

## La «Marche Allergique»: un défi pour les pédiatres

L'actualité sur le diagnostic, la prévention et le traitement précoce

L'atopie se caractérise par le caractère chronologique des manifestations cliniques dans l'enfance. Le nourrisson souffre surtout de dermatite atopique (ou eczéma atopique), l'enfant d'âge préscolaire ou en début de scolarité d'asthme, et le plus grand enfant de rhinite allergique. Cette progression de la maladie allergique est souvent mentionnée dans la littérature sous le terme «Marche Allergique».

Le pédiatre est particulièrement bien placé pour un suivi longitudinal des manifestations allergiques de l'enfance, ce qui lui permet de promouvoir une prise en charge basée sur la prévention et la détection précoce de la maladie. Il est donc indispensable qu'il possède des connaissances précises sur les interventions possibles. D'autre part, la prise en charge et les conseils précis donnés aux parents et à l'enfant permettent une approche rationnelle, en évitant les mesures préventives inutiles ou même potentiellement néfastes.

Cet article résume selon les données actuelles de la littérature les facteurs prédictifs qui permettent un diagnostic précoce, ainsi que les mesures appropriées pour la prévention ou le traitement précoce des manifestations allergiques.

### **La carrière allergique: Les facteurs prédictifs**

Idéalement, le terrain atopique devrait être détecté de manière fiable avant même les premières manifestations de l'atopie. Aucun test diagnostique n'est actuellement suffisamment fiable à cet effet.

Environ 1/3 des enfants dont les deux parents sont allergiques présenteront la première manifestation d'une maladie allergique à l'âge de 2 ans. Néanmoins, seulement 5% des enfants allergiques dans cette classe d'âge sont nés dans une famille avec une hérédité. En effet, la majorité de ces enfants proviennent de famille sans anamnèse significative d'allergie, le risque allergique ne peut donc pas être déterminé exclusivement sur la base de l'anamnèse familiale (Bergmann et coll., 1997). La détermination du taux d'IgE au cordon ne présente par ailleurs pas une valeur prédictive suffisante.

La présence des paramètres suivants nous indique que l'enfant pourrait présenter un risque élevé de sensibilisation et/ou de maladie allergique dès la petite enfance:

- **Sensibilisation précoce aux allergènes courants**

Il a été démontré que la présence d'une sensibilisation de type IgE aux protéines du blanc d'œuf à l'âge de 12 mois a une valeur prédictive significative pour la sensibilisation à des aéro-allergènes courants à l'âge de 3 ans (Nickel et coll., 1997). La sensibilisation précoce aux acariens présente la même valeur prédictive (Sasai et coll., 1996). Il est important de souligner que la présence d'IgE spécifiques (par exemple au blanc d'œuf) est le reflet d'une sensibilisation, c'est-à-dire d'une réponse immunitaire de type allergique, et ne traduit pas forcément une allergie déclarée. Dans le cas d'un allergène alimentaire, il est particulièrement

important que le diagnostic soit clairement établi, afin d'éviter un régime possiblement néfaste.

- **Manifestation précoce d'une maladie allergique**

Il est avéré que les enfants qui souffrent de dermatite atopique dans la petite enfance présente un risque accru d'asthme à l'âge de 5 ans (Bergmann et coll., 1998).

- **Persistance d'IgE spécifiques à des allergènes alimentaires courants aux delà de la petite enfance**

La plupart des tests d'IgE spécifiques aux aliments se négativent après la 2<sup>e</sup> année de vie. Les enfants chez qui des tests positifs persistent sont particulièrement à risque de développer par la suite des symptômes respiratoires allergiques (Kulig et coll., 1998).

Il est donc apparent que les nourrissons qui présentent des manifestations précoces d'allergies, et en particulier ceux chez qui une sensibilisation ou une allergie à des allergènes alimentaires courants est détectée, sont une population particulièrement à risque pour développer une maladie respiratoire allergique par la suite. Il n'existe malheureusement pas à ce jour de test de laboratoire fiable qui permette d'identifier ces enfants avant les premiers symptômes.

### **La carrière allergique: Les mesures préventives**

Il serait souhaitable dans l'idéal de pouvoir totalement prévenir la survenue des mala-

dies allergiques. La pratique nous montre que les mesures préconisées ne sont que partiellement efficaces. L'efficacité de certaines mesures, comme par exemple l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois ou un environnement strictement sans tabac, est bien définie. La littérature en ce qui concerne la prévention primaire (prévention de la sensibilisation) est souvent contradictoire et seulement indicative, particulièrement en ce qui concerne la prévention de l'eczéma et des maladies respiratoires allergiques. Les diverses mesures de prévention dans ce domaine relèvent souvent plus du bon sens, ou alors d'habitudes bien établies. Les mesures de prévention secondaire (prévention de la maladie chez des sujets déjà sensibilisés) ou tertiaire (prévention de manifestations tardives de la maladie) sont mieux établies.

#### **L'allimentation du nourrisson**

L'alimentation du nourrisson avec un risque atopique est un sujet controversé. Il est à spécifier que le but de recommandations n'est pas d'influencer la constitution atopique, mais l'émergence de manifestations précoces d'allergies, tout en respectant les besoins nutritifs de l'enfant. Il est raisonnable de recommander l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, de retarder l'introduction des solides à l'âge de 5 à 6 mois, de débiter les produits laitiers après 9 à 12 mois seulement, et d'exclure le poisson, les fruits exotiques et le céleri jusqu'à l'âge de 12 mois, les bananes n'étant pas comprises dans les fruits exotiques. L'importance de la valeur protectrice des laits partiellement hydrolysés (laits HA) reste discutée. Il reste à établir si des laits extensivement hydro-

lysés permettraient de mieux prévenir le terrain allergique. Diverses études en cours devraient permettre de répondre à cette question dans un proche avenir. Le groupe des pédiatres immunologues/allergologues suisses (PIA-CH) travaillent actuellement en collaboration avec divers autres intervenants (dont la Commission de Nutrition de la SSP) à l'établissement de recommandations dans ce domaine.

Les recommandations présentées ci-dessus sont également applicables chez les nourrissons qui présentent déjà les premières manifestations d'une maladie allergique. Le pédiatre doit alors également clairement établir si le régime ne se justifie pas en raison d'une allergie alimentaire déclarée (par exemple en association avec un eczéma atopique), en s'aidant des tests diagnostiques appropriés (IgE spécifiques, tests cutanés, tests de provocation alimentaire).

#### **Mesures d'éviction des acariens**

Similairement à la prévention par une alimentation différenciée, il faut préciser que les mesures de prévention en rapport avec les acariens n'influencent qu'une possible sensibilisation et non pas le terrain atopique en soit.

Les acariens de la poussière sont des aéro-allergènes ubiquitaires dans de nombreuses régions de notre pays, et ils peuvent influencer non seulement les allergies respiratoires mais aussi la dermatite atopique. Les mesures préventives les concernant sont donc particulièrement importantes. L'environnement du jeune enfant se restreint surtout à sa chambre et plus par-

ticulièrement à son lit. Des mesures simples peuvent être conseillées aux parents, en particulier d'aérer régulièrement la chambre, de diminuer le nombre de peluches au «strict nécessaire», de laver la literie à 60° une fois par semaine, et de limiter le chauffage de la chambre à 20°. Si l'enfant présente des symptômes en rapport avec un test positif aux acariens, une housse anti-acariens reste à conseiller (Lau and Wahn, 1994).

#### **Infections, vaccins et allergie**

Diverses études récentes montrent une corrélation significative entre le nombre d'infections «courantes» ou le degré d'exposition aux divers agents infectieux, et une protection du moins partielle contre les allergies. D'où le conseil un peu hâtif de retourner à un mode de vie plus naturel, type «vie à la ferme». Cette hypothèse est attractive, mais elle doit être intégrée dans le contexte multifactoriel et bien plus complexe que suspecté au départ de l'atopie. Un rôle délétère des vaccins, et plus particulièrement du vaccin contre la rougeole, a également été évoqué. Cette hypothèse doit être vigoureusement réfutée, le contraire ayant été clairement démontré par une grande étude finlandaise, où les sujets ayant déclarés une rougeole présentaient plus d'allergies que les personnes vaccinées. (Paunio et coll, 2000). L'augmentation des maladies allergiques ne peut donc pas être utilisée comme argument contre les vaccinations.

#### **Les traitements préventifs**

Nous citerons deux études significatives qui ont examiné l'effet de traitements médicamenteux sur la progression de l'eczé-

ma vers l'asthme. Iikura et coll. ont pu démontrer un effet préventif du kétotifène dans le cadre d'une étude en double-aveugle. Une étude plus récente a pu démontrer un effet préventif de la cétirizine chez des enfants de 1 à 2 ans présentant une dermatite atopique et une anamnèse positive pour au moins un des parents. Le groupe d'enfants traités pendant 18 mois et qui présentaient par ailleurs une sensibilisation aux pollens de graminées et/ou aux acariens ont par la suite eu une incidence d'asthme de 50 % inférieure au groupe d'enfants traités par le placebo. (ETAC Study Group, 1998). Il reste à établir la durée et la dose minimum de cétirizine nécessaire pour atteindre cet effet.

Diverses études sont en cours en ce qui concerne l'effet préventif d'une immunothérapie précoce sur l'évolution d'une rhinite pollinique vers un asthme allergique. Si un effet bénéfique de ce type d'intervention était établi, elle s'adresserait plus particulièrement à des enfants d'âge scolaire. L'efficacité de la désensibilisation par voie orale ou sublinguale est encore en cours d'étude, les résultats d'une étude suisse devraient prochainement permettre de faire avancer le débat.

## Références

- Bergmann, R. L., Edenharter, G., Bergmann, K. E., Forster, J., Bauer, C. P., Wahn, V., and Wahn, U. (1998): Atopic dermatitis in early infancy predicts allergic airway disease at 5 years. *Clin Exp Allergy* 28, 965-970.
- Bergmann, R. L., Niggemann, B., Bergmann, K. E., and Wahn, U. (1997). Primäre Ernährungsprävention atopischer Erkrankungen. *Monatsschr Kinderheilk* 145, 533-539.
- ETAC Study Group (1998). Allergic factors associated with the development of asthma and the influence of cetirizine in a double-blind, randomised, placebo-controlled trial: First results of ETAC. *Pediatr Allergy Immunol* 9, 116-124.
- Iikura, Y., Naspitz, C., Mikawa, H., Talarico-ficho, S., Baba, M., Sole, D., and Nishima, S. (1992). Prevention of asthma by ketotifen in infants with atopic dermatitis. *Ann Allergy* 68, 233-236.
- Kulig, M., Bergmann, R., Tacke, U., U., W., Guggenmoos-Holzmann, I., and Group, M. S. (1998). Long-lasting sensitization to food during the first two years precedes allergic airway disease. *Pediatr Allergy Immunol* 9, 61-67.
- Lau, S., and Wahn, U. (1994). Expositionsprophylaxe bei Respirationsallergien. *Therapeutische Umschau* 51, 61-66.
- Nickel, R., Kulig, M., Forster, J., Bergmann, R., Bauer, C. P., Lau, S., Guggenmoos-Holzmann, I., and Wahn, U. (1997). Sensitization to hen's egg at the age of twelve months is predictive for allergic sensitization to common indoor and outdoor allergens at the age of three years. *J Allergy Clin Immunol* 99, 613-617.
- Paunio, M., Helnonen, O., Virtanen, M., Leinikki, P., Patja, A., and Peltola, H. (2000). Measles history and atopic disease: a population-based cross-sectional study. *JAMA* 283, 343-346.
- Sasai, K., Furukawa, S., Muto, T., Baba, M., Yabuta, K., and Fukuwatari, Y. (1996). Early detection of specific IgE antibody against house dust mite in children at risk of allergic disease. *J Pediatr* 128, 834-840.

R. Lauener, Zurich  
Ph. Eigenmann, Genève

## Correspondance:

Dr med. R. Lauener  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstrasse 75  
8032 Zurich  
Tél. 01 266 71 11  
Fax 01 266 71 71  
e-mail: [rlauener@kisp.uni-zh.ch](mailto:rlauener@kisp.uni-zh.ch)