



Académie
Algérienne
d'Allergologie

AllergoLoupe

Numéro 00 Mars 2018 ISSN N° 2602 - 7003

Bulletin périodique de l'Académie Algérienne d'Allergologie

ÉDITORIAL

Rédacteur en chef :

Y. MEDDOUR

Comité Scientifique :

R. AOUAMEUR

O. CHABATI

R. DJIDJIK

M. GHARNAOUT

H. HADDAM

G. KIARED

S. LAZREG

D. NAFAI

K. SALHI

Directeur de la rédaction et président

de l'Académie Algérienne
d'Allergologie :

M. GHARNAOUT

3ème Congrès de l'AAA



Chers amis, chers confrères

Il m'est très agréable de vous introduire à l' « Allergo Loupe », nouvel espace d'échanges de l'Académie Algérienne d'Allergologie (AAA) dans sa version électronique et papier.

L'AAA est la société savante des spécialistes de l'allergie. Elle regroupe : la pneumologie, la pédiatrie, l'immunologie, la dermatologie, l'ORL, l'ophtalmologie, la gastro-entérologie, la médecine interne, l'anesthésie réanimation, les maladies professionnelles, l'allergologie proprement dite et enfin la médecine générale.

Sa force réside dans le fait qu'elle réunit des praticiens de divers horizons : allergologues universitaires, hospitaliers et libéraux, ainsi que des chercheurs en sciences fondamentales et les acteurs de la santé publique.

Pour relever les défis liés à l'information, la mise à jour des connaissances, et le partage des expériences, l'AAA dispose depuis déjà deux ans, d'une revue, organe d'expression de l'Académie.

Les avancées rapides en allergologie clinique et expérimentale, et notre volonté de transmettre une information scientifique adéquate et accessible aux acteurs de santé publique qui s'intéressent à l'allergologie, nous ont incité à émettre l'Allergo Loupe. Ce bulletin bimestriel s'articule autour de plusieurs rubriques, notamment, un focus, des nouvelles recommandations diagnostiques ou thérapeutiques, des expériences régionales ou nationales, ainsi que le résumé d'événements, congrès ou journées nationales ou internationales. Le but étant de procurer aux intervenants de santé un espace commun favorisant la diffusion de l'information et le partage d'expériences, et de connecter ainsi les intervenants du réseau de la santé publique et ses partenaires par le biais d'un contenu scientifique pertinent, actuel et de haute qualité.

Enfin ce bulletin, dispose d'un comité scientifique multidisciplinaire qui s'attèlera à évaluer les contributions des uns et des autres et permettre ainsi à nos lecteurs d'accéder à des articles de haut niveau.

Bonne Lecture, et compte beaucoup sur votre contribution à faire vivre Allergo Loupe.

Pr. Merzak GHARNAOUT

Président de l'Académie Algérienne d'Allergologie

SOMMAIRE

Editorial.....	1
M. GHARNAOUT	
Anaphylaxie chez la parturiente : que faire ?.....	2
R. AOUAMEUR	
Première mise sur le marché d'une biothérapie dans la dermatite atopique	3
H. HAMMADI	
Le saviez-vous ? Actions du médecin du travail pour prévenir l'allergie en milieu de travail.....	3
D. NAFAI – BOUTOUCHENT	
Professeur Tedjini Haddam : un parcours d'exception	4
Y. MEDDOUR	
Troubles gastro-intestinaux à éosinophiles.....	4
M. BENAMER	

Anaphylaxie chez la parturiente : que faire ?

Professeur **Rachida AOUAMER**

Service d'anesthésie et de réanimation - EPH Bologhine.

La réaction anaphylactique chez la parturiente met en jeu à la fois le pronostic vital maternel et fœtal. La prise en charge de ce type de réaction est difficile car elle comprend quelques spécificités tant sur le plan clinique que thérapeutique en rapport avec des modifications physiologiques de la grossesse.

L'épidémiologie dans ce contexte est mal connue. En début de grossesse, elle est semblable à celle de la population générale adulte. Peu d'études ont évalué l'incidence des réactions anaphylactiques au cours du péripartum. Une étude américaine mono centrique réalisée en 2005 rapportait une incidence de 2,7 cas pour 100 000 accouchements

Les principales substances incriminées au cours d'un accouchement par voie basse sont les β lactamines, le latex, les ocytociques ou la sulprostone peuvent également être impliquées. Au cours d'une anesthésie générale pour césarienne les curares représentant la première cause de réactions anaphylactiques, Les colorants, et notamment le bleu patenté utilisé en cas de doute sur une plaie urétérale ou vésicale lors de la césarienne, sont aussi à risque de réaction allergique puisqu'ils sont en 3ème position, juste après les antibiotiques.

La physiopathologie du choc anaphylactique au cours de la grossesse est basée essentiellement sur la baisse du retour veineux majorée par la compression cave par l'utérus gravide. L'hypoperfusion placentaire induite par le choc et aggravée par l'utilisation de vasopresseurs peut entraîner une souffrance fœtale aiguë, mais L'adrénaline reste le traitement de prédilection puisqu'elle a en plus un effet la dégranulation mastocytaire.

Les signes cliniques chez la femme enceinte ne diffèrent pas de ceux survenant dans la population générale. Les réactions sont précoces, dans les minutes suivant l'exposition lors de l'accouchement ou tardifs apparaissant parfois lors du retour de la mère dans sa chambre, à un moment où la surveillance est moindre. Certains signes, plus spécifiques à la grossesse, peuvent également orienter vers une réaction anaphylactique et doivent être pris en compte à savoir une souffrance fœtale aiguë, des douleurs lombaires intenses, des contractions abdominales voire des crampes, un prurit vulvaire et vaginal et parfois même une menace d'accouchement prématuré.

La prise en charge est multidisciplinaire, elle repose sur le remplissage et l'adrénaline titrés jusqu'à l'obtention d'une amélioration hémodynamique. Les cristalloïdes à la dose de 30 ml/kg par fraction peuvent être largement utilisés. Pour limiter la compression cave par l'utérus gravide et favoriser ainsi le retour veineux, la patiente est placée en léger décubitus latéral gauche. Une traction manuelle de l'utérus vers la gauche est une aide précieuse pour l'amélioration de l'état hémodynamique. D'autres alternatives ont été proposées telles que les β bloquants, le bleu de méthylène dans les chocs réfractaires. L'allergie aux curares peut être antagonisée par la sugammadex. L'extraction fœtale quant à elle doit être envisagée rapidement lorsque la réaction est sévère. L'éviction de la substance incriminée est de mise.

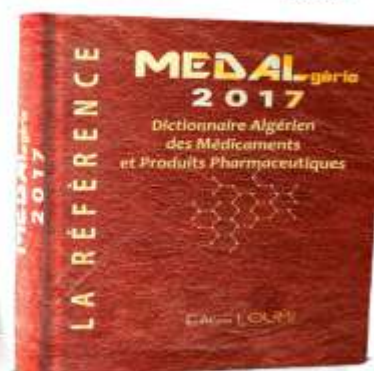
Le diagnostic biologique d'une réaction anaphylactique repose essentiellement sur le dosage de la tryptase sérique chez la femme enceinte. Le seuil optimal pour le diagnostic d'une réaction d'origine est de 14,75 mol/L. En cas de réaction sévère entraînant le décès de la patiente, en l'absence d'autres causes, un taux supérieur à 7,35 mol/L est en faveur d'une réaction d'origine allergique. En péripartum l'augmentation du taux de tryptase sérique peut aussi faire évoquer une embolie amniotique qui reste un diagnostic différentiel. Le dosage d'histamine plasmatique est inutile chez la femme enceinte compte tenu du risque de faux négatif du fait d'une dégradation accélérée. La recherche d'IgE spécifique est guidée par l'anamnèse recherchant les substances potentiellement en cause.

La patiente doit être adressée en consultation d'allergo-anesthésie 4 à 6 semaines après la réaction pour rechercher la substance incriminée. Une suspicion d'allergie au latex ou à un agent anesthésique doit motiver la réalisation d'un bilan allergologique pendant la grossesse. En cas de suspicion d'allergie aux anesthésiques locaux évoquée par la patiente mais non prouvée, un test de provocation peut être réalisé à terme en salle d'accouchement avant la réalisation d'une analgésie péridurale. Il n'existe aucune prémédication pouvant prévenir cette réaction grave.

Editions LOUMI



Au Service de la Médecine en Algérie



Partenaire de l'Académie Algérienne d'Allergologie

74 rue Hassiba Ben Bouali
16000 Alger - Algérie

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

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

Actualité en dermatologie

Première mise sur le marché d'une biothérapie dans la dermatite atopique.

Professeur **Hakim HAMMADI**

Service de dermatologie - Hôpital Central de l'Armée.

La dermatite atopique (DA) est une maladie inflammatoire fréquente et chronique qui retient considérablement sur la qualité de vie des patients. Si un traitement topique bien conduit est souvent suffisant dans les formes légères, peu de molécules sont actives dans les formes modérées à sévères. D'importants progrès dans la connaissance et la compréhension de la physiopathologie de la dermatite atopique se sont concrétisés récemment, en 2017, par la mise sur le marché européen d'une nouvelle biothérapie. Il s'agit du Dupilumab (Dupixent). Cet anticorps monoclonal se lie à la chaîne alpha du récepteur de l'IL4, bloquant ainsi l'action de deux cytokines clés de l'inflammation de la DA : L'IL-4 et L'IL-13. Son efficacité, en association avec une corticothérapie locale, a été prouvée dans les essais de phase III [1]. D'autres molécules sont en cours d'évaluation comme l'anti IL-31 (anticorps qui cible son récepteur au niveau des neurones cutanés) ; ce traitement (Nemolizumab) entraîne une réduction significative (63%, essai de phase II) du score de prurit [2]. Sa tolérance sera mieux appréciée dans les essais de phase III.

Références :

[1] Blauvelt A., de Bruin-Weller M., Gooderham M., Cather J.C., Weisman J., Pariser D., et al: Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2017; 389: pp. 2287-2303.

[2] Ruzicka T., Hanifin J.M., Furue M., Pulka G., Mlynarczyk I., Wollenberg A., et al: Anti-Interleukin-31 Receptor A Antibody for Atopic Dermatitis. N Engl J Med 2017; 376: pp. 826-835.

Médecine de travail et préventive

Le saviez-vous ? Actions du médecin du travail pour prévenir l'allergie en milieu de travail.

Professeur **Dalila NAFAI – BOUTOUCHENT**

Service de médecine du travail – CHU Mustapha.

Les actions que le médecin du travail est appelé à mener en milieu de travail passent par la réduction de l'exposition aux polluants en agissant sur :

Le processus de travail

- retrait / substitution des allergènes puissants
- automatisation des opérations à risque et emploi des substances irritantes et allergisantes en circuit fermé (vas – clos)

Captage des polluants

- aspiration le plus près possible de la source d'émission des polluants générées par le procédé de travail
- travail sous hotte aspirante lorsque cela est nécessaire
- nettoyage des locaux par aspiration

Ventilation des locaux de travail

- ventilation efficace des postes de travail avec renouvellement d'air en fonction des dimensions des locaux

Organisation du travail

- séparer les activités à risque afin de limiter le nombre de personnes exposées
- isoler les postes les plus générateurs d'allergènes du reste de l'atelier
- respect des règles de sécurité dans l'usage des produits utilisés et dans tous procédés de travail mettant en œuvre les produits allergisants
- informer les travailleurs des procédures à respecter pour limiter l'exposition et les inciter à adopter des attitudes et des comportements favorables au maintien de la santé
- entretien régulier des installations et leur remplacement dès les premiers signes d'usure afin d'éviter les risques de fuite,
- contrôle fréquent des atmosphères de travail pour les allergènes pénétrant par voie respiratoire,
- utilisation des produits allergisants doit se faire sous un conditionnement qui permette d'éviter le contact cutané lors de l'ouverture de l'emballage.

Protection individuelle

- port de gants adaptés aux risques en évitant les gants en latex poudré
- port de vêtement protecteur
- masque de protection respiratoire dont le bon état de fonctionnement sera vérifié régulièrement
- lunette ou écran facial, tablier, bottes...

Hommage

Professeur Tedjini Haddam, un parcours d'exception

Professeur **Yanis MEDDOUR**

Rédacteur en Chef

Figure emblématique de la médecine Algérienne, le défunt professeur Haddam est originaire de la région de Tlemcen où il a suivi ses études primaires. Titulaire d'un baccalauréat en Juin 1941 à Oran, il poursuivi des études de Médecine entre 1942 et 1948, successivement, à la faculté de médecine d'Alger, Constantine, puis à Paris où il a soutenu sa thèse de Doctorat en Médecine en 1952, qui a porté sur le kyste hydatique du poumon, pathologie assez fréquente dans la population Algérienne à cette époque.

Les qualités scientifiques et humaines du Professeur Haddam lui ont permis de se démarquer rapidement. Ainsi, son parcours a été jalonné de multiples distinctions. Il fut nommé, en Octobre 1952, chef de clinique par le conseil de l'ordre des médecins de Paris, puis chirurgien-visiteur au célèbre *Sabbatsberg-Hospital Thoracic Surgery* de Stockholm (Suède). Il intégra, en tant qu'assistant du Professeur Ch. Jackson dans la prestigieuse université de Temple et la clinique de chirurgie thoracique Bailey de Philadelphie (Etats Unis d'Amérique).

Ce parcours à l'international n'a pas fait oublier au défunt la cause juste du peuple Algérien. En 1954, il rejoint le Front de Libération Nationale dans le Constantinois, il est emprisonné à Constantine puis condamné à mort par Contumace après son évasion, Il s'installe alors en Tunisie en 1956 à Tunis, où il dirigera alors le service de chirurgie générale et cardio-pulmonaire de l'hôpital Sadiki de 1957 à 1960. Il est également en 1957, responsable du service sanitaire de la base A (Affecté par le comité de coordination et d'exécution de l'armée et du front de libération nationale)

Après l'indépendance, l'activité médicale du Professeur Tedjini Haddam ne s'est pas tarie, puisqu'il a obtenu un doctorat en sciences médicales de l'académie des sciences médicales de Moscou en 1965, et nommé par la suite chef de service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire de l'hôpital de Mustapha Pacha d'Alger.

En parallèle, l'homme militant et visionnaire était vice président de la première assemblée nationale populaire (1963), Ministre des Habous et des affaires des anciens Moudjahidines (1963 – 1965), puis Ministre de la santé (1965 – 1970). Deux fois ambassadeur auprès de pays amis (Tunisie (1970-1975), Arabie Saoudite (1982-1986)) puis recteur de la grande mosquée de Paris (1989-1992). Il a été membre du Haut Comité d'Etat (HCE) de 1992-1994.

Tedjini Haddam s'est forgé une réputation de médiateur international, homme de sciences et de religion, il s'est éteint en 2000 à l'âge de 79 ans, laissant derrière lui un parcours médical et politique d'exception tant au niveau national qu'international.



Actualité en Gastro entérologie

Troubles gastro-intestinaux à éosinophiles

Professeur **Mustapha BENAMER**

Service de Médecine Interne - CHU Mustapha.

Le groupe des « eosinophilic gastrointestinal disorders » est une entité peu fréquente. Contrairement à l'oesophagite à éosinophile, dont l'incidence est en augmentation, la gastrite, l'entérite et la colite à éosinophiles sont plus rares.

Dans les conditions physiologiques, il n'y a pas de polynucléaire à éosinophile (PE) dans l'oesophage. Ces PE s'observent au niveau de l'estomac d'abord puis leur nombre augmente progressivement en allant vers l'intestin grêle distal, pour atteindre une valeur maximale au niveau de l'iléon terminal et du côlon droit, pour diminuer dans le colon gauche.

Le diagnostic est histologique, basé sur l'infiltration significative du tube digestif par des PE. Sur des coupes, les histologistes comptent le nombre de PE intra-tissulaires par champ au grossissement 400x (appelé high power field, HPF).

Contrairement à ce qui a été défini pour l'oesophagite à éosinophiles, il n'existe pas de seuil pour le compte de PE au-delà duquel le diagnostic est posé mais il doit dépasser 50 PE/HPF.

L'atteinte pouvant être hétérogène, des prélèvements multiples et espacés sont nécessaires pour augmenter la probabilité de mettre en évidence une éosinophilie tissulaire et préciser la profondeur de l'infiltration éosinophilique dans le segment intestinal touché.

Il existe une corrélation clinico-histologique avec des manifestations cliniques d'allergies.

Le traitement est basé d'une part sur l'exclusion de l'aliment supposé causal, et d'autre part sur la corticothérapie.

Si échec, d'autres options thérapeutiques sont proposées : Montelukast (antagoniste des leucotriènes), Mépolizumab (anticorps monoclonal anti-IL-5) et l'Omalizumab (anticorps monoclonal anti-IgE).