

Allergies



Chat



Fruits à coque



Acarions



**Allergies respiratoires,
alimentaires**

LA PLACE DES TESTS SÉROLOGIQUES

© Fotolia

Le médecin traitant est le premier consulté par le patient présentant des signes évocateurs d'allergie. Poser le diagnostic d'allergie n'est pas facile compte-tenu des symptômes divers et variés, faisant égarer le diagnostic. Il existe des tests sérologiques qui peuvent le guider. Le diagnostic repose d'abord sur **un interrogatoire et un examen clinique bien conduits.**

Il est essentiel de bien documenter l'histoire de l'allergie du patient avant de procéder à un test. Le médecin traitant dispose, dans un premier temps, **des tests sérologiques de dépistage. Ces tests mesurent les IgE** vis-à-vis d'un mélange équilibré d'aéro-allergènes et/ou d'allergènes alimentaires courants permettant d'évaluer rapidement une sensibilisation lorsque l'on suspecte une allergie chez un patient. Ils aident à **confirmer ou infirmer les allergies à médiation IgE** et ainsi à **identifier les patients ayant besoin d'un bilan complémentaire** pour l'identification des allergènes en cause et un traitement spécifique de l'allergie.

Selon les résultats du test sanguin de dépistage et le tableau clinique, le médecin traitant peut adresser le patient à un allergologue qui réalisera des tests cutanés allergologiques parfois complétés de **tests sérologiques d'IgE spécifiques pour des allergènes ciblés.** Les allergènes à tester doivent être choisis en fonction de l'anamnèse. Seule une histoire bien approfondie permet d'identifier les allergènes à tester. La difficulté est de savoir différencier une sensibilisation biologique d'une allergie « vraie » pour poser la bonne indication d'un traitement spécifique allant de l'éviction à l'immunothérapie allergénique (désensibilisation). L'anamnèse mettra en évidence en cas d'allergie **une adéquation de temps et de lieu entre l'allergène et la symptomatologie observée.**

Enfin, le diagnostic moléculaire de la sensibilisation allergénique, **outil de la panoplie de l'allergologue,** permet de franchir un pas de plus dans le diagnostic grâce à la quantification des IgE spécifiques vis-à-vis de composants moléculaires des allergéniques. L'utilisation de cet outil moléculaire permettra dans certain cas :

- 1) de différencier l'allergie d'une réaction immunologique croisée sans pertinence clinique chez les patients polysensibilisés ;
- 2) ou encore l'évaluation, du risque de réaction systémique sévère dans certaines allergies alimentaires ;
- 3) ou encore, l'identification des patients et des allergènes pouvant être spécifiquement ciblés par l'immunothérapie allergénique.

Médecin traitant, allergologue, chacun a sa place dans la prise en charge du patient allergique, il faut mettre en place un suivi régulier coordonné qui aide à déterminer si de nouvelles allergies se sont développées, si un nouveau bilan réalisé par un allergologue est nécessaire ou si le patient a guéri de son allergie (comme c'est le cas dans certaines allergies alimentaires).

Cette biologie sophistiquée (IgE spécifiques vis-à-vis de composants allergéniques) permet à l'allergologue de décider de l'éviction de nouveaux allergènes, de la mise en place d'une immunothérapie allergénique ou l'arrêt de certaines évictions alimentaires.

Pr Jocelyne Just
Pneumo-Pédiatre-Allergologue au Centre
de l'Asthme et des Allergies
Hôpital Trousseau - Paris



© DR

■ Sommaire

Enjeu diagnostique face à une symptomatologie allergique	p. 3
Allergie et diagnostic sérologique Etablir un lien	p. 4/5
Arbres décisionnels de prise en charge	p. 6/7



LES ÉDITIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE
1, rue Augustine-Variot - 92245 Malakoff Cedex.
Tél. : 01.73.28.14.70
www.legeneraliste.fr
S.A.S. au capital de 150 000 euros
Durée : 50 ans à compter du 24/12/1975
Actionnaire unique : JANUS
Président et directeur de la publication :
Dr Gérard Kouchner
Directeur général : Antoine Huron
Rédacteur en chef : Dr Sylvie Le Gac
Secrétariat de rédaction : Slimane Zamoum
Maquette : Louisa Akkouche
Imprimerie : Prenant (94)
N° ISSN : 0183-4568
Reproduction interdite de tous les articles, sauf accord de la direction.
Les textes publiés sont sous la responsabilité des auteurs.



ENJEU DIAGNOSTIQUE

Allergie respiratoire et/ou alimentaire

DiagnosticAllergie.fr		TABLEAU DES SYMPTÔMES		ALLERGIE À EXPRESSION DIGESTIVE	
ALLERGIE À EXPRESSION CUTANÉE <ul style="list-style-type: none"> • Angio-œdème • Urticaire • Eczéma 		ALLERGIE RESPIRATOIRE		ANAPHYLAXIE	
		RHINO-CONJONCTIVITE <ul style="list-style-type: none"> • Prurit nasal • Rhinorrhée • Obstruction nasale • Prurit conjonctival • Rougeur conjonctivale • Larmolement 	ASTHME <ul style="list-style-type: none"> • Toux • Dyspnée • Oppression thoracique • Sifflement expiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie • Hypotension artérielle • Malaise • Perte de connaissance • Angio-œdème laryngé au moins 2 atteintes d'organes différents : <ul style="list-style-type: none"> > Symptômes respiratoires (asthme aigu grave) > Et/ou cutanés > Et/ou digestifs 	
SYMPTÔMES GÉNÉRAUX <ul style="list-style-type: none"> • Troubles du sommeil secondaire au prurit 		SYMPTÔMES GÉNÉRAUX <ul style="list-style-type: none"> • Céphalées • Fatigue 		SYMPTÔMES GÉNÉRAUX <ul style="list-style-type: none"> • Cassure de la courbe pondérale chez l'enfant • Perte de poids 	
		SYMPTÔMES ASSOCIÉS <ul style="list-style-type: none"> • Ronflements • Réveils nocturnes • Apnées du sommeil 		ALLERGIE À EXPRESSION DIGESTIVE <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome oral : <ul style="list-style-type: none"> > Prurit bucco-pharyngé > Œdème lèvres, muqueuse oro-pharyngée • Nausées, Vomissements • Douleurs abdominales • Météorisme • Bruits abdominaux • Diarrhée Exceptionnel : <ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie • Blocage alimentaire • Entérocolite 	

L'allergie est la maladie chronique la plus fréquente touchant un nombre croissant d'enfants et d'adultes, affectant jusqu'à 30 % de la population dans les pays développés^(1,2).

Jusqu'à 80 % des patients allergiques sont polysensibilisés, c'est-à-dire allergiques à plus d'un allergène⁽³⁾.

Les symptômes associés à l'allergie sont divers et variés, faisant souvent égarer le diagnostic !

Les allergies respiratoires

50 % des adultes et 80 % des enfants asthmatiques souffrent d'allergies⁽⁴⁾.

Une rhinite insuffisamment prise en charge peut conduire à un asthme⁽⁵⁾. L'allergie accroît le risque d'asthme sévère⁽⁶⁻⁹⁾ :

• Risque jusqu'à 7 fois plus élevé d'asthme engageant le pronostic vital par rapport aux enfants souffrant d'asthme uniquement⁽⁶⁻¹⁰⁾.

• Les allergènes respiratoires peuvent se cumuler et exposer le patient au-delà du seuil d'apparition des symptômes⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Les allergies alimentaires

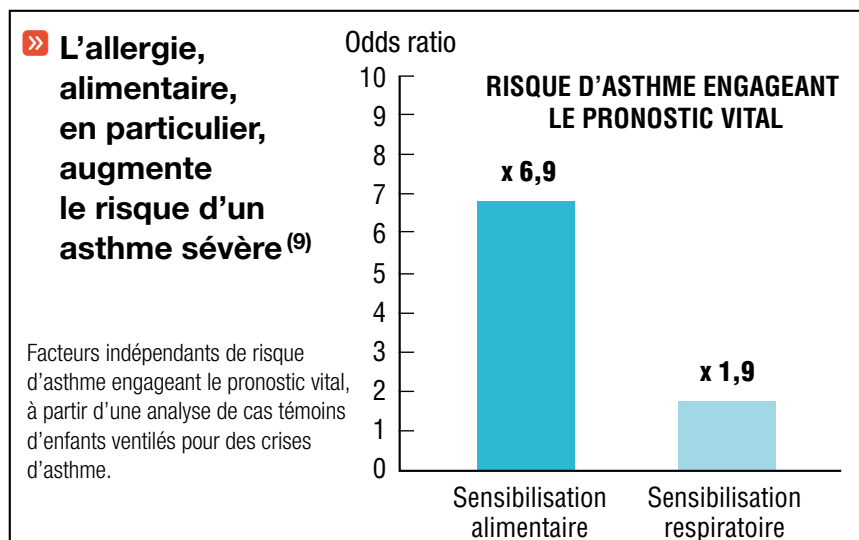
Les allergies alimentaires figurent parmi les troubles allergiques les plus fréquents⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La qualité de vie des personnes souffrant d'allergie alimentaire est aussi altérée que celle des patients diabétiques (isolement social des enfants dû aux restrictions alimentaires, anxiété des enfants et des parents concernant l'assiduité scolaire et les événements sociaux, éviction d'aliments importants)⁽¹⁸⁾.

Les réactions allergiques avec un risque vital chez les enfants, telles que l'anaphylaxie, ont été multipliées par 7 au cours de la dernière décennie⁽¹⁹⁻²¹⁾. Les patients asthmatiques souffrant d'une allergie alimentaire concomitante présentent un risque 7 fois plus élevé de déclencher des crises d'asthme engageant le pronostic vital⁽²²⁾. Les enfants qui présentent une allergie alimentaire ont un risque de développer d'autres allergies.

Conclusion

Qu'elle soit respiratoire et/ou alimentaire, il faut agir sur la cause de l'apparition d'une allergie. Agir sur la cause signifie **identifier l'allergène responsable en réalisant des tests d'allergie sanguins et/ou cutanés**. Ces tests aident à améliorer l'efficacité du diagnostic car l'histoire clinique à elle seule ne permet pas toujours d'identifier les allergènes respiratoires et alimentaires pertinents^(23,24).



ALLERGIE ET DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE : établir un lien entre allergènes et symptômes

L'histoire clinique ne suffit pas toujours à identifier le facteur déclenchant de l'allergie.

L'identification précoce des allergènes déclenchants est essentielle pour :

- 1/ choisir le bon traitement/le plan d'éviction adapté à chaque patient,
- 2/ identifier les patients qui ont besoin d'être adressés à un allergologue,
- 3/ réduire les symptômes des patients et améliorer leur qualité de vie.

De plus, l'allergie subit des changements dynamiques au cours du temps. Des tests sanguins aident à savoir si et comment la prise en charge du patient doit être réalisée.

La *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI) a publié une mise à jour des recommandations de bonne prise en charge des enfants allergiques^[32]. Ce document place les tests d'allergie au centre du diagnostic, pour une meilleure prise en charge des patients.

Pour le groupe d'experts à l'origine du site DiagnosticAllergie.fr (voir encadré page 8), « ne pas penser à l'allergie ou ne pas avancer vers le diagnostic précis des sensibilisations, c'est retarder la prise en charge correcte et peut-être faire perdre une chance à nos patients ».

Place des tests de dépistage

1 Pourquoi les utiliser ?

Les tests de dépistage permettent d'évaluer rapidement une sensibilisation lorsque l'on suspecte une allergie chez un patient.

Ces tests aident à :

- différencier les allergies à médiation IgE des autres causes de symptômes évocateurs d'une allergie ;
- identifier les patients ayant besoin d'un bilan complémentaire pour l'identification des allergènes en cause et un traitement spécifique de l'allergie^[25-31].



© FOTOLIA

2 Lesquels utiliser ?

Les tests de dépistage de l'allergie respiratoire, type Phadiatop*, et alimentaire, type Trophatop*, sont des examens biologiques de première intention qui recherchent dans le sérum des patients :

- les IgE spécifiques vis-à-vis d'un mélange équilibré d'aéro-allergènes courants (acariens, animaux domestiques, pollens d'arbres, de graminées et d'herbacées, moisissures) ;

- les IgE spécifiques vis-à-vis des aliments les plus courants, répartis en 3 mélanges :

- Pour les enfants (jusqu'à 15 ans) : blanc d'œuf, lait de vache, moutarde, arachide, poisson, blé, soja, noisette sésame, crevette, bœuf, kiwi.

- Pour les adultes : blanc d'œuf, lait, arachide, blé, poisson, soja, céleri, ail, levure, sésame, crevette, noisette, kiwi, banane.

3 Que faire en fonction des résultats des tests ?

À chaque test de dépistage est associé un résultat positif ou négatif.

- Si tous les tests sont négatifs, une autre cause doit être recherchée.

- Si au moins un test est positif, cela confirme la présence d'IgE spécifiques, une allergie est probablement à l'origine des symptômes.

Un bilan allergologique complet comprenant des tests cutanés et/ou des tests d'IgE spécifiques pour les allergènes pertinents doit être réalisé pour identifier tous les allergènes responsables et mettre en place un traitement spécifique.

En finir avec les idées reçues !

L'idée selon laquelle « le dosage des IgE totales est un bon test de dépistage » est fautive.

Le dosage des IgE totales :

- n'est pas recommandé^[32-34] pour le dépistage de l'allergie car il a une mauvaise spécificité et sensibilité ; il ne permet pas de faire la distinction entre problème allergique et infectieux sous-jacent ;
- n'est ni remboursé en dépistage ni cumulable avec les tests de recherche d'IgE spécifiques.

* Lire attentivement les instructions figurant sur l'étiquetage et/ou dans la notice d'utilisation du réactif (disponibles sur le site www.dfu.phadia.com)

Place des tests sérologiques IgE spécifiques

Les tests d'allergie spécifiques facilitent l'identification des allergènes responsables.

Après la réalisation de tests de dépistage, les allergènes à tester doivent être choisis en conjonction avec une anamnèse du patient orientée sur l'allergie. Les tests d'allergie recommandés sont les tests cutanés et/ou les tests d'IgE spécifiques [32,33,35]. Plus de 650 sources et composants allergéniques différents sont disponibles pour une détection quantitative sensible et précise des IgE spécifiques.

Il est essentiel de bien documenter l'histoire de l'allergie du patient avant de procéder à un test. Seule une histoire bien approfondie permet d'identifier les allergènes responsables à tester.

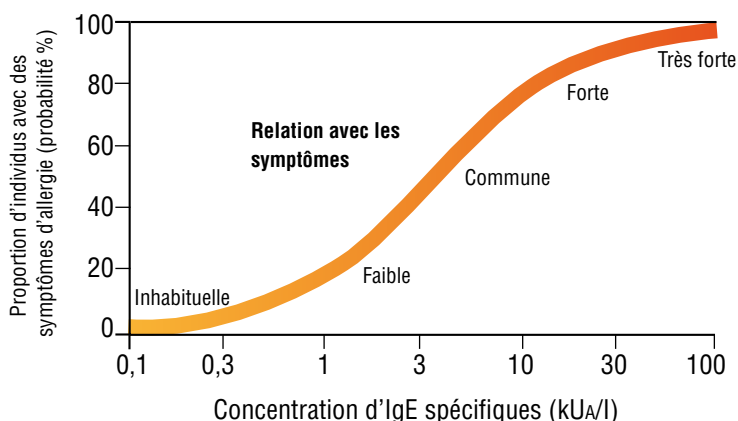
Les allergènes les plus courants provoquant des allergies alimentaires et respiratoires [14, 36, 37] :

les pollens de graminées et d'arbres, les acariens et moisissures, le chat, le chien, la blatte ;

les aliments dont arachide, fruits à coque, blé, soja, œufs, lait de vache, poissons, crustacés et fruits.

La concordance IgE spécifiques et histoire clinique conduit à la mise en place des premières mesures d'éviction avant d'adresser le patient à un allergologue.

» Plus la concentration d'IgE spécifiques est élevée, plus le risque de symptômes d'allergie est important*



• Un résultat $\geq 0,1$ kUA/l indique une sensibilisation à l'allergène testé, à interpréter dans le contexte clinique.
* Facteurs à prendre en compte pour établir un diagnostic final : l'âge, le degré d'atopie, la charge allergénique, le type d'allergène sensibilisant, les antécédents et les autres facteurs de déclenchement.

Règles de prescription :

Les dosages d'IgE spécifiques sont référencés à la NABM*.

Sont remboursés :

• **Dépistage** : 1 mélange de pneumallergènes (type Phadiatop) et 3 mélanges alimentaires (type Trophatop), y compris lorsqu'ils sont associés sur une même prescription.

• **Dosages d'IgE spécifiques unitaires** : jusqu'à 5 allergènes par catégorie notamment 5 pneumallergènes et/ou 5 aliments.

Conditions de réalisation :

Les dosages d'IgE spécifiques ne requièrent pas de conditions de prélèvement particulières :

- Ils ne sont pas influencés par les traitements antihistaminiques.
- Ils ne nécessitent pas d'être à jeun.
- Ils peuvent être réalisés à tout âge, sans limite inférieure d'âge.

* Nomenclature des Actes de Biologie Médicale publiée au JO du 28/11/2003.

» Allergènes respiratoires et alimentaires courants dans l'asthme

Asthme /Enfants	Asthme/Adulte
d1 Acariens	d1 Acariens
g6 Graminées	g6 Graminées
t3 Bouleau*	t3 Bouleau*
e1 Chat	m6 Alternaria
e5 Chien	e1 Chat
f1 Blanc d'œuf	e5 Chien
f2 Lait de vache	i6 Blatte
f13 Arachide	*ou autres pollens locaux

» Huit allergènes représentent 90 % des allergies alimentaires chez les enfants.

L'identification de l'allergène en cause permet de mettre en place un régime d'éviction et de diminuer les symptômes du patient.

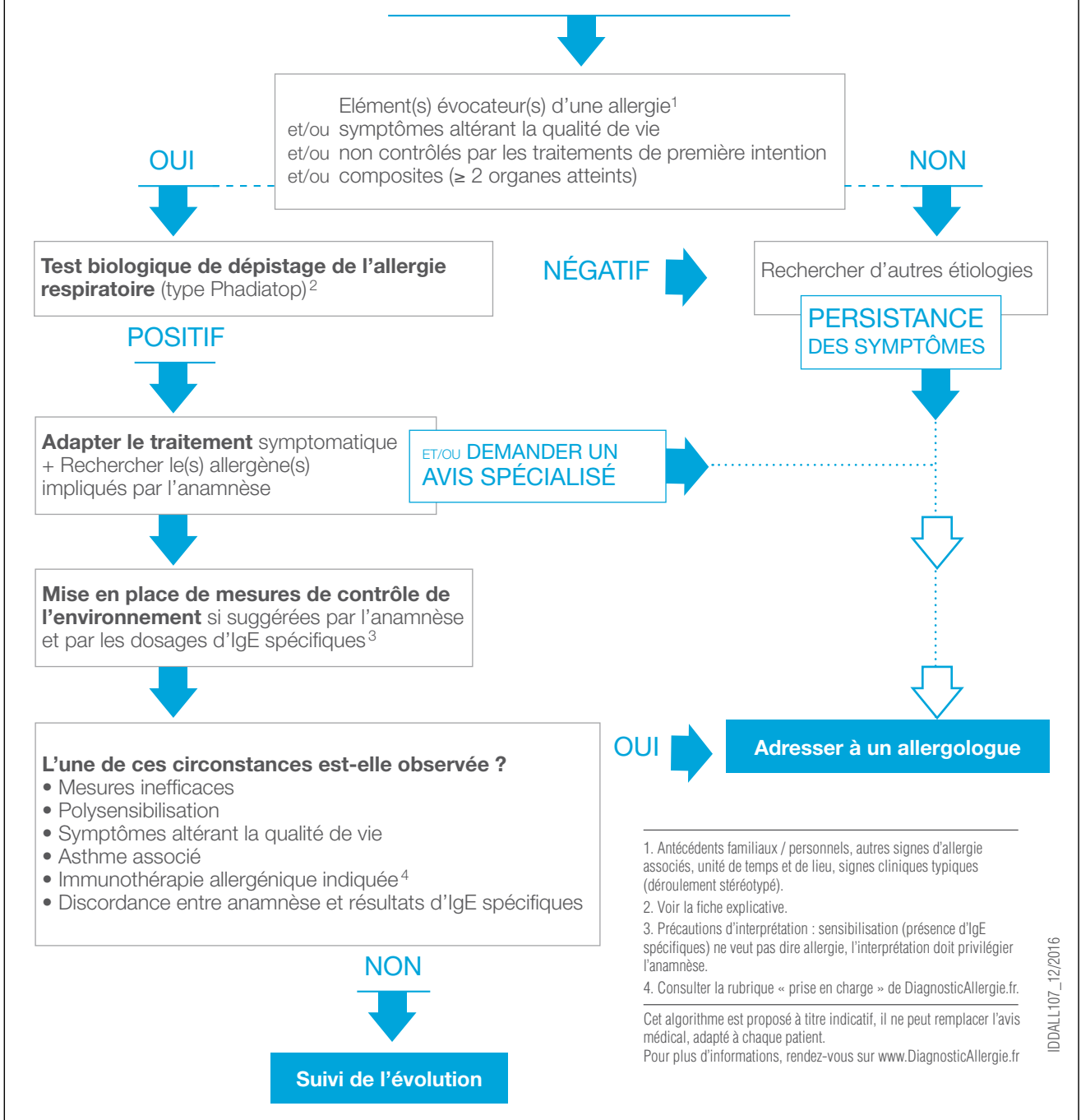
Le suivi des concentrations d'IgE au cours du temps aide à estimer quand réintroduire les aliments.

f1 Blanc d'œuf	f14 Soja
f2 Lait de vache	f3 Poisson
f4 Blé	f24 Crevette
f13 Arachide	f17 Noisette*

* Ou autres fruits à coque.

À cibler en fonction de l'histoire clinique, dans le respect des 5 allergènes respiratoires et 5 allergènes alimentaires maximum remboursés selon la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale.

Symptômes respiratoires chroniques ou récidivants



1. Antécédents familiaux / personnels, autres signes d'allergie associés, unité de temps et de lieu, signes cliniques typiques (déroulement stéréotypé).
 2. Voir la fiche explicative.
 3. Précautions d'interprétation : sensibilisation (présence d'IgE spécifiques) ne veut pas dire allergie, l'interprétation doit privilégier l'anamnèse.
 4. Consulter la rubrique « prise en charge » de DiagnosticAllergie.fr.

Cet algorithme est proposé à titre indicatif, il ne peut remplacer l'avis médical, adapté à chaque patient.
 Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.DiagnosticAllergie.fr

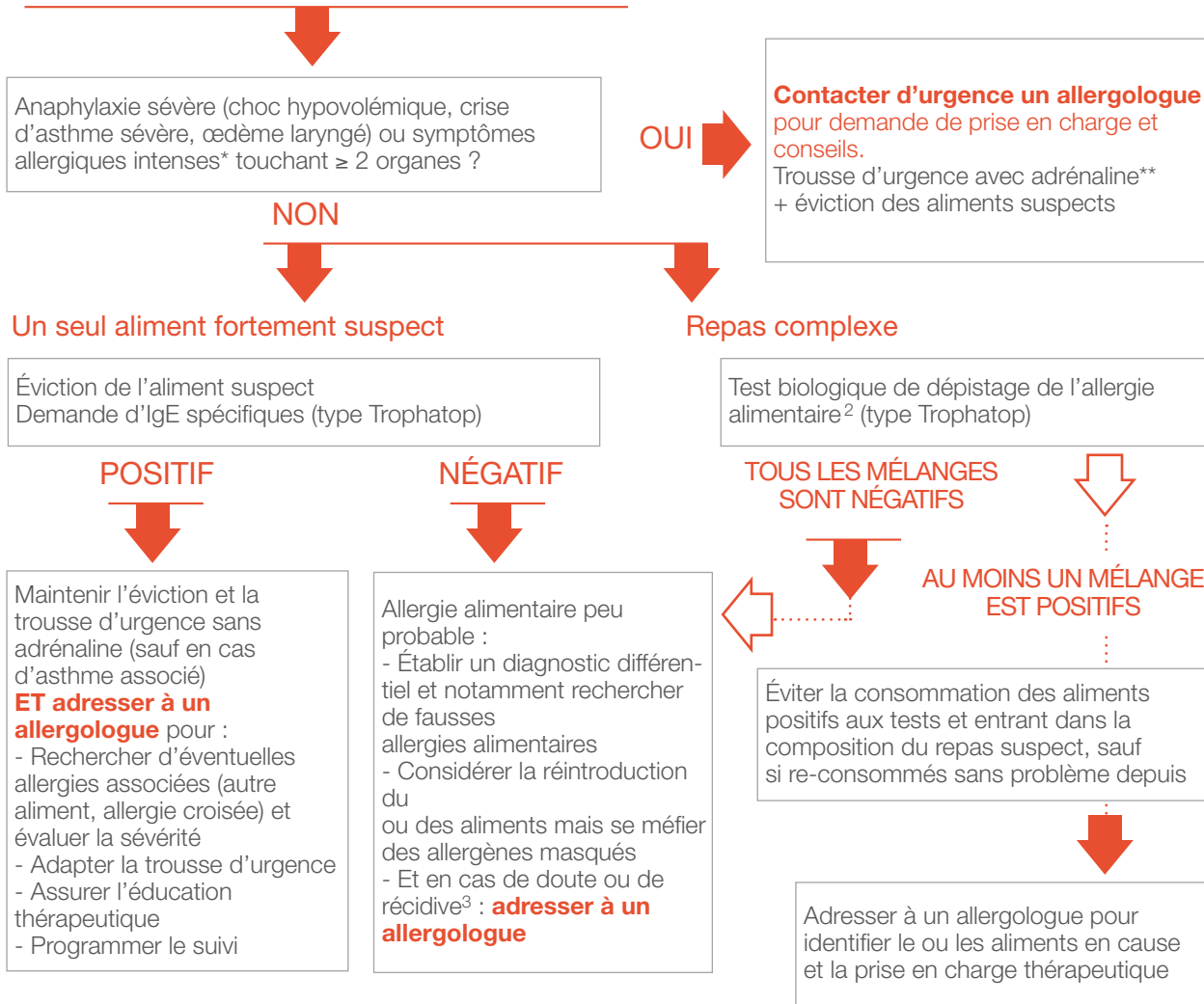
L'identification précoce des allergènes en cause permet de mettre en place un plan d'éviction et d'améliorer les symptômes respiratoires. **Les tests** sanguins interprétés en conjonction avec l'histoire clinique aident à accroître le nombre de diagnostics corrects.

Le patient doit être adressé à **un allergologue pour une prise en charge spécifique**, notamment pour un recours à la désensibilisation, en cas de symptômes d'asthme ou en cas d'aggravation des symptômes.



Symptômes* de survenue rapide après l'ingestion d'un aliment/d'un repas¹ :

- dans les 2 h qui suivent (et plus rarement jusqu'à 8 h après) ;
- éventuellement favorisés par un effort physique et/ou l'ingestion d'alcool, une prise d'AINS et/ou un stress ;
- **ET** ne persistant pas/régressant à distance de la prise alimentaire.



1 Les 3 aliments les plus fréquemment en cause chez les enfants jusqu'à 3 ans sont le lait, le blanc d'œuf et l'arachide. Ref : D.A. Moneret-Vautrin - Épidémiologie de l'allergie alimentaire RFA 48 (2008 171-178).

2 Voir fiche explicative.

3 Un diagnostic clinique ne peut être écarté uniquement sur les résultats négatifs d'une seule méthode diagnostique. En cas de doute (ou si l'histoire clinique est très évocatrice), conseillez d'éviter le ou les aliments suspects et/ou prescrivez une trousse d'urgence.

* Consulter le tableau des symptômes.

** Voir définition.

Cet algorithme est proposé à titre indicatif, il ne peut remplacer l'avis médical, adapté à chaque patient.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.DiagnosticAllergie.fr

L'allergie alimentaire est auto-déclarée spontanément 6 fois plus fréquemment que sa prévalence réelle^[38], en raison de la confusion avec d'autres étiologies responsables de symptômes gastro-intestinaux.

Cette confusion est à l'origine d'inquiétudes et d'évictions alimentaires inutiles.

Le diagnostic doit s'appuyer sur l'histoire clinique associée aux tests diagnostiques. Ne pas faire une éviction uniquement sur la positivité des tests sanguins.

Des réactions sévères peuvent être observées lors d'allergies alimentaires, notamment chez les asthmatiques^[9, 10]. En allergie alimentaire, l'arbre décisionnel recommande d'adresser systématiquement le patient à un allergologue lorsque la suspicion est avérée.

DiagnosticAllergie.fr

vous guide pas à pas pour vous aider à poser le bon diagnostic et prendre en charge l'allergie médiée par les IgE.



DiagnosticAllergie.fr est un site créé avec le soutien d'un groupe d'experts allergologues dont l'objectif est d'accompagner médecins généralistes et pédiatres dans la prise en charge de leurs patients allergiques en coordination avec l'allergologue. Arbres décisionnels, cas cliniques et outils créés par les experts sont mis en ligne régulièrement.

www.DiagnosticAllergie.fr

Réalisé avec le support de : Pr Jocelyne Just, Pr Pascal Demoly, Dr Habib Chabane

RÉFÉRENCES

1. <http://www.inserm.fr/layout/set/print/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/allergies>.
2. Pawankar R (Ed) et al. *White book on allergy*. UK: World Allergy Organization; 2011.
3. Wickman M. *Allergy*. 2005;60 suppl 79:S14-8.
4. Raffard M., Partouche H. *Allergologie en pratique* (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de médecine Akos, 2-0093, 2008.
5. Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008.
6. Simpson AB et al. *Pediatr Pulmonol*. 2007;42(6):489-95.
7. Schroeder A et al. *Clin Exp Allergy*. 2009;39(2):261-70.
8. Malmberg LP et al. *Clin Exp Allergy*. 2010;40(10):1491-7.
9. Roberts G et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112(1):168-74.
10. Liu AH et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:798-806 e13.
11. Simpson A et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;116(4):744-9.
12. Stoltz DJ et al. *Clin Exp Allergy*. 2013;43(2):233-41.
13. Ciprandi G et al. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2008;40(3):77-83.
14. Petersson CJ et al. Sensitization profile in undiagnosed children with skin and respiratory allergy-like symptoms in primary care. Abstract presented at WAO, Buenos Aires, Argentina, 6-10 December 2009.
15. Sicherer SH et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(2):291-307.
16. Rona RJ et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(3):638-46.
17. Zuidmeer L et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;121(5):1210-8 e4.
18. Flokstra-de Blok BM et al. *Allergy*. 2010;65(2):238-44.
19. Gupta R et al. *Thorax*. 2007;62(1):91-6.
20. Liew WK et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2009;123(2):434-42.
21. Lin RY et al. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008;101(4):387-93.
22. Roberts G et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112(1):168-74.
23. Adapté de Duran-Tauleria E et al. *Allergy*. 2004;59 Suppl 78:S35-41.
24. Adapté de Niggemann B et al. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008;19(4):325-31.
25. Eriksson NE. *Allergy*. 1990;45(4):285-92.
26. Wever-Hess J et al. *Acta Paediatrica*. 1999;88(8):827-34.
27. Halvorsen R et al. *Int J Pediatr*. 2009;460737.
28. Ballardini N et al. *Allergy*. 2006;61(3):337-43.
29. Williams PB et al. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2001;86(2):196-202.
30. Nilsson C et al. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012;23(2):159-65.
31. Lau S et al. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008;19(4):337-41.
32. Eigenmann PA et al. *Paediatr Allergy Immunol*. 2013;24(2):195-209.
33. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2011; Available from: <http://www.ginasthma.org/>.
34. Papadopoulos NG et al. *Allergy*. 2012;67(8):976-997.
35. [NICE] National Institute for Health and Clinical Excellence. Food allergy in children and young people (CG116). 2011. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
36. Eigenmann PA et al. *Paediatr Allergy Immunol*. 2013;24(2):195-209.
37. Burks AW et al. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(4):906-20.
38. Nwaru Bi, et al. *Allergy* 2014 ; 69:62-75.