



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie 56 (2016) 579–602

Quoi de neuf

Quoi de neuf en allergologie pédiatrique en 2015 ? Épidémiologie générale, diagnostic (précoce), traitement, anaphylaxie, allergie alimentaire, médicamenteuse, aux excipients et contaminants, et aux venins et salives d'insectes (Une revue de la littérature internationale 2015)

*What is new in pediatric allergology in 2015? Epidemiology, (early) diagnosis, treatment, anaphylaxis, food, drug, excipients and contaminants, and insect allergy
(A review of the 2015 international literature)*

C. Ponvert

Département de pédiatrie, service de pneumologie et allergologie, hôpital Necker–Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Reçu le 6 octobre 2016 ; accepté le 6 octobre 2016

Disponible sur Internet le 10 novembre 2016

Résumé

En 2015, la majorité des études confirment, tout en complétant et précisant, les résultats d'études publiées antérieurement. Toutefois, certains articles ont semblé particulièrement intéressants. C'est ainsi que : (1) même si l'on ignore encore la signification du phénomène, les IgE maternelles traversent le placenta sous forme de complexes immuns IgE-IgG anti-IgE interagissant avec les récepteurs placentaires des IgG ; (2) les écoles devraient disposer de stylos d'adrénaline auto-injectables non nominatifs, autorisant des injections à n'importe quel enfant ou adulte présentant une réaction anaphylactique, notamment inaugurale ; (3) outre l'adrénaline, les corticoïdes diminuent la gravité et le risque de prolongation ou de récurrence des réactions anaphylactiques ; (4) le diagnostic d'allergie alimentaire ou de tolérance naturelle ou acquise suite à une éviction ou une désensibilisation pourrait être amélioré par l'établissement du rapport entre les IgE sériques spécifiques et les IgE totales, plus que par le simple dosage des IgE spécifiques et la surveillance de leur évolution ; (5) les tests de provocation orale alimentaires donnent moins de réactions graves lorsque les doses progressivement croissantes d'aliments sont administrées toutes les 30 min que lorsqu'elles sont administrées plus rapidement ; (6) le diagnostic des réactions non immédiates et/ou non préoccupantes aux médicaments repose avant tout sur les tests de provocation/réintroduction, éventuellement prolongés au domicile des enfants, et non sur les tests cutanés et/ou les examens biologiques ; (7) enfin, il faut absolument penser aux additifs et contaminants chez les enfants réagissant à de nombreux aliments et/ou médicaments et substances biologiques.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie ; Épidémiologie ; Diagnostic ; Traitement ; Anaphylaxie ; Allergie alimentaire ; Allergie médicamenteuse ; Allergie aux insectes

Abstract

Most studies published in 2015 confirm, but also complete and precise, results of previous studies. However, some interesting news arise from recent publications: (1) although the signification of the phenomenon remains unknown, maternal IgE are transferred transplacentally as IgE-IgG anti-IgE immune complexes interacting with the placental IgG receptor; (2) schools should be allowed to use non nominative self-injectable epinephrine pens to treat anaphylactic reactions occurring in any child or staff patient; (3) corticosteroids administered rapidly after epinephrine significantly reduce the severity and risk of duration/relapse of anaphylactic reactions; (4) diagnosis of food allergy and of food tolerance (natural, acquired based on eviction or specific sublingual/oral immunotherapy) may be improved by establishment of serum specific/total IgE concentrations, rather than on (repeated) dosages of specific IgE; (5) oral food challenges induce less severe reactions when increasing doses are administered at 30 min intervals than when they are administered more rapidly; (6) diagnosis of non-immediate and/or non-severe reactions to drugs is based on challenge tests with the suspected drugs (betalactams especially), including prolonged challenge tests performed at home, and not on skin and/or

Adresse e-mail : claud.ponvert@orange.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.10.010>

1877-0320/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

biological tests; (7) finally, one may perform skin and/or oral challenge tests with additives and contaminants in children reporting allergic-like reactions to numerous foods and/or drugs or biological substances.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Allergy; Epidemiology; Diagnosis; Treatment; Anaphylaxis; Food allergy; Drug and biological substances allergy; Insect allergy

1. Épidémiologie générale, diagnostic (précoce), traitement

Diverses études récentes ont fortement suggéré que tout ou partie des IgE détectées dans le sang des nouveau-nés et le sang de cordon serait d'origine maternelle, mais les mécanismes susceptibles d'expliquer le passage transplacentaire de ces IgE restent bien obscurs. Dans la mesure où il a été montré que les antigènes/allergènes auxquels étaient exposées les femmes enceintes pouvaient être transférés au fœtus sous la forme de complexes immuns (CI) formés avec les IgG spécifiques maternelles, Bundhoo et al. [1] ont, par association d'idées, imaginé que les IgE maternelles pourraient traverser le placenta sous la forme de CI IgE-IgG anti-IgE.

Pour vérifier cette hypothèse, ils ont effectué des dosages des IgE, IgG anti-IgE et CI IgE-IgG anti-IgE dans le sang maternel et le sang de cordon de 152 couples mères–nouveaux nés, incluant 62 mères allergiques et 90 mères non allergiques, et corrélé les résultats obtenus chez les mères et chez leurs enfants. De plus, in vitro, ils ont cherché à déterminer si des cellules rénales canines transfectées par le récepteur placentaire humain des IgG (FcRn) étaient capables d'assurer le transfert des IgE et des CI IgE-IgG anti-IgE humains.

Une corrélation positive et significative a été mise en évidence entre les concentrations des CI IgE-IgG anti-IgE observées dans le sang maternel et le sang de cordon, indépendamment du statut allergique, ou non, des mères et des concentrations des IgE libres dans le sérum maternel. La majorité des IgE détectées dans le sang de cordon a été retrouvée sous forme complexée à des IgG anti-IgE. Enfin, in vitro, les cellules rénales canines transfectées par le FcRn ont parfaitement transféré les CI IgE-IgG anti-IgE, alors qu'aucune transcytose n'a été observée avec les IgE libres monomériques.

Ces résultats confirment donc, de façon très élégante, que les IgE maternelles peuvent être transférées au fœtus, et montrent que le transfert de ces anticorps s'effectue sous la forme de CI IgE-IgG anti-IgE. L'influence possible de ce phénomène sur les risques atopiques/allergiques des nouveau-nés sont discutés par les auteurs.

La valeur prédictive des prick-tests effectués pendant l'enfance sur le risque allergique ultérieur a été bien démontrée, mais sur des intervalles de vie n'excédant pas une dizaine d'années. Des prick-tests aux trophallergènes et aux aéro-allergènes courants ont été effectués aux âges de 5, 11 et 20 ans chez près de 200 enfants non sélectionnés, suivis de la naissance jusqu'à l'âge adulte [2]. La reproductibilité des réponses aux prick-tests aux différents âges et leur corrélation avec l'histoire clinique des enfants ont été analysées pour chaque période de l'étude.

Même si de nouvelles sensibilisations sont apparues avec le temps, la reproductibilité des prick-tests initialement positifs a été parfaite (100 %), aux âges de 11 et 20 ans, et les valeurs prédictives positives (VPP) et négatives (VPN) des réponses aux prick-tests, en ce qui se rapporte au développement de maladies allergiques, ont été respectivement de 63–90 % et 66–76 %.

Ainsi, même si un certain nombre des enfants ayant des prick-tests initialement négatifs s'est sensibilisé ultérieurement, et, pour certains, a développé des maladies allergiques, la positivité des prick-tests à l'âge de 5 ans a représenté un facteur de risque significatif de développer des maladies allergiques pendant la seconde enfance et/ou à l'âge adulte.

Les patch-tests d'atopie ont été développés en 1989 pour l'exploration allergologique des patients atteints de dermatite atopique (DA) isolée ou associée à des symptômes respiratoires. Toutefois, la sensibilité et la spécificité de ces tests ont fait l'objet de nombreuses controverses, tant en ce qui concerne les trophallergènes qu'en ce qui concerne les aéro-allergènes. Fuiano et al. [3] ont effectué des prick-tests, des patch-tests et des dosages des IgE sériques spécifiques des aéro-allergènes courants chez 468 enfants et adolescents atteints de DA et/ou de symptômes d'allergie respiratoire. Pour déterminer la spécificité de ces tests, les résultats observés chez ces enfants ont été comparés aux résultats observés chez 53 enfants témoins, sans antécédents familiaux ni personnels d'atopie.

Les tests ont été négatifs chez la quasi-totalité des enfants témoins, témoignant ainsi d'une excellente spécificité. Les VPP et VPN des patch-tests ont été significativement supérieures à celles des prick-tests et des dosages des IgE sériques spécifiques chez tous les patients ($p < 0,0001$), que leur DA ait été isolée ou associée à des symptômes respiratoires. Il en a été de même chez les enfants atteints d'une allergie respiratoire isolée, indiquant donc que les lymphocytes T sont impliqués tout autant que les IgE dans la pathogénie des rhinites et des asthmes allergiques.

Ces résultats, obtenus chez de très nombreux enfants, incitent donc à effectuer des patch-tests aux aéro-allergènes, non seulement chez les enfants atteints de DA, mais aussi chez les enfants atteints de symptômes respiratoires isolés évoquant une possible allergie. Chez ces derniers, toutefois, les patch-tests pourraient n'être indiqués qu'en cas de négativité des prick-tests et/ou des dosages des IgE sériques spécifiques (commentaire personnel de l'analyste).

2. Anaphylaxie

L'incidence de l'anaphylaxie varie entre 10 et 50/100 000 individus par an selon les pays et les études, et ne cesse d'augmenter, notamment chez le jeune enfant.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669895>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669895>

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