

Dermatite atopique et allergie : quels liens ?

Atopic dermatitis and allergy

C. Karila

Service de pneumologie et allergologie pédiatriques, hôpital Necker-Enfants Malades, université Paris V – Descartes, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 20 mai 2013

Résumé

La dermatite atopique (DA) est une maladie de la barrière cutanée, très fréquente chez l'enfant ; dans certaines formes, elle peut être la porte d'entrée dans la maladie allergique. Il est donc justifié de s'interroger sur l'éventualité d'une allergie alimentaire ou respiratoire responsable ou aggravant les lésions de DA. À l'âge du nourrisson, quelques éléments cliniques peuvent orienter vers une allergie alimentaire : une DA sévère, de début précoce et répondant mal au traitement dermocorticoïde, des signes d'allergie immédiate. Même si la sensibilisation à des allergènes alimentaires (prick/patch-tests ou IgE spécifiques positifs) est fréquente, la filiation entre DA et allergie alimentaire est cependant difficile à prouver et il faudra se garder de faire des évictions alimentaires injustifiées en s'aidant de l'expertise d'un allergologue. Chez le plus grand enfant, l'exposition aux pneumallergènes peut être responsable d'exacerbations de la DA. La coexistence d'une allergie respiratoire permettra la mise en place d'une immunothérapie spécifique, qui est un traitement prometteur de la DA.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Atopic dermatitis (AD) is a very common chronic inflammatory skin disease in childhood, often the first step in the atopic march. It seems justified to look for a food or a respiratory allergy, being worsening or responsible for the AD. At infant age, some clinical features are consistent with a food allergy: a severe AD, with an early onset, uncontrolled by topical corticosteroids, and a history of immediate-type reactions. As sensitization to food allergens is very common (positive skin prick-test, atopy patch-test or specific IgE), the role of food allergens in worsening AD is difficult to affirm. So, it could be necessary to ask the advice of an allergist, to avoid unnecessary elimination diets. At older age, exposure to aeroallergens can worsen AD. Looking for an aeroallergen allergy can help to choose the specific immunotherapy, which clinical efficacy on AD seems interesting.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Dermatite atopique ; Allergie alimentaire ; Allergie respiratoire

Keywords : Atopic dermatitis; Food allergy; Aero allergy

La dermatite atopique (DA) est une maladie inflammatoire de la barrière cutanée très fréquente, concernant 15 à 30 % des enfants. Dans 60 % des cas, elle débute dans la première année de vie. L'association ou la survenue chronologique d'une DA et d'allergies alimentaires ou respiratoires est habituelle. Il est donc licite de s'interroger sur la nécessité de demander un bilan allergologique, à la recherche d'une allergie alimentaire ou respiratoire, responsable ou aggravant les lésions de DA.

I. HISTOIRE NATURELLE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Thomas, né de parents atopiques, présente vers l'âge de trois mois, lors du sevrage, une DA d'installation progressive, qui se complique d'une allergie aux protéines du lait de vache (APLV), puis secondairement, vers trois à quatre ans, d'une rhinite allergique aux acariens et d'un asthme. Ce profil clinique est représentatif de l'histoire naturelle de l'allergie, histoire dans laquelle s'inscrit la DA.

Adresse e-mail : chantal.karila@nck.aphp.fr.

La DA est une maladie résultant des interactions génétique-environnement [1]. Les études épidémiologiques illustrent la prédisposition génétique. Ainsi la présence d'une DA chez l'un des deux parents constitue en elle-même le principal facteur de risque de DA chez l'enfant, indépendamment ou non de la présence d'atopie chez les parents [2]. Également, chez les patients atteints de DA, la présence d'un déficit génétique de filaggrine est un facteur prédisposant à la sévérité et à la persistance de la DA, ainsi qu'à l'apparition secondaire d'un asthme ou d'une rhinite [3]. Les études de cohortes nous renseignent quant à l'impact de l'environnement sur l'histoire naturelle de la DA. Ainsi, la présence d'une sensibilisation allergique (tests cutanés et/ou IgE spécifiques positifs) majore le risque de survenue d'une DA précoce. La théorie hygiéniste corrèle la fréquence de la DA (et des maladies allergiques) avec une fratrie peu nombreuse, un mode de vie urbain et un haut niveau socioéconomique, via une diminution des infections et un microbiote intestinal peu diversifié [4] ; la prise de probiotiques (démontré pour le *Lactobacillus*) pendant la grossesse réduirait l'incidence de la DA [5].

Dans la DA, le déficit de fonction barrière de l'épithélium, favorise la survenue de phénomènes immunologiques IgE dépendants au niveau de la peau. Ainsi, la sensibilisation se fera au travers de la peau lésée avec pénétration de l'allergène (alimentaire ou respiratoire), interaction avec les cellules présentatrices d'antigène, et initiation d'une réponse Th2 par les cellules dendritiques de l'hôte. Lors d'une réexposition au même allergène, le patient exprimera alors son allergie sous forme d'asthme ou de rhinite. La sensibilisation précoce à travers la peau est donc la première étape de la marche atopique et la DA est un exemple de la nature systémique de l'allergie [6].

2. DERMATITE ATOPIQUE ET ALLERGIE ALIMENTAIRE

2.1. Prévalence

Environ un tiers des patients ayant une DA modérée à sévère ont une allergie alimentaire ; ce pourcentage est plus élevé chez les enfants de moins de deux ans ayant une DA sévère [7]. Une sensibilisation alimentaire (au moins prick-test positif) est présente chez 60 % des nourrissons ayant une DA. Si la coexistence d'une DA et d'une allergie alimentaire est certaine, la filiation directe est difficile à démontrer ; dans deux études réalisant des tests de provocation orale avec l'allergène alimentaire, les réactions induites ont été pour environ une moitié des réactions immédiates et pour l'autre des réactions cutanées de DA [8,9].

2.2. Allaitement maternel et dermatite atopique

Si les bénéfices relationnels entre la mère et son enfant et les bénéfices immunitaires sur la prévention des infections respiratoires basses sont bien démontrés, il n'est actuellement pas possible d'affirmer que l'allaitement maternel modifie la prévalence de la DA, même dans une famille atopique [10].

À l'âge où débute la DA, l'aliment le plus souvent suspect est le lait de vache, car souvent le seul consommé. Les premières manifestations d'APLV surviennent souvent au moment du sevrage, chez une maman qui le plus souvent n'a pas de régime particulier. Il n'a d'ailleurs pas pu être montré qu'un régime alimentaire (avec éviction des aliments réputés allergisants) chez une femme enceinte ou allaitante modifiait l'incidence de la DA, il n'est donc pas nécessaire.

2.3. Régime alimentaire du nourrisson et dermatite atopique

Si la sensibilisation allergique semble se faire par voie cutanée, la tolérance alimentaire se fait elle par voie orale [11]. De nombreuses études montrent que le retard à l'introduction, voire l'éviction à l'âge du nourrisson, des aliments réputés allergisants (notamment œuf, arachide, poisson) n'a pas entraîné de diminution de la prévalence des allergies alimentaires. Il en est de même pour la prévalence de la DA. En 2011, deux études concluaient à l'absence d'impact sur la DA de l'âge de la diversification alimentaire ; en revanche une diversification précoce (avant quatre mois), diminuait les sensibilisations à l'œuf ou à l'arachide chez les nourrissons à risque atopique [12,13]. Également, la toute récente étude de cohorte européenne a montré, par un suivi sur quatre ans de 1041 nourrissons, que plus le nombre d'aliments introduits dans la première année de vie était important, moins il y avait de risque de DA [14].

Il existe également des études qui explorent les liens entre DA et introduction des aliments ; à titre d'exemple, une grande étude de cohorte suédoise a montré que l'introduction du poisson avant neuf mois réduisait la prévalence de la DA [15]. Quant aux études sur le lait, elles ne permettent pas actuellement de conclure de façon définitive sur l'intérêt ou non à donner un hydrolysate partiel ou extensif de lait de vache pour prévenir la DA [16].

L'ensemble de ces précédents éléments a conduit à modifier les recommandations de diversification alimentaire du nourrisson, qu'il soit ou non issu de famille atopique, par rapport aux années précédentes où les évictions alimentaires préventives étaient la règle [17,18]. Ainsi, actuellement, il est préconisé d'introduire précocement l'ensemble des aliments, de préférence entre 17 et 24 semaines, âge qui correspond à la « fenêtre de tolérance immunitaire ». Les aliments introduits à cette période seront les aliments riches en fer (viandes, œuf) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (œuf, poissons gras). Le gluten sera introduit progressivement entre quatre et six mois. Quant à la date d'introduction des aliments « allergisants » (noix, fruits exotiques...), elle est libre.

Ainsi, et même si le débat persiste, différer l'introduction des aliments ne prévient ni l'allergie alimentaire, ni la DA, et ne devrait plus être systématique.

2.4. Quand faut-il rechercher une allergie alimentaire ?

Nicolas, âgé de cinq mois, présente des lésions de DA au niveau des joues et des épaules. Il a une bonne croissance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4146535>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4146535>

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