



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Les ITO alimentaires doivent toujours être initiées à l'hôpital : POUR (controverses)

*Oral immunotherapy for food allergies must always be initiated in a hospital setting:
FOR (arguments)*

C. Delebarre-Sauvage*, M. Seynave, A.-C. Vilain

*Service d'allergologie et d'éducation thérapeutique, hôpital St-Vincent-de-Paul, groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille,
BP 387, 59020 Lille cedex, France*

Reçu le 6 février 2017 ; accepté le 9 février 2017

Résumé

L'allergie alimentaire a doublé depuis 2003, avec une sévérité croissante. Comme aux États-Unis, cette pathologie est en partie responsable des admissions en urgence en Europe : notamment pour arachide et fruits à coque reliés à 90 % des anaphylaxies mortelles. Jusqu'à ces dernières années, la seule prise en charge consensuelle de l'allergie alimentaire a été le maintien de l'éviction de l'allergène en cause. À ce jour, l'immunothérapie alimentaire est proposée aux patients allergiques à condition de respecter une certaine rigueur de réalisation. L'immunothérapie orale (ITO) nécessite une initiation en milieu hospitalier pour des raisons de sécurité : certains allergènes pourvoyeurs de réactions anaphylactiques graves comme l'arachide et les fruits à coque mais aussi les laits (vache, chèvres, brebis), le soja sont particulièrement concernés. Prouver la persistance de l'allergie alimentaire afin de justifier l'ITO implique de mener une réintroduction de l'allergène jusqu'à l'obtention d'une réaction clinique permettant la détermination de la dose réactogène ou seuil de réactivité. L'ensemble de ces éléments rend indispensable la réalisation de l'initiation d'une ITO en milieu hospitalier.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Immunothérapie orale ; Tolérance orale ; Initialisation ; Anaphylaxie

Abstract

Food allergy has doubled since 2003, with increasing severity. In Europe as in the US, this phenomenon is partly responsible for emergency admissions, particularly peanut and tree-nut allergies, which are associated with 90% of fatal cases of anaphylaxis. Until recent years, the sole consensual food allergy management was food allergen avoidance. Now, however, food immunotherapy is proposed to allergic patients under strict conditions of use. For safety reasons, immunotherapy requires initiation in a hospital setting. Certain allergens such as peanut or tree-nut allergies, as well as milk (cow, goat, ewe) and soy allergies are particularly associated with anaphylactic reactions. Proving food allergy persistence in order to justify immunotherapy involves carrying out allergen rechallenge until a clinic reaction is obtained, allowing determination of the reactive dose or of a reactivity threshold. For all of the foregoing reasons, it is essential to initiate immunotherapy in a hospital setting.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Food allergy; Oral immunotherapy; Oral tolerance; Initiation; Anaphylaxis

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sauvage.christine@ghicl.net (C. Delebarre-Sauvage).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2017.02.015>

1877-0320/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les aliments principalement en cause dans les allergies alimentaires sont le lait de vache, l'œuf, l'arachide et ainsi que certaines autres légumineuses (soja, lentille, pois...), les fruits à coque, le blé, le sésame, les fruits de mer et le poisson.

Jusqu'à ces dernières années, la seule prise en charge consensuelle de l'allergie alimentaire a été le maintien de l'éviction de l'allergène en cause. Cette approche tend à être remplacée par l'immunothérapie spécifique dont la littérature a montré l'efficacité [1].

Si de nos jours, l'immunothérapie alimentaire est proposée aux patients allergiques du fait de l'ampleur épidémiologique de la pathologie (doublement de la prévalence depuis 2003, touchant actuellement 2–3 % des adultes et jusqu'à 8 % des enfants aux États-Unis) [2], certaines allergies sont plus à risque anaphylactique, responsables des admissions en urgence en Europe chez l'enfant et le jeune adulte à l'instar des pays anglo-saxons [3].

L'allergie alimentaire sévère porte, chez l'enfant de plus de 3 ans et dans les pays industrialisés, essentiellement sur l'arachide et les fruits à coque. Ces allergènes sont responsables de plus de 90 % des cas d'anaphylaxie mortelle [4]. Des réactions létales ont également été rapportées pour les protéines de lait de vache (PLV), de chèvre ou brebis, le soja.

Globalement, la guérison naturelle est faible pour l'arachide (20–22 %) [5], les fruits à coque (9–10 %) et une éviction prolongée peut être nocive ce qui justifie donc le recours à l'ITO [6].

Les raisons essentielles POUR la réalisation de l'ITO alimentaire en milieu hospitalier sont les suivantes.

1.1. Pour prouver la persistance de l'allergie alimentaire afin de justifier l'ITO

L'immunothérapie est un processus long, chronophage avec un monitoring médical sur plusieurs mois. De ce fait, il est fortement recommandé de ne proposer une immunothérapie qu'après avoir prouvé la persistance de l'allergie en déclenchant une réaction clinique objective. Lorsque l'allergie alimentaire ne dépend pas d'un mécanisme IgE-dépendant et/ou le dosage des IgE spécifiques ou la taille du prick-test n'atteint pas une valeur prédictive positive ou négative fiable, un test de provocation orale (TPO) est nécessaire pour valider la persistance de l'allergie alimentaire. Ce TPO est réalisé en milieu hospitalier pour des raisons de sécurité évidentes, car il nécessite une augmentation progressive des doses, des intervalles de 15 à 40 minutes entre chaque dose et des délais de surveillance de 2 à 10 h après l'administration de la dernière dose [7].

1.2. Pour déterminer le seuil de réactivité

Le seuil de réactivité et la sévérité de l'allergie détermine les modalités de l'immunothérapie. Lorsque l'allergie est très sévère, on pourra avoir plutôt recours à une immunothérapie sous omalizumab. Dans de nombreux protocoles d'ITO, la première

dose administrée à domicile dépend de ce seuil de réactivité réalisé en milieu hospitalier [8].

1.3. Pour initier l'immunothérapie

De façon générale, ce traitement vise à augmenter la dose seuil réactogène ou à raccourcir le temps pour atteindre une tolérance en accélérant le processus de guérison naturelle. L'ITO a pour but de réduire les risques de réactions graves dues à une exposition accidentelle. Toutes les récentes publications montrent que l'ITO est une intervention réalisable avec bénéfice [1]. Cependant, l'innocuité, l'efficacité et les conditions sécurisées de cette approche doivent être confirmées et des recommandations réalisées quant aux indications, contre-indications et aux modalités de la réalisation.

2. Conclusion

Dans la mesure où les protocoles publiés comportent un test de provocation par voie orale pour valider la persistance de l'allergie et le seuil de réactivité, à ce jour, la mise en route d'une immunothérapie spécifique en allergie alimentaire nécessite une hospitalisation en centre spécialisé avec un allergologue rôlé à cette pratique et entouré d'un personnel expérimenté, d'un plateau technique approprié, à proximité d'un service de réanimation.

Selon les recommandations, l'immunothérapie débutera chez un patient équilibré cliniquement, tant sur un plan respiratoire, que cutané et digestif [7].

Tous les aliments sont potentiellement susceptibles de déclencher une réaction allergique sévère IgE ou non IgE médiée. On retiendra cependant que l'allergie alimentaire grave porte, chez l'enfant de plus de 3 ans et dans les pays industrialisés, essentiellement sur l'arachide et les fruits à coque. Ces allergènes sont responsables de plus de 90 % des cas d'anaphylaxie mortelle [4]. Plus que tous les autres, ils devront se réaliser en milieu hospitalier.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Nowak-Wezgrzyn A. What makes children outgrow food allergy? *Clin Exp Allergy* 2015;45:1618–20.
- [2] Gupta RS, Springston EE, Warrier MR, Smith B, Kumar R, Pongracic J, et al. The prevalence, severity, and distribution of childhood food allergy in the United States. *Pediatrics* 2011;128(1):e9–17.
- [3] Mullins RJ, Wainstein BK, Barnes EH, Liew WK, Campbell DE. Increases in anaphylaxis fatalities in Australia from 1997 to 2013. *Clin Exp Allergy* 2016;46:1099–110.
- [4] Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107(1):191–3.
- [5] Peters RL, Allen KJ, Dharmage SC, Koplin JJ, Dang T, Tilbrook KP, et al. HealthNuts Study. Natural history of peanut allergy and predictors of resolution in the first 4 years of life: a population-based assessment. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135(5):1257–66.

- [6] Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 2015;372(9):803–13.
- [7] Rancé F, Deschildre A. Test de provocation par voie orale aux aliments chez l'enfant. Quand, pour qui et comment ? Introduction, définitions, lexique. *Rev Fr Allergol* 2006;46:604–9.
- [8] Delebarre Sauvage C, Vilain A-C. Où et comment induire la tolérance chez l'enfant allergique alimentaire à l'arachide ? *Rev Fr Allergol* 2014;54:188–91.