

Modalités de l'enquête alimentaire dans l'urticaire chronique

Y. DEJOBERT

RÉSUMÉ

Au cours de l'urticaire chronique, l'allergie alimentaire vraie ou l'intolérance alimentaire ne semblent qu'une cause assez rare (3 ou 4 % pour ces deux causes réunies), et il en est de même pour l'intolérance aux additifs (environ 3 %). Par contre un facteur alimentaire aggravant semble assez fréquent dans environ la moitié des cas. L'interrogatoire et la réalisation d'une enquête alimentaire permettent de rechercher des facteurs favorisant ou orientant vers une intolérance ou une allergie alimentaire. Les prick-tests aux aliments sont utiles pour reconnaître les allergies médiées par les IgE. Toutefois, il existe une possibilité de faux négatif vis-à-vis des extraits commerciaux en raison, en particulier de la mauvaise standardisation de certains allergènes, d'où l'intérêt des prick-tests avec les aliments frais. Des réactions faussement positives (dermographisme) peuvent également être observées, ce qui souligne l'importance de la réalisation du prick témoin négatif. La recherche d'IgE spécifiques est une alternative aux prick-tests, mais leur prescription en France est soumise à certaines règles. Le problème de la qualité du matériel allergénique est similaire à celui des extraits commerciaux utilisés pour les prick-tests. Les régimes hypoallergéniques semblent intéressants en particulier dans certains cas d'urticaire chronique sévère, avec crises quotidiennes, rebelles aux anti-histaminiques, afin de détecter une éventuelle intolérance alimentaire qui aurait été méconnue par les autres méthodes d'investigation. Les tests de provocation sont les « gold standard » des auteurs anglosaxons, mais sont de réalisation assez lourde. La responsabilité des additifs doit être recherchée par l'enquête alimentaire et également éventuellement par l'utilisation de régimes sans additifs.

MOTS-CLÉS : Allergie alimentaire – Intolérance alimentaire – Urticaire chronique – Prick-test – Régime hypoallergénique – Régime d'exclusion.

SUMMARY

Food survey modalities in chronic urticaria. – True food allergy or food intolerance appear to be a relatively rare cause of chronic urticaria (3 or 4 % for these two causes combined), and the same applies to intolerance to additives (about 3 %). On the other hand, an aggravating food factor appears to be fairly frequent in approximately one half of cases. The clinical interview and dietary survey investigate the predisposing factors or suggest the possibility of food intolerance or food allergy. Prick-tests to foods are useful to identify allergies mediated by IgE. However, false-negatives can occur in response to commercial extracts, particularly because of the poor standardization of certain allergens, hence the value of prick-tests with fresh foods. False-positive reactions (dermographism) can also be observed, which emphasizes the importance of performing negative control prick-tests. Assay of specific IgE is an alternative to prick-tests, but their prescription in France is subject to certain rules. The problem of the quality of the allergenic material is similar to that of commercial extracts used for prick-tests. Hypoallergenic diets appear to be useful, particularly in certain cases of severe chronic urticaria, with daily episodes, refractory to antihistaminics, in order to detect a possible food intolerance which would have been missed by other methods of investigation. Provocation tests are the « gold standard » in the English language literature, but are fairly complicated to perform. The responsibility of additives must be investigated by food survey and also possibly by the use of diets without additives.

KEY-WORDS: Food allergy – Food intolerance – Chronic urticaria – Prick-test – Hypoallergenic diet – Exclusion diet.

Consultation de Dermatoallergologie. Services de Dermatologie A (Pr Piette, Pr Bergeand) et de Dermatologie B (Pr Thomas), CHRU de Lille, 59037 LILLE Cedex.

Tirés à part : Dr Y. Dejobert, 145, rue du Molinel, 59800 LILLE.

Reçu le 28 janvier 1997.

DEJOBERT Y. – Modalités de l'enquête alimentaire dans l'urticaire chronique. *Rev. fr. Allergol.*, 1997, **37** (5), 568-571.

En raison de la faible prévalence de l'allergie ou de l'intolérance alimentaire au cours de l'urticaire chronique, il faut rechercher celles-ci quand les autres causes, en particulier physiques, médicamenteuses ou autres, ont été éliminées, et si l'histoire clinique est évocatrice [19], ce qui n'est toutefois pas toujours le cas. Il existe souvent une discordance entre le patient qui a toujours tendance à rapporter son urticaire à une origine alimentaire [10], et la réalité des faits : en effet, au cours de l'urticaire chronique, l'allergie alimentaire vraie ou l'intolérance aux aliments ne semble qu'une cause assez rare (3 à 4 % pour ces 2 causes réunies) [21, 26] et il en est de même pour l'intolérance aux additifs (environ 3 %) [21, 26]. Par contre un facteur alimentaire aggravant semble assez fréquent dans environ la moitié des cas pour certains [17], et il s'agit alors de ce qui a également été appelé la fausse allergie alimentaire qui est une forme d'intolérance alimentaire [17].

ALLERGIE ET INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE

L'allergie alimentaire est une réaction immunologique survenant après l'ingestion d'un aliment ou d'un additif alimentaire. La mise en évidence d'IgE spécifiques à des trophallergènes permet de confirmer l'existence d'une allergie médiée par les IgE [19]. Une intolérance alimentaire est une réaction anormale non immunologique à un aliment ou à un additif alimentaire qui survient de façon similaire chez certains sujets prédisposés : elle peut être de nature pharmacologique (par exemple intolérance à la tyramine présente dans certains fromages), enzymatique (par exemple, intolérance au lactose) ou indéfinie [19]. Retenons toutefois que certaines formes d'intolérance alimentaire sont peut-être d'authentiques allergies au cours desquelles le mécanisme immunologique n'est pas clairement établi en raison en particulier de la mauvaise standardisation de certains trophallergènes [4].

ANAMNESE

Cette étape est essentielle, et l'interrogatoire doit être minutieux. Il est d'abord intéressant de rechercher des facteurs qui invitent à suspecter une allergie alimentaire vraie [18] : la notion d'une atopie familiale ou personnelle, des antécédents d'allergie alimentaire personnelle ou familiale, le rythme post-prandial des manifestations, l'allergie à certains pollens, par exemple, le pollen de

bouleau (qui réagit de façon croisée avec la pomme, la poire, la pêche, la noisette...) et le pollen d'armoise ou d'ambroisie (qui croise avec le céleri et parfois la carotte, le persil, le fenouil) [19]. La notion d'urticaire de contact au latex peut orienter vers une allergie alimentaire croisée (avocat, banane...). La recherche de signes digestifs d'accompagnement (nausées, vomissements, douleurs abdominales) est précieuse [18].

La réalisation d'une enquête alimentaire, permet de relever la consommation d'additifs, ou l'excès de consommation d'un aliment qui pourrait favoriser la survenue d'une allergie alimentaire [18].

L'interrogatoire est également essentiel afin de recouper les différentes prises d'aliments que le patient a parfois réintroduit de lui-même ce qui parfois exclut leur responsabilité.

Contrairement à ce que l'on peut observer au cours de l'urticaire aiguë, au cours de laquelle le patient arrive souvent à identifier l'aliment responsable en raison du délai bref entre la prise de l'aliment et la survenue des manifestations, le délai peut être plus long, de une à plusieurs heures, au cours de l'urticaire chronique ce qui peut rendre plus difficile le diagnostic [8, 22].

LES TESTS CUTANÉS

Les prick-tests aux aliments sont utiles pour reconnaître les allergies médiées par les IgE. Le prick-test consiste à piquer la peau à travers une goutte d'extrait allergénique en utilisant une fine aiguille jetable ou une lancette avec une pointe de 1 mm [19]. Les résultats sont lus après 18 à 20 minutes. Les critères de positivité peuvent varier d'un auteur à l'autre ; une papule d'au moins 3 mm peut être considérée comme positive par certains [19] ; d'autres auteurs retiennent le seuil de 5 mm après soustraction du diamètre de la papule du témoin négatif [15]. L'intensité de la réponse à l'allergène peut également être mesurée en la comparant à une autre papule chez le même sujet obtenue par le prick-test avec un témoin positif [20], par exemple une solution à 1 p. cent d'histamine [19]. Les prick-tests réalisés avec les extraits commerciaux peuvent présenter une faible sensibilité avec certains aliments. La précision diagnostique est haute pour les protéines allergéniques bien définies telles que poisson, œuf, lait et plus pauvre pour des antigènes moins bien définis. Il est préférable d'utiliser la méthode « prick+prick » pour les fruits et légumes, en piquant d'abord l'aliment puis la peau avec la même lancette [19]. Une fausse positivité des prick-tests peut être notée chez les sujets aller-

giques au pollen, particulièrement au pollen de bouleau. Par ailleurs l'allergénicité des extraits commerciaux actuellement disponibles peut varier selon les fabricants et même pour différents lots d'un même fabricant [6]. Au cours de l'urticaire chronique, il existe souvent une réactivité non spécifique de la peau mise en évidence par le témoin négatif et il faut tenir compte de cette réactivité dans l'interprétation des tests (dermographie).

Dans la plupart des centres d'allergie, les prick-tests sont l'étape initiale de dépistage de l'allergie alimentaire [6]. Ces tests ne sont qu'une étape du diagnostic. Leur positivité n'implique pas forcément la responsabilité de l'aliment concerné et il faut noter l'éventuelle corrélation avec la clinique. Les tests cutanés peuvent être positifs aux aliments en l'absence d'allergie alimentaire symptomatique [23, 25]. Les réactions allergiques sont moins usuelles toutefois devant des tests cutanés négatifs (faux négatif) [25]. Les prick-tests sont à réaliser avec prudence en cas de notion de manifestation anaphylactique sévère.

LES TESTS BIOLOGIQUES

Leurs règles de prescription en France ont été sensiblement modifiées depuis la mise en place de la nouvelle nomenclature le 27 octobre 1994, et la prescription des RAST aux aliments (en dehors des RAST aux mélanges de trophallergènes qui peuvent être réalisés pour le dépistage) doit en principe être effectuée après la réalisation des tests cutanés, en vue d'une éventuelle confirmation de la présence d'IgE spécifiques. Le problème de la qualité du matériel allergénique est similaire à celui des extraits commerciaux utilisés pour les prick-tests. L'avantage de ces tests est que de nombreuses déterminations peuvent être réalisées sur un simple prélèvement sanguin.

Leur signification est identique à celle des prick-tests [6] et la responsabilité des aliments en cause doit être confirmée sur le plan clinique [12]. Il peut même être dangereux de supprimer la consommation d'un aliment dont seul le RAST est positif, sans symptomatologie clinique lors de sa consommation, ceci pouvant dans certains cas occasionner la survenue d'une allergie alimentaire vraie avec augmentation du degré de sensibilisation à l'aliment concerné, et même survenue de manifestations anaphylactiques, comme cela a été démontré chez des enfants atopiques vis-à-vis du poisson ; l'augmentation de la sensibilité pourrait s'expliquer par des contacts plus ou moins cachés et répétitifs, minimes avec l'allergène [14]. D'autres tests biologiques ne sont pas du domaine de la routine [6].

LES RÉGIMES HYPOALLERGÉNIQUES (RÉGIMES D'EXCLUSION)

Ce type de régime est jugé de peu d'intérêt par certains auteurs mais par contre utilisé par d'autres comme moyen diagnostique au cours de l'allergie alimentaire [1, 7, 9, 13, 16, 21] (tableaux I et II).

TABLEAU I. - Régime hypoallergénique d'après [7], modifié

Agneau, poulet, bœuf, dinde
Carotte, laitue, persil
Poire (épluchée)
Pâtes (sans œufs), riz, semoule, farine
Biscottes sans levure (Wasa léger bleu)
Huile (tournesol)
Sucre
Sel
Café instantané ou en grains (pas plus de 6 tasses par jour)
Eau plate

TABLEAU II. - Régime hypoallergénique utilisé par Ortolani [22]

Riz
Viande de dindon
Huile d'olive extra vierge
Salade verte
Poire (épluchée)
Thé
Sucre de canne
Sel
Eau minérale ou naturelle

Il peut être intéressant d'utiliser ce type de régime chez des patients qui présentent en particulier une urticaire sévère, quotidienne, et rebelle aux antihistaminiques. Il doit être utilisé sur une période de 15 jours minimum de préférence, puis les aliments sont réintroduits un par un de façon quotidienne, avec précaution. Ceci permet parfois plus facilement d'identifier l'aliment en cause d'autant que les tests cutanés peuvent être parfois pris en défaut (possibilité de faux négatif). Ce type de régime ne doit pas être utilisé sur des périodes prolongées sans contrôle diététique en raison de la possible survenue de carences nutritionnelles.

Le test de provocation en double aveugle contre placebo est le « gold standard » des auteurs anglosaxons. Il reste la procédure définitive pour vérifier la relation causale entre l'aliment suspecté et le développement d'une réaction spécifique [3]. Il

est prudent d'éviter le test de provocation quand un aliment spécifique a été responsable d'une anaphylaxie systémique, particulièrement à plusieurs reprises [3]. Toutefois ces tests sont de réalisation assez lourde. Par ailleurs en cas d'ingestion de gélules, ils peuvent court-circuiter des organes cibles importants tels que la sphère oropharyngée [3]. Il peut également exister des faux négatifs (possibilité de tolérance induite, de sensibilisations additionnelles) [4].

ADDITIFS ET CONTAMINANTS

Les additifs peuvent aggraver ou déclencher une urticaire. Au cours de l'urticaire chronique leur responsabilité peut être détectée à l'aide de régimes sans additifs [7, 9, 13, 24]. Signalons que les régimes hypoallergéniques sont également des régimes sans additifs. En principe, leur responsabilité doit par la suite être confirmée par la réalisation d'un test en double aveugle.

Parmi les additifs responsables, citons l'acide benzoïque, le benzoate de sodium, les colorants azoïques (en particulier la tartrazine qui peut être

responsable d'une réactivité croisée avec l'aspirine), l'annatto (colorant végétal issu d'un arbre tropical), le bétacarotène, l'acide sorbique, le nitrate de sodium, le butylhydroxytoluène, le butylhydroxyanisole, les sulfites [11, 27, 28].

En tant que contaminant, le nickel [2] a pu être incriminé comme pouvant être responsable d'urticaire, ainsi que la pénicilline [5], qui peut être présente à l'état de traces dans les aliments.

CONCLUSION

L'enquête alimentaire au cours de l'urticaire chronique doit être réalisée en particulier quand la recherche d'autres causes est négative. Il existe un contraste entre la multiplicité des causes possibles de l'urticaire chronique et le fait que bien souvent elle soit idiopathique, ce qui peut décourager l'investigateur, mais il doit rester vigilant afin de ne pas méconnaître une origine alimentaire toujours possible. Un des moyens d'exploration qui nous semble particulièrement intéressant est le régime hypoallergénique, qui est toutefois assez contraignant pour le patient.

RÉFÉRENCES

- Armenaka M., Lebach J., Rosenstreich D.L. – Successful management of chronic urticaria. *Clin. Rev. Allergy*, 1992, 10, 371-390.
- Abeck D., Traenckner I., Steinkraus V., Vieluf D., Ring J. – Chronic urticaria due to nickel intake. *Acta Derm. Venereol.*, 1993, 73, 438-439.
- Bahna S.L. – Blind food challenge testing with wide-open eyes. *Ann. Allergy*, 1994, 72, 235-238.
- Bindslev-Jensen C., Skov P.S., Madsen F., Poulsen L.K. – Food allergy and food intolerance-what is the difference? *Ann. Allergy*, 1994, 72, 317-320.
- Boonk W.J., Van Ketel W.G. – The role of penicillin in the pathogenesis of chronic urticaria. *Br. J. Dermatol.*, 1982, 106, 183-190.
- Bruijnzeel-Koomen C., Ortolani C., Aas K., Bindslev-Jensen C., Björkstén B., Moneret-Vautrin D.A., Wütrich B. – Adverse reaction to foods. *Allergy*, 1995, 50, 623-635.
- Dejobert Y., Piette F., Martin P., Rotteleur G., Thomas P., Bergoend H. – Recherche des facteurs alimentaires et des anomalies de la perméabilité intestinale dans l'urticaire chronique. À propos de 30 observations. *Rev. Fr. Allergol.*, 1987, 27, 113-118.
- Dejobert Y., Martin P., Bergoend H.A. – À propos d'une urticaire à la poire : itinéraire d'un diagnostic. *Nouv. Dermatol.*, 1990, 9, 732-733.
- Gibson A., Clancy R. – Management of chronic idiopathic urticaria by the identification and exclusion of dietary factors. *Clin. Allergy*, 1980, 10, 699-704.
- Guinépain M.T. – Place de l'allergie dans l'urticaire chronique. *Rev. fr. Allergol.*, 1996, 36, 247-252.
- Hannuksela M., Haahtela T. – Hypersensitivity reactions to food additives. *Allergy*, 1987, 42, 561-575.
- Kaesler P., Revelly M.L., Frei P.C. – Prevalence of IgE antibodies specific for food allergens in patients with chronic urticaria of unexplained etiology. *Allergy*, 1993, 49, 626-629.
- Kemp A.S., Schembri G. – An elimination diet for chronic urticaria of childhood. *Med. J. Aust.*, 1985, 143, 234-235.
- Larramendi C.H., Martín Esteban M., Pascual Marcos C., Fiandor A., Díaz Pena J.M. – Possible consequences of elimination diets in asymptomatic immediate hypersensitivity to fish. *Allergy*, 1992, 47, 490-494.
- Laurent J., Guinépain M.T. – Tests cutanés et allergie. *Rev. Fr. Allergol.*, 1996, 36, 149-153.
- Laurent J., Lagrue G. – « Allergie » alimentaire : valeur diagnostique du régime oligoantigénique. *Rev. Fr. Allergol.*, 1988, 28, 21-22.
- Moneret-Vautrin D.A., André C. – Immunopathologie de l'allergie alimentaire et fausses allergies alimentaires. Paris, Masson, 1983.
- Moneret-Vautrin D.A., Nicolas J.P., Grillat J.P. – Abords diagnostiques actuels d'une allergie alimentaire. *Méd. et Hyg.*, 1985, 43, 1118-1124.
- Ortolani C., Ispano M. – Foods and chronic urticaria. *Clin. Rev. Allergy*, 1992, 10, 325-347.
- Ortolani C., Ispano M., Pastorello E.A., Ansaloni R., Magri G.D. – Comparison of results of skin prick tests (with fresh foods and commercial food extracts) and RAST in 100 patients with oral allergy syndrome. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1989, 83, 683-690.
- Ortolani C., Pastorello E., Ispano M., Ansaloni R. – Food allergy diagnosis protocol. *Allerg. Immunol. (Paris)*, 1988, 20, 48-50.
- Ortolani C., Pastorello E., Miadonna A., Pravettoni V., Restuccia M., Joppolo G., Zanussi C. – Méthodologies pour le diagnostic de l'allergie alimentaire dans l'urticaire et l'angioedème chroniques. *Méd. et Hyg.*, 1982, 40, 110-114.
- Pastorello E.A. – Skin tests for diagnosis of IgE-mediated allergy. *Allergy*, 1993, 48 (suppl. 14), 57-62.
- Rudski E., Czubalski K., Grzywa Z. – Detection of urticaria with food additives intolerance by mean of diet. *Dermatologica*, 1980, 161, 57-62.
- Sampson H.A. – Food Allergies. *JAMA*, 1992, 268, 2840-2844.
- Volonakis M., Katsarou-Katsari A., Stratigos J. – Etiologic Factors in childhood chronic urticaria. *Ann. Allergy*, 1992, 69, 61-65.
- Weber R.W. – Food additives and allergy. *Ann. Allergy*, 1993, 70, 183-190.
- Wütrich B. – Adverse reactions to food additives. *Ann. Allergy*, 1993, 71, 379-384.