

Allergie alimentaire chez l'enfant

Fabienne Rancé

Hôpital des enfants, Allergologie-Pneumologie, 330 avenue de Grande-Bretagne, TSA70034, 31059 Toulouse Cedex
<rance.f@chu-toulouse.fr>

La perception d'une allergie alimentaire est forte dans la population générale. Pourtant, l'allergie alimentaire concerne seulement 4 à 6 % des enfants. Les allergies alimentaires altèrent la qualité de vie et les répercussions sont multiples (familiales, sociales, scolaires et financières). Il est donc fondamental de porter le diagnostic sur des critères fiables. Ils associent tests cutanés, dosage des IgE spécifiques et le plus souvent test de provocation par voie orale. L'objectif suivant sera de définir les mesures de prévention pour éviter les réactions par expositions accidentelles.

Mots clés : tests cutanés, dosage des IgE spécifiques, test de provocation par voie orale

La fréquence des allergies alimentaires a doublé en cinq ans. La prévalence dans la population générale est évaluée en France à 3,2 %. Elle est trois fois plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte. Aux États-Unis, l'incidence de l'allergie alimentaire est estimée entre 6 et 8 % chez l'enfant d'âge préscolaire. En France, la prévalence cumulée est de 6,7 % et la prévalence actuelle de 4,7 % chez l'enfant âgé entre 2 et 14 ans. C'est dans la tranche d'âge pédiatrique que l'allergie alimentaire débute : dans la moitié des cas, les symptômes apparaissent avant l'âge de 3 ans. Fonder le diagnostic d'allergie alimentaire sur des critères certains est indispensable pour ne pas prescrire à tort chez des sujets non allergiques un régime strict d'éviction et pour ne pas laisser repartir des enfants allergiques pour lesquels le diagnostic n'était pas posé.

Quand penser à une allergie alimentaire chez l'enfant ?

Chez l'enfant, les manifestations digestives et la dermatite atopique

sont les premières manifestations de l'allergie alimentaire. Il faut savoir évoquer l'allergie alimentaire devant des réactions *immédiates* apparaissant au maximum dans les 4 heures qui suivent l'ingestion d'un aliment : œdème (lèvres, paupières ou plus rare et plus grave atteignant le larynx), urticaire, manifestations digestives (syndrome oral, crampes abdominales, nausées, diarrhée), asthme, rhinite ou rhinoconjonctivite. La manifestation la plus sévère, l'anaphylaxie, met en jeu le pronostic vital. Elle débute par un prurit et une urticaire, s'étend progressivement à de multiples organes, souvent dominée par un bronchospasme, puis le tableau se complète par une hypotension et un choc en l'absence de traitement. Il peut s'agir également de *réactions chroniques* : eczéma, constipation, reflux, retard de croissance, syndrome de malabsorption...

Les manifestations digestives et la dermatite atopique sont les premières manifestations de l'allergie alimentaire chez le nourrisson. L'allergie alimentaire de même que la simple sensibilisation alimentaire constituent un

mtp

Tirés à part : F. Rancé

doi: 10.11684/mtp.2006.0046

facteur de risque majeur pour le développement ultérieur de la rhinite et/ou de l'asthme.

Comment établir le diagnostic d'une allergie alimentaire ?

Il n'existe pas une démarche diagnostique unique. Cependant, l'exploration débute toujours par les *prick-*

tests cutanés, éventuellement complétés par un dosage des IgE sériques spécifiques. Elle est guidée par l'arbre décisionnel résumé dans la *figure 1*.

L'*histoire clinique* oriente les investigations : une anaphylaxie aiguë dans l'heure suivant l'ingestion d'un aliment isolé, connue depuis moins de 3 ans, et ayant nécessité un traitement médical d'urgence est suffisante pour

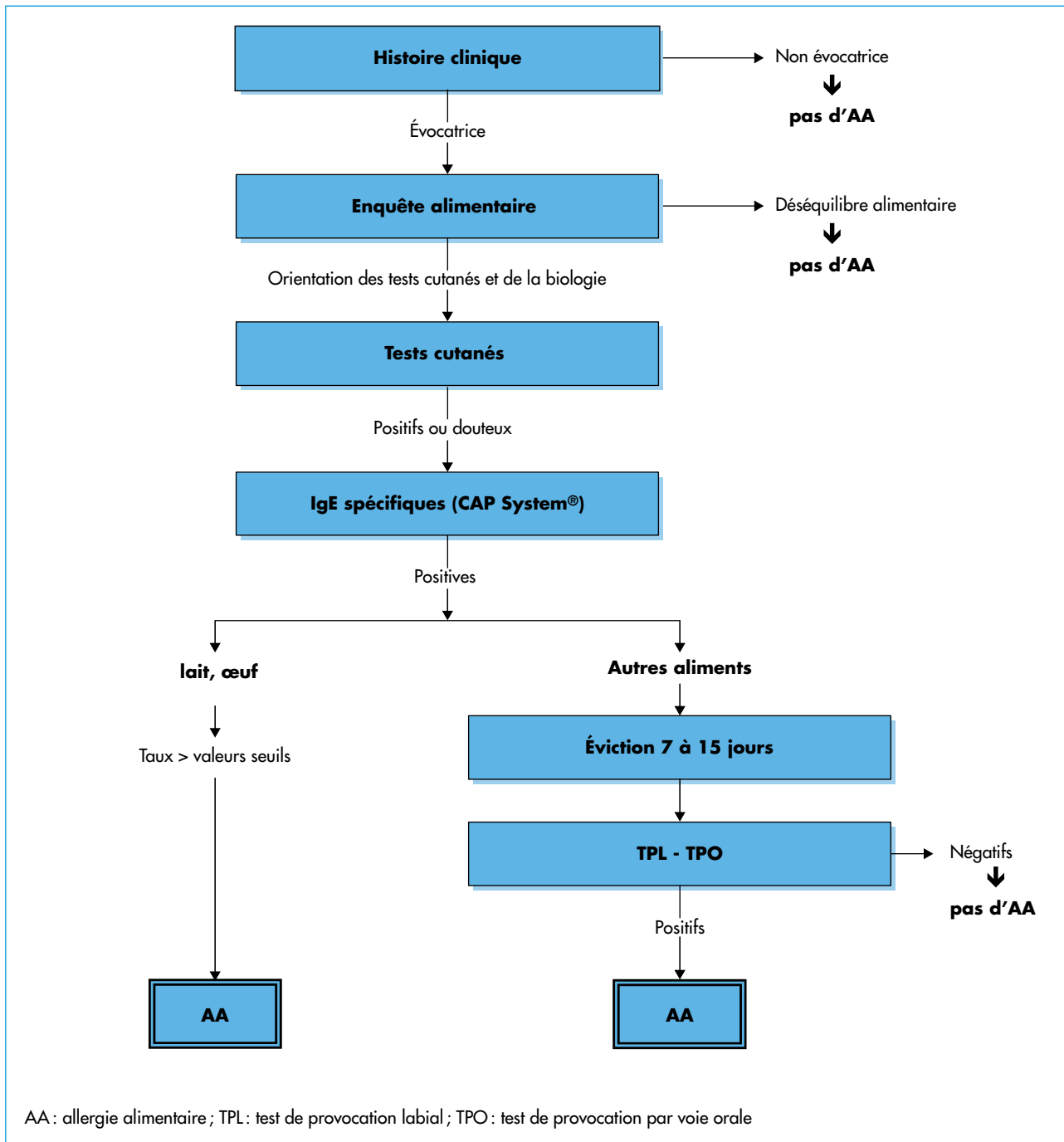


Figure 1. Arbre décisionnel pour le diagnostic d'une allergie alimentaire.

porter le diagnostic d'allergie alimentaire. En dehors de cette situation, des investigations complémentaires sont nécessaires.

L'enquête alimentaire détermine la fréquence de consommation des aliments, repère la présence d'allergènes masqués, détermine les relations chronologiques des symptômes par rapport à l'ingestion des aliments, évalue les additifs couramment ingérés et les éventuels déséquilibres nutritionnels [1].

Les *prick-tests cutanés* sont réalisés avec des extraits commerciaux ou des aliments frais. La spécificité et la valeur prédictive négative sont excellentes pour certains extraits, de sorte que leur négativité pourrait exclure une sensibilisation alimentaire [1]. En revanche, un test cutané positif n'est que le témoin d'une sensibilisation ; elle impose de poursuivre les explorations afin de savoir s'il existe une véritable allergie alimentaire caractérisée par des symptômes cliniques.

Les *patch-tests* alimentaires ont été récemment développés pour explorer la dermatite atopique et les symptômes digestifs.

Le dosage des IgE spécifiques apporte une confirmation de la sensibilisation IgE-médiée dépistée par les tests cutanés. Pour le blanc d'œuf, l'arachide, le poisson, le lait de vache, le blé et le soja, les valeurs seuils établies permettent de guider les mesures d'éviction et réduisent les indications des tests de provocation (tableau 1). Pour les autres aliments dont les valeurs prédictives positives et négatives n'ont pas été précisées, des investigations complémentaires sont nécessaires.

Le régime d'éviction d'épreuve est une alternative aux tests de provocation. L'amélioration des symptômes, sous éviction de l'aliment, permet d'évoquer son rôle dans le déclenchement des manifestations. De même, la réapparition des symptômes à la réintroduction de l'aliment est un argument en faveur de l'allergie.

Le test de provocation par voie orale (TPO) représente la pierre angulaire du diagnostic d'une allergie alimentaire. Il différencie la simple sensibilisation de l'authentique allergie alimentaire. Il reproduit l'histoire clinique en

administrant des doses progressives de l'aliment suspecté. Le TPO doit impérativement être réalisé dans des structures hospitalières aptes à prendre en charge des réactions allergiques graves, avec un personnel médical et non médical hautement spécialisé. Avec toutes ces réserves, le TPO est le seul test qui identifie la dose cumulée réactogène et le type de réactions cliniques déclenchées par l'ingestion de l'aliment. Il permet de mieux évaluer le risque encouru par une consommation accidentelle et guide les mesures thérapeutiques : degré d'éviction, adaptation de la trousse d'urgence. Pour certains aliments (l'œuf, le lait de vache, l'arachide, le soja et le blé), le test de provocation par voie orale est effectué lorsque la valeur des IgE spécifiques est inférieure à la valeur décisive. Le TPO est indispensable au diagnostic pour tous les autres aliments dont la valeur décisive des IgE spécifiques n'a pu être déterminée.

D'autres tests sont réalisés dans certaines situations cliniques. Des signes digestifs dominants conduisent à explorer la souffrance de la muqueuse digestive à l'aide de biopsies intestinales ou d'un test de perméabilité intestinale.

Quels sont les aliments en cause ?

Les aliments incriminés reflètent les habitudes alimentaires et culturelles de chaque pays et de chaque individu. De plus, la répartition des aliments responsables d'allergies évolue de la naissance à l'âge adulte : l'allergie aux végétaux progresse avec l'âge ; il en va inversement des allergies aux aliments d'origine animale.

En France, cinq aliments sont responsables de trois quarts des allergies alimentaires de l'enfant. Il s'agit de l'œuf, de l'arachide, du lait de vache, de la moutarde et du poisson. L'allergie aux protéines du lait de vache est la première à apparaître. Puis, la prévalence de l'allergie au lait et à l'œuf diminue avec l'âge, alors que l'allergie à l'arachide devient l'allergie alimentaire la plus fréquente chez l'enfant âgé de plus de 3 ans. Les autres aliments

Tableau 1. Interprétation recommandée des concentrations d'IgE spécifiques (exprimées en kU_A/L avec la technique CAP System FEIA) pour confirmer une réaction clinique et établir le diagnostic d'allergie alimentaire sans effectuer de test de provocation par voie orale

Aliments	Valeur décisive	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
Œuf de poule	7	61	95	98	38
Avant 2 ans	2				
Lait de vache	15	57	94	95	53
Avant 2 ans	5				
Arachide	14	57	100	100	36
Morue	20	25	100	100	89
Soja	30	44	94	73	82
Blé	26	61	92	74	87
Fruits à coque	~15	-	-	~ 95	

VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative.

impliqués chez le petit enfant sont le blé, la noisette, le kiwi, la crevette, la banane, le poulet, le soja, les lentilles et les pois. Le paysage allergénique se modifie. Ainsi, au cours des prochaines années, on doit s'attendre à une montée en puissance des fruits à coque (noisette, noix, amande...), des fruits exotiques (kiwi...) et du sésame.

En pratique

La dermatite atopique est la manifestation prédominante de l'allergie alimentaire du petit enfant. Les symptômes se modifient et s'aggravent avec l'âge. Cinq allergènes sont responsables des trois quarts des allergies alimentaires de l'enfant : œuf, arachide, lait de vache, moutarde et poisson. L'allergie aux protéines du lait de vache est la première à apparaître. Le diagnostic, souvent difficile, doit reposer sur des investigations standardisées [2,3]. La prise en charge thérapeutique nécessite des évic-

tions indispensables, mais elles ne peuvent être envisagées que sur des preuves irréfutables. L'aide d'une diététicienne est utile pour éviter les risques nutritionnels de tels régimes sur la croissance des jeunes enfants. L'allergie alimentaire du petit enfant peut représenter la première manifestation de l'atopie justifiant une surveillance spécifique.

Références

1. Rancé F, Bidat E. *Allergie alimentaire chez l'enfant*. Genève : Médecine & Hygiène, Médecine & Enfance, 2000 ; (ISBN : 2-88049-149-5).
2. Rancé F, Fardeau MF. Les allergies alimentaires : Qui tester ? Que tester ? Comment tester ? *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2002 ; 42 : 810-3.
3. Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004 ; 113 : 805-19.