



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie 52 (2012) 405–425

Quoi de neuf

Quoi de neuf en allergologie pédiatrique en 2011 ? Anaphylaxie, allergie alimentaire, médicamenteuse et aux venins d'insectes (une revue de la littérature internationale 2011)

What's new in pediatric allergology in 2011? Anaphylaxis, food, drug and insect allergy (a review of the 2011 international literature)

C. Ponvert

Service de pneumologie et allergologie, département de pédiatrie, université Paris-Descartes, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Reçu le 1^{er} avril 2012 ; accepté le 11 mai 2012

Disponible sur Internet le 15 juin 2012

Résumé

Plusieurs études confirment que, en cas d'anaphylaxie, l'adrénaline est sous-utilisée, tant par les enfants eux-mêmes que dans les services d'urgence, et suggèrent des mesures destinées à améliorer la prise en charge d'urgence des réactions anaphylactiques. La prévalence de l'allergie alimentaire, y compris grave, est élevée et ne cesse de croître chez les jeunes enfants, même si seuls 30 à 50 % des sensibilisations détectées sont réellement pathogènes et nécessitent des mesures d'éviction et/ou une désensibilisation. Divers protocoles de désensibilisation aux aliments sont proposés, avec des résultats encourageants. Chez les enfants qui la tolèrent, la consommation régulière d'œuf cuit et de lait bouilli accélère l'acquisition de la tolérance à l'œuf et au lait crus. Plusieurs études, dont certaines ayant porté sur plusieurs milliers d'enfants, confirment que seuls 10 à 15 % des enfants présumés allergiques aux médicaments sont réellement atteints d'hypersensibilité médicamenteuse, le risque augmentant avec la précocité et la gravité des réactions. Aussi, plusieurs auteurs proposent de faire effectuer d'emblée des tests de provocation, avant d'effectuer des tests cutanés, chez les enfants rapportant des réactions non immédiates et non préoccupantes. L'allergie immédiate aux anatoxines tend à disparaître avec le temps, autorisant ainsi, chez certains enfants, une bonne tolérance des injections de rappel effectuées à dose complète. Enfin, même s'ils sont usuellement bien tolérés par les allergiques au lait ou à l'œuf, les médicaments et substances biologiques, injectables notamment, produits sur des dérivés du lait et de l'œuf peuvent contenir des protéines et être à l'origine de réactions anaphylactiques plus ou moins graves.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Allergie médicamenteuse ; Anaphylaxie ; Enfant ; Venins d'insectes

Abstract

Several studies confirm that, in children with anaphylaxis, the use of epinephrine is not adequate, not only by the patients themselves (self-administration) but also in the emergency rooms, and suggest measures to improve the early use of epinephrine. Prevalence of food allergy, including severe anaphylaxis, is high and constantly increasing. However, 30 to 50% of food sensitizations diagnosed by means of skin and/or biological testing are not associated to allergy and need challenge tests to assess their relevance. In children tolerant to boiled milk or cooked egg, daily consumption of these foods accelerates tolerance acquisition to crude milk and non-cooked egg. Several protocols of desensitization/tolerance induction to egg, milk and peanut are presented, with promising results. Several studies, including two studies in several thousands of children, clearly show that only 10 to 15% of children with suspected drug allergy are really hypersensitive to the drugs. Risk of drug hypersensitivity increases with the earliness and the severity of the reactions. Thus, it is suggested that diagnosis should be primarily based on challenge tests in children reporting non-immediate and non-severe reactions, to avoid unnecessary skin testing. Immediate-type hypersensitivity to toxoid vaccines resolves with time, and this spontaneous recovery may allow booster full-strength injections of the vaccines in most children. Finally, although they are usually tolerated by egg- and milk-allergic

Adresse e-mail : claud.ponvert@nck.aphp.fr.

children, (injective) drugs and biological substances produced on milk or egg derivatives may be contaminated by proteins and induce anaphylactic reactions.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anaphylaxis; Child; Drug allergy; Food allergy; Insect allergy

1. Anaphylaxie

Les réactions anaphylactiques sont souvent difficiles à diagnostiquer rapidement chez les jeunes enfants, ne serait-ce que parce qu'il leur est difficile, sinon impossible, de communiquer leurs symptômes débutants aux adultes qui les entourent. Dans la mesure où le retard apporté au diagnostic et au traitement de l'anaphylaxie représente un facteur évolutif pronostic, Rudders et al. [1] se sont proposé d'analyser le plus précisément possible les variations des aspects cliniques de l'anaphylaxie d'origine alimentaire, en fonction de l'âge, chez l'enfant.

Pour ce faire, ils ont analysé rétrospectivement les dossiers informatisés de tous les enfants ayant consulté aux urgences d'un grand hôpital pédiatrique américain, entre janvier 2001 et décembre 2006, pour anaphylaxie d'origine alimentaire. Pendant les six ans de l'étude, 605 enfants répondant aux critères de sélection ont été recensés. Près du tiers de ces enfants avaient moins de deux ans. Il s'est essentiellement agi de garçons chez les jeunes enfants et, à égalité, de garçons et de filles chez les adolescents. L'allergie alimentaire responsable de la réaction était déjà connue chez plus de 50 % des enfants et des adolescents, et chez seulement 25 % des nourrissons. Chez ces derniers, les principales causes d'anaphylaxie ont été le lait de vache et l'arachide, alors qu'il s'est agi des fruits à coque, des légumes et des fruits chez les enfants plus grands et les adolescents.

Enfin, les manifestations cliniques les plus fréquentes ont été l'urticaire et les vomissements chez les nourrissons, les sifflements respiratoires et le stridor chez les enfants plus grands, et les troubles de la déglutition et de la respiration, ainsi que les manifestations cardiovasculaires, chez les adolescents, le risque d'hypotension augmentant avec l'âge ($p < 0,001$).

Ces résultats confirment donc la fréquence élevée des réactions anaphylactiques chez les jeunes enfants, mais montrent aussi que, chez les très jeunes enfants, ces réactions sont le plus souvent modérément graves, leur gravité augmentant avec l'âge.

Le dosage de la tryptase sérique peut aider au diagnostic de l'anaphylaxie. Classiquement, la concentration normale de tryptase ne dépasse pas $1,35 \mu\text{g/L}$, une concentration établie sur la base des dosages effectués chez des enfants et des adultes. Peu d'études ayant été effectuées chez les très jeunes enfants, Belhocine et al. [2] ont effectué des dosages de la tryptase sérique, à l'état basal, chez 372 nourrissons de moins d'un an, dont 242 non atopiques-non allergiques, 72 atopiques-allergiques et 58 non atopiques-non allergiques hospitalisés en unité de soins intensifs. Les concentrations moyennes de tryptase ont été significativement plus élevées chez les nourrissons de moins de trois mois ($6,12 \pm 3,47 \mu\text{g/L}$), et ont diminué

progressivement avec l'augmentation de l'âge, pour atteindre une concentration moyenne de $3,85 \pm 1,8 \mu\text{g/L}$ entre neuf et 12 mois, sans différences entre les sexes. La concentration de tryptase a été particulièrement élevée chez les nourrissons atopiques de moins de trois mois ($14,20 \pm 22 \mu\text{g/L}$) et significativement plus faible chez les nourrissons hospitalisés en unité de soins intensifs ($4,12 \pm 3,38 \mu\text{g/L}$).

Ces résultats confirment donc les résultats d'études antérieures de moins grande ampleur, qui avaient montré que les concentrations basales de la tryptase sérique étaient plus élevées chez les jeunes enfants que chez les enfants plus grands et les adultes. Ils suggèrent aussi que, chez les jeunes enfants, les concentrations de tryptase sont influencées par le statut atopique des enfants et par les affections graves. Plus encore chez le jeune enfant que chez l'enfant plus âgé et l'adulte, il importe donc de comparer les résultats des dosages de tryptase effectués en situation d'urgence aux résultats des dosages effectués ultérieurement, à l'état basal.

Les résultats des études publiées pendant les dernières années indiquent que les principaux facteurs déclenchants des réactions anaphylactiques de l'enfant sont les aliments, les médicaments et substances biologiques, et les venins d'hyménoptères, et que l'adrénaline, qui, selon les consensus internationaux, représente le traitement de choix de première intention, est sous-utilisée chez les enfants présentant des réactions anaphylactiques.

Hompes et al. [3] ont analysé les données de la base informatisée des réactions anaphylactiques des pays germanophones (Allemagne, Autriche, Suisse alémanique) dans le but de déterminer les aspects cliniques, les principales causes et les modalités de prise en charge des réactions anaphylactiques graves (grades 3 et 4) chez les enfants de langue allemande. En trois ans, 199 cas ont été recensés chez des enfants et des adolescents. Presque tous les enfants rapportaient des réactions cutanées et/ou respiratoires, et des symptômes cardiovasculaires et/ou digestifs étaient rapportés dans près de 50 % des cas. Les principaux facteurs déclenchants ont été les aliments (58 %, arachide, fruits à coque, lait et œuf, notamment), les venins d'insectes (24 %) et les médicaments (8 %). Un facteur favorisante a été retrouvé dans près de 20 % des cas (exercice physique, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), règles chez les filles), notamment chez les enfants rapportant des réactions aux aliments. Des réactions récidivantes ont été rapportées par le quart des enfants. Enfin, le traitement d'urgence administré par les responsables des enfants, les médecins généralistes et les services d'urgence a essentiellement comporté des antihistaminiques (87 %) et/ou des corticoïdes (85 %) injectables, l'adrénaline n'ayant été injectée que chez 22 % des enfants.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386546>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386546>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)