# IIIe symposium 2016 Centre de l'Allergie UCL

## Bruxelles, samedi 5 mars 2016

par le Dr Audrey BONNELANCE • médecin généraliste •
1150 Woluwé-Saint-Pierre • audrey.bonnelance@ssmg.be

## Diversification alimentaire en 2016

La « marche atopique » (eczéma → signes gastro-intestinaux → asthme → rhino conjonctivite) est une maladie de longue durée, fréquente et d'incidence probablement croissante. La flore intestinale semble jouer un rôle important dans l'apparition des allergies alimentaires au niveau du colon. C'est également le cas des lymphocytes T régulateurs de la lamina propria du petit intestin, de demi-vie courte (4-6 semaines) induits surtout au contact des aliments solides (et peu par le lait). Suite à ces découvertes, les nouvelles recommandations pour diminuer l'incidence de la marche atopique sont :

- pas d'éviction des produits laitiers durant la grossesse ni la lactation ;
- allaitement maternel (AM) exclusif jusque 4-6 mois ;
- en cas d'AM < 4 mois, privilégier les formules de laits artificiels hypoallergéniques (hydrolyse partielle de caséine) avant 4 mois qui diminuent de 50 % le risque d'eczéma ;
- introduire les aliments solides entre 4 et 6 mois, y compris les aliments « allergisants » et le gluten (sauf les crustacés et mollusques) ;
- ne pas donner de probiotiques ;
- donner à la femme enceinte des compléments d'oméga 3 et de vitamine D ;
- éviction tabagique pendant la grossesse. (AB)

D'après l'exposé du Pr F. Smets. Service de gastroentérologie et hépatologie pédiatrique aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

**Mots-clés : atopie, diversification alimentaire.**

## Asthme sévère : prise en charge en 2016

Le patient asthmatique sévère doit être référé pour réaliser des investigations spécialisées. Qu'est ce qu'un asthme allergique sévère ?

- IgE spécifique ou prick test cutané positif à un allergène pérenne ;
- non contrôlé malgré un corticostéroïde administré à haute dose (> 1000 µg/jour) + LABA (β2 à longue durée d'action) : symptômes diurnes et/ou nocturnes, VEMS < 80 % prédit, ≥ 2 exacerbations sévères par an (requérant des corticostéroïdes oraux durant 2-3 jours ou une hospitalisation) ;
- IgE totales entre 600 et 700 U/ml (norme < 75 U/ml).

Les corticostéroïdes inhalés sont prescrits pour tous sauf si les symptômes sont réellement intermittents. Un screening et un traitement intensif des facteurs aggravants doivent être réalisés dans un premier temps. Une thérapie de 3e ligne est proposée si les mesures précédentes bien conduites mènent à un échec :

- les anti-IgE : omalizumab (pour les asthmes allergiques sévères) ;
- les anti-IL-5 : mépolizumab, reslizumab pour les asthmes non allergiques sévères hyper-éosinophiliques.

Les effets de ces nouvelles thérapies sont toujours en étude mais le taux d'exacerbation serait réduit de 26 à 50 % pour les anti-IgE et de 50 % pour les anti-IL-5. (AB)

D'après l'exposé du Pr Ch. Pilette, pneumologue au Centre de l'Allergie des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

**Mots-clés : asthme, immunothérapie.**

# Dermato-allergologie : quoi de neuf ?

L'allergie au **nickel** reste un problème quotidien fréquent puisqu'il est l'allergène de contact le plus souvent mis en évidence. Le symptôme principal est le prurit.
Certains auront au contact du nickel, des crevasses au bout des doigts appelées pulpite eczémateuse (chauffeurs de taxi ou caissières par utilisation intensive des pièces de monnaie) ou des lésions eczémateuses à distance du contact.
Une sensibilisation à partir d'un appareil orthodontique est possible sur alliage en nickel-titane.

Des cas de perlèche non accompagnée de stomatite peuvent s'observer.
Le nickel reste présent dans l'alimentation. L'ingestion de nickel peut participer à l'entretien d'un eczéma mais la forme clinique reste discutée. C'est dans la dyshidrose que son rôle semble le plus incontesté (mais pas automatique). Une controverse subsiste quant aux aliments riches en nickel : cacao, harengs, épinards, huitres, haricots verts, petits pois, tomates, mayonnaise industrielle, poires, soja, chocolat…
Certains eczémas de contact systémiques peuvent s'observer via différents appareillages médicaux : appareil d'orthodontie, prothèse orthopédique, cathéter veineux périphérique…

Le **chlorométhylisothiazolinone,** également connu sous le nom de Kathon-CG®, est un conservateur utilisé dans de nombreux produits cosmétiques. Son usage principal actuel est réservé aux produits de rinçage comme les shampoings, les savons liquides, les démaquillants, les lingettes parfumées, les gels pour cheveux…
La clinique est identique à celle de l'allergie au nickel : il s'agit d'une dermatite de contact. Pensons-y lorsqu'un patient se présente avec des signes d'eczéma du cuir chevelu ou des oreilles ! (AB)

D'après l'exposé du Pr D. Tennstedt. Service de dermatologie aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

**Mots-clés : eczéma, nickel, chlorométhylisothiazolinone, allergie.**

# Urticaire chronique : un challenge pour le clinicien

L'urticaire est une des pathologies dermatologiques les plus fréquentes : 15 % des patients sont concernés au moins une fois dans leur vie.
Le diagnostic est clinique. L'urticaire est caractérisée par deux types de lésions :
• les plaques superficielles
• les angio-œdèmes.

Les lésions superficielles sont œdémateuses, migratrices, fugaces (chaque lésion élémentaire disparait en moins de 24 h) et prurigineuses.
Les angio-œdèmes sont des œdèmes profonds (hypodermiques), douloureux atteignant essentiellement les extrémités, les paupières, les lèvres et les organes génitaux. Ils sont également fugaces et migratoires mais durent plus longtemps (environ 72h).
Les IEC sont des grands pourvoyeurs d'angio-œdèmes bradykininergiques et peuvent persister 2 mois après l'arrêt du traitement.

Dans les formes chroniques d'urticaire, l'étiologie reste fréquemment méconnue.
L'urticaire est dite chronique (0.1-0.3 %) si les poussées, le plus souvent quotidiennes, évoluent depuis plus de 6 semaines.
Dans la grande majorité des cas, aucun bilan n'est nécessaire à l'exception d'un examen biologique minimal (cofo, CRP, VS).
Ce n'est que devant des résultats sanguins pathologiques, des signes cliniques inquiétants ou une absence de réponse à un traitement bien conduit qu'un bilan complémentaire devra être réalisé chez le spécialiste. Ce bilan visera à exclure une association avec une pathologie auto-immune (thyroïde ou autre), une infection, une vasculite, une pathologie hématologique etc.
Les antihistaminiques H1 non sédatifs représentent le traitement de première ligne. Ils ont un effet immédiat grâce au blocage de l'histamine. En cas de non réponse, les doses peuvent être majorées (x4 par rapport à la dose initiale) ce qui permet par une stabilisation des mastocytes de soulager un certain nombre de patients. Il faut éviter les associations d'antihistaminiques. L'omalizumab est remboursé depuis juin 2015 pour les patients atteints d'urticaire chronique spontané ne répondant pas aux antihistaminiques et constitue la seconde ligne thérapeutique.

D'après l'exposé du Dr M. Baeck, service de dermatologie aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

**Mots-clés : urticaire chronique, prurit.**