

L'essor des allergies alimentaires de l'enfant

Voici un article intéressant publié dans le Figaro Santé du 21/03/11 : il concerne la progression préoccupante des allergies alimentaires de l'enfant.

En vingt ans, leur fréquence a doublé en France et dans les autres pays industrialisés.

En constante augmentation, les allergies alimentaires frappent entre 3 et 7% des enfants des pays développés et leur fréquence croît aussi dans les pays en développement. Cette évolution, leur gravité potentielle et les difficultés du diagnostic ont conduit les États-Unis en 2010, et aujourd'hui la Grande-Bretagne, à édicter de nouvelles recommandations pour aider les médecins à mieux les identifier et les prendre en charge. En France, si l'on ne dispose que d'enquêtes épidémiologiques partielles, la fréquence semble identique avec 5 à 8% des enfants de 1 à 2 ans atteints contre 2% chez l'adulte. «Malgré les différences d'alimentation d'un peuple, d'un pays à l'autre, on retrouve toujours les mêmes allergies alimentaires chez l'enfant: lait, œufs, arachides, poissons, crustacés (crevettes surtout)», souligne le Dr Fabienne Rancé, pédiatre allergologue (CHU, Toulouse). «Avec deux particularités en France: l'allergie à la noisette, parce que nos enfants mangent du Nutella alors que les petits Anglais et Américains mangent du beurre de cacahuète, et celle au kiwi, encore inexpliquée.»

L'allergie alimentaire vraie se présente sous diverses formes. «Dans 90% des cas, la réaction est immédiate: l'enfant mange une cacahuète et dans les 10 minutes, au maximum dans l'heure

qui suit, il fait une urticaire et parfois un œdème. Un signe est typique de l'allergie alimentaire: l'enfant se gratte la paume des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu. Parfois, la réaction est plus violente, avec vomissement ou crise d'asthme, voire dans les cas graves un choc anaphylactique avec chute de tension ou pire, un arrêt cardiaque. Plus fréquente chez les enfants ayant un eczéma atopique sévère, cette réaction allergique peut aussi survenir hors de ce contexte», explique le Dr Michel Bouvier (allergologue, CHU de Lyon). Il existe aussi une forme de réaction retardée, surtout dans l'allergie au lait de vache: l'enfant a la diarrhée, présente des signes de dénutrition, et souvent une cassure de la courbe de croissance qui doit alerter.»

Test de provocation orale

Le diagnostic est précisé par des tests cutanés (prick-tests) et un dosage sanguin des IgE spécifiques, puis confirmé par un test de provocation orale, «qui doit toujours être réalisé en milieu hospitalier par du personnel entraîné», insiste le Dr Fabienne Rancé. «Ces tests standardisés font l'objet de recommandations précises. Mais les allergies alimentaires vraies ne représentent qu'une petite partie de toutes celles soupçonnées à tort.» Pour le Dr Bouvier, les médecins ont trop tendance à demander un test d'IgE spécifiques à la moindre suspicion d'allergie alimentaire. Quelles sont les causes de cette recrudescence? La génétique joue un rôle puisque 80% de ces allergies surviennent dans des familles d'atopiques.

«Mais surtout notre environnement: nous vivons dans des logements plus confinés, plus exposés aux acariens, notre agriculture, nos arbres ont changé et nous exposent à des pollens qui provoquent des réactions d'allergie croisée aux aliments, par exemple allergie au pollen de bouleau et à la pomme ou la noisette, au pollen de cyprès et à la pêche... Nous consommons aussi plus de plats industriels dont des

constituants ajoutés ou transformés modifient le pouvoir allergisant des aliments», explique le Dr Rancé. «En revanche, incriminer une diversification trop précoce de l'alimentation des bébés relève du mythe. Avant 3 mois, c'est trop tôt, mais il faut qu'elle ait lieu entre 4 et 6 mois. Après, on risque de favoriser l'allergie.»

Arachides, noix de cajou et crustacés

Le traitement repose avant tout sur l'éviction de l'aliment responsable. Mais chaque allergie évolue différemment. L'allergie au lait ou à l'œuf disparaît assez vite. «Quand elle persiste au-delà de l'âge habituel, l'allergologue peut tenter une réintroduction pour induire la tolérance, en milieu médical spécialisé. Au cas par cas, on peut aussi permettre de consommer l'aliment en petite quantité, en dessous de la dose limite», précise le Dr Rancé.

En revanche, les allergies aux arachides, à la noix de cajou, et dans une moindre mesure aux poissons et crustacés, sont fréquemment fixées, définitives. «Dans les allergies graves avec risque anaphylactique, comme celles à l'arachide, une trousse d'urgence comprenant un antihistaminique, de la cortisone, de la Ventoline et un stylo Anapen d'adrénaline doit être accessible en quelques minutes», insiste le Dr Bouvier. Ces enfants sont désormais admis en milieu scolaire grâce à un programme d'accueil individualisé établi en concertation avec l'établissement, la famille et la mairie. «Mais dans de nombreuses villes, comme à Lyon, les mairies refusent encore de les accueillir».

Source : Figaro Santé du 21/03/11 – Mise en ligne le 23/03/11

L'éviction de l'arachide sera-t-elle toujours définitive en cas d'allergie ?

Le Pr Denise-Anne Moneret-Vautrin (Nancy), lors du Congrès national d'Asthme et Allergie de 2009, a présenté le protocole d'induction de tolérance orale qui permettrait de consommer une certaine dose d'arachide déterminée sur le plan médical. Jusqu'à présent, l'allergie à l'arachide est considérée comme une allergie définitive dans 80 à 94 % des cas. Les conséquences sont une éviction systématique à vie de l'arachide avec l'obligation de vérifier, sur tout achat alimentaire, l'absence de traces d'arachide et la nécessité de pouvoir traiter rapidement la simple réaction allergique jusqu'au choc anaphylactique par injection d'adrénaline. L'enfant doit bénéficier d'un [PAI](#) qui lui permet la mise en place de son traitement en milieu scolaire et parascolaire. L'éviction de l'arachide évite simplement l'apparition de manifestations allergiques graves. Cela ne guérit pas de l'allergie et pourrait même augmenter le niveau de sensibilisation. En effet, l'absence de consommation totale d'un allergène augmente la sensibilité de l'individu à cet allergène. C'est vrai pour le lait et l'œuf. Ne pas en consommer rend encore plus allergique. Pour y remédier, des protocoles de réintroduction progressifs de ces allergènes, encadrés très strictement sur le plan médical, ont permis de définir quelles doses d'aliments allergisants peuvent être consommés régulièrement sans danger par les patients. Ce qui est possible pour le lait et l'œuf le deviendra-t-il pour l'arachide ? C'est l'espoir soulevé par cette étude sur un petit nombre de patients menée par le Pr Denise-Anne Moneret-

Vautrin. 90 % des patients allergiques à l'arachide ont pu en consommer progressivement sous forme de cacahuète pour atteindre 12 g par semaine avec toutefois dans un cas sur deux des effets indésirables mais qui n'ont pas empêché la poursuite de la réintroduction. Ensuite, sous surveillance médicale stricte, les patients ont consommé régulièrement 1 à 1,5 g/j d'arachide ce qui leur a permis d'avoir un régime alimentaire tout à fait normal. Bien sur, il ne s'agit que d'une étude montrant la possibilité de réintroduire l'arachide chez un patient qui subit cette allergie. Pour être confirmée, d'autres études de plus grande ampleur devront affiner la méthode de réintroduction. **L'éviction totale reste encore la règle à ce jour** mais le principe d'éviction totale permanente qui renforce l'intolérance à l'allergène semble s'effacer pour celui d'induction de tolérance orale.

L'allergie aux protéines de lait de vache (APLV)

L'allergie aux protéines de lait de vache est fréquente avant l'âge de 1 an. Elle est présente chez 3 à 6 % des moins de deux ans, soit environ 24 000 enfants par an pour disparaître vers l'âge de onze à douze mois.

Une distinction tout d'abord entre l'allergie et intolérance aux protéines de lait de vache. *L'intolérance* ne s'exprime que par des signes digestifs alors que l'allergie comporte des signes généraux, cutanés, digestifs ou respiratoires. Le délai d'apparition des signes est retardé dans le cas d'une intolérance et immédiat ou retardé lors d'une allergie. D'autres allergies peuvent se manifester s'il s'agit d'une

allergie alors qu'il n'en existe pas dans le cas d'une intolérance aux protéines de lait de vache.

Il ne faut pas confondre allergie ou intolérance avec une intolérance au lactose qui concerne près de 50 % de la population mondiale. Cette intolérance au lactose entraîne ballonnement et diarrhée mais sans cassure de la courbe de poids. Comme il ne s'agit pas d'une allergie, le patient peut continuer à consommer du lait mais appauvri en lactose afin de pouvoir le supporter.

Les allergènes responsables de l'allergie aux protéines de lait de vache sont au nombre de trente. Citons principalement la bêta-lactoglobuline et la caséine car cette dernière est responsable d'une allergie persistante.

Cette allergie fait suite à une sensibilisation qui peut survenir durant la grossesse dans le ventre de sa maman mais aussi lors de l'allaitement ou de la prise du premier biberon.

Les signes cliniques de l'APLV sont de type immédiat ou retardé et peuvent se déclarer très précocement parfois avant 6 mois. La circonstance classique de déclenchement est le bébé nourri au sein et qui déclare une urticaire lors du sevrage du fait d'une sensibilisation préalable.

Les signes cliniques sont cutanés, digestifs, respiratoires et peuvent aller jusqu'à l'anaphylaxie.

Les signes cutanés sont présents dans 10 à 40 % des cas. Ils comportent essentiellement une urticaire ou une dermatite atopique.

Les signes digestifs sont présents dans 50 à 60 % des cas, ils peuvent être répétés et résistants aux traitements. On constate surtout l'existence de vomissements, de [reflux gastro-oesophagien](#), d'œsophagite (inflammation de l'œsophage), de sang dans les selles ou de diarrhée. L'existence de tels symptômes peut entraîner un retard de croissance tant sur le

poids que la taille.

Les signes respiratoires représentent 20 à 30 % des cas. Ils se manifestent rarement par de [l'asthme](#), mais aussi par la répétition d'otite séreuse.

L'anaphylaxie représente 9 % des cas et peut se traduire par la mort subite du nourrisson.

Le diagnostic fait appel à diverses méthodes :

Le prick test réalisée avec du lait natif. Il provoque un érythème ou une papule. Ce test est positif dans les allergies immédiates. Sa négativité ne signifie pas que l'enfant n'est pas allergique.

Le dosage des [IgE](#) peut être demandé pour le lait de vache et la caséine. Le dosage peut être intéressant car l'on sait que la guérison d'une allergie à la caséine est lente. Cela permet de déterminer selon l'évolution du taux des IgE le temps nécessaire avant d'aborder la réintroduction du lait

Les patch tests comme le **Diallertest** (prix 22 €) est utilisé dans les diagnostics des allergies retardées.

Sa réalisation nécessite que le dos du patient soit propre sans apposition de crème. La peau ne doit pas présenter d'eczéma au préalable et le patient ne doit pas avoir absorbé de substances antihistaminiques.

Une fois posé, le patch ainsi que le patch témoin sont retirés après 48 heures et la lecture, effectuée par un médecin, se fait à 72 heures. La lésion est positive si elle est rouge et granuleuse compatible avec un eczéma. Elle peut également présenter des vésicules à sa surface.

Régime d'épreuve.

Il consiste en l'administration durant un mois d'un lait sans protéines lait de vache. En cas d'amélioration, cela signe le

diagnostic d'aplv et le régime sera poursuivi jusqu'à l'âge de guérison.

Si l'état clinique ne change pas sous régime, il est inutile de le poursuivre plus d'un mois, il ne s'agit pas d'allergie au lait de vache.

Évolution

La guérison survient dans 90 % des cas avant trois ans. Celle-ci survient le plus souvent avant un an. Lors de la persistance, le risque est l'apparition d'allergie de type respiratoire ou alimentaire. L'allergie à la caséine est plus fréquemment retrouvée dans les formes persistantes.

Traitement

Le régime est instauré si l'allergie aux protéines de lait de vaches est prouvée. Ce régime est difficile à conduire car il nécessite l'éviction de tous les aliments contenant du lait : beurre, crème, petits pots aux légumes contenant souvent du lait, toutes sortes de lait comme bien sur le lait HA mais également le lait de brebis et de chèvre. Seul le lait de jument ne contient pas de protéines croisées avec les protéines lait de vache.

Cette éviction est également valable si l'allergie est prouvée chez un enfant nourri exclusivement au sein. La maman ne doit pas absorber de produits laitiers sous toutes ses formes ainsi que d'autres substances connues comme étant allergisantes chez l'enfant telle que les cacahuètes.

- lait de substitution. hydrolysate de protéines du lactosérum : Alfaré (non remboursé: NR), Peptijunior (R); hydrolysate de caséine : Galliagène (NR), Prégestimil (R), Nutramigen (R), Nutriben
- Isolat de soja et collagène de porc: Prégomine
- Lait de synthèse : Néocate. Ce lait de synthèse,

onéreux, sur prescription hospitalière, est réservé aux patients présentant une allergie aux hydrolysats.

- Lait de soja : pas avant 6 mois (il existe des allergies croisées)

Le risque d'un régime d'exclusion du lait est un appauvrissement des apports en calcium. Cela nécessite parfois une supplémentation en calcium si les apports de lait sont inférieurs à 500ml par 24 h.

La conduite à tenir une fois que le diagnostic est posé :

Bien évidemment, c'est tout d'abord la mise en place d'un régime;

La prévention d'autres allergies alimentaires notamment à l'œuf, le poisson, l'arachide. L'œuf doit être introduit bien cuit en commençant par le jaune puis par le blanc d'œuf. L'arachide ne sera consommée qu'après 3 ans. La diversification alimentaire doit être retardée jusqu'à 6 mois. **La durée du régime est d'au moins 6 mois.** Suite à ce régime, un bilan comportant des tests allergiques et un dosage des IgE sera entrepris même s'il s'agit même s'il s'agit d'une allergie retardée car le patient a pu développer durant la période d'éviction une allergie de type immédiate.

- si le bilan est négatif, et si il s'agit d'une forme d'allergie retardée, la réintroduction est proposée a la maison. Selon un protocole bien précis, en commençant par les laitages
- S'il s'agit d'une allergie retardée, la positivité des IgE signe la présence d'une allergie immédiate. Dans ce cas, la réintroduction de l'aliment se pratique en milieu hospitalier de jour. Cette réintroduction consiste en une administration de doses progressives de lait jusqu'à la moitié d'un biberon environ. Si la valeur d'un biberon entier peut être pris sans que cela entraîne des réactions, on estime que la guérison est

acquise.

Cela nécessite néanmoins la consommation régulière de lait durant toute sa vie. Cette consommation ne doit jamais être arrêtée même s'il apparaît quelques plaques d'eczéma car la tolérance acquise par la réintroduction progressive du lait serait irrémédiablement perdue et exposerait le patient à un **risque de choc anaphylactique grave lors de la consommation ultérieure de lait.**

- Si la réintroduction du lait est un échec le patient peut suivre un protocole de tolérance de façon à éviter la survenue d'un choc anaphylactique lors d'un contact avec des traces infimes de lait. Cette méthode consiste à apporter du lait goutte à goutte de façon à augmenter la tolérance du patient.

Allergie retardée aux protéines lait de vache

C'est une allergie non IgE médiée. Les signes cliniques sont retardés de 48 à 72 h d'où la difficulté pour porter le diagnostic Les signes cliniques comportent essentiellement des signes digestifs, cutanés et respiratoires. *Les signes digestifs* sont sévères. Il peut s'agir : Entérocolite allergique qui survient durant la première semaine de vie et à ceux-ci des épisodes de reflux, vomissements, diarrhées sanglantes et une altération de l'état général. Les autres signes digestifs peuvent être un tableau d'entéropathie allergique, une rectocolite hémorragique. D'autres signes digestifs non spécifiques peuvent exister : un **reflux gastro-oesophagien (D#19)** sévère, une constipation ou une diarrhée chronique, une anorexie, une cassure de la courbe de poids, une irritabilité.

Les signes cutanés. Principalement il s'agit d'un eczéma ou d'une dermatite atopique sévère comportant des plaques confluentes arrondies pouvant couvrir une grande partie de la

surface du corps.

Les signes respiratoires consistent en un asthme relativement sévère, et la répétition d'otite séreuse.

Le diagnostic comporte :

- Des **tests cutanés** et un dosage des **IgE** négatifs
- La réalisation du patch test est positive. Si le patch test est négatif et si le régime d'épreuve pratiqué ne montre aucune amélioration, c'est qu'il ne s'agit pas d'une **allergie**.

Évolution

La guérison est totale dans les cinq ans qui suivent.

Le pronostic est d'autant meilleur que le diagnostic précoce.

Prévention des allergies aux protéines lait de vache.

En présence d'une **atopie**, il est recommandé :

- un allaitement prolongé,
- ne pas donner de biberon de lait à la maternité en cas d'allaitement maternel,
- en cas d'allaitement, de privilégier un lait hypoallergénique,
- de ne pas utiliser pour la peau du bébé de crème à base de lait ou de toutes substances comportant des extraits alimentaires (amidon de blé), d'huile d'amande douce.

Source : Communication du Dr VALINGOT ANFRAY Florence,
Pédiatre Allergologue (Rouen), Mai 2008
Modification de la page 07/03/2008

Les allergènes alimentaires

Classification des principaux aliments allergéniques par famille

- Groupe latex : avocat, banane, châtaigne, kiwi
- Groupe noix : amande, noisette, noix, noix du Brésil, noix de cajou, noix de pécan, pignon, pistache
- Ombellifères : aneth, carotte, céleri, coriandre, fenouil, graines d'anis, graines de carvi, persil
- Rosacées : abricot, cerise, fraise, framboise, pêche, poire, pomme, prune
- Légumineuses : arachide, soja, pois, haricots, lentilles, fèves

Les allergènes en cause dépendent des habitudes alimentaires de chaque population : le riz au Japon, la farine et la tomate en Italie, le poisson en Scandinavie, l'arachide aux USA, etc.

En France, la majorité des allergies alimentaires sont causées par 7 allergènes alimentaires :

1. lait de vache,
2. œuf,
3. arachide,
4. fruits à coque,
5. blé,
6. poissons,
7. crustacés.

Dans une enquête épidémiologique française, les **allergènes** le plus fréquemment cités sont :

- famille des rosacées (14 %) comprenant les fruits à noyaux et à pépins: pomme, poire, pêche, abricot, prune, cerise, etc..
- famille des ombellifères (9 %) comme le céleri, la carotte, le persil, le fenouil, la coriandre, le cumin, etc.,
- légumineuses comme l'arachide, le soja, la lentille, le petit pois, le pois chiche, le lupin, la fève, le haricot sec, etc.,
- le lait (8 %),
- les crustacés (8 %),
- les fruits croisant avec le latex (5%),
- les œufs (4 %),
- les noix (3 %),
- l'arachide (1 %).

Les tendances marquantes des trois dernières années sont la progression des allergies alimentaires aux fruits et légumes croisant avec le latex (avocat, kiwi, banane, châtaigne), l'inquiétante et récente progression des allergies alimentaires au sésame et au lupin qui sont des aliments à haut risque anaphylactique.

La **répartition** est différente chez un adulte ou un enfant.

Chez l'enfant

c'est plutôt

- l'œuf (36%),
- l'arachide (24%),
- les protéines de lait de vache (8%),
- la moutarde (6%) et
- le poisson (4%)

pour ne citer que les plus fréquents.

Chez l'adulte

les allergies alimentaires aux allergènes végétaux (fruits et légumes) sont plus fréquentes chez l'adulte (84 % des cas). Leur fréquence augmente avec l'âge, parallèlement à l'acquisition de la sensibilisation aux pollens en raison des phénomènes d'allergie croisée. C'est **l'allergie** :

- aux rosacées qui prédomine dans 27 % des cas puis
- les aliments ayant une allergie croisée avec le groupe latex (avocat, banane, châtaigne, kiwi),
- ceux du groupe ombellifères pour 17% ,
- des fruits à coques(16 %),
- du groupe céréale (14 %) et
- la cacahuète (10 %).

Goûteurs de chocolat, rassurez-vous: l'allergie au cacao est rare et plus souvent due aux additifs qui entrent dans la composition du chocolat.

Sources : D'après une communication du Dr Habib Chabane, Medec 2008 – Kanny G. Allergie alimentaire. La Revue du praticien, 57, 1331-38. –Moneret-Vautrin DA. Allergies alimentaires. La Revue du praticien, 46, 961-67.

Traitement de l'allergie alimentaire

Le traitement repose principalement sur l'éviction du ou des allergènes responsables. **L'éviction alimentaire**, sa durée et une possible réintroduction sous surveillance médicale sont déterminées par l'allergologue. Une **aide diététique** permet

d'équilibrer l'alimentation. Des fiches de régime et de recettes sont proposées. Le site internet [Cicbaa](#) en propose également.

Une éviction élargie est parfois étendue à :

- d'autres substances que l'alimentation car ces protéines allergisantes sont employées dans la confection de parfums, savons, médicaments, jouets (latex des tétines) et sont parfois croisées avec des allergènes aériens (chat ,oiseau).
- certains médicaments qui seront évités : bêta-bloquants, aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine utilisé principalement pour le traitement de l'hypertension.

L'ingestion accidentelle doit être prévenue par le biais d'une [éducation thérapeutique](#) au traitement d'urgence à apporter. Le maniement de médicament d'urgence comme l'adrénaline est à connaître. Une vidéo pour expliquer l'allergie alimentaire et les principes du traitement.

L'enfant doit surtout bénéficier d'un [plan d'accueil individualisé \(PAI\)](#) pour le milieu scolaire ou associatif dans lequel sera repris de façon explicite

- les mesures à adopter pour prévenir une manifestation de l'allergie et
- les mesures à entreprendre en urgence si un accident allergique grave survenait.

Le but du traitement n'est pas de prononcer une éviction définitive mais d'amener le patient à acquérir une tolérance de plus en plus grande vis-à-vis de l'aliment auquel il est allergique. Cette attitude permet d'obtenir un proportion de guérison plus importante qu'avec une éviction seule.

Conclusion

L'allergie alimentaire est une pathologie complexe avec des formes graves possiblement mortelles. Elle nécessite dès sa suspicion une prise en charge adaptée par un allergologue pour prouver cette allergie et d'être entouré si besoin par un diététicien afin de maîtriser son alimentation sans danger.

L'éviction reste le traitement essentiel ; la recherche d'une tolérance orale a pour but d'amener le patient à la guérison.

Source : »Anaice. Urgences allergiques. Laboratoire ALLERBIO.
Enola Productions. »

Modification de la page 02/05/2009
