Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

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

Revue française d'allergologie 56 (2016) 90–93

Fait clinique

Une carrière à la mer interrompue : conséquences professionnelles de l'anaphylaxie d'effort

A sailor's career falls apart: Occupational consequences of exercise-induced anaphylaxis

P.-J. Valli *, M. Gouitaa , C. Tummino , D. Charpin , P. Chanez

Inserm U 1067, UMR 7733, clinique des bronches, allergies et sommeil, hôpital Nord, Aix-Marseille université, AP–HM, 13015 Marseille, France

Reçu le 1er février 2015 ; accepté le 7 janvier 2016
Disponible sur Internet le 23 février 2016

Résumé

L'anaphylaxie alimentaire induite par l'effort (AAIE) peut être la cause d'une réaction anaphylactique sévère. Dans cette observation concernant un jeune homme de 26 ans, marin embarqué dans la marine nationale, la survenue d'un tel épisode anaphylactique peut mettre fin à une carrière à la mer. L'AAIE est connue depuis la fin des années 1970. Peu d'études sont disponibles concernant sa prévalence qui est probablement sous-estimée. De nombreux aliments peuvent être en cause. La gliadine du gluten contenue dans les farines des céréales et plus particulièrement l'oméga-gliadine est l'allergène le plus fréquemment retrouvé dans l'AAIE. Certaines activités physiques sont plus fréquemment associées à l'anaphylaxie ainsi que la prise de certains médicaments et la prise d'alcool. Le mécanisme n'est pas parfaitement connu et plusieurs hypothèses sont avancées impliquant la modification de l'osmolarité, du pH, de la perméabilité du tube digestif ou de l'activité de la transglutaminase. Le traitement, en dehors de l'urgence, repose sur la prévention de la réaction. L'éducation du patient et de son entourage est essentielle dans la stratégie de prévention comme dans la prise en charge de l'urgence. Du fait de l'absence de thérapeutique spécifique de l'AAIE et de la nécessité de mise en place des mesures préventives, la poursuite d'une carrière exigeante comme celle de marin dans la marine nationale n'est pas possible.
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie ; Allergie alimentaire ; Anaphylaxie ; Anaphylaxie à l'effort ; Épidémiologie

Abstract

Food-dependent exercise-induced anaphylaxis (FDEIA) can be responsible for a strong anaphylactic reaction. In the present case, which concerned a 26-year-old sailor in the French Navy, the occurrence of such anaphylactic manifestations can end his seaman's career. FDEIA has been a well-known clinical entity since the late 1970s. Few studies are available concerning its prevalence, which is probably underestimated. Many different types of food can be involved. Gliadin proteins, a component of gluten, are present in cereal flours; one of them, omega-gliadin, is the cereal allergen most frequently causing FDEIA. Certain types of physical activities as well as certain drugs and consumption of alcohol are often linked with these anaphylactic reactions. The mechanism of these reactions is not perfectly known; several hypotheses, including modification of osmolarity and pH, defects in intestinal permeability and transglutaminase activity, have been proposed. Their management, excluding emergency treatment, is based on prevention. Education of the patient and members of the family circle is essential in the prevention strategy as well as in dealing with management of emergencies. Because of the lack of specific therapy for the management of FDEIA and the necessity of preventive measures, pursuing a demanding career like that of a sailor in the French Navy is not possible.
© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Food-dependent exercise-induced anaphylaxis; Food allergy; Anaphylaxis; Exercise-induced anaphylaxis; Management; Epidemiology

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : pierrejulien.valli@sfr.fr (P.-J. Valli).

http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.01.005
1877-0320/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'anaphylaxie alimentaire induite par l'effort (AAIE) est une forme particulière d'anaphylaxie dont les manifestations cliniques requièrent la sensibilisation préalable du sujet et l'association de l'ingestion de l'allergène avec la réalisation d'une activité physique dans une fenêtre de temps définie. L'ingestion de l'aliment seul ne suffit pas à déclencher la réaction allergique. La symptomatologie clinique ne permet pas à elle seule d'affirmer le diagnostic d'allergie alimentaire (AA), le bilan étiologique s'impose afin d'affirmer le diagnostic et de prévenir le risque d'une récidive. La survenue peut être tardive au cours de la vie et les conséquences de ces manifestations retentissent sur la vie professionnelle comme cela est illustré par l'observation suivante.

2. Observation

Le patient est un homme de 26 ans, marin embarqué sur un bâtiment de la marine nationale. Il présente en février 2008, lors d'une escale au Japon, un choc anaphylactique après une séance de sport (entraînement de boxe) et une douche chaude. La réaction a débuté par un rash avec prurit et sensation de malaise puis a provoqué une chute tensionnelle (60/30) nécessitant une perfusion de macromolécules et l'utilisation d'adrénaline par voie sous-cutanée (choc stade III). Aucun aliment déclenchant n'est identifié par l'interrogatoire. L'histoire médicale du patient comporte un antécédent d'urticaire à l'effort postprandial en 2006 lors d'une course à pied avec une notion de sensibilisation au blé. Le patient est rapatrié et hospitalisé à l'hôpital d'instruction des Armées de Percy. Un bilan est réalisé comprenant les dosages sériques de la tryptase, du complément (fractions C1q inhibiteur, C3, C4, CH50, activité du C1q inhibiteur), IgE spécifiques (IgEs) (oméga-5 gliadine, malt, orge, gluten, blé, chou-fleur, sésame, sarrasin, *Penicillium frequentans* et *P. notatum*, porc). Seule l'omega-5 gliadine (rTria19) s'avère positive à 0,63 kU/L. Une parasitologie des selles est également réalisée mais n'est pas contributive. Le diagnostic d'allergie alimentaire à l'effort due à la protéine oméga-5 gliadine du blé a été retenu. Un nouveau bilan a été réalisé en janvier 2012 dans le cadre d'une expertise professionnelle. Les prick-tests sont douteux pour le blé et positifs pour les acariens, la blatte et les graminées. Les patch-tests retrouvent une allergie de contact au nickel. Et l'on retrouve un taux élevé d'IgEs pour l'oméga-5 gliadine (0,87 kU/L rTria 19) stable dans le temps puisque toujours positif à 4 années d'intervalle ainsi qu'aux acariens (13,9 kU/L der p 1) et à la blatte (0,16 kU/L). Le patient est éduqué vis-à-vis de la pratique sportive postprandiale et un régime alimentaire d'éviction lui est conseillé par rapport au blé. Son cas est discuté devant la Commission militaire du conseil de santé régional. Le patient perd ses aptitudes médicales et doit mettre fin à sa carrière de marin embarqué sur un navire de la marine nationale.

3. Discussion

3.1. Épidémiologie

Le premier cas d'AAIE a été décrit par Maulitz et al. en 1979 [1] concernant un marathonien de 31 ans dont les symptômes survenaient uniquement après l'ingestion de coquillages bivalves auxquels il était sensibilisé. Depuis, les observations se sont multipliées avec divers aliments. À la fin des années 1990, un millier d'observations avaient été publiées [2].

Les études épidémiologiques montrent une prévalence variable de l'anaphylaxie durant toute l'existence comprise entre 0,05 et 2 % [3] et l'on peut considérer que 2 à 15 % des réactions anaphylactiques sont associées à l'exercice physique [4], soit un cas sur 10 000 à 3 cas pour 1000 dans la population générale. On estime la prévalence de l'allergie alimentaire autour de 4,7 % chez l'enfant et 3,2 % chez l'adulte en Europe. L'anaphylaxie sévère concernerait une personne sur 10 000 habitants et la mortalité une personne sur un million [5]. La prévalence de l'AAIE est plus difficile à déterminer et beaucoup plus rare que celle de l'AA. Il existe seulement trois études épidémiologiques, toutes japonaises, réalisées entre 1994 et 2007 [6]. Il semble exister un sex-ratio de 2/1 pour le sexe masculin sur les observations publiées [7].

3.2. Aspects cliniques

Les manifestations cliniques de l'AAIE ont été décrites par Sheffer et Austen ainsi que par Perkins et Keith évoluant en quatre phases, il peut exister une phase tardive de céphalées qui peuvent persister de plusieurs heures à plusieurs jours [6].

La littérature rapporte de nombreux aliments en cause dans ces réactions [6,9]. Une observation a été faite concernant un salami colonisé par une moisissure (*Penicillium lanosocaeruleum*) [10]. Les aliments impliqués sont dépendants de la culture alimentaire des populations. Ainsi, les tomates, les céréales, les arachides sont plus représentées en Europe [11] et le blé, les coquillages, les crevettes sont plus fréquents au Japon [12]. L'allergie à la gliadine du gluten contenu dans les farines de céréales et en particulier du blé est la cause la plus fréquente d'AAIE. Le rôle immunogène de la gliadine (et plus particulièrement de la gamma-gliadine au départ) a été décrit d'abord par Sabbah et al. [13] puis par d'autres [14]. L'allergène le plus fréquent est l'oméga-5 gliadine. La recherche d'IgEs dirigés contre les alpha/bêta ou gamma-gliadine n'a d'intérêt que dans l'exploration des rares cas d'AAIE liées à l'ingestion de blé où la recherche des IgEs pour l'oméga-5 gliadine s'avère négative [15]. Paluso et al. ont démontré qu'il existait une réaction croisée entre l'oméga-5 gliadine du blé (allergène majeur) et d'autres protéines du seigle et de l'orge [16].

Le course à pied, la marche sportive, l'aérobic sont les activités le plus souvent en cause alors que le vélo, le ski alpin et la natation sont rarement associés à l'AAIE [17].

L'atopie est un facteur favorisant l'AAIE, elle est présente chez la moitié des patients et il s'agit surtout de rhino-conjonctivite pollinique [7].

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3385804

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3385804

Daneshyari.com