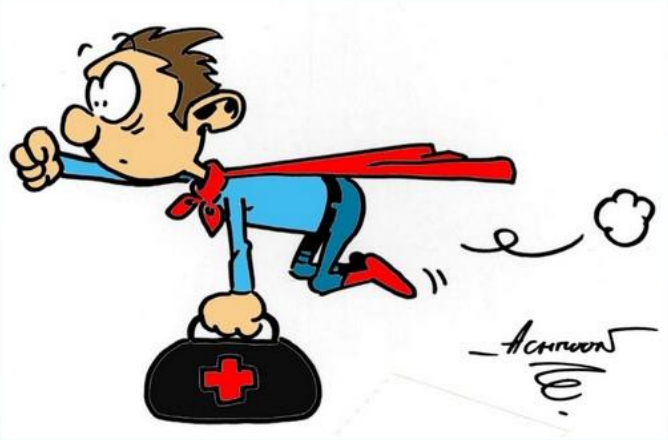
Organisation de la consultation en allergologie

Dr Marion BRAIRE-BOURREL
Allergologue libérale Lyon
Praticien attaché service Allergologie et Immunologie Clinique
Centre Hospitalier Lyon Sud

Selon VOUS, quels sont les indispensables de la consultation en allergologie (de l’adulte)?

Organisation de la consultation en allergologie

- **Anamnèse ++++++++**
- Hypothèse diagnostique
- Examen physique
- +/- Tests cutanés
  - Prick-tests
  - Patch-tests
- +/- Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)
- Diagnostic et projet thérapeutique



Anamnèse en allergologie

Les enjeux

- Informations > hypothèses diagnostiques >> examen physique et indications tests cutanés et/ou respiratoires ?
- Relation d'écoute, d'empathie
- 10 minutes (maximum 15…)

Les informations indispensables

- Description des symptômes (photos?)
- Délai, chronologie, durée, récurrence
- Prise en charge antérieure : bilan, ttt (observance? Consommation médicamenteuse?)
- Impact sur la qualité de vie
- Signes fonctionnels d'asthme?
- ATCD (pertinents…) perso et familial
- **Environnement** personnel et professionnel
- Mode de vie (cosmétiques, alimentation…)

Les pièges

- Ne pas prêter attention aux « non dit » des patients (asthme++)
- Oublier le motif de consultation
- Se laisser embarquer par le patient
- Faire du « systématique » allergologique
- Être trop long / Être trop court

Examen physique en allergologie

Les enjeux

- Recueillir les éléments cliniques pour étayer les hypothèses diagnostiques
- Éliminer les pathologies non allergiques (ex : dermatologie)
- Points importants en allergologie :
  - Examen cutané
  - Sphère ORL
  - Auscultation pulmonaire
- Reste examen parfois utile
- 5 minutes

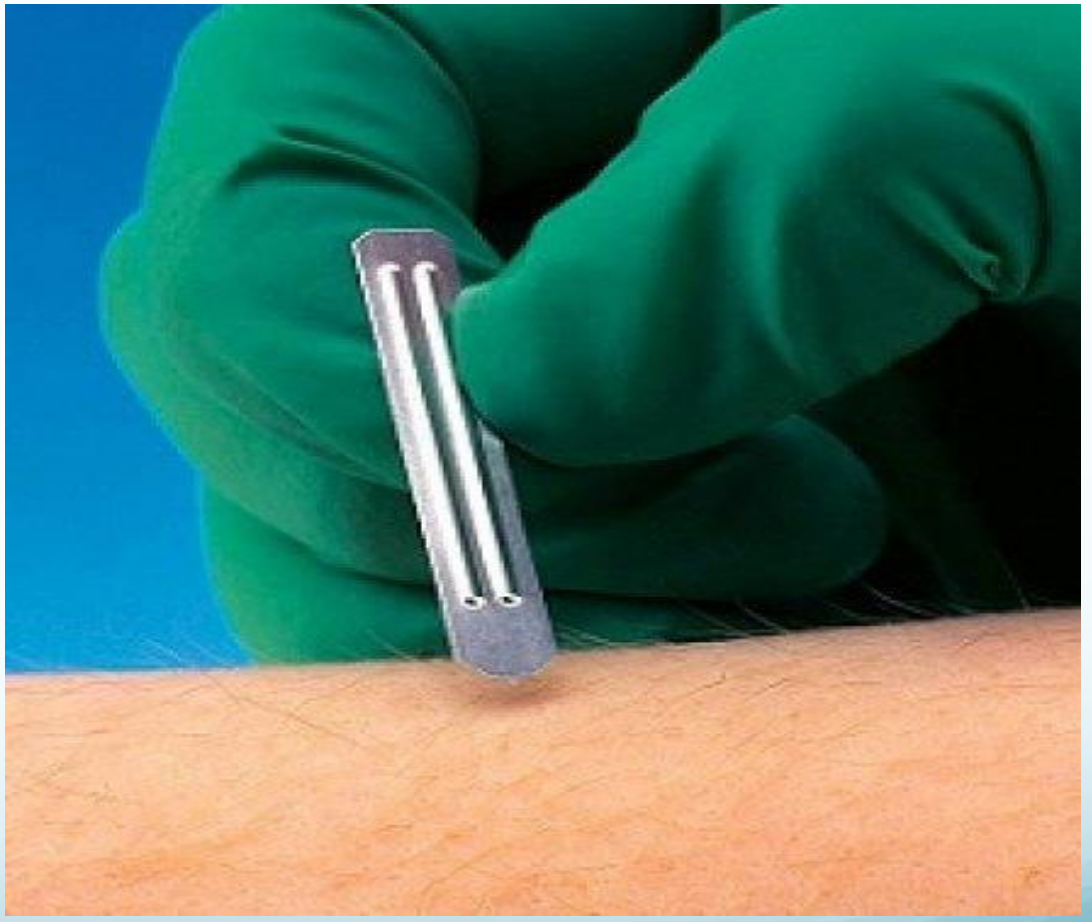
Tests cutanés en allergologie

Prick-tests : généralités

- Allergie immédiate
- Sensibilisation (≠ allergie)
- Une goutte de solution contenant l'allergène est déposée sur la peau de l'avant-bras et cet allergène est ensuite introduit dans l'épiderme par une petite effraction de la couche cornée

Prick-tests : bonnes pratiques (1)

- Lancettes métalliques ++ (Masse, Allergy 2011)
- Une lancette par goutte d’extrait
- Désinfection préalable avant-bras (alcool 75°)
- Espacer les gouttes de 3 cm entre elles
- à 2 cm du pli du coude



Prick-tests : bonnes pratiques (2)

- Piquer avec un angle à 45° ou 90°
- Ne pas faire saigner (refaire)
- Témoin positif : histamine 10 mg/mL ou
- Témoin négatif : sérum glycériné
- Remettre les résultats au patient avec une interprétation

T+ et T- et facteurs modifiant la réactivité cutanée

- Négativité du témoin positif
  - Cause anergie cutanée?
    - Antihistaminiques (arrêt 3 à 5 jours avant)
    - Autres médicaments : AINS, certains antidépresseurs (imipraminiques)
    - Age et état général (< 5 ans et sujet âgé)
- Positivité du témoin négatif
  = dermographisme (fragilité mastocytaire)
- Ne pas tester sur une zone où un dermocorticoïde a été appliqué

Prick-tests : critères de lecture

- Triade de Lewis =
  - érythème
  - papule oedémateuse
  - prurit
- 10 à 15 min après le prick
- Diamètre **papule**
  - = Moyenne du + grand diamètre et du diamètre perpendiculaire
  - Test positif si
    - ≥ à 3 mm par rapport au témoin négatif (en général totalement négatif) ou
    - > à 50 % du témoin positif

Batteries de pneumallergènes (1)

- Extraits commerciaux
- Allergènes domestiques
  - Acariens : Dermatophagoïdes pteronyssimus et farinae
  - Animaux : chat, chien +/- autres (en fonction interrogatoire)
- Moisissures
  - Alternaria alternata ++ (fin été ++)
  - Cladosporium, pénicillium (extraits commerciaux?)
- Blatte germanique?
- Latex? (en fonction interrogatoire)

Batteries de pneumallergènes (2)

- Allergènes saisonniers
  - Pollens d’arbre
    - Cupressacées : cyprès
    - Oléacées : frêne, olivier
    - Bétulacées : bouleau, noisetier, (platane)
    - Fagacées (chêne, hêtre, châtaignier), Salicacées (peuplier, saule) : + rarement responsables de signes cliniques
  - Graminées
  - Herbacées : ambroisie, armoise

Trophallergènes?

- Natifs ++
- Pas de batterie standard
- Tests à choisir en fonction de l’interrogatoire
- Penser aux allergies croisées

Prick-tests : les erreurs

- Imaginer que les tests apporteront la solution diagnostique
- Se contenter d’un bilan négatif en cas de présomption clinique forte >> IgE
- Ne pas respecter les critères de lecture et les bonnes pratiques

COTATIONS (actes CCAM)

- Pneumallergènes seuls

>>FGRB003 : tests allergologiques par piqûre épidermique à des concentrations fixes

= 28,80€

- Trophallergènes

>> FGRB004 : tests allergologiques par piqûre épidermique à un/des aliment(s) natif(s)

= 37,02€

- Pneumallergènes + au moins 1 aliment natif

>> FGRB004 + FGRB003/2

= 51,42€

Tests cutanés en allergologie

Tests épicutanés = Patch-tests

Test d’hypersensibilité retardée (HSR)

- Reproduire la lésion d’HSR = érythème et vésiculation (eczéma), par une réintroduction de l’allergène sur la peau.
- Interrogatoire minutieux : thérapeutiques utilisées, produits d’hygiène et cosmétiques, occupations professionnelles et extraprofessionnelles...
- Patient revu à 72 h : lecture des tests
- Absence traitement par corticothérapie générale, immunosuppresseurs…
- Dos (siège de pose habituelle des tests) : pas dermatose évolutive.

Principe

- Patch-test = disque support de l'allergène, associé à une rondelle de protection isolante et occlusive et un adhésif non réactogène.
- Tests posés sur le dos
- Allergènes standardisés (batterie européenne) les plus fréquents ou des allergènes spécialisés en fonction de la profession.
- Lecture, après 48, voire 72 h (si les dermocorticoïdes sont testés)
  - >> eczéma ? : prurit, érythème, œdème, **vésicules**,
  - ≠ réaction d'irritation.
- La seule preuve de la responsabilite de l'allergène

  = éviction de cet allergène > guérison.

Test positif peut ne pas correspondre à l'histoire actuelle du malade et témoigner d'une autre sensibilisation non responsable du tableau (non pertinente cliniquement).

Organisation pratique patch-tests au cabinet (exemple)

- Première consultation

>> interrogatoire + poser indication des patch-tests + prescription traitement eczéma + planifier les 2 prochains RV

= APC = 60€

- Deuxième consultation

>> évaluation clinique + pose des patch-tests (préparés à l'avance en début de journée)

= FGRP005 (test allergologique épicutané en chambre close par batterie standard et tests orientés)

= 46,14€ (acte CCAM donc possible < 4 mois)

- Troisième consultation à J+3

>> lecture des patchs et synthèse avec rédaction du courrier

= CS + MCS = 31,5€

Explorations Fonctionnelles Respiratoires en allergologie

L’EFR en consultation d’allergologie

- Indication = diagnostic d’un **trouble ventilatoire obstructif** dans le cadre d’une rhinite allergique

- 3 objectifs :
  - Diagnostic
  - Sévérité
  - Evolution / suivi

Spiromètre

- Résistance à l’occlusion (TVO proximal)
- Capacité Vitale Forcée (TVO distal)
- Pas de mesure de la distension thoracique

COTATIONS (acte CCAM)

- GLQP012 = Mesure de la capacité vitale lente et de l’expiration forcée avec enregistrement (spirométrie standard)

= 40,28€

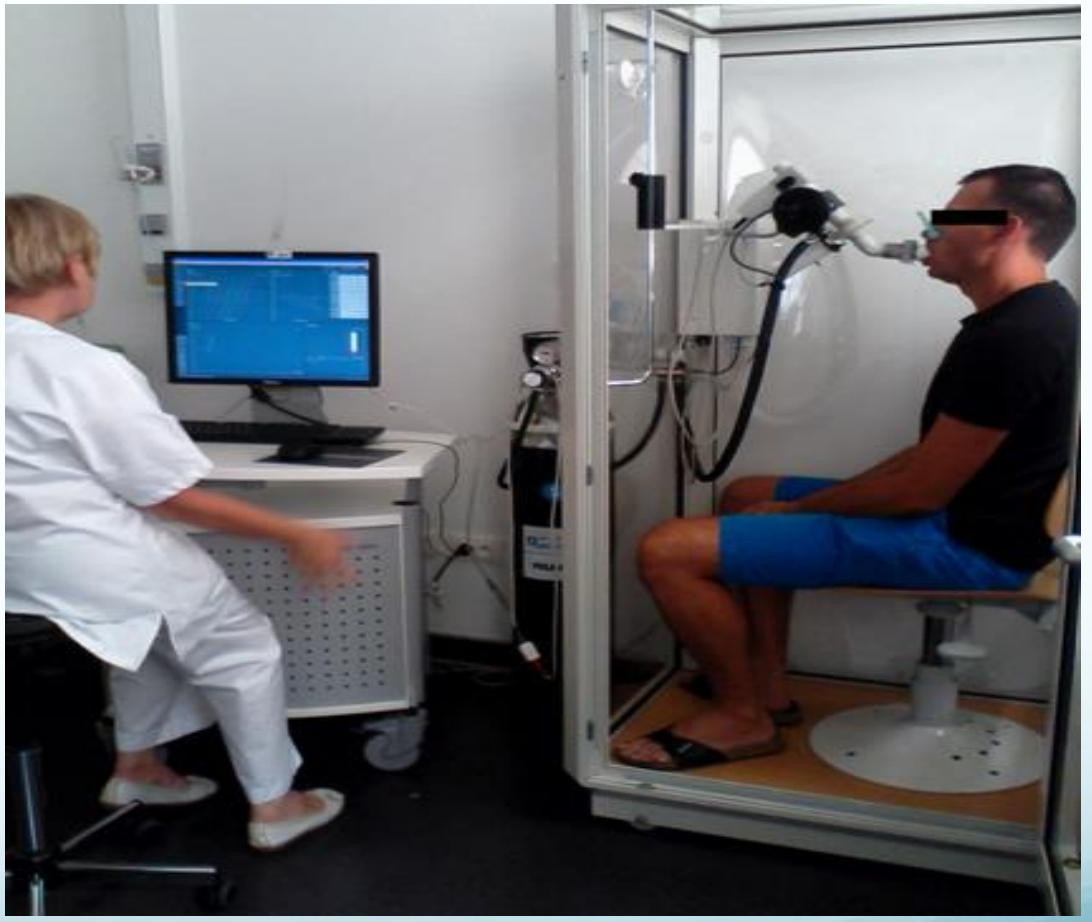
- GLQP016 = Mesure des résistances des voies aériennes ou de l’appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées

= 28,80€

- GLQP012 + GLQP016/2 **= 54,68€**

Cabine de pléthysmographie

- Résistance à l’occlusion (TVO proximal)
- Capacité Vitale forcée (TVO distal)
- Evaluation distension thoracique (TVR)



COTATIONS (acte CCAM)

- GLQP002 = Mesure de la capacité vitale lente et de l’expiration forcée avec mesure des volumes mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie

= 76,80€

- + pricks pneumallergènes

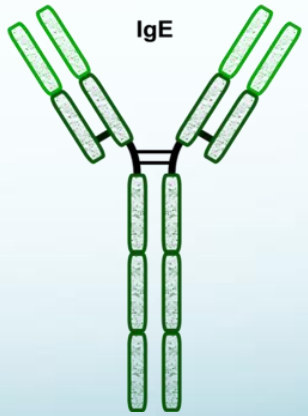
  >> GLQP002 + FGRB003/2 **= 91,20€**

- + pricks trophallergènes

  >>GLQP002 + FGRB004/2 **= 95,31€**

Examens biologiques?

- Pas systématique
- (Numération Formule : Polynucléaires Eosinophiles++)
- Dosage des IgE spécifiques
  - Pour confirmer absence allergie en cas de négativité des prick-tests avec présomption clinique forte
  - Si les prick-tests ne sont pas réalisables
  - Si les prick-tests ne sont pas interprétables



Diagnostic et projet thérapeutique

Prescription médicamenteuse

- Si nécessaire (elle l’est souvent…).
- Penser à anticiper les saisons polliniques!
- Faire des OAR jusqu’à la prochaine consultation ++
- Dénomination Commune Internationale
- Immunothérapie Allergénique : logiciels dédiés ++
- PAI et trousse d’urgence
- Démonstration!
  - Inhalateurs (asthme)
  - Immunothérapie Allergénique
  - Adrénaline injectable

Courrier de synthèse

- Indispensable
  - Document à remettre au patient (ou à envoyer après la consultation)
  - Synthèse pour le médecin traitant
  - Cotation APC (ou CS + MCG ou G+MCG pour les MG secteur1)
- Trames de courrier que l’on fait évoluer?
- Prévoir différents modèles pour les situations les + courantes
  - Gain de temps
  - Gain en clarté
  - Suivis avec plusieurs médecins dans un cabinet de groupe

Et la suite?

- Quand revoir le patient?

  >> à la fin de chaque courrier!

Autres cotations

- APC = Avis Ponctuel Consultant = Patient adressé par son médecin traitant (adressage écrit ou oral), avec rédaction d'un courrier à l'issue de la consultation

= 60€

- CS + MCS = dès qu'on fait un courrier (pour les MG secteur 1)

= 31,5€

- FGRD002 = test de provocation par allergène à concentration fixe (comprimés de désensibilisation)

= 43,61€

- EFR + comprimé = GLQP012 + FGRD002/2

= 98,6€

- Etc…

Focus sur l’interrogatoire en allergologie

Dr Marion BRAIRE-BOURREL
Allergologue libérale Lyon
Praticien attachée service d’Allergologie
Centre hospitalier Lyon Sud

Pathologies en allergologie

Particularités de l’anamnèse

Rhinoconjonctivite allergique (1)

- Type de symptômes : rhinite? Conjonctivite?
- Depuis quand?
- Saisonnalité
  - Perannuels ou saisonniers?
- Traitement pris? ATCD de désensibilisation
- Signes fonctionnels d’asthme associés?
- Impact sur la qualité de vie?

Rhinoconjonctivite allergique (2)

- ATCD médico-chirurgicaux d’intérêt (ORL)?
- Terrain atopique personnel ou familial?
- Traitement en cours
- Profession/expositions professionnelles?
- Environnement :
  - Habitat poussiéreux? Humide?
  - Animaux domestiques?
  - Tabac?

Asthme (1)

- Type de symptômes
- Fréquence
- Saisonnalité
- Associé rhinite?
- ATCD d’intérêt (RGO, ORL…)
- Traitement / fréquence de prise/observance
  - De crise
  - De fond

Asthme (2)

- Terrain atopique personnel ou familial?
- Autres traitement en cours?
- Profession/expositions professionnelles?
- Environnement :
  - Habitat poussiéreux? Humide?
  - Animaux domestiques?
  - Tabac?

Asthme – Score ACT

Le Test de Contrôle de l'Asthme					
1. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il empêché(e) de faire vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
❍ Tout le temps	❍ La plupart du temps	❍ Quelques fois	❍ Rarement	❍ Jamais	Score .....
2. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?					
❍ Plus d'1 fois par jour	❍ 1 fois par jour	❍ 3 à 6 fois par semaines	❍ 1 ou 2 fois par semaine	❍ Jamais	Score .....
3. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
❍ 4 nuits ou plus par semaine	❍ 2 à 3 nuits par semaine	❍ 1 nuit par semaine	❍ Juste 1 ou 2 fois	❍ Jamais	Score .....
4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur/aérosol-doseur de secours ?					
❍ 3 fois par jour ou plus	❍ 1 ou 2 fois par jour	❍ 2 ou 3 fois par semaine	❍ 1 fois par semaine ou moins	❍ Jamais	Score .....
5. Comment évalueriez-vous votre maîtrise de l'asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
❍ Pas maîtrisé du tout	❍ Très peu maîtrisé	❍ Un peu maîtrisé	❍ Bien maîtrisé	❍ Totalement maîtrisé	Score .....

Dermatite atopique

- Depuis quand?
- Type de lésions/examen physique/photos
- Saisonnalité?
- Traitement
- Syndet? Émollient? Fréquence d’application?
- Dermocorticoïdes? Quantité appliquée?
- Association aux autres pathologies atopiques?

Urticaire chronique

- Types de lésion : U. superficielle? Profonde (= angioedème)?
- Depuis combien de temps?
- Facteur déclenchant retrouvé? Facteurs aggravants?
- Traitement? Nombre cp quotidiens d’antihistaminiques?
- Corticoïdes?
- ATCD personnel ou familial d’urticaire?

Urticaire chronique – Score UCT

1. Dans quelle mesure avez-vous été gêné physiquement **par votre urticaire (démangeaisons, plaques rouges et /ou œdème)** durant les 4 dernières semaines ?

   - ☐ 0 Très fortement
   - ☐ 1 Fortement
   - ☐ 2 Moyennement
   - ☐ 3 Peu
   - ☐ 4 Pas du tout

2. Dans quelle mesure votre **qualité de vie** a-t-elle été altérée par votre urticaire ces 4 dernières semaines ?

   - ☐ 0 Très fortement
   - ☐ 1 Fortement
   - ☐ 2 Moyennement
   - ☐ 3 Peu
   - ☐ 4 Pas du tout

3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois **le traitement** de votre urticaire **n'a-t-il pas été suffisant** pour contrôler vos symptômes ?

   - ☐ 0 Très souvent
   - ☐ 1 Souvent
   - ☐ 2 Occasionnellement
   - ☐ 3 Rarement
   - ☐ 4 Jamais

4. **Au total**, comment estimez-vous que **votre urticaire a été contrôlée** au cours des 4 dernières semaines ?

   - ☐ 0 Pas du tout
   - ☐ 1 Peu
   - ☐ 2 Moyennement
   - ☐ 3 Bien
   - ☐ 4 Complètement

Score total : /16

≤11 = Mauvais contrôle

≥12 = Bon contrôle

Allergies alimentaires (1)

- Types de symptômes
- Grades de sévérité
- Délai entre la consommation de l’aliment et la survenue des symptômes
- Durée des symptômes
- Aliment déclencheur?
- Aliments de la même famille consommés (rosacées, ombellifères…)

Allergies alimentaires (2)

- Autres pathologies atopiques?
- Rhinite allergique saisonnière (Syndrome d’Allergie Pollens Aliments)
- ATCD d’allergie aux acariens (crevettes)
- Accueil à la cantine?
- Protocole d’Accueil Individualisé (PAI)? Trousse d’urgence?

Réactions anaphylactiques – Grades cliniques

Classification de Ring et Messmer (Synthèse Clinique)

Grade	Atteinte	Signes cliniques typiques
Grade I (Léger)	Atteinte cutanéo-muqueuse isolée	• Érythème diffus • Urticaire généralisée • Prurit • Angio-œdème léger sans retentissement respiratoire ou hémodynamique
Grade II (Modéré)	Atteinte multi-systémique modérée	• Signes cutanés présents • + Atteinte digestive (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée) • + Respiratoire modérée (toux, dyspnée légère, sibilants) • + Cardiovasculaire modérée (malaise, vertiges, hypotension modérée)
Grade III (Grave)	Atteinte multi-viscérale sévère avec menace vitale	• Hypotension sévère ou choc • Bronchospasme sévère, stridor, hypoxie • Troubles du rythme cardiaque • Altération de la conscience liée à hypoperfusion
Grade IV (Très grave)	Arrêt cardio-respiratoire	• Arrêt circulatoire et/ou respiratoire • Perte de conscience profonde • Absence de pouls

Allergies médicamenteuses (1)

- Molécule incriminée
- Première exposition?
- Type de symptômes – Grades cliniques (HSI)
- Délai entre la prise du traitement et la survenue des symptômes
- Durée des symptômes (allergie < 12h)
- Famille de médicaments (pénicillines, AINS)
- Maintien éviction? Exposition accidentelle?

Allergies médicamenteuses (2)

- ATCD personnel ou familial d’urticaire
- ATCD familial d’hypersensibilité médicamenteuse (ATCD familial d’HS médicaments = souvent PAS allergie IgE)
- Résolution spontanée ou nécessité traitement médical
- Réactions retardées : desquamation?
- Prise en charge thérapeutique de l’accident? Résolution spontanée ou intervention médicale?

Allergie aux hyménoptères (1)

- Guêpe ou abeille?
- Première exposition?
- Types de symptômes
- Grades de sévérité
- Délai entre la piqûre et la survenue des symptômes
- Durée des symptômes (allergie = quelques heures maximum)

Allergie aux hyménoptères (2)

- ATCD d’hyperréactivité aux piqûres d’insecte? Urticaire?
- Traitement pris ou administré?
- SAMU? Urgences?
- Existence d’une trousse d’urgence
- Profession/loisirs (apiculteurs)

Cas cliniques

Mr H. 50 ans (1)

- Obstruction nasale ++ matinale depuis 10-15 ans, mais aussi par crises dans la journée
- Rhinorrhée associée
- Perannuels, pas de saisonnalité
- Aucun ATCD ORL
- Pas de signes fonctionnels d’asthme
- Traitement très ponctuel par cétirizine sans souvenir efficacité

Mr H. 50 ans (2)

- Pas d’ATCD notable, ni traitement au long cours
- Pas d’ATCD atopique personnel ou familial (mais père adopté)
- Professeur tennis. Pas symptomatique au travail.
- Habitat sain, sans poussière, ni humidité excessive
- Tabac sevré depuis 10 ans. Vapote.
- **Trois chats au domicile depuis 15 ans…**
- *>> Hypothèse : rhino-conjonctivite allergique au chat?*

Mr B. 19 ans (1)

- Allergie aux graminées désensibilisée depuis 3 ans, avec une bonne efficacité clinique
- Allergie aux acariens désensibilisée il y a quelques années, avec une bonne efficacité clinique persistante
- Asthme intermittent (= symptômes ponctuels, non persistants entre les crises)
  - Traitement par VENTOLINE en prise prophylactique avant l'effort efficace
  - Très peu de recours à la VENTOLINE en prise curative
  - Consigne de reprendre traitement de fond de l'asthme SYMBICORT 200/6 en cas de récidive + fréquente des symptômes

Mr B. 19 ans (2)

- Exacerbation d’asthme pendant un séjour à San Francisco
  - Domicile **poussiéreux**
  - VENTOLINE insuffisante. N’avait pas de SYMBICORT 200/6 pendant son voyage.
- Crises d’asthme et rhinite associée au retour en France **en décembre**. VENTOLINE suffisante
- Nouvelle exacerbation d’asthme depuis quelques jours (février), en contexte post-viral. Pas de traitement pris.
- >> traitement de fond SYMBICORT 200/6 à reprendre
- *>> Hypothèse :* ***acariens?***

Mme D. 37 ans (1)

- Piqûre d’abeille (insecte identifié) au pied gauche cet été
- Première piqûre d’abeille (1 ATCD de piqûre de guêpe sans réaction)
- Réaction à type d’angioedème localisé du pied survenue > 2 heures après, avec majoration de l’angioedème le lendemain
- Pas de signe systémique associé
- Persistance de l’angioedème pendant plusieurs jours

Mme D. 37 ans (2)

- Traitement par dermocorticoïdes peu efficace
- Résolution spontanée de l’épisode
- ATCD maternel d’hyperréactivité cutanée aux piqûres de moustique
- Pas d’autres ATCD notables, atopique ou autre
- Travail sédentaire.
- >> *Hypothèse : hypersensibilité non allergique au venin de guêpe*

Mme G. 44 ans (1)

- Symptômes évocateurs d’allergie lors de la consommation de fruits crus
- Prurit péribuccal et de la sphère ORL, impression d’angioedème gingival. Pas de signe systémique associé
- Réactions immédiates. Résolution rapide au décours sans traitement
- Pomme, pêche, noisette, amande, cerises (= rosacées)
- Bonne tolérance de ces mêmes aliments cuits

Mme G. 44 ans (2)

- Evite au maximum tous les fruits crus, mais bonne tolérance de la pomme actuellement
- Pas de traitement pris.
- ATCD de rhinoconjonctivite allergique **aux bétulacées** et à l'ambroisie.

>> Hypothèse : Syndrome d'Allergie Pollens-Aliments par sensibilisation à la PR10 du bouleau?

Jules, 22 mois (1)

- Adressé par les urgences pour hypersensibilité à l’amoxicilline
- **Premier traitement** par amoxicilline en décembre 2023 (otite moyenne aigue)
- **Deux jours après la fin** du traitement, survenue d’une éruption cutanée diffuse prurigineuse le matin au lever. Etat général conservé. Pas de signes systémiques associé.
- **Résolution spontanée** de l’épisode

Jules, 22 mois (2)

- **Photos montrées** par les parents : rash maculo-papuleux ou éruption paravirale

>> *Hypothèse : pas d’allergie médicamenteuse*

Take Home Message

- **Anamnèse = partie la + importante du bilan allergologique**
- Elaboration hypothèses diagnostiques à vérifier par examen physique +/- tests (cutanés, EFR)
- Importance:
  - Types de symptômes/ sévérité
  - Délai de survenue
  - Durée des symptômes
  - Saisonnalité

Merci pour votre attention!