

CONSULTATION D'ALLERGOLOGIE

PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES



Masterclass allergologie pédiatrique 15/02/2024

Dr ATMANI-HENRY Salima

Pneumo-pédiatre allergologue

▶ En pratique, motifs fréquents de consultation en pédiatrie :

- ▶ Asthme du NRS
- ▶ Asthme enfant/ adolescents
- ▶ Toux chronique
- ▶ Urticaire
- ▶ Eczéma
- ▶ Allergies alimentaires
- ▶ RGO sévère, troubles digestifs récurrents
- ▶ Rash sous médicaments...



Mais : Tout n'est pas allergique...!

- urticaires virales
- Histaminolibération non spécifique (fraises, tomates, aubergines)
- Asthme viro-induit
- Dermatite atopique - non allergique -
- Hypersensibilité non allergique aux médicaments

=> AVOIR UNE BONNE CONNAISSANCE DES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS EN PEDIATRIE +++

DEMARCHE ALLERGOLOGIQUE EN PEDIATRIE

1) INTERROGATOIRE +++

- 1) Se renseigner sur les ATCD familiaux : terrain atopique, parents, fraterie
- 2) Se renseigner sur les ATCD personnels : naissance +++, à terme/ prématuré, détresse respiratoire néonatale, prise de biberons à la maternité ou allaitement d'emblée
- 3) Alimentation ; type de lait, âge du début de diversification, aliments non introduits (enfants « naifs » pour arachide, fruits à coques, fruits de mer par exemple

▶ 2) Environnement +++

- ▶ Mode de garde : collectivité, assistante maternelle, à domicile?
- ▶ Tabagisme passif surtout si toux chronique, asthme
- ▶ Animaux au domicile? Chez la nounou? Les grands parents?
- ▶ Logement : peluches (acariens), tapis, humidité
- ▶ Milieu scolaire, loisirs

3) Examen clinique méticuleux

- ▶ Auscultation pulmonaire, cardiaque
- ▶ ORL
- ▶ Abdomen
- ▶ Peau



4) COURBE DE CROISSANCE STATURO PONDERALE PRIMORDIALE EN PEDIATRIE +++

Dans le carnet de santé

Orienté vers une pathologie (ex : APLV), alerte le médecin (retentissement staturopondéral dans l'asthme du NRS = recherche obligatoire de diagnostic différentiel)

= *INDISPENSABLE*, pas de raisonnement pédiatrique sans courbe !

▶ 4) TESTS CUTANES : comment tester ? *Comme chez l'adulte*

- Réalisé en première intention par l'allergologue
- Technique du prick-test (piqûre à travers l'épiderme au travers de la goutte de l'extrait allergénique à l'aide d'une pointe en plastique)
- Lecture immédiate en 20 minutes
- Fiables, sensibles et reproductibles
- Coût faible
- Nécessité d'arrêter le traitement anti-histaminique 5 jours avant (Zaditen* 4 semaines, Tinset* 5 semaines)



AVANT 3 – 4 ans

- ▶ L'allergie est surtout alimentaire = Pricks natifs +++ (meilleure sensibilité et spécificité, très bonne VPN)
- ▶ Les symptômes sont surtout aigus immédiats (IgE)
 - ▶ Cutanés : Urticaire, angio-oedème
 - ▶ Digestifs aigus : Vomissements, diarrhées, douleurs
 - ▶ Respiratoires : Rhinite, œdème laryngé, asthme
 - ▶ Généraux : Anaphylaxie
- ▶ Mais parfois aussi retardés (non IgE) :
 - ▶ DA sévère et résistante aux traitements classiques
 - ▶ Signes digestifs subaigus ou chroniques avec bilan digestif négatif
- ▶ L'allergie respiratoire est rare et concerne surtout les allergènes de l'habitat : Animaux, acariens



APRES 4 ANS :

- ▶ L'allergie aux pneumallergènes est plus fréquente
- ▶ Les symptômes sont surtout respiratoires (rhinite, conjonctivite, asthme) et souvent associés (>70% des cas)
- ▶ On testera chez l'enfant :
 - ▶ Systématiquement en cas d'asthme
 - ▶ Rhinite, en l'absence d'amélioration
 - ▶ Infections respiratoires récidivantes
 - ▶ Syndrome oral (allergies croisées fruits-pollens)
 - ▶ DA qui persiste (facteurs saisonniers fréquents)
 - ▶ Les enfants à risque d'allergie au latex
 - ▶ En cas de réaction médicamenteuse de type IgE médiée
 - ▶ En cas de réaction sévères aux piqûres d'hyménoptères



- ▶ Batterie alimentaire : orientée +++ Pricks natifs / extraits
- ▶ Batterie respiratoire : comme l'adulte
 - ▶ Perannuels : Acariens, alternaria
 - ▶ Saisonniers : arbres, graminées, armoise, ambroisie
 - ▶ Animaux
- ▶ Latex : selon la clinique



- ATOPY PATCH Tests et allergie alimentaire = ne sont plus réalisés en pratique
- Concernant le bilan allergologique des enfants atteints de DA et suspects d'allergie alimentaire, des études récentes ont montré que les APT ne rendent superflus le test de provocation orale que dans 0,5 à 14 % des cas et que les APT aux aliments n'ont qu'une faible valeur prédictive positive.
- L'apport des APT dans la stratégie diagnostique des allergies alimentaires, associées ou non à une DA, semble donc limité, le test de provocation oral restant l'étalon-or pour mettre en application un régime d'éviction alimentaire spécifique.

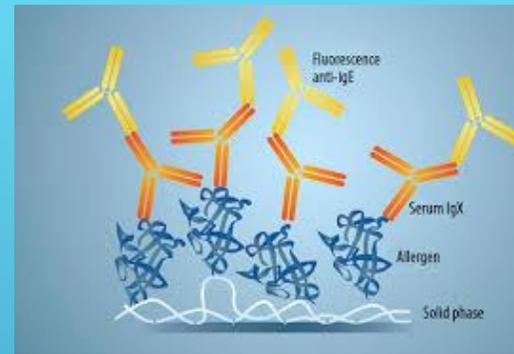


Devillers AC, de Waard-van der Spek FB, Mulder PG, Oranje AP.

Delayed- and immediate-type reactions in the atopy patch test with food allergens in young children with atopic dermatitis.

Pediatr Allergy Immunol 2009;20:53—8.

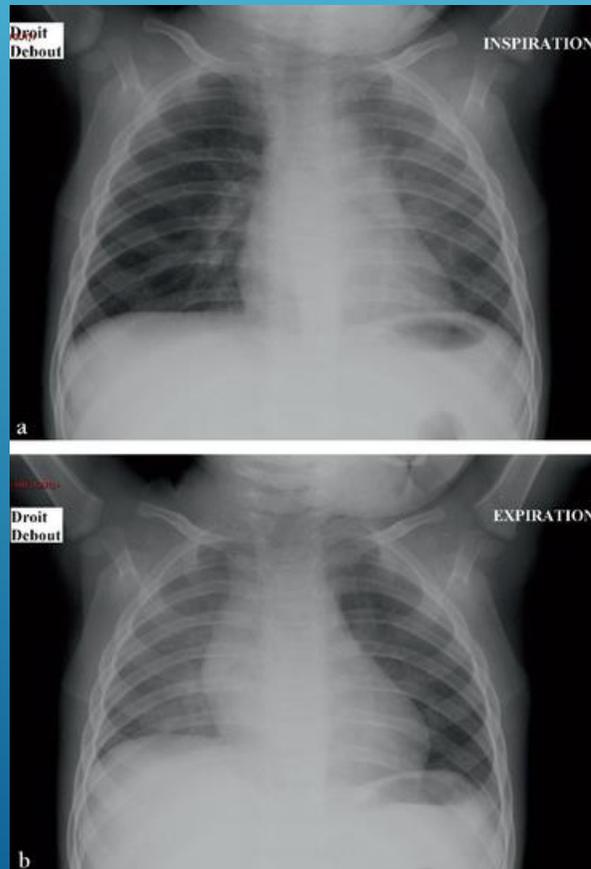
5) Dosage des IgE spécifiques



- ▶ Ils sont utilisés
 - ▶ en cas de discordance entre la clinique et les tests cutanés
 - ▶ si tests cutanés non réalisables ou non interprétables
- ▶ Possibilité de doser les allergènes recombinants (ex : bet V1, n amb a 1, ara h 2...)
 - ▶ pour préciser le profil allergologique
 - ▶ orienter une immunothérapie allergénique.
 - ▶ Aider à la décision d'un TPO

6) Examens complémentaires dans l'asthme de l'enfant

Radiographie pulmonaire +++
en inspiration et expiration

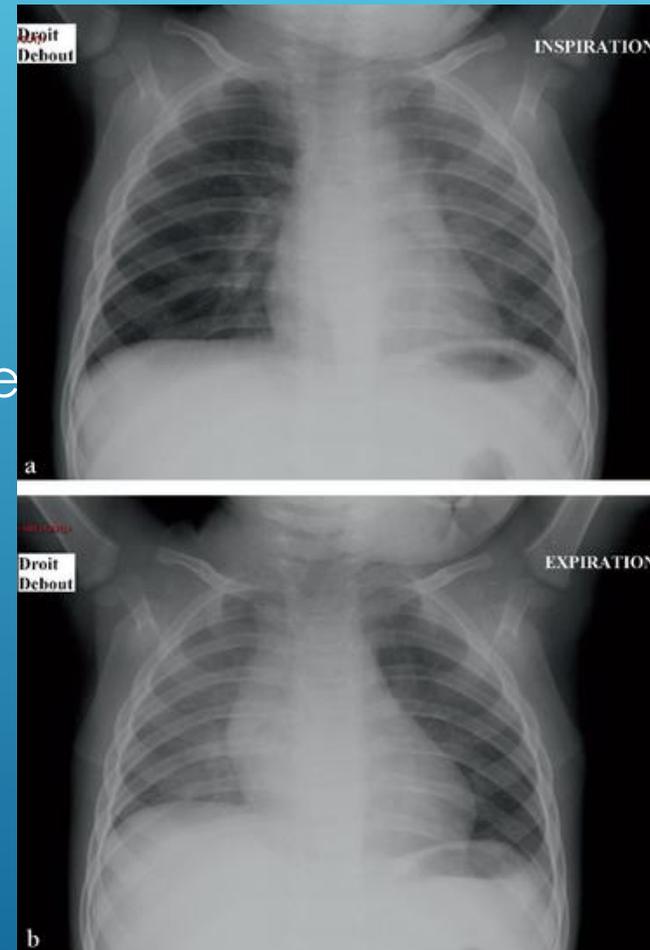


EFR



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : RADIOGRAPHIE DE THORAX

- Indispensable chez l'enfant +++
- permet d'éliminer des diagnostics différentiels importants tels que les malformations (arc aortique) et l'inhalation de corps étranger
- au mieux en inspiration (au début d'un pleur) et en expiration (à la fin d'un pleur).



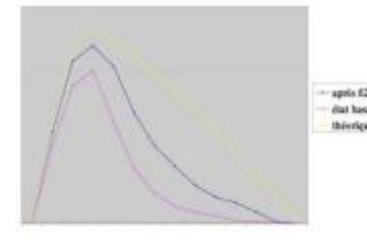
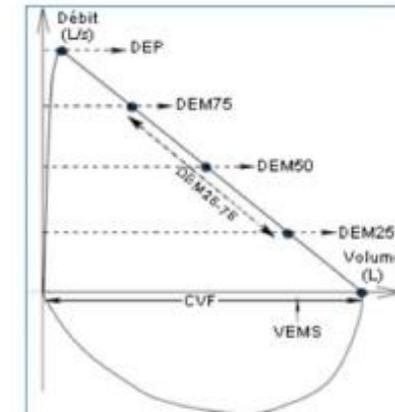


Explorations fonctionnelles respiratoires

• Boucle débit-volume

- Objectif : connaître l'obstruction de base éventuelle et sa réversibilité sous bronchodilatateur
- **Confirme l'existence d'une limitation du débit aérien**
 - Objective, au moins une fois, la réduction du rapport VEMS/CVF (VEMS/CVF normalement $> 0,90$ chez l'enfant).
 - **Confirme la réversibilité excessive** sous bronchodilatateur (augmentation prévue $> 12\%$ chez l'enfant)
- **Intérêt du suivi par EFR**
 - 3 mois après l'initiation de traitement
 - Et après chaque modification du traitement

A noter : chez l'enfant, fréquence des EFR normales, même en cas d'asthme sévère. Un test à la métacholine peut alors être indiqué (5,6)



Entre 3 et 6 ans: résistances des voies aériennes

> 6 ans: comme l'adulte, avec manœuvres d'expiration forcée

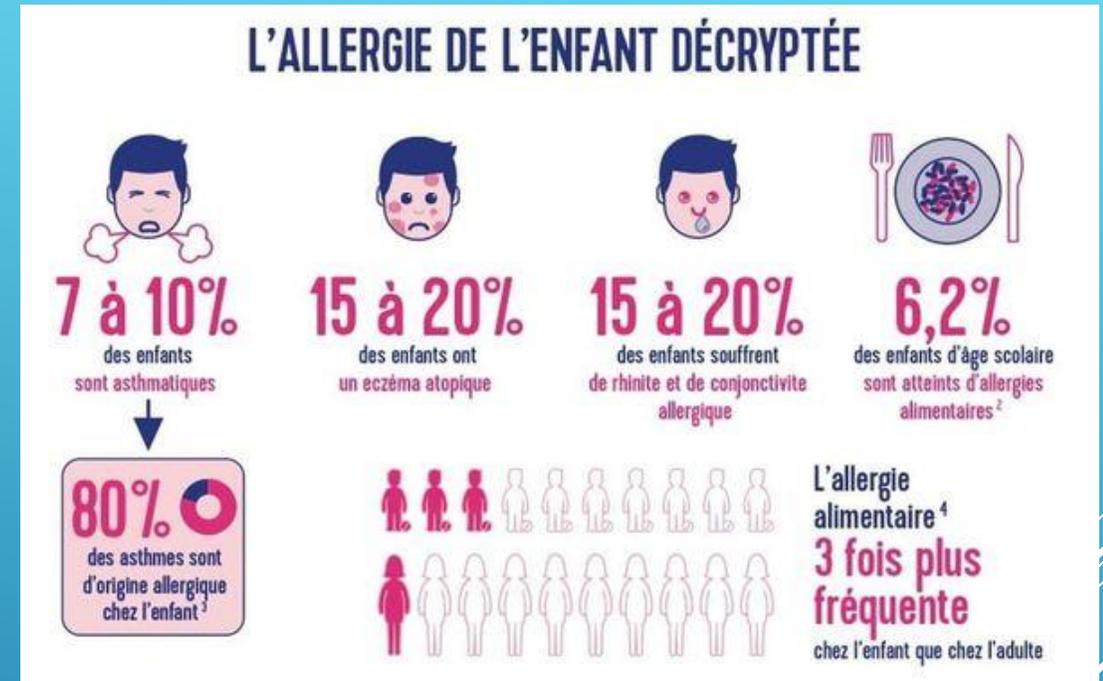
PLAN D'ACTION INDIVIDUALISÉ PAI

- ▶ En milieu scolaire
- ▶ Autorise l'enfant à avoir **une trousse d'urgence** en milieu scolaire avec un **protocole écrit détaillé** en cas de crise d'asthme ou d'allergie alimentaire.
- ▶ Détaille également les précautions à prendre pour l'asthmatique lors des efforts en cours de sport.



CONCLUSION

- En pédiatrie, tout n'est pas allergique !
- Importance +++
 - de la courbe staturopondérale
 - de la RP
 - de l'EFR
 - De la sphère ORL



- Même arsenal diagnostique que chez l'adulte : prick natifs, pricks tests, IgEs et recombinants, EFR (résistances, BDV)

Mais toujours avoir à l'esprit les diagnostics différentiels spécifiques de la pédiatrie

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

