

# Démarche diagnostique pour confirmer une allergie alimentaire

Il n'y a pas une démarche diagnostique unique. L'exploration débute toujours par la reprise de l'anamnèse clinique ; elle est généralement complétée par des prick tests cutanés et par un dosage des IgE sériques spécifiques, voire par des atopy patch tests. L'enquête diagnostique est ensuite poursuivie par un régime d'exclusion et l'allergie est souvent authentifiée par un test de provocation.

Une histoire clinique convaincante, définie par une anaphylaxie aiguë dans l'heure suivant l'ingestion d'un aliment isolé, connue depuis moins de 3 ans, et ayant nécessité un traitement médical d'urgence, est néanmoins suffisante pour porter le diagnostic d'allergie alimentaire.

## 1. Anamnèse

L'histoire clinique est l'élément fondamental qui oriente l'enquête allergologique. Les manifestations en rapport avec une allergie alimentaire surviennent le plus souvent moins de deux heures après l'ingestion de l'aliment. Le délai est plus difficile à interpréter au cours de la dermatite atopique : les lésions sont permanentes et l'aggravation de l'eczéma peut survenir jusque 24 heures après l'ingestion de l'aliment.

L'anamnèse peut conduire, surtout en cas de dermatite atopique ou d'urticaire chronique, à une étude du relevé alimentaire, réalisé sur les apports pendant sept jours.

L'enquête alimentaire permet de dépister les fausses allergies alimentaires (un régime trop riche en histamine et tyramine peut déclencher les mêmes manifestations qu'une allergie, et tout particulièrement des manifestations cutanées). Elle permet aussi de repérer une éventuelle consommation masquée de l'aliment suspecté : si l'enquête alimentaire fait apparaître la consommation sans réaction de cet aliment, l'allergie à cet aliment est éliminée sans autre exploration.

## 2. Tests cutanés

**Les tests cutanés à lecture immédiate** représentent la première étape du diagnostic allergologique. Ils consistent à mettre en contact les mastocytes dermiques avec un ou plusieurs allergènes. Les mastocytes porteurs d'IgE spécifiques vont dégranuler et libérer des médiateurs, entraînant la classique triade de Lewis : œdème, érythème et prurit. En pratique, seul l'œdème (ou papule) est pris en considération pour interpréter le test ; il est mesuré en mm. Les tests cutanés sont réalisés par ***prick-test***, une technique simple, rapide et très spécifique : une goutte d'allergène est déposée sur la peau, puis une piqûre est réalisée à travers la goutte de réactif. Les tests sont réalisés au niveau du bras ou du dos et sont espacés de 3 cm. La lecture est effectuée dix-quinze minutes plus tard.

Les prick-tests sont réalisables dès le premier mois de vie, après s'être assuré d'une réactivité de la peau au phosphate de codéine 9 % et à l'histamine 10 mg/ml. Un témoin négatif permet d'éliminer un dermographisme. Les tests cutanés sont réalisés après arrêt des thérapeutiques anti-histaminiques, dans des délais variables selon la molécule utilisée. Le test cutané est considéré comme positif pour un diamètre d'induration supérieur à 3 mm et supérieur à 50 % du témoin positif ; le témoin négatif étant négatif.

Les avantages des prick-tests sont multiples : simplicité de réalisation, rapidité d'exécution, facilité d'interprétation, caractère peu douloureux, prix peu important et grand nombre de tests réalisables au cours d'une même séance. Néanmoins, il faut se méfier chez l'enfant d'une reproductibilité modérée ; il ne faut donc pas hésiter à refaire les tests cutanés s'ils sont négatifs alors que l'histoire clinique évoque fortement une allergie alimentaire.

**Les patch tests ou tests épicutanés ou atopy patch tests** explorent l'hypersensibilité retardée et sont surtout utiles dans les manifestations retardées, digestives ou cutanées. Ils reproduisent un eczéma sur la zone d'application du test. En pratique, les patch tests sont effectués après l'arrêt des traitements anti-histaminiques et corticoïdes (locaux et oraux), sous occlusion, par

application de l'allergène suspecté dans des cupules qui sont placées en zone exempte d'eczéma, en région médio-dorsale de chaque côté de la colonne vertébrale, puis fixées par un sparadrap. La cupule est retirée 48 heures après l'application et la lecture est réalisée 24 heures plus tard. Les cupules les plus utilisées sont les *Finn chambers*. L'interprétation du patch test est très délicate, le meilleur critère de positivité étant la présence d'une induration et d'au moins 7 papules (la lecture d'un atopy patch test nécessite donc de palper le test).

Les médecins Français disposent d'un atopy patch test pour le lait, tout préparé et facile d'utilisation : le Diallertest®. Les résultats du Diallertest® semblent bien corrélés avec ceux de l' atopy patch test pratiqué avec du lait et un *Finn chamber*.

### 3. Tests biologiques

Il n'est pas nécessaire d'être à jeun pour les effectuer. Pour certains allergènes, comme le lait, l'œuf, l'arachide et le poisson, le taux des IgE spécifiques avec la technique Cap System® est corrélé à la positivité du test de provocation par voie orale, permettant ainsi de réduire les indications des tests de provocation. Néanmoins le taux seuil varie selon la population étudiée, l'âge des enfants, les objectifs (diagnostic ou évaluation de la tolérance) et les signes. De plus, les valeurs prédictives sont rarement à 100%.

### 4. Eviction alimentaire

L'éviction est guidée par la clinique, la positivité des tests cutanés et/ou des IgE spécifiques et/ou des atopy patch tests. En cas de dermatite atopique ou d'urticaire, l'amélioration des symptômes après éviction de l'aliment pendant 4 semaines permet d'évoquer le rôle de celui-ci dans le déclenchement des manifestations. De même, la réapparition des symptômes à la réintroduction de l'aliment est un argument en faveur de l'allergie.

### 5. Test de provocation

Ils restent un temps essentiel du diagnostic d'allergie alimentaire. **Seul le test de provocation par voie orale (TPO)** doit être retenu. Il reproduit l'histoire clinique en respectant le temps, la quantité des aliments et les symptômes. Il permet de départager ce qui est une simple sensibilisation (test positif sans pertinence clinique) de ce qui est une authentique allergie alimentaire. L'aliment est introduit à doses progressivement croissantes, toutes les 20 minutes en l'absence de manifestation. La dose la plus élevée doit correspondre à la quantité d'aliment normalement ingérée dans l'alimentation à cet âge. Le choix de la progression est fonction de l'histoire clinique et du type d'aliment. Le TPO permet de définir la quantité d'aliment qui provoque les symptômes (dose déclenchante et dose cumulée réactogène) et le type de signes cliniques déclenchés par l'aliment. Ces informations permettent de mieux évaluer le risque encouru par la consommation accidentelle de l'aliment et guident ainsi les mesures thérapeutiques : degré d'éviction de l'aliment (mise en place d'une éviction alimentaire limitée) et nature de la trousse d'urgence (avec ou sans adrénaline). Le TPO doit toujours être effectué en milieu hospitalier spécialisé, sous surveillance médicale étroite. Il est potentiellement dangereux, ce qui le contre-indique si l'allergie alimentaire s'est révélée par une anaphylaxie aiguë.