

Journée DES allergo AURA Pédiatrie

Dr. Camille BRAUN, MD PhD

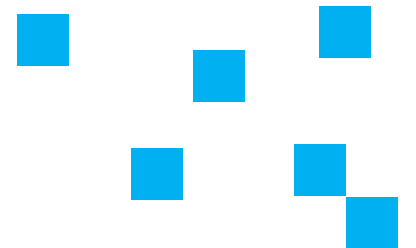
MCU-PH

Pneumologie, allergologie, mucoviscidose – Hospices Civils de Lyon

Centre International de Recherche en Infectiologie – INSERM U1111 – Lyon

MAIL: camille.braun01@chu-lyon.fr

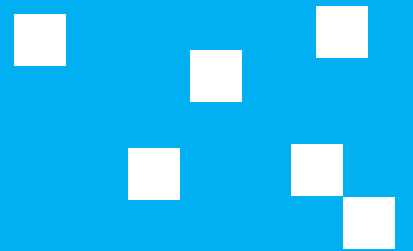
05-MAR-2026



Liens d'intérêt

- Sanofi: congrès et board
- Stallergènes: congrès
- Abbvie: board
- Zoetis: congrès

Cas clinique #1



Présentation de Marlow

- Nourrisson de 14 mois
- Consulte pour une toux plutôt grasse depuis 2 jours, avec fièvre intermittente bien tolérée

1. Que cherchez-vous dans les antécédents et pour quelle raison?

Antécédents

- Familiaux:
 - Atopie
 - Déficit immunitaire
 - Pathologie pulmonaire
- Personnels:
 - Prématuration
 - Bronchiolite ou de dyspnée sifflante ou d'asthme
 - Infections notamment pulmonaire
 - Pathologie pulmonaire ou cardiaque congénitale
 - Allergies

2. Que cherchez-vous à l'examen clinique?

Examen clinique

- Signes de gravité:
 - Signes d'augmentation du travail respiratoire: travail expiratoire > inspiratoire
 - Désaturation ($\text{SpO}_2 < 92\%$)
 - Trouble de la vigilance voire de la conscience
 - Déshydratation, troubles cardiovasculaires
 - Signes d'insuffisance cardiaque
- Etiologie:
 - Murmure vésiculaire et bruits surajoutés
 - Point d'appel infectieux (ORL++)
 - Souffle cardiaque, pouls fémoraux

Suite du cas clinique: Marlow, 14 mois

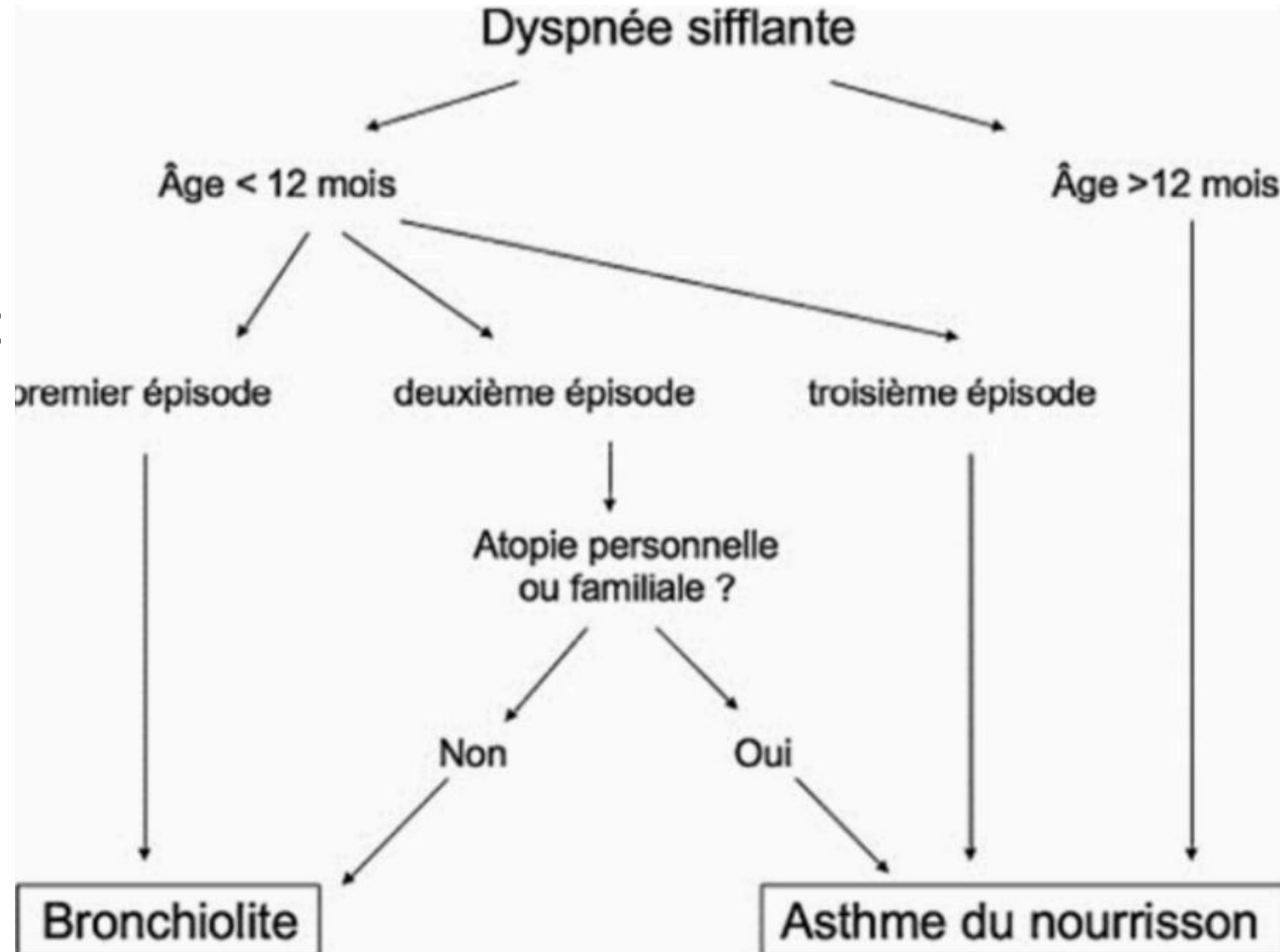
- ATCD familiaux: papa asthmatique, maman eczéma
- Mode de vie: gardé en crèche, vit en maison, grand jardin en campagne proche de Lyon, 2 chiens, 3 poules, papa fume en extérieur, maman vapote
- ATCD personnels: eczéma atopique traité par crème hydratante, selon les recommandations du médecin traitant, jamais eu de bronchiolite
- Vaccins à jour
- Examen clinique: sibilants diffus, quelques crépitants bilatéraux, pas de signes de gravité, rhinite obstructive

3. Quel diagnostic posez-vous et sur quels arguments?

Diagnostic pour Marlow, 14 mois

- Crise d'asthme du nourrisson (définition HAS 2019)

4. Quelle est



Prise en charge de Marlow, 14 mois, asthme du nourrisson

- Prise en charge de la crise d'asthme
 - Prise en charge de la virose: lavages de nez, fractionnement de l'alimentation, hydratation
 - Bronchodilatateurs de courte durée d'action



< 4-5 ans

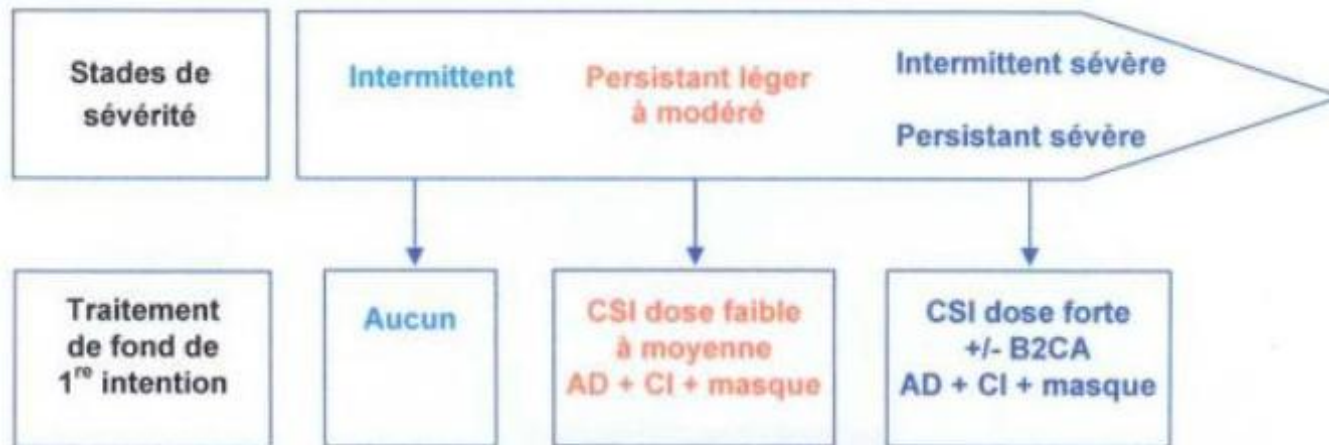


> 4-5 ans
« Savoir boire à la paille »



Prise en charge de Marlow, 14 mois, asthme du nourrisson

- Prise en charge de la crise d'asthme
- Prise en charge de l'asthme maladie
 - Examens complémentaires?
 - Traitement de fond?



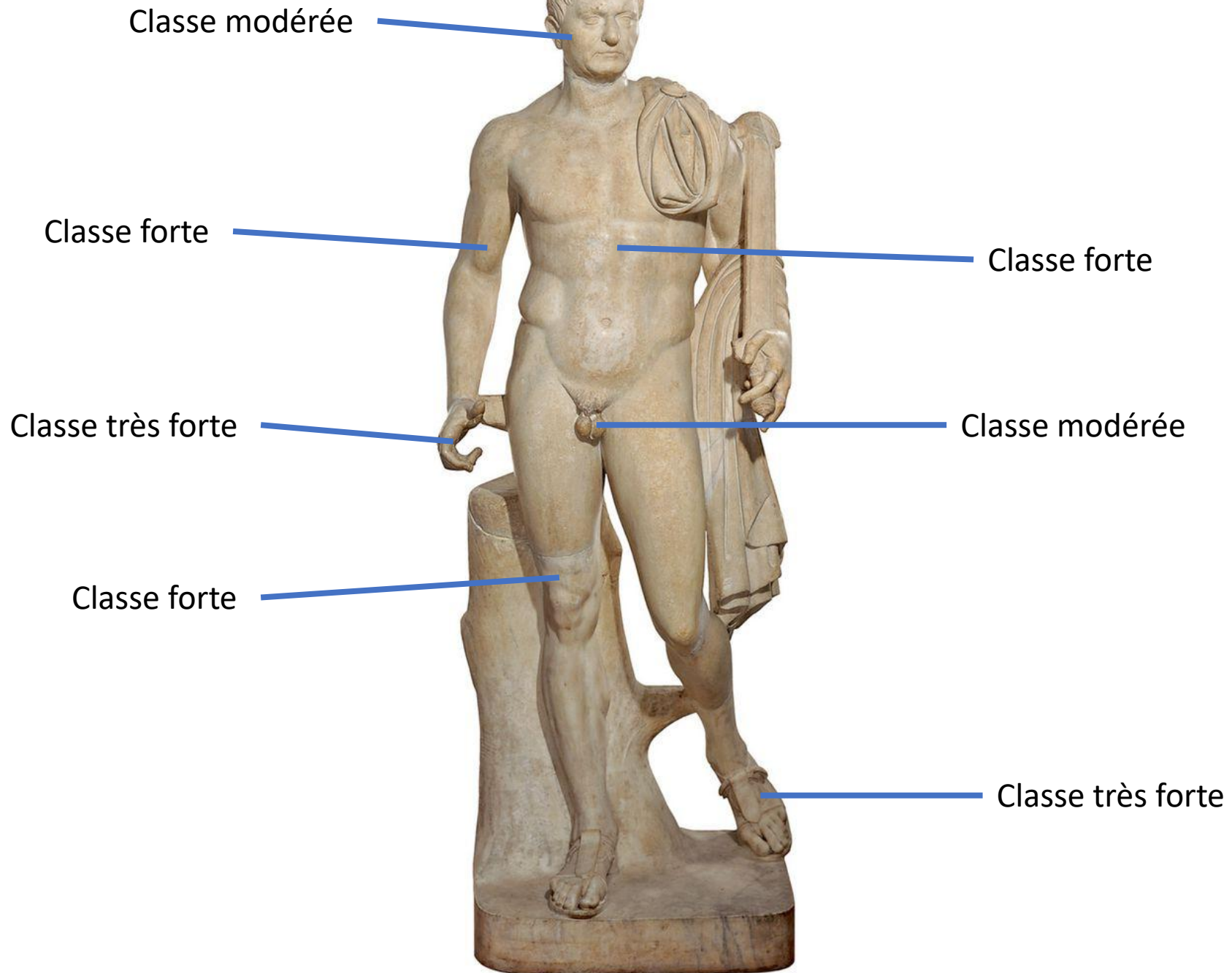
Stade Paramètres	Asthme intermittent	Asthme persistant léger à modéré	Asthme persistant sévère
Symptômes diurnes	< 1 jour/sem	1 à 2 jours/sem	> 2 jours/sem
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/mois	1 à 2 nuits/mois	> 2 nuits/mois
Retentissement sur les activités quotidiennes	aucun	léger	important
Bêta-2 mimétiques de courte durée d'action	< 1 jour/sem	1 à 2 jours/sem	> 4 jours par mois
Exacerbations	0 à 1 dans l'année	≥ 2 sur les 6 derniers mois	

À ces trois stades de sévérité, il convient d'ajouter l'**asthme intermittent sévère** qui est défini par la survenue d'exacerbations fréquentes, viro-induites sans symptôme intercritique.

Pour tous : traitement en cas de symptômes aigus : bêta-2 mimétiques de courte durée d'action +/- corticoïdes oraux (PAP)

Prise en charge de Marlow, 14 mois, asthme du nourrisson

- Prise en charge de la crise d'asthme
- Prise en charge de l'asthme maladie
- **Prise en charge de l'eczéma atopique**
 - Utiliser le bon émollient, de la bonne manière
 - Prescrire un dermocorticoïde en faisant une éducation thérapeutique pour une utilisation adaptée



Nom commercial	DCI	AMM
Classe très forte		
DERMOVAL 0,05% CREME	CLOBETASOL PROPIONATE 0,05 G/100G CREME	12 ans Contre-indiqué < 2 ans
DIPROLENE 0,05% POMMADE	BETAMETHASONE DIPROPIONATE 64 MG/100G POMMADE	Adultes
Classe forte		
BETNEVAL 0,1% CRÈME ou POMMADE	BETAMETHASONE VALERATE 0,1 G/100G	Adultes et enfants
FLIXOVATE 0,005% POMMADE	FLUTICASONE PROPIONATE 5 MG/100G	> 3 mois
FLIXOVATE 0,05% CREME	FLUTICASONE PROPIONATE 0,05 G/100G	> 3 mois
DIPROSONE 0,05 %, CRÈME ou POMMADE	BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0,05 G/100G	Adultes et enfants
NERISONE 0,1% CRÈME ou POMMADE ou GRAS POMMADE	DIFLUCORTOLONE VALERATE 0,1 G/100G	Adultes et enfants
LOCOID 0,1% CREME EPAISSE, CRÈME ou POMMADE	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0,1 G/100G	> 3 mois
Classe modérée		
LOCAPRED 0,1% CREME	DESONIDE 0,1 G/100G	Adulte, enfant, nourrisson
TRIDESONIT 0,05% CREME	DESONIDE 0,050 G/100G	Adultes et enfants
LOCATOP 0,1% CREME	DESONIDE 0,1 G/100G	Adulte, enfant, nourrisson

Nom commercial	DCI	AMM
Classe très forte		
DERMOVAL 0,05% GEL	CLOBETASOL PROPIONATE 0,05 G/100G	12 ans Contre-indiqué < 2 ans
CLOBEX 0,05% SHAMP	CLOBETASOL PROPIONATE 0,05 G/100G	12 ans Contre-indiqué < 2 ans
Classe forte		
BETNEVAL LOTION 0,1 %, EMULSION POUR APPLICATION CUTANEE	BETAMETHASONE VALERATE 0,1 G/100G	Adultes et enfants
DIPROSONE 0,05 %, LOTION	BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0,05 G/100G	Adultes et enfants
LOCOID 0,1% LOTION	HYDROCORTISONE BUTYRATE 0,1 G/100G	> 3 mois

Nom commercial	DCI	AMM
PROTOPIC 0,03% POMMADE	TACROLIMUS MONOHYDRATE 1 MG/G	> 2 ans
PROTOPIC 0,1% POMMADE	TACROLIMUS MONOHYDRATE 0,3 MG/G	> 16 ans
TAKROZEM 0,1 %, POMMADE (générique)	TACROLIMUS MONOHYDRATE 0,3 MG/G	> 16 ans

Evolution de Marlow

- 3 ans ½, vu pour le suivi de son asthme
- Eczéma bien contrôlé, réapparaissant chaque hiver sur les plis du coude
- Entré en maternelle, mange en collectivité sur la pause méridienne
- Vaccins à jour

5. Sur quels arguments estimez-vous le contrôle de l'eczéma?

Evaluer la sévérité et le contrôle d'une dermatite atopique

- Fréquence des poussées d'eczéma
- Etendue des poussées d'eczéma / surface cutanée
- Nombre de tubes d'émollients / de dermocorticoïdes utilisés
- Scores de sévérité et contrôle d'auto / hétéro-évaluation et mixte: SCORAD, EASI, IGA, ADCT, DLQI parent
- Présence de surinfection
- Ressenti des parents et de l'enfant sur la maladie

6. Sur quels points évaluez-vous le contrôle de l'asthme?

Evaluer le contrôle d'un asthme

- **Au cours des 4 dernières semaines, le patient a-t-il?**

- *Symptômes diurnes >1 fois / semaine (qqs min)

- *1 réveil nocturne ou toux nocturne attribuable à l'asthme

- *Traitement de recours >1 fois / semaine

- *Limitation de son activité physique (course, jeux)

NON à tout = bon contrôle

OUI à 1-2 = partiellement contrôlé

OUI à > 2 = non contrôlé

Evolution de Marlow

- 3 ans ½, vu pour le suivi de son asthme
- Eczéma bien contrôlé, réapparaissant chaque hiver sur les plis du coude
- Entré en maternelle, mange en collectivité sur la pause méridienne
- Vaccins à jour
- Marlow a un asthme intermittent non contrôlé
- Vous réalisez une batterie de tests cutanés aux pneumallergènes.

7. La maman vous demande pourquoi. Que répondez-vous?

Evolution de Marlow

- 3 ans ½, vu pour le suivi de son asthme
- Eczéma bien contrôlé, réapparaissant chaque hiver sur les plis du coude
- Entré en maternelle, mange en collectivité sur la pause méridienne
- Vaccins à jour
- Marlow a un asthme intermittent non contrôlé
- Vous réalisez une batterie de tests cutanés aux pneumallergènes. Il a une positivité sur les pollens de graminées.

8. Quelle prise en charge proposez-vous?

Prise en charge de Marlow

- Prise en charge de l'asthme:
 - Corticothérapie inhalée, fluticasone 50 µg 2 bouffées matin et soir
 - En chambre d'inhalation avec masque
- Poursuite de la prise en charge de l'eczéma
- Et la sensibilisation aux pollens?...

Evolution de Marlow

- 5 ans
- Vous l'avez revu régulièrement, il est maintenant sous SERETIDE 125 µg, 2 bouffées matin et soir
- Son eczéma persiste mais est contrôlé par dermocorticoïdes
- La maman décrit une rhinite obstructive et des éternuements en février et mars, peut-être un peu en juin

9. Que pensez-vous de ce tableau clinique et réalisez-vous des examens complémentaires?

Calendrier pollinique

LYON		Potentiel allergisant	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Arbres	Noisetier	Fort	○									●	○	○
	Aulne	Fort	○									●	○	○
	Bouleau	Fort	○	○									●	○
	Chêne	Modéré	○	○	○									●
	Charme	Fort	○	○	○									●
	Châtaignier	Faible		●	○	○	○							
	Cyprès	Fort	○									●	○	○
	Frêne	Fort	○									●	○	○
	Olivier	Fort		●	○	○	○							
	Platane	Modéré	○	○									●	○
Gr.	Graminées	Fort	○	○									●	○
Herbacées	Plantain	Modéré	○	○	○									●
	Urticacées	Fort	○	○	○									●
	Ambroisie	Fort				●	○	○	○					
	Armoise	Fort				●	○	○	○					

Evolution de Marlow

- 5 ans
- Vous l'avez revu régulièrement, il est maintenant sous SERETIDE 125 µg, 2 bouffées matin et soir
- Son eczéma persiste mais est contrôlé par dermocorticoïdes
- La maman décrit une rhinite obstructive et des éternuements en février et mars, peut-être un peu en juin
- Vous répétez les tests cutanés: positifs noisetier, bouleau, graminées

10. Quelle prise en charge proposez-vous?

- Vous souhaitez débuter une immunothérapie allergénique.

11. Expliquez les modalités de celle-ci.

Evolution de Marlow

- Finalement, l'immunothérapie allergénique est abandonnée, car rapidement l'asthme se dégrade. Vous le revoyez à l'âge de 6 ans et demi
- Marlow a eu quatre exacerbations viro-induites en l'espace de 6 mois, ayant toutes nécessité une hospitalisation de 72 heures avec corticothérapie orale et oxygénothérapie de 24 heures
- Traitement actuel: SERETIDE 125 µg, 2 bouffées matin et soir, et occasionnellement BUDESONIDE 1 mg en nébulisation matin et soir, + MONTELUKAST 4 mg le soir

11. Quelle prise en charge proposez-vous?

Bilan d'asthme sévère

- Scanner thoracique
- Recherche de déficit immunitaire: NFP, ferritine, dosage pondéral des Ig, phénotypage des lymphocytes, réponses vaccinales
- Spirométrie
- Phénotypage de l'asthme: NFP, FeNO

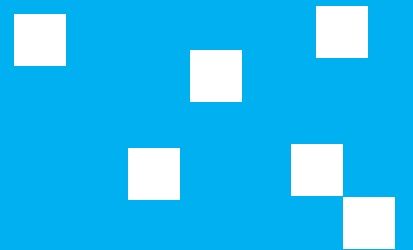
IgE totales sériques ...	↑1066	kU/L
Polynucléaires neutrophiles %	42.3	%
Polynucléaires neutrophiles	3.38	giga/L
Polynucléaires éosinophiles %	↑9.6	%
Polynucléaires éosinophiles	0.77	giga/L
Polynucléaires basophiles %	0.5	%
Polynucléaires basophiles	0.04	giga/L
Lymphocytes %	40.5	%
Lymphocytes	3.23	giga/L
Monocytes %	7.1	%
Monocytes	0.57	giga/L

12. Discutez les différentes possibilités thérapeutiques?

BIOTHERAPIES

	Dupilumab (DUPIXENT) 200 et 300 mg	Mepolizumab (NUCALA) 40 seringue, 100 mg seringue et stylo	Tezepelumab (TEZPIRE) 210 mg, seringue et stylo	Omalizumab (XOLAIR) 75, 150 et 300 mg seringue et stylo
AMM (France)	<i>Dermatite atopique</i> ≥ 12 ans: DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique ≥ 6 mois à 12 ans: DA sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Asthme</i> ≥ 6 ans: en traitement additionnel, dans l'asthme sévère avec éosinophiles > 150/μl ou FeNO > 20 ppb <i>Oesophagite à éosinophiles</i> ≥ 1 an: résistante aux corticoïdes locaux	<i>Asthme</i> ≥ 6 ans: en traitement additionnel, dans l'asthme sévère réfractaire à éosinophiles (éosinophiles > 300/μl) <i>Granulomatose éosinophilique avec polyangéite</i> ≥ 6 ans: en traitement additionnel, formes récidivantes ou réfractaires <i>Polypose nasosinusienne et sd hyperéosinophilique:</i> adulte	<i>Asthme</i> ≥ 12 ans: en traitement additionnel, dans l'asthme sévère <i>Polypose nasosinusienne:</i> adulte	<i>Asthme allergique</i> ≥ 6 ans: en traitement additionnel, sensibilisation per-annuel; ≥ 12 ans: VEMS < 80% <i>Urticaire chronique spontanée</i> ≥ 12 ans: réponse insuffisante aux anti-H1 <i>Polypose nasosinusienne:</i> adulte
Posologie	600 mg puis 300 mg/2 semaines (si DA associée ou corticorésistance) 400 mg puis 200 mg/2 semaines (si asthme isolé)	6-11 ans: 40 mg/mois ≥ 12 ans: 100 mg/mois	210 mg par mois	Selon IgE totales et poids
ES les + décrits	Douleur et rougeur au point d'injection. Conjonctivite, arthralgies, infections respiratoires hautes, céphalées, infections HSV	Douleur, rougeur au site d'injection. Céphalées. Dorsalgies.	Douleur, rougeur au site d'injection. Céphalées.	Douleur, rougeur au site d'injection. Céphalées. Fièvre. Arthralgies.
Prix	1181,66€ (2 seringues/stylos de 200 ou 300 mg)	917,64 (1 stylo, toutes posologies)	1007,79€ (1 stylo ou seringue)	103,84€ (75 mg), 206,47€ (150 mg) et 411,13€ (300 mg)

Cas clinique #2



Loïs, 3 mois

- Dermatite atopique tête, tronc et membres
- Antécédents familiaux de dermatite atopique chez les deux parents
- Allaitement maternel exclusif, devenant difficile

1. Quelles recommandations pour la diversification et l'allaitement pouvez-vous donner?

Evolution de Loïs

- A l'âge de 9 mois, les parents font une introduction de l'arachide sous forme de beurre d'arachide.
- Quelques minutes après, Loïs présente un œdème de la lèvre supérieur et plusieurs minutes après, vomit.

2. Quel diagnostic suspectez-vous et comment le confirmez-vous?

3. Quelle prise en charge proposez-vous?

Evolution de Loïs

- Vous débutez une immunothérapie orale à l'arachide, sous forme de sirop d'arachide.
- Après 6 mois d'ITO, les IgE spécifiques sont $< 0,1$ kU/L.

4. Commentez cette évolution.

Evolution de Loïs

- 3 ans
- Dans les suites, les parents ont des difficultés à l'introduction des aliments à risque d'allergie: fruits à coque, poisson, ... mais progressivement, tout est introduit avant 3 ans
- Asthme apparu vers 2 ans, toux chronique parfois grasse, épisodes de dyspnée sans facteur déclenchant évident, échographie cardiaque normale, radiographie thoracique normale
- Episodes de douleurs abdominales récurrentes, repas difficiles car très longs, Loïs sélectionne ses aliments et a du mal avec les solides

5. Qu'en pensez-vous? Que cherchez-vous pour vous orienter?

- Diagnostic d'asthme: efficacité des traitements?
- Douleurs abdominales chroniques: facteurs déclenchants? Examens réalisés? Traitements entrepris?
- Symptômes autres? Constipation, diarrhée, rectorragies, vomissements...
- Asthme + douleurs abdominales chroniques chez un atopique ... ne pas passer à côté de l'**oesophagite à éosinophiles!**

Quand penser à l'EoE?

- Enfant < 4-5 ans
 - RGO résistant aux IPP pendant 6 semaines
 - Vomissements chroniques
 - Difficultés alimentaires prolongées
 - Infléchissement et/ou cassure de la courbe de poids
 - Douleurs abdominales chroniques
- Grand enfant
 - Dysphagie, blocages alimentaires
 - Pyrosis, épigastalgies chroniques
 - Douleurs thoraciques, rétrosternales chroniques inexpliquées
 - Toux

Tableau 1 : Comorbidités allergiques dans l'OE (3,11)

Atopie familiale (Un parent de premier degré atopique)	67%
Atopie personnelle	
Asthme	25 à 50 %
Rhinite allergique	30 à 90%
Eczéma	10 à 25%
Allergie IgE* médiée	10 à 25 %

* Immunoglobuline E (IgE)

6. Quel examen proposez-vous pour le diagnostic?

Evolution de Loïs

- Traitement par IPP
- Puis par gel de corticoïde ingéré

Préparation magistrale à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles.

Se rincer la bouche après administration.

Ne pas boire ni manger dans l'heure suivant la prise.

- Gel de BUDESONIDE : 0,5 mg / 1 mg le matin et 0,5 mg / 1 mg le soir
- BUDESONIDE 0.06g
- GOMME XANTHANE 4.93g
- SODIUM SACCHARINATE 0.19g
- SODIUM BENZOATE 0.46g
- GLYCERINE - EEN 30.54g
- SODIUM EDETATE 0.25g
- AROME FRAMBOISE 0.25g
- EAU PURIFIEE 209.63g

La concentration étant de 0,25mg de budésonide /ml de solution finale.

Evolution de Loïs

- A l'âge de 5 ans, l'état de Loïs est le suivant:
- Asthme: symptômes d'effort sous SERETIDE 50 µg 2 bouffées matin et soir + MONTELUKAST 4 mg le soir
- Allergies alimentaires: aucune
- Eczéma: aucun
- EoE: persistance de 20 Eos/champ à la dernière biopsie sous corticoïdes, quelques douleurs abdominales au cours des repas

7. Décrivez les modalités de traitement par un systémique dans l'EoE

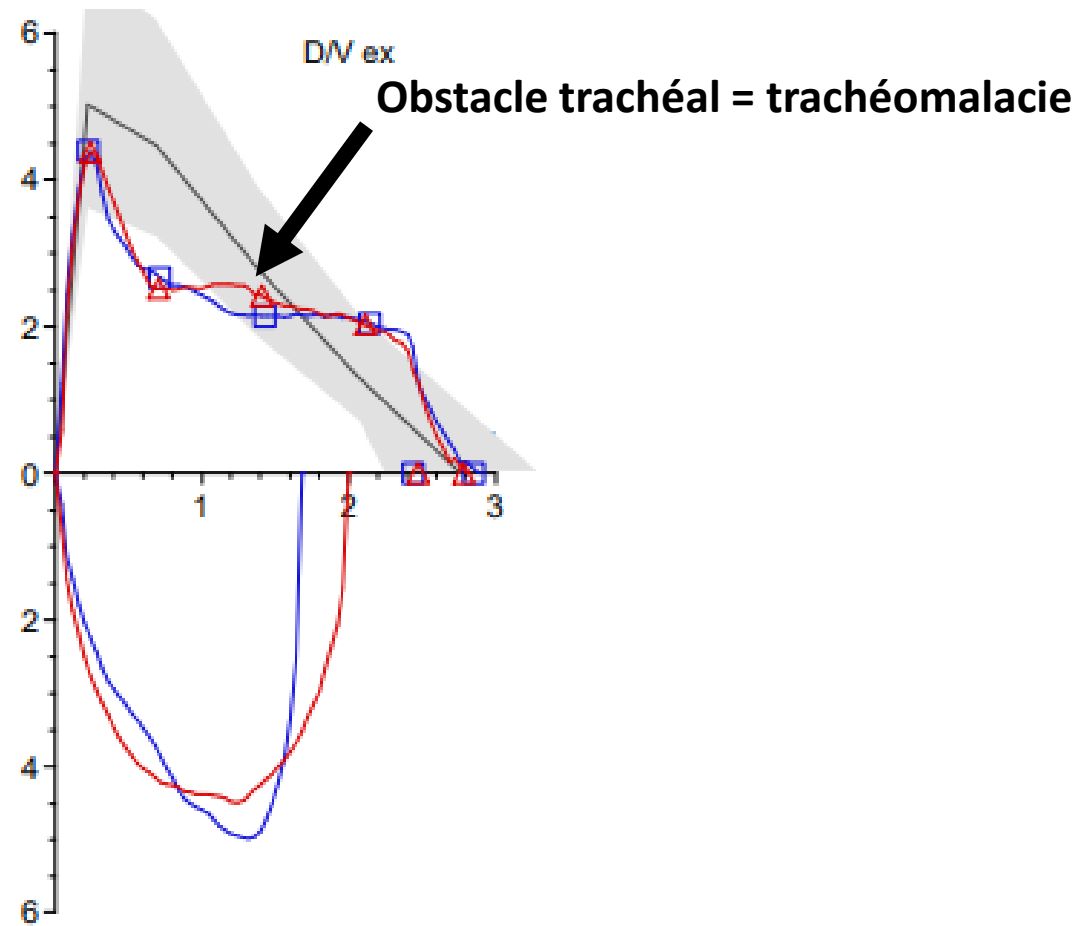
Dupilumab dans l'EoE

- AMM à partir de 1 an
- Non remboursé
- Injections sous-cutanées
 - 1-12 ans: 200 mg / 2 semaines
 - Adolescent: 300 mg / 2 semaines si 30-40 kg et / semaine si > 40 kg
 - Adulte: 300 mg/semaine
 - En pratique: on préfère 1 injection par semaine
- Réévaluation sous traitement après au moins 3 mois et en l'absence de symptômes
- Arrêt des corticoïdes en l'absence de symptômes

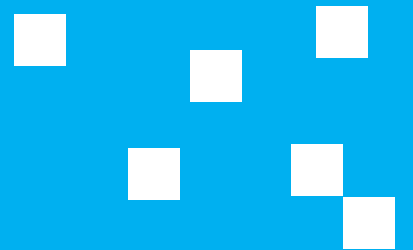
Evolution de Loïs

- Sous dupilumab, bonne évolution. Les symptômes respiratoires et digestifs s'améliorent.
- A l'âge de 6 ans, alors que le dupilumab est espacé à toutes les 3 semaines, les symptômes respiratoires réapparaissent, ainsi qu'une douleur rétrosternale.
- Voici la spirométrie.
- Le traitement actuel est:
- DUPILUMAB 200 mg / 3 semaines, SERETIDE 50 µg matin et soir

8. Que proposez-vous?



Cas clinique #3



Léa, 6 mois

- Pas d'antécédents familiaux
- Vaccins à jour
- Lésions apparues il y a 2 mois
- A reçu du TRIDESONIT sous les bras, où c'était plus croûteux, maintenant blanchi

1. Quel diagnostic faites-vous et quelle prise en charge?



Michel, 6 mois

- La maman allaite. Sur les conseils de son médecin traitant, elle a arrêté le lait de vache pour traiter ces lésions cutanées.

2. Qu'en pensez-vous?

Michel, 6 mois

- Quelques jours plus tard, les lésions sont suintantes, avec un écoulement purulent.

3. Que suspectez-vous et comment traitez-vous?

Les surinfections

- Impétiginisation = surinfection à *S. aureus*
 - Traitement antibiotique local (mupirocine 2 à 3 fois par jour pdt 5 jours) si localisé
 - Traitement antibiotique systémique si généralisé
 - chez l'adulte : pristinamycine per os : 1 g × 3/jour ou céfalexine per os : 2 à 4 g/j
 - chez l'enfant : amoxicilline/acide clavulanique 80 mg/kg/j ou céfalexine 50 mg/kg/j en 2 à 3 prises par jour
 - Renforcement du traitement de l'eczéma (dermoCTC)



Les surinfections

- Eczema herpeticum
 - Traitement antiviral systémique
 - Arrêt des dermocorticoïdes
 - A distance: renforcement du traitement de l'eczéma



Les surinfections

- Surinfection fongique (*Malassezia*)
 - Traitement antifongique local (kétaconazole ou ciclopiroxolamine) ou systémique (itraconazole ou fluconazole) si atteinte tête et cou
 - Poursuite du traitement dermocorticoïde



Evolution de Léa

- Vous perdez de vue Léa, mais la revoyez à l'âge de 6 ans devant la persistance de lésions cutanées prurigineuses, étendues à l'ensemble du corps.
- Léa s'applique de la DIPROSONE sur l'ensemble du corps , permettant une amélioration transitoire de quelques jours seulement.

4. Discutez l'étiologie et une prise en charge de ces lésions.



Evolution de Léa

- Vous prescrivez du dupilumab. Après 4 mois de traitement, aucune amélioration n'est notée.

5. Quelle est votre conduite à tenir?

BIOTHERAPIES

	Dupilumab (DUPIXENT) 200 et 300 mg stylo ou seringue	Tralokinumab (ADTRALZA) 150 mg seringue, 300 mg stylo	Lebrikizumab (EBGLYSS) 250 mg stylo ou seringue	Nemolizumab (NEMLUVIO) 30 mg stylo
AMM (France)	<i>Dermatite atopique</i> ≥ 12 ans: DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique ≥ 6 mois à 12 ans: DA sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Asthme</i> ≥ 6 ans: <i>Oesophagite à éosinophiles</i> ≥ 1 an: résistante aux corticoïdes locaux	<i>Dermatite atopique</i> ≥ 12 ans : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique	<i>Dermatite atopique</i> ≥ 12 ans et 40 kg : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique*	<i>Dermatite atopique</i> ≥ 12 ans : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique NON REMBOURSE CHEZ L'ADOLESCENT
Posologie	Selon indication, âge et poids...	600 mg puis 300 mg/2 sem	500 mg à J0 et J15, puis 250 mg toutes les 2 semaines	60 mg puis 30 mg/mois
ES les + décrits	Douleur et rougeur au point d'injection. Conjonctivite, arthralgies, infections respiratoires hautes, céphalées, infections HSV	Douleur et rougeur au point d'injection. Conjonctivite, infections respiratoires hautes, céphalées	Douleur, rougeur au site d'injection. Blépharoconjonctivite. Hyperéosinophilie transitoire.	Douleur, rougeur au site d'injection. Urticaire et angio-œdème. Céphalées.
Prix	1181,66€ (2 seringues/stylos de 200 ou 300 mg)	743,64€ (4 seringues) 743,64€ (2 stylos)	592,09€ (1 stylo ou seringue)	2007,43€ (1 stylo)

Schéma posologique chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans

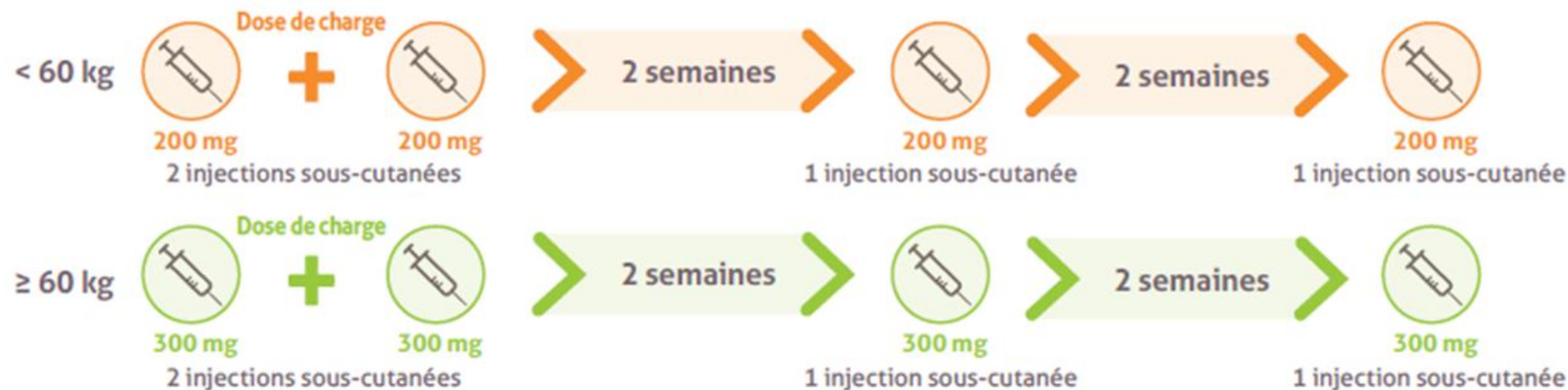
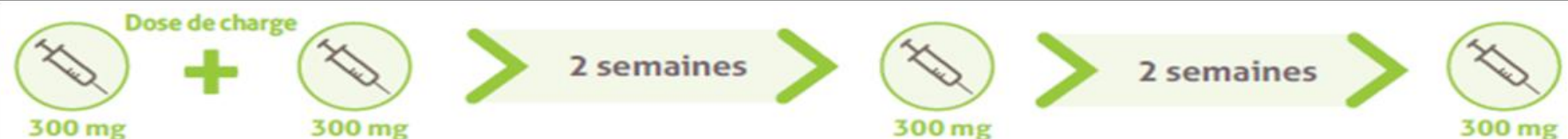


Schéma posologique chez les enfants âgés de 6 à 11 ans :



Inhibiteurs de JAK

	Upadacitinib (RINVOQ) 15 et 30 mg	Baricitinib (OLUMIANT) 2 et 4 mg	Abrocitinib (CIBINQO) 100 et 200 mg
AMM (France)	≥ 12 ans et 30 kg : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Prescription initiale hospitalière annuelle</i>	≥ 2 ans : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Prescription initiale hospitalière annuelle</i>	≥ 12 ans et 25 kg : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Prescription initiale hospitalière annuelle</i>
Posologie	Adolescent: 15 mg/j En l'absence de réponse, possibilité d'augmenter à 30 mg par jour (<i>non remboursé</i>) Adulte: 30 mg/j	Adultes: 4 mg/j	Adolescent de 25 à 59 kg: 100 mg/j Ado ≥ 60 kg et adulte: 200 mg/j
ES les + décrits	Infection respiratoires hautes, infections HSV, acnée, céphalées, anémie, cytopénie, élévation CPK, hyperlipidémie, nausées	Infection respiratoires hautes, infections HSV, acnée, céphalées, anémie, cytopénie, élévation CPK, hyperlipidémie, nausées	Infection respiratoires hautes, infections HSV, acnée, céphalées, anémie, cytopénie, élévation CPK, hyperlipidémie, nausées
Prix	626,48€ (28 comprimés à 15 mg) 1100,18€ (28 comprimés à 30 mg)	577,39€ (28 comprimés à 2 ou 4 mg)	1194,26€ (28 comprimés à 100 ou 200 mg)

**Bilan bio initial
Suivi biologique**

Immunosuppresseurs

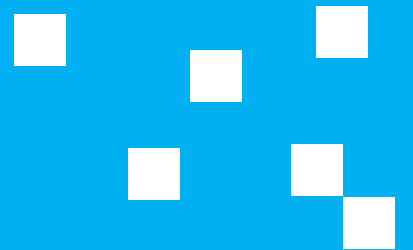
	Méthotrexate oral (METOTAB, IMENOR) ou injectable SC (IZIXATE)	Ciclosporine (NEORAL) 100 mg/ml, 10, 25, 50, 100 mg cpr
AMM (France)	Absence d'AMM	≥ 16 ans : DA modérée à sévère qui nécessite un traitement systémique <i>Absence d'AMM chez l'enfant et l'adolescent < 16 ans</i>
Posologie	5-15 mg/semaine (enfant: 0,3-0,4 mg/kg/ser En association à l'acide folique (le lendemain de la prise de méthotrexate)	5-5mg/kg/jour en 2 prises 5 mg/kg/jour en 2 prises Entretien 2,5-3 mg/kg/jour en 2 prises
ES les + décrits	Troubles digestifs (nausées, vomissement, diarrhées), fatigue Ulcérations buccales Élévation des enzymes hépatiques, cytopénies Pneumopathie interstitielle	Dysfonction rénale, Élévation de la TA Troubles digestifs, Hypertrichose, Hyperplasie gingivale, Paresthésies
Prix	7,39€ (10 comprimés à 10 mg) 12,60€ (1 stylo à 15 mg)	16,47 € (60 capsules à 10 mg) 40,87 € (60 capsules à 25 mg) 81,34 € (60 capsules à 50 mg) 162,25 € (60 capsules à 100 mg) 150,27 € (flacon de 50 ml)

Bilan bio initial
Suivi biologique

Blépharoconjonctivite



Cas clinique #4



Maëlis, 8 mois

« Cher confrère,

Merci de recevoir Maëlis, 8 mois, qui a présenté une réaction allergique à l'arachide après avoir mangé du beurre d'arachide. Il me semble important de débiter rapidement une immunothérapie orale chez elle. Le tableau clinique était des vomissements lors de la troisième prise d'arachide.

Ses IgE spécifiques sont très basses (Arachide 0,40 kU/L, Ara h2 < 0,10 kU/L), ce qui me semble très favorable.

Bien confraternellement »

**Je suis la papa de Maëlis
A vous de jouer**

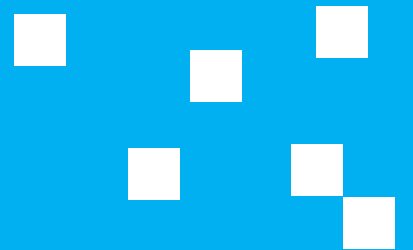
Critères diagnostic du SEIPA

LE SEIPA

**Critère majeur
+ ≥ 3 critères mineurs**

Critère majeur	Critères mineurs
Vomissements 1 à 4 heures après l'ingestion de l'aliment suspect et absence de symptômes en faveur d'une allergie IgE-médiée (pas de signe cutané ou respiratoire)	1. Plusieurs épisodes (≥ 2) de vomissements répétés après ingestion du même aliment
	2. Vomissements 1 à 4 heures après ingestion d'un autre aliment
	3. Léthargie
	4. Pâleur marquée
	5. Consultation aux urgences pédiatriques
	6. Réhydratation par voie intraveineuse
	7. Diarrhée dans les 24 heures (généralement 5 à 10 h)
	8. Hypotension
	9. Hypothermie

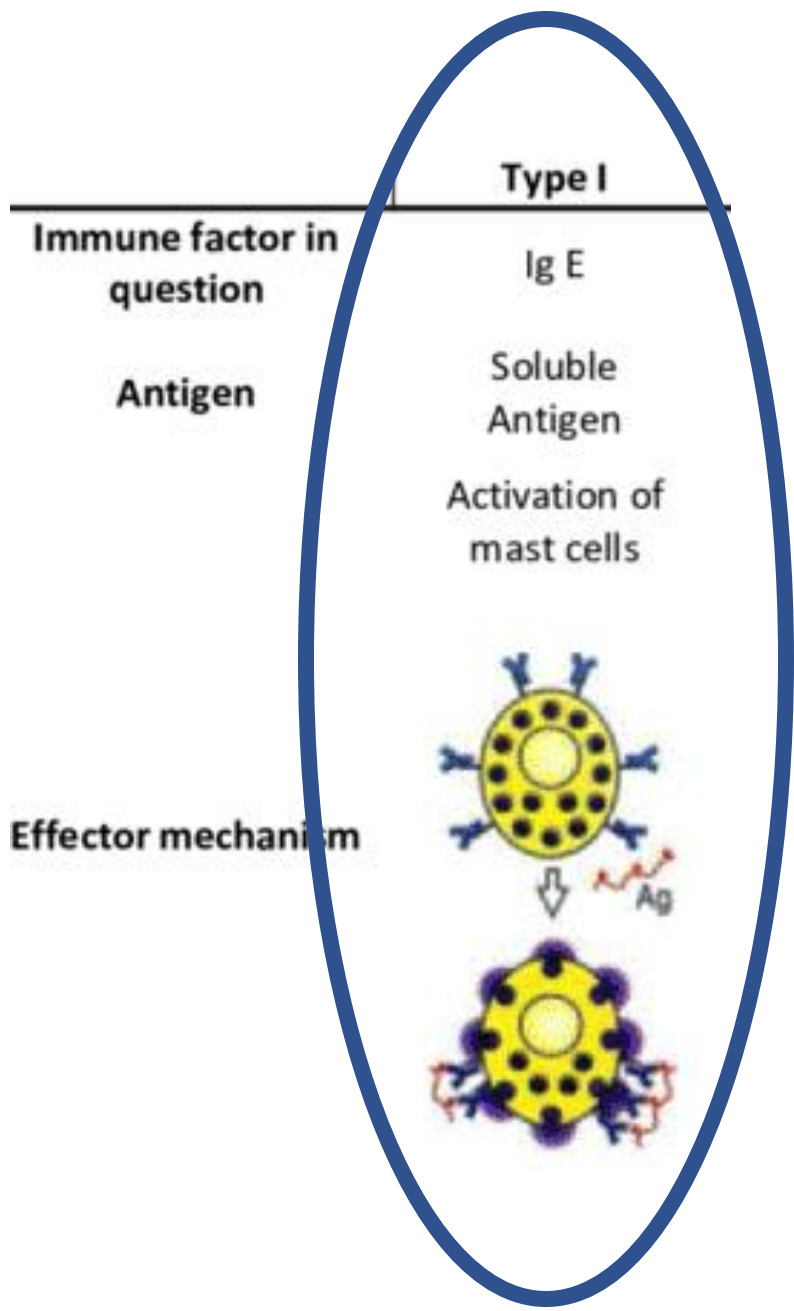
Cas clinique #0



Anaïs

- 5 ans
- Mucoviscidose
- Après 5 jours de Bactrim, éruption suivante
- Toux grasse sans autre symptôme
- Arrêt du traitement
- Durée de l'éruption : 3 jours





Extension pancorporelle

Atteinte respiratoire: détresse respiratoire haute, bronchospasme

Atteinte cardiovasculaire: malaise, hypotension artérielle



Lésions bulleuses, décollements
Atteinte des muqueuses
Purpura / nécrose / douleur cutanée
Infiltration des lésions, œdème

Atteintes d'organe:

- Cytolyse hépatique
- Insuffisance rénale
- Détresse respiratoire aiguë

Fièvre

Hypotension artérielle

