

La diététique thérapeutique des allergies alimentaires

D.A. MONERET-VAUTRIN, G. KANNY, P. SERGEANT

RÉSUMÉ

Les régimes d'éviction sont la pierre angulaire du traitement des allergies alimentaires. Leur prescription doit être fondée sur un diagnostic certain nécessitant des tests de provocation en double aveugle. Ils nécessitent la collaboration des allergologues et des diététiciennes. L'allergie aux protéines du lait et le syndrome des allergies alimentaires multiples bénéficient de formules à base d'acides aminés. Six causes d'échec sont prépondérantes : polyallergie non diagnostiquée, réactions croisées non identifiées, passage d'allergènes masqués dans l'alimentation, régime non suivi par manque de compréhension ou manque d'observance, aléas des restaurations collectives. Des modèles de régimes d'éviction actualisés datés, référencés sont publiés par le CICBAA (www.allergienet.com/CICBAA) grâce à la diététique thérapeutique. La dermatite atopique du jeune enfant montre une amélioration de 69 % au bout de 2 mois de régime de 80 % au bout de 6 mois, de 91 % au bout de un an (dont 46 % de guérison totale). La durée des régimes d'éviction dépend de la surveillance de l'état clinique et de la dose réactive en test de provocation en double aveugle évaluée annuellement. Aux régimes d'éviction peuvent succéder des protocoles de tolérance accélérant la guérison.

MOTS-CLÉS : Allergie alimentaire. – Tests de provocation double-aveugle. – Traitement. – Prévention. – Régimes d'éviction. – Acides aminés.

SUMMARY

Dietary treatment of food allergies. – Elimination diets are the cornerstone of the treatment of food allergies. The diagnosis has to be confirmed by double-blind placebo-controlled food challenges (DBPCFC). The diet regimens need close collaboration of allergologists and dietitians. Allergy to cow's milk and the multiple food allergy syndrome benefit from amino-acid formulas. The main causes of failure of diets are: multiple FA misdiagnosed, non identified cross-allergies, masked food allergens in the diet, errors due to a lack of compliance or comprehension, risks of collective catering. Eviction diet regimens are published by CICBAA (www.allergienet.com/CICBAA). Dietary guidance in atopic dermatitis of young children leads to a clear-cut improvement in 69% of cases over two months, 80% over six months, 91% over one year (with complete recovery in 46% of cases). The duration of elimination diets depends on the clinical follow-up and the modification of the reactive dose of DBPCFC. They may give place to oral tolerance protocols.

KEY-WORDS : Food allergy. – Double-blind challenge. – Treatment. – Prevention. – Elimination diet. – Amino-acid formula.

Service de Médecine D, Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie, Hôpital Central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 NANCY Cedex.

Tirés à part : Pr D.A. Moneret-Vautrin, adresse ci-dessus.

MONERET-VAUTRIN D.A., KANNY G., SERGEANT P. – La diététique thérapeutique des allergies alimentaires. *Rev. fr. Allergol.*, 1999, **39** (4), 325-338.

La prévalence de l'allergie alimentaire est en augmentation constante. Chez l'adulte, la prévalence des sensibilisations alimentaires pourrait atteindre 6 % [3], et l'allergie alimentaire de 2 % à 3,5 % [22, 31, 38, 52]. Elle est plus fréquente chez l'enfant: 5 % à 8 % [45]. Première maladie atopique dans la chronologie, elle traduit un terrain qui s'exprimera ultérieurement par une allergie respiratoire dans plus de la moitié des cas. Dès lors, traiter ou prévenir l'allergie alimentaire est une stratégie thérapeutique qui au-delà de l'allergie alimentaire s'intègre dans la stratégie préventive et thérapeutique globale des maladies atopiques, allergies respiratoires au premier chef [53].

Ce traitement est fondé quasi exclusivement sur la manipulation raisonnée de l'environnement alimentaire. En effet, on ne fait qu'exceptionnellement appel à l'immunothérapie spécifique et les thérapeutiques médicamenteuses n'ont que des actions partielles. La diététique thérapeutique s'impose donc logiquement [2, 33, 37]. Dans le passé, celle-ci a été trop souvent réduite à des recommandations d'éviction non formalisées. Leur échec fréquent constaté par les auteurs anciens, a conduit à contester le bien-fondé de ces évictions.

La diététique thérapeutique a pour objet d'établir sur des bases solides les indications d'éviction, et de s'attacher à formaliser des régimes tenant compte des connaissances actuelles portant en particulier sur l'analyse des causes d'échec. La diététique comporte d'autre part des aspects interventionnels, que sont les protocoles de tolérance orale, et l'application de régimes d'éviction à la prévention des allergies alimentaires. Ces aspects ne sont pas développés dans cette revue.

Les régimes d'éviction comportent des régimes d'éviction large, dits régimes d'épreuve, à but diagnostique, et les régimes d'éviction ciblée, après diagnostic, qui constituent véritablement la diététique thérapeutique.

LES RÉGIMES D'ÉVICTON ALIMENTAIRE OLIGO-ANTIGÉNIQUES À VISÉE DIAGNOSTIQUE

Ils sont utilisés dans les pathologies chroniques (dermatite atopique, symptômes digestifs, accès fréquents ou quotidiens d'angio-œdème ou d'urticaire). Le but est d'entraîner une amélioration de l'état clinique, indicative d'une allergie ou d'une fausse allergie alimentaire et justifiant donc un bilan spécialisé dans ce sens [28, 40]. Le résul-

tat de l'éviction d'épreuve sera garant de la certitude du diagnostic [11].

Si le diagnostic est déjà suspecté, ce régime d'éviction a pour second intérêt de réaliser une clearance antigénique, rendant l'organisme plus apte à réagir à un test de provocation.

Le régime oligo-antigénique peut s'appliquer *aux mères allaitantes* dès lors que la pathologie du nourrisson peut évoquer un syndrome des allergies multiples [10, 48].

Chez le nourrisson

L'intérêt d'une éviction totale, avec substitution d'une alimentation parentérale, a démontré son efficacité [48]. Il est actuellement possible de réaliser une éviction identique par voie orale, grâce à une formule d'acides aminés (Néocate®).

Chez l'enfant plus âgé et l'adulte

Un régime d'éviction à visée diagnostique est par définition étendu. Il doit éviter tous les allergènes courants, mais également tous les aliments riches en histamine, et amines biogènes comme la tyramine, la sérotonine, les diamines, et les aliments considérés comme histamino-libérateurs [33]. Il doit réaliser un équilibre alimentaire sans excès catégoriel : féculents susceptibles d'entretenir des processus de fermentation colique, légumineuses riches en lectines favorisant des symptômes digestifs. Il évite les facteurs favorisant l'irritation de la muqueuse digestive: épices, alcool, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, et les médicaments comme bêta-bloqueurs et IEC à risque de démasquer ou d'aggraver des réactions allergiques alimentaires [35]. La durée de ce régime est empiriquement de 15 à 21 jours. Au bout de ce laps de temps il est possible d'apprécier le devenir des symptômes respiratoires, digestifs ou cutanés par le SCORAD, en cas de dermatite atopique [12]. Ces scores cliniques ont un intérêt supérieur à celui de paramètres biologiques, comme la mesure de la perméabilité intestinale [8].

L'efficacité de ce régime peut être améliorée par la prescription conjointe d'un anti-H1 et de cromoglycate disodique per os, et par une épreuve complémentaire inverse de 8 jours, comportant la reprise d'un régime libre avec cessation des médicaments. On observe alors parfois une réaggravation en moins de quelques jours, qui emporte la décision d'un bilan recherchant une allergie ou une fausse allergie alimentaire.

Notons que les régimes comportant des évictions séquentielles, proposés dans le passé, sont complètement abandonnés. Leur manque d'efficacité diagnostique était patent.

LES RÉGIMES D'ÉVICTION ALIMENTAIRE À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

Ils sont la pierre angulaire du traitement. Nous envisagerons successivement leurs indications, les types de régimes, les causes d'échec, les résultats et la durée de l'observance.

Les indications

Leur prescription doit être fondée sur un diagnostic certain d'allergie alimentaire [2, 33]. Les critères de diagnostic retenus actuellement [4] sont :

- un choc anaphylactique à un aliment identifié, avec mise en évidence de sensibilisation IgE dépendante prouvée par prick-tests et/ou RAST ;
- des symptômes allergiques (syndrome oral et angio-œdème prédominant) à l'ingestion de fruits et légumes de réactivité croisée connue avec pollens ou latex, chez un sujet sensibilisé à ces pneumallergènes ;
- une sensibilisation IgE dépendante établie, avec positivité d'un test de provocation orale (TPO) standardisé au même aliment. Les procédures de simple aveugle chez le jeune enfant et de double aveugle (TPODA) de façon générale sont recommandées [39]. Lorsque le TPODA est négatif, le régime d'éviction est inutile. Il a été montré que dans ce cas, la réintroduction de l'aliment est bien tolérée dans plus de 90 % des cas [41].

Les TPODA nécessitent une structure spécialisée hospitalière, et l'ensemble des cas d'allergie alimentaire ne pourrait en bénéficier. Il existe deux alternatives. On peut avoir recours aux tests de provocation labiale [32], ayant une sensibilité intéressante, évaluée à 70 % des cas prouvés par TPO [42]. Une seconde possibilité est fondée sur l'étude de Sampson montrant que certaines valeur-seuils d'IgE spécifiques (variant pour les aliments) assureraient une valeur prédictive positive de 95 % [46]. Toutefois, cette alternative n'est actuellement offerte que pour l'arachide, l'œuf et le poisson, les valeur-seuils respectives étant de 15 kU/L, 6 kU/L, et 20 kU/L. Il n'existe pas de valeur seuil offrant une VPP suffisante pour la farine de blé et le soja, et aucun renseignement n'est disponible pour d'autres allergènes.

Doit-on étendre de tels régimes d'éviction à des enfants ou adultes, chez qui l'on découvre une sensibilisation cutanée ? Un travail s'intéressant à des enfants sensibilisés au poisson, mais sans allergie clinique, a montré qu'un régime d'éviction strict entraînait les premières manifestations dans

les années suivantes, lors de contacts accidentels par inhalation, ou voie cutanée, ou par ingestion [26]. En l'absence de groupe contrôle, et en l'absence de TPO faits avant le régime d'éviction, doit-on considérer que ces réactions reflètent l'évolution naturelle vers une plus grande sensibilité clinique ? Ou bien est-on en droit de penser que l'éviction stricte a diminué, ou inhibé la tolérance immunitaire installée au niveau de la muqueuse digestive ? L'étude ne permet pas de conclusion définitive, mais elle invite à considérer que dans certains cas un régime d'éviction stricte pourrait aller à l'encontre du but recherché.

C'est pourquoi, il faut recommander un TPODA, permettant de statuer entre sensibilisation latente et allergie vraie, avant d'instituer un régime d'éviction. Il convient de se renseigner si des consommations récentes ont eu lieu et ont été bien tolérées. Dans ce cas, un régime d'éviction n'est probablement pas à instituer. Nous limitons les conseils à l'abstention de prise simultanée d'aspirine ou d'alcool, en évitant les traitements par bêta-bloqueur ou par IEC.

Les types de régime

Les régimes d'éviction thérapeutique sont le plus souvent ciblés sur un seul aliment, car les cas de mono-allergie représentent plus de 70 % de l'ensemble des allergies alimentaires.

Chez le nourrisson allergique aux protéines de lait de vache, la thérapeutique est centrée sur l'éviction complétée par des substitutions (chez le nourrisson), avec de façon accessoire, l'association de médicaments ou de bactéries probiotiques par voie orale. Une étape ultérieure est représentée par des protocoles de tolérance digestive.

Le régime d'éviction doit être soigneusement précisé. Il doit signaler les additifs agents de texture (caséinates) dont la mention sur les étiquetages est indispensable. Il ne met pas toujours à l'abri d'allergènes masqués et des accidents graves ont été décrits liés à la caséine présente dans des saucisses [13] ou dans des aliments « pareve » ou d'autres produits [15]. La caséine peut contaminer accidentellement les gants de latex [29].

Nous proposons en annexe I le régime publié par le CICBAA¹, dans sa publication Alim'Inter et disponible sur Internet (www.allergienet.com/CICBAA).

1. Cercle d'Investigations Cliniques et Biologiques en Allergologie Alimentaire.

Différentes modalités de substitution ont été proposées :

La substitution de lait de chèvre, de brebis ou de jument est formellement déconseillée en raison des risques importants de réaction croisée [49]. Une publication a fait état d'une bonne tolérance du lait d'ânesse dans 9 cas d'APLV [18].

Les laits de substitution peuvent s'adresser aux protéines de soja dont l'utilisation est controversée. Il semble que le risque est particulièrement important s'il existe une atteinte digestive avec atrophie villositaire, d'autant plus que le soja isolément donne déjà cette forme clinique d'hyposensibilité. Le risque de sensibilisation IgE dépendante, avancé par certains, est contesté, et estimé faible, inférieur à 2 %, si bien que les auteurs italiens y ont recours [5, 7].

La substitution ne peut pas être assurée par les laits courants hypo-allergéniques, réalisés par hydrolyse des protéines du lactosérum, permettant l'obtention de peptides de petite taille (6000 daltons environ). Ceux-ci conservent des épitopes réactogènes et ces laits contiennent de surcroît des traces de bêta-lactoglobuline intacte [29]. Un risque net de sensibilisation croisée est démontré comme il a été constaté par des études *in vitro* [9] ou par des tests cutanés [19, 20]. Certains de ces laits donnent une positivité cutanée chez le tiers des enfants ayant une APLV liée aux IgE spécifiques (expérience personnelle). L'allergie à ces hydrolysats partiels a été établie par des tests de provocation couplés à un test au lactulose-mannitol [1].

Les hydrolysats poussés de caséine (Pregestimil®, Nutramigen®), contenant des épitopes de 1500 daltons peuvent être valablement proposés comme substituts au lait de vache. Encore faut-il reconnaître d'exceptionnels cas de réactivité croisée.

Un hydrolysate de protéines de soja et de collagène de porc (Prégomine®) doit être préconisé lorsqu'il faut assurer une sécurité maximale chez les enfants constituant une APLV sous allaitement exclusif. Dans ces cas exceptionnels, la sensibilisation concerne des épitopes de très petite taille, puisque l'hydrolysate poussé de caséine obtient un prick-test positif. Elle est très accentuée, puisque le beurre, très pauvre en protéines, obtient un prick-test positif.

Une formule à base d'acides aminés, commercialisée en avril 1998 en France : Néocate®, représente une sécurité absolue. La durée de l'alimentation par ces formules de substitution est guidée par la possibilité de la diversification alimentaire.

Elle s'étend en moyenne jusqu'à l'âge de 12 à 18 mois.

Toutefois, le syndrome des allergies alimentaires multiples paraît augmenter de fréquence [10, 16, 43]. Il est souvent observé chez des enfants nourris au sein, réagissant à divers allergènes alimentaires présents dans le lait maternel et dont la diversité ou les particularités correspondent à celles observées dans le régime alimentaire de la mère (observation personnelle d'un nourrisson sensibilisé au sésame et au pavot). Dans de tels cas, la prescription d'un hydrolysate poussé, adjoint à des évictions portant sur les céréales, l'œuf, parfois les viandes, pourrait concerner 70 % des patients dans l'expérience récente d'Isolauri [21]. Si ces régimes d'évictions étendues font disparaître les symptômes, ils ne permettent pas l'obtention d'une croissance normale : on observe du reste une hypoalbuminémie dans 6 % des cas, un taux sérique bas d'acide docosahexanoïque, nécessaire au développement cérébral, dans 12 % des cas. C'est dans de tels cas qu'une formule à base d'acides aminés constitue une thérapeutique précieuse. Elle est la base de l'alimentation jusqu'à 24 mois [20].

Chez l'adulte, la prescription d'un régime d'éviction comporte l'éviction, dans tous les cas, des facteurs favorisants : alcool, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens, bêta-bloqueurs, IEC [33].

Nous communiquons en annexe les régimes proposés par le CICBAA, concernant l'œuf, les céréales, le sésame (annexes II, III, IV). Les allergènes masqués font l'objet d'une attention particulière, allant jusqu'à une liste de médicaments déconseillés.

L'allergologue complète cette consultation par la prescription d'apports médicamenteux substitutifs (calcium, fer, etc.), choisit les paramètres de surveillance clinique, fixe la durée du régime avant une prochaine évaluation.

Les causes d'échec des régimes d'éviction

Six causes sont prépondérantes :

- L'enfant ou l'adulte peut présenter une polyallergie alimentaire non diagnostiquée. Alors que l'éviction de l'allergène identifié est correctement réalisée, d'autres allergènes alimentaires sont donc responsables de l'entretien de l'affection.
- Les réactions croisées non identifiées, ou encore inconnues, en particulier dans le domaine des allergènes végétaux [36], sont responsables d'un échec apparent. Certaines allergies au lait, particulièrement en relation avec un allergène

mineur, la sérulalbumine bovine, s'accompagnent d'une allergie croisée aux viandes [23, 50]. D'autres entretiennent l'allergie au lait par la consommation de lait de jument, de chèvre, de brebis [49].

- Il y a passage inapparent d'allergènes masqués dans l'alimentation [34] : chez le nourrisson sensibilisé à l'arachide, une dermatite atopique peut dépendre des traces d'allergènes protéiques présentes dans l'huile d'arachide entrant dans la constitution de certains laits [32]. On peut également démontrer le risque des protéines de soja résiduelles dans les lécithines, présentes dans certains laits [44]. D'autres allergènes masqués sont les caséinates utilisées comme agents de texture, le lysozyme d'œuf utilisé comme agent bactéricide dans la fabrication de certains fromages [14], de lait contaminant du lactose d'une farine garantie sans lait [34]. Le beurre est un exemple d'allergène masqué car il contient une très faible quantité de protéines : 0,2 %, et n'est pas toujours éliminé chez les sujets allergiques au lait. L'étiquetage n'est pas toujours suffisamment informatif. On doit également souligner que la présence d'allergènes alimentaires dans les shampoings, les cosmétiques et même les topiques préconisés pour le traitement de la dermatite atopique, est critiquable. Nous avons observé des poussées d'eczéma à des crèmes contenant de l'huile d'arachide, de sésame, de noisette, ou des extraits d'avoine.

- Le régime est mal suivi en raison d'un manque de compréhension. Il est net qu'aucun document écrit n'est suffisant et que la double consultation de la diététicienne et de l'allergologue est nécessaire.

- Le régime n'est pas suivi par un manque d'observance, parfois en raison du surcoût : les produits sans gluten sont préconisés dans de nombreux cas d'allergie à la farine de blé car le gluten est l'un des allergènes majeurs. Les Caisses d'Assurance Maladie n'autorisent malheureusement le remboursement que dans le cas de maladie cœliaque prouvée par étude de la muqueuse intestinale. L'adolescence est un âge à risque : le manque d'observance des directives diététiques est toujours à craindre.

- La vie moderne comporte bien des difficultés d'application de ces régimes d'éviction. La fréquentation des restaurants, quelles que soient les explications extemporanées fournies aux restaurateurs, n'offre aucune sécurité. Des cas de choc anaphylactique survenus dans ces conditions sont connus. La restauration collective, en entreprises

ou en milieux scolaires, ne s'est pas encore saisie globalement du problème de ces patients particuliers. Toutefois une grande société française propose déjà des régimes sans arachide.

On voit que la diététique thérapeutique présente de réelles difficultés de mise en œuvre. En 1983 Van Asperen et coll. estimaient que 55 % des enfants ne réussissaient pas à respecter leur régime [47]. C'est pourquoi il faut insister sur le fait que *la prescription d'un régime d'éviction repose sur l'expertise conjointe des diététiciennes et des allergologues*. L'utilité d'explications orales, développant le document médical, par une diététicienne, nécessite une double consultation. Celle-ci permet de préciser les alternatives possibles, et propose des recettes. En fonction des régimes d'éviction préconisés par l'allergologue, elle évalue les risques de carences induites par les évictions [51].

La mise au point des régimes d'éviction repose sur la conjonction de multiples informations : elles proviennent de l'expertise clinique d'allergologues, de pédiatres et de diététiciennes, mais également des données de la littérature sur les réactivités croisées, la thermo-labilité des allergènes, etc. Elles dépendent également de renseignements obtenus auprès des industries agro-alimentaires, d'associations Grand public, de patients, des grandes surfaces et de commerçants. Le Cercle d'Investigations Cliniques et Biologiques en Allergologie Alimentaire (CICBAA) formalise de tels régimes sous forme de documents actualisés, datés, référencés (annexes I, II, III, IV).

Résultats des régimes d'éviction et durée de l'observance

Si l'éviction de toutes les protéines de lait fait bien l'objet d'un consensus dans le cas de l'APLV, les régimes d'éviction alimentaire conçus comme thérapeutique de la dermatite atopique font encore l'objet de controverses en France [25]. Les auteurs réalisant couramment la recherche d'allergies alimentaires dans cette pathologie reconnaissent l'efficacité de la diététique thérapeutique, établie en particulier dans une étude randomisée [27]. La dermatite atopique du jeune enfant persiste couramment jusque l'âge de 3 ans [6]. Notre expérience fait état de 69 % d'amélioration importante (dont 7,7 % de guérison totale) au bout de 2 mois, le pourcentage augmente à 79,9 % d'amélioration (26,6 % de guérison totale) au bout de 6 mois, et atteint 91,4 % (45,7 % de guérison totale) au bout d'un an [24].

Un délai de 3 mois est convenable pour vérifier la non-reproduction de symptômes intermittents, ou bien la guérison ou la nette amélioration d'une affection chronique. L'amélioration commence en général entre un mois et 6 semaines de régime. Elle doit être nette à 3 mois. Chez le jeune enfant, si l'allergie au lait guérit généralement avant l'âge de 2 ans, seul le tiers des enfants est guéri des autres allergies alimentaires à l'âge de 5 ans [31].

C'est dire que la durée d'un régime d'éviction varie selon les cas. Nous conseillons un suivi évolutif de l'allergie alimentaire comportant la réalisation annuelle d'un TPODA standardisé à doses croissantes, de façon à évaluer la modification de la dose cumulée réactive [39]. Celle-ci permet de caractériser l'évolution de l'allergie alimentaire vers la guérison, l'amélioration, la persistance, ou dans certains cas l'aggravation.

Si le TPODA est négatif, on peut alors interrompre le régime d'éviction. Dans un faible nombre de cas, les symptômes réapparaissent au bout de quelques jours de réintroduction mais la réintroduction est effectuée avec succès dans plus de 90 % des cas [16, 17]. Lorsque la dose cumulée réactive est notablement plus importante que celle du premier test, on peut postuler qu'une tolérance digestive est en cours d'installation. Ceci représente l'indication d'un protocole d'introduction de doses progressives, afin d'induire une tolérance par voie orale. Lorsque la dose cumulée réactive est équivalente à celle du premier test, ou plus faible, la poursuite du régime d'éviction stricte nous paraît nécessaire.

Chez l'adulte, peu de chiffres sont disponibles. Le syndrome oral, très fréquent, est souvent durable. De même lorsqu'il y a eu choc anaphylactique, le risque de réactions aux allergènes majeurs dans les années suivantes est bien connu. Une étude de Pastorello conclut que 50 % des patients acquièrent une tolérance clinique au bout d'un an [40].

CONCLUSION

Pendant longtemps l'efficacité des régimes d'éviction a été jugée sur des critères de diagnostic insuffisants de l'allergie alimentaire. Actuellement, le diagnostic peut être certain. Des régimes d'éviction standardisés sont publiés. Les techniques d'évaluation semi-quantitatives permettent d'en mesurer l'intérêt.

C'est par une collaboration des allergologues et des diététiciennes que se précise désormais le cadre de la diététique thérapeutique, assurant aussi bien l'éviction absolue des allergènes qu'un équilibre nutritionnel d'autant plus nécessaire que le syndrome des allergies multiples chez l'enfant, les chocs anaphylactiques chez l'adulte, augmentent de prévalence.

L'efficacité de cette conduite concertée permettra ultérieurement, après disparition des pathologies, le développement d'aspects interventionnels visant, par des protocoles de tolérance orale, à installer la guérison par l'acquisition d'une tolérance immunologique au niveau de la muqueuse digestive.

RÉFÉRENCES

- Barau E., Dupont C. – Allergy to cow's milk proteins in mother's milk or in hydrolyzed cow's milk infant formulas as assessed by intestinal permeability measurements. *Allergy*, 1994, 49, 295-298.
- Bernardini R., Novembre E., Mugnaini L., Vierucci A. – Diet regimen in the treatment of food allergy. *Ann. Ist. Super. Sanita.*, 1995, 31, 481-488.
- Björnsson E., Janson C., Plaschke P., Norrman E., Sjöberg O. – Prevalence of sensitization to food allergens in adults Swedes. *Ann. Allergy Asthma Immunol.*, 1996, 77, 327-332.
- Bruijnzeel-Koomen C., Ortolani C., Aas K.B.J.C. et al. – Adverse reactions to food. *Allergy*, 1995, 50, 623-635.
- Bruno G., Milita O., Ferrara M., Nisini R., Cantani A., Businco L. – Prevention of atopic diseases in high risk babies (long term follow-up). *Allergy Proc.*, 1993, 14, 181-187.
- Businco L., Businco E., Cantani A., Galli E., Infussi R., Benincori N. – Results of a milk and/or egg free diet in children with atopic dermatitis. *Allergol. Immunopathol.*, 1992, 10, 283-288.
- Businco L., Bruno G. – Prophylaxis of cow's milk allergy. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1997, 8, 11-15.
- Caffarelli C., Cavagni G., Menzies I.S., Bertolini P., Atherton D.J. – Elimination diet and intestinal permeability in atopic eczema: a preliminary study. *Clin. Exp. Allergy*, 1993, 23, 28-31.
- Dean T. – Prevalence of allergic disorders in early childhood. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1997, 8, 27-31.
- De Boissieu D., Matarazzo P., Rocchiccioli F., Dupont C. – Multiple food allergy: a possible diagnosis in breastfed infants. *Acta Paediatr.*, 1997, 86, 1042-1046.
- Dupont C., Badoual J., LeLuyer B., LeBourgeois C., Barbet J.P., Voyer M. – Rectosigmoidoscopic findings during isolated rectal bleeding in the neonate. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 1987, 6, 257-264.
- European Task Force on Atopic Dermatitis. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report. *Dermatology*, 1993, 186, 23-31.
- Foucard T., Edberg U., Malmheden Yman I. – Severe, even fatal reactions to foodstuffs: peanuts and soya underestimated allergens. *J. Sue Med. Assoc.*, 1997, 4, 2635-2638.
- Frémont S., Kanny G., Nicolas J.P., Moneret-Vautrin D.A. – Prevalence of lysozyme sensitization in an egg-allergic population. *Allergy*, 1997, 52, 224-228.
- Gern J.E., Yang E., Evrard H.M., Sampson H.A. – Allergic reactions to milk-contaminated « nondairy » products. *N. Engl. J. Med.*, 1991, 324, 976-979.

16. Hill D.J., Cameron D.J.S., Francis D.E.M., Gonzalez-Andaya A.M., Hosking C.S. – Challenge confirmation of late-onset reactions to extensively hydrolyzed formulas in infants with multiple food protein intolerance. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1995, 96, 386-394.
17. Hill D. J., Kosking C.S. – Emerging disease profiles in infants and young children with food allergy. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1997, 8, 21-26.
18. Iacono G., Carroccio A., Cavataio F., Montalto G., Soresi M., Balsamo V. – Use of ass's milk in multiple food allergy. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 1992, 14, 177-181.
19. Isolauri E. – The treatment of cow's milk allergy. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 1995, 49, S49-S55.
20. Isolauri E., Sutas Y., Makinen-Kijunen S., Oja S.S., Isosomppi R., Turjanmaa K. – Efficacy and safety of hydrolyzed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J. Pediatr.*, 1995, 127, 550-557.
21. Isolauri E., Sutas Y., Salo M.K., Isosomppi R., Kaila M. – Elimination diet in cow's milk allergy : risk for impaired growth in young children. *J. Pediatr.*, 1998, 132, 1004-1009.
22. Jansen J., Kardinaal A., Huijbers G., Vlieg-Boerstra, Martens B., Ockhuisen T. – Prevalence of food allergy and intolerance in the adult Dutch population. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1994, 93, 446-456.
23. Kanny G., De Hauteclocque C., Moneret-Vautrin D.A. – Food anaphylaxis to bovine serum albumin. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1998, 101, 137-139.
24. Kanny G., Governo C., Sergeant P., Moneret-Vautrin D.A. – Dietetics targeted as a therapy for atopic dermatitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1999, 103, S218.
25. Guillaume J.C., Bernier V., Assier A., Castelain M., Choquet G. et al. – La question du mois : les régimes d'éviction dans la dermatite atopique. *Ann. Dermatol. Vénéréol.*, 1998, 125, 542-548.
26. Larramendi C.H., Martin Esteban M., Pascual Marcos C., Fiandor A., Diaz Pena J.M. – Possible consequences of elimination diets in asymptomatic immediate hypersensitivity to fish. *Allergy*, 1992, 47, 490-494.
27. Lever R., Mac Donald C., Waugh P., Aitchison T. – Randomised controlled trial of advice on an egg exclusion diet in young children with atopic eczema and sensitivity to egg. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1998, 9, 13-19.
28. Lunardi C., Bambara L.M., Biasi D., Zagni P., Caramaschi P., Pacor M.L. – Elimination diet in the treatment of selected patients with hypersensitivity vasculitis. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 1992, 10, 131-135.
29. Mäkinen-Kijunen S., Sorva R. – Bovine B β -lactoglobulin levels in hydrolysed protein formulas for infant feeding. *Clin. Exp. Allergy*, 1993, 23, 287-291.
30. Mäkinen-Kijunen S., Ylitalo L., Turjanmaa K., Palosuo T., Reunala T. – Casein: an additional allergen in natural rubber latex. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1999, 103, S124.
31. Metcalfe D. – Allergic gastrointestinal diseases. In: Rich R.R., Fleisher T.A., Schwartz B.D., Shearer W.T., Strober W. – *Clinical Immunology*. pp. 966-975. St Louis, Mosby-year book: Principles and practice, 1995.
32. Moneret-Vautrin D.A., Hatahet R., Kanny G., Ait-Djafer Z. – Allergenic peanut oil in milk formulas. *Lancet*, 1991, 338, 1149.
33. Moneret-Vautrin D.A., Kanny G., Frasier J.M. – Principes rationnels de diététique en allergie alimentaire. *Méd. et Nut.*, 1992, 28, 158-167.
34. Moneret-Vautrin D.A. – Masked food allergens. Intestinal Immunology and Food Allergy. In: de Weck A.L., Sampson H.A. – *Nestlé Nutrition Workshop Series*. 34, pp. 249-257, New York, Vevey/Raven Press, 1995.
35. Moneret-Vautrin D.A., Blain H., Kanny G., Bloch Y. – Anaphylaxis to walnuts and pine nuts induced by ACE. *Allergy Net.*, 1998, 53, 1233-1234.
36. Moneret-Vautrin D.A., Kanny G., Rance F., Lemerdy P. – Les allergènes végétaux alimentaires. Allergies associées et réactions croisées. *Rev. Fr. Allergol.*, 1997, 37, 316-324.
37. Moneret-Vautrin D.A., Kanny G. – Approche thérapeutique et prévention de l'allergie alimentaire. *Rev. Fr. Allergol.*, 1998, 38, S196-S201.
38. Moneret-Vautrin D.A., Kanny G., Thevenin F. – A population study of food allergy in France: a survey concerning 33110 individuals. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1998, 101, S87.
39. Moneret-Vautrin D.A., Rance F., Kanny G., Olsewski A., Gueant J.L., Dutau G., Guerin L. – Food allergy to peanuts in France. Evaluation of 142 observations. *Clin. Exp. Allergy*, 1998, 28, 1113-1119.
40. Pastorello E.A., Stocchi L., Pravettoni V., Bigi A., Schilke M.L., Incorvaia C., Zanussi C. – Role of the elimination diet in adults with food allergy. *J. Allergy Clin Immunol.*, 1989, 84, 475-483.
41. Pastorello E.A., Pravettoni V., Stocchi L., Bigi A., Schilke M.L., Zanussi C. – Are double-blind food challenges necessary before starting an elimination diet? *Allergy Proc.*, 1991, 12, 319-325.
42. Rance F., Dutau G. – Labial food challenge in children with food allergy. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1997, 8, 41-44.
43. Rance F., Kanny G., Dutau G., Moneret-Vautrin D.A. – Aspects cliniques de l'allergie alimentaire. *Rev. Fr. Allergol.*, 1998, 38, 900-905.
44. Renaud C., Cardiet C., Dupont C. – Allergy to soy lecithin in a child. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 1996, 22, 328-329.
45. Sampson H. – Food hypersensitivity - manifestations, diagnosis, and natural history. *Food Technol.*, 1992, 46, 141-144.
46. Sampson H., Ho D. – Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1997, 100, 444-445.
47. Van Asperen P.P., Lewis M., Rogers M., Kemp A.S., Thompson S. – Experience with an elimination diet in children with atopic dermatitis. *Clin. Allergy*, 1983, 13, 479-485.
48. Ventura A., Longo G., Longo F., Florean P., Scornavacca G. – Diet and atopic eczema in children. *Allergy*, 1989, 44, 159-164.
49. Wal J.M. – Structure des antigènes et allergènes alimentaires. pp. 19-133. In: Navarro J., Schmitz J. – *Allergies alimentaires*. Paris, Doin, 1993.
50. Werfel S.J.C.S., Sampson H.A. – Clinical reactivity to beef in children allergic to cow's milk. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1997, 99, 293-300.
51. Wolfe S.P. – Prevention programmes - a dietetic minefield. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 1995, 49, S92-S99.
52. Young E., Stoneham M., Petrukevitch A., Barton J., Rona R. – A population study of food intolerance. *Lancet*, 1994, 343, 1127-1130.
53. Zeiger R.S., Heller S., Mellon M.H., Halsey J.F., Hamburger R.N., Sampson H.A. – Genetic and environmental factors affecting the development of atopy through age 4 in children of atopic parents: a prospective randomized study of food allergen avoidance. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1992, 3, 110-127.

Annexe I. – RÉGIME EN CAS D'ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT DE VACHE.

SUPPRIMER TOUT PRODUIT COMPORTANT UNE DES MENTIONS SUIVANTES :

Lait, protéine de lait, lactoprotéine, protéine du lactosérum,
caséine, caséinate, lactalbumine, lactose, margarine, crème.

BIEN LIRE la composition sur chaque paquet acheté,
la liste des ingrédients pouvant varier d'un paquet à l'autre au gré du fabricant.

	ALIMENTS PERMIS	ALIMENTS INTERDITS
LAIT ET PRODUITS LAITIERS	• Hydrolysât poussé de caséine : Prégestimil, Nutramigen, Galliagène Progress • Hydrolysât de collagène de bœuf : Prégomine • Néocate (aminoacides), non commercialisé en mars 1996	• Laits pour nourrissons 1^{er} âge • Laits de suite 2^e âge • Laits HA Hypoallergéniques • Lait de vache sous toutes ses formes • Tous les desserts à base de lait : entremets, flan, crème, glace • Yaourt, petit suisse, fromage blanc • Tous les fromages • Lait de chèvre, brebis, jument • Lait et yaourt au soja
VIANDES	• Agneau, lapin, porc, volaille • Jambon blanc	• Bœuf, génisse, veau en cas d'allergie à la sérumbumine bovine associée
FÉCULENTS CÉRÉALES PRODUITS SUCRÉS	• Pain ordinaire : baguette... • Farine infantile sans lait • Chocolat noir à croquer ou à cuire • Bonbons acidulés	• Pain de mie, biscottes • Farines lactées biscuitées • Pâtisseries du commerce • Brioches, pain au lait, pain au chocolat • Biscuits contenant du lait • Purée du commerce, potages industriels • Chocolat au lait et blanc, caramel • Entremets, glaces • Poudres chocolatées (Banania, Nesquik...)
MATIÈRES GRASSES	• Huile olive, tournesol, maïs • Margarine Vitaquelle (garantie sans protéines de lait). Se trouve dans les magasins de produits diététiques	• Toutes les autres margarines • La crème • Le beurre dans certains cas • Les mayonnaises du commerce

SUPPRIMER toutes les préparations pouvant contenir du lait : purée, sauce béchamel, gratin, gnocchis, potage...

ATTENTION aux shampooings et aux pommades pouvant contenir des protéines de lait.

Annexe II. – RÉGIME EN CAS D'ALLERGIE A L'ŒUF.**SUPPRIMER TOUT PRODUIT COMPORTANT UNE DES MENTIONS SUIVANTES :**

Œuf, blanc d'œuf, jaune d'œuf, protéine d'œuf, protéine animale, ovalbumine, ovomucoïde, ovomucine, lysozyme, lécithine d'œuf, lécithine.

BIEN LIRE la composition sur chaque paquet acheté,
la liste des ingrédients pouvant varier d'un paquet à l'autre au gré du fabricant.

ALIMENTS A ÉVITER

1. Les œufs sous toutes leurs formes

2. Les aliments pouvant contenir de l'œuf :

- Entrées avec mayonnaise, mimosa, antiboise, monégasque, polonaise
 - Salades composées
 - Charcuteries
 - Terrines
 - Boudin
 - Farces
 - Quenelles
 - Surimi
 - Préparations panées
 - Gratins
 - Gnocchis
 - Mousses de légumes
 - Pâtes aux œufs
 - Pomme de terre duchesse, gaufrette
 - Biscottes
 - Pain de mie
 - Beignets
 - Pâte feuilletée
 - Pâtisserie (meringues...)
 - Glace
 - Entremets, œufs à la neige
 - Confiserie (l'adjonction de blanc d'œuf favorise la cristallisation)
- Seuls desserts autorisés : Fruit cru ou cuit ou en compote.

ATTENTION : des vins peuvent être clarifiés par des protéines d'œuf.

ATTENTION : des fromages peuvent contenir une protéine d'œuf, le lysozyme (additif conservateur E1105, non encore soumis à l'étiquetage).

ATTENTION aux shampooings pouvant contenir des protéines d'œuf.

ATTENTION : les marrons glacés peuvent inclure du blanc d'œuf dans le glaçage au sucre.

Annexe II. – RÉGIME EN CAS D'ALLERGIE A L'ŒUF (suite).

LISTE DES MÉDICAMENTS CONTENANT DE L'ŒUF

• Certains vaccins anti-viraux et en particulier :

R.O.R
 ROUVAX
 RUDI-ROUVAX
 VACCIN ANTI-AMARILE
 VAXIGRIP
 VACCIN GRIPPAL RONCHESE
 MUTAGRIP

• Tous médicaments contenant du lysozyme

CANTALENE® Cp à sucer
 GLOSSITHIASE® Cp Sublingual
 HEXALYSE® Cp à sucer
 LYSO 6® Cp sublingual
 LYSOCALM® Cp à sucer
 LYSOPAINE® Cp ORL à sucer
 OROSEPTOL LYSOZYME® Cp à sucer
 POSIBROL pommade Oph (arrêt de commercialisation)
 RHINOBEBE® Solution nasale (arrêt commercialisation)
 RUBITRACINE enfant poudre orale (arrêt de commercialisation)
 RUBITRACINE Cp (arrêt de commercialisation)

• Tous médicaments contenant l'expression oeuf

BACTRIM - BACTRIM FORTE - BACTRIM PERFUSION
 DIPRIVAN
 INTRALIPIDE
 KABIMIX 1200, 1800, 2400, 3000 kcal
 METOCLOPRAMIDE GNR
 VITALIPIDE adulte
 VITALIPIDE enfant

• Il est certain que l'arôme crème d'œuf, entrant dans la formulation du BRISTAMOX et de l'PHICONCIL ne contient aucune protéine d'œuf (information du laboratoire du 18 mars 1998).

Annexe III. – LISTE D'ÉVICTION DE LA FARINE DE BLÉ.

SUPPRIMER DE L'ALIMENTATION TOUS LES PRODUITS COMPORTANT LES MENTIONS SUIVANTES :
 BLÉ, FROMENT, ORGE, AVOINE, SEIGLE, EPEAUTRE,
 AMIDON, AMIDON MODIFIÉ et MATIÈRES AMYLACÉES non préciséees.

	ALIMENTS PERMIS	ALIMENTS INTERDITS
CÉRÉALES ET FARINEUX	Maïs, riz, soja, sarrasin, manioc, quinoa et leurs dérivés (amidon, farine, fécule, crème, semoule) Tapioca, « fleur de maïs » (Maïzena). Pommes de terre fraîches, précuites sous vide, frites surgelées, chips. Fécule de pomme de terre.	Blé, orge, avoine, seigle, froment, épeautre et leurs dérivés (amidon, farine, semoule, flocons) Pâtes, raviolis, gnocchis, Pain, pain de mie, pain complet, biscotte, chapelure, pain d'épices. Les autres produits « Maïzena ». Toutes les pâtisseries commerciales (biscuits salés et sucrés), pâtes à tarte, quiche, pizza, tourtes, pâtés, crêpes, purée en flocons, pommes dauphines, céréales ¹ . Cas particuliers : pain azyne, hosties.
PRODUITS LAITIERS	Lait entier, 1/2 écrémé, écrémé, en poudre, concentré sucré. Yaourts, fromages frais, petits suisses nature, sucrés ou aux fruits. Fromages cuits : gruyère, Comté, Cantal, Hollande, Bombel, St Paulin, Tome Fromages fermentés : Camembert, Brie, Coulommiers.	Certaines préparations industrielles à base de lait : flans, crèmes, laits gélifiés ¹ . Certains fromages à tartiner.
VIANDES POISSONS ŒUF	Vianes fraîches surgelées, au naturel, conserves au naturel. Jambon blanc, cru, bacon, épaule, poitrine salée, fumée, rillettes, confit, foie gras naturel. Poissons frais, surgelés non cuisinés, non panés. Coquillages, crustacés, mollusques. Œufs	Préparation PANÉE, EN BEIGNETS, EN CROÛTES, plats cuisinés, pâtés et galantines saucissons secs, cuit à l'ail, salami, cervelas, chorizo, boudin noir et blanc. Purée, mousse de foie gras. Farces industrielles. Quenelles de viandes ou de poissons.
LÉGUMES	Frais et secs, surgelés non cuisinés, conserves au naturel.	
FRUITS	Frais, cuits, en compote, surgelés. Fruits secs, marrons au naturel.	Figues farinées.
PRODUITS SUCRÉS	Sucre, confitures et gelées pur fruits, pur sucre, sirop de fruits, miel, caramel liquide, bonbons acidulés, cacao pur.	Nougat, dragées, chocolat ¹ , poudres chocolatées, sucre glace ¹ .
MATIÈRES GRASSES	Huiles, beurre, végétaline, saindoux, crème fraîche.	Beurre allégé, crème allégée, margarine ¹ .
ÉPICES ET CONDIMENTS	Épices fraîches et surgelées (sel, poivre en grains, ail, oignon, persil.), Vinaigre, cornichon.	Poivre moulu, épices moulues, moutarde ¹ .
BOISSONS	Eau plate, gazeuse, jus de fruits, sodas, limonade. Café, thé, chicorée, infusions avec plantes entières. Vin, apéritifs, alcool, digestifs (y compris whisky, vodka, gin).	BIÈRE, panaché, boissons et infusions en poudre.
	Levure de boulanger.	Levure chimique ¹ .

1. Produit pouvant contenir de la farine de blé, bien lire l'étiquette à chaque paquet acheté.

Annexe IV. – RÉGIME D'ÉVICTION DU SÉSAME.

Le sésame se trouve dans l'alimentation sous forme :

- de graines entières ou pelées, d'huile,
- de pâte Halvah - sorte de pâte d'amande servant de base culinaire salée ou sucrée utilisée dans la cuisine de l'Extrême-Orient, en Thaïlande, au Pakistan, au Japon, en Inde, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord,
- de tourteaux - résidus solides obtenus lors du traitement des graines en vue de l'extraction de l'huile - destinés à l'alimentation des animaux.

**SUPPRIMER TOUT PRODUIT COMPORTANT UNE DES MENTIONS SUIVANTES : SÉSAME, GRAINE DE SÉSAME, HUILE DE SÉSAME, HUILES VÉGÉTALES, MARGARINE VÉGÉTALE.
AVANT D'ACHETER OU DE CONSOMMER UN PRODUIT, BIEN VÉRIFIER LA COMPOSITION.
La liste des ingrédients peut varier d'un paquet à l'autre au gré du fabricant.**

ALIMENTS A SUPPRIMER DE L'ALIMENTATION

Les pains, biscottes, pains grillés, P'tit grillé aux céréales :

- Heudebert : biscottes 6 et 8 céréales, Pain grillé multicéréales, P'tit grillé 4 céréales.
- Céréral : petits pains grillés spéciaux au sésame
- Autres marques : vérifier les ingrédients composant le produit.

Les pains pour hamburger :

- Turner : Kin Corn
- Jacquet : Buny Burn's
- Harry's : American Burger
- Autres marques : vérifier les ingrédients composant le produit.

Les pains spéciaux

Les biscuits pour apéritif :

- Belin : Triangolini, Réception, Cocktail, Snacky, Smacky, distributeur assortiment, distributeur 400 g, P'tit pain nouvelle formule
- Bahlsen : Gâteaux apéritifs
- Autres marques : vérifier les ingrédients composant le produit.

Les biscuits secs y compris les biscuits secs vendus dans les rayons et magasins diététiques :

- Céréral : Biscuit aux grains sauvages
- Gayelord Hauser : Fourré aux pommes, aux raisins, aux fruits rouges
- Autres marques : vérifier les ingrédients composant le produit.

Les barres de céréales :

- Vérifier les ingrédients composant le produit.

Les fruits secs.

Les glaces :

- Cônes, esquimaux avec enrobage type noisette

Les margarines.

Certaines sauces tomates industrielles.

Ne pas consommer de repas dans :

- Les fast food - Mac Donald's, Quick, Burger King...
- Les restaurants « exotiques » : Chinois, Afrique du Nord, Thaïlande, Liban, Inde, Japon, Pakistan, etc. : le risque de présence d'huile de sésame (sur des crevettes par ex.) et de contaminants sésame, est majeur.

Certaines chocolateries lubrifient leurs moules à l'huile de sésame, qui peut donc contaminer le chocolat.

Attention à la manipulation de nourriture pour animaux.

Annexe IV. – RÉGIME D'ÉVICTION DU SÉSAME (suite).

LISTE DES MÉDICAMENTS CONTENANT DE L'HUILE DE SÉSAME

Voie injectable

ANDROTARDYL 250 mg/1 ml	Androgène
HALDOL DECANOAS 50 MG/1 ML	Neuroleptique
MODECATE 250 mg/10 ml	Neuroleptique (arrêt commercialisation)
MODECATE 125 mg/5 ml	Neuroleptique
MODECATE 25 mg/1 ml	Neuroleptique
MODITEN Action prolongée 100 mg/4 ml	Neuroleptique
MODITEN Action prolongée 25 mg/1 ml	Neuroleptique
NORISTERAT 200 mg/1 ml	Progestatif
PIPORTIL L4 100 mg/4 ml	Neuroleptique
PIPORTIL L4 25 mg/1 ml	Neuroleptique
PROGESTERONE Retard 250 mg/1 ml	Progestérone
PROGESTERONE Retard 500 mg/2 ml	Progestérone
TRILIFAN LP 100 mg/1 ml	Neuroleptique

Voie orale

UN-ALFA 0,00025 mg	Vitamine D3 (1 α OH)
UN-ALFA 0,001 mg	Vitamine D3 (1 α OH)

Cosmétologie

AVENE	lait cold cream
DERMOPHIL-INDIEN	Bâton solaire
DUCRAY-ADERMA	Masque au lactocérat
ECLIPSIS	Soin du jour
EMBRYOLISSE	Émulsion aux liposomes
EMBRYOLISSE	Soin solaire
GALENIC-ELANCYL	Contrôle minceur crème
GALENIC-ELANCYL	système de massage
GALENIC-ELANCYL	intensive minceur
GALENIC-ELANCYL	Fermeté du corps
GALENIC-ELANCYL	Hydratant embellisseur
GALENIC-ELANCYL	Savon ELANCYL
KLORANE	Masque apaisant pivoine
MICHEL RIVAL	Actif anti-vergetures
NEUTROGENA	Huile corporelle
R-FUTERER	Huile solaire
R-FUTERER	Masque réparateur après soleil

Annexe V. – PRÉPARATIONS A USAGE EXTERNE DÉCONSEILLÉES EN CAS DE DERMATITE ATOPIQUE.

Concernant : crèmes, pommades, produits pour le bain, shampooings, sticks pour lèvres, etc.

ÉVITER les préparations contenant :

- ⇒ extraits d'avoine (lait d'avoine)¹
- ⇒ extrait d'œuf (de jaune d'œuf), allantoïne¹
- ⇒ dérivés caséiniques - lactosérum - protéines de lait¹
- ⇒ protéines de blé, de soja,
- ⇒ protéines de soie
- ⇒ extrait de levure
- ⇒ hydrolysate de protéines
- ⇒ base végétale, sans précision
- ⇒ huiles végétales, sans précision
- ⇒ huile d'amandes douces¹
- ⇒ huile d'arachide¹
- ⇒ huile de sésame¹
- ⇒ huile de noisette¹
- ⇒ huile de germe de blé
- ⇒ huile de ricin
- ⇒ huile de noix
- ⇒ huile d'avocat
- ⇒ huile de chrysalide
- ⇒ huile de saumon
- ⇒ acide benzoïque
- ⇒ colorants, arômes (dentifrices)
- ⇒ vanilline

Huiles n'attirant pas actuellement d'observations :

Huile de carthame, de millepertuis, de pépins de raisin, de palme, de coprah, de coco, de jojoba, de beurre de karité, de graines de baobab, de graines d'amarante.

Huiles proposées pour le traitement de la dermatite atopique :

Vaseline, paraffine, bourrache, onagre.

1. Cas d'allergie observés.

