« Il n'a jamais mangé d'arachide, mais ses IgE sont positives »

Situation. Un nourrisson de 10 mois, atteint de dermatite atopique modérée à sévère, n'a jamais consommé d'arachide. Un bilan réalisé à la demande des parents retrouve des IgE spécifiques positives. La famille a déjà supprimé plusieurs aliments par peur d'une réaction.

Le dilemme. Sensibilisation ne signifie pas nécessairement allergie. Faut-il compléter le bilan, introduire l'arachide à domicile, réaliser un TPO supervisé ou maintenir l'éviction ?

Mission du binôme. Construire un arbre décisionnel tenant compte de l'histoire clinique, des examens disponibles, du risque et du bénéfice d'une introduction précoce.

« Il est allergique à l'amoxicilline depuis l'âge de 2 ans »

Situation. Un adolescent de 13 ans doit être traité pour une infection bactérienne. Son dossier mentionne une « allergie à la pénicilline » après une éruption maculopapuleuse survenue au cinquième jour d'amoxicilline, lors d'une infection virale probable. Aucun bilan n'a été réalisé depuis.

Le dilemme. Comment stratifier le risque et déterminer si une provocation médicamenteuse directe est envisageable ou si des explorations préalables sont nécessaires ?

Mission du binôme. Construire un algorithme de délabellisation, en distinguant les réactions retardées bénignes des tableaux qui contre-indiquent une réexposition.

« Une piqûre, un malaise, mais aucun signe cutané »

Situation. Un homme de 58 ans présente un malaise avec perte de connaissance après une piqûre de guêpe, sans urticaire visible. La tryptase basale est élevée. Il travaille régulièrement en extérieur et craint une nouvelle piqûre.

Le dilemme. Comment interpréter une réaction cardiovasculaire sans atteinte cutanée, explorer une éventuelle maladie mastocytaire et discuter l'indication ainsi que les modalités d'une immunothérapie au venin ?

Mission du binôme. Produire un arbre décisionnel depuis l'histoire de la piqûre jusqu'à la prévention des récidives.

« La dermatite atopique reste sévère malgré les traitements »

Situation. Un enfant de 8 ans présente un eczéma étendu, un prurit nocturne et des répercussions scolaires. Les parents rapportent plusieurs échecs thérapeutiques, mais les traitements locaux sont utilisés de façon irrégulière et la quantité appliquée est faible.

Le dilemme. S'agit-il d'un échec thérapeutique, d'une observance insuffisante ou d'une stratégie inadaptée ? Quand discuter une escalade systémique ?

Mission du binôme. Construire une consultation de réévaluation avec mesure de la sévérité, recherche des facteurs aggravants, optimisation du traitement et critères de recours à un traitement systémique.

Asthme pédiatrique insuffisamment contrôlé malgré un traitement de fond

Situation clinique. Un garçon de 8 ans est suivi pour un asthme diagnostiqué à l'âge de 5 ans. Il présente une toux et des sifflements à l'effort, des réveils nocturnes deux à trois fois par mois et a reçu deux cures de corticoïdes oraux au cours des douze derniers mois. Un traitement de fond par corticoïde inhalé a été prescrit, mais ses parents le jugent peu efficace. L'enfant présente également une rhinite saisonnière et une sensibilisation aux acariens et aux pollens de graminées. L'observance et la technique d'inhalation n'ont pas été réévaluées récemment.

Dilemme. Faut-il intensifier le traitement de fond devant un asthme apparemment mal contrôlé, ou rechercher d'abord des facteurs modifiables et réévaluer le diagnostic ?

Mission du binôme. Élaborer une démarche décisionnelle permettant d'évaluer le contrôle et le risque d'exacerbation, de vérifier le diagnostic, l'observance et la technique d'inhalation, d'identifier les comorbidités et les expositions pertinentes, puis de proposer une stratégie thérapeutique adaptée à l'enfant, en précisant les indications d'explorations complémentaires et d'un avis spécialisé.

Rhinite allergique persistante chez un adolescent : optimiser le traitement ou proposer une immunothérapie ?

Situation clinique. Une adolescente de 14 ans consulte pour une obstruction nasale, des éternuements en salves, un prurit nasal et une rhinorrhée évoluant depuis plusieurs mois, avec une aggravation au printemps. Elle dort mal et se plaint de fatigue en classe. Elle prend régulièrement un antihistaminique oral, avec un bénéfice partiel, et utilise occasionnellement un spray nasal qu'elle juge désagréable. Les tests allergologiques montrent une sensibilisation aux graminées et aux acariens, mais la contribution respective de ces allergènes aux symptômes n'a pas été précisée. Aucun asthme n'a été formellement diagnostiqué.

Dilemme. Faut-il optimiser le traitement symptomatique et son utilisation avant d'envisager une immunothérapie allergénique, ou les symptômes persistants et leur retentissement justifient-ils de discuter cette option dès maintenant ?

Mission du binôme. Construire une stratégie de prise en charge individualisée intégrant l'évaluation de la sévérité et du retentissement, l'interprétation clinique des tests allergologiques, le choix et les modalités d'utilisation des traitements, ainsi que les indications, bénéfices attendus, limites et contraintes de l'immunothérapie allergénique. Préciser également les éléments à rechercher pour dépister un asthme associé et les situations justifiant une réévaluation diagnostique ou un avis spécialisé.

« Hypotension et bronchospasme à l'induction anesthésique »

Situation. Lors d'une intervention programmée, un patient présente une hypotension brutale, un bronchospasme et des manifestations cutanées après l'induction. Plusieurs médicaments ont été administrés en quelques minutes. Une tryptase aiguë a été prélevée, mais le patient doit être réopéré.

Le dilemme. Comment reconnaître l'anaphylaxie, interpréter la tryptase, identifier les agents suspects et sécuriser une future anesthésie ?

Mission du binôme. Construire un cas progressif allant de la prise en charge aiguë à la consultation allergologique, puis proposer une synthèse destinée à l'anesthésiste.