

Quelle est la valeur diagnostique pour l'allergie alimentaire d'un test de provocation positif ? Le test de provocation est-il le reflet d'une réaction réelle ?

*What is the diagnostic value of a positive challenge test for food allergy?
Does it mimic real life?*

P.-A. Eigenmann

Hôpital des Enfants, hôpitaux universitaires de Genève, 6, rue de Willy-Donzé, 1211 Genève 14, Suisse

Disponible sur Internet le 27 février 2009

Résumé

Le diagnostic de l'allergie alimentaire est basé sur l'histoire de la réaction, la mise en évidence de tests IgE positifs et lorsque l'interprétation du test ne correspond pas clairement à l'anamnèse, l'investigation sera complétée par un test de provocation standardisé. Le test de provocation devra être adapté à l'histoire clinique du patient en veillant à utiliser l'aliment tel qu'il a été consommé par le patient et tel qu'il sera reconsommé en cas de test négatif. Si ces conditions sont remplies, le test de provocation permettra de donner l'information nécessaire en mimant le plus fidèlement une exposition naturelle mais sécurisée.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Test de provocation

Abstract

Food allergy diagnosis is based on the history of the reaction and demonstration of positive IgE tests. When the test results cannot be correlated clearly with the history, standardized oral food challenges are indicated. The challenge must be adapted to the history of the clinical reaction, being certain to administer the food as it is consumed by the patient, and in a way that it will be eaten again if the challenge is negative. If these “real life” conditions are followed, the challenge test will be optimal and safe, and yield the required diagnostic information.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Food allergy; Diagnosis; Oral provocation; Food challenge test

1. Introduction

L'allergie alimentaire de type IgE-médiée est fréquente, en particulier chez l'enfant. Les patients qui présentent cette pathologie ont un risque significatif de présenter une réaction sévère lors de la réexposition à l'aliment, motivant un régime d'exclusion stricte. Les régimes d'exclusion sont contraignants et nécessitent une information approfondie, notamment pour l'entourage du patient (par exemple, les structures de prise en charge scolaires ou les crèches).

L'établissement d'un diagnostic précis d'allergie alimentaire est donc particulièrement important. Ce dernier est principalement basé sur l'anamnèse de la réaction, en tenant compte notamment de l'intervalle de temps entre l'ingestion de l'aliment suspecté et la survenue de la réaction. Basé sur l'anamnèse, le médecin allergologue effectuera, dans un premier temps, des tests d'exploration destinés à mettre en évidence une sensibilisation de type IgE, soit par test cutané, par la méthode du prick ou par la mesure d'anticorps IgE spécifiques dans le sérum du patient. À ce stade de l'investigation, la difficulté principale réside dans la possibilité de tests positifs sans relevance clinique. En effet, les allergies alimentaires survenant le plus fréquemment chez des patients

Adresse e-mail : Philippe.Eigenmann@hcuge.ch.

présentant un terrain atopique, le risque est élevé que ces patients présentent des anticorps de type IgE pour divers aliments qu'ils consomment par ailleurs sans problème. Chez ces patients l'absence d'allergie est évidente, mais l'interprétation des tests IgE positifs est plus difficile chez les petits enfants qui n'ont pas encore une alimentation diversifiée, ou chez les patients qui présentent une pathologie chronique (par exemple, une dermatite atopique modérée à sévère), parfois reliée à une allergie alimentaire. En cas de doute diagnostique, l'investigation ne devrait pas être conclue sur la présence exclusive d'un test IgE positif, sans l'information claire sur la relation de symptômes avec l'ingestion de l'aliment. Dans ces cas, un test de provocation alimentaire standardisé permettra de poser un diagnostic définitif.

2. Test de provocation alimentaire

L'organisation du test de provocation alimentaire est particulièrement importante pour sa validation diagnostique. En effet, le test de provocation alimentaire devrait mimer une exposition « naturelle » tout en assurant une sécurité maximale au patient. En pratique, le médecin allergologue décidera de donner l'aliment de manière fractionnée, en commençant en général, par une quantité qui ne devrait pas provoquer de réaction, puis en augmentant les doses jusqu'à une dose totale correspondant à un repas normal. Des protocoles standardisés peuvent être utilisés mais le médecin allergologue doit, à chaque fois, s'interroger si le test correspond à la symptomatologie rapportée par le patient (dose provoquant la réaction, type de réaction, intervalle entre l'ingestion de l'aliment et la survenue de la réaction).

Les points suivants doivent être par ailleurs observés :

- l'aliment choisi pour le test de provocation alimentaire devrait refléter, autant que possible, le repas à l'origine de la réaction. Certains aliments ne peuvent pas être considérés comme étant « globalement réactif ». Un patient peut très bien réagir à un type de poisson et tolérer d'autres poissons. On ne peut donc pas tester « globalement » le poisson et le test de provocation diagnostique devra donc être effectué avec le poisson impliqué ;
- l'état de cuisson de l'aliment peut également influencer le résultat du test. En effet, certains enfants peuvent tout à fait tolérer l'œuf cuit mais réagir à un œuf cru ou que partiellement cuit ;
- finalement, le type de préparation (effet matrice) peut également influencer le résultat du test. Comme exemple, nous pouvons citer ici la diminution de l'allergénicité de l'ovomucoïde en présence de blé.

Lorsque le protocole a été choisi, et que la dose de départ, la dose totale et l'intervalle entre les doses ont été déterminées, il reste à définir des critères de positivité. Ces critères devront être le plus objectif possible, tout en tenant compte de la symptomatologie présentée initialement par le patient. En effet, un patient présentant une aggravation de l'eczéma 24 heures après la prise d'un aliment comme seul critère de

positivité devra avoir un test de provocation fractionné avec une phase placebo et une phase contenant l'aliment et un intervalle entre les deux phases d'au minimum 24 heures. L'interprétation d'un test de provocation peut également être difficile, si le patient présente des symptômes subjectifs, comme par exemple un prurit buccal. Le test de provocation devra donc être conduit, de telle manière à provoquer si possible également des symptômes objectifs.

Il est particulièrement important qu'un test de provocation soit suivi d'un repas normal contenant l'aliment tel que le patient va le consommer par la suite. Pour certaines raisons citées ci-dessus (par exemple, l'effet matrice), un test de provocation peut être négatif et le patient peut, par la suite, présenter des symptômes à domicile.

Si les divers critères cités ci-dessus pour la réalisation d'un test de provocation sont respectés, il restera environ 25% des patients qui, malgré un test de provocation négatif, ne vont pas reconsommer l'aliment. Une étude récemment effectuée a démontré que les facteurs les plus souvent cités par les patients sont ; la peur d'une nouvelle réaction, l'absence de persuasion d'un test de provocation négatif (en particulier chez les patients qui présentent une maladie chronique tel qu'un eczéma), ou alors la non observation de consignes précises comme par exemple, l'éviction d'espèce de poisson qui n'ont pas été testés, qui provoquent par la suite des symptômes à domicile.

3. Conclusion

Le test de provocation alimentaire est un instrument indispensable dans le diagnostic de l'allergie alimentaire. Effectué dans de bonnes conditions et adapté à la symptomatologie et à l'histoire du patient, le test de provocation alimentaire permettra, dans la majorité des cas, de prouver au patient et au médecin allergologue, la présence ou l'absence de l'allergie alimentaire. Malgré toutes les précautions citées ci-dessus, le test de provocation ne représente pas une situation réelle, celle-ci sera réalisée par un patient convaincu par le résultat du test de provocation alimentaire, et rassuré par un test qui se sera révélé être négatif dans de bonnes conditions.

Pour en savoir plus

- [1] Bindslev-Jensen C, Ballmer-Weber BK, Bengtsson U, Blanco C, Ebner C, Hourihane J, et al. Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods – position paper from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2004;59:690–7.
- [2] Bock SA, Sampson HA, Atkins FM, Zeiger RS, Lehrer S, Sachs M, et al. Double-blind, placebo-controlled food challenge (DBPCFC) as an office procedure: A manual. *J Allergy Clin Immunol* 1988;82:986–97.
- [3] Eigenmann PA, Caubet JC, Zamora SA. Continuing food-avoidance diets after negative food challenges. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17:601–5.
- [4] Niggemann B, Wahn U, Sampson HA. Proposals for standardization of oral food challenge tests in infants and children. *Pediatr Allergy Immunol* 1994;5:11–3.
- [5] Niggemann B, Beyer K. Pitfalls in double-blind, placebo-controlled oral food challenges. *Allergy* 2007;62:729–32.
- [6] Sicherer SH. Food allergy: when and how to perform oral food challenges. *Pediatr Allergy Immunol* 1999;10:226–34.