



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2012) xxx–xxx

Dermatite atopique et allergie alimentaire

Atopic dermatitis and food allergy

P.A. Eigenmann

Hôpital des enfants, hôpitaux universitaires de Genève, CH-1211 Genève 14, Suisse

Résumé

Il est bien établi qu'environ un tiers des patients présentant une dermatite atopique modérée à sévère peut souffrir d'une allergie alimentaire. Le diagnostic doit être basé sur des tests de dépistage cutané ou sanguin et suivi, dans la majorité des cas, par des tests de provocation. En l'absence d'un traitement causal, une éviction est, en général, recommandée. Dans certain cas, l'enfant peut être instruit à manger une faible quantité de l'aliment, selon la tolérance.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dermatite atopique ; Allergie alimentaire

Abstract

Food allergy has been well documented in about one-third of children with moderate to severe atopic dermatitis. The diagnosis must be based on skin or blood test screening followed in the majority of case by provocation tests. In the absence of specific treatment, avoidance of the incriminated food(s) is generally recommended. In certain cases, the child can be instructed to eat small amounts of the food, depending on the tolerance to it.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Atopic dermatitis; Food allergy; Children; Management

Les premières observations impliquant les aliments dans des poussées d'eczéma remontent à l'antiquité. Jusqu'à la moitié du ^{xx}e siècle, ces observations n'ont pas pu être prouvées par l'évidence et ont mené à des pratiques non rationnelles d'éviction d'aliments. En 1978, Atherton et al. ont étudié 20 enfants présentant de l'eczéma [1]. Chez 14 de ces patients, un régime d'exclusion du lait et des œufs en insu et croisé a permis une nette diminution de la gravité des lésions cutanées. La preuve, basée sur des tests de provocation, a été premièrement établie par Sampson en 1983 [2]. Vingt-six enfants âgés de 16 mois à 19 ans ont eu dans un premier temps des tests cutanés pour identifier les allergènes possiblement en cause. Par la suite, les investigations ont consisté en des tests de provocation en double insu. Les aliments les plus fréquemment testés étaient les œufs, les cacahuètes, le lait et le soja. De ce collectif de patients, 15 enfants ont eu 23 tests de provocation positifs, avec une grande majorité présentant des éruptions

cutanées prurigineuses, érythématomaculeuses ou maculopapuleuses survenant dans les deux heures après le test de provocation. Cette observation clinique a, par la suite, pu être confirmée par le même investigateur en mesurant une augmentation de l'histamine plasmatique après des tests de provocation positifs dans un collectif similaire de patients [3]. Ces études ont initié une recherche basée sur l'évidence permettant de mieux détecter les patients présentant un eczéma lié à une allergie alimentaire.

Une question récurrente et non résolue à ce moment concernait le type de patient à tester pour une allergie alimentaire et la prévalence réelle de l'allergie alimentaire chez les patients présentant de l'eczéma. En effet, les études citées ci-dessus concernaient une population d'eczémateux pour lesquels une allergie alimentaire était suspectée et référée à l'allergologue, c'est-à-dire, très probablement biaisée, pour un nombre supérieur au nombre réel. Une première approximation de la prévalence a pu être fournie par Burks et al. en 1988 [4]. Ils ont alors étudié 46 patients suivis par la consultation d'allergologie présentant un eczéma en effectuant dans un

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

premier temps des tests cutanés suivis de tests de provocation. Trente-trois pour cent de ces patients ont présenté une allergie alimentaire liée à l'eczéma, avec les aliments les plus fréquents étant les œufs, les laits et les arachides. La première étude permettant d'établir une prévalence exacte sur une population non biaisée, c'est-à-dire une population référée principalement aux dermatologues pour le traitement de l'eczéma, a été publiée en 1998 sur une population américaine [5]. Un tiers de ces patients avec un eczéma modéré à sévère ont alors pu être clairement établi comme présentant une aggravation de leur eczéma, provoqué dans le cadre d'une allergie alimentaire. Ces chiffres ont également été confirmés, par la suite, dans des populations européennes [6]. La plupart des études relataient des réactions dans les deux heures suivant un test de provocation, ce qui ne semblait pas englober tous les patients présentant une réactivité alimentaire dans le cadre d'un eczéma. En effet, l'anamnèse chez certains patients indiquait plutôt une réaction plus tardive pouvant survenir jusqu'à 24 heures après l'ingestion de l'aliment. Breuer et al., ont caractérisé ces populations et ont pu montrer que jusqu'à 12 % des patients présentant une réaction alimentaire dans le cadre d'un eczéma pouvait réagir de manière exclusivement tardive [7]. Dans cette population de patients qui présentent généralement une réactivité non IgE-médiée, l'atopie patch test peut être une investigation utile, son résultat devrait néanmoins être confirmé par un test de provocation positif [8].

L'identification de patients avec une allergie alimentaire dans le cadre d'un eczéma a, jusqu'à récemment, toujours conduit à une éviction stricte de l'aliment en cause. Il avait été communément observé par certains investigateurs que certains patients présentant, dans un premier temps, une réaction maculopapuleuse lorsqu'ils étaient réexposés à l'aliment, dans le cadre d'un test de provocation ou d'une exposition accidentelle, pouvaient par la suite présenter des réactions de type immédiate, notamment de l'urticaire. Flinterman et al. ont documenté ce changement de type de réaction chez 11 patients présentant un eczéma lié à une allergie au lait qui ont développé, dans le cours de l'éviction, des réactions accidentelles sévères au lait [9]. En l'absence d'un traitement causal de l'allergie alimentaire, plusieurs groupes ont débuté ces dernières années des protocoles d'induction orale de tolérance (SOTI) [10,11]. Ces protocoles sont basés sur une introduction progressive des aliments dans le but d'induire une tolérance partielle à l'aliment, ce qui d'une certaine manière contredit le dogme admis jusqu'à maintenant d'une éviction complète et qui pourrait éviter l'apparition du phénomène décrit par Flinterman. Il est à préciser que la plupart des protocoles d'induction de tolérance par SOTI sont effectués chez les patients présentant des réactions immédiates, de type

urticarienne ou anaphylactique, et que l'évidence d'une efficacité dans le cadre de l'eczéma est encore manquante.

En résumé, l'influence de l'allergie alimentaire chez environ un tiers des enfants présentant un eczéma modéré à sévère a été bien établie. Si l'éviction stricte de ces aliments chez les patients ayant une symptomatologie anaphylactique est nécessaire, nous avons plutôt tendance, actuellement, d'autoriser les petites quantités d'aliments tolérés chez les patients présentant une réactivité IgE-médiée moindre ou alors une réactivité de type non IgE-médiée. Cette pratique est basée sur une évidence indirecte, les études adressant spécifiquement ces questions sont fortement souhaitées.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Atherton DJ, Sewell M, Soothill JF, Wells RS, Chilvers CED. A double-blind controlled crossover trial of an antigen-avoidance diet in atopic eczema. *Lancet* 1978;(i):401-3.
- [2] Sampson HA. Role of immediate food hypersensitivity in the pathogenesis of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 1983;71:473-80.
- [3] Sampson HA, Jolie PL. Increased plasma histamine concentrations after food challenges in children with atopic dermatitis. *N Engl J Med* 1984; 311:372-6.
- [4] Burks AW, Mallory SB, Williams LW, Shirrell MA. Atopic dermatitis: clinical relevance of food hypersensitivity reactions. *J Pediatr* 1988;113: 447-51.
- [5] Eigenmann PA, Sicherer SH, Borkowski TA, Cohen BA, Sampson HA. Prevalence of IgE-mediated food allergy among children with atopic dermatitis. *Pediatrics* 1998;101(3):e8.
- [6] Eigenmann PA, Calza AM. Diagnosis of IgE-mediated food allergy among Swiss children with atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2000;11(2):95-100.
- [7] Breuer K, Heratizadeh A, Wulf A, Baumann U, Constien A, Tetau D, et al. Late eczematous reactions to food in children with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy* 2004;34(5):817-24.
- [8] 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(3):281-5.
- [9] Flinterman AE, Knulst AC, Meijer Y, Bruijnzeel-Koomen CAFM, Pasmans SGMA. Acute allergic reactions in children with AEDS after prolonged cow's milk elimination diets. *Allergy* 2006;61(3):370-4.
- [10] Staden U, Rolinck-Werninghaus C, Brewe F, Wahn U, Niggemann B, Beyer K. Specific oral tolerance induction in food allergy in children: efficacy and clinical patterns of reaction. *Allergy* 2007;62(11):1261-9.
- [11] Keet CA, Frischmeyer-Guerrero PA, Thyagarajan A, Schroeder JT, Hamilton RG, Boden S, et al. The safety and efficacy of sublingual and oral immunotherapy for milk allergy. *J Allergy Clin Immunol*; 129(2):448-55.