

CAS CLINIQUES

Allergie au blé : l'entéropathie, une forme clinique à connaître et reconnaître

D. DE BOISSIEU
Hôpital Necker, PARIS.

L'allergie au blé peut être liée à des mécanismes immunologiques différents : IgE-médié ou non IgE-médié. Dans sa forme IgE-médiée, elle est responsable de symptômes immédiats, et le diagnostic repose sur les *prick tests* et le dosage des IgE spécifiques.

La forme non IgE-médiée

Dans sa forme non IgE-médiée, l'allergie au blé est responsable de réactions retardées dont l'expression digestive la plus fréquente est l'entéropathie au blé. Les symptômes sont alors dominés par une diarrhée chronique, des gaz et un ballonnement abdominal [1, 2]. Il peut s'y associer une cassure de la courbe de poids, des douleurs abdominales, l'émission impérieuse des selles et une baisse de l'appétit. Les signes digestifs hauts – reflux, vomissements – sont plus rares. Devant un tel tableau, le bilan qui s'impose doit en premier lieu faire éliminer une maladie cœliaque dont le diagnostic repose sur le dosage d'IgA anti-transglutaminases dont la sensibilité et la spécificité sont proches de 100 % en l'absence de déficit en IgA. Une hyperplasie des cryptes et une atrophie villositaire sur la biopsie du grêle peuvent se voir au cours de la maladie cœliaque, mais également des entéropathies allergiques [2, 3]. Les IgE spécifiques et le *prick test* au blé sont habituellement négatifs. La positivité du patch test à la farine de blé [4], étudiant les mécanismes retardés de l'allergie, est le seul élément positif du diagnostic allergique, qu'il faut combiner

à l'efficacité du régime d'épreuve et au test de provocation.

Le traitement repose sur le régime sans gluten, identique à celui de la maladie cœliaque, qui permet une disparition rapide des symptômes et une évolution très favorable à court terme.

A long terme, l'évolution de cette allergie se fait habituellement vers une guérison spontanée, avec une acquisition de tolérance plus ou moins rapide, après 1 à 5 ans de régime. Comme pour les autres allergies alimentaires, on tend actuellement à un élargissement progressif du régime.

Conclusion

La symptomatologie de l'entéropathie allergique au blé évoque en premier lieu une maladie cœliaque. En l'absence de positivité de la sérologie de la maladie cœliaque, un bilan allergique doit être pratiqué, avec la pose de patch test à la farine de blé. Dans les deux pathologies, le régime sans gluten permet la disparition des symptômes. L'évolution de ces deux maladies est très différente avec une guérison spontanée et la possibilité d'un élargissement progressif du régime chez les enfants ayant une allergie au blé. Un diagnostic précis est donc indispensable pour une prise en charge adaptée.

Bibliographie

1. KAUKINEN K, TURJANMAA K, MAKI M *et al.* Intolerance to cereals is not specific for coeliac disease. *Scand J Gastroenterol*, 2000; 35 : 942-946.
2. DE BOISSIEU D, DUPONT C. Allergie au blé et maladie cœliaque : comment faire la différence ? *Arch Pediatr*, 2009; 16 : 873-875.
3. SAVILAHTI E. Food-induced malabsorption syndromes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2000; 30 : S61-S66.
4. MAJAMAA H, MOISIO P, HOLM K *et al.* Wheat allergy : diagnostic accuracy of skin prick and patch tests and specific IgE. *Allergy*, 1999; 54 : 851-856.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Allergie à l'arachide

E. BIDAT
Service de Pédiatrie, Hôpital Ambroise-Paré, BOULOGNE.

Cas clinique

Roman, 3 ans, est amené en consultation. Lors d'un apéritif, il a présenté, immédiatement après l'ingestion de Curli arachide, une urticaire du visage qui s'est rapidement généralisée et associée à une grande fatigue. Vingt minutes plus tard, il a vomi ; cela l'a soulagé, mais il est resté très calme, trop pour ses parents, pendant 2 heures. Il n'a reçu aucun traitement et tout est rentré dans l'ordre.

Question 1 : diagnostic

L'exploration allergologique débute toujours par la clinique et les *prick tests* cutanés à l'arachide en extrait commercial et/ou en arachide native. Le bilan est complété par un dosage des IgE sériques spécifiques pour l'arachide et, surtout actuellement, par un dosage pour les allergènes recombinants de l'arachide actuellement disponibles (rAra h1, 2, 3, 8, 9). Une histoire clinique convaincante, définie par une anaphylaxie aiguë dans l'heure suivant l'ingestion d'un aliment isolé, connue depuis moins de 3 ans et ayant nécessité un traitement médical d'urgence, est suffisante pour porter le diagnostic d'allergie alimentaire et ne rend pas nécessaire la pratique d'un test de provocation par voie orale (TPO). Actuellement, grâce à la valeur prédictive des tests cutanés, des IgE spécifiques arachide et surtout des IgE pour les recombinants arachide, le TPO est moins souvent pratiqué. Grâce à ces tests, on se contente d'un diagnostic de forte probabilité.

En cas d'allergie à l'arachide, il faut aussi explorer les réactions possibles

CAS CLINIQUES

aux autres légumineuses (petits pois, lentilles, soja, fèves, haricots blancs, lupin...). Les réactions croisées s'expriment cliniquement chez environ 5 % des allergiques à l'arachide. Il faut aussi explorer l'allergie possible à certains fruits à coque (noix, noisette, amande, noix de cajou, pistache, noix de pécan, du Brésil, de Macadamia...) qui, dans 50 % des cas, est associée à une allergie à l'arachide. L'allergie aux "nuts" est fréquemment associée à l'allergie à l'arachide, bien que ces derniers n'appartiennent pas à la même famille que l'arachide [1].

Question 2 : traitement

Le traitement de l'allergie alimentaire comporte trois volets : le traitement d'urgence des manifestations allergiques, le traitement préventif et le traitement de fond, induction de tolérance ou immunothérapie.

Le traitement des manifestations allergiques repose sur les antihistaminiques, et, en cas de manifestations sévères et/ou d'évolution rapide et/ou de réaction allergique touchant deux organes, sur l'administration d'adrénaline en intramusculaire suivie d'une surveillance en milieu hospitalier. A l'école, les enfants allergiques bénéficient de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé.

Le traitement préventif est basé sur une éviction de l'aliment incriminé et des produits finis pouvant en contenir. Les régimes "stricts" systématiques ne devraient plus être conseillés. Le régime est adapté en fonction de l'âge de l'enfant, de l'aliment et de la dose réactogène. Ces régimes, plus souples et adaptés à chaque situation, altèrent moins la qualité de vie qu'un régime strict qui est rarement justifié. Il est important de limiter le plus possible le régime afin d'éviter la création de néophobies alimentaires. Aucune étude n'a montré qu'un régime qui éliminait "strictement" tous les

allergènes alimentaires à l'origine de manifestations facilitait ou accélèrait la guérison de cette allergie. Plutôt que de favoriser la guérison, il y a de plus en plus d'arguments qui montrent qu'un régime "strict" aggrave parfois l'allergie alimentaire.

La détermination par l'histoire clinique ou le TPO de la dose qui déclenche la réaction allergique permet d'éviter les régimes rigoureux chez les enfants qui réagissent pour une grande quantité d'un aliment. Un régime rigoureux est exceptionnellement proposé chez les enfants qui présentent une dose réactogène (DR) très faible, infime. Dans cette situation, la DR doit être établie par un TPO pratiqué en double aveugle. Pour 14 allergènes, dont l'arachide, la réglementation européenne rend l'étiquetage obligatoire des aliments (directive 2003/89 EC et 2005/25 EC). Pour les aliments à étiquetage obligatoire, le seul problème reste celui des contaminations. Elles sont toujours possibles dans la chaîne de fabrication. Pour se protéger de toute action des consommateurs, certaines industries agro-alimentaires utilisent largement les étiquetages "conditionnels" (traces éventuelles, fabriqué dans un atelier...) au cas où un aliment serait "contaminé" par défaut de nettoyage de la chaîne de fabrication ou par une erreur humaine. Certains industriels indiquent même "contient" de l'arachide alors que celui-ci n'apparaît pas dans la liste des ingrédients ! Cet étiquetage "conditionnel" est préjudiciable aux patients et entrave considérablement leur qualité de vie... s'ils le respectent. Quand on connaît la DR du patient pour l'aliment, il est possible d'autoriser la consommation des aliments à étiquetage conditionnel. La plupart des patients réagissent à des doses significatives de l'aliment, et la contamination – sauf erreur majeure de fabrication – concerne les petites quantités.

Le traitement étiologique correspond à l'induction de tolérance ou à l'immunothérapie spécifique. Ces trai-

tements restent encore limités à des services spécialisés ou sont du domaine de la recherche pour l'arachide [2, 3].

Bibliographie

1. BIDAT E. Bilan allergologique d'allergie alimentaire. *Arch Pediatr*, 2009 ; 49 : 21-24.
2. BIDAT E. Comment adapter le régime d'éviction avec le bilan allergologique ? *Rev Fr Allergol*, 2009 ; 49 : 112-115.
3. FEUILLET DASSONVAL C, AGNE PSA, RANCE F. Le régime d'éviction chez les allergiques à l'arachide. *Arch Pediatr*, 2006 ; 13 : 1 245-1 251.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Cas clinique d'allergie croisée pollens/fruits

J.M. RENAUDIN

Service d'Allergologie,
Centre hospitalier Emile Durkheim,
Maison de Santé Saint Jean, EPINAL.

Alexis, 11 ans, souffre d'une rhinite de mars à août depuis l'âge de 6 ans (traitée à chaque saison par cetirizine). Certaines années, cette rhinite s'accompagne d'asthme intermittent léger au printemps (de avril à juillet).

A l'âge de 5 ans, il présente une dysphagie douloureuse brutale avec sensation de blocage à la consommation de banane. La même symptomatologie est observée par la suite lors de l'ingestion de kiwi et de litchi, ce qui conduit à une éviction des fruits exotiques. A 7 ans, il se plaint de sensations de brûlure pharyngée et de douleurs épigastriques lors de la consommation de pomme. Nombreuses récidives, avec dysphagie, douleurs rétrosternales et parfois vomissements se produisent suite à l'ingestion de céleri cru, melon, concombre, cacahuète et pêche.

>>> Le **bilan allergologique** par tests cutanés fait apparaître de multiples

