

ALLER2A



Best Of Allergologie et Immunologie 2017  
**Allergologie générale et hyménoptères**

28/01/2017

Aurélie FLEURENTIN, Marion HACKER  
Encadrant: Jean-Sébastien BERNIER

# Dispositifs auto-injectables d'adrénaline : lequel choisir ?



Fig. 1. Dispositifs auto-injectables d'adrénaline disponibles en France. a : Anapen® ; b : EpiPen® ; c : Jext®.

	<b>ANAPEN</b>	<b>JEXT</b>	<b>EPIPEN</b>
<b>Système</b>	seringue	cartouche	cartouche
<b>Dosage</b>	0,15mg et 0,3mg	0,15mg et 0,3mg	0,15mg et 0,3mg
<b>Composition</b>	proche	proche	proche
<b>Efficacité de l'injection (vitesse, volume)</b>	+	+++	+++
<b>Taille de l'aiguille (mm)</b>	7,5 (0,15mg et 0,3mg)	12 (0,15mg) et 15 (0,3mg)	12,5 (0,15mg) et 15,5 (0,3mg)
<b>Ergonomie</b>	+	++	++
<b>Délai de conservation</b>	21m (0,15mg) 24m (0,3mg)	18m (0,15 et 0,3mg)	19 (0,15mg) 20m (0,3mg)
<b>Coût (euros)</b>	67,19 (boite de 2 stylos)	35,48 (boite de 1 stylo)	39,04 (1 stylo) 74,32 (2 stylos)
<b>Dispositif protection aiguille après injection</b>	non	oui	oui
<b>Conservation</b>	T° ambiante, max 25°C	T° ambiante, max 25°C	T° ambiante, max 25°C

# Risque d'anaphylaxie après vaccination chez les adultes et les enfants?

---

## ▶ Problématique:

- ▶ anaphylaxie : réaction allergique potentiellement mortelle,
- ▶ risque d'anaphylaxie après la vaccination : pas bien décrit chez les adultes et peu décrit pour les nouveaux vaccins de l'enfant

## ▶ Méthode

- ▶ Calculer l'incidence de l'anaphylaxie après la réalisation de vaccins
- ▶ À partir de dossier de vaccination obtenu du 01/01/2009 au 31/12/2011

## ▶ Résultats

- ▶ **33 cas confirmés** après 25 173 245 dose de vaccin, dont 18 avec un seul vaccin imputable : **grippe inactivé (12 cas)**
- ▶ **soit un taux d'anaphylaxie de 1,31/million de doses vaccinales**
- ▶ Parmi les anaphylaxies: atopie 85%, caucasien 73%, femme 61% (NS), enfants 55% (NS)

⇒ **L'anaphylaxie post vaccinale existe dans toutes les classes d'âges, mais est très rare**

# Sécurité du protocole “ultra-rush” pour l’Immunothérapie aux venins (ITS) : Comparaison entre enfants et adultes

---

## ▶ Problématique:

- ▶ Adulte: existence d’un protocole « ultra-rush » pour l’immunothérapie aux venins (ITS)
- ▶ Enfant: degré de risque de ITS en « ultra-rush » est inconnu

## ▶ Méthode:

- ▶ Étude prospective, observationnelle de 2008 à 2014
- ▶ **Comparaison de la sécurité des immunothérapies en « ultra-rush » chez 134 enfants et 207 adultes**

## ▶ Résultats:

- ▶ **Fréquence des réactions au cours ITS « Ultra-Rush » était faible : 6.2% (21/341 patients)**
  - ▶ Plus faible chez les enfants (3,7%) que les adultes (7,7%), sans différence significative ( $p=0,134$ )
- ▶ **Gravité pas significativement différente entre enfants et adultes** (surtout signes cutanés)

⇒ **ITS en « ultra-rush » aux venin d’hyménoptères est aussi sûre chez les enfants que chez les adultes**

# Prise en charge du patient polyallergique : Approche pragmatique de l'immunothérapie allergénique

---

## ▶ Problématique:

- ▶ 60-80% des patients consultant des pneumologues, allergologues sont polysensibilisés, donc potentiellement polyallergiques.
- ▶ pas de standardisation des ITA

## ▶ objectifs:

- ▶ Un groupe international de cliniciens a élaboré des directives consensuelles, non ambiguës, actualisés et pragmatiques sur l'ITA, chez ces patients
- ▶ Basées essentiellement sur des données de la littérature, des positions de sociétés savantes et de l'expérience clinique

⇒ **ITA est sûre et efficace chez les patients polysensibilisés et polyallergiques**

## ▶ En pratique :

- ▶ **ITA simple : si un des allergènes est responsable des symptômes les + intenses/+ gênants**
- ▶ **ITA double:**

- ▶ **mixte avec 2 allergènes**

- ▶ **ou 2 ITA simple en parallèle**

} **si 2 allergènes sont pertinents cliniquement avec une altération importante de la qualité de vie**

(si 2 ITA en parallèle, intervalle de 30min entre chaque administration)

# Présence d'IgE spécifiques anti-PR10 dans la petite enfance, facteur prédictif d'une rhinite allergique à l'adolescence?

---

## ▶ Objectif:

- ▶ Rechercher un lien entre l'évolution du profil des IgE spécifiques anti-PR10 et la rhinite allergique au pollen de bouleau (RApb) depuis la petite enfance jusqu'à l'adolescence

## ▶ Méthode:

- ▶ Les données d'un questionnaire et des sérums obtenus à 4, 8 et 16 ans de 764 enfants
- ▶ Dans chaque sérum: recherche de 9 IgE spécifiques anti-PR10

## ▶ Résultats:

- ▶ La probabilité d'apparition/persistance de la RA au pollen de bouleau augmente avec:
  - **Un nombre croissant de protéines PR-10 reconnues par les IgE à 4 ans**
    - *Si  $\geq 4$  IgE spécifiques anti-PR10 étaient présentes à l'âge de 4 ans, le risque de persistance de la RApb était de 100%*
  - **L'augmentation des niveaux d'IgE spécifiques de Bet v1 dans la petite enfance**
- ▶ **La sévérité de RApb à 16 ans est corrélée à des niveaux élevés de Bet v1 à l'âge de 4 ans**

⇒ **La présence précoce des IgE spécifiques anti-PR-10 dans la petite enfance, pourrait être un outil pour prédire le cours de la RA au pollen de bouleau jusqu'à l'âge de 16 ans**

## Contre-indications de l'immunothérapie en allergologie

	Pas de CI	CI relative	CI absolue
<b>Asthme</b>	-	modérément contrôlé	non contrôlé
<b>Maladie auto-immune</b>	-	En rémission	active
<b>Affection maligne</b>	En rémission	Oui sauf allergies sévères ou aux venins d'hyménoptères	Oui sauf pour les venins d'hyménoptères
<b>Beta bloquant</b>	Hyménoptères	pneumallergènes	-
IEC	ok	-	-
iMAO	Association prudente avec adrénaline		
<b>M cardio vasculaire</b>	Hyménoptères	pneumallergènes	
<b>Age</b>		2 à 5 ans	< 2 ans
<b>Grossesse</b>	Si ITS déjà débutée		Si grossesse connue avant ITS
ID acquise		VIH	SIDA
Autres maladies chroniques	Balance bénéfique/ risque		



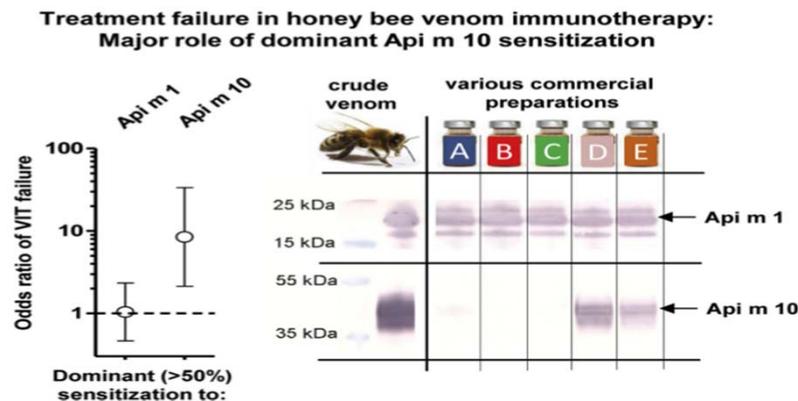
# La sensibilisation à Api m 10 est un facteur de risque d'échec de l'immunothérapie

- ▶ 115 patients allergiques exposés au venin hyménoptère après 6 mois de désensibilisation (79 efficacité désensibilisation, 36 échec désensibilisation)

## Non répondeurs à la désensibilisation:

- Augmentation des IgE spécifiques Api m 10
- Pas d'augmentation des IgG4 chez les Api m 10 après 6 mois de désensibilisation

≠ Api m 2, Api m 3, ≠ Api m 5



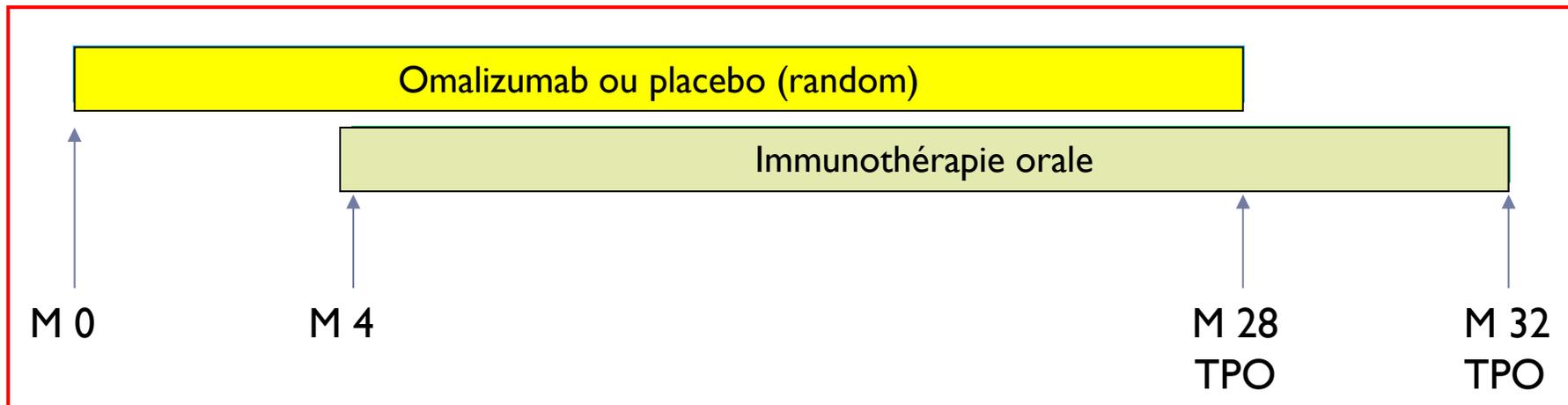
\* Sensibilisation Api m 10 corrélée échec immunothérapie OR = 8.444 ( $p=0.0013$ )

▶ Predominant Api m 10 sensitization as risk factor for treatment failure in honey bee venom immunotherapy

Frick et al., *J Allergy Clin Immunol.* 2016 Dec;138(6):1663-1671

## Association omalizumab / immunothérapie orale dans la prise en charge de l'Allergie aux Protéines de Lait de Vache ?

- ▶ 1ere étude double aveugle randomisée placebo Vs omalizumab pour désensibilisation lait de vache – sur 32 mois



- ▶ Omalizumab n=28
- ▶ Placebo n=29
- ▶ **PAS de différence statistiquement significative sur le succès du TPO à 28 mois (10g) et 32 mois ( p 0,18 et p 0,42)**
- ▶ **MAIS moins d'effets secondaires dans le groupe omalizumab lors des montées de doses et du traitement d'entretien (p =0,0005 – 0,008) et moins de prise médicamenteuse annexe (p 0,0008)**

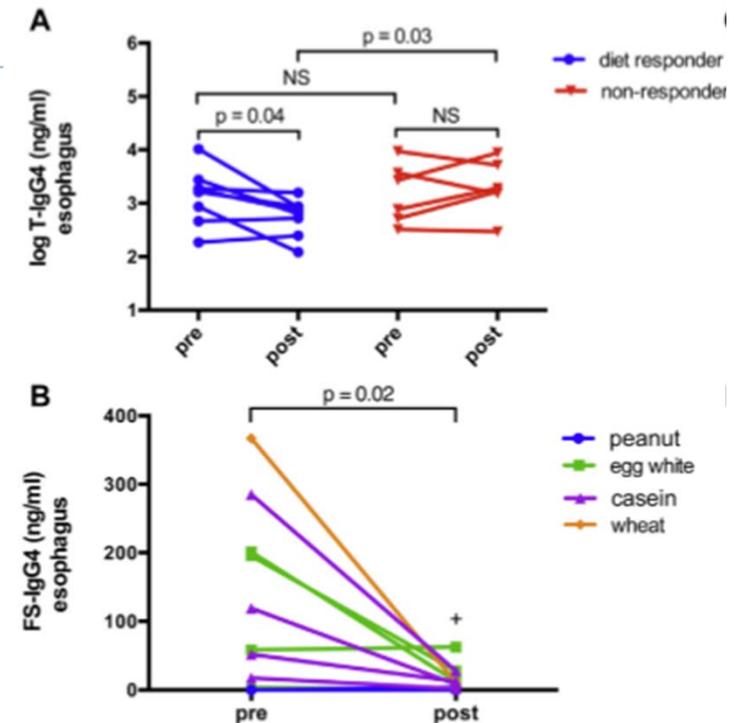
- ▶ A randomized, double-blind, placebo-controlled study of omalizumab combined with oral immunotherapy for the treatment of cow's milk allergy, Wood et al., [J Allergy Clin Immunol](#). 2016 Apr;137(4):1103-10

# Implication des IgG4 anti-aliments (FS-IgG4) dans la pathogénèse de l'oesophagite à éosinophiles

- ▶ Etude cas-témoin :
  - ▶ 20 cas avec oesophagite à éosinophiles
  - ▶ 10 témoins RGO / dysphagie sans oesophagite à éosinophiles
- ▶ Cas : Eviction alimentaire stricte 6 allergènes fréquents (+ allergène précis si suspecté)
  - ▶ 11 répondeurs
  - ▶ 9 non répondeurs
- ▶ Baseline T0 :
  - ▶ (Total-IgG4 et Food Specific-IgG4 oesophagien) cas > témoin
  - ▶ Pas de différence baseline entre cas répondeurs /non répondeurs
- ▶ Après régime éviction (6 semaines) T1 :
  - ▶ **T-IgG4 et FS-IgG4 oesophage diminue chez répondeurs seulement ( $p=0.04$ )**
  - ▶ Pas mis en évidence avec Ig G 4 totaux et spécifiques dans le plasma

## Interprétation des résultats :

**Exposition chronique à l'antigène alimentaire dans oesophage du sujet atopique est associée à une réponse IgG4 spécifique impliquée dans la pathogénèse de l'oesophagite à éosinophile**



# Recommandations sur les régimes alimentaires spécifiques au syndrome de l'intestin irritable

	Grade de recommandation
<b><u>2 – restriction produits laitiers</u></b>	
Si SII en lien avec consommation essayer éviction avec de faibles doses de lactose – intéressant dans les populations avec forte prévalence déficit en lactase	<b>D</b>
Ou breath test lactose positif essayer éviction	<b>D</b>
<b><u>4 – carbohydrates fermentescibles :</u></b>	
FODMAPS à faire sur 3-4 semaines => En l'absence d'amélioration reprendre alimentation normale	<b>B</b>
® en cas d'amélioration reprendre un par un les aliments riches en FODMAPS, à forte dose, afin d'identifier l'aliment déclencheur	<b>D</b>
<b><u>5- gluten</u></b>	
<b>Niveau de preuve insuffisant</b>	<b>D</b>
<b><u>6- probiotiques</u></b>	
Peu probable amélioration du SII. Cependant on peut essayer un probiotique sur 4 semaines et switcher en l'absence d'effet	<b>B</b>
Prendre un probiotique est considéré comme « safe »	<b>B</b>

Br

cs in

---

**MERCI DE VOTRE ATTENTION**