

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

## Présentation de cas en pédiatrie le 21 avril 2015

### Cas d'allergologie pédiatrique

Orateurs: Dre J. Barasche, Dre I. Kanavaki et Dr J.C. Caubet

**Un bébé de huit mois** se présente aux urgences pour vomissements, pâleur, troubles de la conscience. Il n'y a pas de notion infectieuse, ni de diarrhée, ni de trouble neurologique, ni d'anamnèse de traumatisme crânien ni prise de toxiques.

Le phénomène est arrivé 30 à 40 minutes après le repas. L'état général est diminué, avec une pâleur associée ; l'état de conscience est fluctuant, on note une hypotonie axiale.

Un diagnostic différentiel de méningite, sepsis, invagination, maladie métabolique, éventuelle allergie alimentaire est posé. Des examens sanguins sont pratiqués : prise de sang, urine, analyse du liquide céphalo-rachidien, un abdomen sans préparation, une échographie abdominale, des tests métaboliques et même un CT-scan cérébral.

La gazométrie montre une acidose métabolique à 7.26, la chimie clinique est normale, la recherche de toxiques est négative. L'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale sont normaux, permettant d'écartier invagination ou volvulus.

La ponction lombaire est normale, le scanner cérébral est normal permettant d'exclure une tumeur ou autre pathologie.

L'enfant est hospitalisé aux soins intensifs : quatre heures après, l'état général est normal, six heures après son admission il a des selles malodorantes, la recherche de sang positive 3+, la coproculture et la recherche de virus sont négatives. On note une anémie normochrome normocytaire à 90 grammes par litre.

A ce stade, une gastro-entérite infectieuse semble écartée, de même qu'un syndrome hémolytique urémique, ou une maladie métabolique. L'allergie alimentaire est retenue (food protein induced enterocolitis).

En revoyant l'anamnèse, l'épisode était survenu après avoir mangé du poulet et l'enfant avait présenté un épisode similaire une autre fois. Un test de provocation ou lait de vache est pratiqué, qui est négatif. Il est recommandé l'éviction de toutes les volailles.

Dr Caubet : discute les entérocolites allergiques aiguës. Une étude en 2011 publiée par Katz a étudié la prévalence et les causes. Il faut distinguer l'entérocolite au lait de l'allergie au lait. (Katz Y, Goldberg MR, Rajuan N, Cohen A, Leshno M. The prevalence and natural course of food protein-induced enterocolitis syndrome to cow's milk: a large-scale, prospective population-based study. *J Allergy Clin Immunol.* 2011Mar;127(3):647-53.)

Une étude récente a montré que 10 % des pédiatres 36 % des allergologues avaient de bonnes bases concernant ces maladies.

**Un garçonnet de trois mois** présente du sang dans les selles, il n'est pas allaité. Ce cas évoque une colite, souvent liée au lait de vache et/ou au soja. La diversification peut néanmoins être débutée. A six mois, après ingestion d'œuf, on note la présence de sang occulte dans les selles. À sept mois, après avoir mangé de l'œuf, il présentait un épisode de pâleur, hypotension, peau moite. À huit mois, il refait un même épisode. Il s'agit d'une allergie non IgE médiée, avec diagnostic initial de proctocolite, puis signes d'entérocolite. La rectocolite est possiblement une forme atténuée d'entérocolite sous lait maternel. Les IgA du lait maternel ont un effet protecteur partiel.

L'entéropathie est une diarrhée chronique, avec montre mauvaise prise de poids.

Il existe probablement un continuum entre toutes ces formes de maladies digestives.

En 1940, Ruben fait une première description d'allergie au lait de vache. En 1960, Gybroski a également décrit l'allergie gastro-intestinale au lait.

30 à 60 % des enfants sont allergiques au lait et au soja, mais il y a des différences entre les études publiées.

Le lait de vache et le soja sont les allergènes les plus souvent incriminés ; néanmoins le riz, les céréales, le poulet, le poisson, la patate douce, ou tout autre aliment peuvent également être incriminés.

Un tiers des patients allergiques au lait de vache ou au soja seront également allergiques à un autre aliment ; 65 % des enfants allergiques un aliment solide seront allergiques au lait de vache et/ou soja.

Faut-il retarder l'introduction des aliments à risque ? Ceci est à discuter au cas par cas.

L'allergie est également possible chez l'enfant, voir chez l'adulte.

Le critère de l'âge n'est donc pas forcément vrai. Les signes cliniques sont vomissements, léthargie, pâleur survenant deux heures après l'injection d'un aliment. Le phénomène n'est pas IgE médié. Le test de provocation pose le diagnostic (si le malaise est typique et répété, un test de provocation pas nécessaire).

Dans les formes typiques, il y a vomissements et/ou diarrhée deux heures après l'ingestion d'aliments; on note une élévation des neutrophiles, l'examen de selle n'est probablement pas nécessaire.

Hypothèse physiopathologique: le phénomène est médié par les cellules T, avec l'effet des cytokines.

Les patchs tests sont peu utiles avec mauvaise sensibilité (11.8 %) et une spécificité de 85.7 %. Les tests de transformation lymphocytaire sont peu utiles. Le test de provocation (avec voie veineuse en place) est diagnostique. Le pronostic est bon, avec 60 à 90 % de résolution de l'allergie au lait de vache à l'âge de trois ans, des résultats assez similaires pour le soja ; pour les entérocolites aux solides, la résolution est moins rapide.

Pour la réintroduction des œufs dans le cas présent, un test de provocation a été tenté à l'âge de deux ans.

Docteur Caubet a fait une étude, 30 à 60 % des patients ont aussi une atopie; néanmoins 24 % des enfants avaient des IgE. Il y a probablement la possibilité de passage d'une forme non IgE médiée à une forme IgE médiée. Du coup, il est intéressant de doser les IgE avant un test de provocation.

**Un nourrisson de deux mois** se présente pour des diarrhées chroniques, trois à quatre selles liquides par jour. Un régime de lait sans lactose et Perentérol n'avaient pas amélioré la situation. Il n'y avait pas de sang dans les selles. L'état général était relativement conservé en dehors d'une perte de poids.

Il s'agissait d'un nouveau-né à terme, allaitée pendant 15 jours, puis nourri par lait de suites numéro 1 ; l'anamnèse familiale révélait un cancer digestif chez le grand-père, et la notion de contagage par des diarrhées chez le grand frère.

Il est vu en gastro-entérologie pédiatrique, le bébé paraît un peu maigri mais en bon état général. Il s'agit donc d'un nourrisson de deux mois et demi présentant des diarrhées depuis 2 à 3 semaines (ce qui le place entre diarrhées aiguës et chroniques). Le côté infectieux a été exploré et s'est révélé négatif, un diagnostic différentiel d'allergie, de mal absorption X, de déficit immunitaire éventuel ou de diarrhée syndromique métabolique est évoqué.

Le laboratoire montre une leucocytose, une acidose métabolique avec un pH à 7.26. Il y a du sang dans les selles, l'élastase, la calprotectine sont dans la norme. L'enfant est hospitalisé pour réhydratation intraveineuse; après arrêt de ce traitement, l'évolution est mauvaise : sang dans les selles, calprotectine fécale à 1777. Un diagnostic d'allergie aux protéines du lait de vache est évoqué et un traitement hydrolysats de lait est introduit.

Dans un deuxième temps, un challenge aux protéines du lait de vache sera utile. Un diagnostic d'entéocolite versus proctocolite est évoqué. L'intolérance au lactose est très rare chez le nourrisson.

Dans la discussion, est évoquée la similitude entre la dermatite atopique avec une barrière cutanée fragilisée et l'entéocolite avec une barrière entérique fragilisée ; peut-il s'agir d'un déficit en filaggrine dans les deux cas ?

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)