

# Pleins feux

sur  
l'information nutritionnelle

Automne 2009

## Contenu

Le saviez-vous? p. 3, 4, 7

Quoi de neuf? p. 6

En résumé p. 2, 7

## Auteure

M<sup>me</sup> Usha Nathwani complète actuellement sa maîtrise en communication en nutrition à l'Université Ryerson et effectue un stage avec l'équipe de nutrition des Producteurs laitiers du Canada. Elle est diététiste et compte de nombreuses années d'expérience en nutrition clinique. Ses intérêts particuliers visent l'enseignement de la nutrition et la recherche pour la prévention des maladies chroniques.

## Remerciements

Nous désirons remercier la D<sup>re</sup> Janice Joneja pour son expertise à la révision de ce numéro de *Pleins feux*. La D<sup>re</sup> Joneja est l'une des rares expertes sur l'hypersensibilité alimentaire en Amérique du Nord. Elle est professeure auxiliaire à la School of Family and Nutritional Sciences de l'Université de la Colombie Britannique et dirige avec succès une pratique privée dont la spécialité consiste en la gestion des allergies alimentaires. Elle est également diététiste et compte de nombreuses années d'expérience dans les domaines scientifique, clinique et de la recherche.

Présenté par l'équipe des diététistes des Producteurs laitiers du Canada



## L'hypersensibilité alimentaire : en savons-nous assez sur le sujet?

### Sommaire

Ces dernières années, l'hypersensibilité alimentaire a suscité énormément d'intérêt auprès des consommateurs, des professionnels de la santé et des chercheurs. Dans les pays industrialisés, l'incidence de l'hypersensibilité alimentaire (les allergies et les intolérances alimentaires) a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières années. Cependant, la prévalence globale au sein de la population nord-américaine est d'environ 4 % seulement. Il y a eu une importante progression des connaissances sur la pathophysiologie de l'hypersensibilité alimentaire, ce qui a mené les chercheurs à développer des tests diagnostiques sophistiqués ainsi que de nouveaux traitements. Bien que le meilleur conseil à suivre pour prévenir une réaction allergique à un aliment demeure d'éviter l'aliment allergène en question, une nouvelle approche dans la gestion des allergies alimentaires, le test de provocation par voie orale, est en émergence. Cette approche, qui consiste à exposer avec prudence une personne allergique à l'aliment allergène (plutôt que de lui faire éviter l'aliment), a été étudiée chez les enfants souffrant d'allergies au lait, aux arachides et aux œufs. La tolérance à ces aliments a été atteinte chez quelques participants étudiés. Le syndrome d'allergie orale (syndrome d'allergie croisée entre pollens et aliments) constitue un autre secteur d'intérêt pour les chercheurs. Ce syndrome est causé par une réactivité croisée entre des allergènes alimentaires (protéines) et des allergènes structurés de façon similaire qui se trouvent dans les pollens anémophiles. L'étude CHILD, au Canada, et le projet PASTURE, dans l'Union européenne, font partie des nombreuses études à grande échelle qui ont pour but d'observer l'effet des facteurs environnementaux sur la prévalence des maladies allergiques. Récemment, Santé Canada a proposé une réglementation obligatoire sur l'étiquetage des allergènes pour les aliments emballés afin d'améliorer l'innocuité alimentaire pour la population canadienne souffrant d'hypersensibilité alimentaire.

### Introduction

L'hypersensibilité alimentaire – une réaction indésirable aux aliments – peut être le résultat d'une allergie alimentaire (hypersensibilité alimentaire allergique), d'une intolérance alimentaire (hypersensibilité alimentaire non allergique) ou d'une sensibilité chimique<sup>1,2</sup>. Au cours des 10 à 15 dernières années, il y a eu une hausse dramatique de l'incidence de l'hypersensibilité alimentaire dans

beaucoup de pays industrialisés<sup>3</sup>. L'anaphylaxie causée par les aliments demeure l'une des principales causes de soins médicaux d'urgence et est devenue une préoccupation de santé majeure dans de nombreux pays<sup>2</sup>.

Le diagnostic et la gestion de l'hypersensibilité alimentaire sont complexes et posent un grand défi aux professionnels de la santé. Heureusement, la

compréhension de la pathophysiologie de l'hypersensibilité alimentaire s'est améliorée au cours de la dernière décennie, ouvrant la voie à de nouvelles orientations pour le diagnostic et à de nouveaux traitements<sup>2,3</sup>.

En tant que professionnels de la santé, nous voyons souvent des clients qui sont incapables de faire la distinction entre l'allergie et l'intolérance alimentaire. Un exemple courant de cette confusion concerne le lait. En effet, on confond souvent l'intolérance au lactose avec l'allergie au lait. Ce numéro de *Pleins feux* traite de la prévalence de l'hypersensibilité alimentaire, des stratégies de gestion actuelles et des nouvelles orientations, et fournit des lignes directrices de pratique générales à l'intention des professionnels de la santé en ce qui concerne la gestion de l'hypersensibilité alimentaire.

## En résumé

### *Les types d'hypersensibilités alimentaires*

**L'allergie alimentaire** est une réaction indésirable à une protéine (allergène) présente dans un aliment. La réaction est causée par un mécanisme immunologique médié. Lorsqu'une réaction allergique survient, les symptômes peuvent varier de modérés à graves et peuvent apparaître dans les minutes ou les heures qui suivent l'ingestion de l'aliment allergène, et ce, même si la quantité consommée est minime<sup>1,2,4</sup>.

**L'intolérance alimentaire** est une réaction causée par un mécanisme non immunologique. Elle provoque une mauvaise digestion ou une mauvaise absorption d'une composante alimentaire. L'intolérance alimentaire diffère de l'allergie alimentaire. En effet, il faut consommer une plus grande quantité d'un aliment offensant pour provoquer une intolérance alimentaire, et la réaction indésirable ne survient pas aussi rapidement (cela peut prendre des heures ou des jours)<sup>1,2,4</sup>.

**La sensibilité chimique**, pour sa part, est une réaction indésirable à un produit chimique qui se trouve naturellement dans un aliment ou qui y est ajouté. Ces produits chimiques comprennent la caféine dans le thé, le café et le chocolat; la tyramine dans les fromages vieillissants; et le glutamate monosodique (GMS), les sulfites et les autres additifs présents dans les aliments transformés<sup>1,4</sup>.

## Les explications proposées pour l'hypersensibilité alimentaire

En 1989, le Dr David Strachan a proposé l'hypothèse de l'hygiène pour expliquer l'hypersensibilité alimentaire. Cette théorie a acquis un certain soutien auprès des professionnels de la santé. Selon l'hypothèse du Dr Strachan, une exposition aux bactéries et aux virus dès la petite enfance semblait avoir un effet protecteur contre les maladies allergiques. En effet, le Dr Strachan croyait que l'infection croisée entre les frères et sœurs plus âgés et le nourrisson réduisait l'incidence d'asthme et d'autres allergies chez le nourrisson. Depuis, plusieurs autres études tendent à soutenir cette hypothèse<sup>5,6</sup>.

Les symptômes d'une réaction allergique sont déclenchés par des composés chimiques (appelés des médiateurs inflammatoires) qui sont libérés par des cellules spéciales (les mastocytes) lorsqu'une protéine étrangère entre dans le corps par la bouche, le nez, l'épiderme ou l'appareil génito-urinaire. La réponse immunitaire qui entraîne cette réaction est contrôlée par les lymphocytes (les globules blancs) connus comme les cellules T auxiliaires (Th)<sup>4</sup>.

Notre système immunitaire nous protège des substances étrangères qui entrent dans notre corps. Lorsqu'un corps étranger entre dans l'organisme, la réponse immunitaire suit deux voies possibles : la voie Th1, qui combat la bactérie pathogène et les virus, ou la voie Th2, qui répond aux protéines étrangères qui causent les réactions allergiques<sup>4,5</sup>.

L'hypothèse de l'hygiène suggère que l'environnement aseptisé dans lequel nous vivons actuellement aurait rendu la voie Th2 dominante. Cet environnement aseptisé réduit le besoin de combattre les micro-organismes dans l'environnement naturel. Ce reversement a fait augmenter la prévalence des allergies dans les pays industrialisés<sup>4</sup>. De plus, il a été suggéré que si les bébés et les enfants étaient exposés à une gamme plus vaste de micro-organismes, la voie Th1 dominerait, ce qui en retour réduirait la prévalence de tous les types d'allergies dans ces pays<sup>4</sup>.

L'hypothèse de l'hygiène a incité l'Union européenne à subventionner PASTURE (Protection contre l'allergie : une étude dans des environnements ruraux), un projet à grande échelle dont le but est d'étudier l'effet de l'environnement intérieur (c.-à-d. vivre dans une communauté fermière versus ne pas vivre dans une communauté fermière) sur la prévalence d'allergies chez les enfants<sup>5,6</sup>. Le projet PASTURE est toujours en cours, mais à ce jour, les auteurs de l'étude ont observé une réduction de l'incidence de l'asthme et d'autres allergies

chez les enfants qui grandissent à proximité d'animaux et dans un environnement de ferme non aseptisé. Ce phénomène est connu comme « l'effet de la ferme ». Des études menées aux États-Unis ont permis de tirer des conclusions similaires. Cependant, il y a des études qui ne soutiennent pas l'hypothèse de l'hygiène<sup>6</sup>.

D'autres théories qui sont considérées pour expliquer la prévalence accrue de l'hypersensibilité alimentaire comprennent notamment<sup>3</sup> :

- la consommation accrue d'acide gras oméga-6,
- la consommation réduite d'acide gras oméga-3,
- l'apport alimentaire réduit en antioxydants,
- l'apport excessif ou la carence en vitamine D.

## L'hypersensibilité alimentaire allergique (l'allergie alimentaire)

En Amérique du Nord, jusqu'à 25 % des adultes croient qu'ils souffrent eux-mêmes ou que leurs enfants souffrent d'allergies alimentaires. En réalité, les allergies alimentaires affectent seulement 4 % de la population nord-américaine – soit de 6 à 8 % des enfants et de 1 à 2 % des adultes<sup>2-4,7,8</sup>. Au Canada, les taux sont similaires à ceux des États-Unis<sup>1,5</sup>.

La plupart des allergies alimentaires se développent dans les trois premières années de vie, et l'incidence diminue progressivement jusqu'à la fin de la première décennie de vie. Avec le temps, la tolérance clinique se développe pour la plupart des allergènes alimentaires, sauf pour les arachides, les noix, le poisson et les crustacés<sup>2,3,7,8</sup>. Au Canada, en ce qui concerne l'étiquetage, les aliments ou additifs suivants sont considérés comme des allergènes alimentaires prioritaires<sup>1</sup> : les arachides, les noix, les graines de sésame, le lait, les œufs, le poisson (y compris les mollusques et les crustacés), le soya, le blé et les sulfites.

Les allergies alimentaires surviennent habituellement chez les gens qui ont une prédisposition génétique aux allergies. Toutefois, les rapports indiquent que jusqu'à 15 % des enfants qui souffrent d'allergies alimentaires n'ont pas d'antécédents familiaux d'allergies<sup>4</sup>. Selon plusieurs études scientifiques, et comme mentionné ci-dessus, les facteurs environnementaux semblent jouer un rôle significatif dans l'incidence accrue des maladies allergiques dans les pays occidentaux<sup>2,3,5</sup>.

Les allergies alimentaires se produisent par l'intermédiaire des mécanismes immunologiques médiés ou non par les immunoglobulines E (IgE)<sup>2-4,7,8</sup>.

## L'allergie alimentaire médiée par les IgE

Dans toutes les réactions allergiques, une immunoglobuline E (IgE) est libérée par les cellules T auxiliaires. L'IgE est spécifique à un allergène, ce qui signifie que pour chaque type d'allergène (alimentaire ou environnemental), le corps produit une IgE spécifique. Un test par scarification (test cutané) ou une analyse sanguine peut indiquer la présence d'une IgE spécifique à un allergène, mais ces tests produisent souvent des résultats faux-positifs. Les résultats doivent donc être analysés en contexte avec les symptômes cliniques avant qu'un diagnostic d'allergie alimentaire puisse être clairement établi. En Amérique du Nord, de 3,5 à 4 % de la population souffre d'allergies alimentaires médiées par les IgE<sup>1-4,7,8</sup>.

Les symptômes d'allergies alimentaires médiées par les IgE comprennent l'urticaire, les éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons, l'œdème de Quincke (gonflement des tissus), le syndrome d'allergie orale, la rhinite (inflammation nasale), l'asthme et l'anaphylaxie. En ce qui concerne les symptômes gastro-intestinaux, ceux-ci comprennent les nausées, les crampes abdominales, les vomissements et la diarrhée<sup>2-4</sup>.

Dans le cas des réactions alimentaires médiées par les IgE, la réponse est immédiate et provoque des symptômes qui peuvent varier de modérés à mortels (anaphylaxie). Dans le cas des réactions alimentaires non médiées par les IgE, la réponse a tendance à être retardée et n'est pas mortelle. De plus, les réactions non médiées par les IgE se manifestent après une exposition prolongée à l'allergène alimentaire<sup>2,3,8</sup>.

## Le saviez-vous?

### Le mystère de l'allergie aux arachides

En Chine et aux États-Unis, la consommation d'arachides par personne est similaire. Pourtant, les allergies aux arachides sont pratiquement inexistantes en Chine. On croit que c'est parce qu'en Chine, on mange surtout des arachides bouillies ou frites alors qu'aux États-Unis, on les mange surtout grillées à sec. Le processus pour griller les arachides à sec pourrait contribuer à accroître l'allergénicité des protéines contenues dans les arachides. L'incidence de l'allergie aux arachides chez les enfants d'Amérique du Nord a doublé entre 2002 et 2007. La prévalence rapportée est d'environ 1 %<sup>2-4,8</sup>.

## La maladie cœliaque

La maladie cœliaque est causée par une hypersensibilité au gluten (qui se trouve dans le blé, le seigle et l'orge), celle-ci étant une hypersensibilité non médiée par les IgE<sup>2-4,7,8</sup>. L'incidence de la maladie cœliaque a augmenté ces dernières années, et selon des statistiques récentes, 1 % de la population nord-américaine souffre de cette maladie<sup>1,9</sup>.

## L'allergie au lait de vache

L'allergie au lait de vache est moins courante qu'on ne le croit et que ne le rapportent les médias. À l'exception des protéines qui se trouvent dans le lait maternel, les protéines du lait de vache sont souvent les toutes premières protéines qu'un nourrisson consomme (celles provenant de préparations pour nourrissons). La prévalence d'allergie au lait de vache est de 2 à 3 % chez les nourrissons âgés de moins d'un an, et chez 80 à 90 % des enfants, cette allergie se résorbe avant l'âge de cinq ans<sup>2,4,7,10</sup>. Cependant, l'allergie au lait de vache peut persister jusqu'à l'âge scolaire et même jusqu'à l'adolescence chez une petite minorité d'enfants<sup>10,11</sup>. Chez les adultes, la prévalence de l'allergie au lait observée est de 0,1 à 0,5 % seulement<sup>4</sup>.

L'allergie au lait de vache peut être médiée ou non par les IgE. Les enfants qui ont une allergie au lait non médiée par les IgE ont tendance à s'en débarrasser plus tôt que ceux qui ont une allergie médiée par les IgE<sup>10,11</sup>. Le lait contient plus de 25 protéines différentes – dont 80 % sont des protéines de caséine et 20 % sont des protéines de lactosérum<sup>12</sup> – et les protéines de lait qui provoquent le plus souvent une réaction allergique sont la bêta-lactoglobuline (qui se trouve dans le lactosérum); l'alpha-caséine, la bêta-caséine et la kappa-caséine; et l'albumine bovine (qui se trouve dans le lactosérum)<sup>4</sup>.

Très peu d'études ont porté sur l'allergie au lait chez les adultes. Toutefois, les protéines de lactosérum et de caséine sont toutes deux impliquées dans les allergies au lait chez les adultes, et la réaction à ces protéines peut être grave<sup>13</sup>. Certains des symptômes gastro-intestinaux de l'allergie au lait de vache (nausée, douleurs abdominales, ballonnements, flatulences et diarrhée) la rendent difficile à distinguer d'une intolérance au lactose<sup>4</sup>.

## Le saviez-vous?

### Le lait cuit peut offrir des avantages

Certaines personnes allergiques aux protéines de lactosérum peuvent consommer du lait bouilli ou du lait cuit se retrouvant dans les aliments préparés. La plupart des protéines de lactosérum sont facilement dégradées par la chaleur, alors que les protéines de caséine sont plus thermostables et pourraient donc ne pas être dégradées par la chaleur<sup>4</sup>.

## L'hypersensibilité non allergique (l'intolérance alimentaire)

### L'intolérance au lactose

L'intolérance au lactose est un exemple courant d'intolérance alimentaire. Le lactose est le principal sucre du lait, et une enzyme digestive appelée lactase est nécessaire pour le décomposer en sucres simples (glucose et galactose), qui peuvent ensuite être facilement absorbés par le corps. Dans l'alimentation nord-américaine typique, l'apport quotidien en lactose provenant de produits laitiers est estimé à 10 grammes<sup>4</sup>. Les symptômes de l'intolérance au lactose comprennent les nausées, les douleurs abdominales, les ballonnements, les flatulences et la diarrhée.

L'enzyme lactase est produite dans la muqueuse de l'intestin grêle. Une carence temporaire en lactase, causée par une blessure ou une maladie (comme une attaque de diarrhée grave, un traitement de radiothérapie de la région pelvienne ou la maladie cœliaque) ou par une réduction permanente de cette enzyme (comme c'est le cas pour 80 % de la population adulte dans le monde) empêche la digestion complète du lactose.

Il est important de faire la distinction entre une véritable allergie au lait et l'intolérance au lactose, puisque ces deux conditions doivent être gérées de façon différente. Le degré d'intolérance au lactose varie d'une personne à l'autre, il faut donc déterminer la tolérance de chaque personne. La plupart des personnes intolérantes au lactose peuvent consommer un verre de lait par jour sans éprouver de symptômes. De plus, il a été suggéré récemment que l'adaptation colique au lactose pourrait améliorer la tolérance<sup>4,14</sup>.

## La réactivité croisée des allergènes alimentaires :

### Le syndrome d'allergie orale

Le syndrome d'allergie orale est aussi appelé syndrome d'allergie croisée entre pollens et aliments. Il s'agit du trouble d'hypersensibilité alimentaire le plus répandu chez les adultes<sup>5</sup>. Il est causé par les protéines alimentaires contenues dans les fruits et les légumes frais, qui ont une structure similaire à celle des pollens anémophiles.

Par exemple, si une personne est allergique aux bouleaux, cette personne pourrait développer des symptômes allergiques après avoir mangé des pommes de terre, des carottes, des pommes, des poires, des noisettes ou des kiwis crus. De même, les symptômes d'allergie à l'herbe à poux peuvent être associés aux melons, aux bananes et aux kiwis, et les symptômes de l'allergie au pollen des graminées peuvent être associés aux tomates et aux céleris crus. Ces aliments (sauf les noix) sont mieux tolérés lorsqu'ils sont cuits parce que les allergènes contenus dans les fruits et les légumes sont dégradés pendant la cuisson. Ces dernières années, la liste des aliments causant le syndrome d'allergie orale s'est allongée de façon significative<sup>2-4,7,8,15</sup>.

Les symptômes du syndrome d'allergie orale comprennent les démangeaisons et l'irritation de la cavité buccale, l'enflure des lèvres ou de la langue et le resserrement de la gorge dans les minutes qui suivent la consommation de l'aliment qui cause l'allergie<sup>2-4,7,8,15</sup>.

### Les défis des allergies alimentaires

S'il est complexe de poser un diagnostic d'allergie alimentaire, il est bien pire d'en souffrir. Pour le parent d'un enfant allergique, les inquiétudes sont nombreuses au quotidien. Il faut préparer les boîtes à lunch, et les sorties scolaires, les fêtes d'anniversaire et les repas à l'extérieur de la maison, ce qui peut s'avérer une cause de stress. Par ailleurs, voyager par avion lorsqu'on souffre d'allergies alimentaires peut aussi comporter un certain risque : les enfants et les adultes souffrant d'allergies peuvent développer des réactions allergiques graves à la poudre qui provient d'un emballage de noix et qui est aéroportée dans la cabine de l'avion, ou aux arachides

ou aux autres allergènes cachés dans les aliments servis aux passagers<sup>2,16</sup>. C'est pourquoi Air Canada a retiré les arachides et les mollusques de ses menus et que WestJet ne sert pas de noix, d'arachides, de poisson, de crustacés ou de graines de sésame à ses passagers<sup>16</sup>.

### Les orientations futures pour la gestion des allergies alimentaires

#### Test de provocation par voie orale

Ces dernières années, une nouvelle approche a vu le jour dans la gestion des allergies alimentaires : le test de provocation par voie orale. Cette approche consiste à administrer un aliment allergène en très petites doses et à augmenter graduellement la quantité tous les jours pour finalement en arriver à la consommation d'une portion régulière. En théorie, ce processus entraîne le système immunitaire à accepter la protéine de l'aliment allergène et à établir une tolérance. Une fois que la tolérance à un aliment allergène est établie, cet aliment peut alors être consommé de façon régulière<sup>2-4,17</sup>.

De nombreuses études de provocation par voie orale ont récemment été effectuées pour les allergies au lait, aux arachides et aux œufs. Dans une des études portant sur l'allergie au lait, la majorité des enfants pouvait tolérer une consommation quotidienne de 200 à 250 ml de lait pendant une période d'un an<sup>18</sup>. Dans une autre étude, l'introduction graduelle de lait de vache chauffé a également semblé induire une certaine tolérance chez les enfants<sup>19</sup>. En ce qui concerne l'allergie aux arachides, une étude récente a montré une tolérance à une petite quantité d'arachides chez un groupe d'enfants gravement allergiques<sup>20</sup>. Puis, dans le cadre d'une étude portant sur l'allergie aux œufs, une tolérance a également été observée chez un petit nombre de participants<sup>17</sup>.

Le test de provocation par voie orale semble être une approche très prometteuse, mais la procédure en est au stade expérimental et comporte des risques significatifs chez les enfants qui souffrent d'allergies alimentaires graves. Cette approche exige un suivi étroit et devrait être exécutée seulement sous la supervision d'un médecin<sup>20</sup>. Cependant, certains chercheurs se demandent si cette approche mènera à une tolérance permanente de l'allergène alimentaire et suggèrent que des études additionnelles soient menées afin d'évaluer son efficacité à long terme<sup>17,21,22</sup>.

## Quoi de neuf?

### L'étiquetage des aliments

En juillet 2008, Santé Canada a proposé de nouvelles exigences en matière d'étiquetage des aliments en ce qui concerne les allergènes alimentaires (noix, arachides, graines de sésame, blé, œufs, lait, soya, poissons, y compris les crustacés et les mollusques, gluten et sulfites) contenus dans les aliments emballés. Ces nouvelles exigences répondent à la demande grandissante, de la part des professionnels de la santé et des consommateurs, selon laquelle les allergènes doivent être plus clairement identifiés sur les étiquettes des aliments. Ces règlements devraient entrer en vigueur prochainement<sup>23</sup>.

Entre-temps, Santé Canada a partiellement subventionné le projet Canadian Healthy Infant

Longitudinal Development (CHILD), un projet à l'échelle nationale qui a pour but de déterminer si les facteurs environnementaux sont responsables ou non de la prévalence accrue de maladies allergiques chez les enfants de cinq ans et moins<sup>5</sup>.



### Diagnostiquer une allergie alimentaire

Diagnostiquer une allergie alimentaire est souvent un processus complexe et long. Le test de provocation orale aux aliments à double insu avec placebo constitue la norme d'excellence pour le diagnostic. Toutefois, ces dernières années, beaucoup de tests sophistiqués qui pourraient aider à identifier une allergie alimentaire avant de devoir recourir au test de provocation orale aux aliments à double insu avec placebo ont été développés<sup>2,3,7</sup>. Quelques méthodes couramment utilisées par les allergologues pour identifier les allergènes comprennent notamment<sup>2-4,7,8</sup> :

- L'étude approfondie des antécédents médicaux et alimentaires pour identifier l'hypersensibilité alimentaire;
- Le test par scarification/ponction;
- L'analyse sanguine telle que la technique RAST ou le test de dosage des IgE spécifiques, comme le test ImmunoCAP® RAST;
- L'élimination de l'aliment dans l'alimentation et le test de provocation par voie orale une fois qu'un allergène alimentaire est identifié;
- Le test de provocation orale aux aliments à double insu avec placebo si nécessaire.

### La prévention des allergies alimentaires

Il est très important de prévenir, réduire ou soulager les allergies alimentaires dès la petite enfance parce que celles-ci contribuent significativement au développement d'autres maladies allergiques comme l'eczéma, l'asthme et la rhinite allergique<sup>4</sup>. Dans leur rapport daté de 2008, Santé Canada et l'American Academy of Pediatrics émettent les suggestions suivantes pour les nourrissons<sup>2,4,25,26</sup> :

- Les nourrissons à risque élevé (ceux dont un parent ou un frère ou une sœur ont une allergie alimentaire) devraient être allaités exclusivement pendant au moins six mois;
- Si, pour un nourrisson à risque élevé, la supplémentation est nécessaire avec l'allaitement, il faut utiliser une formule à base de caséine fortement hydrolysée;
- Aucune diète spéciale n'est recommandée pendant la grossesse et la lactation, à moins que la mère ne soit allergique à un certain aliment ou que le bébé développe des symptômes allergiques;
- L'introduction d'aliments solides devrait être retardée jusqu'à ce que le nourrisson soit âgé de six mois. Les aliments devraient être introduits un à la fois.

## Lignes directrices générales pour la pratique

L'identification de l'hypersensibilité alimentaire est très complexe. Notre rôle est donc d'aider et de guider nos clients jusqu'à ce qu'ils puissent consulter un spécialiste des allergies. Pour ce faire, les étapes suivantes peuvent être utiles<sup>2-4,7,8</sup>.

1. Vérifier s'il y a présence d'antécédents familiaux d'hypersensibilité alimentaire;
2. Noter de façon détaillée les antécédents alimentaires du client et lui demander de tenir un journal alimentaire pendant cinq jours;
3. Essayer d'identifier à quel moment les réactions indésirables et les symptômes surviennent (immédiatement ou plus tard);
4. Suggérer au client d'éviter les aliments qui provoquent une réaction ou des symptômes (s'ils sont identifiés), et ce, jusqu'à ce qu'un diagnostic d'allergie ou d'intolérance alimentaire soit définitivement établi;
5. Inciter le client à tenir un journal alimentaire et de symptômes;
6. Inciter le client à lire les listes d'ingrédients sur les aliments emballés au supermarché;
7. Diriger le client vers un ou une diététiste une fois que l'allergène alimentaire a été identifié.

### En résumé

#### *Qu'est-ce que l'anaphylaxie?*

L'anaphylaxie est une réaction aiguë pouvant entraîner la mort qui est causée par une allergie médiée par les IgE. Cette condition survient à tout âge, mais elle est plus fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes. Anaphylaxie Canada a récemment mis en ligne un nouveau site Web (<http://www.whyriskit.ca> – site anglais seulement; le site français est en développement) qui fournit des stratégies pour prévenir l'anaphylaxie causée par les aliments<sup>24</sup>.

Des symptômes de l'anaphylaxie sont observés dans tous les organes du corps et comprennent les démangeaisons généralisées, l'urticaire, l'irritation de la bouche et de la gorge, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, le resserrement de la gorge et de la poitrine, la perte de conscience et, dans de rares cas extrêmes, le choc cardiovasculaire et la mort par choc anaphylactique<sup>3,4,7,8,24</sup>.

## Le saviez-vous?

### L'hypersensibilité causée par l'exercice

Dans certains cas, l'exercice peut provoquer une réaction anaphylactique à un aliment allergène dans les deux à quatre heures qui suivent l'ingestion. En temps normal, sans exercice, l'aliment consommé ne causerait pas de réaction. Ce trouble est appelé anaphylaxie induite par l'exercice physique et l'ingestion d'aliments et il survient chez les personnes qui ont un test d'allergie cutanée positif à un aliment qui ne cause pas de réaction allergique en temps normal. L'anaphylaxie induite par l'exercice physique et l'ingestion d'aliments est plus fréquente chez les femmes âgées de 15 à 35 ans<sup>2-4,7</sup>.

## Conclusion

Au cours des dix dernières années, des recherches approfondies sur le diagnostic et la gestion de l'hypersensibilité alimentaire (allergie ou intolérance alimentaire) ont été menées. Diagnostiquer une allergie alimentaire demeure cependant un défi de taille, et ce diagnostic devrait être posé par un spécialiste des allergies qui utilisera des méthodes scientifiques pour l'établir. Une fois qu'un allergène alimentaire est identifié, il est important de diriger le client vers un ou une diététiste, qui pourra concevoir un plan alimentaire pouvant combler les besoins nutritionnels quotidiens du client. Cette étape empêchera de retirer inutilement des aliments de l'alimentation et réduira le stress causé par l'allergie alimentaire.

Bien que le meilleur conseil à suivre pour prévenir une réaction allergique causée par un aliment demeure d'éviter l'aliment allergène, il existe une nouvelle orientation dans la gestion des allergies alimentaires. En effet, exposer une personne tôt et graduellement à un aliment allergène (plutôt qu'opter pour l'évitement complet de l'aliment) pourrait contribuer à développer une tolérance clinique. Le test de provocation par voie orale, qui est toujours au stade expérimental, est fondée sur cette théorie. Nous espérons que des études futures dans le domaine permettront aux enfants et aux adultes de développer une tolérance permanente aux allergènes alimentaires. Entre-temps, notre rôle en tant que professionnels de la santé est de fournir des directives appropriées et d'éduquer les personnes qui souffrent d'hypersensibilité alimentaire.

## Références

1. Santé Canada. « Le gouvernement du Canada propose de nouvelles exigences relatives à l'étiquetage afin de protéger la santé des Canadiens », dans Communiqués de presse, [En ligne], 2008. [[http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/\\_2008/2008\\_117-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2008/2008_117-fra.php)] (Consulté le 15 juin 2009).
2. Sampson HA. Update on food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113(5):805-19.
3. Sicherer SH et Sampson HA. Food allergy: recent advances in pathophysiology and treatment. *Annu Rev Med* 2009;60:261-77.
4. Joneja JV. Dealing with food allergies in babies and children. Boulder, CO, Bull Publishing Company, 2007, 448 p.
5. Smith G et Cerny D. « Why so many allergies now? », *Allergic Living*, Fall 2008, p.22-33.
6. von Mutius E et coll. The PASTURE project: EU support for the improvement of knowledge about risk factors and preventive factors for atopy in Europe. *Allergy* 2006;61(4):407-13.
7. Sampson HA. Food allergy – accurately identifying clinical reactivity. *Allergy* 2005;60 Suppl 79:19-24.
8. Vadas P. « On the table : food allergies », *Canadian Journal of Diagnosis*, Aug 2003, p. 86-93.
9. Rubio-Tapia A et coll. Increased prevalence and mortality in undiagnosed celiac disease. *Gastroenterology* 2009;137(1):88-93.
10. Saarinen K et coll. Clinical course and prognosis of cow's milk allergy are dependent on milk-specific IgE status. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116(4):869-75.
11. Skripak JM et coll. The natural history of IgE-mediated cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120(5):1172-7.
12. « The importance of milk and milk products in the diet », dans Miller GD et coll. *Handbook of Dairy Foods and Nutrition*, 3e éd. Rosemont, IL, CRC, p. 1-64.
13. Lam HY et coll. Cow's milk allergy in adults is rare but severe: both casein and whey proteins are involved. *Clin Exp Allergy* 2008;38(6):995-1002.
14. Hertzler SR et Savaiano DA. Colonic adaptation to daily lactose feeding in lactose maldigesters reduces lactose intolerance. *Am J Clin Nutr* 1996;64(2):232-6.
15. Sicherer SH. Clinical implications of cross-reactive food allergens. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(6):881-90.
16. Van Evra J. « Flying allergic », *Allergic Living*, Winter 2009 p. 22-31.
17. Niggemann B et coll. Specific oral tolerance induction in food allergy. *Allergy* 2006;61(7):808-11.
18. Zapatero L et coll. Oral desensitization in children with cow's milk allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008;18(5):389-96.
19. Skripak JM et Wood RA. Mammalian milk allergy: avoidance strategies and oral desensitization. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;9(3):259-64.
20. Clark AT et coll. Successful oral tolerance induction in severe peanut allergy. *Allergy* 2009;64(8):1218-20.
21. Keet CA et Wood RA. Specific oral tolerance induction in food allergy in children: efficacy and clinical patterns of reaction. *Pediatrics* 2008;122(Suppl):S192-3.
22. Rolinck-Wernighaus C et coll. Specific oral tolerance induction with food in children: transient or persistent effect on food allergy? *Allergy* 2005;60(10):1320-2.
23. Santé Canada. « Allergies alimentaires - Nouvelles exigences relatives à l'étiquetage des aliments : réglementation ciblant l'amélioration de l'étiquetage des allergènes alimentaires, des sources de gluten et des sulfites ajoutés », dans *Aliments et nutrition*, [En ligne], 2008. [[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/allergen/project\\_1220\\_info-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/label-etiquet/allergen/project_1220_info-eng.php)] (Consulté le 15 juin 2009).
24. Medical News Today. « Anaphylaxis Canada launches new strategy to help keep more than 250,000 children and young adults with severe food allergies safe », dans *Allergy News*, [En ligne], 2008. [<http://www.medicalnewstoday.com/articles/151549.php>] (Consulté le 27 mai 2009).
25. Sicherer SH et Burks AW. Maternal and infant diets for prevention of allergic diseases: understanding menu changes in 2008. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(1):29-33.
26. Santé Canada (2005). « Breastfeeding and prevention of allergies », [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut\\_infant\\_nourrisson\\_term\\_3-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term_3-fra.php).

Vous pouvez vous inscrire à notre liste d'envoi en visitant notre site Web pour les professionnels de la santé au [www.savoirlaitier.ca](http://www.savoirlaitier.ca) (cliquez sur Nutrition > Nos bulletins > Pleins feux)

Pour les personnes abonnées à la copie papier, veuillez téléphoner : au 1-866-392-9929 en Ontario et au 1-800-465-2697 dans les Maritimes.

**Pleins feux** est un bulletin d'information gratuit, conçu par des diététistes professionnels à l'intention des professionnels de la santé. **Pleins feux** traite de la recherche actuelle portant sur des questions se rattachant aux produits laitiers et est offert en français et en anglais. Un feuillet d'information pour les consommateurs accompagne ce bulletin d'information.