

QCM – Module 1 : ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUE

COCHER LES REPONSES (une à plusieurs réponses possibles)

1. Concernant l'asthme de l'enfant de moins de 6 ans
 - A. Les exacerbations ont le plus souvent la séquence clinique rhinite-toux-sifflement
 - B. Le bilan allergologique repose sur le dosage des IgE totales et des IgE spécifiques dans le sang
 - C. La radiographie pulmonaire du thorax est indispensable au moment du diagnostic
 - D. La réalisation d'une EFR est toujours indispensable (quel que soit l'âge)
 - E. Les facteurs déclenchants des exacerbations sont essentiellement les virus à tropisme respiratoire

2. Chez un enfant de 2 ans venant pour des symptômes respiratoires récidivants, quels sont les éléments qui doivent faire évoquer un autre diagnostic que l'asthme ?
 - A. Une cassure de la courbe de poids
 - B. La présence de sibilants à l'auscultation
 - C. Un bruit respiratoire à la fois inspiratoire et expiratoire
 - D. Persistance d'une toux grasse et d'un encombrement entre les épisodes
 - E. Une dermatite atopique

3. Concernant le contrôle de l'asthme chez un enfant de 10 ans
 - A. Il est évalué sur les 6 derniers mois
 - B. Il est calculé à partir de l'interrogatoire et du résultat des EFR
 - C. Quatre questions sont posées (symptômes le jour, la nuit, à l'effort, consommation de bronchodilatateurs)
 - D. Une seule réponse positive témoigne d'un asthme partiellement contrôlé
 - E. Deux réponses positives témoignent d'un asthme non contrôlé

4. Concernant la crise d'asthme chez le grand enfant
 - A. L'asthme non contrôlé est un facteur de risque d'exacerbation sévère
 - B. L'exacerbation se définit par la persistance de symptômes plus de 24 heures
 - C. Les allergies sont les facteurs déclenchant les plus fréquents
 - D. La crise a toujours un début progressif
 - E. L'élocution est un bon critère de sévérité de la crise

5. Concernant le traitement de la crise d'asthme
 - A. Le traitement repose sur les bronchodilatateurs bêta2 adrénergiques
 - B. L'antibiothérapie est systématique pour prévenir les surinfections
 - C. Une exacerbation modérée nécessite une corticothérapie par voie générale
 - D. Dans les crises modérées, les sprays de salbutamol avec une chambre d'inhalation sont aussi efficaces que les nébulisations
 - E. Les corticoïdes par voie intraveineuse sont aussi efficaces que par voie orale

6. Concernant le traitement de l'asthme de l'enfant

- A. Tous les enfants asthmatiques doivent avoir un plan d'action
- B. Tous les enfants asthmatiques doivent avoir un traitement de fond
- C. La corticothérapie inhalée reste le traitement de première intention en cas d'asthme partiellement ou non contrôlé
- D. Un asthme non contrôlé malgré un traitement optimal est une indication à l'ITA
- E. L'utilisation d'une chambre d'inhalation (avec ou sans masque facial selon l'âge) est indispensable avant 6 ans

7. Concernant la bronchiolite aiguë du nourrisson

- A. Elle s'accompagne obligatoirement de crépitants à l'auscultation
- B. L'existence de fausses routes est un critère de gravité
- C. L'obstruction est essentiellement d'origine mécanique
- D. Les nébulisations de bêta2 adrénergiques sont efficaces avant l'âge de 6 mois
- E. Il faut savoir évoquer un corps étranger inhalé si la bronchiolite a débuté brutalement

8. Concernant les critères d'hospitalisation d'une bronchiolite aiguë

- A. Saturation inférieure à 94 % en air ambiant
- B. La présence d'apnée
- C. Age inférieur à 6 semaines
- D. Une diminution des ingesta > 50 %
- E. Tachypnée > 40/min

9. Concernant la toux chronique

- A. En cas de toux spasmodique équivalente d'asthme, la toux est plutôt sèche et survient en deuxième partie de nuit
- B. En cas de RGO, la toux est sèche et survient juste après le repas
- C. Les infections ORL à répétition s'accompagnent d'une toux chronique
- D. Une atteinte ORL associée est rare en cas de dyskinésie ciliaire primitive
- E. L'endoscopie bronchique permet de rechercher un obstacle sur les voies aériennes

10. Concernant la rhinite allergique chez l'enfant, les trois signes majeurs sont :

- A. La rhinorrhée claire
- B. La toux le matin au réveil
- C. Le prurit nasal
- D. Les éternuements
- E. Les troubles du sommeil

11. Concernant le diagnostic différentiel de la rhinite allergique chez l'enfant

- A. Hypertrophie des végétations
- B. Dyskinésie ciliaire primitive
- C. Asthme allergique
- D. Corps étranger intra nasal
- E. Atrésie des choanes

12. Concernant le traitement de la rhinite allergique chez l'enfant

- A. Les antihistaminiques H1 (AH1) oraux sont indiqués en cas de RA intermittente légère
- B. Les corticostéroïdes intranasal sont indiqués en cas de RA persistante
- C. En cas de rhinite allergique saisonnière, les corticostéroïdes intranasal sont souvent moins efficaces que les antihistaminiques H1
- D. Les mesures d'éviction unique sont toujours efficaces
- E. L'immunothérapie spécifique est indiquée en cas de RA avec symptômes modérés à sévère malgré un traitement de fond et/ou l'éviction

13. On peut parler d'anaphylaxie alimentaire en cas de présence de

- A. Signes cutanés et/ou muqueux apparaissant très rapidement après exposition à un allergène alimentaire
- B. Au moins 3 symptômes (cutanés et/ou muqueux, respiratoires, digestifs ou cardiovasculaires) apparaissant après une exposition à un allergène alimentaire probable
- C. Au moins 2 symptômes (cutanés et ou muqueux, respiratoires, digestifs ou cardiovasculaires) apparaissant après une exposition à un allergène alimentaire probable
- D. Apparition de signes cutanés et/ou muqueux associés à des signes digestifs et de la fièvre dans les suites d'une exposition à un allergène alimentaire
- E. Signes cutanés et/ou muqueux d'installation brutale associés à des signes respiratoires et/ou cardiovasculaires

14. Parmi les cofacteurs d'anaphylaxie alimentaire, on peut citer

- A. L'effort
- B. Le stress
- C. La nature de l'allergène (absorbé cru)
- D. Le non contrôle d'un asthme associé
- E. La prise de paracétamol

15. Les facteurs de risque de réactions sévères allergiques alimentaires sont

- A. Réagir à de très faibles doses d'allergène
- B. Etre un enfant de moins de 3 ans
- C. Etre allergique aux rosacées
- D. Etre allergique à l'arachide ou à la noix de cajou
- E. Avoir un profil r Ara h8 prédominant en cas d'allergie à l'arachide (V, F, NSP)

16. En ce qui concerne l'allergie aux protéines du lait de vache, il est vrai que

- A. L'allergie croisée lait de vache/lait de chèvre est due à une forte homologie de structure entre les alphasérumalbumines du lait de vache et du lait de chèvre
- B. Une décroissance de 50 % des IgE spécifiques au lait de vache sur 1 an, est annonciatrice de l'apparition d'une tolérance au lait de vache
- C. Des IgE spécifiques positives à la fois à l'alphalactalbumine, la bêtalactoglobuline et les caséines signent la gravité de l'allergie au lait de vache
- D. Un enfant allergique IgE dépendant aux protéines du lait de vache présentant à l'âge de 1 an des IgE sp aux caséines à 35 kU/l, doit bénéficier d'un test de réintroduction du lait de vache dans le but d'objectiver une tolérance
- E. En cas d'APLV, on peut remplacer le lait de vache par du lait de chèvre

17. En ce qui concerne l'allergie à l'œuf, il est vrai que
- A. En cas de réaction à de l'œuf cru (mousse au chocolat par exemple), il faut poursuivre la consommation de l'œuf sous forme cuite si déjà tolérée
 - B. Avoir une allergie à l'œuf prédispose au développement d'autres allergies respiratoires et alimentaires
 - C. Des IgEsp ovomucoïde > 10,8 kU/l président à une allergie à l'œuf cru et cuit (VPP 95 %)
 - D. Une allergie à l'œuf cuit chez un nourrisson est objectivée (VPP de 95 %) par une valeur des IgE sp à l'ovalbumine > 15 kU/l
 - E. L'allergie à l'œuf guérit spontanément en grandissant vers 2/3 ans dans la plupart des cas
18. En ce qui concerne les allergies à l'arachide et/ou aux fruits à coques, il est vrai que
- A. En cas d'allergie à l'arachide, il faut demander de 1^{ère} intention les IgE spécifiques aux recombinants r Ara h2 qui signent le diagnostic d'allergie
 - B. La négativité pour l'arachide, des prick tests à l'aliment natif et des IgEsp à l'arachide, permet d'exclure l'allergie à l'arachide
 - C. En cas d'allergie à l'arachide, il convient d'éviter aussi tous les fruits à coques (noisette, noix etc...)
 - D. En cas d'allergie à l'arachide, l'allergologue doit rechercher une allergie aux autres légumineuses et à l'ensemble des fruits à coques
 - E. L'étude des résultats des recombinants arachide permet de préciser le profil de sévérité de l'allergie à l'arachide
19. En cas d'allergie croisée pollens/aliments par le biais des PR 10, il est vrai que
- A. Les PR 10 ne donnent que des réactions bénignes se limitant à un syndrome oral
 - B. Les poudres diététiques de soja et les boissons à base de soja sont les produits à base de soja contenant le plus de PR 10
 - C. En cas d'allergie à la pomme liée aux PR 10, il est conseillé d'éviter les smoothies/les jus de fruits frais à base de pomme
 - D. En cas d'allergie à la pêche liée aux PR 10, il est conseillé d'éviter tous les fruits de la famille des rosacées
 - E. Il faut systématiquement prescrire une trousse d'urgence avec adrénaline pour les allergiques aux PR 10
20. En ce qui concerne l'ITO en pratique de ville, il est vrai que
- A. L'induction de tolérance orale (ITO) au lait (APLV IgE dépendante) ne peut être mise en place qu'après un TPO fait en milieu hospitalier et permettant de connaître le seuil de réactivité de l'enfant à l'allergène
 - B. L'induction de tolérance orale (ITO) à l'œuf peut être mise en place au domicile dans la plupart des cas sans passer par un TPO fait en milieu hospitalier et à condition que les valeurs d'IgE spécifiques à l'ovomucoïde soient basses
 - C. Il n'est pas utile de mettre en place d'ITO au blé car l'allergie au blé guérit spontanément à l'âge de 4 ans dans plus de 80 % des cas
 - D. Parmi les consignes données, à respecter impérativement en cas d'ITO, il faut éviter l'effort physique après la prise de l'aliment
 - E. Toute ITO en pratique de ville doit être encadrée par une trousse d'urgence contenant un stylo auto-injecteur d'adrénaline