

**Ixièmes Journées Médicales Nationales  
De Biskra 10 /11 mars 2011**

# **La médecine factuelle appliquée à l'allergologie**

**Dr Djemai Belaid  
Allergologue Batna**



## Médecine traditionnelle

Connaissances théoriques

+

Jugement

+

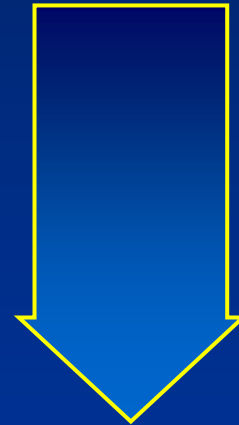
Expérience

+

Preuves scientifiques

+

Préférences du patient



**Décisions  
cliniques**

# Formulation claire de la question clinique

## Problème médical

Diagnostic:

Étiologie:

Traitement:

Pronostic\*:

Éducation des patients:

## Question

Comment sélectionner et interpréter un test diagnostique?

Comment identifier les causes d'une maladie?

Comment choisir le meilleur traitement pour le patient?

Comment anticiper l'évolution et les complications probables d'une maladie?

Comment fournir aux patients et à leur famille les informations qui leur sont nécessaires?

# La démarche

Problème posé par un malade

Question clinique  
pertinente



Chercher une  
réponse

# Pratique de la médecine

Meilleures données  
disponibles

+

Caractéristiques  
individuelles

+

Valeurs et situation  
du patient

Optimisation  
de la décision  
clinique

# Étapes des EBM

- 1** La recherche d'articles pertinents dans la littérature (quel article lire?)
- 2** L'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats et l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques (quel article croire?)
- 3** L'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante afin de répondre à la question posée au départ
- 4** La formulation claire et précise d'une question clinique à partir d'un problème clinique donné

# Hiérarchie des essais cliniques



# Niveaux de preuve

- 1 Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés**  
Essais comparatifs randomisés de forte puissance  
Analyses de décisions fondées sur des études méthodologiquement bien menées
- 2 Essais comparatifs randomisés peu puissants**  
Études comparatives non randomisées bien menées  
Études de cohorte
- 3 Études cas témoins**
- 4 Études comparatives comportant des biais importants**  
Études rétrospectives  
Séries de cas  
Études épidémiologiques descriptives( transversales, longitudinales)

# Niveaux de recommandations

## Grades de recommandations

**Grade A:** Preuve scientifique établie

**Grade B:** Présomption scientifique

**Grade C :** Faible niveau de Preuve Scientifique

**Grade D:** Accord professionnel fort

# Bases de données bibliographiques

- ❖ Medline
- ❖ Embase
- ❖ Current Contents
- ❖ Health Star
- ❖ Biossis Previews
- ❖ Web of science
- ❖ Cancer lit
- ❖ Phisician Data Query
- ❖ Cinahl

- ❖ Cochrane library
- ❖ Cancer library
- ❖ ACP Journal Club
- ❖ EBM
- ❖ EBM Journal
- ❖ EBM Reviews
- ❖ CRD Database

# Bases de données personnelles

- Archiver
- Stocker
- Récupérer

- Logiciel
- CD- Rom
- Clef USB

- Préparer des questions
- Anticiper sur des associations de symptômes voire de pathologies

# Recherche EBM proprement dite en allergologie

- 1** L'asthme allergique
- 2** La rhinite allergique
- 3** La dermatite atopique
- 4** L'allergologie moléculaire



U.S. National Library of Medicine  
National Institutes of Health

Search: PubMed

Limits Advanced search Help

Search Clear



## PubMed

PubMed comprises more than 20 million citations for biomedical literature from MEDLINE, life science journals, and online books. Citations may include links to full-text content from PubMed Central and publisher web sites.

### Using PubMed

[PubMed Quick Start Guide](#)

[Full Text Articles](#)

[PubMed FAQs](#)

[PubMed Tutorials](#)

[New and Noteworthy](#)

### PubMed Tools

[Single Citation Matcher](#)

[Batch Citation Matcher](#)

[Clinical Queries](#)

[Topic-Specific Queries](#)

### More Resources

[MeSH Database](#)

[Journals in NCBI Databases](#)

[Clinical Trials](#)

[E-Utilities](#)

[LinkOut](#)



# Recommandations Asthme et allergie 1

- Environnement domestique, extérieur et professionnel+ lien entre exposition à un allergène et survenue de symptômes: **NP1 A**
- Les pricks- tests en 1<sup>ère</sup> intention **NP3 B**
- Le dosage des IgE sériques totales recommandé dans 2 situations:
  - \* avant mise en place d'un trt par anti IgE
  - \* suspicion d'aspergillose broncho-pulmonaire allergique ( avis d'experts) **C**
- Pas de RAST en 1<sup>ère</sup> intention **A**
- pas de recherche d'hyperéosinophilie sérique **B**
- Pas de tests systématiques aux curares chez l'asthmatique allergique **B**
- Ne pas contre indiquer systématiquement l'administration de  $\beta$  lactames chez l'asthmatique allergique **B**

## Recommandations Asthme et allergie 2

- Retarder l'ITS aux hyménoptères si l'asthme n'est pas contrôlé **C**
- Signaler au radiologue l'asthme si PCI ( basse osmolalité) **A**
- Asthme + AA : risque de choc anaphylactique( éviction + trousse + carte d'allergique) **NP2 A**
- Traiter la rhinite c'est améliorer le contrôle de l'asthme associé **NP3**
- Rechercher une DA chez l'enfant asthmatique **A**
- Pas d'ITS pour plus de 2 allergènes **B**
- ITS si asthme contrôlé( VEMS > 70%) **NP1 A**
- Anti IgE si APS mal contrôlé en plus du trt conventionnel **A**
- Relation chronologique entre symptômes et exposition professionnelle **A**

# Mise à jour ARIA 2010 A

## ■ - I – Prévention de l'allergie:

- 1- Allaitement mat exclusif? Si atopie familiale 3 mois - C-
- 2- Régime d'éviction allergénique chez les femmes enceintes et les allaitantes pour empêcher le dvpt de l'allergie des Nné? Non - D-
- 3- Tabagisme passif et risque de dvpt d'allergie, de sibilants et d'asthme chez les femmes enceintes et les Nné? Totale éviction mais - C-
- 4- Eviction de l'exposition aux acariens chez les enfants d'âge préscolaire et Nné pour réduire le risque d'allergie aux acariens? Oui plusieurs interventions - C-
- 5- Eviction des animaux domestiques par les enfants d'âge préscolaire et Nné pour réduire le risque de dvper l'allergie ou l'asthme? Non - C-
- 6- Mesures de prévention spécifiques des allergènes professionnels pour réduire le risque de sensibilisation et de dvpt ultérieur de RA et d'asthme? Oui - C-

# Mise à jour ARIA 2010 B

## ■ **II- Trt de la RA: Réduire l'exposition aux allergènes**

- 7- Méthodes de réduction de l'exposition aux acariens applicables aux patients allergiques aux acariens? Non sauf si recherche clinique - D -
- 8- Réduction de l'exposition aux moisissures d'intérieur aux patients allergiques à ces derniers? Oui -D -
- 9- Eviction des animaux domestiques pour les sujets allergiques à ces derniers? Oui -D -
- 10- Arrêt total de l'exposition aux allergènes professionnels pour ceux qui y sont allergiques? Oui -D -
-

# Mise à jour ARIA 2010 C

- **III- TRT pharmacologique de la RA:**
- 11- Anti H1 oraux dans la RA ? Oui anti H1G2 sans sédation et sans interaction avec cyt P450 - **C** -
- 12- Anti H1G2 ou anti H1G1 dans la RA? Plutôt AntiH1G2 - **C** -
- 13- Anti H1 chez les enfants d'âge préscolaire souffrant d'autres allergies ?  
Non - **D** -
- 14- Anti H1 intra nasal dans la RA? Oui
  - Adultes et RA saisonnière - **C** -
  - Enfants R saisonnière - **D** -
  - Adultes et enfants dans la RA persistante - **D** -
- 15- Anti H1 intra nasal + anti H1G2 dans la RA?
  - RA saisonnière adulte: Plutôt anti H1G2 - **B** -
  - RA persistante adulte: Plutôt anti H1G2 - **D** -
  - RA intermittente ou persistante: anti H1G2 - **D** -
- 16- Anti leucotriènes dans la RA?
  - RA saisonnière adulte et enfant: Oui - **A** -

# Mise à jour ARIA 2010 D

- 17- Anti leucotriène ou anti H1 dans la RA?
  - - RA saisonnière: plutôt anti H1 - **B** -
  - - RA persistante enfants préscolaires: Oui - **C** -
- 18- Intra nasal glucocorticoïdes (GCC ) dans la RA?
  - - Adultes: Oui - **A** -
  - - Enfant: Oui ( side effect) - **B** -
- 19- GCC intra nasal ou anti H1 dans la RA?
  - - RA saisonnière: GCC IN Adulte - **C** -
  - Enfant ( side effect) - **D** -
  - - RA persistante: GCC IN Adulte - **B** -
  - Enfant ( side effect) - **C** -
- 20- GCC IN ou anti H1 IN dans la RA? GCC IN - **A** -
- 21- GCC IN ou anti leucotriène oral dans la RA?
  - RA saisonnière: GCC IN - **C** -

# Mise à jour ARIA 2010 E

- 22- GCC oral dans la RA si pas de réponse aux autres traitements? RA + symptômes oculaires et nasaux sévères: trt court par GCC oraux - **D** -
- 23- GCC IM dans la RA? Non - **C** -
- 24- Cromones IN dans la RA? Oui - **B** -
- 25- Anti H1 IN ou cromones IN dans la RA?  
■ Plutôt anti H1 IN - **C** -
- 26- Ipratropium IN dans la RA? Oui si rhinorrhée - **B** -
- 27- Décongestionnant IN dans la RA?  
■ Oui si adulte + O.N. sévère et pdt 5 j - **D** -  
■ Non si enfant préscolaire - **D** -
- 28- Décongestt oral dans la RA? Non side effect - **C** -
- 29- Décongst oral + anti H1 ou anti H1 seul? - **B** -
- 30-Anti H1 intraoculaire dans les symptômes oc de la RA?  
■ Oui . Chez l'enfant: 1 seule étude. - **C** -
- 31- Cromones IO dans les symptômes oc de la RA?  
■ Oui - **D** -

# Mise à jour ARIA 2010 F

## ■ IV- ITS

- 32- ITS SC dans la RA sans asthme?
  - RA saisonnière: - B -
  - RA persistante aux acariens: - C -
- 33- ITS dans le trt de la RA de l'enfant sans asthme? - C -
- 34- ITS SL dans RA adulte sans asthme? Pollens - B -
  - Acariens - C -
- 35- ITS SL dans RA enfant sans asthme? Pollens - B -
  - Acariens - D -
- 36- ITS IN dans la RA? Adulte - C -
  - Enfant si pollens - D -

# Mise à jour ARIA 2010 G

## ■ V- Médecines alternatives:

- 37- Homéopathie? Non - D -
- 38- Acupuncture? Non - D -
- 39- Butterbur? Non - D -
- 40- trt herbes? Non - D -
- 41- trt physiques? Non - D -

# La dermatite atopique I

**Le diagnostic** de la DA est clinique.

**Pas d'examens complémentaires pour prendre en charge un patient porteur d'une DA (accord professionnel).**

**Allergènes comme facteurs pérennisant de certaines DA de l'enfant : explorations allergologiques (accord professionnel) en particulier pour rechercher un eczéma de contact à un excipient.**

**Allergie de contact : l'éviction de l'allergène responsable améliore un eczéma de contact (accord professionnel).**

**Allergie alimentaire : l'impact de l'éviction des allergènes alimentaires sur l'évolution de la DA est encore discuté (grade B).**

**Sensibilisation aux pneumallergènes : des études contradictoires de niveau 2 ne permettent pas de conclure à l'intérêt de mesures d'éviction dans l'environnement.**

**Peut-on déterminer des marqueurs pronostiques d'évolution ?  
Relation entre sensibilisation à l'œuf et sévérité de l'eczéma. La réalisation de tests allergologiques pour établir un pronostic individuel n'est cependant pas pertinente (grade C).**

# La dermatite atopique II

- **TRT**  
Le choix du dermocorticoïde est fait en fonction de l'âge, de la sévérité de la DA, du site et de l'étendue à traiter.
- -Activité très forte (classe IV): contre indiqués chez le nourrisson et le jeune enfant, sur le visage, les plis, et le siège.
- - Activité forte (classe III): réservés en cures courtes aux formes très inflammatoires ou très lichenéfiées des extrémités.
- - Activité modérée (classe II): utilisés sur le visage, les plis et les zones génitales et chez le nourrisson.
- - Activité faible: ont peu de place en thérapeutique.
- **Toutes ces habitudes professionnelles ne sont pas étayées par des études de niveau de preuve de niveau 1.**
- Les effets systémiques potentiels théoriques sont liés à une freination de l'axe HHS: elle ne justifie pas la réalisation systématique d'explorations endocriniennes (**accord professionnel**)

# La dermatite atopique III

- les formes galéniques  
Les crèmes sont préférées sur les lésions suintantes et les plis ; les pommades sur les lésions sèches, lichenifiées. Les préparations visant à diluer les dermocorticoïdes n'ont pas de place.
- Une seule application par jour est aussi efficace, a le mérite d'en faciliter l'emploi, d'assurer une meilleure compliance, et de réduire le risque d'effets secondaires et le cout **(accord professionnel)**.
- Le développement récent des inhibiteurs de la calcineurine (IC) topiques dans le traitement de la DA de l'enfant est une innovation importante. Ces molécules de la famille des macrolides ont une action immunosuppressive par inhibition de la calcineurine, molécule nécessaire à l'activation des lymphocytes TH2.
- le tacrolimus topique réduit efficacement et rapidement, dès la première semaine de traitement, les signes et symptômes de la DA modérée à sévère **(niveau I)**.

# Allergologie moléculaire I

- **Génie génétique: synthèse de l'allergène recombinant ( AR) à partir de la source naturelle. Purifié et standardisé il a la même activité biologique que l'allergène naturel.**
- **Réactivité croisée et allergie croisée: Profil de sensibilisation du sujet donc risque de symptômes et de sévérité**
- **Chez un poly sensibilisé ou un poly allergique: Les AR permettent l'identification de l'allergène responsable.**
- **Les allergènes recombinants permettent d'éliminer une allergie malgré un test cutané et/ou biologique positif fait avec un extrait total. Ils peuvent confirmer une allergie malgré un test cutané et/ou biologique négatif fait avec un extrait total.**

# Allergologie moléculaire II

## Les allergènes du bouleau

Allergène	rBetv1	rBetv2	rBetv3	rBetv4	rBetv6	rBetv7
PM	17KdA	15KdA	23KdA	8KdA	34KdA	18KdA
ImmunoCA P disponible	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Nom	PR-10	Profiline	CBP- Polcalcine	Polcalcine	Isoflavone réductase	Cyclophiline
Réactions croisées	<b>Pollens d'arbres:</b> Ordre des fagales, chêne, châtaignier <b>Aliments d'origine végétale:</b> carotte, céleri, pomme, poire, cerise, noisette,,,	Nombreux pollens et aliments d'origine végétale Latex		Pollens uniquement	<b>Aliments d'origine végétale:</b> Poire, pêche, orange, lychee, courgette, carotte,,,	

# Allergologie moléculaire III

## Suspicion d'allergie au latex?

Tester les allergènes immunoCAP  
Arachide(f13)+rAra h 2(f423)

Arachide : négatif  
rAra h2: négatif

Arachide : **positive**  
rAra h2: négatif

Arachide : **positive**  
rAra h2: **positif**

Faible risque d'allergie à l'arachide  
Investigations Complémentaires recommandées

**Risque d'allergie à l'arachide avec des réactions sévères et /ou locales,**  
Rechercher les IgE des allergènes immunoCAP  
nsLTP(k221) risque élevé  
rAra h1(f422)  
rAra h3(f424) réactions sévères?  
rAra h8(Rf352)  
CCD (Ro214) risque faible

**Risque élevé d'allergie à l'arachide avec possibilité de réactions systémiques et sévères**

# Limites des EBM

1

Les "Grey Zones"

2

Approche limitée à des « recettes »

3

Problèmes le plus souvent liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales...

4

Augmentent les coûts des soins

5

Informations valides et exactes d'aujourd'hui seront-elles utilisables demain?

# EBM et éthique médicale I

**M**édecine fondée sur les données probantes versus médecine basée sur des données contextuelles.

Les données contextuelles englobent les aspects culturels , émotifs, psychosociaux, institutionnels , socio-économiques et ne sont pas propres au patient seulement.

Le médecin et les institutions de soins portent des valeurs qui influencent la décision médicale au même titre que les données scientifiques.

Les essais cliniques randomisés (ECR ), outil méthodologique principal de l'EBM , sont insensibles aux données contextuelles se rapportant à l'individualité des patients.

# Autres inconvénients de l'EBM

**B**esoin de temps pour l'apprentissage et la pratique de la méthode

**N**écessité d'un minimum de matériel et de connaissances informatiques

# Avantages de l'EBM I

- 1 **M**ise à jour des connaissances de base
- 2 **P**erfectionnement des techniques de recherche documentaire
- 3 **A**mélioration des habitudes de lecture
- 4 **C**onfiance accrue lors de la prise de décision clinique
- 5 **S**timulation de l'uniformité des soins via la mise sur pied de protocoles et de standards communs

# Avantages de l'EBM II

- 6 Optimisation possible des moyens disponibles grâce à l'évaluation réalisée sur l'efficacité de différents traitements
- 7 Meilleure compréhension et évaluation plus critique des méthodes utilisées en recherche clinique
- 8 Accessibilité à des praticiens de niveaux différents (cliniciens expérimentés, assistants, étudiants) et également à des non-cliniciens
- 9 Amélioration de la communication entre les cliniciens et les autres scientifiques

# Conclusion I

**A**méliorer la qualité des soins apportés au patient allergique.

**A**méliorer la qualité des jugements cliniques.

**C**onfiance accrue lors des prises de décision clinique.

**S**tandardisation et uniformisation des soins( protocoles et standards communs).

## Conclusion II

**M**ise à jour des connaissances de base FMC.

**P**erfectionnement au niveau des techniques de recherche documentaire.

**M**eilleure compréhension et évaluation plus critique des méthodes utilisées en recherche clinique.

**La médecine factuelle n'est pas un mythe c'est une réalité pratique en allergologie.**

