Une démarche au service de la santé

GROUPES QUALITÉ

Hypersensibilités et allergies chez l'enfant

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Février 2016

Groupe de travail : document provisoire réalisé par le Dr LEQUEUX

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

L'allergie est une réaction immunologique excessive et anormale au contact d'une substance étrangère (allergène) : c'est un facteur étiologique et/ou de comorbidité.
On distingue les allergies en fonction de leur expression (respiratoire, digestive, cutanée, ophtalmique, systémique) et des allergènes (pneumallergènes, trophallergènes, médicaments, contact).

Les prévalences de l'asthme et des allergies sont en augmentation, surtout chez les enfants jeunes, et de façon indépendante. Pour la majorité des enfants, l'asthme a une composante allergique (entre 40 % et 80 % selon l'âge). L'asthme et l'allergie sont de mécanismes physiopathologiques différents ; l'allergie est un facteur de non-contrôle de l'asthme.

La prévalence de la rhinite allergique est estimée à environ 15 % chez les adolescents de 13 à 14 ans. De nombreux pneumallergènes peuvent être en cause de manière pérenne, pas seulement aux « saisons » habituelles. Cette pathologie, qui affecte significativement la qualité de vie, est un facteur de risque de développement de l'asthme.

La prévalence de l'allergie alimentaire en France est estimée entre 5 et 7 % chez l'enfant, elle est préoccupante du fait :

- de la progression de ces prévalences dans les pays industrialisés ;
- du risque mortel d'un choc anaphylactique alimentaire, évalué en 2007 à 1,58 % en France par le réseau d'allergovigilance.
- de l'impact sur la qualité de vie de ces enfants et de leur familles est important, plus que celui de maladies chroniques telles que le diabète insulinodépendant. Il en résulte souvent des répercussions psychologiques et une exclusion sociale.

Seules les allergies respiratoires (rhinite et asthme) et alimentaires seront traitées dans ce dossier. Les manifestations dermatologiques (dermatite atopique et urticaire) ayant été abordées dans le dossier « Dermatoses courantes ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. « Prise en charge de la rhinite allergique », Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique, 2008, vol. 48, n° 5, pp. 399-408.
2. « Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur asthme et allergie », Revue des Maladies Respiratoires, octobre 2007, vol. 24, n° 8.
3. Prévention secondaire et tertiaire de l'asthme allergique de l'enfant. Revue des Maladies Respiratoires (2010) 27, 1221-1230
4. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique. Rev Mal Respir. 2010;27:79-105.
5. Suivi de l'enfant asthmatique: définition et outils de mesure. Rev Mal Respir 2008;25:695-704;
6. Place des EFR dans l'évaluation et la surveillance de l'asthme chez l'enfant de plus de 3 ans. Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 638-43 ;
7. Conférence d'experts SPLF 2007 « Asthme et allergie » ;
8. Asthme de l'enfant de moins de 36 mois : diagnostic, prise en charge et traitement en dehors des épisodes aigus. Recommandations HAS-SP2A. Mars 2009 ;
9. E.Bidat. L'immunothérapie dans l'allergie aux protéines du lait de vache. Medecine et Enfance.2013 ;77-80 ;
10. Conduite à tenir après le traitement d'urgence d'une suspicion d'anaphylaxie. Recommandations HAS.2013 ;
11. A. Nemni, J. Just. Intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'allergie alimentaire chez l'enfant. Revue française d'allergologie 50 (2010) 226–23 ;
12. E .S Chan, C.Cummings. L'exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque. Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique.2013 ;
13. A. Deschildre et col. Plan d'action en cas de réaction accidentelle dans l'allergie alimentaire chez l'enfant. Société française d'allergologie. Rev Fr Allergol 2014,
14. J. Wassenberg et col. Allergie alimentaire chez l'enfant : quelle prise en charge en 2011 ? Rev Med Suisse 2011;7:1108-12 ;
15. J. de Blic. Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. Recommandations pour la pratique clinique. Rev Mal Respir 2007 ; 24 : 419-25 ;
16. J. de Blic et col. Quand et comment modifier la prise en charge de l'asthme de l'enfant à partir de 4 ans. Rev Mal Respir ;26 :827-35
17. G. Dutau. Allergologie : le meilleur de 2010-2011. Médecine et enfance. avril 2012
18. Allergies médicamenteuses. Prise en charge des suspicions d'allergies aux antibiotiques. Lettre d'actualités MedQual N°148 - Février 2015

Sites internet consultés

http://www.allergienet.com/liens/

https://www.allergobox.com/allergies-alimentaires

Association Française pour la Prévention des Allergies (AFPRAL) : http://www.afpral.fr

http://www.allergieaulaitdevache.fr/fr/prendre-soin-de-mon-bebe/allaitement

LES PRINCIPAUX MESSAGES

Le diagnostic de l'allergie

Il faut différencier la sensibilisation de la sensibilité. La sensibilisation correspond à la fabrication par un individu d'IgE spécifiques d'un allergène, à la suite de contacts avec cet allergène ; cette sensibilisation se traduit par la présence d'IgE tissulaires (tests cutanés positifs) et plasmatiques (IgE spécifiques positives).
Après un nouveau contact avec l'allergène l'individu peut ne pas présenter de manifestations cliniques, il existe une simple sensibilisation ; s'il existe des manifestations cliniques une sensibilité à l'allergène s'exprime (allergie clinique).

La révélation d'un terrain atopique peut être d'origine alimentaire (trophallergènes) ou respiratoire (pneumallergènes).

Prouver la responsabilité d'un allergène dans la symptomatologie repose avant tout sur la clinique.

L'enquête allergologique est fondée sur l'interrogatoire (où, quand, comment surviennent les symptômes ?) et de rechercher un lien entre une exposition à un allergène et la survenue de symptômes.

Chez les nourrissons et les enfants allergiques, les décisions thérapeutiques doivent être prises en se basant :
1 - sur les **symptômes cliniques**,
2 - la réalisation de tests cutanés (prick-tests)
3 - le dosage des IgE spécifiques (IgEs).

- Les **tests cutanés (prick tests) doivent réalisés en première intention**. Ils permettent d'identifier les IgE spécifiques d'un allergène sur les mastocytes cutanés.

La positivité indique une sensibilisation à un allergène donné, mais n'est pas synonyme d'allergie à cette substance. En effet plus de 25% ont des tests cutanés positifs sans aucun signe clinique. Ils ont aussi des IgE spécifiques sériques, ce qui prouve que leur présence ne suffit pas à rendre un sujet symptomatique.

Il est recommandé de répéter les prick-tests si l'asthme persiste au cours de l'enfance ou si l'évolution clinique n'est pas favorable

Il est inutile de répéter les prick-tests dans l'évaluation de l'efficacité d'une immunothérapie spécifique.

- Le dosage des **IgE spécifiques (IgEs)** ne doit pas remplacer les tests cutanés, <u>donc pas en 1ère intention ni en systématique</u>.

Lorsque l'histoire clinique est parfaitement corrélée au résultat des tests cutanés (rhinite printanière avec prick test positif aux pollens de graminés), il n'est pas utile de confirmer le diagnostic par les IgEs.

La positivité des tests de détection des IgEs traduit la présence d'une sensibilisation, mais pas l'existence d'une allergie clinique. Des valeurs élevées sont en général corrélées avec un risque augmenté d'allergie clinique mais ne sont pas corrélés à la gravité de l'allergie.

Le dosage des IgE sériques spécifiques d'un pneumallergène n'est pas recommandé en première intention.

Leur recherche est intéressante :

- Lorsqu'il existe une discordance entre l'allergène cliniquement suspecté et les résultats des tests cutanés ;
- Pour rechercher une sensibilisation à un allergène rare, non disponible en prick test ;
- Lorsque les tests cutanés sont irréalisables (dermatose diffuse) ou ininterprétables (traitement antiH1 impossible à arrêter, dermographisme)

L'éosinophilie sanguine est observée dans les asthmes allergiques et non allergiques. Elle ne représente donc pas un facteur discriminant d'allergie.

- Le dosage des **IgE totales sériques n'a aucun intérêt**. Un taux normal n'élimine pas l'atopie.
Le dosage des IgE sériques totales n'est pas recommandé chez l'asthmatique, sauf dans deux situations cliniques : avant mise en place d'un traitement par anti-IgE, et lorsqu'une aspergillose bronchopulmonaire allergique est suspectée

- Les **test multi-allergéniques** permettent d'orienter vers une origine allergique des symptômes avec des niveaux de sensibilité et de spécificité très variables en fonction des tests, des allergènes et des techniques. La concordance avec les tests cutanés est variable. Le Phadiatop® détecte les IgEs dirigées uniquement contre les pneumallergènes les plus courants.

Si la réalisation de prick-tests n'est pas possible, il est recommandé de s'orienter vers un test multiallergénique. En cas de positivité, l'enquête allergologique doit être poursuivie.
En cas de symptômes respiratoires peu évocateurs d'une allergie, si le Phadiatop® est négatif, l'allergie est peu probable. Il permet une première approche diagnostique en médecine générale.

La rhinite allergique chez l'enfant

Il faut savoir rechercher la cause allergique chez les enfants présentant des infections ORL récidivantes. En faveur d'une allergie :

- La notion de terrain atopique familial ;
- L'existence d'autres signes d'atopie :eczéma, conjonctivite, asthme ;
- La concordance avec le contact ou le lieu ;
- La rhinorrhée claire sans fièvre ;
- Les tics de reniflement ou de friction du nez ;
- L'absence d'amélioration après adénoïdectomie ;
- La persistance après l'âge de 4 ou 5 ans ;
- Une participation bronchique mais d'interprétation difficile si elle est isolée, car l'exposition précoce et répétées aux virus, en particulier au VRS est aussi une cause fréquente de manifestations bronchiques sifflantes.

La rhinite est associée à l'asthme dans environ 80 % des cas. Plusieurs études montrent un moins bon contrôle de l'asthme, plus d'exacerbations et d'hospitalisations, lorsque l'asthme est associé à une rhinite allergique.

Le traitement spécifique de la rhinite peut avoir un effet bénéfique sur le contrôle d'un asthme associé.

La tomodensitométrie des sinus a une bonne valeur prédictive négative pour le diagnostic des sinusites (91 %) ou des polypes (97 %). Elle est de 24 % pour la rhinite.
L'imagerie des sinus (radiographie et TDM) en dépistage de la rhinite allergique est inutile.

Un bilan allergologique est recommandé :

- En cas d'asthme associé chez les enfants de plus de 3 ans
- Chez tous les enfants de moins de 3 ans qui présentent des symptômes respiratoires persistants et/ou récidivants et/ou sévères et/ou nécessitants un traitement continu et/ou associé à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique

Le traitement : en pratique :

- l'irrigation nasale avec une solution saline est efficace chez ces enfants, améliore les symptômes.
- les glucocorticoïdes par voie nasale (mométasone, fluticasone), qui n'interfèrent pas avec la croissance, peuvent être utilisés dès l'âge de 6 ans.
- les antihistaminiques H1 de seconde génération sont efficaces pour le traitement de la rhinite et des éventuels symptômes oculaires. Les anti-H1 n'ont pas prouvé leur efficacité en prévention secondaire et tertiaire.

L'immunothérapie (ou désensibilisation) : plusieurs méta-analyses ont prouvé son efficacité (voie sous-cutanée ou sublinguale). C'est le seul traitement qui peut modifier la progression de la maladie et réduire durablement le risque d'asthme et l'apparition de nouvelles sensibilisations (prévention secondaire).
La désensibilisation peut débuter dès l'âge de 5 ans. La voie sublinguale semble préférable.

L'asthme de l'enfant

L'asthme et l'allergie sont deux maladies distinctes. Néanmoins, l'expression phénotypique de l'asthme dépend du statut allergique.

Quel est le rôle de l'allergie dans l'expression clinique de l'asthme ?

Les sensibilisations et l'exposition aux allergènes de l'environnement domestique et extérieur (pollinique) augmentent le risque de survenue de symptômes d'asthme, ainsi que le risque d'exacerbations de l'asthme,

Comment faire le diagnostic ?

L'asthme de l'enfant de moins de 36 mois est défini comme tout épisode dyspnéique avec râles sibilants, qui s'est produit au moins trois fois depuis la naissance et cela quels que soient l'âge de début, la cause déclenchante et l'existence ou non d'une atopie.

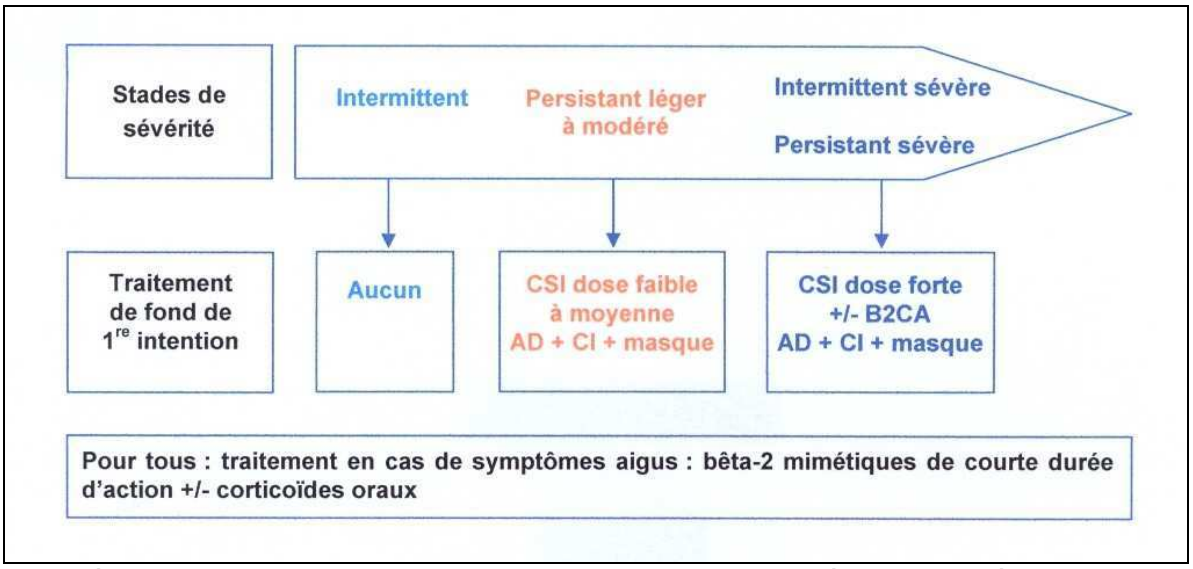
Il faut rechercher :

- une toux nocturne en dehors d'infections virales ou induit par l'exercice,
- des facteurs déclenchant (tabagisme passif, animaux domestiques, humidité, pollens, infections respiratoires, l'air froid, exercice physique, rire, forte émotion),
- La présence de signes d'atopie personnels ou familiaux et l'amélioration des symptômes sous β2 mimétique renforcent le diagnostic.

Le médecin généraliste et l'enfant asthmatique :

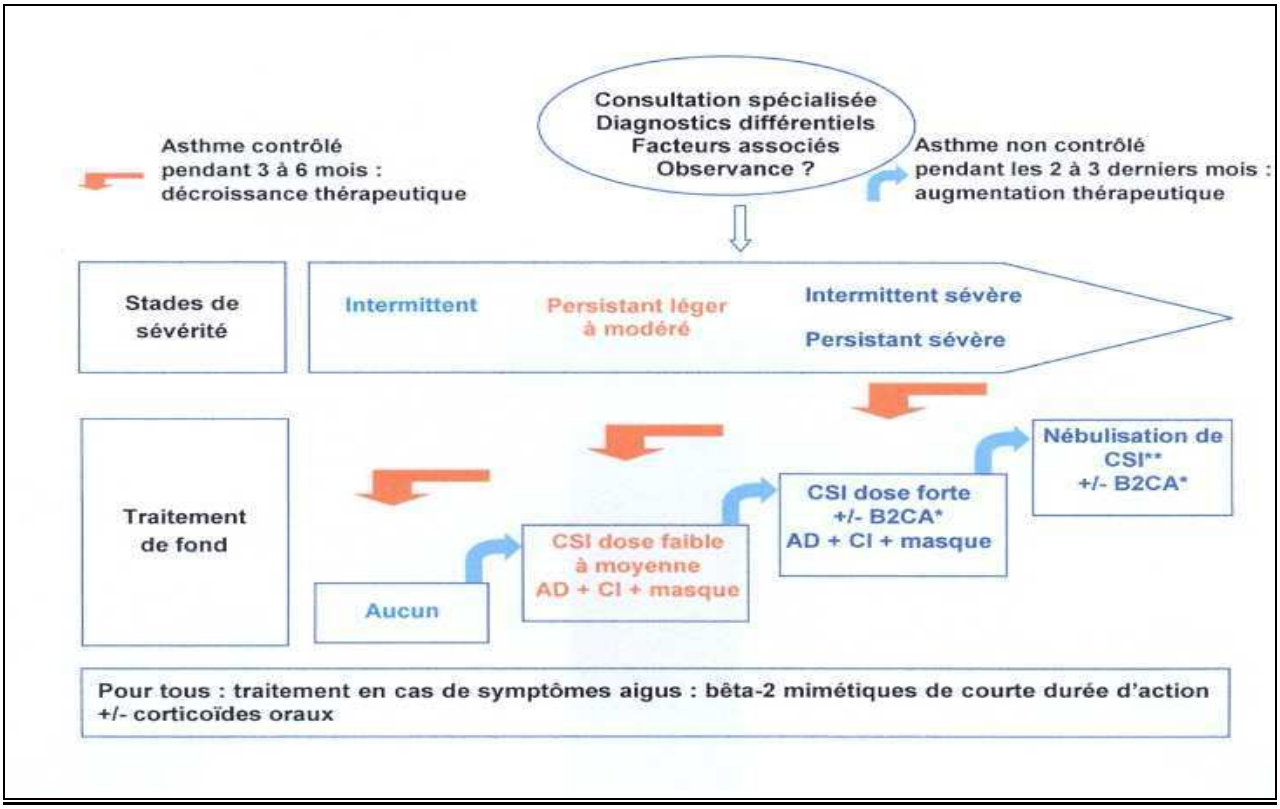
ENFANT < 4 ans, sans pathologie néonatale à risque (séquelles de souffrance néonatale, dysplasie broncho-pulmonaire, cardiopathie congénitale avec shunt gauche/droit**), aucun examen complémentaire n'est recommandé si l'asthme est bien contrôlé sous traitement de fond :**
Pas de bilan allergologique, pas de Rx thoracique, aucune restriction alimentaire.

Stratégie thérapeutique initiale : l**a prise en charge médicamenteuse dépend de la sévérité initiale : lorsque les corticostéroïdes inhalés (CSI) sont indiqués, ils doivent être poursuivis au moins trois mois à 6 mois.
Un traitement de fond doit être prescrit : Fluticasone (FLIXOTIDE® 50) 2 doses matin et soir **avec chambre d'inhalation** (Babyhaler®) - dose maxi 400µg/jour



AD : aérosol-doseur ; CI : chambre d'inhalation ; CSI : corticostéroïdes inhalés ; B2CA : Bêta-2mimétiques de courte durée d'action.

Adaptation de la stratégie en fonction du contrôle de l'asthme**



** B2CA ; ils sont donnés en association avec le corticostéroïde inhalé quand l'asthme persistant sévère ou intermittent sévère n'est pas contrôlé avec le CSI seul à dose forte.*
***« Asthme de l'enfant de moins de 36 mois.Recommandations HAS-SP2A. Mars 2009 »*

L'administration se fait :
- soit en aérosol-doseur avec chambre d'inhalation : salbutamol 200 µg deux fois par jour
- soit en nébulisation : salbutamol (posologie par nébulisation : 1,25 mg si poids < 10 kg ; 2,5 mg si poids
10 à 16 kg) ou terbutaline (posologie par nébulisation : 0,1 à 0,2 mg/kg).
** CSI en nébulisation : budésonide 0,5 à 1 mg x 2/j ou béclométasone 0,4 à 0,8 mg x 2/j

L'objectif est d'obtenir le contrôle optimal de l'asthme. Il est essentiellement clinique et se définit par l'absence de symptômes diurnes et/ou nocturnes, y compris à l'effort, l'absence de prise de bêta-2-mimétiques.
La notion de contrôle traduit la maîtrise de la maladie grâce à la prise en charge, quelle que soit la sévérité de l'asthme. On décrit 3 niveaux de contrôle : optimal, acceptable et inacceptable. Il doit être évalué à chaque consultation. La période des 4 dernières semaines est pertinente pour une évaluation précise des symptômes.

En cas d'asthme contrôlé :
- Réduction progressive des doses de CSI tous les 3 à 6 mois pour atteindre la dose minimale quotidienne efficace

En cas de non-contrôle de l'asthme :
- s'assurer qu'il s'agit bien d'un asthme (Rx thorax) ;
- rechercher des facteurs associés ; tabagisme passif, obésité, facteurs psychologiques, RGO, rhinite allergique et polysensibilisation (bilan allergologique)
- Contrôle observance, utilisation du dispositif,
- Majoration posologie CSI : Flixotide® (dose maxi= 400/j.),

En cas de persistance du non-contrôle malgré un traitement bien conduit :
- prescrire une Rx thoracique
- et adresser l'enfant au spécialiste.

ENFANT > 4 ans :
Tout enfant asthmatique devrait bénéficier d'une exploration fonctionnelle (EFR) lorsqu'il est coopérant, soit généralement **à partir de quatre à cinq ans et d'un bilan allergologique (prick-tests).** Cela nécessite une consultation chez un pneumo-pédiatre ou allergologue.

L'EFR est recommandée :
• 1 fois par an, dans le suivi d'un asthme intermittent (au début de la période d'aggravation saisonnière) ;
• 1 fois tous les 6 mois en cas d'asthme persistant, avec une fréquence adaptée selon le contrôle obtenu ;
Pas d'arrêt du traitement de fond sans contrôle EFR

Faut-il faire un bilan allergologique chez tout enfant asthmatique ?

NON, avant 4 ans si l'asthme est contrôlé par le traitement de fond

Il est recommandé :
- chez tout asthmatique âgé de plus de 4 ans (en même temps que les EFR)
- Il doit être plus précoce en cas de symptômes respiratoires persistants et/ou récidivants et/ou sévères et/ou associés à des symptômes extra-respiratoires compatibles avec une origine allergique. Cela inclut une histoire compatible avec une allergie alimentaire.

Quelle place pour l'immunothérapie spécifique (ITS) ou désensibilisation ?

C'est le seul traitement qui peut modifier l'évolution de la maladie allergique. Il ralentit la progression naturelle de la maladie (prévention secondaire) et évite le développement de nouvelles allergies (prévention tertiaire). L'ITS s'inscrit dans une prise en charge globale de l'allergie et de ses manifestations respiratoires. L'efficacité de la voie sublinguale a été démontrée.

Les traitements antihistaminiques sont inefficaces.

L'ITS est déconseillée chez un patient instable ou sévère.

Les mesures d'éviction spécifiques d'un allergène sont-elles efficaces ?

On décrit différentes modalités d'éviction des acariens, comme le recours aux acaricides, les housses pour la literie, les purificateurs d'air, les aspirateurs munis de filtre... Toutes permettent une diminution de la concentration des allergènes. Celle-ci peut être mesurée. Un seul test (Acarex-test®) est disponible en France. Toutefois, aucune étude pédiatrique sur les acaricides utilisés seuls n'a permis de montrer leur efficacité sur la réduction des symptômes.

Si les mesures d'éviction concentrées sur une seule source d'allergène conduisent à des résultats décevants, une prise en charge globale de l'environnement intérieur paraît plus adaptée à la prévention tertiaire. L'efficacité de l'éviction globale chez l'enfant présentant un asthme allergique persistant sévère a été démontrée mais la mise en application très difficile en pratique.

Quelle est la place des autres dans le traitement de l'asthme allergique chez l'enfant

- anti-IgE : omalizumab (XOLAIR®) est indiqué comme traitement additionnel chez les patients de plus de 12 ans souffrant d'asthme allergique persistant sévère mal contrôlé. Le caractère allergique de l'asthme doit être établi.
Il est recommandé de confirmer le diagnostic de sévérité de l'asthme (EFR), de s'assurer de la prise en charge des facteurs aggravants, de contrôler l'adhésion au traitement avant de proposer le traitement par anti-IgE

- antileucotriène : montelukast AMM à partir de 6 ans

Les allergies alimentaires (AA)

La prévalence de l'allergie alimentaire atteint 4 à 8 % de la population pédiatrique. Chez l'enfant, contrairement à l'adulte, un nombre limité d'aliments est responsable des réactions allergiques : l'oeuf, le lait de vache, l'arachide, les fruits à coque (noisette, noix cajou, etc.), le poisson, le blé, les fruits exotiques et le soja.

Les manifestations cliniques sont multiples, en fonction des différents mécanismes immunologiques*** :

Tableau I. Classification des différentes formes de réactions allergiques alimentaires

Mécanismes immunologiques	Clinique	Aliments	Evolution
IgE-médiées (immédiat)	Urticaire/angiœdème	Allergènes majeurs	Dépend de l'aliment
	Syndrome oral croisé	Fruits/légumes crus	Persistant, varie parfois en fonction des saisons
	Rhinite, asthme	Allergènes majeurs	Dépend de l'aliment
	Anaphylaxie	Tous (souvent arachide, oléagineux, lait, œuf, poisson)	Dépend de l'aliment
	Anaphylaxie à l'effort liée à un aliment	Blé, crustacés, céleri, etc.	Probablement persistant
Mixte IgE-médiées/cellulaires (retard)	Dermatite atopique	Allergènes majeurs (souvent lait, œuf)	Amélioration vers 3-4 ans
	Œsophagite à éosinophile	Tous	Probablement persistant
Immunité cellulaire (retard)	Entérocolite	Lait, soja, riz, avoine, etc.	Résolution
	Proctite	Lait	Résolution

****« Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1108-12 »*

Le diagnostic de l'allergie alimentaire peut être complexe. Ceci est lié à la confusion entre allergie et sensibilisation, allergie et intolérance alimentaire. De plus, les tableaux cliniques et les mécanismes de l'allergie sont variés. Un seul test est donc rarement diagnostique.

L'évolution naturelle de l'allergie alimentaire chez l'enfant a souvent été décrite comme très favorable avec une résolution dans les trois premières années de vie. Toutefois, des études plus récentes montrent que seuls 11% des enfants avec une allergie à l'œuf de poule et 19% avec une allergie au lait de vache ont perdu leur allergie alimentaire à l'âge de quatre ans. Toutefois, à dix-huit ans, 80% de ces enfants en seront guéris.

Avant d'instaurer un régime d'éviction, il est essentiel d'établir un diagnostic de certitude. En effet, l'allergie alimentaire altère la qualité de vie et s'accompagne de répercussions sur le plan diététique (éviction de l'aliment, déséquilibre nutritionnel, carences, etc.), psychologique (anxiété liée aux accidents, frustrations liées au régime d'éviction...) et social (coût des aliments garantis sans allergène, problème d'intégration en collectivités…).

Il existe encore trop d'exclusions alimentaires pour des diagnostics erronés d'AA basés sur la positivité des prick-tests et/ou celle des IgEs.
Chez 125 enfants atteints de dermatite atopique, chez qui des aliments avaient été exclus, la négativité du test de provocation orale (TPO) a permis de lever cette interdiction dans 84 % à 93 %.

Comment établir un diagnostic de certitude de l'allergie alimentaire ?

1- anamnèse clinique et diététique détaillée,
2- examen clinique portera notamment sur les signes cutanés (dermatite atopique), respiratoires et ORL (asthme, rhino conjonctivite), ainsi que digestifs.
Cette évaluation permettra d'identifier le ou les aliments suspects et de déterminer le type de mécanisme immunologique impliqué, IgEmédiées ou pas,
3- Consultation chez un allergologue pour :

- **tests cutanés** (peuvent être réalisés dès l'âge de 3 mois) ;
- **dosage d'IgE spécifiques**.

Un résultat positif doit toujours être corrélé avec la clinique. En effet, entre 50 à 70 % des patients chez qui on met en évidence une sensibilisation allergénique à des aliments soit par tests cutanés soit par dosage des IgE spécifiques, tolèrent ces aliments. C'est donc un défi lourd de conséquences que de différencier une sensibilisation alimentaire d'une réelle allergie.

Des valeurs élevées d'IgE spécifiques sont souvent corrélées avec un risque augmenté d'allergie avérée mais non corrélée avec la sévérité de la réaction.

Des tests cutanés négatifs n'excluent pas une allergie alimentaire ; des valeurs indétectables d'IgE spécifiques ont été associées à 10-25% de réactions cliniques démontrées.

Lorsqu'il persiste un doute, un **test de provocation orale** sera réalisé à l'hôpital sous surveillance médicale étroite. Ce test permet de poser le diagnostic mais aussi de documenter le type de réaction clinique du patient et de déterminer la dose réactogène.

Il n'existe actuellement pas de traitement curatif de l'allergie alimentaire. Le seul traitement est le régime d'éviction de l'aliment incriminé, adapté au cas par cas (régime strict ou traces permises).

Le régime peut être adapté en fonction de l'allergène. Certains patients allergiques aux fruits et légumes (pomme, céleri, carotte) ou à la noisette réagissent à la forme crue mais tolèrent ces aliments cuits.

L'idée qu'une éviction stricte favoriserait la guérison de l'allergie alimentaire n'est démontrée par aucune étude. Par ailleurs, il ne semble pas que la consommation de l'aliment à une dose inférieure à la dose réactogène aggrave l'allergie chez le patient.

Le concept de tolérance alimentaire. Il convient de distinguer :
- l'induction d'une tolérance alimentaire chez les patients déjà allergiques (modalité thérapeutique)
- et l'obtention d'une tolérance naturelle (moyen de prévention) par l'introduction plus précoce des protéines alimentaires. Dans ce dernier cas, les fenêtres d'opportunité varient avec la nature des protéines (lait de vache, oeuf de poule, arachide), leur présentation, et également le génotype des individus.

Si les sociétés savantes ne recommandent plus d'introduction différée des aliments après les âges de quatre à six mois, des incertitudes demeurent encore.

- Aucune donnée probante n'indique que le fait d'éviter le lait, les oeufs, les arachides ou d'autres allergènes potentiels pendant la grossesse contribuent à prévenir les allergies,
- Allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie. On ne sait pas si l'allaitement prévient les allergies en plus de son statut de mode d'alimentation optimal du nourrisson et de ses autres avantages manifestes. La durée totale de l'allaitement (au moins six mois) pourrait avoir un caractère plus protecteur que l'allaitement exclusif pendant six mois.
- Choisir une préparation à base de lait de vache hydrolysé, au besoin. Pour les mères qui ne peuvent ou ne veulent pas allaiter, des données limitées indiquent que les préparations à base de lait hydrolysé ont un effet protecteur contre la dermatite atopique que les préparations à base de lait de vache intact n'ont pas. On ne sait pas si un type de préparation en particulier a un effet protecteur sur les troubles allergiques, à part la dermatite atopique.
- Ne pas retarder l'introduction de certains aliments solides après six mois de vie. L'introduction plus tardive des arachides, du poisson ou des oeufs ne prévient pas et pourrait même accroître le risque d'allergie alimentaire.

- Les recherches actuelles sur les réponses immunologiques semblent indiquer qu'il est important de consommer régulièrement les aliments qui viennent d'être introduits (p. ex., plusieurs fois par semaine), pour maintenir la tolérance.

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est la première allergie à apparaître chez le nourrisson lorsque son alimentation contient des protéines lactées bovines.

Des symptômes variés et aspécifiques rendent son diagnostic parfois délicat, notamment dans les formes retardées, ce qui explique en partie les variations de fréquence rapportées.

Document information destiné aux parents
http://www.allergieaulaitdevache.fr/sites/default/files/quest-ce_que_lallergie_aux_protrines_de_lait_de_vache.pdf

L'allaitement maternel constitue la meilleure alimentation pour les nourrissons. En cas d'APLV, l'allaitement maternel, s'il est encore possible, est la meilleure solution.Si le diagnostic d'APLV est fait au cours de l'administration de l'un des premiers biberons de préparation pour nourrissons alors que vous l'allaitiez jusqu'à présent, l'idéal est la poursuite de l'allaitement, sans régime d'exclusion puisque le lait maternel était jusqu'alors parfaitement toléré.

Le lait de femme maternel contient des protéines étrangères en petites quantités, auxquelles certains enfants peuvent réagir. Aussi, si votre enfant présente des manifestations cliniques d'allergie au cours de l'allaitement exclusif, un régime d'exclusion stricte des PLV pendant 2 à 3 semaines doit entraîner la disparition rapide des symptômes en moins d'une semaine.http://www.allergieaulaitdevache.fr/fr/prendre-soin-de-mon-bebe/allaitement

La prévalence de l'APLV dans la petite enfance varie selon les études de 2 à 5 %. Selon des données encore fragmentaires, l'évolution vers une guérison spontanée intervient à un âge très variable : en moyenne 50 % des enfants guérissent vers un an, 80 % vers trois-quatre ans. La persistance de cette allergie affecte jusqu'à 8 % des enfants entre cinq et dix ans. Les allergies persistantes sont souvent sévères.

Quand l'enfant grandit, il est tentant d'essayer d'améliorer ou de faire disparaître cette APLV par une immunothérapie. L'objectif est d'aboutir à une désensibilisation (la quantité d'aliment qui déclenche une réaction est augmentée), ou mieux à une tolérance à cet aliment (l'enfant est guéri de l'allergie).
Ces protocoles sont encore préliminaires, et sont à adapter au cas par cas, en fonction de l'âge de l'enfant, des symptômes présentés lors de l'allergie alimentaire, des pathologies associées…

Syndrome d'entérocolite induit par les protéines alimentaires, une forme méconnue d'allergie alimentaire. Il se manifeste habituellement par des signes digestifs retardés après l'ingestion de lait de vache, de protéines de soja ou de riz. Ces réactions apparaissent souvent tôt, dans le premier mois de la vie, et régressent sous régime d'exclusion. Toutes les protéines alimentaires peuvent être impliquées, même si certaines le sont plus fréquemment que d'autres. Le diagnostic est difficile et tardif devant des symptômes non spécifiques, d'autant que les différents tests d'allergologie sont tous négatifs. Le test de provocation par voie orale est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic. Le traitement consiste en un régime d'exclusion.

L'allergie alimentaire est la première cause d'anaphylaxie chez l'enfant.

Les manifestations les plus sévères d'allergie alimentaire chez l'enfant surviennent chez l'asthmatique.

Les enfants, les adolescents et les adultes jeunes sont plus à risque. Tous les aliments peuvent être en cause, mais certains, comme l'arachide, les fruits à coque et le sésame, ont un rôle prépondérant.
L'asthme mal contrôlé est un facteur de risque et de gravité, l'effort (anaphylaxie d'effort) ou la prise d'aspirine et d'AINS sont aussi des facteurs de risque ou de gravité.

Quelle est la conduite à tenir en cas de choc anaphylactique ?

Le diagnostic doit être rapide : l'anaphylaxie est hautement probable en présence **d'un** des 3 critères suivants :

1. Début rapide de signes cutanés ou muqueux, avec au moins un des signes suivants : gêne respiratoire, chute de la tension artérielle ;

2. Deux ou plus des signes suivants apparaissant rapidement après une exposition à un « probable » allergène : atteinte cutanée ou muqueuse, gêne respiratoire, chute de la TA, symptômes digestifs persistants (crampes abdominales, vomissements) ;

3. Chute de la TA après exposition à un allergène « connu »
   - TA normale chez l'enfant : ≥ à 70 mmHg entre 1 mois et 1 an ;
   - après 1 an et jusque 10 ans : ≥ à 70 + [2 x âge en années] mmHg.

Le médicament indispensable : l'adrénaline, le seul ayant prouvé son efficacité. Elle est prescrite sous forme de stylos, en fonction du poids de l'enfant (0,15mg entre 10 et 30 kg ; 0,30mg au-delà de 30 kg. Il existe 2 dosages: 0,15 mg et 0,30 mg pour chaque spécialité)
Une prescription pour une trousse d'urgence comporte 2 stylos de l'une des spécialités :

- Anapen®
- Jext®
- EpiPen®

Des outils pédagogiques, vidéo, fiche d'utilisation, appli mobile pour s'initier et s'entrainer à l'utilisation sont consultables sur :
http://www.urgence-anaphylaxie.com/spip.php?article29
http://allergies.afpral.fr/vivre-avec/les-auto-injecteurs-d-adrenaline

Une réaction anaphylactique impose une surveillance à l'hôpital.

Les antihistaminiques n'ont aucune place dans le traitement de l'anaphylaxie. Ils sont intégrés dans le plan d'action, comme traitement des réactions allergiques légères. Le recours rapide à l'adrénaline s'impose si les symptômes s'aggravent.

Les béta-2-mimétiques de courte durée d'action (BCDA) sont indiqués en cas de terrain asthmatique ou d'antécédent de réaction accidentelle sous la forme d'un asthme aigu. La dose (4 à 10 bouffées/prise).
L'asthme aigu par allergie alimentaire est une réaction anaphylactique et les BCDA peuvent s'avérer insuffisants. L'absence de réponse rapide justifie donc le recours à l'adrénaline avec poursuite de l'administration répétée des BCDA, toutes les 10 à 15 minutes dans l'attente des secours.

Les corticoïdes inhalés n'ont aucune place dans l'anaphylaxie.

Les corticoïdes oraux ne sont pas utiles dans l'anaphylaxie. Leur délai d'action est trop long. Ils peuvent, cependant compléter le traitement d'une réaction cutanée importante (oedème de Quincke, urticaire aiguë) ou d'une crise d'asthme.

Les cinq situations ou la prescription d'adrénaline est obligatoire (risque létal)

1. Choc anaphylactique par allergie alimentaire
2. Angio-oedème laryngé par allergie alimentaire
3. Asthme aigu grave par allergie alimentaire
4. Urticaire généralisée par allergie alimentaire
5. Choc anaphylactique idiopathique

L'éducation des enfants et de leurs parents doit se baser sur trois axes principaux :

• **Eviction des aliments incriminés** : prise en charge diététique durant laquelle le régime d'éviction sera expliqué et adapté au type d'aliments responsables, à l'âge de l'enfant, au risque d'exposition accidentelle (crèches ou cantines scolaires).
Apprentissage de la lecture des étiquettes et des différentes dénominations de l'allergène.
Une loi européenne oblige les industriels de l'agro-alimentaire à notifier sur l'emballage des principaux allergènes alimentaires, dans l'ordre de leur répartition dans le produit, du plus présent quantitativement au moins présent.

• **Reconnaissance des situations d'urgence** ;

• **Gestion du traitement d'urgence**. En cas de prescription d'adrénaline auto-injectable, une démonstration de son utilisation doit être effectuée, et répétée régulièrement. Les parents doivent être rassurés quant à l'innocuité de l'adrénaline lors de son utilisation aux dosages prescrits. Le bénéfice du traitement par l'adrénaline est largement supérieur au risque, réalisée en intramusculaire, face externe de la cuisse. Le temps de contact doit être suffisant (10 secondes). La rapidité de son administration est associée au pronostic. Il n'y a pas de contre-indications absolues chez l'enfant.

« La trousse doit toujours être avec l'enfant », les accidents alimentaires ayant très souvent lieu en dehors du domicile. Les stylos d'adrénaline tolèrent la température ambiante.

Un plan de traitement écrit personnalisé sera établi, et inscrit dans le **plan d'accueil individualisé (PAI) :** http://www.afpral.asso.fr

Ce sont les parents qui demandent l'établissement d'un PAI. Ce PAI sera rédigé par le médecin scolaire en concertation avec l'ensemble des intervenants sur base du certificat établi par le médecin traitant. En début d'année, les personnes impliquées se réuniront en vue d'expliquer les mises en garde spécifiques.

Allergies médicamenteuses : vraies ou fausses ?

Les symptômes d'une allergie médicamenteuse varient fortement selon les individus : une simple urticaire peut être observée ou l'allergie peut entraîner une réaction fulgurante (syndrome de Stevens Johnson) voire mortelle (choc anaphylactique).

Les fausses allergies sont plus fréquentes que les vraies, il est donc important de réaliser un bilan allergologique pour confirmer le diagnostic d'allergie.

Au vu de l'émergence des résistances bactériennes, classer un patient comme allergique aux béta-lactamines alors qu'il ne l'est pas, peut entraîner des difficultés voire un préjudice pour une éventuelle prise en charge thérapeutique.
Les allergies croisées entre béta-lactamines sont rares. Toute suspicion d'allergie doit donc être investiguée afin de déterminer le profil allergique du patient.