GRILLE DE CORRECTION

Q 1 : O.R.L-OPHTALMOLOGIE → Rhinoconjonctivite allergique de l'adulte : critères diagnostiques, classifications, diagnostics différentiels, explorations, prise en charge thérapeutique et risques évolutifs.

grille de correction conjonctivite allergique

mécanismes conjonctivite IgE médiée

Conjonctivite allergique rarement isolée

prurit

Rougeur

Chémosis

Larmolement

Apparition rapide après le contact (10 à 15 minutes)

Pas de baisse d'acuité visuelle:

Pas ou rares points de kératite ponctuée superficielle (pas d'atteinte cornéenne):

Bilan allergologique systématique avec plus d'allergènes testés de manière systématique:

Donc sensibilisation lorsque prick test ou Rast positif un des deux suffit:

Éviction ou évitement de l'allergène. :

Solution de lavage oculaire et ou larmes artificielles non conservées:

Antihistaminique collyre:

Stabilisateur de membrane mastocytaire peuvent également être utilisés

Prise en charge de l'atteinte ORL associée:

Éviter utilisation des corticoïdes:

Immunothérapie spécifique:

Le traitement débutera avant la période allergénique et s'achèvera après:

RHINITE ALLERGIQUE

Critères diagnostiques :

Obstruction nasale chronique bilatérale

Hyposmie

Eternuements en salves, prurit

Rhinorrhée antérieure ou postérieure séreuses ou séromuqueuse

Diagnostics différentiels :

Polypose naso-sinusienne

Déviations septales syndrome morphologique

Autres Rhinosinusites chroniques (Pathologies muco-ciliaires (mucoviscidose, dyskinésies ciliaires),
Maladie de Churg-Strauss, Maladie de Wegener, Déficit immunitaire commun variable (DICV)

Classifications

AIRA Intermittente vs persistantes

Légère vs modérée à sévère

Explorations :

Examen clinique ORL complet avec Naso-fibroscopie

Olfactométrie

RAST et/ou test cutané

Prise en charge thérapeutique :

Eviction

Traitements symptomatiques quotidien associant :

± Lavage des fosses nasales à grand volume et à l'eau de mer

± Corticothérapie nasale

± Anti-histaminique local ou par voie générale

Traitement étiologique : Désensibilisation

Risques évolutifs :

Hypertrophie irréversible sous traitement des cornets inférieurs

Rhinite allergique polypeuse

Troubles du sommeil avec évènements respiratoires nocturnes

Immunité innée : mécanismes, principales cellules et molécules impliquées dans la	
Mécanismes	Système de défense ancestral contre différents pathogènes
	systeme de reconnaissance non spécifique
	puis intervient dans l'orientation de la réponse adaptative Tolérance/allergie
	reconnaissance de l'allergène au niveau des interfaces muqueuse epithelium ou peau par les cellules de l'immunité innées ou immunocompétentes
	via des recepteurs innés comme les PRR (path recogn Recpt) DAMP PAMPS
	TLR
	Rec de type lectine R , MGRX, NOD ...
	migration ganglion
	CD mature présentatrice de l'antigène endocyté à CD4-CD8
	activation cellules T naïves - Polarisation Th2 ce qui conduit à l'allergie
Cellules impliquées	cellules de l'immunité innée: PNN, Basoph, Eos, Mono, Macro, Masto
	cellules dendritiques
	innate lymph cells ILCs -ILC2
	C épithéliales -kératinocytes
Molécules impliquées	Cytokines épithéliales TSLP, IL-7, IL-25, IL-33,
	Cytokines lymphocytaires type 2 : IL-4, IL-5, IL-9, and IL-13.
	Présentation, clarté

Total

Patch tests : principes, techniques, lecture et interprétation, principales indications et contre-indications

1/Principes

Exploration d'une **hypersensibilité retardée de type IV** dans la **classification de Gell et Coombs**

Test in vivo

Reproduit la **phase d'élicitation** d'un eczéma allergique de contact en **appliquant un allergène sous occlusion sur la peau**

2/ indications :

Exploration d'un eczéma allergique de contact, d'une photo allergie d'une toxidermie ou hypersensibilité retardée médicamenteuse. exploration des dermatites atopiques aux aeroallergènes et allergènes alimentaires. (atopy patch test).

3/Techniques

Matériel :

- chambre de tests: **plaque collante comportant des cupules** .pour appliquer les substances sous occlusion, différents modèles utilisés
- Sparadrap collant type hypafix .
- stylo pour marquage du dos.

Allergènes :

Allergènes commerciaux dont la **batterie standard européenne** comportant **les 28 allergènes les plus fréquents** .True test : **batterie standard commercialisée prête à l'emploi**.

Autres batteries commerciales : par exemple cosmétique, parfum, coiffure....

Peuvent être testés **des produits topiques : cosmétiques, médicaments topiques dont collyres, antiseptiques....**, différents matériels comme **des morceaux de gants, des morceaux de textiles, des morceaux de chaussures...**

Peuvent être testés également **les ingrédients d'un produit cosmétique fournis par le fabricant**.

Médicaments soit sous forme commerciale prête à l'emploi (quelques antibiotiques, AINS....), soit à préparer extemporanément en général les recommandations sont de **diluer à 30% dans la vaseline le médicament** mais il existe des **recommandations de dilutions différentes pour certaines molécules**

Technique : Les patch tests sont collés dans le haut du dos, mais peuvent aussi être collés en haut des bras ou aux cuisses, .

Rasage de la zone si besoin

Temps occlusion 48h.

2 Lectures idéalement J2, puis J3 ou 4 et J7. Lecture tardive nécessaire pour les corticoïdes.

Recommandations aux patients de ne pas mouiller la zone des tests.

Particularité de l'exploration photobiologique : **Batterie standard de photoallergènes appliquée en double au niveau du dos, après 1 à 2 jours d'occlusion** Irradiation d'une des batteries avec 5mJ/cm² UVA

Particularités de l'exploration d'une toxidermie : **Réalisation 4 à 6 semaines après guérison de la toxidermie sauf pour les DRESS où il faut attendre 6 mois .Du fait du risque de réactivation du DRESS . Patch tests collés dans le dos** sauf pour les EPF où les patch tests sont collés sur les anciennes lésions et au niveau du dos. **Sensibilité des patch tests médicamenteux variable selon les toxidermies et les molécules testées. Un résultat négatif n'exclut pas le rôle du médicament dans la survenue de la toxidermie.**

4/ Lecture des résultats standardisée en croix, (cotation de ICDRG) prenant en compte l'intensité de la réaction et non pas la taille :

+ : erythème/ infiltration +/- papules.

++ : erythème/infiltration/ papule et vésicules

+++ erythème intense infiltré avec vésicules confluentes (bulles)

IR : irritation

+/- résultat douteux avec erythème seul

Après réalisation des tests, **la pertinence d'un test positif doit être évaluée** . Pour l'eczéma allergique de contact on évalue la pertinence actuelle/ancienne ou inconnue

5/ contre indication des patchs en général

Exploration d'une anaphylaxie

Tester des produits inconnus, caustiques ou PH <3 ou >10

Si la zone de test comporte des lésions ou dermatose en poussée

Corticothérapie générale en cours

Dermocorticoïdes appliqués sur la zone dans les 7 derniers jours

Zone des tests bronzée ou exposition aux UV récente

Grossesse contre indication relative

Grille urticaire chronique - Numéro copie

Question 1 -

Dermatose inflammatoire
mécanisme non complètement élucidé
> 6 semaines

Altération qualité de vie

Question 2 -

U spontanée, idiopathique (ou autoimmune)
U inductibles, physique

Question 3 -

Urticaire superficielle
papule

érythème ou prurit

fugace **ou** migratrice **ou** mobile

Urticaire profonde ou angioœdème

sensation de tension

Examen clinique : éliminer un diag différentiel

absence de facteurs déclenchants faisant évoquer une allergie

Absence de signes généraux pour une maladie systémique, génétique, dysthyroïdie

possible facteur aggravant ou déclencheur : stress, aliments histamino, AINS, activité physique

Pas d'examen complémentaire systématique

Examens orientés si étiologie suspectée ou biopsie (urticaire fixe)

Question 4 -

suppression des facteurs aggravants (AINS, anxiété, infection chronique)

Expliquer rassurer

Anti H1 de seconde génération

Dose AMM 1 à 2 /j

Majoration de doses jusqu'à 4/j

Omalizumab 300 mg/4 sem

Ciclosporine

Question 5 -

Mastocytose (SAM)

Vascularite urticarienne

AOBK

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE D'UNE TOUX CHRONIQUE DE L'ADULTE

ATCD/Comorbidités/ TRT

- Terrain atopique
- Tabac
- Prise de médicament tussigène
- Exposition environnementale à des facteurs irritants

Caractéristiques de la toux

- Sèche versus productive
- Facteurs déclenchants (ex : effort/ froid/ rires/pleurs/ position allongée/ exposition allergénique) // si aucun exemple uniquement
- Signes associés :
  - o Symptômes typiques d'asthme
  - o Symptômes ORL
  - o Symptômes RGO

Auscultation pulmonaire

Imagerie thoracique : Radio thorax | TDM d'emblée chez le fumeur

- Imagerie anormale : oriente vers un diagnostic (ex : cancer, PID, malformations, corps étranger)
- Imagerie normale : orientation diagnostique vers
  - o ASTHME
  - o RHINITE CHRONIQUE
  - o RGO

Paracliniques

- o Spirométrie, réversibilité, métacholine

Traitement d'épreuve

- o Si signes de RGO : IPP
- o Si signes ORL : corticoïdes ou anti-H1

Asthme sévère de l'enfant (hors NRS) : définition, PEC diagnostique et thérapeutique

Définition

Asthme persistant (sans précision):

- persistance de crise sévère
- mauvais contrôle
- persistance d'anomalie fonctionnelle

sous trt par corticoïdes inhalés à forte dose associés à au moins un autre Controller (BLDA, ALT)
ou asthme nécessitant ce niveau de traitement pour être contrôlé

Correspond aux stades GINA 4 et 5

PEC diagnostique

Confirmer l'asthme :

- symptômes évocateurs (toux, dyspnée, sifflement, oppression thoracique), variables dans le temps
- EFR : TVO (VEMS < 90%), réversibilité (>12%, 200 ml), ou HRB confirmée par test à méthacholine

Exclusion diagnostic différentiels

- Mucoviscidose : test de sueur
- Déficit immunitaire : IgG, A, M
- Bronchopathies chroniques: DCP (NO nasal), TDM
- Séquelle de virose : TDM

Endoscopie + LBA +/- biopsie : analyse inflammation et remodelage

Phénotypage

- FeNO : reflet éosinophilie bronchique
- Recherche sensibilisation aux aéroallergènes +/- allergènes alimentaires
- IgE totales (indication omalizumab)
- NFS : évaluer éosinophilie

Rechercher les comorbidités/facteurs aggravants

- Observance : fréquence des prises, technique d'inhalation
- Environnement: tabac, salubrité logement (moisissures, humidité, blattes), animaux domestiques, mesures anti-acariens

- Rhinite allergique ou non
- (DA, allergie alimentaire)
- SAOS
- Syndrome hyperventilation
- RGO/pyrosis
- Dyskinésie corde vocale
- Obésité

PEC thérapeutique

Personnalisée, selon le phénotype

Avis spécialisé

Améliorer observance

PEC des comorbidités

Essai LAMA (ado)

Biothérapies : omalizumab en cas d'asthme sévère avec sensibilisation à au moins un aéroallergène perannuel ; autre : mépolizumab, dupilumab en cas d'asthme sévère éosinophilique
Azithromycine: si LBA neutrophilique, absence d'hyperéosinophilie, absence de sensibilisation

Adrénaline en allergologie : mécanisme d'action, modalités d'administration, posologie, indications et place dans la trousse d'urgence

Introduction

Le médicament d'urgence de l'anaphylaxie

Mécanisme d'action

Effet alpha vaso constricteur
Effet beta diminution de la dégranulation mastocytaire
Effet beta 2 bronchodilatateur
Demi-vie plasmatique courte

Modalités d'administration

Voie intra musculaire IM
Et pas sous cutanée

Voie Intra veineuse IV en titration

2ème injection si besoin

Posologie

Adulte 0,30 à 0,50 mg

Enfant 0,01 mg/kg

Auto injecteur	0,15	de 7,5 kg à 25 kg
	0,50	au delà de 60 kg

Indications

Atteinte de deux organes

Pas de contre indication

Place dans la trousse d'urgence

Protocole de soins et d'urgence

Prescription large dans l'allergie alimentaire, notamment :

éléments cités, 2 à partir de 3)

- Milieu scolaire
- Antécédent d'asthme allergique
- Asthme persistant
- AA aux fruits à coques dont arachide (lait de chèvre, sésame ...)
- Antécédents de réaction avec des traces

Autre situations :

éléments cités, 2 à partir de 3)

- Anaphylaxie induite par l'exercice
- Anaphylaxie idiopathique
- Allergie au venin d'hyménoptère en cas de réaction systémique
- Antécédents de mastocytose ou élévation de la tryptase de base sérique associé à une réaction systémique aux piqûres d'insectes

Education thérapeutique : le savoir faire