



Académie
Algérienne
d'Allergologie

AllergoLoupe

Numéro 05 JDécembre 2019

ISSN N° 2602 - 7003

Bulletin périodique de l'Académie Algérienne d'Allergologie

EDITORIAL

Rédacteur en chef :

Y. MEDDOUR

allergoloupe@gmail.com

Comité Scientifique :

R. AOUAMEUR

A BENELMOFFOK

O. CHABATI

R. DJIDJIK

M. GHARNAOUT

H. HADDAM

G. KIARED

S. LAZREG

D. NAFAI

K. SALHI

Directeur de la rédaction

M. GHARNAOUT

Président de la AAA

R. DJIDJIK



Chers (e) collègues,

Nous voilà réunis pour ce 4^{ème} congrès annuel de l'Académie Algérienne d'Allergologie pour aborder un thème d'actualité : l'allergologie à l'ère du moléculaire.

Le choix de ce thème vient de l'impact direct des allergènes moléculaires sur la pratique de l'allergologie, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Au milieu du siècle dernier, la poussière était considérée comme l'allergène le plus fréquent de notre environnement et les industriels tentaient d'obtenir la "meilleure" poussière en diagnostic ou en thérapeutique. En 2019, nous voyons que le chemin parcouru de la poussière à l'allergologie moléculaire s'est fait par des

étapes essentielles : IgE réactivité, source d'allergènes, dérivés glycosylés, homologie de structure. Nous avons quitté la poussière, il nous faut maintenant sortir du brouillard.

En effet, au cours des dernières années, l'allergologie moléculaire s'est imposée dans la pratique quotidienne des allergologues avec l'emploi des allergènes moléculaires comme outil diagnostique, notamment pour l'interprétation des sensibilisations croisées, la compréhension des poly-sensibilisations et/ou le diagnostic de certaines allergies alimentaires.

L'allergologie moléculaire permet de déterminer des profils allergéniques de patients mais également de mieux les phénotyper, d'approcher plus aisément l'implication clinique de leurs sensibilisations, et donc d'adapter au mieux les mesures d'éviction et la prise en charge thérapeutique.

Durant ce congrès, plusieurs autres thématiques vont être abordées particulièrement, la prise en charge de l'asthme sévère, l'allergologie pédiatrique et enfin les manifestations cutanées de l'allergie.

L'AllergoLoupe est un espace ouvert à tous les praticiens qui souhaitent contribuer aux différentes rubriques : actualités allergologiques, cas cliniques ou biologiques et des points de vue.

Pr Réda Djidjik
Président de l'AAA

SOMMAIRE

Editorial	01
Réda DJIDJIK	
Asthme sévère	02
Abdelbasset KETFI, Merzek GHARNAOUT	
Six points d'actualité en allergologie pédiatrique	03
Abdelkarim HOUBI	
Intérêt pronostique des allergènes moléculaires	03
Yanis MEDDOUR	
Allergie anti-aliment	04
Soumia NAAMOUNE, Sofiane Samir SALAH	



ASTHME SÉVÈRE

Abdelbasset KETFI

Service de Pneumologie, de Phtisiologie et d'Allergologie (SPPA), EPH Rouiba, Alger.

L'asthme est une maladie chronique hétérogène entrecoupée d'épisodes aigus, potentiellement grave, dans laquelle interagissent des facteurs génétiques et environnementaux. L'asthme peut être bénin à peine perceptible par le patient ou parfois très sévère, causant des symptômes permanents, altérant la qualité de vie du patient et marqué par des attaques graves, menaçant le pronostic vital. L'asthme concerne 300 millions de personnes dans le monde. Avec une prévalence croissante dans de nombreux pays en voie de développement.

On estime qu'environ 5 à 10% des patients souffrent d'asthme sévère, tandis que 1 à 2% présentent un asthme sévère réfractaire. L'asthme sévère est responsable d'un handicap majeur pour le patient, d'un retentissement sur la qualité de vie, des complications potentielles de la corticothérapie, et des répercussions socio-professionnelles importantes, ainsi qu'un coût de prise en charge élevé. En effet, il s'agit d'une pathologie associée à de multiples comorbidités (syndrome d'apnées du sommeil, reflux gastro-œsophagien, dépression, obésité...) et à des complications liées aux traitements notamment les corticostéroïdes (maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose...).

L'asthme sévère nécessite pour le bon contrôle de la maladie, une association fixe de corticoïde inhalé à dose optimale et un bronchodilatateur de longue durée d'action (palier 4 à 5 GINA), ou il reste incontrôlé malgré ce traitement. L'évaluation de la maladie se fait au terme d'une prise en charge, adéquate et suffisamment prolongée, durant au moins 6 mois et après vérification des comorbidités.

L'éosinophile joue un rôle important dans la physiopathologie de la maladie et constitue un biomarqueur fiable prédictif de la réponse au traitement par corticostéroïde, mais aussi de la gravité et l'évolution défavorable de la maladie. Deux principaux endotypes d'asthme sévère ont été identifiés : l'asthme Th2-élevé associé à une expression épithéliale accrue de cytokines de type Th2, telles que l'interleukine IL-4, IL-5 et IL-13, principalement basée sur la présence d'une inflammation atopique et/ou éosinophile, identifiée dans l'expectoration ou dans le sang. L'endotype Th2-faible est moins clair, marquée par l'absence de marqueurs d'inflammation Th2 et se caractérise par une infiltration neutrophilique des voies aériennes. D'autres aspects de la physiopathologie de l'asthme sévère marqués par des infections bactériennes et virales récurrentes, et une altération de la réponse immunitaire innée associée à un remodelage des voies respiratoires, pouvant contribuer à l'asthme à Th2-faible.

La prise en charge requiert : -Une évaluation clinique incluant la recherche d'arguments en faveur d'un autre diagnostic (hyperventilation, dysfonction des cordes vocales, dilatations des bronches...) et l'identification des complications liées aux traitements. - L'optimisation du traitement médicamenteux en fonction des critères cliniques et fonctionnels. - La recherche et le traitement des comorbidités (allergies, rhino-sinusite chronique, reflux gastro-œsophagien, apnées du sommeil, tabagisme, dépression...). - La vérification de l'absence de facteur contribuant au mauvais contrôle de l'asthme.- L'évaluation du retentissement psychologique, et socio-professionnel.

-L'évaluation du contrôle par un questionnaire type ACT.- Bilan allergologique complet en fonction des orientations cliniques. -TDM thoracique et des sinus. -Bilan biologique et bilan de dysimmunité à adapter en fonction de la clinique (recherche de déficit immunitaire, de maladie auto-immune...).

Actuellement L'approche thérapeutique de l'asthme sévère consiste à associer un traitement classique qui comporte l'association CSI + LABA à dose optimale et de nouvelles thérapies.

-Tiotropium : un antagoniste muscarinique à longue durée d'action, pour l'étape 4 et 5 du GINA.
- Omalizumab : anti-IgE, remplace les stéroïdes oraux comme option complémentaire dans l'asthme allergique grave. - Mépolizumab : anti-IL-5 : constitue une option thérapeutique à l'étape 5.
-Reslizumab bloque efficacement la liaison de l'IL-5 à la surface des éosinophiles.
-Benralizumab : traitement d'entretien complémentaire chez les patients adultes atteints d'asthme éosinophilique sévère. -La thermoplastie bronchique est une nouvelle thérapie endoscopique, par radiofréquence permettant de réduire la masse musculaire lisse des voies respiratoires.

Le phénotypage de l'asthme a conduit à une approche thérapeutique personnalisée. Malgré l'efficacité des nouvelles thérapies, ils ne doivent être envisagés que dans les cas d'asthme sévère incontrôlé et seulement lorsque d'autres causes courantes d'asthme incontrôlé, telles que une mauvaise technique d'inhalation, une mauvaise observance, des comorbidités et des facteurs de risque modifiables ont été vérifiées

SIX POINTS D'ACTUALITES EN ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUE

Abdelkarim HOUBI

Pédiatre allergologue libéral. Alger

1. Prématurité et risque d'asthme ou d'eczéma

La prématurité touche près de 10 % des naissances en moyenne. Si la morbidité à court ou long terme est bien connue sur des points précis, comme le développement cognitif ou les séquelles respiratoires, le risque de développer des allergies ou de l'asthme est une préoccupation plus récente. Il apparaît pourtant que le risque d'asthme est incontestablement augmenté, alors que celui de l'eczéma est diminué probablement par le biais d'une modification du microbiome cutané.

2. Exposition précoce aux antibiotiques et risques allergiques à long terme

Dans une méta-analyse, les auteurs ont étudié le rapport entre l'exposition aux antibiotiques dans les deux premières années de vie et le risque de développer des affections allergiques (pollinose, eczéma, allergie alimentaire). Il existe une augmentation significative du risque allergique, avec un odd ratio entre 1,23 et 1,42 pour ces trois pathologies, mais aucune étude ne montre de positivité des tests cutanés et des IgE spécifiques. Les auteurs, à juste titre, montre les limites de la portée de ces études avec la difficulté de connaître la durée de l'antibiothérapie, la classe d'antibiotique utilisée et l'utilisation judicieuse ou non de ces thérapeutiques.

3. Les déterminants environnementaux de l'allergie et de l'asthme chez le nourrisson

la période néonatale constitue une fenêtre d'opportunité immunologique d'ou les risques environnementaux de la petite enfance sur la survenue de manifestations allergiques. Il paraît bien établi que la période postnatale est essentielle pour l'évolution du microbiote. Il semble également acquis que le microbiome des sujets atopiques diffère de celui des non atopiques dès les premiers mois de vie. L'impact de l'environnement semble essentiel pour la prévention ou le développement des pathologies allergiques.

4. L'exposition aux pneumallergènes courants est plus importante dans les crèches collectives qu'à la maison.

Une étude allemande réalisée dans 20 garderies de petit enfant démontre que des allergènes communs de l'environnement (acariens, phanères d'animaux) sont retrouvés en concentration supérieure dans ces collectivités qu'à domicile. Cette étude originale est en contradiction avec la plupart des travaux antérieurs qui avaient analysé la teneur en allergènes sur le sol, alors que cette analyse a été effectuée par une méthode de prélèvement électrostatique qui analyse l'air respiré par les enfants.

5. Diversification précoce à l'arachide et à l'oeuf pour prévenir l'allergie alimentaire

Dans une revue générale de la littérature, les auteurs font le point des connaissances actuelles sur la prévention de l'allergie alimentaire à l'appui de l'analyse de la publication des résultats de l'étude LEAP et recommandent une diversification précoce avec l'arachide et l'oeuf entre 4 et 6 mois pour diminuer le risque d'une allergie alimentaire.

6. L'utilisation possible dans le futur d'un inhibiteur de l'histamine releasing factor pour améliorer les inductions de tolérance alimentaire.

Dans cette contribution originale, ce groupe de recherche fait le point sur l'Histamine Releasing Factor (HFR) une protéine multifonction sécrétée durant la phase initiale de l'allergie capable d'activer les cellules mastocytaires. Dans un modèle expérimental d'induction d'une sensibilisation à l'oeuf chez la souris, les auteurs démontrent l'importance de l'HFR dans la phase initiale de l'allergie et la possibilité d'utiliser un inhibiteur pour faciliter les processus d'induction de tolérance.

INTÉRÊT PRONOSTIQUE DES ALLERGÈNES MOLÉCULAIRES

Yanis MEDDOUR

Service d'Immunologie. Hôpital Central de l'Armée. Alger.

Au cours de cette dernière décennie, une meilleure connaissance des allergènes recombinants (AR) et de leur production a permis des progrès considérables de la pratique de l'allergologie. La disponibilité des AR permet, contrairement aux extraits allergéniques totaux, de définir avec précision le profil de sensibilisation des patients allergiques, d'identifier les marqueurs de sensibilisation et de mieux comprendre les polysensibilisations liées à des réactions croisées ainsi que vraisemblablement les marqueurs de sévérité des réactions allergiques.

L'utilité pronostique de AR est tout aussi importante. Les manifestations cliniques associées aux diverses familles moléculaires sont en général considérées comme allant des plus banales aux plus sévères selon l'ordre suivant : polcalcines, CCD, profilines, PR-10, LTP et protéines de stockage. En matière d'allergie alimentaire, la détermination des allergènes recombinants permet dans certains cas de préciser le diagnostic et de mettre en évidence des facteurs de risque quant à une réaction potentiellement grave. Ainsi, cela peut être une aide quant à la décision de réaliser ou d'éviter un test de provocation, qui est lui-même non dénué de risque.

Par exemple en cas d'allergie à l'arachide, on aura avantage à éviter un test de provocation orale si les anticorps IgE anti-Ara h 1, Ara h 2 et/ou Ara h 3 sont présents et l'anamnèse alimentaire suggestive. De même, la positivité de l'allergène Pru p 3 dans l'allergie à la pêche, de Cor a 8 dans l'allergie à la noisette contre-indiquent le plus souvent un test de provocation. Ils contribuent également à prédire l'efficacité d'une ITA (immunothérapie allergénique) en guidant la décision d'instaurer une induction de tolérance et à la sélection optimale de la composition allergénique du vaccin. La détection des IgE anti-allergènes majeurs des graminées (rPhi p1, rPhi 35b) ou des moisissures (rAlt a1) ou encore des venin (rApi m1, rVes v5), contrairement aux allergènes mineurs, est favorable au début de l'ITA avec de bonne réponse thérapeutique.

L'apport pronostique des AR est indéniable. Toutefois, la mise en pratique nécessite une standardisation des techniques (et des AR) afin d'homogénéiser l'interprétation des résultats

DOSAGE DES IGG « ANTI-ALIMENTS » : UN NOUVEL OUTIL DIAGNOSTIQUE OU PHÉNOMÈNE DE MODE ?

Soumia NAAMOUNE, Sofiane Samir SALAH.
Service d'Immunologie, CHU Mustapha Bacha. Alger

Le dosage des immunoglobulines G « anti-aliments » est de plus en plus présenté comme une percée dans le diagnostic biologique des intolérances alimentaires et des allergies alimentaires. En effet, depuis la fin des années 1990, plusieurs auteurs ont décrit des corrélations positives entre la présence d'IgG anti-aliments et diverses pathologies comme le syndrome de l'intestin irritable, certaines maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), la migraine, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, l'obésité, ... etc. Ces études ont souvent été utilisées pour inciter les médecins à prescrire les dosages d'IgG anti-aliments, ainsi que certains laboratoires de biologie qui les pratiquent pour en faire la promotion.

Actuellement, il n'existe pas de preuves tangibles quant à l'implication des IgG anti-aliments dans les pathologies où leur rôle est suspecté. En effet, il n'a pas été clairement démontré que les IgG anti-aliments activaient le complément, selon plusieurs travaux, les preuves sont insuffisantes pour démontrer le rôle pathologique des IgG anti-aliments dans le cadre de l'hypersensibilité de type III. En revanche, plusieurs travaux ont démontré que les IgG anti-aliments sont souvent d'isotype IgG4, qui, à l'inverse des autres sous-classes d'IgG, ont des propriétés anti-inflammatoires car n'activant pas le système du complément.

De plus, les techniques de dosages disponibles manquent de standardisation. L'utilisation d'aliments natifs ou cuisinés rend difficile la standardisation des matières premières utilisées.

En se fiant uniquement aux résultats du dosage des IgG anti-aliments, risque de retarder le diagnostic d'une autre pathologie responsable des symptômes décrits.

Plusieurs sociétés savantes internationales dont l'Académie Européenne d'Allergologie et d'Immunologie Clinique (EAACI) et l'Académie Américaine de l'Asthme, d'Allergie et d'Immunologie (AAAAI), ont reconnu les dosages d'IgG anti-aliments comme des tests inutiles pour le diagnostic des intolérances aux aliments et les allergies alimentaires.

En Conclusion, le diagnostic posé sur la seule base des dosages d'IgG anti-aliments est susceptible d'exposer le patient, d'une part, à un risque élevé de retard diagnostic et, d'autre part, à suivre un régime alimentaire inutile. Les dosages d'IgG anti-aliments ne devraient pas être pratiqués en routine pour établir un diagnostic d'intolérance alimentaire ou mettre en place un régime d'éviction.



Editions LOUMI

Au Service de la Médecine en Algérie

Partenaire de l'Académie Algérienne d'Allergologie

74 rue Hassiba Ben Bouali
16000 Alger - Algérie

+213 (0) 555 924 154
+33 659 224 283

Editionsloumi@loumi.org
www.med-algerie.com

LA RÉFÉRENCE
MEDAL Algérie
2017
Dictionnaire Algérien
des Médicaments
et Produits Pharmaceutiques



Contact: 0770 881 450

www.editionsloumi.com

La Première Maison d'Édition en Algérie
100% Médicale

Qu'attendez-vous pour éditer votre livre?