

Recommandations pour la pratique clinique

Test de provocation par voie orale aux aliments chez l'enfant.

Quand, pour qui et comment ?

Conclusion et points non résolus [☆]

Oral food challenge in children: who, when, and how?

Conclusion and unsolved issues

F. Rancé^{a,*}, A. Deschildre^b

^a Service d'allergologie–pneumologie pédiatrique, hôpital des Enfants, CHRU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31026 Toulouse cedex, France

^b Service d'allergologie et de pneumologie pédiatrique, clinique de pédiatrie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

Disponible sur internet le 25 septembre 2006

La rédaction de recommandations pour la pratique clinique des tests de provocation par voie orale chez l'enfant a eu comme objectif de clarifier cette modalité de l'exploration de l'allergie alimentaire. Elle s'appuie sur les données actuelles de la littérature. Celles-ci peuvent toutefois être insuffisantes voire divergentes. Sur certains points, le niveau de preuve est donc faible, et relève, faute de données consolidées, d'un accord entre les experts. Ces recommandations seront donc amenées à évoluer.

Il nous est paru important en terminant ce travail de rappeler un certain nombre de questions incomplètement ou non résolues, en proposant une position pour certaines d'entre elles. Parmi, celles-ci, on peut citer :

• Comment réaliser les *Atopy patch tests* aux aliments ?

La standardisation des *Atopy patch tests* est en voie de finalisation, notamment en ce qui concerne la nature de l'aliment naturel déposé dans les cupules. Quelle est la concentration en protéines de l'aliment qui doit être utilisée ? Les experts préconisent d'utiliser une goutte de lait demi-écrémé (3,6 % de graisses), une goutte d'un œuf entier cru battu, une goutte de beurre de cacahuète ou de cacahuète finement moulue.

• Que faire devant un dosage positif d'IgE spécifique à l'arachide chez un enfant allergique aux pollens ?

Cette situation pose le problème de la sensibilisation croisée. Elle justifie un dosage d'IgE antibroméline pour détec-

miner en cas de positivité l'existence de déterminants carbohydrates (CCD) qui augmentent faussement le taux des IgE spécifiques dirigées contre l'arachide. Le développement des antigènes recombinants devrait faciliter la démarche diagnostique.

• Quel est le devenir d'un enfant qui présente une sensibilisation (tests cutanés et/ou dosage d'IgE spécifique positif) et qui consomme l'aliment sans réaction ?

Pour les experts, un suivi clinique et le contrôle des tests d'allergie, par exemple tous les deux ans, sont conseillés.

• Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis des fruits à coque chez l'enfant allergique à l'arachide ?

L'histoire naturelle de l'allergie aux fruits à coques chez l'enfant allergique à l'arachide n'est pas connue. Pour les experts, l'enfant qui consomme le ou les fruit(s) à coque sans réaction est autorisé à le(s) consommer en respectant toutefois une consommation au moins une fois par mois pour garder la tolérance. L'enfant, sensibilisé ou non, qui n'a jamais mangé de fruits à coque doit éviter de les consommer. En cas de sensibilisation ou d'apparition d'une sensibilisation, un test de provocation par voie orale est recommandé ; un suivi spécialisé tous les deux ans, est conseillé.

• Quelle est l'histoire naturelle des « nouvelles » manifestations de l'allergie alimentaire, notamment digestives ?

• Certains points du test de provocation par voie orale sont à préciser :

- Faut-il réaliser un test de provocation par voie orale aux faibles doses, et dans quelles circonstances ?

[☆] La première partie a été publiée dans le volume 46/6 octobre 2006.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rance.f@chu-toulouse.fr (F. Rancé).

- La réalisation d'un test de provocation pour définir la tolérance à un aliment est-elle spécifique ? Quelle procédure faut-il suivre ?
- Quel protocole appliquer pour étudier les réactions retardées ?
- Quelles sont les conséquences d'un test de provocation par voie orale sans réaction interrompue à une certaine dose, avant la dose complète ?

Pour les experts, il permet d'autoriser la consommation de l'aliment à la dose tolérée, mais non en plus grande quantité. C'est l'exemple de l'autorisation de manger des produits à base d'œuf ou d'arachide à une certaine quantité et en interdisant l'ingestion d'un œuf entier ou d'une graine entière d'arachide.

L'absence de réaction à de très faibles doses permet de rassurer sur l'absence de réaction à l'ingestion d'allergènes masqués. L'objectif est de faciliter la vie quotidienne de l'enfant et sa famille.

Quel est le comportement réel de l'enfant et de son entourage familial quant à la consommation d'un aliment réintroduit sans réaction au cours d'un test de provocation par voie orale ?

Il faut pour conclure souligner les avancées récentes ou pressenties en allergologie, et plus spécifiquement dans le domaine de l'allergie alimentaire : classification des manifestations de l'allergie alimentaire, développement des *Atopy patch tests*, des allergènes recombinants, recherche sur les IgE spécifiques d'épitopes... Ces progrès permettront à coup sûr de préciser les points non ou incomplètement résolus, et donc de faire évoluer les recommandations actuelles.

Annexe A. Proposition de fiche d'information destinée aux parents et aux enfants avant la réalisation d'un test de provocation par voie orale aux aliments

Madame, Monsieur,

Votre enfant va être pris en charge pour un test de provocation alimentaire par voie orale. Ce test a pour objectif de confirmer l'allergie alimentaire ou de rechercher sa guérison. Ce document est destiné à vous informer sur le déroulement du test, afin de pouvoir recueillir votre consentement.

Nous vous demandons de le lire attentivement. Les médecins et les infirmières se tiennent à votre disposition pour toute autre précision.

Qu'est ce que le test de provocation par voie orale aux aliments ?

Le test de provocation par voie orale (TPO) consiste à faire manger un aliment auquel votre enfant est supposé être allergique en augmentant, en l'absence de réaction, progressivement les doses. La dose totale est la dose que l'enfant est susceptible de manger habituellement. Ce test pourra être précédé d'un test de provocation labial, qui consiste à déposer une petite quantité de l'aliment sur la lèvre et à noter les réactions éventuelles. Dans certaines circonstances, pour être certain qu'il y a ou non réaction, il pourra s'agir d'un test dit « en aveugle ». Dans ce cas, le test se déroulera en deux temps. En effet, un test se fera avec un mélange contenant l'aliment

« caché », un autre avec le même mélange sans l'aliment. Ni vous, ni la personne qui donnera le mélange ne connaîtra sa composition. Enfin, aucun aliment (en dehors de celui qui est testé ou qui sera proposé à votre enfant) ne doit être ingéré par l'enfant pendant toute la durée du test.

Quels sont les risques ?

Lors du test, une réaction allergique le plus souvent bénigne et de courte durée peut survenir. Il peut s'agir de signes cutanés (éruption, démangeaison, gonflement...), de signes respiratoires (démangeaison et/ou écoulement du nez, bruit respiratoire, sifflement respiratoire, toux, crise d'asthme...), de signes digestifs (douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhée), ou d'une modification du comportement. Les manifestations plus graves sont exceptionnelles : gêne respiratoire et/ou choc anaphylactique (réaction sévère comprenant la plupart des signes déjà décrits et une chute de la tension artérielle pouvant conduire à une réanimation cardiorespiratoire). Les réactions sont minimisées en commençant par de toutes petites quantités d'aliment. L'apparition d'une réaction entraînera l'arrêt du test, le traitement immédiat et la surveillance de l'enfant.

Quelle est la surveillance ?

Avant le début du test, votre enfant sera examiné par un médecin qui vous posera quelques questions. Certains paramètres cardiorespiratoires (pouls, fréquence respiratoire, tension artérielle) seront notés et compte tenu du risque de réactions, une voie veineuse est habituellement posée. Pendant le test, votre enfant sera sous surveillance permanente. Cette surveillance permet d'intervenir dès l'apparition d'une réaction et avant la survenue de manifestations plus sévères.

L'équipe médicale est prête à intervenir en cas de symptôme évocateur d'une allergie. Dans ce cas, un traitement adéquat sera administré. La survenue d'une réaction allergique peut nécessiter la prolongation de l'hospitalisation, parfois en unité de soins intensifs.

Annexe B. modèle de fiche de recueil du consentement éclairé des parents, avant la réalisation du test de provocation par voie orale

Reconnaissance d'information et consentement éclairé pour le test de provocation orale aux aliments

Document obligatoirement signé et remis aux infirmières du service avant la pratique du test

Je soussigné, représentant légal,

La mère, : nom : prénom :

Le père, : nom : prénom :

de l'enfant : nom.....prénom.....né le.....

Atteste avoir lu la fiche d'information explicative, être d'accord pour la réalisation du test de provocation alimentaire.

Atteste avoir été informé par le Docteur.....des modalités du test de provocation orale, des risques et des bénéfices pour mon enfant lors de ce test.

Atteste avoir posé toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir bien compris les réponses.

En conséquence, je donne mon accord à la pratique de tout acte diagnostique et thérapeutique requis par les allergies présentées par mon enfant.

Date Mère Père
Signature
(précédée de la mention lu et approuvé).

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin mais atteste que j'ai reçu une information claire et complète.