



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**

Exploration des manifestations digestives de l'allergie alimentaire chez l'enfant

Exploration of digestive signs of food allergy in children

A. Lachaux^{a,*,b}

^a Service de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques, hôpital Femme-Mère-Enfant, CHU de Lyon, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron, France

^b Faculté de médecine Lyon-Est, université Claude-Bernard Lyon 1, 69003 Lyon, France

Reçu le 24 février 2017 ; accepté le 25 février 2017

Mots clés : Allergie alimentaire ; Tractus digestif ; Explorations

Keywords: Food allergy; Digestive tract; Explorations

L'allergie alimentaire correspond à l'ensemble des réactions immunitaires anormales consécutives à l'exposition à des aliments. Les allergies alimentaires « IgE-médiées » sont les plus connues et leur diagnostic est en règle facile. Dans cette situation, il n'y a pas d'indication d'explorations digestives complémentaires. En cas d'allergies alimentaires non ou partiellement dépendantes des IgE, les symptômes peuvent être difficiles à rattacher à une pathologie allergique car il s'agit de symptômes digestifs sont non spécifiques (douleurs abdominales, diarrhée, vomissements, reflux gastro-œsophagien, constipation) et ils surviennent à distance de la prise des aliments incriminés. Dans cette situation se pose la question des explorations complémentaires à la fois pour confirmer une pathologie relevant d'un mécanisme immunologique de type « allergique » ou alors pour permettre le diagnostic d'une pathologie digestive ayant une autre cause.

La prévalence de l'allergie alimentaire est plus importante chez l'enfant que chez l'adulte. Toutefois, chez le nourrisson, la présence de troubles digestifs peut avoir de multiples causes car à cet âge, outre le système immunitaire, de nombreuses autres fonctions sont en phase de développement ou de maturation. Parmi les nombreux paramètres qui peuvent interagir dans l'alimentation d'un nourrisson les troubles de l'oralité (TO) ont une place particulière [1]. À cet âge, l'alimentation satisfait un besoin physiologique et s'intègre dans le cadre de

relations affectives mère-enfant. De nombreux paramètres (hospitalisations, pathologies chroniques) pourront générer des TO. L'alimentation, ou même la simple vue d'un aliment, peut-être perçue comme une agression et être source de nausées et des vomissements.

Ainsi, en particulier avant l'âge de 2 ans, devant des troubles digestifs, pourrions être discutée des pathologies variées parfois intriquées : allergie alimentaire non IgE dépendante, TO, intolérance alimentaire ou encore une pathologie liée à l'introduction du gluten.

1. Les pathologies allergiques pour lesquelles des explorations digestives sont utiles

L'œsophagite à éosinophile (EoE) est une maladie émergente affectant électivement les enfants et les adultes jeunes, souvent de sexe masculin sur terrain atopique [2]. Elle est responsable d'une réelle infiltration chronique de l'œsophage par des polynucléaires éosinophiles responsable d'impactions, de dysphagie, de douleurs et de reflux. Les biopsies étagées de l'œsophage montrent une infiltration avec plus de 15 éosinophiles par champ ($\times 400$).

Gastro-enterites et colites à éosinophiles sont des affections rares observées dans le cadre de pathologie allergiques ou non allergiques (maladie cœliaque, vascularites ou d'infection parasitaire). Le bilan endoscopique permet de préciser les lésions macro- et microscopiques. Seront pris en compte, le nombre d'éosinophile, la présence d'abcès à éosinophiles, la présence

* Correspondance.

Adresse e-mail : alain.lachaux@chu-lyon.fr

d'éosinophiles intra-épithéliaux et des signes d'inflammation aiguë ou chronique.

Chez le nourrisson, 3 tableaux particuliers d'allergie alimentaire sont identifiés [3]. La proctite ou proctocolite qui est une rectocolite hémorragique à éosinophile, fréquente et d'évolution souvent bénigne. L'entéropathie allergique est rare. L'infiltration par des éosinophiles est variable et localisée à l'intestin grêle. Le syndrome d'entéropathie induit par les protéines alimentaires [4] correspond à une allergie non-IgE-médiée observée le plus souvent chez le nourrisson avant 2 ans lors de la diversification. Son expression exclusivement digestive (vomissements et/ou une diarrhée) peut conduire à une déshydratation aiguë. Une symptomatologie chronique peut être observée lorsque l'aliment est ingéré quotidiennement. Le diagnostic est basé sur les critères cliniques et la présence d'une méthémoglobinémie doit être considérée comme un signe évocateur. Dans cette situation, des explorations digestives sont inutiles.

2. Les pathologies, pouvant être confondues avec de l'allergie alimentaire et pour lesquelles des explorations digestives peuvent être utiles

Les « fausses » allergies alimentaires en relation avec l'action directe de certains composants alimentaires sur les mastocytes. Sont en cause les aliments dit histamino-libérateur (œufs, fraises, chocolat...) ou des aliments riche en histamine (poissons) et tyramine (fromages). Dans cette situation, on retrouve les mêmes types de symptômes que dans une allergie alimentaire vraie.

Les déficits enzymatiques. Il s'agit du déficit en lactose responsable d'une capacité limitée dans la digestion et l'absorption du lactose et du déficit en saccharose-isomaltase [5] responsable d'une capacité limitée dans la digestion et l'absorption des du saccharose et/ou de l'isomaltose. Ces déficits sont à l'origine de diarrhée, douleurs abdominales, ballonnements ayant comme origine une malabsorption des sucres responsable d'un appel d'eau et d'une fermentation colique des sucres (production d'acide lactique avec selles de Ph < 5).

Les pathologies en relation avec l'absorption de farines de blé. Il s'agit de la maladie cœliaque [6] qui est une entéropathie auto-immune bien caractérisée dont le diagnostic repose sur le dosage d'anticorps sériques spécifiques et des lésions intestinales à type d'atrophie villositaire. Ses symptômes sont polymorphes et son diagnostic est encore insuffisant au sein de la communauté scientifique, car sa prévalence est estimée à 1 % en population générale. L'hypersensibilité au gluten non

cœliaque [7] est caractérisée par la présence de troubles digestifs variés (douleurs abdominales, ballonnements, troubles du transit à type de diarrhée et/ou constipation) et/ou de manifestations systémiques : céphalées, fatigue, douleurs articulaires et musculaires déclenchés par l'absorption de gluten et améliorés par son éviction. Ce diagnostic est retenu après avoir éliminé une maladie cœliaque ou une autre pathologie intestinale chronique. Il n'existe à ce jour aucun marqueur biologique ou histologique de ce syndrome. Le diagnostic est donc un diagnostic d'exclusion. L'allergie au blé IgE et non IgE-médiée [8]. L'anaphylaxie au blé induite par l'effort est une forme particulière de l'allergie au blé IgE-médiée. Cette pathologie, rare chez l'enfant. Devant un tableau de diarrhée chronique qui ressemble à la maladie cœliaque, une allergie alimentaire non IgE-médiée peut être discutée en cas d'absence d'une atrophie villositaire s'il y a un infiltrat inflammatoire non spécifique ou à éosinophiles. Les prick tests et le dosage des IgE spécifiques sont peu contributifs. Un patch test positif à la farine de blé peut orienter le diagnostic. L'efficacité du régime d'exclusion pendant le suivi d'une rechute lors de la réintroduction du blé, confirmera le diagnostic sans que l'on puisse différencier ce tableau de celui d'une hypersensibilité au gluten non cœliaque.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, et al. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. *Arch Pediatr* 2006;13:464–72.
- [2] Papadopoulou A, Koletzko S, Heuschkel R, et al., ESPGHAN Eosinophilic Esophagitis Working Group and the Gastroenterology Committee. Management guidelines of eosinophilic esophagitis in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:107–18.
- [3] Nowak-Węgrzyn A, Katz Y, Mehr SS, Koletzko S. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:1114–24.
- [4] Gryboski JD. Gastrointestinal milk allergy in infants. *Pediatrics* 1967;40:354–62.
- [5] Lücke T, Keiser M, Illsinger S, Lentze MJ, et al. Congenital and putatively acquired forms of sucrase-isomaltase deficiency in infancy: effects of sacrosidase therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:485–7.
- [6] Cicciocioppo R, Kruzliak P, Giuseppina C, et al. The spectrum of differences between childhood and adulthood celiac disease. *Nutrients* 2015;7:8733–51.
- [7] Fasano A, Sapone A, Zavallos V, et al. Nonceliac gluten sensitivity. *Gastroenterology* 2015;148:1195–204.
- [8] Cianferoni A. Wheat allergy: diagnosis and management. *J Asthma Allergy* 2016;9:13–25.