

Journée SSMG

par le Dr Jean Moens • Médecin généraliste • 5570 Fernelmont

L'allergie dans tous ses états

Sainte-Ode, 2 juin 2007

Allergie alimentaire chez l'enfant

L'allergie alimentaire est une réaction non toxique, pouvant être ou non IgE médiée; ce n'est pas une intolérance alimentaire. Trois fois plus fréquente chez l'enfant (4 à 8%) que chez l'adulte, dans 56% des cas, l'allergie alimentaire (AA) se présente avant 3 ans et est le premier signe d'un terrain atopique. Les symptômes sont cutanés (dermatite atopique, urticaire, angio-œdème), respiratoires (rhinite, conjonctivite, asthme, ...), gastro-intestinaux (RGO, diarrhée, constipation, ...) ou généralisés (anaphylaxie). Les manifestations varient avec l'âge: les troubles gastro-intestinaux sont plus fréquents au cours de la première année, l'eczéma a un pic entre 1 et 3 ans, les problèmes respiratoires sont plus importants après l'âge de trois ans.

Cinq aliments sont responsables de 90% des allergies alimentaires chez l'enfant. Ce sont: les œufs, le lait de vache (LV), les crustacés, les arachides, le soja et les noix. Chez l'enfant, les allergènes sont d'origine animale dans 53% des cas tandis que chez l'adulte les allergènes sont d'origine végétale dans 84% des cas. Avec l'âge, la prévalence de l'allergie au LV et aux œufs diminue, alors qu'elle augmente pour l'arachide et les fruits à coques.

Le diagnostic se fait sur base de l'histoire clinique et diététique, et par la recherche des IgE spécifiques (tests cutanés, et examens de sang). Le **test cutané** (réalisable à tout âge même chez le nourrisson) doit se faire après arrêt des antihistaminiques et des corticoïdes locaux. Un test cutané négatif permet d'éliminer une AA IgE médiée (valeur prédictive négative 95%, 80% chez les nourrissons), positif il suggère dans 30-50% des cas une AA (valeur prédictive positive < 50%). La recherche des **IgE sériques spécifiques** se fera si les tests cutanés sont indisponibles ou irréalisables. Les valeurs seuils varient selon les études.

On peut aussi pratiquer un **test de provocation labial** en posant un fragment de l'allergène supposé sur la lèvre.

Le **test de provocation oral** consiste à faire ingérer l'allergène supposé à des doses progressivement croissantes. Cette procédure qui n'est pas sans danger se fait en milieu hospitalier.

Le traitement préventif consiste en l'éviction stricte ou adaptée de l'aliment incriminé (attention aux allergènes cachés).

D'après l'exposé du Dr Sandra MULLIER, allergologue, Hôpital universitaire des enfants. Bruxelles

Peut-on prévenir l'allergie?

En prévention primaire, il n'y a pas grand-chose de démontré. Le rôle protecteur du lait maternel n'est pas complètement prouvé, mais l'allaitement pendant 3 mois reste préconisé.

L'augmentation de la prévalence des allergies dans nos sociétés va de pair avec l'excès d'hygiène et la modification de la flore intestinale. De récentes études montrent des résultats encourageants pour les pré/probiotiques chez les nourrissons à risque. Leur présence dans l'alimentation favoriserait le développement de l'immunité cellulaire plutôt que moléculaire. Cela semble prometteur mais il reste à définir le moment, la durée et les souches à administrer.

Une éviction allergénique trop stricte en période prénatale entraînerait un défaut de développement de la tolérance. L'évitement du tabagisme passif, des polluants et des acariens a un effet préventif net, de même que l'éviction du LV, des œufs, du poisson, des fruits à coque et du soja chez l'enfant de moins d'un an ou chez la mère allaitante. Une meilleure définition des groupes à risques permettrait de proposer des mesures globales plus efficaces, plus ciblées.

En prévention secondaire, la limitation de l'exposition aux allergènes est évidemment nécessaire mais il est important de limiter également l'exposition aux polluants à action inflammatoire (tabac, formaldéhyde, NO₂, particules diesels, etc.).

D'après l'exposé du Dr S. LUYASU, med.int. Clinique de St Vith

Urgences allergiques

On distingue l'asthme aigu grave (AAG), le choc anaphylactique (CA) et l'œdème laryngé.

Le **CA**, parfois mortel, se caractérise par la présence de phénomènes cutanéo-muqueux accompagnés de symptômes respiratoires et/ou digestifs et/ou cardiovasculaires et/ou digestifs. La plupart de ces chocs sont provoqués par des aliments, des médicaments ou des piqûres d'hyménoptère. Les principaux facteurs favorisants sont l'âge (+ de 50 ans), la voie d'introduction (parentérale), les médicaments (bêta-bloquants même sous forme de collyre, acide acétylsalicylique, AINS) et l'alcool. L'asthme surtout si mal contrôlé, est un facteur de risque important.

L'**AAG** se présente sous forme d'une dyspnée d'installation progressive (le plus souvent) ou rarement sous forme d'un bronchospasme aigu. Les signes cliniques les plus inquiétant sont hypersudation, polypnée, silence auscultatoire, tachycardie, cyanose et trouble de la conscience. Un peak flow peut être dangereux.

En France, un Réseau d'Allergo-Vigilance^(a) centralise les déclarations de CA de ses membres. Pour l'année 2006, les principaux **allergènes alimentaires** rapportés sont l'arachide (15%), les autres légumineuses comme soja ou lupin (9%), les fruits de la "famille latex" (13%), le blé ou froment (8%), le lait (8%), les crustacés (6%), les fruits à coque (5%), le poisson (3%), les œufs (1,6%)^(b).

La prévalence des décès par **piqûre d'insectes** serait de l'ordre de 0,1 à 0,5/an, par million d'habitants.

Les principaux médicaments responsables de CA sont l'aspirine, les AINS, les antibiotiques et les produits iodés et en anesthésie, les myorelaxants et le latex.

C'est l'adrénaline qui est LE traitement du choc anaphylactique. Il n'y a pas de

(a) Pr D-A Moneret-Vautrin à Nancy

(b) Alim'Inter 2007, 12, 50-52

contre-indication formelle en situation d'urgence grave. La voie d'administration est intramusculaire de préférence à la face externe de la cuisse. La dose à administrer est de 0,01 mg/kilo de poids. L'ampoule classique n'est plus conseillée pour le patient mais bien le stylo auto-injectable (EpiPen® (46,38 €), disponible en deux dosages: 0,15 mg (enfants < 20 kilos), et 0,30 mg (à partir de 20 kilos); conservation à température ambiante (< 30°), et possibilité d'utilisation au moins 1 an après la date de péremption si nécessaire^(c) (usage unique). Les corticoides ont une action lente, pas plus rapide en intraveineux que per os, et sont incapables de traiter ou de prévenir le CA, mais ils peuvent prévenir la survenue d'un choc retardé. Les antihistaminiques sont inefficaces dans le CA.

D'après l'exposé du Dr X. VAN DER BREMPT, Clin. St Luc, Bouge

Allergies médicamenteuses les plus fréquentes

L'allergie médicamenteuse doit être distinguée des effets secondaires ou toxiques et de l'idiosyncrasie (ou intolérance) au médicament; cette dernière étant une réaction quantitativement anormale alors que l'allergie est une réaction qualitativement anormale. Les principaux médicaments impliqués sont les AINS et les antibiotiques (bêta-lactames).

Les manifestations cliniques sont soit **immédiates** (œdème de Quincke, bronchospasme, choc, ...) et alors graves; soit **accélérées** (entre 3 et 72 heures: surtout urticaire et éruption cutanée) soit **retardées** au delà de 72 heures (rash, prurit eczéma, toxi-dermie, pseudo maladie sérique, entre autres.) L'imputabilité sera déterminée par l'anamnèse: chronologie de la réaction, nature et localisation des lésions.

L'allergénicité des différentes pénicillines est conditionnée par le cycle bêta-lactame commun, par le noyau thiazolidique et par les chaînes latérales différentes d'une molécule à l'autre. L'ouverture de la chaîne bêta-lactames est aussi responsable de l'allergénicité des céphalosporines dont il n'est pas possible de prévoir le risque de réaction croisée avec la pénicilline. Les tests cutanés (pricktest ou IDR) permettent de préciser quelle est la molécule responsable de l'allergie. Le test de réintroduction est à réaliser en clinique si les TC sont négatifs.

Les macrolides entraînent peu de réaction allergique.

Les quinolones sont des allergènes "mon-tants" sources de réactions photoinduites mais aussi de chocs anaphylactiques parfois gravissimes.

Les sulfamidés anti infectieux entraînent principalement l'apparition d'un rash maculopapuleux, ainsi que des réactions photoinduites, maladie sérique, ...

Les tests cutanés sont à réaliser 6 semaines et 3 mois après l'épisode initial en milieu hospitalier. On observe une négativation des tests cutanés dans 2/3 des cas de réactions anaphylactiques immédiates 10 ans après. Devant une allergie à un médicament, il faut toujours rechercher une alternative thérapeutique; s'il n'y en a pas, on peut procéder, suivant un protocole précis, en clinique, à une tentative d'accoutumance rapide.

L'intolérance aux AINS (pseudoallergie) se présente sous forme d'urticaire, d'angio-œdème, d'asthme, de dermatose bulleuse. Les tests cutanés ne sont pas fiables. Le test de réintroduction est la méthode de choix et à ne faire qu'en clinique.

D'après l'exposé de L.-M. VANDEZANDE, pneumoallergologue Clin. St Luc, Bouge

La désensibilisation en 2007

La désensibilisation consiste en l'administration progressive de doses croissantes d'un allergène en vue d'améliorer les symptômes associés à un contact ultérieur avec cet allergène.

Cette technique a des détracteurs encore que des méta analyses semblent plaider en

sa faveur. La rhinite, la conjonctivite et l'asthme allergiques sont les indications de choix. Comme principaux effets cliniques de ce traitement on note une diminution de la consommation de médicaments, la prévention du passage de la rhino-conjonctivite à l'asthme et un bon contrôle des symptômes nasaux et bronchiques entre autres. Sur le plan clinique, les effets de la désensibilisation sont rapides, ils persistent pendant la durée du traitement et se maintiennent après l'arrêt.

Plusieurs voies d'administration sont utilisées: par injection, par voie locale intra nasale et par voie orale (buvable ou sublinguale).

La voie sublinguale permet de tolérer des concentrations très importantes, les effets secondaires étant minimes.

La comparaison entre l'efficacité de la voie sous-cutanée (SCIT) et de la voie sublinguale (SLIT) dans l'allergie au pollen de bouleau est légèrement en faveur de la SCIT mais la SLIT présente beaucoup moins d'effets secondaires

locaux et quasi pas d'effet généraux. Les allergènes utilisés sont principalement les pollens, les acariens, les animaux et les hyménoptères. Pour les pollens le traitement est à prolonger pendant plusieurs années en fonction de la réponse clinique et immunologique. L'amélioration de la standardisation des extraits et la meilleure connaissance des doses utiles pour la voie sublinguale ouvrent des perspectives d'avenir très encourageantes.

Malgré les inconvénients (longue durée, prix élevé, ...) la désensibilisation reste la seule méthode susceptible de modifier en profondeur l'évolution de la maladie allergique.

D'après l'exposé du Dr J.L. HALLOY, pneumoallergologue, CHR de Warquignies

LE TRAVAIL, C'EST LA SANTÉ ?

Nos patients souffrant au travail

35^e Journée d'Étude de la Société Balint Belge

Samedi 10 novembre 2007, de 8 h 30 à 17 h 00

Parnasse – Deux Alice – Bruxelles

Accréditation demandée

Renseignements

Dr M. Delbrouck, tél.: 071 34 44 71 (de 7 h à 7 h 30).

M^{me} B. Bodson, tél.: 02 731 92 33 (heures de bureau)

Secrétariat: rue de la limite 43, B-1950 Kraainem

balint@skynet.be ■ www.balint.be