Allergologie pratique

N°77

LA REVUE JUIN 2006

ANAFORCAL

& soleil

peau...

& contact

& piqure

& sport



REVUE DE L'ASSOCIATION NATIONALE DE FORMATION CONTINUE EN ALLERGOLOGIE

L'immunothérapie spécifique par voie sublinguale



Allergène Préparé Spécialement pour un Individu

OSIRIS VOIE SUBLINGUALE

tolérance
efficacité
innovation
300 IR
doses cumulées

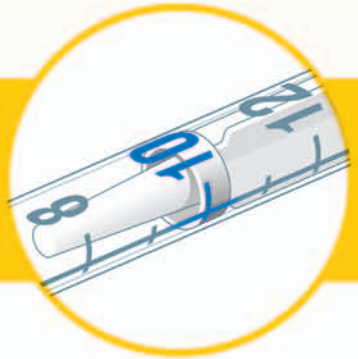
OSIRIS ALLERBIO

voie sublinguale

L'innovation
La sécurité
L'efficacité thérapeutique
par voie sublinguale

Une efficacité prouvée ***dès la 1ère année*** *avec une dose cumulée de* ***30 000 IR***

La gamme innovante au service de tous les patients



Laboratoire ALLERBIO
55271 Varennes en Argonne cedex - Tél. 03 29 80 71 62 - Fax 03 29 80 24 34

Allergologie pratique

SOMMAIRE juin 2006

ANAFORCAL
ASSOCIATION
NATIONALE de FORMATION
CONTINUE en ALLERGOLOGIE

EDITORIAL
de Jean-Pol Dumur

DOSSIER
L'allergie et les vacances
de Pascale Mathelier-Fusade

TEXTE OFFICIEL
Mode d'emploi du "Projet d'Accueil Individualisé" pour les enfant ou adolescent présentant une allergie alimentaire
de MC. Romano

CAS CLINIQUE
Allergie de contact aux PPD
de Antoine Khoury

COMPTES RENDUS
Procès verbal du conseil d'administration de *l'ANAFORCAL* du 12 avril 2006 et constitution du nouveau bureau
L'ANAFORCAL au CFA:
Femme enceinte et qui allaite: possibilités thérapeutiques
de P. Demoly, C.Gallen, M.Agell-Perello, A-M. Jonathan
Allergie et intolérance aux farines et gluten
de F. Rancé, F. Payot, M. Bouvier, A. Cheynel

INFO

CONGRES

FORMATION/STAGE

Allergologie Pratique **est édité par:**
l'ANAFORCAL
siège social:
47 Bd de la République
13100 - Aix en Provence
tel: *04 42 26 20 75*
mail: *anaforcal@wanadoo.fr*
Président: *JP. Dumur*
Secrétaire: *JF. Fontaine*
Trésorier: *B. Girodet*
Dir. de la Publication: *A. Cheynel*
a.cheynel@medsyn.fr
Date de publication des statuts au JO: 8 octobre 1982
Société régie par la loi 1901
Numéro de formateur:
117 524 16275
Code APE: *804C*
Numéro de Siret:
348 714 635 000 11 FR 813 487 146 35
Conception Graphique:
http://toinovitch.free.fr
Imprimeur:
imprimerie Ruffié - 09000 - Foix

Allergologie pratique

EDITORIAL

Jean-Pol Dumur

LE MOT DU PRESIDENT

Permettez-moi tout d'abord, au nom de tous le membres élus ou réélus du bureau national et en mon nom personnel, de vous adresser, à vous membres cotisants de l'ANAFORCAL et fidèles lecteurs d'Allergologie Pratique, tous nos remerciements pour la confiance que vous nous avez accordée par l'intermédiaire de vos délégués au Conseil d'administration en cette année de renouvellement. Rien n'est plus précieux que ce témoignage qui permet aux responsables que nous sommes de se ressourcer par l'élection et de retrouver légitimité et énergie pour continuer la tâche entreprise. Certains amis comme Christian GRIMAUD ou Hubert SICARD ont souhaité prendre une retraite bien méritée après toutes ces années au service de leurs confrères, mais nous profiterons longtemps encore de leurs conseils et de leur amitié. Un grand merci à eux pour leur travail et leur disponibilité. Nous avons accueilli de nouveaux membres, issus de toutes les composantes de l'association. Bienvenue à Agnès CHEYNEL de l'ASALIS, Khalil LADHA de l'ABEFORCAL, Youness EL GUEDDARI de l'AMAFORCAL et Antoine KHOURY de l'ASALCAR. Cette palette confirme, s'il en était besoin, notre implantation internationale francophone.

Notre association se porte bien malgré les difficultés rencontrées par notre discipline. Avec plus de 1300 adhérents à jour de leur cotisation, elle constitue de très loin la structure la plus représentative de l'Allergologie française et francophone. De nouvelles associations sont venues nous rejoindre comme l'AIANC (Nouvelle Calédonie) ou la Bretagne sud. Nous avons établi des contacts avec les confrères francophones du LIBAN et de TUNISIE. Notre site Internet anaforcal.org est de plus en plus visité grâce à la qualité du travail effectué depuis 3 ans par Ruth NAVARRO et notre journal Allergologie Pratique a retrouvé un nouvel essor sous la houlette efficace d'Agnès CHEYNEL. Au cours de l'AG 2006, nous avons toiletté nos statuts dont la rédaction remontait à la fondation de 1982, pour améliorer la démocratie interne et permettre à plus de représentants de contrôler l'action du bureau dans le cadre du CA. Nos finances sont saines et régulièrement vérifiées par un commissaire aux comptes. Nos réserves nous permettraient de pallier à des difficultés conjoncturelles sans mettre en péril la survie de l'association. Enfin, l'éclatante réussite du premier CFA d'avril 2006 en terme de participation et de qualité des sessions, nous remplit de joie et de satisfaction. Nous avons désiré ardemment ce congrès fédérateur de toutes les forces de l'allergologie, nous en avons été les initiateurs, les promoteurs et les constructeurs aux côtés de nos amis de la SFAIC. Les difficultés, les chausse-trappes et les blocages n'ont pas manqué tout au long de sa gestation, mais notre volonté et notre détermination ont été plus fortes que les petites manœuvres de coulisse ou les indélicatesses ourdies par quelques individus en mal de reconnaissance ou nostalgiques d'un passé à jamais suranné. Avec près de 1400 inscrits, venant de toutes les régions de métropole ou des DOM-TOM, mais aussi d'autres pays d'Europe, du Maghreb, d'Afrique ou d'Asie du Sud-Est, le CFA constitue le plus grand congrès national d'allergologie jamais organisé en France. En outre, les différents retours confirment s'il en était besoin, la très grande satisfaction des confrères présents en terme d'organisation, de choix des thèmes, d'éclectisme des sessions ou de variété des méthodes pédagogiques proposées. Ce succès est celui de toute la communauté allergologique, universitaires, hospitaliers, libéraux, mais aussi représentants de l'industrie pharmaceutique qui nous ont apporté un soutien massif et déterminant. Cette réussite nous permettra de parler avec plus de force aux autorités de Tutelle et de peser de tout notre poids pour la reconnaissance de notre discipline.

Les trois années qui s'annoncent vont être déterminantes pour l'avenir de l'allergologie. Trois dossiers me semblent prioritaires et vont mobiliser toute notre énergie :

- La finalisation du DESC d'allergologie avec accès pour toutes les filières de l'internat (spécialités d'organe, médecine générale, santé publique). Le collège professionnel où siègent des représentants des universitaires, de l'ANAFORCAL et des syndicats devra finaliser le travail élaboré depuis plusieurs années et construire un diplôme d'excellence permettant de former des allergologues de qualité en nombre suffisant pour les besoins sanitaires de la population.

EDITO : LE MOT DU PRESIDENT

- l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, indissociable à nos yeux de la FMC. L'ANAFORCAL a reçu, par le truchement de l'UNAFORMEC, une accréditation officielle de la HAS (Haute Autorité de Santé) pour organiser une EPP validante adaptée aux allergologues. Nous allons mettre en place dans les tous prochains mois, avec le concours des universitaires de la SFAIC, des modules EPP avec des référentiels rédigés directement par la profession, modules que nous mettrons à la disposition de nos associations régionales, ce qui permettra à nos adhérents d'effectuer et de valider leur EPP à proximité de leur lieu d'exercice. Cette proposition a été adoptée à l'unanimité par les représentants des AREFORCAL lors de l'AG d'avril 2006. Toute autre approche, et notamment par la création d'une nouvelle structure (encore une !) apparaît à nos yeux lourde, improductive, dispensatrice de temps et d'énergie, et in fine, pénalisante. Méfions-nous des usines à gaz aux mains de structures dont l'EPP ne fait pas partie du domaine naturel d'activité !

- L'avenir des allergènes à visée diagnostic et thérapeutique. Grâce à notre mobilisation, le décret rendant obligatoire le dépôt par les sociétés de production des dossiers d'agrément de leurs allergènes a été reporté de 2 ans (date limite 31/12/2007). Il nous reste maintenant à convaincre l'AFSSAPS de l'utilité de nombreux allergènes qui risquent de passer à la trappe, faute de preuve de leur responsabilité dans les pathologies allergiques. Un groupe « Allergènes » s'est constitué avec des représentants de la SFAIC, de l'ANAFORCAL, des syndicats, des allergologues de terrain et des sociétés de production. Des fiches pour les allergènes plus rares sont en cours d'élaboration et devront être remplies par tous les praticiens hospitaliers ou libéraux en cas d'allergie à un élément non standardisé et donc contesté par les Tutelles. Seule l'implication massive de tous permettra de conserver un catalogue d'allergènes compatibles avec notre exercice.

Comme vous le constatez, la tâche à accomplir et les défis à relever restent immenses .Vous pourrez compter sur la volonté et la détermination de vos représentants, mais nous avons besoin de votre implication, de vos talents, de votre énergie et de votre unité.

En attendant, bonnes vacances à toutes et tous.

Jean-Pol DUMUR
Président de l'ANAFORCAL

Allergologie pratique

DOSSIER

Pascale Mathelier-Fusade
Service de Dermatologie, Hopital Tenon, Paris

L'allergie et les vacances

Même si vacance n'est pas synonyme de départ, cette période est le plus souvent propice à des changements que ce soit en terme d'horaire, de lieu ou d'activités. Du point de vue allergologique, l'été est donc une saison qui présente ses particularités. Le soleil, la pratique sportive, l'exposition à des allergènes inhabituels sont autant de source de réactions allergiques à tropisme cutané que nous allons aborder.

Peau et soleil

Les « allergies au soleil » regroupent plusieurs entités dont la plus fréquente est la **lucite estivale bénigne** (tableau 1). Cette pathologie affecte plus souvent la femme que l'homme et débute volontiers entre la seconde et la troisième décennie. Elle apparaît classiquement en été. Elle se localise le plus souvent au niveau du décolleté, et des parties découvertes en respectant le visage. L'éruption prend l'aspect de papulo-vésicules érythémateuses rapidement excoriées du fait d'un prurit intense. L'éruption évolue, en dehors de toute nouvelle exposition, en 5 à 6 jours mais régresse spontanément malgré la poursuite des expositions en quelques semaines.

La lucite polymorphe, affecte par contre plus volontiers le visage et apparaît plus tôt dans la saison (printemps). A l'inverse de la lucite estivale bénigne l'éruption ne s'améliore pas dans la saison.

L'urticaire solaire est une forme d'allergie au soleil très rare. Elle ne représente que 0,4% de l'ensemble des urticaires physiques et va évoluer sur de nombreuses années. Elle se caractérise par des papules urticariennes apparaissant dans les minutes suivant l'exposition solaire et se localise en regard des zones photo exposées (visage, bras, décolleté...). Dés l'arrêt de l'exposition, l'ensemble des symptômes disparaît en moins d'une heure pour récidiver à l'exposition suivante.

Des manifestations systémiques associées avec chute TA, bronchospasme, voire perte de connaissance sont possibles. Tous les spectres UV (lumière visible, UVA, UVB) peuvent déclencher une urticaire solaire mais chaque patient a son spectre UV propre.

En terme de traitement, quelque soit la lucite, le traitement repose avant tout sur les photo-protecteurs externes qui doivent avoir des coefficients de protection supérieurs à 50 et être appliqués consciencieusement toutes les 2 heures. Pour la lucite estivale bénigne, on associe en prévention soit des photoprotecteurs oraux contenant des caroténoïdes (photoderm oral, oxelio...), soit des antipaludéens de synthèse (nivaquine, plaquenil) prescrits 2 semaines avant puis durant toute la période d'exposition solaire maximale (congés estivaux). La PUVAthérapie (association psoralène+ UVA thérapie) est certainement le traitement préventif fournissant les meilleurs résultats mais il est relativement contraignant puisque nécessitant 2 à 3 séances pendant 2 mois juste avant l'exposition.
En curatif c'est à dire en cas d'échec du traitement préventif, les anti-histaminiques et les dermocorticoïdes sont utilisés afin de calmer l'inflammation locale. Le traitement de la lucite polymorphe est comparable à celui de la lucite estivale bénigne.
Par contre, dans l'urticaire solaire, l'anti-histaminique est le traitement de première intention. En cas d'échec, une UVA-thérapie peut être proposée avec ou sans psoralène.

Critères	Lucite estivale bénigne	Lucite polymorphe	Prunigos actiniques	Dermatite actinique chronique	Urticaire solaire	Hydroa vacciniforme	Eruption printanière juvénile
Sexe	M	F=M	F	M	F	M	M
Age	25/30	Variable	Enfant	>50	20-50	Enfant	Adolescent
Saison	Eté	Printemps	Toute année	Toute année	Eté	Eté	Printemps
Condition d'exposition	Intense	Faible	Moyenne	Minime	Faible	Moyenne	Moyenne
Délai d'apparition	12 h	24-48 h	24-48 h	24-48 h	Qq minutes	24-48 h	24-48 h
Lésion élémentaire	Papulo-vésiculle	Papulo-vésicule	Prurigo	Nappe papuleuse	Urticaire	Vésicules	Vésicules
Topographie	Décolleté Zones découvertes	Visage	Zones expo avec ext	Zones expo avec ext	Toutes zones	Visage	Bord libre hélix
Prurit	++	+	++	++	++	+/-	+/-
Evol en cours de Saison	Régression	Persistante	Stable	Persistance	Amélioration	Régression + cicatrices	Régression rapide
Evolution à long terme	Récidivante	Récidivante	Amélioration à la puberté	Permanente	Récidivante	Récidivante jusqu'à pub	Récidive possible

Tableau1 : lucites : critères cliniques
(d'après P. Thomas dans Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles de JH. Seurat, édition III)

Peau et sport

En dehors de l'urticaire solaire, la période estivale expose d'autres urticaires physiques du fait de la pratique plus régulière de sport. L'urticaire au froid en particulier voit souvent ses premiers symptômes apparaître lors de baignades en eau de mer l'été. Le patient décrit une éruption urticarienne typique le plus souvent généralisée à la sortie de chaque bain qui disparaît en 15-30 minutes après l'exposition au soleil. Cette urticaire généralisée peut s'accompagner de malaises voire d'emblée d'un état de choc. L'automne verra ensuite apparaître la confirmation de l'urticaire au froid avec cette fois ci une éruption localisée essentiellement au niveau du visage, des mains et des jambes à chaque exposition au froid ou différentielle thermique trop importante. Des cas mortels d'urticaire au froid ayant été rapportés lors de baignades prolongées en eau profonde, la prise ponctuelle et en préventif d'un anti-histaminique avant une baignade, prescrit par ailleurs pour atténuer la grande majorité des urticaires physiques, n'est pas recommandé puisqu'il ferait probablement disparaître l'urticaire mais n'empêcherait pas la survenue d'un choc !

L'angio-œdème vibratoire est également une urticaire physique mais beaucoup plus rare que l'urticaire au froid. Elle affecte les sujets jeunes et le diagnostic peut se faire en vacances puisque un des facteurs déclenchants les plus fréquents (avec le marteau piqueur !) est la pratique du VTT. En effet, les vibrations du guidon provoquées par les terrains accidentés provoquent en quelques minutes un prurit puis un œdème et un érythème localisés essentiellement au niveau des avant-bras. A l'arrêt de la stimulation les symptômes disparaissent en environ 30 minutes. Les anti-histaminiques peuvent être utiles en prévention avant chaque exercice. Un test de provocation à l'aide d'un vortex (outil de laboratoire servant à mélanger les solutés dans les éprouvettes) permet de confirmer le diagnostic en reproduisant sur l'avant bras du patient le prurit et l'œdème décrit et ce en 15 minutes.

L'urticaire cholinergique se voit également plus fréquemment durant la période estivale puisque déclenchée par la chaleur. En fait, la consommation d'aliments ou de boissons chaudes, les fortes émotions sont également capables de déclencher en quelques minutes les mêmes papules urticariennes. C'est une urticaire physique caractéristique par son aspect micro-papuleux épargnant généralement le visage (photo 1). Elle évolue sur de nombreuses années et touchent, tout comme la grande majorité des urticaires physiques, les sujets jeunes (20-30 ans). Cependant, le fait d'avoir une urticaire cholinergique n'empêche pas de pratiquer du sport même à haut niveau. En effet, il est classique d'observer dans ce type d'urticaire des périodes réfractaires (idem pour l'angio-œdème vibratoire) où le prurit disparaît lorsque l'on maintient l'effort suffisamment longtemps. Les patients apprennent ainsi à déclencher en quelques minutes leur urticaire physique avec son cortège de micro-papules et de prurit et ensuite poursuivent leur effort jusqu'à disparition du prurit. L'activité physique n'entraîne ainsi plus de gêne fonctionnelle et les papules urticariennes disparaissent dans la demi heure suivant l'arrêt total de l'exercice physique. Les anti-histaminiques permettent de soulager les patients mais avec un bénéfice souvent imparfait ce qui oblige souvent à augmenter les posologies.

L'anaphylaxie liée à l'effort s'apparente en plusieurs points à l'urticaire cholinergique ce qui fait envisager qu'elle serait à part entière une urticaire physique comme cela est rapporté depuis quelques années dans les revues de la littérature sur le sujet. En effet, c'est un effort physique intense (course à pieds, sport d'équipe, danse...) et prolongé (20-30 minutes) qui déclenche la réaction cutanée. Le rôle de l'aliment (céréales au premier chef !) comme « catalyseur » est cependant indispensable. Plus récemment, il a été mis en évidence que des médicaments (aspirine) pouvaient également avoir le même rôle de promoteur de la réaction. Cliniquement, l'éruption cutanée à type de rash plus ou moins urticarien est précédée fréquemment par un prurit palmo-plantaire tout comme l'urticaire cholinergique. Si l'effort est maintenu des douleurs abdominales, une sensation de malaise voire une gêne respiratoire peuvent apparaître tout comme dans le cadre des urticaires cholinergiques ce qui fait penser que dans certains cas une confusion aurait pu être faite entre les deux maladies ce d'autant que l'anaphylaxie liée à l'effort est historiquement de description beaucoup plus tardive.

SPORT	ACCESSOIRE SENSIBILISANT	ALLERGENES
Escalade, danse, gymnastique	magnésie	colophane
Tennis, squash, badminton	grip	colophane
Plongée, piscine	lunettes, masque, tuba chaussons, combi...	IPPD, thiurams, PPD thiurams, PPD
Course	chaussures	Mercaptobenzothiazole, IPPD, thiuram, colles, résines, nickel
Roller, cyclisme, boxe	casque	accélérateurs de vulcanisation, résines polyuréthanes, époxy...
Volley, hand-ball, basket	grenouillères, cordières	résines formaldéhydes
Gymnastique, haltérophilie	barres	nickel, cobalt

Tableau 2 : Peau et sport

Peau et contact

L'allergie de contact qui a le plus un air de vacances est de toute évidence **l'eczéma de contact au faux tatouage au henné.** Depuis quelques années en effet, sont proposés des tatouages dits au henné qui persistent sur la peau le temps des vacances (3 semaines - 1 mois). Ces tatouages outre du henné contiennent un agent fortement sensibilisant qui est la para-phénylène diamine. Cette p-phénylène diamine (PPD) est connue depuis des années comme agent de coloration capillaire responsable d'allergie professionnelle dans les métiers de la coiffure et d'allergie aux teintures capillaires. Si ces produits vendus dans le commerce sont potentiellement allergisants ils répondent néanmoins à des règles de seuil de concentrations permettant une tolérance pour la grande majorité des patients. Cette législation n'existe bien évidemment pas pour ces faux tatouages au henné et par conséquent des concentrations très importantes de PPD se retrouvent appliquées sur la peau et provoque une sensibilisation active dés.....le premier contact avec la molécule. Ainsi, dans les 15 jours à 3 semaines suivant la pose du tatouage, apparaît une réaction inflammatoire eczématiforme souvent très violente en regard du tatouage. La guérison sous corticothérapie locale est obtenue en quelques semaines laissant le plus souvent une dépigmentation post inflammatoire résiduelle (photo 2). Cette sensibilisation active touche toute la population notamment celle pédiatrique ce qui est préoccupant pour l'avenir puisque les sujets sensibilisés à la PPD le sont à priori à vie ce qui leur interdit par voie de conséquence tous les produits pouvant en contenir. Rappelons que 90% des colorations capillaires contiennent de la PPD à ce jour ! De même certains colorants vestimentaires de couleur foncée peuvent en contenir.



Photo 1 : Urticaire cholinergique

Les autres allergies de contact pouvant se rencontrer lors de la période estivale sont souvent favorisées par la chaleur et la transpiration. Mais il peut s'agir également d'une allergie à un filtre solaire retrouvé dans les écrans solaires qui est rare mais dont la parade en cas de doute et avant de réaliser les tests cutanés est l'utilisation d'écrans minéraux. Les contacts allergisants plus spécifiques aux vacances sont surtout ceux liés à la pratique sportive, chaque sport ayant son risque mais rappelons que pour se sensibiliser il faut des contacts répétés et prolongés. Ainsi la pratique de certains sports sont plus « à risque » que d'autres (tableau 2).
En continuant dans le sport, les risques d'allergie de contact peuvent également être liés à des topiques décontracturants ou anti-inflammatoires au premier rang desquels le kétoprofène (ketum°). Les risques de photoallergies ou de phototoxicités sont également plus importants en période de vacances estivales du fait de l'ensoleillement et du port de vêtements plus légers et dénudés.

Peau et piqûres d'insecte

L'été, la chaleur et le port de vêtements légers favorisent le contact des insectes piqueurs avec notre peau. L'allergie aux insectes piqueurs au sens strict du terme ne concerne que les hyménoptères.
Cependant, les moustiques, araignées et autres insectes (aoutâts...) sont capables de provoquer des réactions loco-régionales souvent importantes notamment chez les atopiques. Il est donc nécessaire de protéger les patients « sensibles » avec des vêtements adaptés et des répulsifs. La vitamine B1 ou thiamine, préconisé en préventif il y a quelques années, ne semble plus d'actualité aujourd'hui.

Photo 2 : Eczema post tattoo



Exemple de "P.A.I"

"PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISE" pour les enfants ou adolescent presentant une allergie alimentaire

Le projet d'accueil individualisé de l'élève est un document d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants impliqués dans la scolarisation de l'enfant malade. Il a pour but de faciliter la vie quotidienne de l'enfant mais il ne saurait se substituer à la responsabilité des familles. Il est mis au point à la demande des familles à partir des besoins thérapeutiques définis par le médecin qui suit l'enfant. C'est un document individuel, nominatif, réactualisable.
Ces données sont précisées dans la circulaire du 8 septembre 2003 qui, comme toute circulaire n'impose rien mais fait des recommandations.

I. QUI EST CONCERNE ?

Tous les enfants et les adolescents qui souffrent d'une pathologie sont concernés par le PAI qui facilitera leur accueil. Les enfants qui souffrent d'une allergie ou d'une intolérance alimentaire nécessitant des mesures spéciales sont concernés en particulier.

II. OU ?

1.Dans les écoles et établissements scolaires où les enfants sont accueillis en bénéficiant de leur traitement, de leur régime alimentaire avec l'accord du médecin de l'éducation nationale.
2.Dans les crèches, haltes-garderies, jardins d'enfants. C'est le médecin attaché à l'établissement qui donne son avis lors de l'admission après examen de l'enfant en présence des parents.
3.Dans les centres de loisir et de vacances sans hébergement. Bien que ces centres ne bénéficient pas d'un personnel médical qualifié, l'accueil de ces enfants est facilité.

III. QUELS SONT LES DIFFERENTS ACTEURS ?

1.La famille est l'acteur principal car c'est elle qui fait la demande de PAI. Une fois que celui-ci est établi, elle a en charge de fournir la ou les trousses d'urgence, les médicaments prescrits par le médecin qui suit l'enfant (généraliste ou spécialiste) et de veiller au renouvellement de ceux-ci lorsqu'ils sont périmés. Elle informe le médecin de l'éducation nationale (ou de l'établissement) des changements de prescription. Elle veille également à l'éducation de l'enfant dès son plus jeune age (aliments interdits, goûters, ateliers cuisine...)
2.Le médecin de l'éducation nationale qui établit le PAI à partir des données fournies par le médecin qui suit l'enfants et qui en assure la bonne gestion au sein de l'établissement scolaire fréquenté par l'enfant. Il s'assure de la coopération des enseignants, veille à ce qu'un double du PAI soit mis dans chaque trousse d'urgence et assure la coordination avec les personnels qui seront en charge de l'enfant en cas de déplacement scolaire, de changement d'enseignant ou pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire.
3.Le médecin qui suit l'enfant qui fournit les informations nécessaires au médecin scolaire sous forme d'un courrier qui sera envoyé directement au médecin scolaire ou par l'intermédiaire des parents (fig 1).
Ces informations comprennent :

a.le diagnostic précis et les risques encourus par l'enfant.
b.le protocole de soins.

TEXTE OFFICIEL : Exemple de PAI

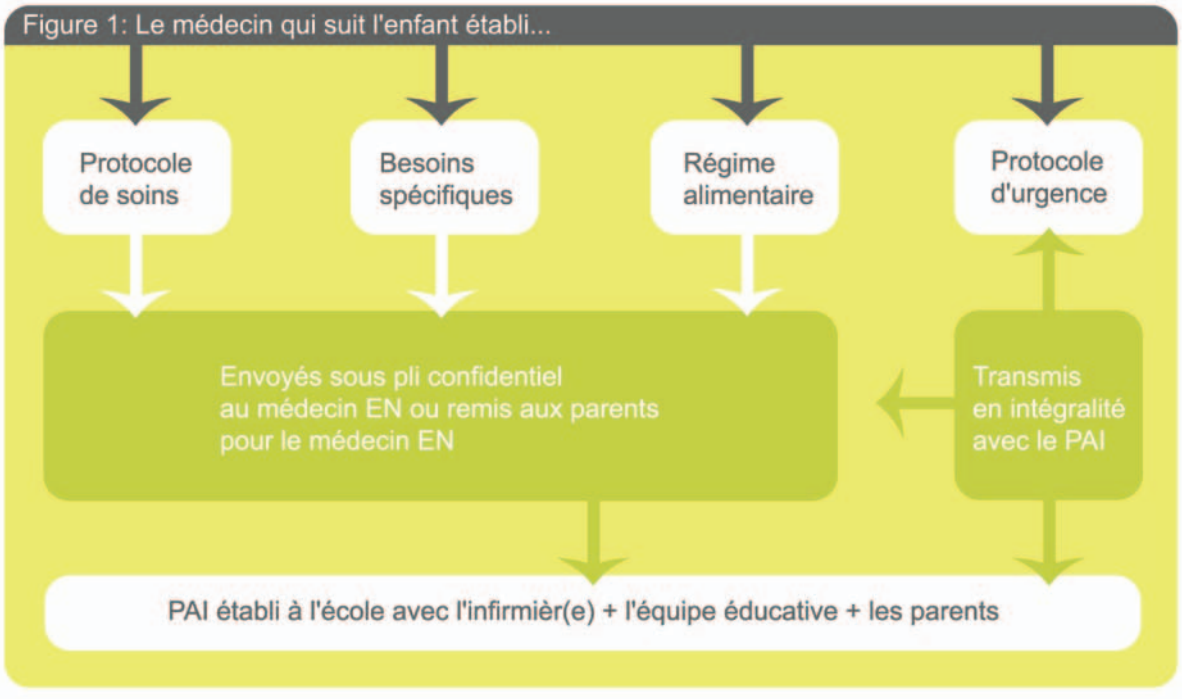
c.le régime alimentaire en spécifiant les besoins de l'enfant concernant le restaurant scolaire, les goûters, les activités d'arts plastiques ou d'ateliers cuisine...

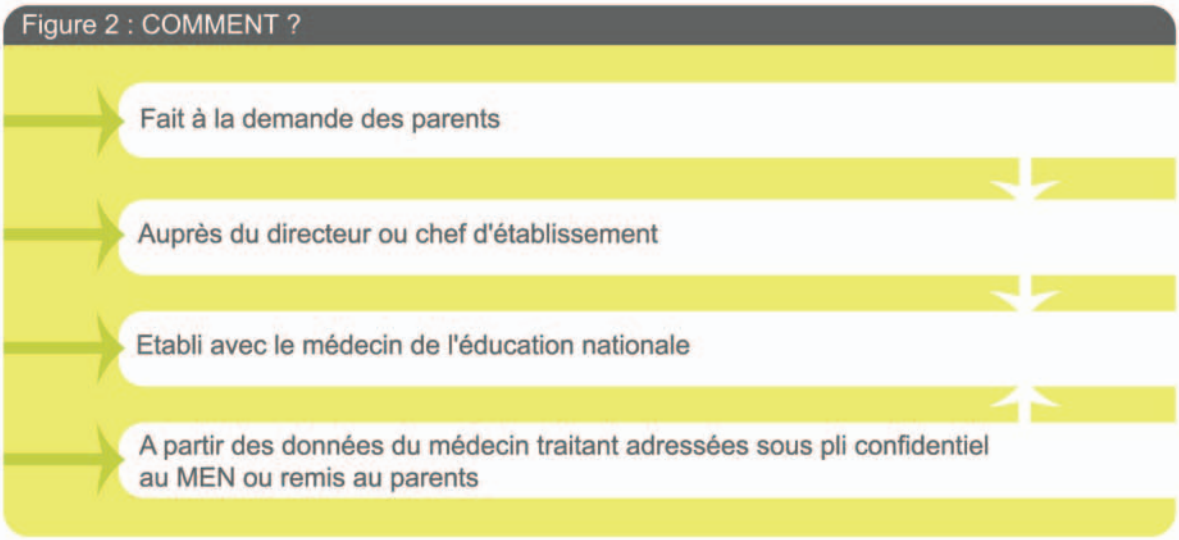
d.le protocole d'urgence facilement compréhensible par tous qui est joint au PAI dans son intégralité.

IV COMMENT ?

La demande est faite par la famille (souvent en collaboration avec le médecin qui suit l'enfant). Elle est à adresser au directeur ou au chef d'établissement et un contact est pris avec le médecin de l'éducation nationale. Cette démarche demande du temps et elle devra être préparée à l'avance. Pour une première rentrée, il faut par exemple s'y prendre au mois de mai.
La fig. 2 résume bien le parcours à suivre.

L'esprit du PAI qui est de faciliter l'accueil des enfants ne doit pas faire oublier aux parents que l'école n'est pas un lieu de soins, qu'elle ne peut se substituer aux familles et que l'inquiétude des personnels est compréhensible. Ces dimensions ne pourront être intégrées que dans un climat de concertation et de dialogue entre les différents acteurs.





Allergologie pratique
CAS CLINIQUE

Un dragon qui lance des flammes...
Une eruption en forme de dragon

I. OBSERVATION

Un patient consulte cinq jours après l'apparition d'une plaque érythémato-vésiculeuse suintante, prurigineuse et par moment douloureuse. Une réaction inflammatoire locorégionale intense le gêne dans ses activités quotidiennes. L'originalité de cette lésion réside dans sa forme : elle représente un dragon (photo 1).

Le patient rentrait de Thaïlande où il s'était fait faire, deux jours avant l'apparition de la lésion, un tatouage « provisoire ». Le dragon a disparu d'autant plus rapidement que le suintement était intense et le patient craignait une infection contractée chez le tatoueur malgré l'absence d'effraction cutanée.

Ce cas clinique ne pose pas de problème diagnostic. Il s'agit bien d'un eczéma de contact à l'un des éléments du colorant utilisé pour le tatouage. Nous ne pourrons pas en obtenir la composition exacte. La paraphénylènediamine (PPD) est suspectée et les patch-tests pratiqués avec les allergènes de la batterie standard européenne montrent que seule la PPD est positive à trois croix.

II. DISCUSSION

Depuis quelques années, dans les rues ou sur les plages de certaines villes touristiques, des tatoueurs effectuent des tatouages provisoires par application de colorant sur la peau (photo 2). Après quelques minutes de contact, vous rincez et vous êtes orné d'un tatouage qui ne dure que le temps de vos vacances. Dans les villes méditerranéennes, les tatoueurs prétendent que leur produit est à base de henné et qu'il ne présente aucun risque.

Les touristes aiment les tatouages provisoires dont la couleur s'apparente à celle des tatouages permanents (photo 3) et non à cette couleur marron ocre obtenue après application de henné (photo 4). Pour ce faire, les tatoueurs utilisent des colorants appelés Henné noire « Black henna » (4) qui contiennent souvent de la PPD, en plus ou à la place du henné, donnant au motif une teinte noire. En fait, selon le pays ou le tatoueur ou..., des substances variées peuvent entrer dans la composition du colorant et il est impossible d'en obtenir la composition exacte.

Depuis l'apparition de cette mode, la fréquence de cette pathologie est en augmentation. Au départ il s'agissait d'adolescents ou d'adultes jeunes et les motifs peints étaient d'inspiration ethnique (photo 5) ; puis les motifs ont varié selon les lieux de vacances comme le « dragon de Thaïlande ». Puis cette pratique a conquis des sujets de plus en plus jeunes et les motifs représentent des personnages de bandes dessinées comme « Diddl sur un dauphin » sur le bras de cette fillette de sept ans (photo 6).

Ces tatouages ne sont pas anodins. Ils peuvent entraîner lors d'une première application une sensibilisation à la PPD ou aux autres composants tels que le thiuram... (5). Chez les sujets déjà sensibilisés, un eczéma de contact apparaît dans les 48 heures qui suivent l'application. Le suintement, souvent intense, accélère la disparition du tatouage. Les lésions régressent lentement après application de dermocorticoïdes, mais des résurgences peuvent se voir pendant plusieurs semaines et une pigmentation peut persister pendant quelques mois.

Des cas de choc anaphylactique ont été décrits après application de PPD (7). Récemment A. Barbaud et al. (1) ont rapporté le premier cas de choc anaphylactoïde après la réalisation d'un tatouage provisoire au « faux henné ». Il s'agit d'une femme de trente ans ayant présenté un angio-œdème laryngé avec malaise quelques heures après sa réalisation. Les auteurs posent à juste titre la question : « faut-il attendre un décès pour limiter cette pratique ? »

CAS CLINIQUE : Un dragon qui lance des flammes...

III. CONCLUSION

- de rapporter, autant que possible, les cas cliniques pour mieux évaluer la fréquence de cette nouvelle pathologie.
- de prévenir les patients ayant une allergie connue à la PPD qu'ils ne doivent pas se faire faire de tels tatouages.
- d'ajouter cette nouvelle source de PPD sur le document d'information remis aux patients allergiques à la PPD.
- de prévenir le grand public du risque de sensibilisation à la PPD lors d'un simple tatouage même provisoire.


Photo 1


Photo 2


Photo 3


Photo 4


Photo 5


Photo 6

1. Barbaud A, Truchetet F, Schmutz JL, Accident anaphylactoïde à la PPD d'un tatouage provisoire : faut-il attendre un décès pour limiter cette pratique ? Ann Dermatol Vénéréol 2005; 132 : 9S71-9S72
2. Borrego L, Hernández-Machín B, Gonzalez O, Hernández B, Sensitization to para-phenylenediamine in a streetside temporary tattoo artisan.
Contact Dermatitis May 2005; 52(5) : 288-9
3. Jasim ZF, Darling JR, Handley JM, Severe allergic contact dermatitis to paraphenylene diamine in hair dye following sensitization to black henna tattoos. Contact Dermatitis Feb 2005; 52(2) : 116-7
4. Le Coz CJ, Lefebvre C, Keller F, Grosshans E, Allergic contact dermatitis caused by skin painting (pseudotattooing) with black henna, a mixture of henna and p-phenylenediamine and its derivatives. Arch Dermatol Dec 2000; 136(12) : 1515-7
5. Lim SP, Prais L, Foulds IS, Henna tattoos for children: a potential source of para-phenylenediamine and thiuram sensitization. Br J Dermatol Dec 2004; 151(6) : 1271
6. Matulich J, Sullivan J, A temporary henna tattoo causing hair and clothing dye allergy. Contact Dermatitis Jul 2005; 53(1) : 33-6
7. Sahoo B, Handas S, Penchallaiaiah K, Kumar B, Contact anapylaxis due to hair dyes. Contact Dermatitis 2000; 43 : 244.

Procès verbal du conseil d'administration de l'ANAFORCAL du 12 avril 2006 et constitution du nouveau bureau

L'ANAFORCAL au CFA :
- Femme enceinte qui allaite : possibilités thérapeuthiques
- Allergie et intolérance aux farines et gluten

Conseil d'administration de l'ANAFORCAL
12 Avril 2006 - PROCES VERBAL

Le conseil d'administration de l'ANAFORCAL s'est tenu le Mercredi 12 Avril 2006, de 12h30 à 14h30 en salle 332/333 du Palais des Congrès de Paris, à l'occasion du premier Congrès Français d'Allergologie.

Sont présents :

- Jean-Pol DUMUR, président	
- Pierre VASSAL, président d'honneur	
- Bruno GIRODET, Trésorier	(GLYAL)
- Hubert SICARD	(IAC)
- Agnès CHEYNEL	(ASALIS)
- Ruth NAVARRO	(CEIACA)
- James LE SELLIN	(RASEMA)
- Evelyne BLOCH-MOROT	(AREPFORCAL 78/92)
- Henriette DHIVERT	(GAICLRC)
- François WESSEL	(AMAAN)
- Elisabeth GOYEAU	(ANAFORCAL)
- Khalil LADHA	(ABEFORCAL)
- Youness EL GUEDDARI	(AMAFORCAL)
- Christian MARTENS	(PARIS ALLERGIE)
- Jean-Marc RAME	(AREFORCAL Bourgogne Franche Comté)
- Jean-Marie RENAUDIN	(ADALOR)
- Laure IMBART	(AREFORCAL Océan Indien)
- Jamel DAKHIL	(AART)
- Abdenour BENYOUNES	(ANAP Algérie)
- Isabelle RIGAUT	(CEIRA)
- Jean-François FONTAINE	(ASALCAR)
- François SAINT-MARTIN	(AREPFORCAL 77-91-94)
- Charles AZUELOS	(TRIAL ; PIAF ; représentant CNERAR)
- Gisèle KANNY	(représentante SFAIC)
- Farid MARMOUZ	(représentant SNAF)

Le président Jean-Pol Dumur remercie les représentants de associations régionales de participer à cette réunion du Conseil d'Administration, et propose de la débuter par le tour de table des activités des associations régionales et nationales francophones.

...

COMPTES RENDUS : Conseil d'administration de l'ANAFORCAL

Tour de table des associations régionales et nationales francophones :

1. **Jean-Marie RENAUDIN**, président de l'ADALOR depuis la fin du mois de décembre 2004, signale que son association organise quatre réunions de FMC par an, auxquelles participent à chaque fois 30 à 50 des 60 membres. Les thèmes abordés en 2005 ont été successivement « Quoi de neuf au fil des saisons polliniques ? », « Allergies médicamenteuses », « Stress, psychisme et allergie » et « Pathologies respiratoires aspergillaires allergiques ».
A la question de Ruth Navarro, qui lui demande l'identité des membres du bureau de l'ADALOR, Jean-Marie RENAUDIN répond qu'il a déjà transmis cette information au bureau de l'ANAFORCAL et que le site Internet semble à jour sur ce point.

2. **Laure IMBART**, secrétaire de l'AREFORCAL Océan-Indien rapporte une activité associative importante, notamment en collaboration avec l'association Asthme et Allergie. Ainsi trois ou quatre membres de l'AREFORCAL ont-ils participé à chaque fois à l'organisation et au déroulement de sept manifestations grand public. Le congrès annuel organisé chaque année s'est tenu au mois d'avril avec pour intervenants les professeurs BARBAUD, PATY, SCHEINMANN et MAGNAN, et a réuni 80 participants généralistes et spécialistes. Antoine Magnan a apporté son concours à deux soirées grand public à cette occasion. De même, deux interviews ont été accordées au quotidien de l'île de la Réunion par les responsables de l'association. Enfin, cette dernière édite un journal intitulé « Allergologie Pratique Océan Indien », qui est distribué par les délégués médicaux aux médecins généralistes.

3. **Isabelle RIGAUT**, membre du CEIRA, remplace son président qui n'a pu se joindre à nous. L'association, organise une réunion de FMC tous les deux mois, avec entre autres thèmes pour 2005, un sujet d'ORL, un relatif aux allergies médicamenteuses et un autre sur les allergènes recombinants. Restructurée depuis l'année dernière, elle est essentiellement composée de pneumo-allergologues puisqu'un seul membre est allergologue exclusif, et essaie d'en recruter d'autres ainsi que des confrères généralistes et ORL.

4. **Abdenour BENYOUNES**, président de l'ANAP, rappelle que l'association existe depuis cinq ans et qu'il la préside depuis sa création. Le rôle de la FMC lui paraît d'autant plus important que l'allergologie n'est pas une discipline reconnue en Algérie. Il rapporte l'organisation, en 2005, de six réunions régionales en partenariat avec le laboratoire Stallergènes, et d'un congrès national auquel ont participé 600 personnes dont 150 adhérents de l'association et 30 membres de l'ANAFORCAL. La cinquième journée nationale, en cours de préparation, verra la participation de Jean-Pol Dumur et de Philippe Godart. L'ANAP souhaite s'impliquer un peu plus dans les activités de FMC avec l'aide de l'ANAFORCAL, et serait donc intéressée par des formations de formateurs pour certains de ses membres.

5. **Youness EL GUEDDARI**, président de l'AMAFORCAL, souligne que son association existe depuis 1993 et compte au nombre de ses activités deux congrès internationaux, celui de Fès en 2001 et celui de Marrakech en 2005, avec pour ce dernier une participation record de 450 inscrits aux sessions de travail et de 600 personnes au dîner de gala. Convivialité et intérêt scientifique étaient au rendez-vous dans les deux cas, et l'AMAFORCAL se dit prête à organiser d'autres manifestations de ce type. Cette année les douzièmes rencontres AMAFORCAL, dont le programme a été remis à Jean-Pol Dumur, comprendront des sessions pratiques et des ateliers. Khalil Ladha y est invité en vue de renforcer s'il en était besoin les liens de l'association avec l'ABEFORCAL. Nicole Nollard, sollicitée, ne pourra s'y rendre mais Michel Castelain interviendra sur un autre sujet.
L'AMAFORCAL souhaite développer ce type de relations transversales avec les associations régionales.
Enfin, Youness El Gueddari fait état de quelques inquiétudes concernant les membres cotisants de l'association, dont le nombre est en diminution.

6. **Khalil LADHA**, président de l'ABEFORCAL, rappelle que son association créée en 2002 a organisé les rencontres internationales de 2003 et reste depuis très active en Belgique francophone avec près de 90 membres cotisants. L'ABEFORCAL organise une journée annuelle au mois d'octobre avec des sessions plénières le matin et des ateliers l'après-midi, et une journée au mois d'avril ou de mai, avec des sessions plénières le matin et une formation de cadre ou une session cas cliniques l'après-midi. Joël Lévy y a été invité en 2005, et une réunion a également été organisée avec Henriette Dhivert au mois d'octobre dernier. Les sujets abordés au cours de l'année furent l'allergie aux parfums, et un exposé de Nicole Nollard sur 30 années d'expérience des relevés polliniques. De même quatre ateliers ont été organisés, dont un avec Lydie Guénard. En 2006, la réunion de l'association sera articulée autour de cas cliniques, et en 2007 le sujet abordé sera celui des allergies alimentaires sous la présidence du Professeur Monneret-Vautrin. L'ABEFORCAL a obtenu des laboratoires pharmaceutiques, et notamment d'UCB, la prise en charge de nombreux médecins belges pour leur participation au CFA avec près de 60 inscrits. Enfin, Khalil Ladha indique que le site internet de l'association fonctionne bien et que celle-ci édite une lettre mail intitulée « ABEFORCAL info » à destination de ses membres. Enfin, l'ABEFORCAL reste ouverte à un rapprochement avec la BELSACI similaire à celui, en France, entre l'ANAFORCAL et la SFAIC ; le caractère francophone de l'association ne saurait être un obstacle à cette collaboration..

7. **Agnès CHEYNEL**, représentante de l'ASALIS, précise qu'il s'agit d'une petite association mais que ses onze membres sont très actifs. Ils organisent quatre réunions par an, et ont par ailleurs essayé de constituer un groupe de pairs, mais cette dernière démarche, intéressante, s'avère compliquée à mettre en œuvre. Un atelier de gestion du temps a été monté en partenariat avec le laboratoire Stallergènes et l'association envisage de développer une action d'EPP au sein de son groupe.
A la fin de cette intervention Jean-Pol Dumur fait remarquer qu'Agnès Cheynel a repris le poste de rédactrice en chef du journal « Allergologie Pratique » et l'en remercie.

8. **Evelyne BLOCH-MOROT**, présidente de l'AREPFORCAL 78-92, souligne que celle-ci compte 40 membres dont 20 à 30 sont régulièrement présents lors des réunions, sachant que les adhérents participent également aux activités d'autres associations de région parisienne comme Paris-Allergie. Quatre thèmes sont abordés chaque année, et une cinquième réunion est consacrée à une discussion de cas cliniques et à la résolution des problèmes inhérents au fonctionnement de l'association. Pour la première fois l'année dernière une visite du laboratoire de mycologie de Nicole Nollard a été effectuée à Bruxelles avec l'AREFORCAL 93-95. L'activité de l'association est donc soutenue mais Evelyne Bloch-Morot regrette que les adhérents sur lesquels elle repose soient toujours les mêmes.

9. **Jean-Marc RAME**, représentant de l'AREFORCAL Bourgogne Franche-Comté, fait état de deux réunions annuelles dont les thèmes ont porté, en 2005, d'une part sur ce que peut faire un allergologue en dermato-allergologie de contact et d'autre part sur l'environnement intérieur. Les membres de l'association participent également aux réunions de formation de la capacité en allergologie.

10. **Christian MARTENS**, président de Paris-Allergie comptabilise entre 80 et 90 adhérents, dont 30 sont des membres cotisants, et souligne que les échanges avec d'autres associations sont nombreux. Une trentaine de membres dont présents à chacune des réunions, organisées au rythme d'une par mois au moins ; la dernière concernait les probiotiques et la prochaine traitera des sensibilisations percutanées aux allergènes. Des réunions en atelier et un week-end de formation sont également proposés chaque année, et une session d'ethnomédecine est organisée tous les ans ; la première avait pour sujet le yoga du rire, la seconde portait sur le souffle dans la culture sophiste, et la prochaine aura pour thème le souffle dans la culture judaïque et hébraïque. L'association a par ailleurs présenté au 1er CFA un poster faisant référence à une étude dont la méthodologie et les résultats sont accessibles sur le site Internet Paris-Allergie.org.
Enfin, les membres de l'association se réunissent tous les trois ou quatre mois pour préparer des référentiels qu'ils souhaitent utiliser pour l'EPP dans le cadre d'une structure indépendante fédérant tous les allergologues quelles que soient leurs spécificités. Ils la veulent indépendante de l'UNAFORMEC et espèrent l'adhésion des différentes instances représentatives de la profession comme le SNAF, l'ANAICE et l'ANAFORCAL. Christian Martens souhaite pouvoir en débattre ultérieurement.

11. **François WESSEL**, représentant de l'AMAAN, souligne qu'il s'agit d'une petite association de 15 adhérents fixes et habituels ; elle ne compte pas de nouveau membre. Les échanges avec d'autres associations, dont l'AREFORCAL angevine, sont réguliers. Quatre à cinq réunions sont organisées en soirée chaque année, auxquelles s'ajoutent une ou deux réunions informelles ou de dossiers tous les mois, ainsi que quelques réunions de pédiatrie. Au mois d'octobre dernier 8 ou 9 membres ont participé à une démarche d'EPP collective en collaboration avec l'URML.

12. **François SAINT-MARTIN**, président de l'AREPFORCAL 77-91-94, fait part de ses questionnements concernant l'avenir de l'allergologie dans la mesure où quelques départs en retraite sont prévus chez ses adhérents sans perspective d'installations nouvelles. L'association, qui organise chaque année quatre réunions et un week-end de formation dont le dernier s'est déroulé en montagne, va se pencher sur le problème de l'EPP.

13. **Charles AZUELOS**, vice président du TRIAL et de la CNERAR, intervient également comme membre du PIAF. Il souligne que la CNERAR n'a pas tenu de réunion depuis trois ans mais que François Lavaud réfléchit à de nouvelles missions. Le PIAF a un nouveau président depuis peu, dont il communiquera l'identité au secrétariat de l'ANAFORCAL, et organise deux ou trois réunions par an. Il participe à l'exploitation d'un capteur de pollens en relation avec le RNSA.
Le TRIAL (Table Ronde des Immuno-Allergologistes Libéraux) qui réunit des allergologues de la région de Quimperlé et de Vannes assure une formation pratique et collabore avec l'URML. Un lien est envisagé avec le projet hospitalier de recherche clinique sur les produits de contraste iodés.

14. **Jamel DAKHIL**, président de l'AART, rapporte que l'association organise chaque année trois soirées de formation, qui se tiennent souvent au siège de conseil départemental de l'ordre des médecins mais aussi, depuis cette année, dans l'amphithéâtre du centre hospitalier. S'y ajoutent deux à trois soirées de cas cliniques, montées avec la participation d'Alain Didier et la collaboration du laboratoire Stallergènes. Jamel Dhakil dit avoir constaté que plus les sujets traités sont basiques, plus la participation à la soirée est importante, et se pose la question d'éventuelles insuffisances en matière de formation initiale.

15. **Henriette DHIVERT**, représentante du GAICLRC, signale que l'association fonctionne bien en termes relationnels et organise en moyenne trois réunions par an. Un réseau vient de se mettre en place pour l'accueil des pathologies allergiques sévères telles les allergies aux venins d'hyménoptères, les asthmes graves ou les allergies alimentaires graves : les médecins impliqués s'engagent à recevoir rapidement les patients concernés et à apporter une réponse à leurs problèmes dans les plus brefs délais. Un congrès ouvert aux médecins généralistes pour leur faire mieux connaître la profession est prévu à Narbonne au mois de novembre, avec la participation conjointe du GAICLRC, du réseau et de l'ANAFORCAL. Enfin, les membres de l'association participent régulièrement à des réunions régionales de botanique.

16. **Ruth NAVARRO**, jeune présidente du CEIACA puisqu'elle occupe ce poste depuis un an, sent une nouvelle dynamique, qui se matérialise notamment par de nombreuses demandes de participation à des réunions de la part des laboratoires pharmaceutiques. Quatre réunions sont organisées chaque année et les thèmes abordés cette année furent un sujet de pédiatrie, un autre relatif aux pathologies ORL à répétition, un troisième intitulé « asthme et grossesse » et un dernier concernant l'immunothérapie spécifique. Sont en projet une session sur les EFR avec les pneumologues et les pédiatres, et une autre sur les allergènes recombinants avec la participation de Frédéric de Blay. Enfin, l'association souhaiterait organiser une réunion avec les personnels des écoles et les pédiatres sur la gestion du PAI.

17. **James LE SELLIN,** président du RASEMA, rappelle que son association existe depuis trois ans et souligne qu'elle organise une réunion par mois, souvent en marge de l'allergologie pour s'intégrer au réseau médical. Y participent par exemple des infectiologues, des internistes, des rhumatologues ou des gastro-entérologues. Des sessions bâties autour de cas cliniques sont en projet.

18. **Bruno GIRODET**, représentant du GLYAL, précise que l'association compte trente adhérents et organise trois réunions principales par an, l'une en fin d'année consacrée aux nouveautés en allergologie, l'autre en début d'année suivante, et la dernière en juin ou juillet avec la tenue de l'assemblée générale et un ou deux sujets scientifiques. S'y ajoutent quelques réunions occasionnelles. Un projet de travail sur la pollution intérieure et le rôle des conseillers en environnement est monté en collaboration avec le laboratoire UCB.

19. **Jean-François FONTAINE**, représentant de l'ASALCAR, rappelle qu'elle existe depuis plus de vingt ans et compte toujours beaucoup d'adhérents puisqu'ils sont une cinquantaine, allergologues, pneumo-allergologues, pédiatres-allergologues, dermato-allergologues et ORL. La confraternité et la convivialité y sont de règle, et une réunion d'une journée, à laquelle participent une trentaine de membres, est organisée chaque année au mois de mai autour d'un thème traité en matinée et de la discussion de cas cliniques dans l'après-midi. L'assemblée générale de l'association se tient à cette occasion. Depuis trois ans, une réunion d'une demi-journée animée par Antoine KHOURY est consacrée à un thème informatique dans le courant du mois de novembre ; la dernière a eu pour thème : « l'utilisation de la photographie numérique en pratique médicale courante ».

20. **Gisèle KANNY**, représentante de la SFAIC, déclare constater que les associations de FMC ont beaucoup d'imagination et estime ne rien avoir à ajouter à ce tour de table.

21. **Farid MARMOUZ**, représentant de l'AREFORCAL 93-95, souligne que l'association fonctionne bien, organise une réunion par trimestre, et a participé à la rencontre sur le thème des moisissures qui s'est tenue à l'occasion d'un week-end en Belgique. Il précise également que Denis CAILLAUD a invité un responsable de la CNAM à venir débattre de la nomenclature et de la position des allergologues par rapport à la prescription du Xolair°.
Intervenant ensuite comme représentant du SNAF, Farid Marmouz dit que la période qui vient de s'écouler a été éprouvante en termes de charge de travail et de préoccupations car l'allergologie n'a toujours pas trouvé sa place et il reste des problèmes de nomenclature bien que certains actes spécifiques à la discipline aient été reconnus. Il insiste sur la nécessité d'une union entre les différentes instances représentatives pour défendre les intérêts des allergologues et, constatant que le CFA est un succès, en félicite les organisateurs et se dit heureux de voir que les praticiens libéraux restent très impliqués dans leur FMC.

Bilan d'activité de l'ANAFORCAL, dressé par Jean-Pol Dumur, président.

Suite au tour de table des associations, Jean-Pol Dumur dresse la liste des activités de l'ANAFORCAL au cours de l'année écoulée :

1. Au mois de janvier 2005 : organisation d'ateliers de FMC dans le cadre des Journées parisiennes d'Allergologie, et participation de Jean-Pol Dumur à une réunion du CEIACA.
2. Au mois de mars 2005 : tenue de la réunion préparatoire du CFA à l'occasion d'un week-end à Reims, avec une première séance de travail pour le seul bureau de l'ANAFORCAL et une seconde séance de finalisation du programme

avec les universitaires.
3. Au mois d'avril 2005 : participation aux Journées Provinciales d'Allergologie qui se sont tenues à Montpellier.
4. Au mois de mai 2005 : Jean-Pol Dumur s'est rendu à Nantes pour une rencontre avec le PIAF, d'AMAAN et le RASEMA, mais aussi à Alger à l'occasion du congrès de l'ANAP.
5. Au mois de juin 2005 : organisation du séminaire Botanique et Allergie à Antibes.
6. Au mois de novembre 2005 :

a. Participation, avec les représentants syndicaux et ceux de la SFAIC, à la réunion de l'AFSSAPS sur la révision du statut des extraits allergéniques. La « logique du parapluie » dont fait preuve l'agence du médicament risque d'aboutir à la suppression de la plupart des extraits allergéniques et Jean-Pol Dumur se dit satisfait de la réunion régulière d'un groupe de travail sur ce point.

b. Tenue des Vèmes rencontres francophones à Marrakech, qui furent une grande réussite et à propos desquelles Jean-Pol Dumur tient à féliciter Youness El Gueddari pour la qualité de son organisation et de son accueil.

7. Au mois de janvier 2006 : organisation, sur un week-end, d'une réunion pour les animateurs et rapporteurs d'atelier au cours de laquelle sont également intervenus des formateurs de l'UNAFORMEC. Cette formule sera reprise au mois de septembre prochain.
8. Au mois de mars 2006 : tenue d'une réunion du bureau de l'ANAFORCAL sur un week-end à Marseille pour la préparation du CFA 2007.

En fait la préparation du CFA a constitué la principale activité du bureau de l'ANAFORCAL au cours de l'année écoulée, et Jean-Pol Dumur est satisfait du succès de ce premier congrès, qui va au delà de tous les espoirs avec 1500 inscrits.

Bilan financier, présenté par Bruno Girodet, trésorier.

Le bilan financier est présenté ici sous forme d'états synthétiques par Bruno Girodet, qui annonce un exposé plus détaillé au cours de l'assemblée générale à venir tout en tenant l'ensemble des pièces comptables à la disposition des représentants au conseil d'administration pour d'éventuelles précisions.

L'actif, qui représente ce que l'association possède comme disponibilités, se monte à 226385 euros.

BILAN ACTIF	Brut	Amortissements Provisions	Net au 31/12/05	Net au 31/12/04
Immobilisations incorporelles				
Concessions, brevets et droits assimilés	510	451	59	
Immobilisations corporelles				
Autres immobilisations corporelles	18235	15408	2827	2340
Immobilisations financières				
ACTIF IMMOBILISE	**18745**	**15859**	**2886**	**2340**
Stocks				
Créances				
Clients et comptes rattachés	16104		16104	18564
Etat, Taxes sur le chiffre d'affaires	3645		3645	5578
Divers				
Valeurs mobilières de placement	80052		80052	89875
Disponibilités	107634		107634	74285
Charges constatées d'avance	205		205	14706
ACTIF CIRCULANT	**207641**		**207641**	**203009**
COMPTES DE REGULARISATION				
TOTAL ACTIF	**226385**	**15859**	**210526**	**205349**

Le passif, dont Bruno Girodet rappelle qu'il s'agit de la somme qui devrait être reversée en cas de liquidation, se monte à 210526 euros. Est incluse dans ce montant une somme de 20000 euros correspondant au versement anticipé, par le laboratoire MSD, d'une subvention relative à une réunion qui s'est tenue non pas en 2005 mais en 2006.

Communiqué

Immunothérapie spécifique et allergie aux piqûres d'hyménoptères

De nombreux hyménoptères piqueurs sont responsables d'allergies. En Europe, les aculéates, l'abeille, les guêpes et plus rarement le frelon ou le bourdon – sont responsables de 95 % des manifestations allergiques par piqûres d'insectes.
L'allergie aux venins d'hyménoptères est une réaction d'hypersensibilité immédiate caractéristique médiée par des IgE spécifiques. Les symptômes sont très variables, de la lésion érythémato-papuleuse et oedémateuse localisée au site de la piqûre et rapidement régressive, aux réactions généralisées se manifestant par une fièvre, une éruption urticarienne voire un choc anaphylactique, des troubles digestifs, des signes neurologiques (céphalées, convulsions, perte de connaissance).
Le risque de réaction générale lors d'une piqûre ultérieure chez un patient allergique dépend de l'importance de la réaction initiale.
Cette allergie a une incidence assez importante. Toutefois, elle pourrait être sous-estimée du fait de l'absence de diagnostic étiologique pour certaines morts subites.
L'immunothérapie allergénique est le seul traitement efficace de l'allergie aux venins d'hyménoptères avec 80% de protection contre la piqûre d'abeille et 95% de protection contre la piqûre de guêpe. Ainsi, après une piqûre d'insecte avec une réaction générale importante (stade II et supérieurs), le diagnostic d'allergie doit être confirmé (tests cutanés et dosage d'IgE spécifiques) dans un centre équipé de matériel de réanimation.
Les protocoles de désensibilisation comportent une première phase, habituellement effectuée en milieu hospitalier, avec des injections de doses croissantes de venin selon une méthode rapide (Rush : 2 à 4 jours) ou ultrarapide (Ultra-Rush : 3 h 30 ou 6 h). Les injections d'entretien, sous-cutanées, sont effectuées toutes les 4 semaines (souvent espacées à 6 semaines au bout de 2 ans) par un médecin équipé pour traiter une éventuelle réaction générale. La durée totale de la désensibilisation est habituellement de 5 ans, parfois 3 ans, après contrôle des tests cutanés.

- 2,4 à 26,4 % des victimes de piqûre développent une importante réaction locale
- 0,3 à 7,5 % des patients présentent des réactions systémiques
- 0,09 et 0,45 décès / million d'hab. / an, soit 10 à 20 décès / an en France

Références des quelques chiffres ci-dessus

1. Bilo MB, et al. EAACI Position Paper 2005. Diagnosis of hymenoptera venom allergy. On line www.eaaci.net
2. Dupont P. Allergie au venin d'hyménoptères : prescrire une trousse d'urgence ! Rev Prat 2002 ;16(580) :1055-8
3. Müller U., Mosbech H., Immunotherapy with Hymenoptera venoms : Position Paper, Allergy 1996

Quelle prise en charge en France ?
Résultats d'une enquête nationale

Une enquête a été menée en 2005 pour mieux comprendre la prise en charge et la pratique du diagnostic et du traitement de l'allergie aux venins d'hyménoptères.

L'analyse des premiers résultats montre que :

- le diagnostic se fait principalement en cabinet de ville
- la mise en route du traitement se fait quant à elle principalement à l'hôpital

Les structures de soin dédiées au traitement de cette allergie sont limitées en moyens humains et matériels : médecins à temps partiel, protocoles ambulatoires.

En phase d'entretien, environ 30% des patients sont suivis à l'hôpital. A l'inverse, 65% des médecins renvoient le patient à un médecin correspondant avec des recommandations et une ordonnance initiale. Cependant, les résultats de l'enquête montrent que, durant cette période, l'adhésion thérapeutique demeure incertaine. En effet, seuls 50% des allergologues déclarent que plus

de deux tiers de leurs patients sont observants, évoquant une perte de motivation dans près de la moitié des cas. Parallèlement, 14% des patients reconnaissent ne pas connaître les risques, et 27% ne possèdent pas de trousse d'urgence contenant de l'adrénaline. Cela démontre la nécessité de poursuivre les actions d'éducation thérapeutique.

Les patients interrogés étaient soit en cours de diagnostic soit en cours de traitement. Pour 63 % d'entre eux, il n'existe pas de notion d'hérédité. Une réaction allergique grave est apparue après plus de 2 piqûres pour 87 % des répondants, et près de 90 % des patients ont su identifier l'insecte responsable, majoritairement la guêpe.
91 % des patients ont déclaré avoir consulté immédiatement après leur réaction allergique grave (médecins généralistes ou services d'urgence), le renvoi chez l'allergologue après cette consultation étant assuré dans plus de 85 % des cas. Enfin, 58 % des patients ont débuté une désensibilisation dans les six mois qui ont suivi la réaction, 19 % l'ont initiée dans l'année.

La structure hospitalière fonctionne bien dès lors que le patient est correctement orienté et informé, mais il est nécessaire de revoir et d'améliorer les méthodes de suivi des patients. Ce suivi est primordial dans la réussite du traitement de la désensibilisation aux venins d'hyménoptères.



BILAN PASSIF	Net au 31/12/05	Net au 31/12/04
Capital social ou individuel	170075	170075
Report à nouveau	-5027	-48020
Résultat de l'exercice	**7655**	**42993**
CAPITAUX PROPRES	**172704**	**165049**
AUTRES FONDS PROPRES		
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES		
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédits		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	6875	8967
Etat, Impôts sur les bénéfices	1591	45
Etat, Taxes sur le chiffre d'affaires	2700	3312
Dettes fiscales et sociales	4291	3357
Autres dettes	6656	6656
Produits constatés d'avance	20000	21320
DETTES	**37822**	**40300**
TOTAL PASSIF	**210526**	**205349**

Le compte de résultats présente donc un solde positif de 7655,22 euros. Sa diminution apparente par rapport à l'année précédente tient uniquement au fait que le l'ANAFORCAL avait servi de dépositaire des fonds versés par les laboratoires pour l'organisation du séminaire Botanique et Allergie 2004.

Bruno Girodet attire l'attention du conseil d'administration sur l'intérêt qu'il y a à ne pas dégager un résultat d'exploitation trop important afin d'éviter une imposition excessive. Pour l'exercice de l'année dernière, l'ANAFORCAL devra verser la somme de 1500 euros au Trésor Public.

Revenant sur le détail de quelques manifestations, le trésorier signale que l'organisation des ateliers des JPA 2005 s'est concrétisée par un solde positif de 3379,72 euros, étant entendu que les animateurs, rapporteurs et experts ANAFORCAL ont été rémunérés ; il signale à cette occasion que les laboratoires pharmaceutiques Astra Zeneca, Pharmafarm, 3M-Ivax et Sanofi-Synthélabo avaient refusé d'y apporter leur concours.
Pour sa part, le séminaire Botanique et allergie qui s'est tenu à Juan les Pins, a été à l'origine d'un déficit de 3180,93 euros.

Concernant les prévisions budgétaires, les recettes attendues pour l'année 2006 sont de l'ordre de 143000 euros. Sur cette base, et compte tenu du travail de plus en plus important que représente leur implication dans les activités de l'association, le bureau propose d'accorder aux membres du bureau et du conseil d'administration une indemnité modeste, de l'ordre de 10 euros par heure sous forme :
- d'indemnités forfaitaires d'un montant annuel de 6000 euros pour le président, de 3000 euros pour le trésorier, de 3000 euros pour le responsable pédagogique, de 3000 euros pour le responsable scientifique, de 3000 euros pour le responsable du site Internet, de 3000 euros pour le rédacteur e, chef de la revue Allergologie Pratique, de 1500 euros pour le responsable pédagogique adjoint, et de 1500 euros pour le secrétaire général,
- et d'indemnités de mission de 300 euros par jour pour les membres du conseil d'administration ou du bureau mandatés par le président
sans dépasser un plafond total annuel de 24000 euros.
Cette proposition est adoptée à l'unanimité par les membres du conseil d'administration.

Rapport pédagogique, présenté par François Wessel

François Wessel se félicite du succès croissant des ateliers ANAFORCAL, qui font le plein d'inscriptions cette année au CFA, et de la constitution d'une solide équipe de formateurs. Leur organisation est caractérisée par la recherche de l'excellence en terme de qualité pédagogique, de rigueur scientifique et de convivialité, et il tient à remercier tous les intervenants pour leur implication dans la réalisation de cet objectif. Trois axes innovants sont à explorer, qui

sont la Formation professionnelle conventionnelle (FPC), l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la FMC en ligne.

1. Formation professionnelle conventionnelle

La FPC est un axe fondamental de développement qui fait l'objet d'un dossier UNAFORAMEC-ANAFORCAL. Il s'agit d'une formation validante, organisée sur une période de deux jours, dont les frais sont pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie et qui fait l'objet d'une rémunération à hauteur de 15C pour les participants et les organisateurs.

Sa mise en place apparaît néanmoins difficile. François Wessel, après avoir participé à un séminaire de formation à la rédaction de projets de FPC, dit douter de sa compétence sur ce point et invite les personnes présentes qui souhaiteraient s'impliquer dans cette démarche à se faire connaître.

2. Evaluation des pratiques professionnelles

L'EPP s'impose à tous les praticiens depuis la promulgation de la loi du 14 avril 2005, et permet de valider 100 points sur les 250 nécessaires à la validation d'une période de cinq ans. François Wessel estime que, loin d'être une simple contrainte, cette démarche permet de « sortir le nez du guidon », de comparer les pratiques, et qu'elle ne sera pas sanctionnante si elle est mise en place par la profession.

Ce processus de certification doit être valorisé par les syndicats auprès des organismes de tutelle.

L'ANAFORCAL propose, pour sa mise en place, de s'appuyer sur l'organisme agréé qu'est l'UNAFORMEC car il est inutile de multiplier les structures et plus simple d'utiliser le savoir-faire existant. L'ambition de créer de toute pièce un organisme et les référentiels se heurterait en pratique à de nombreuses difficultés de réalisation, et cette approche pragmatique constituera a priori un échange « gagnant/gagnant ».

L'UNAFORMEC, qui bénéficie d'un agrément pour l'EPP, peut le déléguer à une autre structure à condition qu'elle soit adhérente, ce qui est le cas de l'ANAFORCAL, et qu'elle s'acquitte de droits potentiellement pris en charge par les URML ou l'industrie pharmaceutique. A titre indicatif, le coût de la démarche assurance-qualité est de 250 euros par groupe organisant une action d'EPP.

L'ANAFORCAL initiera le projet, et le coordonnera pour le fournir clés en main aux AREFORCAL. La SFAIC désignera un pool d'experts chargés de valider les référentiels et, probablement de gérer l'EPP des praticiens hospitaliers. Les AREFORCAL pourront s'approprier les dossiers, valider leur structure auprès de l'UNAFORMEC, décider de leurs actions en terme de choix des référentiels et des experts, et gèreront le dossier financier correspondant.

Dans ce type d'organisation, les syndicats auront idéalement un rôle important de valorisation des actions engagées auprès des autorités de tutelle, du public voire des assureurs.

L'échéancier suivant est proposé :

- à l'occasion de ce premier CFA, présentation et vote du projet, et préparation de quelques référentiels
- au cours du week-end du 24 et du 25 juin 2006, ou du 16 et 17 septembre 2006, organisation d'une session UNAFORMEC en collaboration avec Agora formation pour 30 membres de l'association, autour de la construction de 2 à 4 référentiels de pratique.
- dans le courant de l'année 2007, mise en œuvre du dispositif par les AREFORCAL et préparation d'autres référentiels pour les années suivantes.

François Wessel demande l'accord des membres du Conseil d'Administration sur l'ensemble du projet présenté.

Christian Martens rappelle qu'il avait évoqué le problème de l'EPP voici deux ans et estime qu'il n'avait pas été entendu à l'époque. Il souligne qu'une démarche d'EPP avait été suivie par les membres de Paris Allergie sur un thème généraliste et que, constatant l'absence de reconnaissance de l'allergologie en ce domaine, ceux-ci avaient décidé de travailler sur des référentiels propres à la profession, en obtenant le soutien financier de GSK pour les thèmes « diagnostic allergologique d'un asthme de l'enfant » et « suivi allergologique de l'asthme de l'enfant ». Plusieurs médecins impliqués dans le projet sont habilités par la HAS et peuvent se prévaloir d'une expérience sur ce point. Enfin, Christian Martens termine son intervention en précisant que Paris-Allergie s'oppose à une association de l'ANAFORCAL à l'UNAFORMEC pour la mise en place de l'EPP, et demande que le vote du projet présenté par François Wessel soit effectué à bulletin secret.

Jean-Pol Dumur répond que la démarche entreprise par Paris-Allergie et reprise par le SNAF a été initiée sans aucune concertation, et voit un risque de dispersion dans la création de plusieurs structures. Il rappelle également que la gestion de la FMC n'est pas une compétence syndicale, et qu'il ne lui paraît pas sérieux d'élaborer des référentiels sans l'intervention d'universitaires.

Charles Azuelos considère pour autant que les deux projets ne sont pas antinomiques, recueillant en cela l'acquiescement de plusieurs participants, et qu'il faut peut-être jouer la carte de l'apaisement sur ce point.

Farid Marmouz demande pour sa part à Christian Martens s'il s'est exprimé au nom de l'ALEPP, du SNAF ou de Paris-Allergie, ce à quoi l'intéressé répond qu'il l'a fait au nom de son AREFORCAL.

Le vote est finalement organisé à main levée et **le projet présenté par François Wessel est adopté** avec 12 voix pour, 2 voix contre et une abstention.

COMPTES RENDUS : Conseil d'administration de l'ANAFORCAL

Résultats des élections du bureau national

Jean-Pol Dumur et Pierre Vassal présentent ensuite les résultats des élections du bureau national.

Sont réélus Evelyne Bloch Morot avec 160 voix, Jean-Pol Dumur avec 148 voix, Jean-François Fontaine avec 155 voix, Bruno Girodet avec 154 voix et François Wessel avec 146 voix. Sont élus Agnès Cheynel avec 153 voix, Youness El Gueddari avec 154 voix et Kahlil Ladha avec 144 voix, Abdenour Benyounes ne recueillant pour sa part que 55 voix.

Au terme de cet énoncé et en l'absence de questions supplémentaires, le président Jean-Pol Dumur félicite les membres élus ou réélus, et clôt la réunion du Conseil d'administration à 14h30.

Docteur Jean-Pol DUMUR
Président

Docteur Jean-François FONTAINE
Secrétaire Général



Président
Jean-Pol Dumur



Président d'honneur
Pierre Vassal



Vice-Présidents : Evelyne Bloch-Morot / François Wessel / Youness El Gueddari / Khalil Ladha



Secrétaire
J-F Fontaine



Secrétaire adjointe
Agnès Cheynel



Trésorier
Bruno Girodet

Membres cooptés : H. Dhivert-Donnadieu / Elisabeth Goyau / Joël Lévy / Antoine Khoury / Ruth Navarro



Femme enceinte et qui allaite

Possibilites therapeuthiques

P.Démoly (expert universitaire, Montpellier)
C.Gallen (expert ANAFORCAL, GAILRC, Narbonne)
M.Agell-Perello (animateur/organisateur, AREFORCAL, Provence-Hyères)
A-M. Jonathan (rapporteur, AREPFORCAL 78/92, Garches)

Atelier de 18 personnes, dont 15 venant de divers endroits de France, 2 de La Réunion, 1 de Belgique; allergologues, pneumologues, généraliste et ORL.

Objectifs : faire le point sur les médicaments autorisés ou interdits chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite, notamment dans l'asthme et la rhinite, mais aussi dans la pratique allergologique.

Méthodes : 3 cas cliniques seront discutés par 3 groupes de 6, avec discussion en groupe, puis exposé et discussion avec l'ensemble des participants.

-1er cas : il s'agit d'un choc anaphylactique à un venin d'abeille chez une femme d'apiculteur. Ce cas permet d'aborder la question de l'*immunothérapie* chez la femme enceinte, du *choc anaphylactique* et celui de la *trousse d'urgence.*

- 2ème cas : il s'agit d'une femme enceinte de 8 mois, adressée par l'anesthésiste, avec antécédent d' « allergie aux pénicillines », et d'urticaire après soins dentaires. Ce cas permet d'aborder *l'exploration allergologique médicamenteuse*, notamment pour les *anesthésiques locaux* utilisés pour une péridurale.

- 3ème cas : il s'agit d'une femme enceinte de 2 mois avec asthme et rhinite traités qui interrompt tout traitement dès la positivité du test de grossesse, et qui redevient symptomatique. Ce cas permet d'aborder *les traitements de l'asthme et de la rhinite* chez la femme enceinte.
P. Demoly nous précise qu'il ne traitera pas les possibilités thérapeutiques chez la femme qui allaite : tous les détails sont dans le document remis en fin d'atelier (1).

Résultats :
1) Immunothérapie chez la femme enceinte :

Lorsqu'elle est possible, l'éviction allergénique est le traitement de choix.
Deux études internationales de petite taille existent sur ce sujet : d'un point de vue médicolégal, on ne débute pas une immunothérapie en cas de grossesse ;si celle-ci est débutée, on n'augmente pas les doses de l'immunothérapie. Il n'existe pas de données sur l'ITS sublinguale ou orale.
Il faut expliquer à la patiente le risque de choc lors de l'immunothérapie, qui est statistiquement plus important que celui d'être piquée par un hyménoptère. Il faudra formaliser la discussion et l'écrire au correspondant de la patiente. En aucun cas, même avec un consentement éclairé, un traitement d'immunothérapie ne peut être exigé par la patiente. Une *trousse d'urgence* devra être prescrite avec toutes les explications précises d'utilisation, écrites (notamment en ce qui concerne l'adrénaline).
Dans le cas d'une allergie aux venins d'hyménoptères en particulier, un traitement d'immunothérapie pourra être débuté après l'accouchement ; il n'y a pas de contre-indication à ce traitement lors de l'allaitement maternel.

2) Choc anaphylactique chez la femme enceinte :

Le choc anaphylactique, en dehors du risque vital pour la mère, provoque une souffrance foetale du fait de l'hypoxie secondaire à l'hypotension.
Le traitement optimal serait l'*éphédrine* intraveineuse (25 à 50 mg) ; en pratique, cette molécule est d'un maniement difficile sauf en milieu anesthésique ; l'adrénaline est nécessaire en cas de choc très sévère, ne réagissant pas à l'éphédrine.
L'*adrénaline* provoque une vasoconstriction splanchnique et utérine beaucoup plus marquée que celle liée à l'éphédrine, et entraîne une hypoperfusion du fœtus.
En pratique, il faut confier une trousse d'urgence avec un Anapen® lorsqu'il existe un risque de choc, avec explications détaillées et écrites de l'utilisation, comme d'usage; une surveillance foeto-maternelle en milieu spécialisé est indispensable, après l'injection.

3) Exploration allergologique médicamenteuse chez la femme enceinte (anesthésiques locaux, antibiotiques) : (2)

Lorsque l'histoire clinique et la chronologie permettent d'évoquer une allergie à une molécule d'*anesthésique* susceptible d'être utilisée lors de la péridurale, il faut faire une exploration allergologique.
Un prick test avec la molécule utilisée lors des manifestations cliniques, sans adrénaline, pure, puis une IDR à la dilution 1/10éme, si le prick test est négatif, sont réalisés; si les tests sont négatifs,

l'injection de 1 à 2ml de la solution d'anesthésique local non diluée et non adrénalinée par voie sous-cutanée en salle de travail 30 minutes avant la réalisation de l'anesthésie est faite : le test est négatif en absence de réaction à 30 minutes.

Il n'y a pas lieu de faire d'exploration allergologique préanesthésique sans histoire clinique évocatrice.

Un prick test au *latex* peut être effectué s'il existe un doute dans l'histoire clinique ; sa valeur diagnostique est bonne. Le dosage d'IgE spécifique peut aider en cas de test douteux.
En cas d'histoire clinique évoquant une sensibilité à un *antibiotique*, notamment de la classe « pénicilline», un prick test et des IDR peuvent être effectués, mais le risque d'anaphylaxie induite par les tests cutanés existe pour les patientes avec des histoires cliniques très rapides et/ou sévères. Si un doute existe, il est préférable de faire une contre-indication d'usage de la classe concernée. Les tests de provocation orale ne peuvent pas être réalisés pendant la grossesse en dehors d'un besoin thérapeutique absolu du médicament et de l'absence d'alternative.

4) Traitement de l'asthme et de la rhinite chez la femme enceinte :

I. ASTHME :

a) Influences de l'asthme sur la grossesse :
Une étude canadienne récente (3) montre que les risques sont essentiellement liés au niveau de contrôle de l'asthme :
- il n'existe pas de relation significative entre la prise de corticostéroïdes inhalés et l'hypertension et la pré-éclampsie.
- ces risques sont significativement augmentés lors d'un asthme sévère ou non contrôlé :

> lorsque, avant la conception, la prise de bêta 2 courte durée d'action au moins 3 fois par semaine est nécessaire.

> lorsque, avant la conception, a eu lieu un passage aux urgences ou une hospitalisation pour asthme.

> lorsque la prise de glucocorticoïdes oraux a été nécessaire pendant la grossesse.

Ces 3 points sont considérés comme des marqueurs de non contrôle d'asthme et /ou de sa sévérité.

L'asthme est responsable des complications de la grossesse mais pas le traitement.

b) Influences de la grossesse sur l'asthme :
La grossesse peut influencer l'évolution de l'asthme : globalement, 25% des asthmes s'améliorent ; 25% s'aggravent et la moitié restent stables.
En cas d'asthme sévère, le risque d'exacerbation est multiplié par 3.
Cette évolution est variable selon les individus, mais elle semble reproductible en cas de grossesses successives dans plus de la moitié des cas.

Les exacerbations de l'asthme sont corrélées à sa sévérité et à son contrôle médicamenteux.

II. RHINITE :

La prévalence en France de la rhinite allergique est de 22 à 30%. Son évolution est variable pendant la grossesse.
Un cas particulier est la rhinite hormonale, due à l'augmentation de progestérone ; il s'agit d'une rhinite vasomotrice, due à l'augmentation du flux sanguin des plexus de la muqueuse nasale, avec une obstruction nasale très importante au 3ème trimestre de la grossesse, résistant à tout traitement ; seul l'accouchement fera disparaître cette rhinite en quelques jours.

III. LES DIFFERENTS TRAITEMENTS :

Il n'existe que peu d'études pharmacologiques concernant l'utilisation des médicaments chez la femme enceinte. Il n'y a en général pas de déclaration faite lorsqu'un médicament a été pris sans problème pendant la grossesse...
Sur le plan médico-légal, le Vidal est opposable, au même titre que les publications originales et les recommandations de sociétés savantes.

a) Les Bêta 2 mimétiques à courte durée d'action :
Salbutamol et *Terbutaline* ne présentent pas de danger particulier pendant la grossesse.
Il est conseillé de les arrêter 48 heures avant l'accouchement car ils pourraient retarder le travail.
L'abus de leur utilisation signe une absence de contrôle de l'asthme, donc un facteur de risque à surveiller de près, un traitement de fond à optimiser et une surveillance rapprochée de la mère et du fœtus à instaurer.

b) Les Bêta 2 mimétiques à longue durée d'action :
Salmétérol et *Formotérol* sont à éviter, par précautions, sauf en cas d'asthme persistant modéré ou sévère non contrôlé par les autres thérapeutiques . Dans ces cas, il faudra revoir la patiente régulièrement, au moins une fois par mois.
Il faut toujours faire la balance bénéfice-risque et le documenter dans le dossier de la patiente et auprès du correspondant.

c) Les théophyllines :
Ces molécules sont moins utilisées actuellement. Elles peuvent provoquer des nausées et accentuer un reflux gastro-oesophagien : à ne pas prescrire dans ces conditions.
Si le traitement est prescrit avant la grossesse, il peut être poursuivi, en association avec les corticoïdes inhalés et uniquement si l'asthme n'est bien contrôlé qu'avec cette association ; la théophyllinémie devra être surveillée régulièrement , ne pas dépasser 10mg/l, surtout en fin de grossesse.

d) Les Glucocorticoïdes inhalés :
Les données humaines sont rassurantes, avec plus de 25 ans de recul clinique pour la *Béclométhasone*.

Quelques cas anecdotiques d'insuffisance surrénale aiguë ont été décrits avec la *Fluticasone*.
L'indication de cette classe de médicaments est formelle dans les recommandations du GINA , dès le stade 2.
Il faut préférer la *Béclométhasone* et réserver le Budésonide et la *Fluticasone* en cas d'échec thérapeutique.
Il n'y a pas d'argument formel pour modifier un traitement qui équilibrait bien l'asthme avant le début de la grossesse.

e) Les glucocorticoïdes systémiques :
Ils sont tous inducteurs de malformations fœtales (fentes labio-palatines). L'évaluation du rapport bénéfice/risque est cependant toujours en faveur du traitement glucocorticoïde si la sévérité de la maladie maternelle le justifie ; dans ce cas, l'hypoxie maternelle, même modérée, est plus délétère pour le fœtus que les éventuelles tératogénicité et foetotoxicité du traitement.
La *prednisone*, la *prednisolone* et surtout la *méthylprenisolone* du fait de sa meilleure pénétration pulmonaire, semblent les molécules à préférer, en évitant de dépasser des doses quotidiennes de 0,5 mg/kg et de diminuer le plus vite possible.

f) Les antihistaminiques :
La tératogénicité est liée à la molécule et pas à la classe du médicament. L'*hydroxyzine*, la *cétirizine* (métabolite actif de l'hydoxyzine), la *loratadine* n'ont pas de tératogénicité démontrée.
En pratique : On ne prescrira de médicament chez la femme enceinte qu'en cas d'inconfort important, sans excès thérapeutique.
Des molécules non sédatives seront préférées, donc des antiH1 de seconde génération.
La Cétirizine sera préférée ; la Loratadine est possible si cette molécule est plus active chez la patiente; nous n'avons pas de recul clinique suffisant sur les énantiomères et les métabolites d'antihistaminiques de deuxième génération.

g) Les autres traitements :
- Les cromones : le *cromoglycate* n'est pas métabolisé; il est autorisé, s'il est nécessaire.
- Les antileucotriènes : le *Montelukast* : il n'y a pas d'étude. Cette molécule sera à éviter au cours du premier trimestre. Si la preuve est faite de son utilité pour l'équilibre de l'asthme, elle pourra être prise à partir du 2ème trimestre de la grossesse.
- Les atropiniques : *Ipatropium* : cette molécule devra être évitée au cours du premier trimestre, mais pourra être utilisée en cas d'exacerbation sévère d'un asthme maternel ; à partir du 2ème trimestre , elle est justifiée en cas de forte rhinorrhée résistante aux autres traitements.
- Les *décongestionnants oraux* : suspects d'être tératogènes en cas d'utilisation lors *du premier trimestre de la grossesse (malformations cardiaques, agénésie des membres), leur utilisation n'est pas justifiable.*

En conclusion : chez la femme enceinte

- Lorsqu'elle est possible, l'éviction allergénique est le traitement de choix.
- L'arrêt du tabagisme est toujours nécessaire.
- Le contrôle de l'asthme passe par l'information et l'éducation de la patiente. Il faut discuter des choix des médicaments et de l'importance d'un suivi régulier, mensuel, même si l'asthme paraît contrôlé. L'information de la patiente doit être communiquée à son médecin traitant ainsi qu'à son gynécologue ou obstétricien, d'autant plus qu'il s'agit d'une patiente à risques.
- Les complications sont plus liées à la sévérité de l'asthme et son mauvais contrôle qu'à sa thérapeutique.



Bibliographie :

1) Médicaments de l'asthme, de la rhinite et des allergies. Précautions au cours de la grossesse et de l'allaitement ; P. Demoly et al.: Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 43 Suppl 1 (2003) 3s-49s.
(Ce supplément a été rendu possible par une subvention de l'association loi 1901 Allos Ergon)
2) Recommandations de la SFAR – SFAIC-ANAES 2001 (sites internet)
3) Use of inhaled corticosteroids during pregnancy and risk of pregnancy induced hypertension. Martel M.J. et al. : BMJ. 2005 Jan 29 ; 330(7485) :230.
4) Vidal : rubrique Grossesse et Allaitement

Tableau récapitulatif des médicaments pour l'asthme et la rhinite chez la femme enceinte

CLASSES MÉDICAMENTEUSES	RECOMMANDATIONS	
	À UTILISER	À ÉVITER
Béta2mimétiques courte durée d'action	Salbutamol Terbutaline	
Béta2mimétiques longue durée d'action		Salmétérol Formotérol
Théophyllines		Théophyllines
Glucocorticoïdes inhalés	Béclométhasone Budésonide* / Fluticasone*	
Glucocorticoïdes systémiques	Méthylprednisolone Prednisolone* / Prednisone*	Béthamétasone Dexaméthasone
Antihitaminiques	Cétirizine Loratadine	Hydroxyzine
Cromones	Cromoglycate	
Antileucotriènes		Montelukast
Antropiniques		Ipatropium au 1er trimestre
Décongestionnants oraux		Tous

*en deuxième intention

Allergie et intolerance aux farines et au gluten

Fabienne Rancé (expert universitaire)
François Payot (expert ANAFORCAL)
Agnès Cheynel (animateur)
Michel Bouvier (rapporteur)

RESUME

L'allergologue libéral est confronté dans sa pratique courante aux accidents allergiques et pseudallergiques aux farines et au gluten.
Cet atelier a donc fait le plein en rassemblant 22 participants venus parfaire leur connaissance botanique, reconnaître les différentes formes cliniques avec leur spécificité chez l'adulte et chez l'enfant, les moyens diagnostiques, l'évolution et les modalités thérapeutiques.

MOTS CLES

blé, gliadine, dermatite atopique, anaphylaxie, tests cutanés, test de provocation, éviction.

I. OBJECTIFS

Les objectifs de cet atelier étaient ambitieux :

1) Citer les critères qui permettent d'éliminer une maladie coeliaque

2) Lister les différents composants de la farine et leurs fractions potentiellement allergéniques

3) Enumérer les particularités cliniques de l'allergie alimentaire à la farine de blé dans ses formes suivantes :

a. la dermatite atopique
b. l'allergie immédiate IgE dépendante
c. l'allergie induite par l'exercice physique et l'inges-

tion alimentaire (AIEPIA)

4) Lister les arguments para cliniques en faveur d'une allergie alimentaire à la farine de blé

5) Rédiger les conseils à donner au patient en fonction de sa pathologie

6) Prendre connaissance de l'allergie émergente aux isolats de blé

II – MATERIEL ET METHODES

C'est à partir d'un questionnaire type QCM d'immunobotanique et de trois cas cliniques commentés par nos deux experts Fabienne Rancé et François Payot, tous deux pédiatres allergologues, qu'un échange interactif s'est instauré, agrémenté par de courts exposés théoriques (botanique, maladie coeliaque, clinique et diagnostic de l'allergie aux protéines de blé).

III – RESULTATS

1) Epidémiologie :
- touche 2 à 4 % des enfants et 14 % d'adultes sans prédominance de sexe (allergie).
- représente 5 à 8 % des accidents allergiques alimentaires sévères ; plus fréquente dans le nord de l'Europe.

2) Botanique :
Quelques précisions
> les hydrolysats correspondent à une hydrolyse partielle du gluten ; sont de plus en plus utilisés en cosmétologie
> les isolats correspondent à un gluten désamidé ce qui améliore ses propriétés de liaisons. On les retrouve volontiers dans les charcuteries
> il existe différentes fractions protéiques potentiellement allergéniques à partir de l'albumen (ou amande du grain) :
- les albumines et globulines sont impliquées dans l'asthme du boulanger.
- les prolamines avec les gliadines et les gluténines donnent des anaphylaxies alimentaires (oméga5 gliadines) impliquées dans les anaphylaxies induites par l'effort et l'ingestion de blé ; a gliadine pour la maladie coeliaque).

3) Manifestations cliniques :
> immédiate : urticaire, angioedème notamment et anaphylaxie alimentaire induite par l'effort (AIEPIA), touche essentiellement l'adulte, évolue dans le cadre d'une monosensibilisation ; également signes digestifs, respiratoires
> retardée :
- la dermatite atopique (DA) retrouvée surtout chez l'enfant, évolue dans le cadre d'une polysensibilisation
- l'asthme professionnel (non discuté dans l'atelier)

4) Diagnostic :
a. Interrogatoire
Il doit être minutieux. On fera préciser les antécédents atopiques, la chronologie des évènements. Pour l'AIEPIA, il faudra rechercher la consommation de l'allergène dans les 4 heures précédent l'effort ; pour la DA on recherchera l'aggravation des lésions lors de l'introduction de la farine de blé et leur persistance malgré un traitement par dermocorticoïdes et émollients bien conduit.

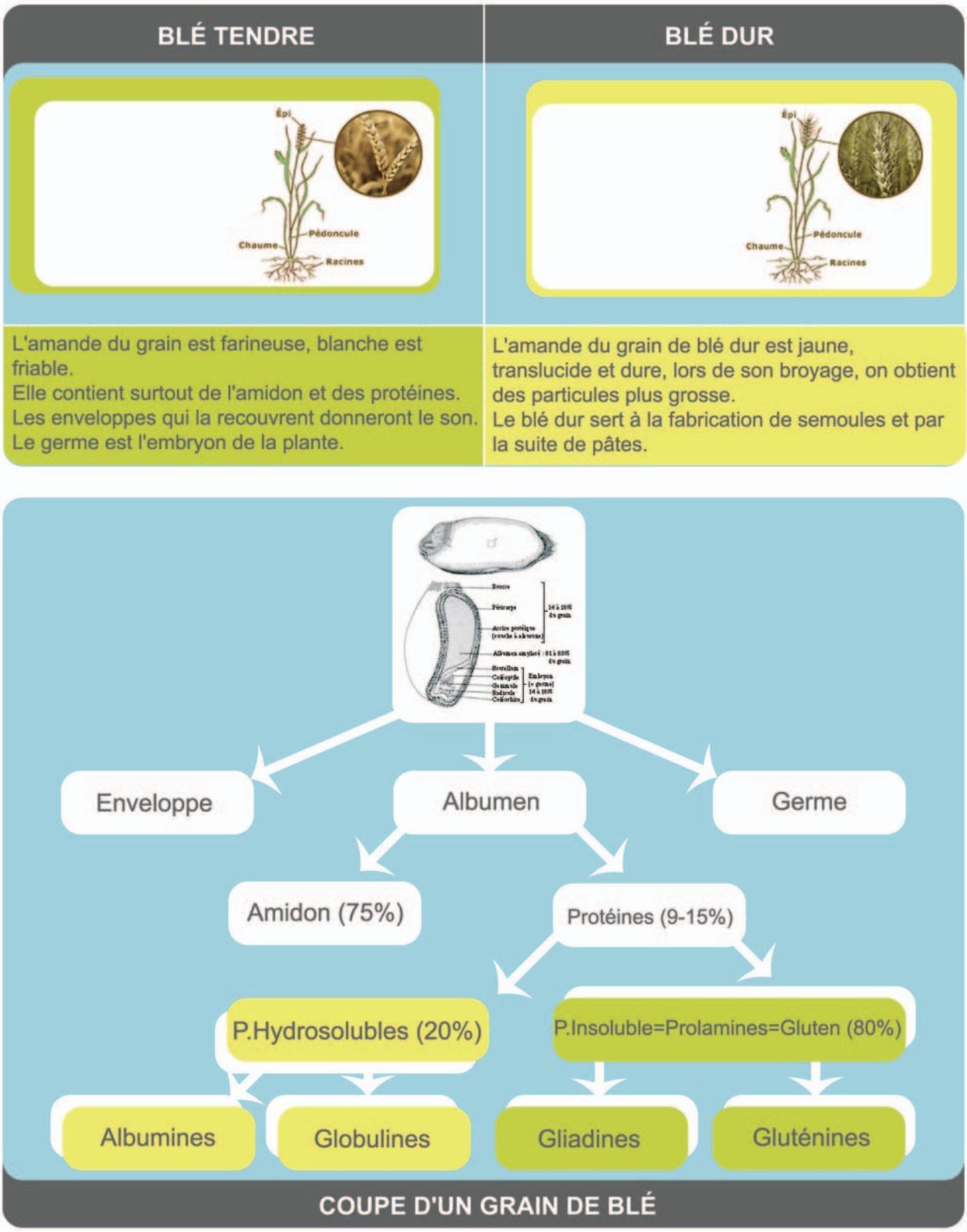
b. Les tests cutanés
- les pricks tests : on fera les pricks tests au blé, farine de blé, gluten, isolat de blé avec la batterie spécifique (ALLERBIO) ; chez le jeune enfant on en profitera pour tester d'autres aliments (jaune d'œuf, blanc d'œuf, lait de vache, arachide, moutarde, noisette, sésame et kiwi notamment). Les pricks tests aux pneumallergènes perannuels (acariens et chat) seront fait à partir de un an. Il faut se méfier des tests positifs pour le blé chez l'allergique aux pollens de graminées sans pertinence clinique.
- les atopy patchs tests : seront réalisés dans un second temps si les pricks tests sont négatifs. On fera également des tests épi cutanés aux dermocorticoïdes et aux émollients utilisés en cas d'eczéma atopique chez l'enfant.

c. Les examens biologiques
On demandera un dosage des IgE spécifiques oméga5 gliadine dans l'AIEPIA (difficile car peu de laboratoires le font). Chez l'enfant, le dosage des IgE spécifiques gluten et farine de blé est intéressant pour le suivi de la sensibilisation mais il n'existe pas de valeur seuil..

d. TPO
Pas de protocole standardisé.
Après les premières doses données en milieu hospitalier, l'ingestion de la farine de blé peut être poursuivie à domicile en cas de dermatite atopique simple, l'enfant revenant tous les jours pendant 5 jours (évaluation du scorad).

POLYGONACÉES	GRAMINÉES		CHÉNOPODIACÉES
sarazin	blé tendre et dur	riz	quinoa
	orge	maïs	
	seigle	canne à sucre	
	triticale	avoine	
		millet	

Tableau récapitulatif des botaniques



Pour en savoir plus

- Palosuo K. Update on wheat hypersensitivity. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2003;3:205-9.
- Palosuo K, Varjonen E, Kekki OM, Klemola T, Kalkkinen N, Alenius H, Reunala T. Wheat beta-5 gliadin is a major allergen in children with immediate allergic reactions to ingested wheat. J Allergy Clin Immunol 2002 ; 108 : 634-8.
- Battais F, Mothes T, Moneret-Vautrin DA, Pineau F, Kanny G, Popineau Y, Bodinier M, Denery-Papini S. Identification of IgE-binding epitopes on gliadins for patients with food allergy to wheat. Allergy 2005 ; 60 : 815-21.
- Walusiak J et Walusiak J, Hanke W, Gorski P, Palczynski C. Respiratory allergy in apprentice bakers : do accupational allergies follow the allergic march ?. Allergy 2004 ; 59 : 442-50.
- Walusiak J. Occupational upper airway diseases. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2006 ; 6 : 1-6.
- Sander I, Merget R, Degens PO, Goldscheid N, Bruning T, Raulf-Heimsoth M. Comparaison of wheat and rye flour skin pric test solutions for diagnosis of baker's asthma. Allergy 2004 ; 59 : 95-8.
- Pourpak Z, Mesdaghi M, Mansouri M, Kazemnejad A, Toosi SB, Farhoudi A. Which cereal is a suitable substitute for wheat in children with wheat allergy ? Pediatr Allergy Immunol 2005 ; 16 : 262 – 6.
- Scibilia J, Pastorello EA, Zisa G, Ottolenghi A, Bindslev-Jensen C, Pravettoni V, Scovena E, Robino A, Ortolani C. Wheat allergy : A double-blind, placebo-controlled study in adults. J Allergy Clin Immunol 2006 ; 117 : 433-9.
- Constantin C, Huber WD, Granditsch G, Weghofer M, Valenta R. Different profiles of wheat antigens are recognised by patients suffering from celiac diseases and IgE-mediated food allergy. Int Arch Allergy Immunol 2005 ; 138 : 257-66

A faire en milieu hospitalier si risque d'anaphylaxie en débutant à des doses minimes (1mg) ; savoir monter les doses (30g). La dose déclenchante varie de 1 mg à 5 g pour les réactions immédiates, et peut atteindre 35 g dans les réactions retardées. La dose déclenchante est plus élevée chez l'adulte que chez l'enfant.
Pour l'AIEPIA peu d'intérêt, risqué dangereux et lourd (3 jours d'hospitalisation).

5) Conduite à tenir

a. Chez l'adulte, le risque de réaction sévère est réel. En cas d'AIEPIA, l'éviction du blé doit être stricte dans les 4 heures précédent un effort (notamment la course à pied) ; le patient doit avoir une trousse d'urgence (anti H1, cortisone, B2 mimétique et stylo ANAPEN). Pas d'anti-histaminique en systématique si l'éviction est bien faite.

b. Chez l'enfant, éviction plus souple en précisant la dose minimale réactogène ; autoriser la farine de blé le plus facilement possible, ne pas retarder la diversification (6 mois). Traitement par émollients et dermocorticoïdes lors des poussées. L'évolution est en général favorable avant l'âge adulte. L'allergie est à évaluer chaque année.

EVICTION DU BLE
> éviction du gluten (le régime est le même)
20 % des allergies au blé ont une allergie à d'autres céréales (orge, seigle, avoine, riz)
- blé tendre, blé dur, orge, seigle, froment, épeautre, avoine (risque de contamination par des protéines de blé), amidon et dérivés, produits contenant du gluten
- médicaments et cosmétiques.
- (DA) plastiques, vernis préparés et pâte à modeler; éviction des émollients à base d'avoine la première année.

Aliments de substitution à discuter : riz, maïs, quinoa, manioc, pomme de terre...
IV – DISCUSSION

L'atelier était destiné à la pratique courante et c'est ce qui a été abordé.
Les différentes formes cliniques de cette maladie ont été évoquées ce qui a permis aux participants de différencier les formes de l'adulte (anaphylaxie) à risque vital et les formes de l'enfant (hypersensibilité retardée) réalisant le plus souvent une dermatite atopique.
La chronologie des évènements, les signes cliniques et les tests cutanés ont une bonne sensibilité pour approcher le diagnostic.
La mesure des IgE spécifiques est intéressante chez l'enfant pour le suivi de la sensibilisation.

V – CONCLUSION

Des connaissances botaniques minimales sont indispensables pour se familiariser avec l'allergie au blé.
Chez l'enfant, souvent associée à une dermatite atopique, évoluant dans le cadre d'une polysensibilisation alimentaire ; le pronostic est bon avec guérison vers l'âge de 3 ans. Il ne doit pas y avoir de retard de diversification, le régime d'éviction du gluten bien que rigoureux doit s'attacher à trouver la dose maximale tolérée. La réévaluation sera faite tous les ans. On recherchera une sensibilisation aux pneumallergènes per-annuels dès l'âge de un an.
Chez l'adulte, il s'agit le plus souvent d'une monosensibilisation. Eviction et trousse d'urgence sont les maîtres mots du traitement de cette allergie fixée qui peut être grave, c'est pourquoi le blé fait partie des 12 allergènes à mention obligatoire.

ATOPY PATCH TEST FARINE DE BLÉ

FARINE
↓
SERUM PHYSIOLOGIQUE
↓
CUPULE DE 12 mm (cupule large)
↓
LECTURE A 48 ET 72 HEURES

(Se) : 67% (76% < 1 an et 33% entre 2 et 3 ans)

(Sp) : 79%

VPP : 90% ; VPN : 46%

PETITES ANNONCES

«Allergologue Exclusif Bordeaux propose association à autre Allergologue Exclusif. Cabinet bien équipé et bien situé (centre ville, station tramway immédiatement en face du cabinet). Possibilité de travailler en Clinique à proximité.
Ecrire : **allergologie@myway.com**

NOUVELLES PARUTIONS

Livre :
Moneret-Vautrin D.A., Kanny G., Morisset M., Les allergies alimentaires de l'enfant et de l'adulte Eds Masson, Issy les Moulineaux, 2006
Cet ouvrage, fondé sur l'expérience de l'équipe de Nancy, actualise les connaissances sur l'allergie alimentaire. Il se veut aussi une mine d'informations pour les allergologues.



CD :
Dhivert Donnadieu H., Asthme Pro V9
La mise à jour annuelle du logiciel d'aide au diagnostic des asthmes professionnels est parue. Chaque nouvelle version, depuis dix ans, présente les mises à jour de la littérature nationale et internationale : nouveaux allergènes répertoriés, nouvelles possibilités diagnostiques...
Cette version V9 a été présentée par le Laboratoire PHADIA (ex PHARMACIA) au CFA 2006 à Paris. Le CD est distribué gratuitement par le laboratoire sur simple demande ou par l'intermédiaire de votre visiteur régional. Il sera également prochainement en ligne sur le site de l'ANAFORCAL **www.anaforcal.org**

Allergologie pratique

CONGRES

FRANCE

14-17 juin 2006 : Congrès de la Société Française de Pédiatrie SFP – LYON
15-17 juin 2006 : Congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne (samedi 17 juin : pathologie allergique) NANCY
www.b-c-a.fr
22-23 juin 2006 : Séminaire Immunologie clinique et allergologie. Faculté de médecine Lyon Sud- Centre Hospitalier Lyon Sud
www.allergolyon.org
21-23 septembre 2006 : 27ème cours du GERDA – TOULOUSE



Novembre 2006 : Etats Généraux de l'Asthme – PARIS
4-5 novembre 2006 : 2eme Congrès Francophone Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie CFPPA – PARIS
Contact : Sylvie CANOBBIO Tel : 01 44 38 16 24 Fax : 01 44 38 17 40
24-25 novembre 2006 : Journées d'Etudes Scientifiques JES du Réseau National de Surveillance Aérobiologique RNSA – ANGERS
Janvier 2007 : 11eme Congrès de Pneumologie de Langue Française CPLF – NICE
4-5 octobre 2007 : Symposium CICBAA 2007 « Actualités en Allergologie Alimentaire »

INTERNATIONAL

8-11 juillet 2006 : Congrès International de Pneumologie Pédiatrique CIPP – MONTREAL (Canada)
15-18 juillet 2006 : World Congress of Asthma WCA - LAUSANNE (Suisse)
www.worldasthma06.ch
21-25 août 2006 : 8th International Congress on Aerobiology (ICA) NEUCHATEL (Suisse) « Aerobiology : towards a comprehensive vision »
www.aerobiology.ch, www.meteoswiss.ch, www.unine.ch
2-6 septembre 2006 : European Respiratory Society ERS – MUNICH (Allemagne)
www.ersnet.org
11-14 décembre 2006 : 52ème International Respiratory Congress IRS – LAS VEGAS (US)
23-27 février 2007 : 63rd Annual Meeting of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology - SAN DIEGO (US)
annualmeeting@aaaai.org
9-13 juin 2007 : EAACI – GOTEBORG (Suède)
eaaci2007@congrex.se

Allergologie pratique

FORMATION/STAGE

Une Evaluation ou des Evaluations

Nous avons tous vu un artiste peintre prendre du recul, regarder sa toile et corriger. Nous avons entendu un chanteur, un musicien ou un acteur enregistrer sa prestation, l'écouter et adapter ensuite son interprétation.
Que font-ils ? Ils évaluent leur travail bien sûr.
Alors pourquoi, nous, allergologues, ne ferions nous pas de même ?
La difficulté majeure est que nous ne produisons pas un travail « fini et palpable » et que pour l'évaluer, il nous faut créer des outils adaptés pour ensuite pouvoir les utiliser.

Nous pouvons évaluer d'une part nos connaissances et d'autre part nos pratiques. L'ANAFORCAL met à notre disposition deux types d'outils adaptés à ces deux évaluations distinctes et chacun d'entre nous peut choisir le mieux adapté à ses besoins.

I. NOS CONNAISSANCES

Pour évaluer nos connaissances et faire un recueil de nos besoins personnels en formation, nous pouvons travailler sur le site **www.anaforcal.org** , un outil existe déjà.
Comment ?
Un questionnaire anonyme, modulable nous est proposé sous forme de QCM. Le remplissage de ce test demande 1 à 2 heures de travail au maximum qui peut être fractionné.
A l'issue, nous recevons une attestation d'évaluation et un commentaire nous précisant directement les thèmes sur lesquels nos besoins de FMC sont les plus présents, là où nos scores ont été les plus faibles.
Libre à nous ensuite, de compléter on non par une formation adaptée :
Soit via Internet, sur ce même site, car des modules seront bientôt disponibles.
Soit par tout autre moyen : lecture, stage, ateliers...
Puis de nous réévaluer à distance sur le même mode et nous recevrons alors un comparatif de notre travail.

II. NOS PRATIQUES

Pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP, maintenant obligatoire), l'ANAFORCAL travaille actuellement à la création d'un outil adapté aux allergologues et rapidement utilisable.

Rappel : Pour faire une E P P collective, un groupe de 10 à 12 allergologues va se réunir, se choisir un coordinateur et décider d'un référentiel à utiliser. Ce référentiel doit être adapté (par exemple sur « I T S » ou « asthme de l'enfant » ou « prise en charge de l'urticaire »...). Au décours de cette première réunion chaque allergologue repart avec une grille d'analyse de sa pratique sur le sujet choisi qu'il va remplir dans son cabinet pour les 10 ou 20 premiers dossiers correspondant au thème. Il va ensuite envoyer ses grilles d'analyse remplies au coordinateur qui en fera une synthèse globale et anonyme. Celle-ci sera présentée au cours d'une réunion du groupe après un à trois mois. Un expert déterminera alors les voies d'amélioration à envisager ce qui explique pourquoi FMC et EPP sont intimement liées.
Il sera ensuite intéressant de refaire une nouvelle analyse à distance pour juger de la modification des pratiques.

Actuellement les seuls référentiels existant pour nous sont : « suivi des asthmes de l'enfant » et « tenue du dossier médical » ce qui est insuffisant. La voie choisie par l'ANAFORCAL est de travailler sous contrôle de l'UNAFORMEC à laquelle nous adhérons, pour établir des référentiels adaptés aux allergologues.

Ce choix a un coût :
Il faut faire agréer chaque AREFORCAL (association régionale de formation continue en allergologie) qui aura un audit de ses pratiques (court travail et 250 euros) et régler 155 euro par médecin évalué.

FORMATION : Une Evaluation ou des Evaluations

Mais il présente plusieurs avantages :
- être automatiquement agréés sans avoir à déposer un lourd dossier au résultat incertain à la Haute Autorité de Santé (H A S)
- mettre en pratique notre savoir faire certain

Pour se faire nous avons prévu une formation les ***16-17 septembre*** à Paris pour écrire des référentiels et former 30 volontaires (un par AREFORCAL). Cette formation est totalement prise en charge (sauf le transport).
Il faut savoir que le coût demandé est finalement faible au regard d'autres pratiques et qu'il est possible de se faire sponsoriser. Chaque président d'AREFORCAL va recevoir un bulletin d'inscription pour ces deux journées. Si vous êtes intéressés prenez contact avec votre président qui choisira un représentant.

En espérant que cette proposition pourra rendre service au plus grand nombre et nous inciter encore plus à une formation liée à une évaluation.
L'ANAFORCAL souhaite vous donner clé en mains des outils à utiliser à votre rythme dans les AREFORCAL.
Tout le bureau et plus particulièrement moi même, restons à votre écoute sur ces thèmes.
Pour le bureau : François WESSEL fwessel@wanadoo.fr

MINI-STAGES

11-12 septembre 2006 : « Allergies alimentaires »
Fin 2006 (date à préciser) : « Allergies Médicamenteuse »
Des mini-stages d'allergologie sont organisés par l'équipe du Professeur DA Moneret-Vautrin à Nancy. Ils comportent l'assistance aux consultations spécialisées le matin, des cours de perfectionnement l'après-midi et une présentation de dossiers. Un dossier d'articles d'intérêt général et de fiches techniques est remis.
Les chèques sont à libeller à l'ordre du CICBAA. Le CICBAA est reconnu comme organisme de formation. Son numéro d'agrément est : 41-54-01572-54.
Les demandes d'inscription sont à adresser au Professeur D. Anne Moneret-Vautrin, Service de Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie, Hôpital Central, 54035 NANCY Cedex.
Les droits d'inscription, repas compris, sont de 155 euros.

DIU
"Techniques Diagnostiques et Therapeuthiques en Allergologie"

Pour l'année 2006/2007 :

Ce DIU comporte 8 à 9 stages de deux jours sur deux ans entre les villes de Nancy (Pr DA. Moneret-Vautrin, Pr G .Kanny), Strasbourg (Pr G. Pauli, Pr F. de Blay), Reims (Dr F. Lavaud et Dr JF. Fontaine) et Besançon (Pr JC. Dalphin).
L'enseignement est à dominante pratique et permet l'actualisation des connaissances.
L'examen final (3h d'épreuves écrites en juin de la 2ème année) explore les conduites diagnostiques et thérapeutiques en allergologie. Les 2/3 de l'examen sont représentés par des cas cliniques.
Un mémoire sur un sujet de pratique courante pour le médecin est remis en septembre suivant.
Les inscriptions se prendront en 2006 (jusqu'au 30 novembre 2006) à l'adresse suivante :
Service des Spécialités
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
BP 184 - 54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
Tél. 03.83.68.30.34
Email : **contact@medecine.uhp-nancy.fr**
Les frais s'élèvent à 584.57 € (frais pédagogiques = 381 € + frais administratifs = 203.57€) pour la 1ère année.
Pour la 2ème année il y a exonération des frais pédagogiques.

Il est demandé aux médecins s'inscrivant d'avertir par courrier le Professeur D. A. Moneret-Vautrin.

Notes

GERDA
GROUPE D'ETUDES ET DE RECHERCHES EN DERMATO - ALLERGOLOGIE

21→23 Septembre 2006

27ème cours d'actualisation en dermato-allergologie du GERDA



"L'œuvre sans fin" Charles Bidoli

TOULOUSE

ORGANISATION SCIENTIFIQUE

Dr. Françoise Giordano-Labadie

e-mail : giordano-labadie.f@chu-toulouse.fr - Tél. : 05 61 77 23 82 - Fax : 05 61 77 74 30

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél : 05 34 32 63 67 - Fax : 05 62 26 26 10 - e-mail : gerda@adeque.com



Traitement symptomatique
- **Rhinite allergique (incluant la rhinite allergique persistante)**
- **Urticaire chronique idiopathique**

Xyzall®
LEVOCETIRIZINE 5 mg

Se libérer de l'allergie

XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé. **COMPOSITION :** Dichlorhydrate de lévocétirizine 5 mg, pour un comprimé pelliculé, excipients dont lactose q.s.p. 1 comprimé. **DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique de la rhinite allergique (incluant la rhinite allergique persistante) et de l'urticaire chronique idiopathique. **Posologie et mode d'administration :** *Adultes et enfants de plus de 12 ans* : 5 mg par jour, soit 1 comprimé pelliculé. *Sujets âgés* : Un ajustement de la dose est recommandé chez le sujet âgé s'il présente une insuffisance rénale modérée à sévère (cf « insuffisant rénal » ci-dessous). *Enfants de 6 ans à 12 ans* : 5 mg par jour, soit 1 comprimé pelliculé. Il n'existe pas de dosage adapté pour les enfants de moins de 6 ans. *Insuffisant rénal* : La posologie doit être ajustée selon la fonction rénale. *Insuffisant hépatique* : Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez le patient atteint d'insuffisance hépatique isolée. **Contre-indications :** Hypersensibilité connue à l'un des composants du produit, ou aux dérivés de la pipérazine. Insuffisance rénale sévère avec clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi :** L'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée chez l'enfant de moins de 6 ans car la forme en comprimé pelliculé dosée à 5 mg ne permet pas d'adaptation posologique pour cette tranche d'âge. La prudence est recommandée en cas d'ingestion d'alcool. En raison de la présence de lactose dans le comprimé, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction*:** Les études réalisées avec la cétirizine (forme racémique) n'ont révélé aucune interaction cliniquement pertinente. De ce fait, aucune étude n'a été réalisée avec la lévocétirizine. **Grossesse et allaitement*:** La prudence est recommandée lors de la prescription chez la femme enceinte ou allaitante. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*:** Des études cliniques comparatives réalisées avec la lévocétirizine à la posologie recommandée n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de réaction, ou de la capacité à conduire. Cependant, somnolence, fatigue et asthénie ont été décrits chez certains patients. **Effets indésirables*:** Au cours d'études cliniques menées chez des femmes et des hommes âgés de 12 à 71 ans, 15,1% des patients du groupe lévocétirizine (5 mg) et 11,3% des patients du groupe placebo ont présenté au moins un effet indésirable. 91,6% de ces effets indésirables étaient d'intensité légère à modérée. Dans les essais cliniques, le taux de sortie d'essai en raison d'évènements indésirables a été de 1,0% dans le groupe lévocétirizine (5 mg), et de 1,8% dans le groupe placebo. Au cours de ces essais, la lévocétirizine a été administrée à 935 sujets, à la posologie recommandée de 5 mg par jour. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés étaient : céphalées (placebo 3,2%, lévocétirizine 2,6%), somnolence (placebo 1,4%, lévocétirizine 5,2%), sécheresse de la bouche (placebo 1,6%, lévocétirizine 2,6%), fatigue (placebo 1,2%, lévocétirizine 2,5%). Les effets indésirables comme asthénie et douleur abdominale ont été rarement observés. Un effet sédatif se manifestant notamment par une somnolence, une fatigue ou une asthénie a été observé dans l'ensemble plus fréquemment sous lévocétirizine 5 mg (8,1%) qu'avec le placebo (3,1%). En plus des effets indésirables rapportés au cours des essais cliniques et listés ci-dessous ; quelques très rares cas d'effets indésirables ont été rapportés depuis la commercialisation du produit : Système immunitaire : hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques ; Système respiratoire : dyspnée ; Système gastro-intestinal : nausée ; Peau et du tissus sous-cutanés : œdème angioneurotique, prurit, rash, urticaire ; Prise de poids. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Antihistaminique à usage systémique, dérivé de la pipérazine. Code ATC : R06AE09. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** UCB Pharma S.A., 21 rue de Neuilly, 92003 Nanterre. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** 358 502-4 : 14 comprimés sous plaquettes thermoformées (OPA/Aluminium/PVC). 358 505-3 : 28 comprimés sous plaquettes thermoformées (OPA/Aluminium/PVC). **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DELIVRANCE :** Liste II. Prix 4.86 € (14 comprimés), 9.19 € (28 comprimés). Remb. Séc. Soc. à 35%. Collect. Coût du traitement journalier : 0.33-0.35 €. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** 29 juin 2005. ***Pour une information complète, consultez votre VIDAL.**

VSC : 001/janvier 2006