

Revue générale

Pourquoi les rectorragies du nouveau-né et du jeune nourrisson révèlent rarement une allergie aux protéines de lait de vache

RÉSUMÉ : Les rectorragies des nouveau-nés et des jeunes nourrissons sont rarement dues à une allergie au lait de vache. Après avoir éliminé les causes plus rares (entérocolite ulcéro-nécrosante, invagination intestinale aiguë, infection, fissure anale, troubles de l'hémostase, malformation vasculaire) et en l'absence de signes de gravité, aucune intervention n'est nécessaire au cours des 96 premières heures.

Si les rectorragies persistent après cette période, les protéines du lait de vache devront être exclues chez l'enfant et/ou sa mère lorsqu'il est allaité. Si cette éviction permet la disparition des rectorragies, un test de réintroduction précoce est indispensable 2 à 4 semaines après l'exclusion, car elle ne confirmera le diagnostic de proctocolite allergique que dans moins d'un tiers des cas.

Lorsque le diagnostic est confirmé, la tolérance devra être recherchée par un test de réintroduction réalisé tous les 2 mois à partir de l'âge de 4 mois, car celle-ci est acquise plus rapidement que dans les autres formes d'allergie au lait.



A. LEMOINE, P. TOUNIAN
Nutrition et Gastroentérologie
pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

Les rectorragies chez un nouveau-né ou un jeune nourrisson sont particulièrement anxigènes pour les parents, elles constituent donc un motif fréquent de consultation. Les pédiatres consultés évoquent alors le plus souvent une proctocolite allergique aux protéines du lait de vache (PLV) et excluent les PLV chez l'enfant et/ou chez la mère si elle allaite [1]. Le but de cet article est de montrer que l'allergie aux PLV (APLV) est beaucoup plus rarement responsable de ces rectorragies qu'elle n'est évoquée.

Qu'est-ce qu'une proctocolite allergique ?

La proctocolite allergique au lait de vache se manifeste par du sang rouge dans les selles, associé ou non à des glaires, chez un enfant exclusivement

allaité ou alimenté par un lait infantile. Les selles sont d'aspect diarrhéique dans seulement 28 % des cas [2]. L'examen clinique et la croissance sont par ailleurs normaux, contrairement aux allergies de type entéropathique [2].

Il s'agit d'une pathologie bénigne non IgE-médiée, ne mettant pas en jeu le pronostic vital, contrairement aux allergies IgE-médiées. Elle concerne principalement les nouveau-nés et jeunes nourrissons de moins de 6 mois [3]. 60 % des proctocolites allergiques se développent lors d'un allaitement maternel exclusif, le contact avec les protéines alimentaires se faisant par leur passage dans le lait de la mère [4].

La prévalence des proctocolites allergiques est très faible. Elizur *et al.* ont effectivement évoqué ce diagnostic chez

I Revues générales

seulement 21 nourrissons sur 13 019 issus d'une cohorte de naissance, mais il a été confirmé par le test de provocation orale chez seulement 3 patients, soit 0,023 % de la population étudiée [5]. La prévalence des proctocolites allergiques aux PLV est donc bien inférieure à celle des allergies IgE-médiées [2].

La physiopathologie des proctocolites allergiques reposerait sur une immaturité du système immunitaire, avec une altération de la perméabilité intestinale, dans un contexte de susceptibilité génétique de sensibilité à certains antigènes alimentaires [6].

Le lait de vache est l'allergène responsable des proctocolites allergiques dans plus de 97 % des cas [7, 8]. Chez une minorité de patients (16,7 %), Kaya *et al.* retrouvent une allergie associée à l'œuf (6,6 %), au poulet (3,3 %), au blé (1,7 %), ou à la pomme de terre (1,7 %) [7].

Lorsque l'éviction du lait de vache chez la mère allaitante ne permet pas d'améliorer les rectorragies chez son enfant exclusivement allaité et ayant par ailleurs une croissance normale, on parle de colite au lait de mère. Il s'agit d'une pathologie bénigne dont la physiopathologie n'est pas parfaitement connue et qui ne nécessite comme seule prise en charge qu'une réassurance parentale.

Dans les proctocolites allergiques ou les colites au lait de mère, les examens complémentaires sont souvent peu contributifs. En effet, le dosage des IgE spécifiques du lait de vache n'apporte rien dans la prise en charge car même s'il s'agit bien d'une APLV, elle est de type non-IgE-médié [4]. Une hyperéosinophilie peut orienter le diagnostic vers celui de colite allergique [1], mais l'éosinophilie sanguine n'est pas corrélée à l'hyperéosinophilie tissulaire [9]. La rectosigmoïdoscopie, lorsqu'elle est réalisée, peut mettre en évidence une hyperplasie lymphoïde, une infiltration muqueuse éosinophilique ou d'autres signes macroscopiques ou histologiques aspécifiques, comme un

œdème de la muqueuse avec hyperhémie et micro-ulcérations [9-11]. Cependant, l'endoscopie digestive n'est pas recommandée en première intention.

Que faire devant un nouveau-né ou un jeune nourrisson consultant pour des rectorragies ? (fig. 1)

Les principales étiologies des rectorragies à cet âge sont rappelées dans le **tableau I** [10].

Il faut en premier lieu rechercher des signes de gravité clinique : signes cliniques d'entérocologie ou d'invagination intestinale aiguë, troubles hémodynamiques, défaillance respiratoire voire neurologique. Des rectorragies massives orientent vers un saignement actif d'origine colique, mais aussi parfois duodénale. Les autres diagnostics plus bénins devront également être recherchés. Une fissure anale doit être rapidement éliminée, d'autant plus que sa cicatrisation est en général très rapide. Une origine infectieuse est rare en l'absence

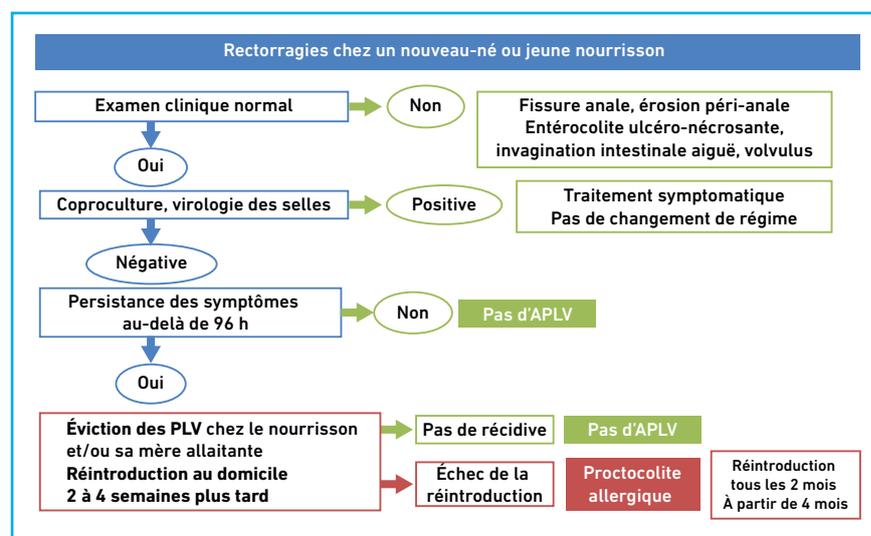


Fig. 1 : Conduite à tenir devant des rectorragies chez un nouveau-né ou un jeune nourrisson. APLV : allergie aux protéines du lait de vache.

Examen clinique normal	
Selles liquides et/ou glaireuses	Gastro-entérite aiguë infectieuse
	Proctocolite allergique
Selles normales	Colite au lait de mère
	Malformation vasculaire
	Coagulopathie
	Sang maternel mammaire dégluti
	Proctocolite allergique
Examen clinique anormal	
Cause locale : fissure anale, érosion péri-anale	
Entérocologie ulcéro-nécrosante	
Invagination intestinale aiguë	
Volvulus	

Tableau I : Principales étiologies des rectorragies pendant l'enfance (adapté d'après [10]).

de diarrhée et/ou de fièvre, mais une coproculture et une virologie des selles seront néanmoins prescrites au moindre doute. On rappellera que la recherche de toxines de *Clostridium difficile* dans les selles n'est pas pertinente avant l'âge de 3 ans. Enfin, des malformations vasculaires peuvent se manifester par des rectorragies itératives.

En l'absence de signes de gravité et lorsque les rectorragies sont d'abondance minimale (petits points ou filets de sang, glaires sanglantes), il faut temporiser pendant au moins 96 h avant toute intervention. Miceli Sopo *et al.* proposent même de patienter pendant 30 jours avant d'entreprendre une quelconque prise en charge [12].

Lorsque les rectorragies disparaissent spontanément au cours des 96 premières heures chez un nouveau-né, on parle de colite néonatale transitoire. Sa physiopathologie n'est pas connue et aucun élément biologique ou histologique ne permet de la distinguer d'une proctocolite allergique. Dans la série de Caubet *et al.*, 20 % des rectorragies disparaissent spontanément chez les nourrissons exclusivement allaités, sans modification du régime de la mère [13].

En l'absence d'amélioration spontanée des rectorragies après 96 h, une éviction du lait de vache est nécessaire. On prescrira alors un hydrolysat poussé de protéines du lait de vache ou un hydrolysat de protéines de riz chez le nourrisson et/ou une éviction des produits laitiers, incluant tous les laits de mammifères, chez la mère allaitante (associée à la prescription d'une supplémentation calcique). Les rectorragies disparaissent généralement en moins d'une semaine et au maximum en 3 semaines après l'éviction lorsqu'il s'agit d'une proctocolite allergique [1, 2].

Si les rectorragies ne s'amendent pas à l'issue de cette période de 3 semaines, chez un nourrisson qui n'est pas exclusivement allaité, une préparation infantile à base

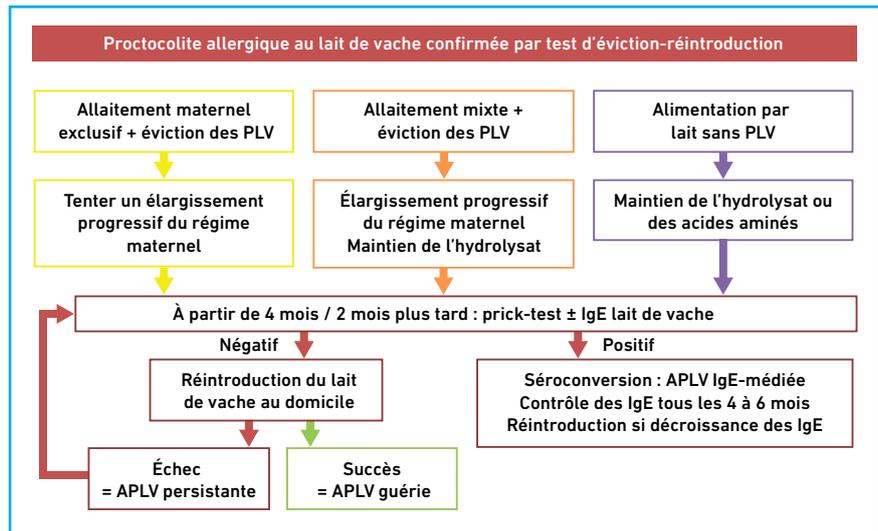


Fig. 2: Prise en charge des proctocolites allergiques au lait de vache. APLV: allergie aux protéines du lait de vache.

d'acides aminés devra être proposée. Si les rectorragies persistent sous cette préparation dépourvue de peptides, un diagnostic autre qu'une allergie aux hydrolysats devra être envisagé. Chez un nourrisson exclusivement allaité, la persistance des rectorragies malgré l'éviction des PLV par la mère oriente vers une colite au lait de mère non liée aux PLV. L'allaitement sera alors poursuivi sans qu'une nouvelle exclusion alimentaire ne soit nécessaire chez la mère et les PLV pourront être réintroduites dans l'alimentation maternelle. Les rectorragies cèdent généralement lors de l'arrêt total de l'allaitement.

Lorsque l'éviction des PLV chez l'enfant permet la disparition des rectorragies, le diagnostic d'allergie aux PLV devra toujours être confirmé par un test de réintroduction réalisé au domicile 2 à 4 semaines après la guérison (fig. 2). Dans une série personnelle, sur 43 nourrissons recevant un lait infantile dont les rectorragies avaient disparu après exclusion des PLV, seulement 14 (33 %) ont récidivé lors du test de réintroduction. Arvola *et al.* ont attribué les rectorragies au lait de vache chez seulement 7 des 40 nourrissons (18 %) qui avaient consulté pour une

suspicion d'APLV, aucune cause précise n'ayant pu être identifiée pour la majorité des autres patients [11]. Dans la cohorte de naissance d'Elizur *et al.*, les rectorragies sont réapparues chez 21 % (3/14) des nourrissons dont les saignements avaient disparu après exclusion des PLV et qui avaient bénéficié d'une réintroduction précoce du lait à titre diagnostique [5]. En Corée, un seul des 16 nouveau-nés avec rectorragies de faible abondance avait une proctocolite allergique confirmée au lait [14].

Ces données confirment que la majorité des rectorragies des nouveau-nés et des nourrissons ne sont pas dues à une proctocolite allergique aux PLV. On parle alors de nouveau de colite néonatale transitoire chez le nouveau-né, mais on ne peut cependant exclure une allergie aux PLV qui guérirait après une courte période d'exclusion des PLV.

Quand les proctocolites allergiques guérissent-elles ?

Dans notre série personnelle, l'âge médian de guérison était de 7 mois. Il était déterminé par la réalisation de

I Revues générales

POINTS FORTS

- Une part non négligeable des rectorragies du nouveau-né ou du jeune nourrisson guérit spontanément dans les 96 h. On parle de colite néonatale transitoire.
- Seule la persistance des rectorragies au-delà de 96 h justifie une éviction du lait de vache chez l'enfant et/ou sa mère s'il est allaité.
- Si l'exclusion du lait permet une disparition des rectorragies, un test de réintroduction est indispensable 2 à 4 semaines plus tard. Les rectorragies ne récidivent alors que dans un tiers des cas.
- Les proctocolites allergiques confirmées acquièrent plus rapidement la tolérance au lait que les autres formes d'allergie, justifiant des épreuves de réintroduction tous les 2 mois à partir de l'âge de 4 mois.

tests de réintroduction au domicile tous les 2 mois à partir de l'âge de 4 mois. La précocité de la guérison des proctocolites allergiques aux PLV est confirmée dans d'autres travaux [2, 7, 15]. En effet, la majorité des enfants tolèrent le lait avant 1 an, dont certains dès 3 mois d'éviction [5, 15]. De tels résultats justifient la réalisation de tests de réintroduction diagnostiques précoces, dès l'âge de 4-6 mois [2].

Cependant, lorsque l'allergie persiste après l'âge de 6 mois, des prick-tests au lait de vache et/ou des IgE spécifiques sont préconisés pour vérifier l'absence de séroconversion IgE-médiée qui peut survenir chez 4 à 30 % des patients [13]. Entre 4 et 6 mois, ces tests sont facultatifs car le risque de séroconversion est plus faible. Une telle évolution imposerait alors d'effectuer le test de réintroduction sous surveillance hospitalière.

Conclusion

Les rectorragies des nouveau-nés et jeunes nourrissons, qu'ils soient allaités exclusivement ou pas, sont rarement dues à une allergie au lait de vache. Elles disparaissent spontanément en quelques jours dans un nombre non négligeable

de cas, justifiant de patienter avant toute intervention.

Les rectorragies qui persistent justifient une exclusion transitoire des PLV qui, lorsqu'elle entraîne une guérison des rectorragies, doit être impérativement suivie d'une réintroduction diagnostique 2 à 4 semaines plus tard au cours de laquelle 2/3 des rectorragies ne récidiveront pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. XANTHAKOS SA, SCHWIMMER JB, MELIN-ALDANA H *et al.* Prevalence and outcome of allergic colitis in healthy infants with rectal bleeding: A prospective cohort study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2005;41:16-22.
2. NOWAK-WĘGRZYN A. Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2015;15:1-11.
3. LEONARD SA. Non-IgE-mediated adverse food reactions. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2017;17:84.
4. NOWAK-WĘGRZYN A, KATZ Y, MEHR SS *et al.* Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2015;135:1114-1124.
5. ELIZUR A, COHEN M, GOLDBERG MR *et al.* Cow's milk associated rectal bleeding: A population based prospective study. *Pediatr Allergy Immunol*, 2012;23:766-770.
6. TSABOURI S, NICOLAOU N, DOUROS K *et al.* Food protein induced proctocolitis: a benign condition with an obscure immunologic mechanism. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, 2017;17:32-37.
7. KAYA A, TOYRAN M, CIVELEK E *et al.* Characteristics and prognosis of allergic proctocolitis in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2015;61:69-73.
8. KOKSAL BT, BARIS Z, OZCAY F *et al.* Single and multiple food allergies in infants with proctocolitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2018;46:3-8.
9. JANG HJ, KIM AS, HWANG JB. The etiology of small and fresh rectal bleeding in not-sick neonates: Should we initially suspect food protein-induced proctocolitis? *Eur J Pediatr*, 2012;171:1845-1849.
10. NOWAK-WĘGRZYN A. Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis. *Allergy Asthma Proc*, 2015;36:172-184.
11. ARVOLA T, RUUSKA T, KERÄNEN J *et al.* Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. *Pediatrics*, 2006;117:760-768.
12. MICELI SOPO S, MONACO S, BERSANI G *et al.* Proposal for management of the infant with suspected food protein-induced allergic proctocolitis. *Pediatr Allergy Immunol*, 2018;29:215-218.
13. CAUBET J-C, SZAJEWSKA H, SHAMIR R *et al.* Non IgE-mediated gastrointestinal food allergies in children. *Pediatr Allergy Immunol*, 2017;28:6-17.
14. HWANG JB, HONG J. Food protein-induced proctocolitis: Is this allergic disorder a reality or a phantom in neonates? *Korean J Pediatr*, 2013;56:514-518.
15. ERDEM SB, NACAROGLU HT, KARAMAN S *et al.* Tolerance development in food protein-induced allergic proctocolitis: Single centre experience. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2017;45:212-219.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.