

Une allergie à risque mortel : l'hypersensibilité à l'arachide

G. DE MONTIS, B. TOUSSAINT

RÉSUMÉ

La sensibilisation à l'arachide est constatée de plus en plus souvent au cours des bilans allergologiques, y compris chez les jeunes nourrissons. Cette prévalence croissante, encore incomplètement comprise, n'est pas sans danger car des chocs anaphylactiques mortels ont été décrits et les études longitudinales suggèrent que cette allergie n'a pas tendance à disparaître avec le temps. Les auteurs rappellent la nature de l'allergène, les modes de sensibilisation envisagés, les risques encourus, en particulier lorsque l'allergène est camouflé, et la conduite à tenir lorsque le diagnostic est porté.

SUMMARY

A life-threatening allergy: hypersensitivity to peanuts. – Hypersensitivity to peanuts is observed increasingly frequently in allergological assessments, even in young infants. This growing prevalence, still incompletely understood, carries a certain risk, as cases of fatal anaphylactic shock have been described and longitudinal studies suggest that this allergy does not tend to disappear with time. The authors describe the nature of the allergen, the possible modalities of sensitization, the risks involved, particularly when the allergen is masked, and the recommended management once the diagnosis has been established.

Le choc anaphylactique, potentiellement mortel, est l'expression la plus brutale et la plus grave de l'hypersensibilité immédiate IgE-dépendante. Les substances déclenchantes sont variables, y compris les médicaments, mais les plus typiques sont les venins d'hyménoptères et certains aliments dont la cacahuète.

L'ARACHIDE

Légumineuse riche en protides et en lipides, l'arachide est un nutriment bon marché. Sa consommation est connue depuis plus de 2 000 ans avant J.-C. (Sampson, [13]). Elle s'est beaucoup développée aux Etats-Unis au cours du XIX^e siècle et a largement diffusé en Europe depuis 1950. Puissamment allergisante, l'arachide

confère des sensibilisations anaphylactiques d'expression clinique explosive et parfois mortelle [14, 15]. Sa fréquence croissante pose depuis quelques années un problème important en Pédiatrie [3] au point que certains auteurs comme Bidat et coll. [1] ont proposé de tester systématiquement l'arachide au cours de toutes les enquêtes allergologiques chez l'enfant. Dans un travail personnel portant sur 617 enfants et adolescents explorés pour une pathologie respiratoire présumée allergique (dont 78 n'avaient aucun test positif), 115 avaient un test cutané franchement positif à l'arachide, 43 autres un test faiblement positif soit au total un quart des sujets. Parmi eux huit étaient connus pour avoir présenté une réaction clinique à la cacahuète : un cas de syndrome d'allergie orale survenu à l'âge de 14 mois et 7 cas de choc anaphylactique dont un n'a été réversible

Unité de Pathologie respiratoire et d'Allergologie. Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 75674 PARIS Cedex 14.

Tirés à part : Dr G. de Montis.

Reçu le 28 janvier 1997.

DE MONTIS G., TOUSSAINT B. – Une allergie à risque mortel : l'hypersensibilité à l'arachide. *Rev. fr. Allergol.*, 1997, 37 (2), 191-193.

que grâce à une réanimation intensive immédiate. Dans une autre étude personnelle, purement biologique, le CAP-RAST Pharmacia f 13 était très positif classe 3 ou plus chez 41 sujets sur 583, soit sept pour cent des cas. C'était le cas de 3 enfants de moins de 36 mois sur 55. Selon Bock et Atkins [2], cette hypersensibilité n'a pas tendance à disparaître spontanément comme d'autres allergies alimentaires.

COMMENT SE SENSIBILISE-T-ON ?

Une pathologie aussi fréquente et aussi grave mérite la mise en œuvre d'une stratégie de prévention primaire. Chez le grand enfant et l'adulte la consommation de cacahuètes est d'évidence le mode le plus naturel de sensibilisation de l'organisme. Chez le petit nourrisson, en revanche, cette éventualité ne peut être retenue. C'est à D.A. Moneret-Vautrin [5] que revient le mérite d'avoir, la première, envisagé puis démontré le rôle de certains laits adaptés enrichis en huile d'arachide. Depuis ce travail princeps, confirmé par des publications plus documentées [4, 6] la quasi-totalité des laits vendus en France ne contient plus d'huile d'arachide. Ce travail nous avait conduit à explorer le rôle éventuel d'autres produits donnés aux nouveau-nés contenant de l'huile d'arachide, en particulier les préparations vitaminiques dont on peut presque toujours retrouver rétrospectivement la trace sur le carnet de santé. Devant l'évidence des résultats [7, 8, 9] et malgré ses dénégations hostiles l'un des laboratoires fabriquant de telles préparations vitaminiques a rapidement modifié son excipient au profit de l'huile d'olive. Néanmoins, ni les laits consommés, ni les vitamines reçues n'expliquent l'ensemble des hypersensibilités observées et l'on s'interroge donc encore sur d'autres modes de sensibilisation, comme la consommation par la mère de cacahuètes pendant le dernier trimestre de sa grossesse ou au cours de l'allaitement. Une autre hypothèse peut être formulée à partir de données statistiques personnelles. L'existence d'une dermatite atopique multiplie le risque de sensibilisation biologique à l'ensemble des allergènes. Le risque relatif estimé (odds-ratio) a été fixé dans une étude personnelle [10] à 1,94 pour la sensibilisation biologique aux acariens, à 2,43 pour la sensibilisation au chat et à 2,79 pour la sensibilisation au pollen de phléole. Pour l'arachide le risque relatif estimé est de 4,34, très supérieur donc à celui que l'on observe avec les pneumallergènes. Nous n'avons retrouvé aucune augmentation du nombre des dermatites atopiques chez les sujets ayant reçu des laits ou des vitamines contenant de l'huile d'arachide. Le plus grand risque de sensibilisation à l'arachide au cours de la dermatite atopique pourrait donc être une conséquence de

celle-ci et non sa cause. On sait que la peau, même normale, est perméable à de nombreux produits, justifiant l'emploi de dispositifs trans-dermiques pour certains médicaments. Cette perméabilité est considérablement accrue lors de dermatites atopiques. Or plusieurs topiques utilisés dans cette affection (mais malheureusement non référencés sur les carnets de santé, ce qui a empêché une investigation précise) contiennent de l'huile d'arachide. Dès lors, nous soupçonnons, sans preuve définitive [11] que les topiques puissent être un des modes de sensibilisation à l'arachide chez les petits nourrissons eczémateux. D'ailleurs certains d'entre eux ont une exacerbation inflammatoire de leurs lésions après application de ces produits.

SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Il peut s'agir d'une dermatite atopique comme dans les observations de Moneret-Vautrin [6]. Parfois ce sont des signes mineurs du syndrome d'allergie orale [12] : prurit pharyngé, gonflement labial, urticaire péri-buccale. Ces signes mineurs peuvent aussi s'observer avec d'autres légumineuses qui donnent une sensibilisation croisée avec l'arachide : lentilles, petits pois, haricots. Les chocs anaphylactiques ont été – en règle – précédés de tels signes mineurs passés inaperçus et retrouvés secondairement à l'interrogatoire. Enfin dans de nombreux cas, l'hypersensibilité est totalement latente, seulement identifiée lors d'une enquête allergologique testant systématiquement l'arachide selon le judicieux conseil de Bidat et coll. [1]. Le danger des épreuves de provocation par voie orale est réel et celles-ci ne peuvent donc être envisagées que si l'enfant a l'habitude de consommer sans incident des cacahuètes. Dès qu'il existe une histoire clinique, en revanche, beaucoup d'auteurs préfèrent s'en abstenir [2].

CONDUITE À TENIR

À ce stade de prévention tertiaire l'enfant et sa famille doivent être parfaitement instruits de la vigilance qui s'impose vis-à-vis de l'arachide. Les friandises en contiennent très souvent et tout achat de nouveaux produits oblige à une lecture attentive de l'emballage sur lequel les ingrédients doivent figurer en clair. Ceci peut n'être pas suffisant, puisque l'arachide peut être camouflée : réduite en poudre, désodorisée, reparfumée puis pressée en fausses amandes ou noisettes. Ainsi une parfaite vigilance peut être prise en défaut. On sait que les corticoïdes et les anti-histaminiques sont insuffisants pour contrôler un véritable choc anaphylactique. Celui-ci exige l'adrénaline. Les familles, qui doivent réagir au plus vite en cas d'accident, seront donc munies de kits d'adrénaline auto-injectable.

RÉFÉRENCES

1. Bidat E., Tannery de Nazelle B., Chevallier B. – Chez le petit enfant asthmatique sévère, recherchez une allergie à l'arachide. *Arch. Pédiatr.*, 1996, 3, 91-92.
2. Bock S.A., Atkins F.M. – The natural history of peanut allergy. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1989, 83, 900-904.
3. Dutau G., Brémont F., Moisan V., Abbal M. – L'arachide : allergène d'avenir chez l'enfant et l'adolescent. *Sem. Hôp. Paris*, 1991, 67, 1262-1265.
4. Hatahet R., Kanny G., Moneret-Vautrin D.A. – L'allergie à la cacahuète chez le nourrisson : le danger de certains laits maternisés. *Rev. Fr. Allergol.*, 1992, 32, 86-87.
5. Moneret-Vautrin D.A., Hatahet R., Kanny G., Ait Djafer Z. – Allergenic peanut oil in milk formulas. *Lancet*, 1991, 338, 1149.
6. Moneret-Vautrin D.A., Hatahet R., Kanny G. – Risks of milk formulas containing peanut oil contaminated with peanut allergens in infants with atopic dermatitis. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1994, 5, 184-188.
7. Montis (de) G., Truong M., Toussaint B., Berman D., Toudoire C. – L'allergie à la cacahuète, pathologie iatrogène ? *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1993, 50, 175.
8. Montis (de) G., Gendrel D., Chemillier-Truong M., Dupont Ch. – Sensitisation to peanut and vitamin D oily preparation. *Lancet*, 1993, 341, 1411.
9. Montis (de) G., Truong M., Toussaint B., Berman D., Toudoire C. – Sensibilisation à l'arachide et préparations vitaminiques en solution huileuse. *Arch. Pédiatr.*, 1995, 2, 25-28.
10. Montis (de) G. – Les indicateurs de risque de l'allergie réaginique : relations entre dermatite atopique et IgE sériques spécifiques de divers pneumallergènes. *Ann. Méd. Interne*, 1995, 146, 551-554.
11. Montis (de) G. – À propos de l'allergie à l'arachide. *Arch. Pédiatr.*, 1996, 3, 608.
12. Montis (de) G., Truong M. – Le syndrome d'allergie orale chez l'enfant : un danger méconnu. In : Entretiens de Bichat Médecine, 1 vol., 326 p., Paris, Expansion Scientifique Française, Éd, 1993, 137-138.
13. Sampson H.A. – Peanut anaphylaxis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1990, 86, 1-3.
14. Sampson H.A., Mendelson L., Rosen J.P. – Fatal and near fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. *N. Engl. J. Med.*, 1992, 327, 380-384.
15. Yunginger J.W., Squillace D.L., Jones R.T., Helm R.M. – Fatal anaphylactic reactions induced by peanuts. *Allergy Proc.*, 198, 10, 249-253.

LA PRESSE THERMALE et CLIMATIQUE

Organe officiel de la Société Française
d'Hydrologie et de Climatologie Médicales

Rédaction : 31, bd de Latour-Maubourg, 75343 PARIS Cedex 07

Tél. : 01 40 62 64 00 – Télécopie : 01 45 55 69 20

Administration – Abonnements – Publicité : 15, rue Saint-Benoît, 75278 PARIS Cedex 06

Tél. : 01 45 48 42 60 – Télécopie : 01 45 44 81 55

ABONNEMENTS 1997

(4 numéros par an)

FRANCE : 500 F – Étudiant : 250 F

ÉTRANGER : 650 FF – Étudiant : 325 FF

Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après réception du règlement.

Les chèques bancaires en provenance de l'étranger devront être adressés au compte n° 11854-50 CIC, 7, rue Armand-Moisant, 75015 PARIS Cedex (France).

Checks drawn on banks in countries other than France should be made payable to account number 11854-50 CIC, 7, rue Armand-Moisant, 75015 PARIS Cedex (France).