



Des allergies alimentaires multiples sont-elles possibles ?

Le cas clinique de notre consœur I. Defives pose une question majeure d'allergologie pédiatrique : est-il possible d'avoir plusieurs allergies alimentaires ? Voici l'histoire clinique qu'elle rapporte : « Je suis pédiatre de crèche. La directrice m'interpelle pour un enfant de dix mois qui grossit peu, a des selles très liquides. Cet enfant est intolérant aux protéines de lait de vache. Son médecin suspecte maintenant une allergie à l'œuf et une allergie au gluten mais dit qu'il faut attendre l'âge d'un an pour en effectuer le bilan ». Elle précise que c'est la maman qui apporte les repas car il ne faut aucune trace de lait (1). « Dans son panier, pour dix mois d'âge, il y avait un pot de 200 g de carottes-quinua, un jus de riz à la vanille et, pour

le goûter, une compote de poire très liquide, le tout "bio" et de plus "vegan" pour le dessert. » Notre consœur juge le régime de cet enfant pour le moins inadapté. Le diagnostic d'intolérance aux protéines du lait de vache (IPLV) aurait été porté à l'hôpital, mais I. Defives n'a pu obtenir aucun courrier ! Notre consœur s'interroge sur la marche à suivre : « bilan à un an ? ». Nous sommes en présence de ce qu'il est convenu d'appeler « un cas d'école ». A noter que nous ne savons pas si cet enfant a une dermatite atopique ou des antécédents allergiques familiaux au premier degré. H. El Jurdi, pneumo-allergologue pédiatre, intervient sur la liste de discussion en indiquant : « Je suis très étonné

par toutes ces suspicions d'allergies. Nous risquons dans ce cadre plus la dénutrition qu'autre chose. En l'absence de signes d'allergie immédiate, le seul test valable est le test d'exclusion-réintroduction (trois semaines d'exclusion), lequel fait disparaître puis réapparaître les signes cliniques faisant suspecter une allergie retardée ». Pour lui, « aucun bilan complémentaire n'est à réaliser dans l'immédiat : la présence ou l'absence d'IgE ne changera rien dans la mesure où il n'y a pas de signes cliniques d'allergie immédiate et où les patch-tests cutanés ne sont plus indiqués dans les allergies alimentaires. Par contre, en cas d'exclusion prolongée, il convient de réaliser un dosage des IgE spécifiques pour savoir si la réintroduction se fera à domicile ou en hospitalisation de jour ». Notre confrère envisage les diverses possibilités de réactions adverses au gluten (allergie IgE-dépendante au gluten, maladie cœliaque, intolérance non cœliaque au gluten), pour lesquelles nous invitons le lecteur à se reporter aux articles de Caron (2) et de Godat et al. (3), et conclut par cette mise en garde : « Attention à ne pas laisser faire des exclusions sans preuve clinique. Attention aussi au fait que le fer végétal n'est presque pas absorbé par le corps humain : le panier-repas de cet enfant fait s'interroger sur son développement et le risque de carence en fer ». A.M. Daumont pense que le régime de cet enfant est dangereux (risques de carences diverses en particulier en fer) et estime qu'il est urgent qu'une équipe compétente fasse un point précis, par une exploration adaptée.

Notre confrère P. Pascal propose de fournir à la mère un formulaire de PAI (projet d'accueil individualisé) «allergie alimentaire» en lui demandant de le faire remplir par le médecin qui suit l'enfant. Il précise opportunément les règles d'établissement d'un PAI : un PAI doit être rempli par le médecin traitant ou le spécialiste qui suit l'enfant puis validé par le médecin de la structure d'accueil, lequel se charge de vérifier qu'il est conforme et peut être appliqué sur place. En l'absence de ce document, il n'y a pas lieu d'appliquer des mesures particulières en structure. Il faut savoir rester pragmatique et ferme, ce qui évitera les régimes alimentaires de convenue, souligne-t-il.

COMMENTAIRES

Nous ne savons rien des examens réalisés à l'hôpital, ni des symptômes actuels de cet enfant, en dehors du fait «qu'il grossit peu» et «a des selles liquides». Nous pouvons aussi nous douter que son régime est plus que déséquilibré... C'est pourquoi les commentaires de ce cas clinique ne peuvent être que généraux, en souhaitant que I. Defives nous donne ultérieurement la suite de cette histoire.

Allergies multiples. La fréquence du syndrome des allergies multiples (SAM) est bien connue depuis trente ans, signalée pour la première fois en 1991 par Paupe et Scheinmann, qui ont rapporté 40 cas d'enfants ayant développé «une dermatite atopique (DA), un asthme et une allergie alimentaire (AA) plus ou moins complexe» (4). La durée d'observation (dix-neuf mois à seize ans) était égale ou supé-

rieure à cinq ans dans 72,5 % des cas. Fait important, la fréquence de cette association, faible chez les enfants nés entre 1973 et 1977, augmentait brusquement à partir de 1977 (4). La plupart de ces enfants avaient une hyper-IgE. Pour les auteurs, ces manifestations étaient indépendantes les unes des autres, l'amélioration d'une pathologie (par exemple de l'asthme) n'ayant pas d'effet sur l'évolution des autres, ce qui nécessitait une prise en charge élective, respiratoire, cutanée et digestive.

Symptômes et causes principales. En 1998, Rancé et Dutaut ont repris ce thème, se basant sur 45 patients, 26 garçons et 19 filles âgés de trois mois à neuf ans au moment du diagnostic (5). Des antécédents atopiques familiaux au premier degré étaient observés dans près de 80 % des cas. Les IgE sériques totales étaient le plus souvent très élevées :

1950 UI/ml en moyenne (7 à 43900 UI/ml). La majorité des patients avaient présenté une DA au cours des premiers mois de leur vie (93,3 %). Les manifestations initiales évocatrices d'AA étaient les suivantes : urticaire (30,3 % des cas), angio-œdème (26,1 %), asthme (10 %), œdème de Quincke (7,3 %). Les autres symptômes, comme le syndrome d'allergie orale (2,3 %), les symptômes digestifs (2,3 %), le choc anaphylactique (1,5 %), étaient plus rares. Les allergènes alimentaires en cause étaient l'œuf de poule (36 fois), l'arachide (31 fois), la moutarde (23 fois), le lait de vache (20 fois), le poisson (19 fois), et divers autres aliments (54 fois). Le diamètre moyen de l'induration induite par les

prick-tests était de 8 mm. La moyenne des IgE spécifiques était de 13,2 UI/ml (extrêmes : 0,75-100 UI/ml). Le test de provocation par voie orale (TPO) permettait de préciser la dose réactogène (900 mg en moyenne, mais évidemment variable pour chaque aliment) (5, 6).

Multiplicité des allergènes. La croissance des enfants atteints d'AA multiples pouvant être compromise du fait des évictions alimentaires, Chong et al. ont suivi 74 enfants atteints d'AA (51 % de garçons) : 62 (84 %) atteints d'AA IgE-dépendantes, 8 (11 %) d'AA mixtes (IgE- et non IgE-dépendantes), 4 (5 %) d'AA non IgE-dépendantes (7). Les exclusions alimentaires concernaient un aliment dans 55 % des cas, deux dans 27 %, trois ou quatre dans 8 % et cinq aliments ou plus pour 10 % des patients. Comme l'indiquent les auteurs, l'éviction de plusieurs aliments n'est pas sans risque de carence, et diverses suppléments peuvent être nécessaires, réclamant un suivi diététique précis. Dans l'étude de Chong, qui concernait évidemment des AA certaines, confirmées par un TPO, près de 1 enfant sur 2 avait deux AA ou davantage.

Ces données récentes sont en accord avec les résultats plus anciens de Gupta et al. obtenus aux Etats-Unis (8) :

- sur 40 104 enfants, 8 % avaient une AA ;
- parmi ces derniers, 30,4 % (soit près du tiers) présentaient plusieurs AA ;
- les aliments en cause étaient l'arachide (25,2 %), le lait de vache (21,1 %), les fruits de mer (17,2 %). Ces résultats varient évidemment selon les régions du pays (9). On sait

aussi qu'elles sont dépendantes des habitudes culturelles alimentaires (10).

A retenir. On peut être allergique très tôt aux aliments. Il n'y a pas d'âge pour réaliser une exploration allergologique par prick-tests, pour autant que la peau du nourrisson réagisse aux témoins positifs (histamine et/ou codéine) et, bien sûr, ne réagisse pas au témoin négatif (dermographisme).

Terminologie. Plutôt que d'utiliser l'expression «allergie au gluten», qui impliquerait une réaction IgE-médiée à la gliadine du gluten, mieux vaut employer avec Elli et al. (11) celle d'«affections associées au gluten», qui regroupe des situations aussi diverses que la maladie cœliaque, l'allergie au blé (de plus en plus fréquente) et les sensibilisations au gluten non cœliaques (3, 11).

Conclusions pratiques. Elles sont simples :

- les AA multiples (ou si l'on veut «les intolérances alimentaires multiples») existent et leur prévalence augmente ;
- il n'est pas possible d'infliger à des nourrissons ou à des enfants des régimes d'exclusions multiples au risque de nuire gravement à leur santé ;
- si des exclusions alimentaires sont prévisibles, elles doivent être motivées par un examen de référence : le TPO effectué dans une structure rompue au diagnostic des AA. De telles structures existent dans plusieurs CHU (Lille, Toulouse, Nice, Clermont-Ferrand, Reims, etc.), animées par des pédiatres allergologues connaissant parfaitement l'allergologie alimentaire. ■

(1) Ce qui évoque un seuil réactogène très bas à cet allergène.

(2) CARON N. : «Hypersensibilité au gluten/au blé non cœliaque : mode ou réalité ?», *Rev. Fr. Allergol.*, 2019 ; 59 : 212-3.

- (3) GODAT S., VELIN D., SCHOEPFER A.M. et al. : « Maladie coeliaque : état des lieux », *Rev. Méd. Suisse*, 2013; 9 : 1584-9.
 (4) PAUPE J., SCHEINMANN P. : « L'allergie sévère de l'enfant », *Rev. Fr. Allergol.*, 1991; 31 : 225-30.
 (5) RANCÉ F., DUTAU G. : « Le syndrome d'allergies multiples », *Rev. Fr. Allergol.*, 1998; 38 : 267-74.
 (6) RANCÉ F., DUTAU G. : *Les allergies alimentaires*, Expansion Scientifique, 2004.
 (7) CHONG K.W., WRIGHT K., GOH A. et al. : « Growth of children with food allergies in Singapore », *Asia Pac. Allergy*, 2018; 8 : e34.
 (8) GUPTA R.S., SPRINGSTON E.E., WARRIER

- M.R. et al. : « The prevalence, severity, and distribution of childhood food allergy in the United States », *Pediatrics*, 2011; 128 : e9-17.
 (9) GUPTA R.S., SPRINGSTON E.E., SMITH B. et al. : « Geographic variability of childhood allergy in the United States », *Clin. Pediatr. (Phila.)*, 2012; 51 : 856-61.
 (10) BIDAT E., BENOIST G. : « Prévention des allergies alimentaires : la diversification alimentaire en 2019 », *Rev. Fr. Allergol.*, 2019; 59 : 341-5.
 (11) ELLI L., BRANCHI F., TOMBA C. et al. : « Diagnosis of gluten related disorders: celiac disease, wheat allergy and non-celiac gluten sensitivity », *World J. Gastroenterol.*, 2015; 21 : 7110-19.

Eruption des avant-bras chez un enfant de deux ans

A. Bandinelli a vu un garçon de deux ans porteur d'une éruption sur les avant-bras depuis une dizaine de jours (figure 1). L'enfant n'est pas fébrile et son état général est parfait. On observe quelques vésicules identiques à celles des avant-bras sur les mollets et le visage, la cavité buccale est indemne et il n'y a pas d'éruption sur les fesses ni le dos. Notre confrère a une idée du diagnostic mais, souhaitant l'avis des membres de la liste de discussion, il leur envoie des photographies montrant l'éruption et son évolution : au début, quelques lésions identiques, vésiculaires, sur les mollets et le visage, puis sur les fesses (figure 2). C. Salinier évoque une acrodermatite et C. Philippe pense aussi à un syndrome de Gianotti et Crosti (syndrome GC), ainsi qu'à une virose au

sens large du terme. A noter qu'avec le caractère quasi universel de la vaccination contre l'hépatite B, le virus Epstein-Barr est devenu la cause principale du syndrome GC (1). P. Baumgartner pense à une virose à Coxsackie (2). M.A. Daumont avance alors le diagnostic de xérose. Pour P. Baumgartner, le syndrome GC se traduirait par des petites macules plus ou moins confluentes plutôt que par des vésicules. S. El Yafi indique que dans ce syndrome il s'agit théoriquement de papules, mais qu'il n'est pas toujours facile de faire la différence entre « macules, papules et vésicules » ! Pour C. Philippe, la présence de vésicules élimine le diagnostic de syndrome GC. Notre consœur M. Bayle suggère un syndrome pieds-mains-bouche (syndrome PMB), et

Figure 1
Eruption vésiculeuse des avant-bras.



(Photo : Alain Bandinelli)

Figure 2
Extension de l'éruption sur le visage, puis apparition de quelques lésions sur les fesses.



(Photos : Alain Bandinelli)

c'est à ce diagnostic que pense A. Bandinelli : « C'est un petit garçon qui était pas mal entouré d'autres petits à Noël, il devrait y avoir d'autres cas à venir ». Dix jours plus tard, les vésicules étaient en voie de disparition et l'enfant n'avait pas développé d'autres symptômes.

A. Bandinelli pense que l'on peut retenir le diagnostic d'entérovirose, c'est-à-dire de syndrome PMB. ■

(1) LEUNG A.K., SERGI C.M., LAZM J.M., LEONG K.F. : « Gianotti-Crosti syndrome (papular acrodermatitis of childhood) in the era of a viral recrudescence and vaccine opposition », *World J. Pediatr.*, 2019; 15 : 521-7.

(2) Le virus Coxsackie A16 est un entérovirus impliqué à la fois dans le syndrome PMB et le syndrome GC.

De lecteur, devenez acteur en participant au groupe de discussion de Médecine & enfance

Pour vous inscrire au groupe de discussion de *Médecine et enfance*, envoyez une demande d'inscription à l'adresse : inscription-forum-medecine-et-enfance@edimark.fr

Pour envoyer un message au groupe après votre inscription, utilisez l'adresse : forum-medecine-et-enfance@edimark.fr
 Les messages envoyés par les membres du groupe de discussion arriveront sur votre boîte aux lettres comme n'importe quel autre message.
 Pour vous désinscrire du groupe, envoyez un courrier électronique à l'adresse : forum-medecine-et-enfance+unsubscribe@edimark.fr