

Article original

Allergie aux protéines du lait de vache : histoire naturelle et facteurs de persistance

Cow's milk allergy: Natural history and predictive factors for persistence

K. Aissa^a, S. Ben Ameer^{b,c,*}, F. Kamoun^{b,c}, S. Feki^{c,d}, S. Kmiha^{b,c}, H. Aloulou^{b,c},
H. Masmoudi^{c,d}, I. Chabchoub^{b,c}, M. Hachicha^{b,c}

^a Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul, faculté de médecine de Tunis, université Tunis, Elmanar, Tunisie

^b Service de pédiatrie générale, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

^c Faculté de médecine de Sfax, université de Sfax, Sfax, Tunisie

^d Laboratoire d'immunologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Reçu le 5 août 2016 ; accepté le 27 septembre 2016

Disponible sur Internet le 7 novembre 2016

Résumé

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est la première allergie à apparaître chez l'enfant. Son évolution naturelle se fait le plus souvent vers la guérison. Cependant, cette allergie peut persister après l'âge de 3 ans.

But. – Étudier les particularités de l'évolution naturelle de l'APLV et identifier les facteurs prédictifs de sa persistance.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective sur une période de 10 ans (2000–2009) concernant des enfants présentant une APLV, pris en charge au service de pédiatrie de Sfax. Le diagnostic d'APLV a été retenu devant une histoire clinique évocatrice associée à des tests cutanés positifs et/ou à des IgE spécifiques positives. En cas de négativité de ces tests ou en l'absence de leur réalisation, un test de provocation par voie orale (TPO) a permis de retenir le diagnostic d'APLV.

Résultats. – Nos patients se répartissent en 20 filles et 17 garçons (sex-ratio : 0,85). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 4 mois. Les manifestations cliniques initiales étaient essentiellement digestives (76 %), puis cutanées (54 %) et respiratoires (21,5 %). Un régime d'éviction des PLV a été instauré chez tous nos patients. Pour un recul moyen de 40,2 mois, le pourcentage d'acquisition de la tolérance au lait de vache à 1 an, 2 ans, 3 ans et 4 ans était respectivement de 13,7 %, 60,8 %, 74,6 % et 78,8 %. Une autre allergie alimentaire a été observée dans 7 cas (19 %). Le type immédiat des manifestations cliniques (OR : 19,21 ; $p=0,04$) et l'existence d'un asthme (OR : 16,32 ; $p=0,02$) étaient indépendamment liés au risque de persistance de l'APLV. L'induction de la tolérance par voie orale a été entamée chez 4 enfants.

Conclusion. – L'évolution de l'APLV se fait en général vers la guérison parfois lente. Certains paramètres cliniques associés au bilan allergologique peuvent aider à établir le pronostic.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Protéines du lait de vache ; Prise en charge ; Évolution ; Persistance

Abstract

Cow's milk allergy (CMA) is the most common food allergy in the first years of life. CMA is usually transient, but recent studies have shown later acquisition of tolerance to CM.

Objective. – Our aims were to characterize a population of Tunisian children with CMA and to identify predictive factors for persistence of this food allergy.

Methods. – A retrospective study of children with CMA diagnosed from January 2000 to December 2009. Medical records were analysed regarding clinical presentation, follow-up, treatment and acquisition of tolerance beyond the age of 3 years.

* Auteur correspondant. Service de pédiatrie, CHU Hédi Chaker, route El AIN Km 0,5, Sfax, Tunisie.

Adresse e-mail : benameursalma@gmail.com (S. Ben Ameer).

Results. – There were 37 patients (sex-ratio = 0.85). The average age at diagnosis was 4 months. The initial clinical signs were cutaneous (54%), gastrointestinal (76%), and respiratory (21.5%). For a mean 40.2 months, acquisition of tolerance was 13.7% at the age of 1 year, 60.8% at the age of 2 years, 74.6% at the age of 3 years, and 78.8% at the age of 4 years. A further food allergy was observed in 7 cases (19%). Immediate allergic symptoms and asthma were independent factors for persistence of CMA beyond the age of 3 years.

Conclusion. – The course of CMA generally tends towards occasionally slow healing. Clinical parameters and allergy tests may be helpful in determining the prognosis.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Food allergy; Cow's milk proteins; Management; Course; Persistence

1. Introduction

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est la première allergie alimentaire à apparaître chez l'enfant et s'avère être un des premiers pas de la marche atopique. Les manifestations cliniques apparaissent précocement, le plus souvent avant l'âge de 6 mois. L'évolution naturelle se fait le plus souvent vers la guérison. Cependant, cette allergie peut persister après l'âge de 3 ans [1,2]. L'immunothérapie par voie orale (ITO) représente une approche thérapeutique prometteuse pour ces formes persistantes.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans (2000–2009), d'enfants présentant une APLV et pris en charge au service de pédiatrie de Sfax. Le diagnostic d'APLV a été retenu devant une histoire clinique évocatrice associée à des tests cutanés positifs (pricks tests, atopy patch-tests) et/ou à des IgE spécifiques positives.

Les pricks tests ont été réalisés en utilisant une goutte de lait de vache frais ou une goutte de la formule lactée consommée par l'enfant. Le test cutané était considéré comme positif lorsque le diamètre de l'induration était supérieur à 3 mm et à 50 % de celui du témoin positif.

Les atopy patch-tests ont été effectués par application du lait de vache frais (ou du lait reconstitué à partir des préparations en poudre utilisé par l'enfant) dans des cupules de 12 mm (Finn Chamber®) qui sont placées en zone exempte d'eczéma, en région médiodorsale, de chaque côté de la colonne vertébrale, puis fixées par un sparadrap. La cupule était retirée après 48 heures d'application et la lecture était réalisée 24 heures plus tard. Le test était considéré comme positif en présence d'un érythème et d'une induration, voire de vésicules.

Les IgE sériques spécifiques pour le lait de vache et ses protéines (β -lactoglobuline, α -lactalbumine, caséines) ont été dosées par une méthode semi-quantitative (Bandelettes Euroline Bioadvance). Les résultats ont été exprimés en classe et en valeur chiffrée en kilo unité par litre (KU/L). Nous avons considéré qu'il est positif lorsqu'il est supérieur à 0,35 UI/mL.

En cas de négativité de ces tests ou en l'absence de leur réalisation, un test de provocation par voie orale (TPO) à visée diagnostic était indiqué.

Le TPO a été réalisé en hôpital de jour sous surveillance médicale rapprochée après mise en place d'une voie d'abord veineuse, en ouvert (la progression des doses adoptée pour la majorité de nos patients était la suivante : 1 mL–5 mL–10 mL–20 mL–50 mL–100 mL ou un yaourt nature). L'enfant a été surveillé 4 heures après la dernière dose. En cas de manifestations cliniques sévères (anaphylaxie, œdème de Quincke, urticaire généralisée), nous avons réalisé une progression plus prudente des doses de lait (1 goutte, 5 gouttes, 10 gouttes, 1 mL, 5 mL. . .).

Pour évaluer l'acquisition de la tolérance au cours du suivi ou déterminer la dose réactogène, un TPO a été réalisé après au moins 6 mois d'exclusion des PLV. La première réintroduction a été effectuée vers l'âge de 1 an. En cas d'échec d'une réintroduction, un nouveau TPO a été proposé entre 6 mois et 1 an plus tard. Pour les enfants ayant présenté des symptômes cliniques évidents de persistance de l'allergie après une réintroduction à domicile ou exposition accidentelle au lait, le TPO était différé d'au moins 6 mois.

L'acquisition de la tolérance aux PLV était définie par un TPO négatif et/ou une réintroduction à domicile du lait de vache sans incidents, suivis par une consommation libre des produits laitiers.

L'APLV est dite persistante en cas de persistance des symptômes au-delà de l'âge de 3 ans.

Les données de l'analyse statistique ont été saisies au moyen du logiciel Excel® version 4 pour être analysées au moyen du logiciel Stat View version 5. Les comparaisons des pourcentages ont été effectuées en utilisant le test du Chi². En cas de non-validité de ce test, le test exact de Fisher a été utilisé. Les comparaisons des moyennes ont été effectuées en utilisant le test *t* de Student.

L'étude actuarielle de l'acquisition de la tolérance aux PLV a été menée en calculant les probabilités cumulées d'acquisition de la tolérance à différents temps par la méthode de Kaplan–Meier. Le test du Log-rank a été utilisé pour comparer les courbes de résolution de l'APLV.

Pour l'étude multivariée des facteurs d'acquisition de la tolérance aux PLV, nous avons utilisé le modèle de Cox. Nous avons utilisé le modèle de régression logistique pour l'analyse multivariée de tous les facteurs de risque de persistance de l'APLV identifiés à l'analyse univariée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669860>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669860>

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