



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

Article original

État de sensibilisation allergénique au café et au thé chez le drépanocytaire atopique

Allergenic sensitivity to coffee and tea in atopic sickle-cell patients

A.H. Adou*, L. Siransy, R. Yeboah, A.P. Kouacou, K. N'Guessan, R. Dassé

Laboratoire d'immunologie, UFR-sciences médicales, université Félix Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Reçu le 12 septembre 2016 ; accepté le 7 février 2017

Résumé

Introduction. – Les maladies allergiques constituent un problème majeur de santé publique. Dassé et al. estiment à 15 %, les manifestations respiratoires post-anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez le drépanocytaire atopique. Parmi eux, si 5 % étaient rattachés aux AINS, 10 % pourraient relever d'autres allergènes. Dans la suite de cette enquête, notre objectif était d'étudier, chez ces 10 % restants, la sensibilisation alimentaire au café et au thé qui sont des produits de consommation fréquente dans notre contexte.

Patients et méthodes. – Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique qui s'est déroulée sur 10 mois. Nous avons enrôlé 150 drépanocytaires atopiques, sans antécédents connus d'allergie alimentaire au café et/ou au thé, pour une enquête allergologique qui comportait un interrogatoire et des prick-tests à des extraits commerciaux et aux aliments natifs du café et du thé.

Résultats. – La moyenne d'âge de notre population était de 18,53 ans. Au total, 16,67 % des patients présentaient une sensibilisation au café. Concernant le thé, 20 % étaient sensibilisés. Au total, 3,33 % de cette population étaient bisensibilisés à 2 allergènes. Quinze patients présentaient un asthme et 145 pour la rhinite. L'état de sensibilisation au café ne constituait pas un facteur de sévérité de l'asthme ou de la rhinite (*odd ratio* = 0). En revanche, ce risque existait mais faible, concernant la sensibilisation au thé vis-à-vis de la sévérité de la rhinite (*odd ratio* = 1,3).

Conclusion. – Cette étude a permis de révéler une sensibilisation élevée dans notre population avec une influence sur l'évolution de la rhinite, nous permettant d'explorer d'avantage le profil trophallergénique général.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Sensibilisation alimentaire ; Café ; Thé ; Drépanocytaire atopique

Abstract

Introduction. – Allergic diseases are a real public health issue. Dassé et al. estimate that 15% of patients with atopic sickle-cell disease present post-NSAID respiratory manifestations, with 5% being related to NSAIDs and 10% possibly associated with other allergens. In the course of this survey, we sought to investigate the remaining 10% for food sensitization to coffee and tea, which are frequent consumer products in the context of our study.

Patients and methods. – This was a 10-month prospective, descriptive, analytical study. We enrolled 150 patients with atopic sickle-cell disease having no previous history of food allergy to coffee and/or to tea in an allergological survey that included questioning and prick-tests to commercial extracts and to native coffee and tea.

Results. – The average age of our population was 18.53 years. A total of 16.67% of patients presented coffee sensitization and 20% were sensitized to tea. A total of 3.33% of the population were bi-sensitized to both allergens. Fifteen patients presented asthma and 145 had rhinitis. Coffee sensitization was not a factor in the severity of either asthma or rhinitis (*odds ratio* = 0). However, there was a risk, though low, of sensitization to tea with regard to the severity of rhinitis (*odds ratio* = 1.3).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adouh3@gmail.com (A.H. Adou).

Conclusion. – This study revealed high sensitization affecting the course of rhinitis in our population, allowing us to further investigate the general trophallergenic profile.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Food sensitization; Coffee; Tea; Atopic sickle-cell disease

1. Introduction

Les maladies allergiques constituent de nos jours un véritable problème de santé publique. Selon l'OMS, au plan mondial, elles occupent le quatrième rang des maladies chroniques derrière les maladies mentales, cardiovasculaires, néoplasiques et endocriniennes [1]. En Afrique, précisément en Côte d'Ivoire, les études portant sur les caractéristiques épidémiologiques des allergies sont peu nombreuses. L'expression clinique protéiforme de ces maladies allergiques est déterminée par la nature de l'allergène et l'exposition à celui-ci [2]. Cependant, dans notre contexte de faible fréquentation des structures sanitaires et d'existence de peu de données sur la prévalence réelle des maladies allergiques, Dassé et al. [3] avaient mené une étude sur des patients drépanocytaires atopiques. Chez ces sujets qui faisaient souvent des crises vaso-occlusives nécessitant un recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), 15 % présentaient des manifestations respiratoires après la prise d'AINS. Parmi eux, 5 % de ces manifestations étaient en rapport avec les AINS, certainement dus à une hypersensibilité immédiate (HSI).

Dans la suite de cette enquête allergologique sur cette population et afin d'identifier la cause de ces manifestations respiratoires chez les 10 % restants, une série d'études a été initiée dans le but d'identifier les différents allergènes auxquels cette population pourrait être sensibilisée.

En effet, la méconnaissance de l'épidémiologie des allergènes à l'échelle régionale a des incidences négatives certaines sur la qualité de la prise en charge de nos patients au plan diagnostique et thérapeutique. Nos investigations s'inscrivent donc dans un vaste projet de cartographie des allergènes de l'environnement africain subsaharien.

Dans la présente étude, nous avons choisi de déterminer la sensibilisation de cette population au café et au thé qui sont des produits de grande consommation.

Bien que consommés abondamment, le café et le thé sont rarement responsables de réactions allergiques. De rares publications rapportent des tests cutanés et des IgE souvent positifs.

Aussi, les allergies alimentaires au café et au thé sont peu représentatives au regard de l'ensemble des allergies alimentaires.

Notre objectif était donc de déterminer les caractéristiques épidémiologiques de la sensibilisation alimentaire au café et au thé chez ces drépanocytaires atopiques qui présentent des troubles respiratoires non liés à la prise d'AINS.

2. Matériels et méthodes

2.1. Lieu et type d'étude

Cette étude prospective à visée descriptive et analytique a été menée au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Cocody (Abidjan). Elle a duré 10 mois (janvier 2013 à octobre 2013).

2.2. Population d'étude

Notre population a été sélectionnée parmi les patients drépanocytaires suivis au CHU de Cocody (Abidjan). Ont été inclus 150 drépanocytaires atopiques, sans antécédents connus d'allergie alimentaire au café et/ou au thé, non exposés à un environnement professionnel au café et/ou au thé, et qui ont fait l'objet d'un interrogatoire à la recherche d'un contact allergénique au café et au thé, puis ont été soumis à des tests cutanés.

2.3. Méthodes

2.3.1. Questionnaire

Après avoir expliqué le principe de l'étude au patient ou au représentant légal et avoir recueilli leur consentement éclairé, nos patients ont été soumis à un questionnaire lors des consultations précédant les prick-tests (PT) (voir en [Annexe](#)). Il concernait :

- les motifs de consultation (asthme, rhinite, conjonctivite, signes digestifs) avec recherche de circonstances déclenchantes et de facteurs écologiques ;
- les antécédents familiaux de maladies allergiques chez chaque patient (ascendants, fratrie, descendants) : asthme, eczéma, conjonctivite, rhinite, urticaire, médicaments, aliments ;
- les antécédents personnels d'atopie : maladies infectieuses, eczéma du nourrisson, intolérance au lait de vache, urticaire, œdème de Quincke, allergie médicamenteuse, allergie alimentaire, asthme dans l'enfance, conjonctivite, rhinite saisonnière, rhinite perannuelle, sinusite, toux spasmodique, intervention ORL ;
- les antécédents personnels et/ou familiaux d'allergie à la consommation du café et du thé ;
- le travail dans l'industrie du café et du thé.

2.3.2. Diagnostic des manifestations respiratoires

Des explorations cliniques et paracliniques (essentiellement la spirométrie et la radiographie du thorax) ont été conduites permettant de regrouper nos patients d'après 2 tableaux cliniques : asthme et rhinite.

La sévérité de l'asthme a été appréciée d'après les critères de l'American Thoracic Society (ATS).

La sévérité de la rhinite a été appréciée selon la classification OMS 1999.

2.3.3. Tests cutanés allergologiques

2.3.3.1. Conditions d'examen. La réalisation des prick-tests était subordonnée aux critères suivants :

- le consentement du patient ou du représentant légal ;
- l'absence de toute corticothérapie, de tout traitement anti-histaminique 3 à 7 jours précédant l'examen ;
- l'absence de prise de bêta-bloquants, de poussée d'eczéma, d'un asthme instable ou sévère, et d'une grossesse en cours.

À défaut, les tests devaient être différés d'un délai conséquent. Les patients présentant un dermographisme, des infections cutanéomuqueuses, de même que les patients dont le consentement éclairé n'a pas été obtenu, ont été exclus de l'étude.

2.3.3.2. Extraits utilisés. Comme réactions témoins, nous avons employé le chlorhydrate d'histamine à 10 mg/mL pour le témoin positif et le glycéro-salin phénolé pour le témoin négatif.

Les allergènes testés comprenaient des extraits commerciaux de STALLERGENE® pour le café et le thé (Ref. lot 9710322 n° 7403012) et des prick-test aux aliments natifs dilués du café et du thé. Il s'agissait de poudre de café issu de mélange harmonieux de grains arabica et robusta à la torréfaction moyenne à forte de NESCAFE® et de poudre de thé noir LIPTON®. Ces aliments étaient dilués au 1/5^e avec du sérum physiologique.

Ces allergènes communs ont été systématiquement testés chez les 150 patients participant à cette étude.

2.3.3.3. Critères de positivité. Ont été considérées comme positives, toutes les réactions qui se sont traduites par des éléments de la triade de Lewis associés à une papule d'un diamètre de 50 % du diamètre de la papule du témoin positif ou supérieur ou égal à 3 mm par rapport au témoin négatif (aréactif). Les délais de lecture ont été fixés à 15 et 20 minutes après les piqûres pratiquées à la face antérieure de l'avant-bras.

En définitive, les paramètres retenus pour l'étude sont : sexe, age, prick-test positif au café et/ou au thé, signes cliniques respiratoires (asthme, rhinite).

2.3.4. Analyse statistique

Elle a permis de calculer les fréquences de sensibilisation allergénique au thé et au café chez les patients (grâce à la comparaison des pourcentages) avec un seuil de significativité $p = 0,05$.

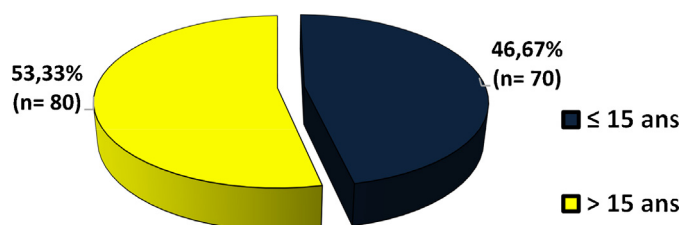


Fig. 1. Répartition selon l'âge. Les malades ont été classés en 2 groupes d'âge : ≤ 15 ans (enfants de 2 à 15 ans) et > 15 ans (adultes de 16 à 57 ans). Les adultes représentent 53,33 % et les enfants occupent une proportion de 46,33 %.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

3.1.1. Répartition des patients selon l'âge

La moyenne d'âge était de $18,53 \pm 12,99$. Les malades ont été classés en 2 groupes d'âge : ≤ 15 ans (enfants de 2 à 15 ans) et > 15 ans (adultes de 16 à 57 ans). Les adultes représentent 53,33 % et les enfants occupent une proportion de 46,33 % (Fig. 1).

3.1.2. Répartition des patients selon le sexe

Les patients sont des 2 sexes. Nous les avons classés en fonction de ce paramètre, le sexe féminin prédomine avec 73,33 %, soit 110 de notre population (sex-ratio = 0,36) (Fig. 2).

3.2. Répartition globale de l'état de la sensibilisation au café et au thé

Vingt-cinq patients, soit 16,67 % étaient sensibilisés au café.

Trente patients, soit 20 % étaient sensibilisés au thé.

Cinq patients, soit 3,33 % étaient bisensibilisés au thé et au café (Fig. 3).

3.3. Répartition spécifique de l'état de la sensibilisation

3.3.1. Répartition de l'état de la sensibilisation allergénique selon le sexe

Soixante pour cent des patients sensibilisés au café étaient de sexe féminin avec des différences non significatives.

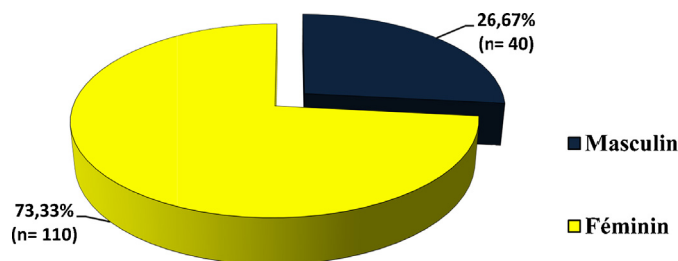


Fig. 2. Répartition selon le sexe. Les patients sont des 2 sexes. Nous les avons classés en fonction de ce paramètre, le sexe féminin prédomine avec 73,33 %, soit 110 de notre population (sex-ratio = 0,36).

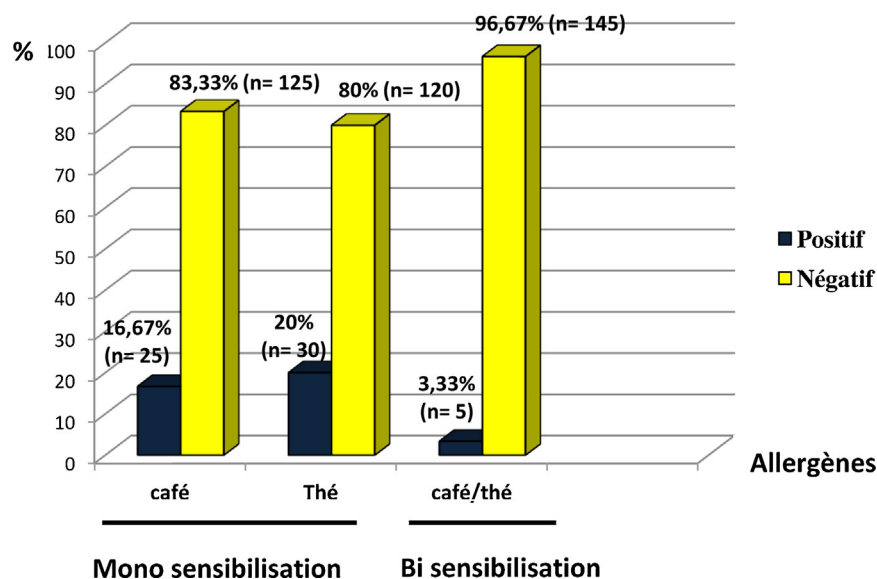


Fig. 3. État de sensibilisation allergénique au café et au thé. Vingt-cinq patients, soit 16,67 % étaient sensibilisés au café. Trente patients, soit 20 % étaient sensibilisés au thé. Cinq patients, soit 3,33 % étaient bisensibilisés au thé et au café.

Les patients sensibilisés au thé étaient équitablement répartis dans les 2 sexes. Ces proportions observées étaient significatives ($p = 0,0269$).

Tous les patients bisensibilisés étaient de sexe masculin avec des différences observées significatives ($p = 0,0011$).

Le sexe semblerait influencer la sensibilisation au thé avec un risque approché de 3,8 (Fig. 4).

3.3.2. Répartition de l'état de la sensibilisation selon l'âge

Tous les patients sensibilisés au café et ceux présentant une bisensibilisation avaient un âge supérieur à 15 ans.

Au total, 83,33 % des patients sensibilisés au thé avaient un âge supérieur à 15 ans avec des différences significatives ($p = 0,0005$).

L'âge semble influencer l'état de sensibilisation au thé avec un risque approché de 5,9 (Fig. 5).

3.4. Relation entre l'état de sensibilisation et l'expression clinique

3.4.1. Répartition selon la survenue de l'asthme chez les patients sensibilisés (relation asthme vs prick-test)

Quinze patients asthmatiques ont été recensés au cours de notre enquête.

Au total, 33,3 % de sensibilisation au café a été observée chez les patients asthmatiques. L'asthme était de forme légère (Tableau 1).

Aucune sensibilisation au thé n'a été observée chez les patients asthmatiques (Tableau 2).

3.4.2. Répartition selon la survenue de la rhinite allergique (relation rhinite vs prick-test)

Cent quarante-cinq patients présentant une rhinite allergique ont été recensés au cours de cette étude.

Tableau 1

Répartition de la survenue de l'asthme chez les patients sensibilisés au café.

Asthme (n = 15)	Prick-test de sensibilisation au café	
	Positif (n = 5)	Négatif (n = 10)
Modéré à sévère (n = 0)	0	0
Léger (n = 15)	5 (33,3 %)	10 (66,7 %)

Odds ratio = 0 (DNS) : risque indéterminé. Un total de 33,3 % de sensibilisation au café a été observée chez les patients asthmatiques. L'asthme était de forme légère.

Tableau 2

Répartition de la survenue de l'asthme chez les patients sensibilisés au thé.

Asthme (n = 15)	Prick-test de sensibilisation au thé	
	Positif (n = 0)	Négatif (n = 15)
Modéré à sévère (n = 0)	0	0
Léger (n = 15)	0	15 (100 %)

Odds ratio = 0 (DNS) : risque indéterminé. Aucune sensibilisation au thé n'a été observée chez les patients asthmatiques.

Dix patients sensibilisés au café présentaient une rhinite modérée à sévère (Tableau 3).

Il y a 1,3 % de risque de faire le phénomène de sévérité (devenir modéré à sévère) quand on est sensibilisé que quand on ne l'est pas (Tableau 4).

Tableau 3

Répartition de la survenue de la rhinite allergique chez les patients sensibilisés au café.

Rhinite allergique (n = 145)	Prick-test de sensibilisation au café	
	Positif (n = 10)	Négatif (n = 135)
Modéré à sévère (n = 110)	10 (9,1 %)	100 (90,9 %)
Léger (n = 35)	0	35 (100 %)

$\chi^2 = 1,3671$; ddl = 2 ; $p = 0,5048$; (DNS) odds ratio = 0 (DNS) : risque indéterminé. Dix patients sensibilisés au café présentaient une rhinite modérée à sévère.

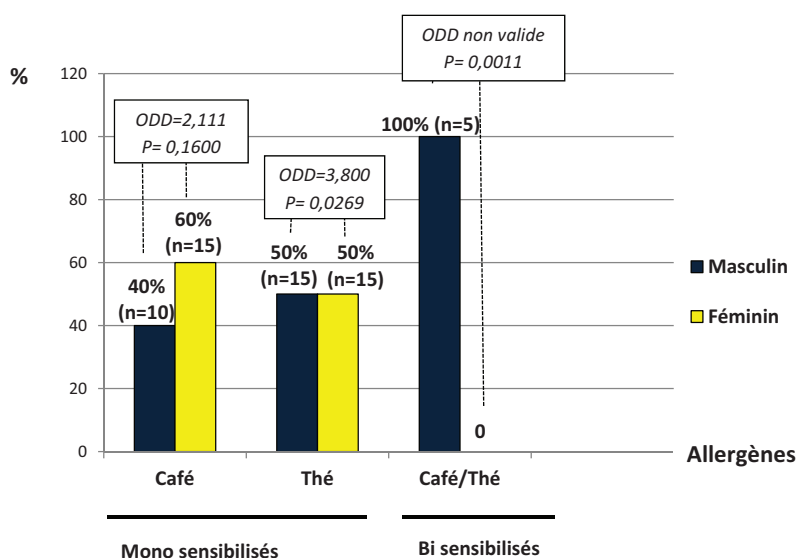


Fig. 4. État de sensibilisation allergénique en fonction du sexe. Soixante pour cent des patients sensibilisés au café étaient de sexe féminin avec des différences non significatives. Les patients sensibilisés au thé étaient équitablement répartis dans les 2 sexes. Ces proportions observées étaient significatives ($p = 0,0269$). Tous les patients bi sensibilisés étaient de sexe masculin avec des différences observées significatives ($p = 0,0011$). Le sexe semblerait influencer la sensibilisation au thé avec un risque approché de 3,8.

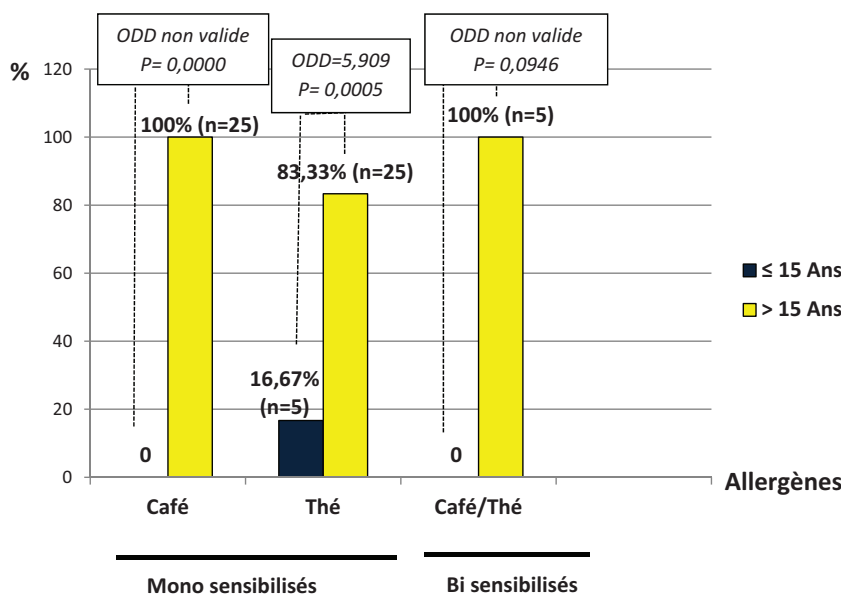


Fig. 5. État de sensibilisation allergénique en fonction de l'âge. Tous les patients sensibilisés au café et ceux présentant une bisensibilisation avaient un âge supérieur à 15 ans. Un total de 83,33 % des patients sensibilisés au thé avaient un âge supérieur à 15 ans avec des différences significatives ($p = 0,0005$). L'âge semble influencer l'état de sensibilisation au thé avec un risque approché de 5,9.

Tableau 4
Répartition de la survenue de la rhinite allergique chez les patients sensibilisés au thé.

Rhinite allergique (n = 145)	Prick-test de sensibilisation au thé	
	Positif (n = 25)	Négatif (n = 120)
Modéré à sévère (n = 110)	20 (18,2 %)	90 (81,8 %)
Léger (n = 35)	5 (14,3 %)	30 (85,7 %)

Odds ratio = 1,208 [0,1002 ; 74,4618] ; IC = 95 % ; $p = 0,6529$ (DNS). Il y a 1,3 % de risque de faire le phénomène de sévérité (devenir modéré à sévère) quand on est sensibilisé que quand on ne l'est pas.

4. Discussion

4.1. Justificatif et méthodologie

La recrudescence des maladies allergiques est mondiale [1] et ce groupe d'affections constitue aussi une réalité tangible en Afrique. C'est pourquoi, dans notre contexte, nous sommes fixés pour objectif de déterminer la prévalence de la sensibilisation au café et au thé. Pour des raisons de faisabilité, la présente étude s'est modestement limitée à la pratique de prick-tests sur une population cible de patients drépanocytaires atopiques.

Ils manquent cependant à nos observations :

- les dosages sériques d'IgE anti-café et d'IgE anti-thé (bien qu'ils ne soient pas de pratique courante) et vis-à-vis de leurs allergènes moléculaires ;
- la recherche éventuelle d'autres sensibilisations (allergènes moléculaires croissants entre aliment-aliment et entre aliment-pollen) lors du bilan allergologique de notre population.

4.2. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée et répartition spécifique de l'état de la sensibilisation au café et au thé

La drépanocytose est une pathologie génétique du globule rouge, qui provoque des atteintes fonctionnelles et tissulaires de façon systémique. Elle résulte d'une anomalie structurale et fonctionnelle de l'Hb, dénommée HbS [4].

4.2.1. Sexe

Les résultats de notre étude ont montré une prédominance féminine de sex-ratio 0,36. Nos résultats concordent avec ceux obtenus par Yamendjé [5] qui a trouvé une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,50 chez la même population de drépanocytaires avec d'autres allergènes. N'Djock [6] a également rapporté une plus grande fréquence de la population féminine (55,12 %) dans son étude portant sur des populations hémoglobinopathiques en Côte d'Ivoire.

La drépanocytose n'étant pas une maladie autosomale liée au sexe, ces résultats s'expliquent par le fait que le recrutement de nos malades concernait plus de femmes (73,33 %) que d'hommes (26,67 %) lors des différentes consultations.

Notre enquête a révélé une prévalence de sensibilisation au café prédominante chez les sujets de sexe féminin 60 % (15/25). Celle-ci serait liée au taux élevé des femmes au cours de notre étude mais les différences observées étaient non significatives. Par contre, pour le thé les proportions de sensibilisations étaient significativement équitables dans les 2 sexes.

De même chez les patients bisensibilisés, les différences significatives observées seraient dues à la sensibilisation au thé.

4.2.2. Âge

L'analyse de la répartition de cette population selon l'âge montre une légère prédominance des sujets adultes avec une fréquence de 53,33 %.

Le ratio (nombre de patients >15 ans/nombre de patients ≤ 15 ans) était de 1,14.

Nos résultats sont proches de ceux de Dassé qui trouvait 44 % pour cette tranche d'âge au sujet de ce même type de population [3].

La drépanocytose est une maladie de l'hémoglobine qui s'exprime généralement dans l'enfance. Les résultats de plusieurs études menées sur une population de drépanocytaires ont montré une répartition différente de la nôtre avec des prédominances chez les plus jeunes [7,8].

Plusieurs raisons pourraient expliquer la faible participation des enfants dans notre étude. Nous avons principalement l'effroi des enfants vis-à-vis de la technique de prick-test et

l'invalidation des tests suite à l'interruption volontaire de l'essai par les enfants.

Il convient avant tout de préciser que la fréquence de sensibilisation aux allergènes augmente avec l'âge de l'individu : en effet de l'étape de vie de nourrisson à l'enfant en passant par l'étape de jeune enfant et d'enfant d'âge scolaire, les individus présentent une prévalence de sensibilisation croissante. Cette évolution a été également révélée par Habour et al. [9].

Dans notre série, la majeure partie des patients présentant une sensibilisation au café et au thé avaient un âge supérieur à 15 ans, soit 100 % pour le café et 83,33 % pour le thé. Mais les différences observées pour le thé étaient significatives. Bien que l'âge semble influencer l'état de sensibilisation au thé, ces résultats reflètent la répartition dans la population générale et pourraient notamment par tendance générale expliquer la faible, voire l'absence de consommation de café ou de thé au cours de l'enfance.

Cependant, bien que l'allergie au café ou au thé soit peu fréquente dans les études portant sur l'allergie alimentaire, plusieurs auteurs rapportent une prédominance des allergies alimentaires au cours de l'enfance, même si cette prédominance peut apparaître à tout âge [10].

4.3. Répartition globale de l'état de la sensibilisation au café et au thé

Au total, 16,67 % (25/150) des patients présentaient une sensibilisation concrète au café. Concernant le thé, 20 % (30/150) présentaient une sensibilisation. La bisensibilisation à ces 2 allergènes ne concernait que 5 patients soit 3,33 % de notre population.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que parmi les allergies alimentaires celles liées au café et au thé sont peu fréquentes [11,12].

Ailleurs dans un autre contexte d'exposition différente, Osterman et al. trouvaient dans une étude sur 22 travailleurs de café, 18 prick-tests positifs au café [13].

Quand l'on examine la littérature sur l'allergie alimentaire au café et au thé, il existe peu de données sur des sensibilisations au café et/ou au thé chez des sujets sains non atopiques et l'existence de possibles biais au niveau des tests en fonction des types de café et de thé utilisés, de leurs méthodes de torréfaction et de préparation. Cependant au plan allergénique, en plus de la Chitinase Cof a 1 déjà décrite, Peters et al. [14] avaient identifié chez des travailleurs d'usine de café, deux métallothionéines (MTs) Cof a 2 et Cof a 3, comme nouveaux allergènes du café inhalé. De même pour le thé, Shirai et al. [15] avaient rapporté un asthme induit par inhalation de poussière de thé vert causé par l'Epigallocatechin gallate (EGCg) chez des travailleurs de l'industrie du thé vert.

4.4. Relation entre l'état de sensibilisation et l'expression clinique

4.4.1. Répartition selon la survenue de l'asthme chez les patients sensibilisés

L'asthme est une maladie complexe très dépendante des expositions environnementales, mais également du terrain génétique

[16]. Le GINA (*Global INitiative for Asthma*) et l'OMS estiment que l'asthme atteint environ 200 millions de personnes dans le monde, que sa fréquence augmente régulièrement depuis 20 ans [17].

Les études épidémiologiques retrouvent au cours de l'asthme sévère une prévalence de la positivité des tests cutanés souvent supérieurs à 80 % [18].

Chez les asthmatiques, aucun des patients ne présentait une sensibilisation au thé dans notre série. Par contre, l'asthme léger a été retrouvé chez 33,3 % des patients asthmatiques sensibilisés au café. Nos résultats diffèrent de ceux relevés dans la littérature, ceci est probablement dû à la taille et à la restriction de notre échantillon.

4.4.2. Répartition selon la survenue de la rhinite allergique

La rhinite allergique peut être considérée comme la première manifestation d'une maladie respiratoire qui peut aboutir, après plusieurs mois ou plusieurs années, à l'apparition d'un asthme. Les études épidémiologiques rapportent une prévalence de la rhinite allergique comprise entre 1 et 40 % dans la population générale [19].

Au cours de cette étude, 9,1 % des patients sensibilisés au café présentaient une rhinite allergique dans sa forme modérée à sévère. Concernant l'état de sensibilisation au thé par rapport à la sévérité de la rhinite, 14,3 % des patients présentaient la forme légère contre 18,2 % pour la forme modérée à sévère.

D'une manière générale, l'asthme et la rhinite allergique représentent des risques importants pour la santé que court la personne présentant une allergie alimentaire [20]. Il a été démontré dans une usine de transformation de café, une prévalence à 12,7 % de symptômes respiratoires liés au travail avec une hyperréactivité bronchique estimée à 30 % [21].

De même, Osterman et al. trouvaient dans leur étude sur des travailleurs de café une fréquence relativement de prick-tests positifs et de tests positifs de provocation bronchique et nasale [13].

Une revue de la littérature nous a permis de rapporter quelques situations :

- quatre accidents allergiques après ingestion de café dont deux chocs anaphylactiques grave avec arrêt cardiaque au café et à la gomme arabique potentialisé par un collyre bêta-bloquant [22] ;
- Goin et al. rapportaient le cas d'une jeune fille de 20 ans qui présente des réactions anaphylactiques lors de la consommation de café et à un degré moindre lors de la consommation de thé [23] ;
- dans une étude portant sur l'allergie alimentaire au thé vert chez 11 patients asthmatiques ayant travaillé plusieurs années dans des usines de thé vert, cinq parmi eux ont vu leur asthme s'aggraver après consommation de thé vert [15].

5. Conclusion

Cette étude sur cette population de drépanocytaires atopiques de moyenne d'âge de $18,53 \pm 12,99$ a montré une prédominance des adultes (53,33 %), un sex-ratio de 0,36, une sensibilisation

de 16,67 % pour le café et de 20 % pour le thé. Il n'y avait pas de relation entre la sévérité de l'asthme et la sensibilisation alimentaire au café et au thé. Cependant, nous avons noté l'existence d'un risque entre la sévérité de la rhinite et la sensibilisation alimentaire au thé.

Quoi qu'il en soit, d'autres travaux s'avèrent nécessaires pour cerner l'état de sensibilisation au café et au thé, d'une part, et, d'autre part, dans un contexte général de l'environnement allergénique africain.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexe) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2017.02.148>.

Références

- [1] Vervloet D. Consensus et perspectives de l'immunothérapie spécifique dans les maladies allergiques. La Lettre (Supplément à la Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique) 1997;37(2):4–5.
- [2] Pignol F, Regimbaud M, Grimaldi F. L'air, véhicule de facteurs pathogènes. Med Afr Noire 1992;39(3):189–94.
- [3] Dassé SR, N'Guessan K, Akre DP, Yao R, Sombo MF. Pulmonary events induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with sickle cell disease. Santé 2011;21(4):187–91.
- [4] Huynh-Moynot S, Moynot JC, Commandeur D, Danguy Des Desrts M, Montelscaut E, Kenane N, et al. Drépanocytose : des aspects moléculaires à la pratique clinique. À propos d'un cas et revue de la littérature. Ann Biol Clin 2011;69(6).
- [5] Yamendjé TS. Étude de l'état de sensibilisation à *Dermatophagoïdes pteronyssinus* chez les drépanocytaires suivis au Service d'Immunologie et Hématologie du CHU de Cocody [Mémoire de Certificat d'Études Spéciales d'Immunologie générale et médicale]. Abidjan: Université Félix Houphouët Boigny UFR des Sciences Médicales; 2013 [n° 2133].
- [6] N'Djock T. Prévalence des hémoglobinoses C dans le laboratoire d'Hématologie du CHU de Yopougon [Mémoire de Certificat d'Études Spéciales d'Hématologie-Biologie]. Abidjan: Université Félix Houphouët Boigny UFR des Sciences Médicales; 2005 [n° 1161].
- [7] N'Guessan AR. Bilan de l'électrophorèse de l'hémoglobine au laboratoire d'Hématologie du CHU de Yopougon (2000–2005) [Mémoire de Certificat d'Études Spéciales d'Hématologie-Biologie]. Abidjan: Université Félix Houphouët Boigny UFR des Sciences Médicales; 2005 [n° 1155].
- [8] Krizo GA. Fréquence des hémoglobines anormales en Côte d'Ivoire de janvier 1999 à juin 2009 [Mémoire de Certificat d'Études Spéciales d'Hématologie-Biologie]. Abidjan: Université Félix Houphouët Boigny UFR des Sciences Médicales; 2009 [n° 2061].
- [9] Habour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ 2001;323:334–6.
- [10] Moneret-Vautrin DA. Épidémiologie de l'allergie alimentaire. Rev Fr Allergol Immunol Clin 2008;48:171–8.
- [11] Osterman K, Zetterström O, Johansson SG. Coffee Worker's. Allergy 1982;37(5):313–22.
- [12] Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Rapport du groupe de travail « Alimentation infantile et modification de la flore intestinale »; 2003 [<http://www.isapp.net/docs/AFSSA-infantfoodsandmodificationofinfantflora.pdf>] (page consultée le 20/09/2013) (en ligne)].

- [13] Osterman K, Johansson SG, Zetterström O. Diagnostic tests in allergy to green coffee. *Allergy* 1985;40(5):336–43.
- [14] Peters U, Frenzel K, Brettschneider R, Oldenburg M, Bittner C. Identification of two metallothioneins as novel inhalative coffee allergens Cof a 2 and Cof a 3. *Plos* 2015 [<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126455> (page consultée le 20/12/2016) (en ligne)].
- [15] Shirai T, Hayakawa H, Akiyama J, Iwata M, Chida K, Nakamura H, et al. Food allergy to green tea. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112(4):805–6.
- [16] Louis R, Schleich F, Corhay JL, Louis E. L'asthme : une maladie complexe mettant en jeu facteurs environnementaux et terrain génétique. *Rev Med Liège* 2012;67(5–6):286–91.
- [17] Demoly P, Godard P, Bousquet J. Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2005;45(6):464–75.
- [18] Magnan A, Pipet A. Controverse : l'asthme sévère est allergique. *Rev Fr Allergol* 2011;51(3):204–7.
- [19] Garnier R, Villa A, Chataigner D, Rosenberg N. Épidémiologie et risques évolutifs de la rhinite allergique professionnelle. *Arch Mal Prof Environ* 2010;71(3):459–69.
- [20] Morisset M, Codreanu F, Hatahet R, Beaudouin E, Dumond P, Mouget B, et al. Allergie alimentaire et manifestations respiratoires : des signes parfois trompeurs. *Rev Fr Allergol* 2009;49(3):288–329.
- [21] Thomas KE, Trigg CJ, Baxter PJ, Topping M, Lacey J, Crook B, et al. Factors relating to the development of respiratory symptoms in coffee process workers. *Br J Ind Med* 1991;48:314–22.
- [22] Moneret-Vautrin DA, Kanny G, Faller JP, Levan D, Kohler CH. Choc anaphylactique grave avec arrêt cardiaque au café et à la gomme arabique, potentialisé par un collyre bêta-bloquant. *Rev Med Interne* 1993;14(2):107–11.
- [23] Goin M, Hoppé A, Drouet M. Une allergie peu fréquente : l'allergie au café. *Rev Fr Allergol* 2012;52(3):253.