

Congrès – SFP/AFPA

Allergies alimentaires de l'enfant : nouvelles données et nouvelles recommandations de prévention

P. TOUNIAN, F. PAYOT, D. SABOURAUD-LECLERC

Lors du congrès des sociétés de pédiatrie, Nutricia a organisé un symposium autour des allergies alimentaires de l'enfant pour présenter de nouvelles données et nouvelles recommandations de prévention. En voici les résumés.

Biberon de complément chez les nourrissons allaités et risques d'allergie aux protéines du lait de vache

Compte rendu rédigé par le Pr P. Tounian (Service de Nutrition et Gastroentérologie Pédiatriques, Hôpital Trousseau, Sorbonne Université, Paris).

La grande majorité des nouveau-nés destinés à être exclusivement allaités reçoivent un ou plusieurs biberons de complément contenant des protéines du lait de vache (PLV) entières lors de leur séjour à la maternité. Pour certains d'entre eux, ces compléments sont justifiés : nécessité de laisser la mère se reposer (césarienne, accouchement compliqué, mère en unités de soins intensifs), nouveau-nés à risque d'hypoglycémie (macrosomes, hypotrophes, prématurés, nouveau-nés de mère diabétique). Mais pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'une solution de facilité sans aucune autre justification.

Dans une très belle étude randomisée portant sur 5 385 nouveau-nés exclusivement allaités, Saarinen *et al.* ont montré dès 1999 que le risque d'allergie aux PLV (APLV) au cours des 3 années suivantes était significativement augmenté lorsque le complément donné à la maternité contenait des PLV entières, comparativement à des nourrissons qui avaient reçu un hydrolysât poussé de PLV ou du lait de mère [1].

Vingt ans plus tard, ces résultats ont été confirmés dans une nouvelle étude randomisée qui a montré que les nouveau-nés exclusivement allaités qui recevaient un biberon de complément lors des 3 premiers jours de vie multipliaient par 10 le risque d'APLV ultérieure comparés à ceux qui n'en recevaient pas [2].

Enfin, Garcette *et al.* ont confirmé dans une étude cas-témoins portant sur 765 nourrissons que la prise d'un biberon de complément contenant des PLV entières à la maternité était un facteur de risque indépendant d'APLV ultérieure [3]. En revanche, lorsqu'un ou plusieurs biberons de complément étaient donnés au cours du premier mois de vie alors que l'enfant était encore exclusivement allaité, le risque d'APLV n'était pas accru.

En conclusion, en cas d'allaitement exclusif, l'utilisation d'un biberon de complément à la maternité doit être proscrite. Si un biberon de complément est néanmoins nécessaire, une formule avec hydrolyse extensive des PLV ou une formule à base d'acides aminés doivent être utilisées, si possible sous forme liquide

et donc stérile. En revanche, ces recommandations ne semblent pas devoir être appliquées aux nourrissons exclusivement allaités et nécessitant de manière transitoire des biberons de complément (hospitalisation de l'enfant, impossibilité transitoire pour la mère d'allaiter) au cours du premier mois, après la sortie de la maternité.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAARINEN KM, JUNTUNEN-BACKMAN K, JÄRVENPÄÄ AL *et al.* Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy: a prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol*, 1999;104:457-461.
2. URASHIMA M, MEZAWA H, OKUYAMA M *et al.* Primary prevention of cow's milk sensitization and food allergy by avoiding supplementation with cow's milk formula at birth. A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, 2019;173:1137-1145.
3. GARCETTE K, HOSPITAL V, CLERSON P *et al.* Complementary bottles during the first month and risk of cow's milk allergy in breastfed infants. *Acta Paediatr*, 2021;111:403-410.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Congrès – SFP/AFPA

Étude en vie réelle chez les enfants APLV en France

Compte rendu rédigé par le Dr F. Payot (Hôpital Femme Mère Enfant, hospices civils de Lyon, Bron).

La prévalence de l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) varie entre 0,5 et 5 % en France selon les études et les formes cliniques IgE-médiées ou non. Elle est de 3,3 % avant 6 ans dans la cohorte française ELFE [1]. L'APLV guérit globalement dans 50 % des cas avant 5 ans et 80 % à l'adolescence, mais les formes persistantes sont souvent sévères, parfois à risque létal.

La prise en charge de l'APLV repose sur l'éviction des protéines du lait de vache et des autres mammifères pendant une période plus ou moins prolongée selon la forme clinique, mais rarement inférieure à 6 mois. Cette éviction doit être totale et il existe de nombreuses formules de substitution, adaptées aux besoins nutritionnels du nourrisson. Il s'agit de formules à base de lait de vache à hydrolyse extensive ou à base de protéines de riz hydrolysées, et parfois à base d'acides aminés dans les cas les plus sévères.

L'adjonction dans ces formules de prébiotiques et/ou de probiotiques semble présenter un intérêt en termes d'efficacité en réduisant peut-être le délai de guérison, et en améliorant les symptômes digestifs et cutanés des APLV, en particulier dans les formes non IgE-médiées qui semblent être finalement les plus nombreuses aujourd'hui. Le PEPTICATE SYNEO, hydrolysats extensifs de protéines du lactosérum, contient à la fois des pré- et des probiotiques et, si son efficacité sur la prise en charge des APLV n'est pas à démontrer [2, 3], l'intérêt du concept SYNEO sur les symptômes de l'allergie attire notre attention.

Une étude a été proposée à un groupe de pédiatres français afin de mieux connaître l'impact de cette formule originale dans un hydrolysats extensif de lait de vache. Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, longitudinale, ouverte, multi-

centrique, dont l'objectif principal est d'évaluer l'effet de la formule PEPTICATE SYNEO sur l'évolution de l'état général de l'enfant porteur d'une APLV entre J0 et J28, selon le médecin. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'effet de la formule sur l'évolution des symptômes de l'allergie entre J0 et J28, selon le médecin et les parents, de décrire son acceptabilité par les parents, de comparer la qualité de vie des parents à J0 et J28, et de décrire le profil clinique des enfants à l'inclusion.

Les enfants inclus (100 au minimum) sont âgés de moins de 8 mois et porteurs d'une APLV selon le médecin, quels que soient la forme clinique et les moyens diagnostiques utilisés. Bien sûr, les enfants ayant déjà reçu un substitut du lait de vache ne sont pas inclus, ainsi que ceux porteurs d'une APLV sévère nécessitant la prise d'une formule d'acides aminés ou atteints d'autres pathologies particulières. L'étude se déroule sur 4 semaines, avec une visite initiale d'inclusion et une visite d'évaluation à J28, les parents notant tous les 7 jours l'évolution des symptômes et les quantités consommées.

À ce jour, 72 enfants ont été inclus dans 21 centres et 58 ont terminé l'étude. L'étude, appelée PepSY, se terminera le 30 juin 2022.

Sur ces 58 dossiers analysables, nous pouvons déjà noter quelques points intéressants à l'inclusion :

>>> Âge moyen au diagnostic d'APLV : 2,2 mois.

>>> Signes en faveur du diagnostic d'APLV : urticaire (4 enfants seulement), refus alimentaire (31 %), ralentissement de la croissance pondérale (26 %), dermatite atopique (33 %, avec SCORAD médian de 28), symptômes digestifs (régurgitations importantes et vomisse-

ments 54 %, diarrhées 28 %, rectorragies 3,5 %, selles glaireuses 26 %, constipation 21 %), pleurs plus de 2 heures par jour (60 %), troubles du sommeil (97 %).

>>> Âge de la diversification : 4 mois (les recommandations sont respectées !).

>>> Allaitement maternel poursuivi : 19 % (sans exclusion des PLV chez 82 % des mamans).

>>> Qualité de vie des parents : 4 en moyenne, sur une échelle de 1 à 7 (1 reflétant une "bonne" qualité de vie).

Après 1 mois d'évolution sous PEPTICATE SYNEO, nous notons que :

>>> Les pédiatres constatent une amélioration globale ou une résolution des symptômes chez 84 % des patients, 59 % d'amélioration pour la dermatite atopique, avec un SCORAD médian qui chute de 10 points, et 94 % d'amélioration des symptômes digestifs.

>>> Pour les parents, le score de qualité de vie passe à 2 (échelle 1 à 7) et l'amélioration des différents symptômes est identique à celle constatée par les médecins.

>>> Les enfants ont repris une croissance normale (3 cm et 730 g en 1 mois).

Au total, nous notons que l'APLV se manifeste surtout dans des formes digestives non IgE-médiées, parfois associée à une dermatite atopique modérée à sévère. Cette étude observationnelle n'a certes pas la prétention, en l'absence de groupe témoin et de randomisation, de démontrer une supériorité de la formule SYNEO, mais est une approche en vie réelle très intéressante de la prise en charge de l'APLV. Les données recueillies constituent une ébauche d'observation de l'APLV, qu'il faudrait prolonger,

Congrès – SFP/AFPA

et ouvrent la voie à d'autres études qui permettront de confirmer l'intérêt de l'adjonction de pré- et probiotiques dans les hydrolysats poussés de protéines de lait de vache.

BIBLIOGRAPHIE

1. TAMAZOULT S, ADEL-PATIENT K, DESCHILDRE A *et al.* Prévalence des allergies alimen-

taires en France : données de la cohorte ELFE. *Rev Fr Allergol*, 2021;61:233.

2. GIAMPIETRO PG, KJELLMAN N, OLDAEUS G *et al.* Hypoallergenicity of an extensively hydrolyzed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol*, 2001;12:83-86.
3. ABRAHAMSE-BERKEVELD M, ALLES M, FRANKE-BECKMANN E *et al.* Infant formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides and Bifidobacterium breve M-16V supports adequate growth

and tolerance in healthy infants in a randomised, controlled, double-blind, prospective, multicentre study. *J Nutr Sci*, 2016;5:e42.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Prévention primaire des allergies alimentaires : que conseiller en pratique ?

Compte rendu rédigé par le Dr D. Sabouraud-Leclerc (Service de Pédiatrie générale et spécialisée, Hôpital Américain, CHU de Reims).

Depuis quelques années, les cas d'allergies alimentaires et d'anaphylaxies augmentent de façon inquiétante chez des enfants de plus en plus jeunes, avec polyallergies et polysensibilisations, notamment à l'arachide et aux fruits à coque (FAC). Les allergies aux protéines du lait de vache (APLV) persistantes sont de même préoccupantes, car également à très haut risque anaphylactique voire létal et posent aussi le problème de leur prévention. La qualité de vie et le futur de ces enfants sont très impactés par ces allergies. Il est donc urgent de proposer des mesures de prévention primaire pour ces pathologies qui auparavant n'existaient pas, et ce, dans la logique des découvertes récentes sur les modes de sensibilisation cutanée et de tolérance par voie digestive [1].

Sont préconisés un traitement précoce et actif d'un eczéma, et un traitement énergique d'une surinfection à staphylocoques dorés le cas échéant. La place des émoulinants reste à préciser. Il est également fondamental d'éduquer les familles à ne pas toucher les nourrissons après la consommation d'aliments allergisants tels que l'arachide et les FAC, et de leur apprendre à ne pas utiliser de cosmétiques contenant des protéines alimentaires, potentiellement sensibilisantes.

Concernant la prévention de l'APLV, un apport de lait de vache en maternité en

attendant la montée de lait si la maman désire un allaitement exclusif n'est pas recommandé. Il est nécessaire de discuter, en cas de terrain atopique et/ou d'antécédents d'APLV dans la fratrie, de l'apport de lait 1^{er} âge quotidien (10 mL à la cuillère ou à la seringue pour ne pas entraver l'allaitement maternel). Enfin, il n'y a pas de place pour les laits hypoallergéniques dans la prévention des allergies alimentaires ou autres [2].

La diversification alimentaire doit être précoce, dès 4 à 6 mois si possible, et large, incluant l'introduction des produits laitiers si le nourrisson est allaité, de l'œuf, de l'arachide et des FAC en suivant les habitudes culturelles alimentaires de la famille. Le groupe Allergodiet de la Société française d'allergologie est en train de créer des fiches de diversification que les professionnels de santé et les familles pourront utiliser [3]. L'œuf sera d'abord introduit sous forme de boudoir puis d'œuf dur cuit, l'arachide et les FAC sous forme de beurre/purée du commerce ou de poudre "maison" (recettes disponibles). Une fois l'aliment introduit, il conviendra de poursuivre les prises plusieurs fois par semaine et au long cours.

Cette prévention s'adressera à tous les enfants, quels que soient leurs antécédents atopiques familiaux [4].

BIBLIOGRAPHIE

1. SABOURAUD-LECLERC D, BRADATAN E, MORALY T *et al.* Primary prevention of food allergy in 2021: Update and proposals of French-speaking pediatric allergists. *Arch Pédiatr*, 2022;29:81-89.
2. PAYOT F. Prévention primaire de l'allergie IgE-médiée aux protéines du lait de vache. *Rev Fr Allergol*, 2020;60: 566-570.
3. www.allergodiet.com
4. BIDAT E, BENOIST G. Prévention des allergies alimentaires : la diversification en 2019. *Rev Fr Allergol*, 2019;59:341-345.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**Vous pouvez retrouver
l'intégralité de ce
symposium Nutricia :**

– à partir du QR code* suivant :



– en suivant le lien :

<https://nutricia.realites-pediatriques.com>

* Pour utiliser le QR code, il suffit de le scanner avec l'appareil photo de votre smartphone. L'accès à la vidéo est immédiat. L'accès à la vidéo est immédiat.