

Article à quatre mains

Les allergies alimentaires : Qui tester ? Que tester ? Comment tester ?

Food allergies: Who to test? What kind of tests? How to proceed?

F. Rancé ^{a,*}, M.F. Fardeau ^b

^aHôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31026 Toulouse, France

^bPavillons de l'Arc, bâtiment B, 13290 Les Milles, France

Reçu le 12 juin 2002; accepté le 9 juillet 2002

Résumé

L'augmentation de fréquence des allergies alimentaires incite à standardiser la démarche diagnostique. Les données issues de la littérature et surtout la collaboration d'une pratique allergologique libérale et hospitalière ont permis d'élaborer un arbre décisionnel répondant aux 3 questions majeures : qui, que et comment tester un patient suspect d'allergie alimentaire, en fonction de son âge ?

© 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The increasing incidence of food allergies has forced us to standardize the diagnostic work-up. Data from the literature and above all, collaboration between office and academic practitioners has brought about the creation of a decisional tree with the aim of answering three major questions: who, what and how to test a patient with suspected food allergy, according to his/her age.

© 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. All rights reserved.

Mots clés: Allergie alimentaire; Tests Cutanés; IgE; Tests de Provocation; Enfants; Adultes

Keywords: Food allergy; Skin prick tests; Specific IgE; Oral food challenge; Children; Adults

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 : elle est estimée à 8,5 % chez l'enfant d'âge préscolaire [1]. L'allergie alimentaire correspond à une réaction clinique à l'ingestion d'aliments initiée par un mécanisme immunologique [2]. Les répercussions des allergies alimentaires sont multiples : familiales, sociales, scolaires ou professionnelles, voire financières.

1. Qui tester ?

Les patients qui ont présenté des manifestations cliniques évocatrices.

Il peut s'agir de 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.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : rance.f@chu-toulouse.fr (F. Rancé), marie-f.fardeau@wanadoo.fr (M.F. Fardeau).

Il peut s'agir également de *réactions chroniques* : eczéma, constipation, reflux, gastroentérite allergique à éosinophiles, syndrome de malabsorption...

1.1. Les enfants

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

1.2. Les adultes

Il faut évoquer l'allergie alimentaire chez l'adulte allergique aux pollens ou au latex : 50 % des polliniques et 35 % des allergiques au latex sont concernés par des allergies alimentaires [3]. Le syndrome oral est un signe fréquent. Néanmoins, les signes sont parfois plus sévères.

2. Que tester ?

Les aliments incriminés reflètent les habitudes alimentaires et culturelles de chaque pays et de chaque individu.

Il n'existe pas de batterie « standard » universelle. Les aliments testés sont choisis en fonction de l'âge, des données de l'anamnèse et des éléments épidémiologiques publiées.

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.

2.1. Chez l'enfant

En France, cinq aliments sont responsables de trois quarts des allergies alimentaires. Il s'agit de l'œuf, de l'arachide, du lait de vache, de la moutarde et du poisson. 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 trois ans. Le paysage allergénique se modifie. Ainsi, au cours des prochaines années, on doit s'attendre à une montée en puissance des légumineuses (lentilles, lupin), des fruits à coque, des fruits exotiques et du sésame.

2.2. Chez l'adulte

Les réactions croisées fréquentes, conduisent à des investigations allergologiques à l'aide de listes préétablies par

« famille » : en cas d'allergie à l'arachide, aux fruits à coque, au sésame, à la farine...

La recherche systématique d'une allergie aux aliments du « groupe latex » chez les allergiques au latex est encore débattue. Les principaux aliments concernés sont banane, avocat, kiwi et châtaigne.

Chez l'adulte jeune, la recherche d'un syndrome pollen – aliments (ou association d'une allergie pollinique et d'une allergie alimentaire) est guidée selon la pollinose. Une allergie aux fruits et légumes de la famille des rosacées et aux noisettes est à évoquer chez l'allergique aux pollens de bouleau. Une allergie aux aliments de la famille des ombellifères et aux épices est possible chez l'allergique aux pollens de composées.

3. Comment tester ?

Il n'existe pas une démarche diagnostique unique. Cependant, l'exploration débute toujours par les prick-tests cutanés, éventuellement complétée par un dosage des IgE sériques spécifiques. Elle est guidée par l'arbre décisionnel résumé sur la Fig. 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

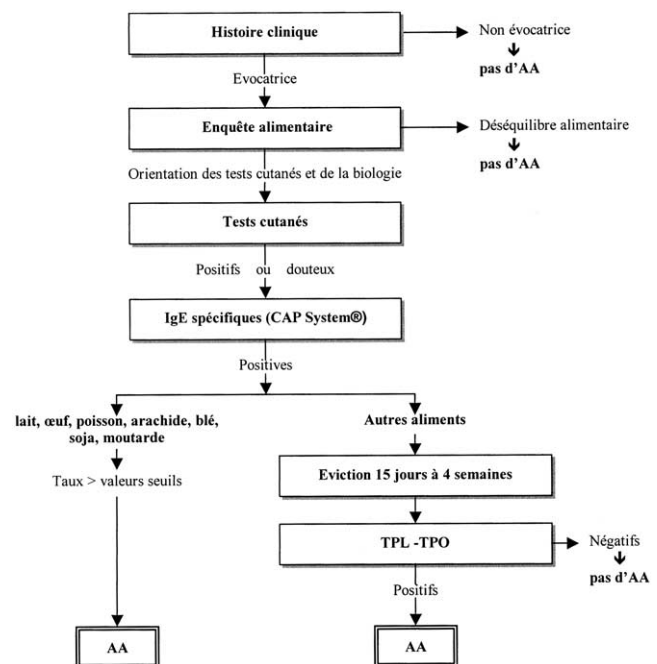


Fig. 1. Arbre décisionnel pour le diagnostic d'une allergie alimentaire. AA : allergie alimentaire ; TPL : test de provocation labial ; TPO : test de provocation par voie orale.

pour 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 responsable de fausses allergies alimentaires [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]. Par contre, 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 [4]. Ils sont réalisés avec les aliments naturels (par exemple le lait de vache, l'œuf, la farine de blé et le soja pour une dermatite atopique du nourrisson). L'interprétation doit tenir compte d'éventuelles urticaires au contact de la zone d'application des tests, surtout décrites pour l'œuf, et qui n'ont aucune valeur diagnostique.

Le dosage des IgE spécifiques apporte une confirmation de la sensibilisation IgE-médiée dépistée par les tests cutanés. Il est effectué en première intention lorsque les tests cutanés ne sont pas réalisables. La technique CAP System® (Pharmacia) est actuellement la méthode de dosage de référence. 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 [5] (Tableau 1). La valeur seuil pour la moutarde est de 18 kU_A/l [1]. Pour les autres aliments dont les valeurs prédictives positives et négatives n'ont pas été précisées, des investigations complémentaires sont nécessaires.

De plus, une histoire clinique évocatrice associée à des prick tests et des IgE spécifiques négatives doit conduire à contrôler le bilan allergologique.

Le régime d'éviction d'épreuve est une alternative aux tests de provocation, en particulier en cabinet de ville, éloigné d'un centre spécialisé. 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 régime doit être

Tableau 1

Interprétation recommandée des concentrations d'IgE spécifiques (exprimées en kU_A/l avec la technique CAP system FEIA) pour le diagnostic d'allergie alimentaire [5]

Valeurs	Œuf	Lait	Arachide	Poisson	Soja	Blé	Réalisation d'un TPO
≥ à	7	15	14	20	65	80	Non nécessaire
< à	7	15	14	20	30	26	Nécessaire*
< à				0,35			À domicile**

* Chez les patients avec histoire clinique d'allergie IgE-médiée, le test de provocation (TPO) doit être réalisé sous surveillance médicale, en fonction des valeurs d'IgE.

** Si la valeur des IgE est inférieure à 0,35 kU_A/l et les prick-tests négatifs, le TPO peut être réalisé à domicile, sauf s'il existe une histoire de réaction.

longuement expliqué pour éviter l'ingestion d'allergène masqué [6].

Le test de provocation labial (TPL) est simple, rapide, et réalisable en cabinet de ville. Il consiste à mettre en contact l'aliment avec la muqueuse labiale dans le but de produire une réaction locale, reflet de la réponse IgE à l'antigène. Le TPL est considéré comme positif à partir d'un stade 3 (urticaire de contiguïté ou plus). Néanmoins, la faible sensibilité du TPL impose de poursuivre par un test de provocation orale s'il est négatif [1].

Le test de provocation orale (TPO) représente la pierre angulaire du diagnostic. 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, géographiquement proche d'une unité de soins intensifs, 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.

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.

4. Conclusion

Le diagnostic d'allergie alimentaire est fondé sur une démarche rigoureuse faisant suite à un interrogatoire minu-

tieux mené au cours de consultations d'allergologie qui prennent du temps. Le mode d'exercice du médecin allergologue conditionne les investigations allergologiques. En médecine libérale, les investigations comportent les tests cutanés, les examens biologiques, les mesures d'éviction et le test de provocation labial. Cependant, pour établir un diagnostic de certitude ou rechercher la guérison de l'allergie l'alimentaire en toute sécurité pour le patient, il sera nécessaire de se baser sur le test de provocation par voie orale. Ces unités adaptées sont peu nombreuses en France, et en pratique souvent éloignés des praticiens libéraux. Il est nécessaire que des équipes spécialisées développent la technique du TPO pour répondre à la demande. Il n'est pas concevable de porter le diagnostic d'allergie alimentaire à tort, ni même de passer à côté du diagnostic avec le risque que le patient présente une réaction grave par une exposition accidentelle.

Références

- [1] F. Rancé, E. Bidat. Allergie alimentaire chez l'enfant. Genève : Médecine & Hygiène, Médecine & enfance; ISBN : 2-88 049, 149-145.
- [2] Johansson SGO, Hourihane JO'B, Bousquet J, Brujnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, Kowalski ML, Mygind N, Ring J, van Cauwenberge P, van Hage-Hamsten M, Wuthrich BA. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. *Allergy* 2001;56:813–24.
- [3] Sicherer SH. Clinical implications of cross-reactive food allergens. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:881–90.
- [4] Niggemann B, Reibel S, Wahn U. The atopy patch test (APT), a useful tool for the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis. *Allergy* 2000;55:281–5.
- [5] Sampson HA. Utility of food-specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy. Food and drug reactions and anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:891–6.
- [6] [http:// www.cicbaa.com](http://www.cicbaa.com).