca), l'astragale, la potentille, la petite pimprenelle, la viorne lantane, la précieuse listera...

La soirée a eu lieu dans le magnifique château de Pierry datant du 18^{ème} siècle. Le maître des lieux a théâtralement sabré le champagne dans le cellier-pressoir à l'issue d'une conférence sur l'histoire du champagne, et le dîner a été servi dans les salons du château.



SECONDE PROMENADE BOTANIQUE AU PARC NATUREL REGIONAL DE LA REGION DE REIMS

Elle nous a permis de découvrir ce site et d'admirer les célèbres faux dans la forêt de Versy. Ces hêtres tortillardes (fagus sylvatica var. tortuosa), aux formes étranges, certains s'étalant sur le sol, reçoivent chaque année un millier de visiteurs, et font l'objet de soins attentifs pour assurer leur survie.

Nous nous sommes rendus ensuite tout près de là, au pied du phare de Verzenay, dans les vignes, pour observer la flore adventice, et les plantes annuelles des talus secs : 5 espèces de géraniums, le brome annuel, le tabouret perfolié (brassicacée), le compagnon blanc, le séneçon vulgaire, la sabline, le myosotis, ...

Nous avons terminé la promenade botanique dans le parc accrobranche, où le champagne a été servi sur une plateforme de bois perchée à la cime des arbres au-dessus de la canopée : une expérience unique ! Le pique-nique sur place fut agréable, mais rapide en raison de la fraîcheur des sous-bois, et des impératifs d'horaires de retour. Rendez-vous a été pris du 2 au 4 juin 2017 à Villard de Lans pour découvrir la flore du Vercors. L'ANAFORCAL remercie chaleureusement notre partenaire historique, le laboratoire ALK, rejoint cette année par Mundipharma, ainsi que les experts des Jardins Botaniques de France, qui contribuent à la réussite non démentie de ce séminaire.



DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURRISSON ATOPIQUE

Rapporteur : Nadia Benhalla (Alger) : dr.benhalla@gmail.com

Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui (Rabat) : cmahraoui@gmail.com

Exp. Hospitalier : Riad Hatahet (Nancy) : riad.hatahet@wanadoo.fr

Animateur-Organisateur : Said Ettair (Rabat) : ettairsaid@yahoo.fr



INTRODUCTION

La diversification alimentaire concerne tous les aliments autres que le lait maternel. Elle doit tenir compte des besoins nutritionnels en fonction de l'âge ; en particulier les apports en vitamines, sels minéraux notamment en calcium et en fer.

I. MATERIEL ET METHODE

Après une présentation des participants et le recueil de leurs attentes, l'atelier a débuté par un pré-test suivi d'une discussion interactive de 5 cas cliniques. Les experts ont présenté un exposé théorique et une synthèse des nouvelles recommandations. L'atelier s'est terminé par un post test pour évaluer les acquis.

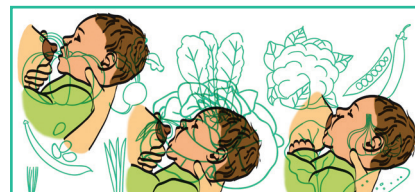
OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer les principaux besoins nutritionnels du nourrisson en fonction de l'âge
- Enumérer les 4 principales recommandations pour la diversification alimentaire chez le nourrisson atopique
- Citer les 3 erreurs les plus fréquemment commises lors de la diversification alimentaire chez le nourrisson atopique

II. CAS CLINIQUES

II.1. Nourrisson sain :

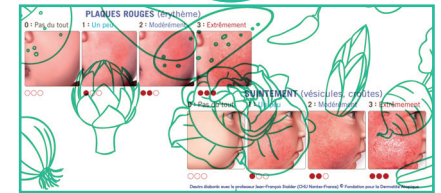
II.1.1. Histoire clinique : Nadia âgée de 4 mois, en bonne santé, sous lait hypoallergénique depuis sa naissance est amenée en consultation pour un avis et des conseils. La maman asthmatique bien contrôlée, avait suivi durant la grossesse un régime d'éviction des aliments les plus allergisants (œuf, poisson, cacahuètes). Le pédiatre lui a recommandé de retarder la diversification alimentaire jusqu'à l'âge de 6 mois.



II.1.2. Discussion : La prescription du lait hypoallergénique est-elle justifiée ? D'après les nouvelles recommandations, en l'absence d'allaitement maternel, l'utilisation d'un

lait HA (hypoallergénique) n'a pas apportée de preuves quant à la prévention primaire. Le régime d'exclusion au cours de la grossesse est-il pertinent ? L'éviction des aliments allergisants durant la grossesse n'a aucun effet préventif. Le retard de la diversification alimentaire est-il justifié ? Retarder l'introduction d'un aliment allergisant n'a jamais apporté la preuve d'une efficacité préventive. La ESPGHAN (société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition) a déterminé une période dite « Fenêtre d'opportunité ou de Tolérance » située entre 4 et 6 mois.

L'éviction des aliments allergisants au cours de la diversification est-elle fondée sur des preuves scientifiques ? D'après les dernières recommandations, la prévention primaire de l'allergie passerait plus par l'acquisition de la tolérance à un allergène que par son éviction ou le retard à son introduction.



II.2. Nourrisson avec une dermatite atopique.

II.2.1. Histoire clinique : Amir âgé de 6 mois, sous allaitement maternel exclusif, présente des lésions mineures de dermatite atopique avec une stagnation pondérale depuis 2 mois. Il n'a toujours pas diversification alimentaire. Son papa a une pollinose. Un bilan allergologique fait à 4 mois retrouve : IgE Totales augmentées, IgE spécifiques positives pour : poisson, lait de vache ; œuf, céleri, tomate. Sur les conseils de son pédiatre, une éviction de tous ces aliments a été instaurée. Il se présente à la consultation pour la réalisation de tests cutanés allergologiques pour commencer la diversification.

II.2.2. Discussion

Vous faites des tests cutanés ? Si oui, quels (s) allergènes tester ? Il n'y a pas de justification pour faire les tests cutanés, ni les IgEs sans histoire clinique. Chez cet enfant qui n'est pas diversifié à 6 mois, l'allaitement maternel n'est pas suffisant. L'éviction non justifiée expose l'enfant à une carence nutritionnelle.



DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURRISSON ATOPIQUE

Rapporteur : Nadia Benhalla (Alger) : dr.benhalla@gmail.com

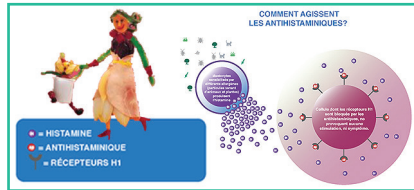
Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui (Rabat) : cmahraoui@gmail.com

Exp. Hospitalier : Riad Hatahet (Nancy) : riad.hatahet@wanadoo.fr

Animateur-Organisateur : Said Ettair (Rabat) : ettairsaid@yahoo.fr

Que conseillez-vous à la maman ? Continuer l'éviction ? Démarrer la diversification ? Démarrer la diversification avec un antihistaminique ? Démarrer la diversification avec une trousse d'urgence ? Revoir l'enfant dans 03 mois, et décider de la suite à donner ? Autre conseils (lesquels?)

Il faut démarrer la diversification rapidement et traiter les lésions de la dermatite atopique par des soins locaux pour éviter une sensibilisation ultérieure aux aéroallergènes et aux aliments.



II.3. Nourrisson avec une allergie aux protéines du lait de vache.

II.3.1. Histoire clinique : Nihad âgée de 15 mois présente une allergie aux protéines de lait de vache. Le diagnostic a été établi à la suite de réactions urticariennes et de vomissements lors de la prise de son 1^{er} biberon. L'enfant a présenté par ailleurs des bronchiolites récidivantes. Le diagnostic d'asthme a été porté. Elle est sous corticoïdes inhalés (1 à 2 bouffées/jour).

II.3.2. Bilan allergologique
Prick Test au lait de vache = 4 mm

IgE spécifiques :

Lait de Vache : 10 KU/l

alactalbumine : 4 KU/l

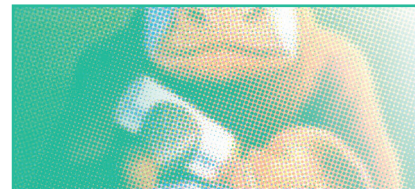
βLactoglobuline : 8 KU/l

Caséine : 7 KU/l

II.3.3. Discussion

Poursuivre l'éviction du lait de vache ? Poursuivre l'éviction du lait de vache et tous les produits laitiers ? Réintroduction du lait de vache à domicile ? Réintroduction du lait de vache à l'hôpital suivi d'un protocole de tolérance orale à domicile ?

Ce cas clinique pose le problème de l'évolution de l'allergie aux protéines de lait de vache. A 2 ans, 80% des enfants guérissent de l'APLV. Des études récentes démontrent que les sensibilisations augmentent quand on fait un régime d'éviction strict. L'induction de tolérance aboutit à une augmentation du seuil tolératoire et parfois une guérison. On propose à cet enfant une réintroduction en milieu hospitalier du lait de vache. On commence par un TPO pour établir le seuil réactogène permettant d'établir un protocole de tolérance qui sera poursuivi à domicile.



II.4. Nourrisson avec allergie aux protéines du lait de vache.

II.4.1. Histoire clinique

Tom, allaité au sein, présente des réactions cutanées et des coliques quand sa mère consomme lait ou fromage. L'amélioration clinique à l'arrêt de la consommation de produits laitiers par la maman est notée. À 2 mois, à l'introduction du lait de vache 1^{er} âge, une majoration des coliques et des vomissements est constatée. Le lait de vache est alors substitué par un hydrolysate de caséine : Prégestimil. Une nette amélioration des signes cliniques est observée. À 5-6 mois, l'enfant se présente en consultation diététique pour débiter la diversification alimentaire.

II.4.2. Discussion

Que conseillez-vous à la maman ? Faire une diversification classique, en introduisant les aliments un par un. Ne pas supprimer les aliments. Poursuivre au moins 500 à 750 ml d'HA/j. Exclure le lait et ses dérivés, les aliments contenant du lactosérum et les caseinates. Remplacer le beurre par de la margarine 100% végétale ou de l'huile pour les purées. Remplacer les laitages par les crèmes et flans à base d'hydrolysate (maïzena, crème de riz, semoule, farine). Exclure le lait d'autres mammifères (brebis, chèvres). L'enfant consulte à 7 mois pour une cassure de la courbe. Une enquête alimentaire

découvre que la quantité de lait ingérée est insuffisante : son bilan nutritionnel est de 637 Kcal, 17 g de protéines (insuffisant) alors que ses besoins théoriques sont de : 720 Kcal, 1.5 g de protéines /kg de poids.

Que conseiller à la maman ?

Introduire de la Blédine sans lait au petit déjeuner et au dîner. Introduire une dextrine à midi et au goûter (purée et compote). Ajout de margarine sans lait et l'huile dans les purées. Les besoins théoriques à 7 mois et 1/2 de calcium sont de 500 mg/j. L'apport spontané par l'hydrolysate, les fruits et légumes est insuffisant. La supplémentation calcique est apportée par de l'eau minérale calcique ou médicaments. On propose à cet enfant une réintroduction du lait de vache à 9 mois par petites quantités à domicile pour induire une tolérance (pas de risque de faire un choc anaphylactique, car l'allergie est non IgE médiée).

II.5. Allergie à l'œuf

II.5.1. Histoire clinique





DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURISSON ATOPIQUE

Rapporteur : Nadia Benhalla (Alger) : dr.benhalla@gmail.com

Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui (Rabat) : cmahraoui@gmail.com

Exp. Hospitalier : Riad Hatahet (Nancy) : riad.hatahet@wanadoo.fr

Animateur-Organisateur : Said Ettair (Rabat) : ettairsaid@yahoo.fr

Jean présente une dermatite atopique et des coliques sous allaitement maternel depuis l'âge de 2 mois. L'évolution a été défavorable avec casure de courbe malgré les soins locaux et un hydrolysat au sevrage.

1^{er} bilan allergique à 8 mois :

Prick Test BO (extrait commercial) = 6 mm; IgE BO : 5KU/L; LV = 0.5KU/L; Caséine = 0.1 KU/L

À 12 mois, l'introduction du lait de vache et la prise d'œuf consommé dans les gâteaux se fait sans incidents.

À 18 mois, devant la persistance des signes cliniques (DA, coliques), un 2^{ème} bilan allergologique est fait :

Prick test : BO cuit = 12 mm - IgE BO = 3.4KU/L; IgEs Ovomucoïde = 0.9 KU/L
Aux résultats du bilan, un régime strict sans œuf a débuté.

II.5.2. Discussion

Jean présente une dermatite atopique modérée à sévère. Pour compléter le bilan on pratique des Atopy Patch test à l'œuf entier cuit mixé dans des Finn Chambers de 12 mm de diamètre. Le test est positif à 48 - 72 h. Cet enfant présente une allergie alimentaire mixte (IgE médiée et non IgE médiée). Dans les allergies alimentaires non IgE médiée, l'efficacité du régime d'éviction doit être évaluée après 4 à 6

semaines. Un régime strict prolongé risque de rompre la tolérance envers cet aliment. Devant des IgEs à l'œuf ≥ 7 KU/L la probabilité d'avoir une allergie clinique est de 95 %. La positivité de l'ovomucoïde (allergène thermorésistant) est corrélée à un risque élevé d'être allergique à l'œuf cuit.

Pour cet enfant, on fait une réintroduction du blanc d'œuf à l'hôpital pour définir la quantité tolérée en vue d'assouplir le régime d'éviction, et/ou de proposer un protocole d'accoutumance. La dose tolérée peut être consommée à domicile selon un protocole adapté.

III. DISCUSSION GENERALE

Définition de la diversification :

Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) la diversification alimentaire est l'introduction de tout aliment solide ou liquide autre que le lait maternel

Pour l'ESPGHAN (Société Européenne de Gastro-Entérologie Hépatologie et Nutrition) c'est l'introduction d'aliments solides autre que le lait. La diversification des aliments doit être adaptée aux besoins nutritionnels qui varient avec l'âge mais également avec le contexte familial et socio-culturel.

III.1. Intérêt de la diversification

III.1.1. Nutritionnel : À partir de 6 mois, le lait devient insuffisant pour couvrir les besoins en calories, protéines, fer, zinc, vitamine A et Vitamine D.

III.1.2. Immunologique

Ingestion de nouvelles et nombreuses protéines

III.1.3. Psychologique

Signes de maturation de l'enfant aux yeux des parents.

III.1.4. Participation au bon développement de la dentition



III.2. Recommandations européennes

Selon les recommandations de l'ESPGHAN, la diversification doit avoir lieu après 4 mois (17 semaines) et avant 6 mois (26 semaines).

Chez les enfants exclusivement allaités et selon l'OMS, la diversification est conseillée plutôt après 6 mois, il n'y a pas d'argument pour les diversifier avant et cela risquerait un arrêt prématuré de l'allaitement.



III.3. En pratique

III.3.1. Jusqu'à 4 mois → uniquement le lait

III.3.2. À partir de 4 mois : Introduire les légumes et fruits cuits en remplaçant l'un des repas lactés par un repas à la cuillère.

III.3.3. À partir de 5 mois : Introduction des viandes (source de fer) poisson et œuf source d'acide gras polyinsaturés. Ex : quelques cuillères de crème dessert contiennent de l'œuf ou une purée maison avec œuf dur mixé. Les quantités requises sont : 1 cuillère à café à 5 mois / 2 c à c à 6 mois / 3 c à c à 7 mois / 4 c à c à 8 mois / 6 c à c à 12 mois équivalent de 30 gr d'œuf = 1/2 œuf dur.

III.3.4. Entre 4 et 7 mois révolus
Chez les enfants génétiquement prédisposés, le risque de développer une maladie coéliqua est multiplié par 23 si l'introduction du gluten se fait avant 3 mois, et par 4 quand il est introduit après 6 mois. Chez l'enfant à haut risque de maladie coéliqua, la chronologie d'introduction du gluten précoce ou



DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURRISSON ATOPIQUE

Rapporteur : Nadia Benhalla (Alger) : dr.benhalla@gmail.com

Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui (Rabat) : cmahraoui@gmail.com

Exp. Hospitalier : Riad Hatahet (Nancy) : riad.hatahet@wanadoo.fr

Animateur-Organisateur : Said Ettair (Rabat) : ettairsaid@yahoo.fr

tardive n'a pas d'influence sur le développement de la maladie. La durée de l'allaitement au sein ou son maintien ne modifie pas le risque de développer une maladie coéliqua, quand le gluten est introduit. Le seul facteur de risque identifié est le génotype HLA DQ2 DQ8.

La texture des aliments recommandée est : mixée entre 4 et 6 mois, écrasée entre 8 et 12 mois, et en morceaux après 12 mois. Il faut éviter de rajouter trop de sucre ou de sel. Aucune restriction d'apport en graisse n'est à envisager avant 3 ans. Il est conseillé, afin d'arriver aux apports recommandés en acide gras essentiels, de rajouter systématiquement de l'huile de colza, huile d'olive dans les légumes et du poisson (2 fois/semaine).

III.4. Apports nutritionnels recommandés

III.4.1. Nourrisson de 0 à 12 mois

Apport énergétique total : 70 à 80 Kcal/kg/j

Apport nutritionnel :

• Lipides : 45 à 50 % d'Apport Énergétique Total.

• Glucides : 45 à 60 % d'Apport Énergétique Total

• Protéines : 10% des apports Alimentaires : 1g/kg / j

• Calcium : 400 à 500 mg / j



- Fer : 6 à 10 g/j
- Vitamine D 20 à 25 UI/j
- Le fer et le calcium sont présents en quantité suffisante dans le lait.

III.4.2. apports en lait

Entre 4 et 6 mois → Lait maternel ou préparation pour nourrisson : 850ml/j

Entre 6 et 12 mois → Lait maternel ou préparation pour nourrisson : 650 ml/j

Entre 1 et 3 ans → Lait de croissance : 250 ml plus laitage.

III.5. Diversification du nourrisson atopique

L'atopie est responsable d'une augmentation du risque de développer des manifestations allergiques. Aucun régime d'éviction n'est recommandé durant la grossesse et l'allaitement.

L'allaitement maternel est recommandé pour 4 à 6 mois : Il réduit l'incidence de la dermatite atopique pour les enfants < 2 ans. Il réduit l'incidence de l'APLV avant 2 ans. Il réduit les épisodes de sifflements avant 4 ans. Chez l'enfant

à risque qui ne peut pas être allaité, des formules d'hydrolysats peuvent prévenir les allergies et APLV. La diversification alimentaire avant 4 mois est associée à une augmentation de l'incidence de la dermatite atopique. Retarder l'introduction des aliments solides et ceux à haut pouvoir allergénique augmenterait le risque d'allergie alimentaire et d'eczéma (blé, œuf, poisson, arachide) et entraînerait des carences nutritionnelles.

En cas d'allergie alimentaire, l'exclusion que l'aliment en cause. L'éviction stricte (œuf, lait) augmenterait la sensibilisation : il existerait une augmentation de la taille des tests cutanés dans le groupe éviction de l'aliment versus le groupe avec une induction de tolérance. Les aliments allergisants peuvent être introduits un par un tous les 3 à 5 jours, à domicile, à doses croissantes.

TEST DE LECTURE

Question 1 : La prise d'aliments allergisants est déconseillée chez la maman allaitante

VRAI FAUX

Question 2 : Le risque d'apparition d'allergie est la seule raison pour laquelle la diversification ne peut être faite avant 04 mois

VRAI FAUX

Question 3 : Pendant les 04 premiers mois de vie, les besoins nutritionnels de l'enfant sont assurés uniquement par le sein ou un aliment lacté diététique

VRAI FAUX

Question 4 : L'âge idéal de la diversification alimentaire chez le nourrisson est entre 04 et 06 mois

VRAI FAUX

.../...

Références bibliographiques :

- A. Juchet , A. Chabbert , R. Pontcharrand et al Diversification alimentaire chez l'enfant : quoi de neuf ? Revue Française d'Allergologie et d'immunologie clinique 54 (2014) 462-468
- G.Dutan, F. Lavaud. Existe-il réellement une fenêtre d'opportunité pour la diversification alimentaire ? L'exemple de la maladie coéliqua à la lumière des publications récentes. Revue Française d'Allergologie et d'immunologie clinique 55 (2015) 1-4
- N.PHAN-THI, E. Bidat. Diversification alimentaire et risque allergique. Archives de la Pédiatrie 21 (2014) 1392-1395



DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE CHEZ LE NOURRISSON ATOPIQUE

Rapporteur : Nadia Benhalla (Alger) : dr.benhalla@gmail.com
 Exp. ANAFORCAL : Chafiq Mahraoui (Rabat) : cmahraoui@gmail.com

Exp. Hospitalier : Riad Hatahet (Nancy) : riad.hatahet@wanadoo.fr
 Animateur-Organisateur : Said Ettair (Rabat) : ettairsaid@yahoo.fr

Question 5 : Chez le nourrisson ayant des parents atopique, il est recommandé d'utiliser un lait hypoallergénique

- VRAI FAUX

Question 6 : Chez un nourrisson atopique, l'âge idéal de la diversification est 06 mois

- VRAI FAUX

Question 7 : Chez le nourrisson atopique, il est conseillé d'éviter les aliments à haut pouvoir allergisant.

- VRAI FAUX

Question 8 : Chez le nourrisson suivi pour asthme, il est conseillé de retarder la diversification alimentaire

- VRAI FAUX

Question 9 : Chez un bébé ayant des signes mineurs de la dermatite atopique et un asthme du nourrisson, une enquête allergologique, est nécessaire avant la diversification

- VRAI FAUX

Question 10 : Pour prévenir la maladie coeliaque, le gluten doit être introduit en grandes quantités à partir de 04 mois.

- VRAI FAUX

Question 11 : Pour un nourrisson ayant une (APLV), une éviction du lait et des produits laitiers est obligatoire jusqu'à l'âge de 2 ans :

- VRAI FAUX

Question 12 : Pour un nourrisson ayant une atopie familiale et un asthme, il est recommandé d'avoir une trousse d'urgence avant de démarrer une diversification alimentaire :

- VRAI FAUX

Réponses : Q. 01 : FAUX ; Q. 02 : FAUX ; Q. 03 : VRAI ; Q. 04 : VRAI ; Q. 05 : FAUX ; Q. 06 : FAUX ; Q. 07 : FAUX ; Q. 08 : FAUX ; Q. 09 : FAUX ; Q. 10 : FAUX ; Q. 11 : FAUX ; Q. 12 : FAUX.

Fig. 01 : Tableau des allergènes (lecture des étiquettes et compréhension de l'étiquetage)

Objectifs : respecter les évictions

- Lire une étiquette (bonne lecture)
- Identifier les 14 allergènes à déclaration obligatoire
- Reconnaître et déjouer les pièges de l'étiquetage
- Dialoguer et échanger des expériences
- Exprimer les craintes sur les risques d'erreur et leurs conséquences
- Améliorer la gestion des courses (gain de temps, moins de stress) et la qualité de vie

Public visé : tout public
 Conditions d'éducation : individuelle ou collective
 Nombre d'éducateurs : 1 ou 2
 Durée prévue de la séance : 30 à 45 minutes
 Matériel à prévoir :

- Un poster comprenant au centre un petit tableau avec la liste des 14 allergènes à déclaration obligatoire et autour une photo de 14 emballages d'aliments. Dans chacun, se trouve un allergène à déclaration obligatoire, qui est inscrit sur la liste des ingrédients mais qui n'apparaît pas de façon évidente sur la couverture du paquet (exemple dans la soupe de poisson, la réponse ne sera pas le poisson mais le céleri)
- 14 « cartes-allergènes » sur lesquelles est inscrit (+ photo) le nom d'un des allergènes à déclaration obligatoire
- 14 « cartes-ingrédients » reproduisant pour chaque emballage la liste des ingrédients
- Patafix
- Variante : le tableau peut être réalisé avec de vrais emballages qui pourront être manipulés

Recommandations Pédagogiques

Avant de commencer
 Accueillir les participants et se présenter
 Informer les participants du déroulement et de la durée de la séance

À la fin de la séance
 Demander aux participants dans quelle mesure cela va modifier leur approche de l'étiquetage des aliments au retour à la maison

Fig. 02 : Exemple de métaplan (Les signes annonceurs sont notés en vert, les signes de crise en bleu et les signes de gravité en rouge)

SIGNES ANNONCIATEURS	SIGNES DE CRISE	SIGNES DE GRAVITÉ
<ul style="list-style-type: none"> - Toux modérée - Nez qui coule - Éternuements - Excitation/Anxiété - Picotements dans le nez, dans la gorge - Oeil qui gratte - Pâleur / Rouge - Diminution de l'appétit - Fatigue 	<ul style="list-style-type: none"> - Toux persistante - Sifflements - Essoufflement - Respiration rapide - Oppression - Agitation - Pâleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Echec du plan d'action de la crise bien conduit - Toux incessante - N'arrive plus à parler - Ne supporte que la position assise - Lèvres bleues - Sueurs - Peak Flow inférieur à 50 % après bronchodilatateur - Baisse rapide du Peak Flow
2 bouffées de Ventoline ou équivalent à renouveler 3 à 4 fois par jour pendant 4 à 8 jours	Protocole de traitement de la crise d'asthme	Se rendre aux urgences pédiatriques (ou appeler le 15)



INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT EN PRATIQUE DE VILLE

Rapporteur : Isabelle Jacques (Bruxelles) : isjacques@hotmail.com Exp. Hospitalier : Fatma Tritar (Tunis) : fatma.tritar@gmail.com
Exp. ANAFORCAL : Julia Picaud (Epinal) : julia-rose@hotmail.fr Animateur-Organisateur : Anne Mouraux (Namur) : a.mouraux@yahoo.com
Animateur-organisateur : Nathalie Goldstein (Avignon) : nathalie.goldstein@wanadoo.fr

INTRODUCTION

En cas d'allergie alimentaire, les premières mesures consistent en l'éviction de l'aliment, la prescription d'une trousse d'urgence (TU) et l'éducation thérapeutique (ETP). L'éviction stricte et prolongée pouvant induire une aggravation de l'allergie, des carences et une diminution de la qualité de vie, l'induction de tolérance orale (ITO) est une alternative importante. Elle se réalisera selon les cas à l'hôpital ou en ville.

I. MATERIEL ET METHODE

Après un pré-test corrigé en fin d'atelier, les objectifs ont été atteints par la discussion collective après un travail en sous-groupes, de 6 cas cliniques déroulés en cascade sur l'allergie au lait/œuf/farine de blé/pomme suivie chaque fois d'un exposé/diaporama de l'expert et des conseils de la diététicienne.

II. CAS CLINIQUE

II.1 Le lait



II.1.1 Cas d'allergie retardée

OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer quatre aliments pour lesquels une induction de tolérance en pratique de ville est possible
- Enumérer les indications et contre-indications d'une induction de tolérance en pratique de ville
- Préciser les précautions à prendre avant de commencer une induction de tolérance en pratique de ville
- Préciser les modalités pratiques d'une induction de tolérance en pratique de ville pour chaque aliment

II.1.1.1 Histoire clinique : Nadia, 4 mois, présente un eczéma diffus et un reflux au sevrage, avec des Prick tests (PT) lait de vache (LV) négatifs mais des Patch tests LV positifs. L'amélioration est spectaculaire en 10 jours sous Nutramigen et éviction stricte des protéines du lait de vache (PLV).

II.1.1.2 Comment entamer l'ITO ?

Vue la nature semi-retardée de l'APLV, l'ITO est initiée au domicile après 6 mois d'éviction, précédée de PT/ IgE spécifiques (IgEs) de contrôle pour exclure le passage vers une forme IgE médiée qui nécessiterait un TPO préalable. On commence par ex à 1 ml de lait puis on augmente de 50%/ jour sous surveillance parentale de 2 heures, jusqu'à 240ml de lait au 3ème mois. Ensuite, on ajoute d'autres biberons et les produits laitiers.

II.1.2 Cas d'allergie IgE médiée.

II.1.2.1 Histoire clinique : Medhi, 3 mois, présente des vomissements en jet lors de l'introduction du lait artificiel, motivant une reprise de l'allaitement. A 5 mois, il est placé sous Nutramigen et éviction stricte des PLV en raison de vomissement à 50 ml de son 2ème biberon de lait artificiel et d'urticaire immédiate. A 6 mois, les PT LV sont à 7 mm et les IgEs LV/caséine/ alpha-lactalbumine (ALA)/ beta-lactoglobuline (BLG) sont respectivement à 6/4/0,13/<0,1 kU/l.

II.1.2.2 Peut-on débiter une ITO à domicile ?

Non car un test de provocation orale (TPO) obligatoirement réalisé à l'hôpital est indiqué en cas de réaction immédiate pour connaître la dose cumulée réactogène (DCR). Il sera



réalisé à partir de 12 mois dans l'APLV, après 6 mois d'éviction. Le régime est donc poursuivi et à 12 mois les PT LV sont à 3 mm et un TPO réalisé :

Négatif à 200 ml de LV, une ITO est débutée à domicile progressivement dans les 24-48 heures après le TPO.

Positif à 50ml de LV, on peut débiter l'ITO à domicile à 1/10ème de la DCR donc 5 ml/jour (ou équivalent) puis augmenter de 1-2 ml/mois ou plus vite selon la tolérance jusqu'à la DCR laissée pendant 6-8 mois jusqu'au prochain TPO. En cas de refus du lait, on donnera la dose en 2X/jour, masquée dans des compotes ou sous forme d'équivalents en protéines, ou on reprendra à une dose inférieure.

.../...



INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT EN PRATIQUE DE VILLE

Rapporteur : Isabelle Jacques (Bruxelles) : isjacques@hotmail.com
Exp. ANAFORCAL : Julia Picaud (Epinal) : julia-rose@hotmail.fr
Animateur-organisateur : Nathalie Goldstein (Avignon) : nathalie.goldstein@wanadoo.fr

Exp. Hospitalier : Fatma Tritar (Tunis) : fatma.tritar@gmail.com
Animateur-Organisateur : Anne Mouraux (Namur) : a.mouraux@yahoo.com



II.2 L'œuf

II.2.1 Histoire clinique : Karim, 14 mois, a présenté 1 heure après sa première ingestion de purée contenant un jaune d'œuf (JO) cru, une urticaire généralisée avec vomissements en jet puis dermatite atopique (DA) et rhinite, ayant nécessité a-H1 et corticoïdes. Les PT à 16 mois montrent un blanc d'œuf cru /cuit (BO) à 12/5 mm, JO cru à 8 mm, JO cuit négatif. Les IgEs sont : BO 25 et ovomucoïde 5 kU/l. Sous éviction, il développe de l'asthme infectieux, et à 30 mois les PT ont régressé : BO cru/cuit à 8/3 mm, JO cru/cuit négatif, acariens 4 mm, de même que les IgEs : BO 8 et ovomucoïde 1 kU/l.

II.2.2 Quand et comment réintroduire?

Le TPO œuf cuit à 30 mois était négatif à une DCR de 10 g permettant de débiter une ITO au domicile avec l'équivalent de 5 g d'œuf sous forme de biscuits ou pâtes aux œufs puis ¼ d'œuf dur 1-2X/semaine pendant 1 mois, augmenté progressivement jusqu'à 1 œuf dur 2X/semaine. Le suivi est assuré par téléphone et en

consultation tous les 3-4 mois. La réintroduction ultérieure de l'œuf cru devra être précédée d'un TPO œuf cru.

II.3 Le blé

II.3.1 Cas d'allergie digestive.

II.3.1.1 Histoire clinique : Basile, 15 mois, présente un infléchissement de sa courbe pondérale depuis l'âge de 9 mois. Les PT sont négatifs. Les Atopy-patch-tests (APT) sont positifs pour blé et gluten mais négatifs pour LV et œuf. Les IgA anti-transglutaminase et tests thyroïdiens sont normaux. Vue cette allergie digestive retardée au blé, l'éviction est instaurée pour minimum 6-9 mois.



II.3.1.2 Quels principes/ précautions pour l'ITO ?

Un suivi clinique à 1 mois puis associé tous les 3 mois à des PT blé/gluten vérifie la reprise pondérale et l'absence de switch vers une forme IgE-médiée. L'ITO sera débutée au domicile après 9-12 mois d'éviction et contrôle des PT avec du blé/gluten/croûte et mie de pain/pâte cuite selon le protocole choisi. On s'assure au préalable de

la motivation de la famille et on organise l'EDT. En cas de recrudescence des symptômes on peut choisir un protocole plus lent pex avec des « coquillettes ».

II.3.2 Cas d'allergie IgE médiée.

II.3.2.1 Histoire clinique : Bérénice, présente une APLV IgE-dépendante (urticaire péribuccale au sevrage à 3 mois lors de l'introduction du lait artificiel) et une sensibilisation à la farine de blé. Son bilan à 4 mois avant diversification montrait des PT LV/ caséine/ blé/ gluten/ respectivement à 6 / 3 / 5 / 4 mm et des IgEs LV/caséine/ALA/BLG/blé/gluten respectivement à 4,2 / 1,28 / 1,5 / 3,15 / 3,76 / 2,8 kU/l. Après 6 mois d'éviction du lait et du blé, les PT LV/caséine/blé/gluten/ sont respectivement à 4 / 2 / 4,5 / 3 mm et les IgEs LV/caséine/ALA/BLG/blé/gluten respectivement à 2,7 / 0,8 / 0,67 / 0,87 / 3,28 / 2,6 kU/l.

II.3.2.2 Comment gérer les ITO?

On commence par l'ITO au lait vue la bonne cinétique des IgEs et les taux bas de caséine. A 15 mois, elle tolère 5-10g de blé dans des biscuits pris accidentellement ce qui rend le TPO non indispensable. Avant l'ITO au blé, des PT sont nécessaires avec la mie et croûte de pain ou une coquillette selon le protocole d'ITO choisi. Les IgEs gliadine, rTri a14 (LTP) et Oméga-5 gliadine permettent d'affiner son profil

au blé. On débute une ITO p ex avec du pain blanc par 1g de pain/jour puis on double la dose toutes les 2 semaines. A 8g/jour, on introduit biscuits/biscottes/pâtes en continuant 1 tranche d' 1 cm de baguette au moins 1 jour/2.



II.4 La pomme.

II.4.1 Histoire clinique : Paloma, 12 ans, présente une rhino conjonctivite surtout en mars/avril, un syndrome oral avec la pomme/pêche/noisette crue et un asthme d'effort. Elle souhaiterait vivement pouvoir remanger des fruits crus. Les PT sont positifs pour les pollens (noisetier/aulne/bouleau/frêne et graminées) et les aliments suspects : pomme/pêche (peau et pulpe)/noisette crue respectivement à 5/4/6 mm, mais négatifs pour la noisette grillée/Nutella. Les IgEs BetV1/BetV2/rCora1/pomme/rMal d1 sont respectivement > 100 / 3,2 / 30, 2 / 15,1 / 8,32 kU/l.

II.4.2 Que lui proposer ?

Vue son allergie aux bétulacés et son syndrome de Lessof avec certains fruits de la famille des rosacées



INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT EN PRATIQUE DE VILLE

Rapporteur : Isabelle Jacques (Bruxelles) : isjacques@hotmail.com

Exp. Hospitalier : Fatma Tritar (Tunis) : fatma.tritar@gmail.com

Exp. ANAFORCAL : Julia Picaud (Epinal) : julia-rose@hotmail.fr

Animateur-Organisateur : Anne Mouraux (Namur) : a.mouraux@yahoo.com

Animateur-organisateur : Nathalie Goldstein (Avignon) : nathalie.goldstein@wanadoo.fr

via les protéines PR10 (thermolabiles à l'exception du soja : rGlym4), les fruits cuits sont autorisés (pas le soja). Une désensibilisation aux bétulacés n'induirait une tolérance aux fruits des rosacées que dans 30% des cas. On lui propose donc une ITO à la pomme après avoir exclu une réaction aux LTP (dosage des recombinants par ex de la noisette). On démarre l'ITO en dehors de la saison pollinique avec la pomme la moins réactive aux PT, d'abord cuite (en petites quantités puis en diminuant progressivement le temps de cuisson) puis crue.



DISCUSSION GENERALE

L'ITO en pratique de ville est possible pour le lait, l'œuf, le blé et la pomme. Elle est indiquée en ville dans les formes retardées d'allergies (digestives et cutanées) et dans l'allergie aux rosacées avec syndrome oral liée aux PR10, mais aussi parfois dans les formes IgE médiées lorsque le seuil de réactivité est connu suite à un TPO réalisé à l'hôpital ou lors d'ingestions accidentelles bien tolérées.

En pratique, on commence de préférence par l'aliment cuit, après au moins 6 mois d'eviction et vérification de l'absence de switch vers une forme IgE médiée. On augmente progressivement les doses selon la tolérance. L'aliment sera pris quotidiennement à heure fixe, sous surveillance parentale de 2 heures, à l'écart d'efforts/prise d'AINS (2h). L'ETP est indispensable et sera mise à jour régulièrement (modification d'étiquetage des aliments, ingrédients variables selon les pays pour une même marque, protocoles médicaux...).

Le médecin veillera au bon contrôle de l'asthme (fonction respiratoire préalable) et expliquera la gestion d'une réaction/TU, l'adaptation des doses en cas d'incident/ recrudescence des symptômes/ co-facteurs (effort, infections, menstruations, AINS/aspirine, alcool, exposition au froid/soleil, stress, saison pollinique chez les allergiques aux pollens ...). Ainsi, la dose sera répartie en 2 prises/jour en cas d'infection. En cas de recrudescence des symptômes, on veillera surtout à ne pas interrompre mais plutôt reprendre à la dose inférieure bien tolérée puis augmenter plus lentement/choisir un protocole plus lent/vérifier l'absence de switch IgE.

La diététicienne expliquera l'étiquetage et les équivalences d'aliments, fournira des listes de magasins et veillera à l'équilibre nutritionnel.

Cette pratique nécessite donc un médecin avisé et une famille sérieuse et motivée. Elle est contre-indiquée en ville en cas de réaction allergique IgE médiée importante avec seuil réactogène inconnu, asthme non contrôlé, famille non compliant, ... allergie aux rosacées via les LTP (selon les équipes), et dans certains cas d'allergie au blé (anaphylaxie au blé induite par l'effort, œsophagite à éosinophiles, formes respiratoires p ex allergie aux farines chez le boulanger, maladie coeliaque).

Tableau 1 - Equivalences pour le lait-œuf-blé .../...

TEST DE LECTURE

Question 1 : Un test de réintroduction du lait doit être proposé tous les ans dès 12 mois en cas d'APLV chez l'enfant

VRAI FAUX

Question 2 : La reprise d'une ITO après arrêt de quelques semaines peut se faire sans risque

VRAI FAUX

Question 3 : L'ITO est efficace dans tous les cas

VRAI FAUX

CONCLUSION

L'ITO permet d'espérer une tolérance à l'aliment (guérison) persistant même après arrêt de sa consommation, ou une désensibilisation (accoutumance) qui augmente le seuil réactogène et évite déjà des réactions graves à de faibles doses d'allergènes mais nécessite de poursuivre une consommation régulière. Même après guérison la prudence reste nécessaire, des cas d'anaphylaxie à l'effort après prise de lait ayant été décrits chez les allergiques au lait guéris après ITO. La décision d'initier une ITO en ville repose sur un ensemble de paramètres. Les protocoles varient selon les équipes et les allergènes et ne sont pas encore standardisés.



INDUCTION DE TOLERANCE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT EN PRATIQUE DE VILLE

Rapporteur : Isabelle Jacques (Bruxelles) : isjacques@hotmail.com Exp. Hospitalier : Fatma Tritar (Tunis) : fatma.tritar@gmail.com
Exp. ANAFORCAL : Julia Picaud (Epinal) : julia-rose@hotmail.fr Animateur-Organisateur : Anne Mouraux (Namur) : a.mouraux@yahoo.com
Animateur-organisateur : Nathalie Goldstein (Avignon) : nathalie.goldstein@wanadoo.fr

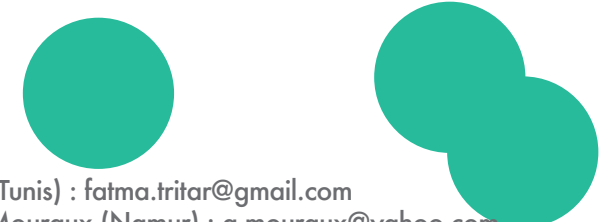


Tableau 1 - Equivalences pour le lait-oeuf-blé
(Risque de modification des ingrédients!)

Allergènes	Quantité	Produits
Lait	1 ml	5 g de beurre Dans les gâteaux : ¾ de Véritable Petit Beurre de Lu 1 Madeleine Saint-Michel (contient œuf et gluten) 1 Biscuit Prince de Lu fourrage chocolat
	57 ml	1 portion de vache qui rit de 17,5g
	80 ml	1 actimel nature de 100 ml
	165 ml	1 yougourt nature de 125 ml
	280 ml	30 g emmenthal ou gruyère
Oeuf	1 g	1 barquette Fraise Lulu de LU (contient du gluten) ¾ de boudoir de LU ¼ Lulu L'ourson tout Chocolat (contient lait et gluten)
	5g	2 Madeleines St Michel «La vraie recette» (contient lait et gluten)
Blé	60 mg	1 ml de chapelure
	0,8 g	10g de pain
	1,22 g	10 g de pâtes crues
	0,52 g	10 g de pâtes cuites

Références bibliographiques :

- Bidat E et al. Immunothérapie orale au lait de vache cuit, aspects pratiques. Rev Fr Allergol 2016 (article in presse)
- U. Staden et al. Specific oral tolerance induction in food allergy in children: efficacy and clinical patterns of reaction. Allergy 2007; 62: 1261-1269.
- C. Feuillet-Dassonval et al. Induction de tolérance orale aux aliments chez l'enfant : Aspects pratiques. Rev Fr Allergol et Immunol Clin 2008; 48: 533-38.
- Cianferoni A. Wheat allergy: diagnosis and management. J Asthma Allergy 2016; 9:13
- Bouvier M et al. L'induction de tolérance orale dans l'allergie aux rosacées. Rev Fr Allergol 2014; 54 : 127-133.



ALBUM PHOTO DU DERMATOALLOGUE

Rapporteur : M. Gouranton (Les abymes)
Exp. ANAFORCAL : C. Poreaux (Nancy)



Exp. Hospitalier : M. Castelain (Marseille)

Animateur-Organisateur : E. Girodet (Bron) : evégirodet@hotmail.com



OBJECTIFS DE L'ATELIER :

- Citer 4 lésions élémentaires dont le diagnostic est difficile sur peau noire
- Énumérer 3 indications de la télédermatologie
- Lister au moins 4 dermatoses non allergiques pouvant simuler sur photo une éruption allergique

INTRODUCTION

Dans nos sociétés actuelles hyper connectées, l'utilisation de photographies dans notre activité médicale quotidienne est devenue banale et entre dans le cadre de la télédermatologie.

L'importance de l'examen visuel en dermatologie fait de la télédermatologie une application de choix. En pratique, sa mise en œuvre doit respecter de nombreuses contraintes techniques, médico-légales et financières.

Les demandes de diagnostic ou d'avis dermatologique et/ou allergologique sur image sont fréquentes, non rémunérées, de valeur juridique floue et d'autant plus difficiles qu'elles ne précisent souvent pas les signes cliniques d'accompagnement ou l'évolution des lésions.

Elles sont néanmoins indiquées dans au moins 5 situations :

- éloignement géographique des patients
- lecture tardive de tests cutanés
- expertise pour des confrères
- enseignement
- création de document pour le suivi (surveillance de naevus)

Le rapport de cet atelier, malgré son intitulé, ne comportera aucune photo puisque les clichés utilisés ne respectaient pas les critères légaux et notamment l'anonymat des patients concernés.

Il a d'ailleurs été expressément demandé aux participants de ne pas prendre de photo des diaporamas pendant le déroulement de l'atelier.

I. MATERIEL ET METHODE

Quatre cas cliniques avec support photographique ont été discutés en sous groupe puis en plénière, illustrant les difficultés du diagnostic étiologique sur photographie et les notamment sur peau noire ou métisse.

Des données de synthèse et bibliographiques concernant le cadre légal de l'utilisation de photographie dans l'exercice médical ont été rappelées.



II. CAS CLINIQUES

II.1. 1^{er} cas : Damien

II.1.1. Histoire clinique : 24 ans,

présente un asthme, des allergies alimentaires et de contact traitées par annuellement par antihistaminique, une dermatite atopique (SCORAD passé de 64 à 12) sous Protopic.

12/2009 : Il présente un épisode infectieux avec lésions importantes érythémateuses et vésiculeuses, peu prurigineuses du visage et du cou.

La première question posée par les participants a été de savoir si Damien avait déjà eu la varicelle ?

Cette question est pertinente puisque devant ce tableau clinique, sont compatibles:

Syndrome de Kaposi-Juliusberg : le Protopic étant un immunosuppresseur local, il augmente le risque de surinfection des lésions de DA par HSV (Herpes Simplex Virus) varicelle (peu prurigineuse du fait du traitement antiH1 au long cours).

La conduite à tenir a été la suivante :

- Arrêt du PROTOPIC et mise sous CLOXACILLINE
- Radiographie thoracique : normale
- Pas d'atteinte vestibulaire (pas de vertige)
- Contrôle de la sérologie VZV (Varicelle Zona Virus)
- Evolution favorable en 15 jours sous émollient et antiseptique.

En conclusion, ce cas clinique montre l'indication à la vaccination des adultes n'ayant pas eu la varicelle.

II.2. 2nd Cas : Liliane

II.2.1. Histoire clinique : 48 ans, 07/2015 : elle présente des lésions érythémateuses, papulo-pustuleuses et squameuses du tronc et des membres inférieurs, de plusieurs centimètres de diamètre et d'évolution centrifuge, régressant partiellement sous crème cortisonée. La lésion la plus importante est périombilicale.



ALBUM PHOTO DU DERMATOALLERGOLOGUE

Rapporteur : M. Gouranton (Les abymes)
Exp. ANAFORCAL : C. Poreaux (Nancy)



Exp. Hospitalier : M. Castelain (Marseille)
Animateur-Organisateur : E. Girodet (Bron) : evegirodet@hotmail.com



Plusieurs diagnostics ont été évoqués : lupus cutané en poussée, photodermatose, psoriasis, eczéma...

Il s'agit en fait d'une tinea incognita : dermatomycose trichophytique modifiée par la thérapeutique (crème cortisonée). Le diagnostic positif repose sur les résultats de la biopsie cutanée et du prélèvement mycologique.

II.2.2 Conduite à tenir : La patiente a été traitée avec succès par TERBINAFINE.



II.3. 3^{ème} Cas Mr B

II.3.1 Histoire clinique : 48 ans, nigérien, vigile à Marseille
1^{ère} hospitalisation en 12/2014 : sans autre détail.
2^{ème} et 3^{ème} hospitalisation respectivement en 01/2015 et 04/2015 pour

des lésions de dépigmentation de même topographie et d'extension progressive, associées à un prurit diffus et féroce.

II.3.2 Quels diagnostics évoquez-vous ? Sclérodémie, Lymphome épidermotrope, Vitiligo, Photodermatose, Eczéma.

Toutes ces hypothèses ont été envisagées lors de sa prise en charge.

II.3.3 Quels examens complémentaires demandez-vous ? Biopsie cutanée, Etude des populations, lymphocytaires Clonalité, Tests photodermatologiques.

Tous ces examens ont été pratiqués. Finalement on en sait plus sur la 1^{ère} hospitalisation de ce patient en 12/2014 : Il avait été admis pour des lésions des mains, du visage et du cuir chevelu (tondu) d'aspect cuivré et squameux.

Ce cas clinique a été déroulé à l'envers au cours de l'atelier pour mettre l'accent sur l'importance, même lors d'un photo diagnostic, de connaître l'évolution des lésions.

Plusieurs données cliniques permettent d'avancer dans le diagnostic étiologique :

- La localisation initiale des lésions : zones photo-exposées (visage, mains, avant-bras)
- L'aspect initial au niveau des mains : très évocateur d'eczéma

Mais surtout on apprend en reprenant l'interrogatoire, que le patient se teint les cheveux ; la canitie étant culturellement mal acceptée dans certaines populations noires masculines.

II.3.4 Le diagnostic retenu est donc « à facettes » : Eczéma de contact à la teinture capillaire, associé à une photo dermatose aggravée à chaque exposition solaire de type dermatite actinique chronique individualisée puisque évoluant même après l'arrêt de l'exposition à l'allergène (photosensibilité rémanente).

Le bilan pratiqué a été :

- Patch tests positifs à la PPD (Para Phenylene Diamine)
- Exploration photo biologique :
 - DEM UVA < 5J/cm² correspondant à un phototype 1-2 alors que le patient est noir (phototype 5)
 - DEM polychromatique effondrée
 - DEM UVB = 143-158 correspondant à un phototype 1
- Aggravée si exposition à la PPD

Conduite à tenir : Traitement : par Plaquenil surtout en période estivale. Les médecins se sont étonnés de la dépigmentation et de la persistance des lésions malgré l'arrêt des teintures capillaires.



II.4. 4^{ème} cas : Patient malgache

II.4.1 Histoire clinique : 30 ans, à la suite d'une excursion en forêt à Madagascar en débardeur, il présente à son retour une éruption du tronc d'aspect grisé (=érythème sur peau noire), papuleuse, n'atteignant pas le centre du dos, accompagnée d'une sensation de brûlure et d'une asthénie marquée.

Le patient avait consulté un « tradipraticien » avant son départ en randonnée.

II.4.2 Le diagnostic retenu a été :

Une dermatose photo toxique induite par une décoction de plantes prescrite par le « tradipraticien » = une phyto-photo dermatose par absorption de plantes photo toxiques. Le centre du dos était protégé par son sac.

Le diagnostic clinique est difficile sur peau noire et d'autres pathologies peuvent simulées une réaction cutanée allergique: Pityriasis rosé de Gibert, Urticair, Eczématides, Psoriasis, Lupus, Eczéma, Dermatite atopique, Prurigo, Dermatophytie.



ALBUM PHOTO DU DERMATOALLERGOLOGUE

Rapporteur : M. Gouranton (Les abymes)
Exp. ANAFORCAL : C. Poreaux (Nancy)



Exp. Hospitalier : M. Castelain (Marseille)
Animateur-Organisateur : E. Girodet (Bron) : evégirodet@hotmail.com

III. TELEMEDECINE ET DERMA- TO-ALLERGOLOGIE

La télémédecine : Définition OMS de la télémédecine : « pratique médicale utilisant des technologies interactives de communication visuelle ou auditive avec transfert de données médicales ». En France, la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) votée en 2009 introduit la télémédecine pour modifier l'exercice médical et participer à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et les déserts médicaux.



IV. 5 ACTES SONT RECONNUS DANS CE CADRE LEGAL

IV.1. La téléconsultation (ou consultation à distance)

Domaines prioritaires en 2011 : suivi des personnes en milieu carcéral, prise en charge des maladies chroniques, soins en structure médico-sociale et HAD

IV.2. La télé-expertise (avis spécialisé sollicitant un ou plusieurs confrères) : diagnostic sur photos et renseignements cliniques.

Fréquent, chronophage, non rémunéré
Absence de sécurité des réseaux informatiques = risques médico-juridiques pour le médecin

IV.3. La télésurveillance

IV.4. La téléassistance d'un acte médical

IV.5. La régulation ou réponse médicale dans le cadre du centre 15

Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine sont claires. Elles doivent respecter les règles déontologiques relatives à l'exercice médical : consentement libre et éclairé des patients, authentification des professionnels de santé, identification du patient, accès sécurisé au dossier du patient.

La télémédecine présente des avantages certains : la réduction des délais et du nombre de consultations, théoriquement une réduction des coûts (bilan mitigé des projets pilotes). Elle soulève néanmoins de nombreuses difficultés : techniques: perte de l'aspect tridimensionnel de la consultation et de la palpation des lésions, absence de couverture réseau (wifi, 3G) dans certaines zones rurales, financières : financement initial par les ARS sans de visibilité à long terme actes de télé-expertise pour la plupart non valorisés, pas de codification CCAM, favorisant la « télé dermatologie clandestine »

(avis sur photos entre généralistes et spécialistes via smartphones ou messagerie électronique non sécurisée), absence de cryptage des données et de stockage (l'ASIP santé développe une messagerie sécurisée gratuite pour l'échange de données personnelles et médicales)

L'image photographique en dermatologie et allergologie fait partie intégrante du dossier médical (suivi évolutif) et doit, à ce titre, être conservé.

Les photos comme les informations du dossier médical n'appartiennent ni à l'hôpital ni au médecin qui les a prises mais au patient ! Depuis 2002, le patient a accès librement à tous les éléments de son dossier médical. L'Article 2 de la loi N°78 du 6/01/78 prévoit un droit d'accès aux données et la possibilité d'effacement des données personnelles. Elle est un examen para clinique et donc un acte médical comme un autre, dont le praticien doit préciser l'intérêt au patient de façon « loyale, claire et appropriée » afin d'obtenir son consentement (qui pourra être retiré à tout moment).



Aucune disposition réglementaire n'indique qu'un consentement écrit est obligatoire mais l'art L.111-2 du CSP prévoit que la preuve de la délivrance de l'information incombe au praticien. La demande d'autorisation de prise de photographies destinées exclusivement à la prise en charge du patient (secret professionnel) peut être faite verbalement. Si les photos doivent être montrées à des confrères pour avis thérapeutique, il faut mentionner l'accord du patient dans le dossier.

Nécessite des précautions pour assurer sa garde et empêcher sa consultation à des tiers non autorisés. Le stockage d'images sur supports dématérialisés électronique non sécurisés (clés USB, ordinateur personnel, mail non cryptés, envoi de photos sur smartphone) est interdit.

L'article du CSP R.1110-1 précise que la conservation sur support informatique des informations médicales est soumise au respect des référentiels. Ces données de santé peuvent être confiées à des hébergeurs de santé spécialement agréés par le ministère de la santé ou sur des supports propres au professionnel si l'accès aux données est limité au professionnel qui les a déposées. Les photographies sont donc des données de santé à caractère personnel. Leur utilisation doit respecter 2 principes juridiques fondamentaux : Garantie



ALBUM PHOTO DU DERMATOALLERGOLOGUE

Rapporteur : M. Gouranton (Les abymes)
Exp. ANAFORCAL : C. Poreaux (Nancy)

du secret médical (d'ordre public), Le respect du droit à l'image (d'ordre privé).

Photos et enseignement, communications dans des congrès, publications sur tout support :

Le Groupe de Réflexion Ethique en Dermatologie (GED) au sein de la Société Française de Dermatologie (SFD) a établi des recommandations concernant la présentation de photographies dans le cadre de réunions et de publications à caractère scientifique et dans le cadre de l'enseignement.

On sort du dossier médical, donc l'anonymat doit être strictement respecté et la personne doit être non reconnaissable même par elle-même. Le floutage des yeux est insuffisant. Le recadrage des lésions doit se faire au plus près, sans bijou, vêtement ou tatouage. Profession et lieu de vie du patient ne doivent pas être y être rattachés.

Si l'anonymat est ainsi respecté, il n'y a aucun obstacle juridique à ce que les photos soient publiées ou fassent l'objet d'une communication scientifique sans l'autorisation du patient.

Dans le cas contraire, il faut l'accord du patient (article R. 4127-73 CSP). Sur le plan juridique, un consentement écrit est souhaitable.

Même si le patient a initialement donné son consentement écrit pour la prise de photos et leurs diverses utilisations en dehors de

son suivi, il est en droit, à tout moment, de se « rétracter », ce qui peut poser problème si la photographie a déjà été diffusée.



CONCLUSION

L'acte du photo-diagnostic en dermato-allergologique se heurte à plusieurs difficultés : tout d'abord, le manque fréquent des données cliniques et anamnestiques associées, l'absence de l'aspect tridimensionnel et tactile de la lésion, l'absence de l'évolutivité des lésions.

Sur peau noire les choses se compliquent encore puisque l'érythème est souvent masqué par la couleur grisâtre. Cet acte entre dans le cadre de la télémedecine, dont les cadres légaux sont stricts mais rarement complètement respectés probablement par méconnaissance pour certains points. Le stockage des photographies prises en consultation est probablement le point le plus fréquemment enfreint, puisqu'il est théoriquement interdit d'utiliser des supports non sécurisés.

Exp. Hospitalier : M. Castelain (Marseille)

Animateur-Organisateur : E. Girodet (Bron) : evegirodet@hotmail.com



Références bibliographiques :

- A. Tesnière, JP. Blanchère, A. Domp Martin. Télédermatologie in EMC Dermatologie, volume 11. février 2016
- A. Tesnière, P. Leloup, G. Quéreux, H. Maillard, S. Pédailles, M. T. Leccia, S. Kerever, A. Domp Martin. Avis dermatologiques à distance: une enquête interrégionale. Ann Dermatol Venereol 2015; 142:85-93.
- Réflexion éthique sur la photographie en dermatologie: pour une photographie respectueuse des patients in « RESPONSABILITE », revue de formation sur le risque médical, juin 2015, N°58, Volume 15.
- JM. Debarre, S. Maillard. Photographie médicale d'un patient : aspects juridiques et éthiques. Le bulletin juridique du praticien hospitalier n°182- novembre 2015.
- A. de Runz & Al. Photographies en chirurgie plastique : pratiques, usages et législation. Annales de chirurgie plastique esthétique 2015; 60:12-18.

JOURNEE URTICAIRE

TOUT CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR L'URTICAIRE EN 2017



Vendredi 13 janvier 2017
9h30-17h45

Espace du centenaire Maison de la RATP
189 rue de Bercy, 75012 Paris (métro: Gare de Lyon)

Inscription en ligne avant le 20 décembre 2016,
bulletin d'inscription à télécharger sur
www.sfdermato.com ou www.allergolyon.org

Organisation: Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie

Renseignements : Madame Catherine Billa,
catherine.billa@chu-bordeaux.fr, téléphone: 05 56 79 49 63

Inscriptions: Madame Hélène Pascual, service d'Immunologie
Clinique, CH Lyon-Sud, F-69495 Pierre-Benite



Programme de la Journée Urticaire

9h00 Accueil

Session 1. PHYSIOPATHOLOGIE ET COMORBIDITES

9h15-9h30: Introduction. MS Doure, Bordeaux

9h30-09h45: Avancées physiopathologiques. F Bérard, Lyon

09h45-10h00: Urticaire chronique (UC) et obésité. A Soria, Paris

10h00-10h30: Rôle des neuromédiateurs dans l'UC. L Misery, Brest

10h30-11h00: Parasitoses et urticaire: mythe ou réalité? E Caumes, Paris

11h00-11h30: Pause et visite des laboratoires

Session 2. URTICAIRES DE L'ENFANT

11h30-12h00: Urticaires aiguës et chroniques de l'enfant. C Labrèze, Bordeaux

12h00-12h30: Urticaires médicamenteuses de l'enfant. C Ponvert, Paris

12h30-13h00: Cas cliniques du Groupe Urticaire de la SFD

13h00-14h00: Repas

14h00-14h45: Orateur invité: "Urticaria 2016- 5th consensus: Que faut-il retenir?"
A Gimenez-Arnau, Barcelone

Session 3. URTICAIRES PHYSIQUES

14h45-15h15: L'urticaire au froid, en pratique. N Raison-Peyron, Montpellier

15h15-15h45: Urticaire solaire. M Viguier, Reims

15h45-16h00: Pause et visite des laboratoires

Session 4. PRISE EN CHARGE DE L'URTICAIRE CHRONIQUE

16h00-16h15: Education thérapeutique, peut-on encore s'en passer?

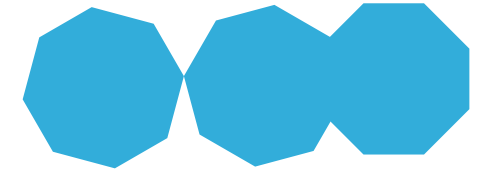
I Boccon-Gibod, Grenoble

16h15-16h30: Doit-on interdire des médicaments? F Augey, Lyon

16h30-16h45: Doit-on interdire des aliments? P Mathelier-Fusade, Paris

16h45-17h15: L'omalizumab en pratique. F Hacard, Lyon

17h30 Conclusion



CONGRÈS FRANCOPHONES

- **30 septembre-1er octobre 2016** : 37^{ème} Cours d'actualisation en dermato-allergologie (GERDA) - NANCY



- **26-27 Novembre 2016** : RFAM : Rencontre Francophone d'allergologie Moléculaire : PARIS Novotel Vaugirard Montparnasse - Inscriptions sur le site www.rfam.fr
- **Vendredi 13 Janvier 2017** : Journée Urticaire : Tout ce qu'il faut savoir sur l'urticaire en 2017 : Espace du centenaire - Maison de la RATP - 189, rue de Bercy - 75012 PARIS
- **Samedi 28 Janvier 2017** : BEST OF Allergology
Amphithéâtre du Pavillon Médical – Groupement Hospitalier Sud
69495 PIERRE BENITE Cedex
Renseignements et inscriptions : helene.pascual@chu-lyon.fr
- **25-28 avril 2017** : CFA 2017 : PARIS

CONGRÈS INTERNATIONAUX

- **3-7 septembre 2016** : European Respiratory Society (ERS) - LONDRES - www.erscongres2016



- **12-15 octobre 2016** : XV^{èmes} Rencontres Francophones de Formation Continue en Allergologie. ASSIFORCAL/FAI - ABIDJAN (Côte d'Ivoire)
- **3 au 15 octobre 2016** : FAAM 2016 (4th Food Allergy and Anaphylaxis Meeting) ROME (Italy)
- **6-9 Décembre 2016** : WAO(WISC) : JERUSALEM (Israël)