



Le journal faxé de l'UnaformeC

Vous pouvez désormais consulter ce journal au format acrobat reader (en pdf) sur notre site, à l'adresse suivante : www.unaformec.org

EN BREF...

- Les maladies en relation avec l'allergie se multiplient sous toutes leurs formes dans les pays développés.
- L'hypothèse d'une iatrogénie résultant d'un environnement pollué par l'activité humaine est très vraisemblable.
- Le diagnostic d'allergie repose toujours sur une anamnèse précise : elle peut le cas échéant orienter le bilan allergologique.
- Celui-ci n'est à envisager que si la probabilité clinique de l'allergie suspectée laisse supposer qu'une désensibilisation spécifique est possible.
- Il persiste actuellement dans ce domaine de grandes incertitudes. Mais des progrès prometteurs sont en cours.

VIVRE SON ALLERGIE

Quelle prise en charge proposer ? Avec quels arguments pour convaincre ? Ce n'est pas si simple.

Attendre, traiter empiriquement, ou tester ? Tester l'allergie n'a de sens que si le résultat des tests apporte un argument pour décider de la prise en charge. Attendre est donc justifié si la probabilité clinique d'une allergie est faible et que des tests sélectifs ont peu de chances d'augmenter cette probabilité. Traiter empiriquement est indiqué selon les symptômes s'il est vraisemblable que même en cas de bilan allergologique négatif, la décision thérapeutique sera la même. Ces recommandations de l'*american college of physicians*¹ pour la rhinite allergique semblent applicables à toutes les situations. Selon ces recommandations, le traitement « empirique » comporte une première étape (antihistaminiques oraux et locaux, décongestionnants, stéroïdes et cromoglycates locaux) puis en cas d'échec à 1 mois, ou de troubles persistants modérés à sévères, une désensibilisation. Dans ce cas, les tests allergologiques préalables auront pour but d'informer sur la désensibilisation la plus appropriée.

Les évictions envisageables. Dans le domaine de l'allergie respiratoire, la « chasse aux acariens » est la mesure la plus courante – et la plus incertaine (lavage à haute température, aération des lieux, chasse aux insectes, nettoyage de la maison). La désensibilisation (3 à 5 ans d'injections...) ne vient qu'après. Dans le domaine de l'allergie alimentaire, la plupart de celles de l'enfant guérissent spontanément, à l'exception des allergies à l'arachide, aux fruits à coque, aux poissons et aux crustacés². Le latex occupe une place toute particulière où l'éviction est de règle. La clinique va de la simple dermatite de contact aux manifestations respiratoires voire au choc anaphylactique. Aucune allergie n'a autant augmenté ces 20 dernières années. Elle est croisée avec de nombreuses allergies alimentaires : banane, avocat, châtaigne, kiwi... Il est aussi important de prescrire l'adrénaline en cas de choc sévère que de remettre un plan d'action claire et précis en cas d'exposition accidentelle.

Les incertitudes restent nombreuses. La première concerne les sensibilités et spécificités des différents tests, mais aussi la simple définition des positivités, qui varie d'une étude à l'autre. La seconde est que les études dans ce domaine portent sur des populations sélectionnées par des allergologues, ce qui limite les possibilités de généralisation. En attendant que se concrétisent les espoirs sur les allergènes recombinants et autres anti-IgE, la prise en charge de l'allergique reste très empirique et approximative...

J.P. VALLEE

¹Gendo K, Larson EB. Evidence-based diagnostic strategies for evaluating suspected allergic rhinitis. *Ann Intern Med* 2004 ; 140 : 278-89.

²Rancé F. Quoi de neuf dans l'allergie alimentaire en 2003 ? *Arch Pédiat* 2003 ; 10 : 1016-20.