

**LES ALLERGIES ALIMENTAIRES EN PLEINE EXPANSION :
Reconnaître les symptômes, connaître les mécanismes,
ne pas méconnaître les facteurs de risque**

Dr Etienne **BEAUDOUIN**¹

L'allergie alimentaire peut être définie comme étant l'expression de manifestations cliniques consécutives à des réactions immunitaires anormales en réponse à l'exposition d'un aliment (le plus souvent à une protéine végétale ou animale). Les mécanismes relèvent très schématiquement soit d'une allergie médiée par les IgE spécifiques (hypersensibilité immédiate) soit d'une médiation cellulaire ou plus complexe impliquant les deux.

La prévalence de l'allergie alimentaire ne cesse d'augmenter à travers le monde et en particulier dans les pays occidentaux dans ses formes complexes et sévères : ainsi aux USA elle serait passée de 3,4% en 1997/1999 à 5% en 2009/2011. Actuellement en France, elle touche plus de 5% des enfants. Toutefois, les données épidémiologiques peuvent varier de façon conséquente car elles sont tributaires non seulement de la méthodologie des études (recueil de données par simple questionnaire, réalisations d'explorations allergologiques plus ou moins poussées) mais également du type de manifestations cliniques considérées, de l'âge de la population concernée (l'allergie alimentaire serait trois fois plus fréquente chez l'enfant), des pays étudiés (fonction des habitudes culturelles et particularités régionales).

On estime à plus de 170 les aliments pouvant engendrer une allergie alimentaire dont le mécanisme relève d'une hypersensibilité médiée par les IgE spécifiques. Cependant certaines demeurent plus fréquentes que d'autres : ainsi chez l'enfant les allergies alimentaires couramment constatées concernent le lait (sans oublier le lait de brebis et de chèvre à l'origine d'anaphylaxie particulièrement sévère chez des patients tolérant le lait de vache), les œufs, le blé, l'arachide et les fruits à coques. Chez l'adulte en raison de la diversification alimentaire les allergies demeurent beaucoup plus variées et certaines d'entre elles sont secondaires à une allergie pollinique et constituent le vaste domaine des allergies croisées. Certains procédés industriels entraînent la formation de « néo allergènes » comme c'est le cas des isolats de blé ingrédient masqué entrant dans la constitution de plats préparés comme certaines escalopes cordon bleues ou de viandes restituées. Enfin, la communauté allergologique se doit d'être vigilante car elle peut constater l'émergence de nouvelle allergie alimentaire comme c'est le cas singulier de l'allergie à l'alpha galactose, sucre complexe contenu dans les viandes de mammifères non primates dont la sensibilisation initiale est induite par les morsures de tiques.

Les manifestations cliniques les plus facilement identifiables sont celles dues à une hypersensibilité immédiate c'est dire se déclenchant en quelques minutes à 2 heures après ingestion de l'aliment en cause avec des symptômes allant du simple œdème des lèvres (« syndrome oral » lors de l'ingestion de certains fruits ou légumes chez des patients souffrant d'allergie pollinique) à l'anaphylaxie tableau généralisé le plus grave et pouvant être létal (la sévérité étant graduée selon l'association de symptômes affectant au moins deux organes avec urticaire et angiooedème, asthme, vomissements et/ou diarrhée, chute plus ou moins importante de la tension artérielle). Le

¹ Institut Régional des Pathologies Allergologiques, Environnementales et Immunologie Clinique (IRPAEIC)
CHR de Metz-Thionville.

terme de « choc anaphylactique » ne devrait plus être désormais employé. L'anaphylaxie nécessite alors l'usage sans délai de l'adrénaline.

Des tableaux cliniques particuliers et singuliers doivent être connus : c'est le cas de l'anaphylaxie alimentaire induite par l'effort le plus souvent due à une protéine spécifique du gluten (oméga 5 gliadine). Il convient de citer l'œsophagite à éosinophiles et le syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (chez le nourrisson le lait est fréquemment en cause alors que chez l'adulte c'est les fruits de mer qui peuvent être impliqués).

La prise en charge des allergies alimentaires repose principalement sur l'éviction de l'aliment identifié après un bilan allergologique. Des procédures d'induction de tolérance par immunothérapie afin d'obtenir dans le meilleur des cas une guérison peuvent être proposées. La prévention des allergies alimentaires doit prendre en compte les facteurs de risque qui commencent à être identifiés : prédisposition génétique, modification du microbiote intestinal après antibiothérapie maternelle lors de l'accouchement ou au décours d'une césarienne, hygiène excessive. A contrario, le risque diminue avec l'allaitement prolongé, l'introduction précoce d'aliment à risque comme l'arachide, un environnement « rural » ou exposant à des agents microbiens ou mycosiques (endotoxines).

Références

- (1) Du Toit G, Sampson HA, Plaut M *et al.*, 2018. – Food allergy : update on prevention and tolerance. *J Allergy Clin Immunol*; **141**:30-40.
- (2) Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin DA *et al.*, 2016. – Anaphylaxis in children and adolescents. The European Anaphylaxis Registry. *J Allergy Clin Immunol*; **137**:1128-37.
- (3) Just J, Deschildre A, Beaudouin E., 2017. – Allergies Alimentaires. Elsevier Masson, Paris. 301 p.
- (4) Moore LE, Stewart PH, deShazo RD., 2017. – Food allergy : what we know now. *Am J Med Sci*; **353**:353-66.
- (5) Sicherer SH, Sampson HA., 2014. – Food allergy : epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *J Allergy Clin Immunol*; **133**:291-307.