



Registre des anaphylaxies alimentaires sévères rapportées au Réseau Français d'Allergovigilance de 2001 à 2004

DA.Moneret-Vautrin (Nancy), N.Petit (Verdun),F.Rance (Toulouse), M.Boulegue (Brive la Gaillarde), G.Kanny (Nancy), R.Mazeyrat (Herblay), C.Gallen (Narbonne), M.Morisset (Nancy), K.Breuil (Poitiers), J.Gayraud (Tarbes), L.Guenard (Strasbourg), I.Bossé (La Rochelle), C.Dzviga (St Etienne), JL.Grand (Liege), G.Haddad (La Rochelle), F. Louis Donguy (Nice), C.Mouton (Nancy), C.Nootens (Bruxelles), D.Schwender (Dijon), MV.Vodoff (Mulhouse), E.Beaudouin (Remiremont-Epinal), A.Beeker (Grenoble), M.Bouvier (Lyon), A.Cheynel (Chambéry), C.Douillet (Montereau), M.Dron Gonzalves (Martigues), E.Drouet (Amboise), M.Epstein (Paris), MF.Fardeau (Aix En Provence), F.Leprince (St Quentin), J.Lesellin (Angers), V.Mercier Plotton (Montbrison), JP.Meyer (Dole), D.Mongin (Paris), B.Omajee (Reunion), M.Perimony (Rouen), F.Pirson (Bruxelles), P.Scherer (Chalons sur saone), G.Taburet (Brest), D.Aubry (Vannes), A.Auffret (Angers), P.Auriol (Bordeaux), P.Beaumont (St Maur), L.Bensignor (Vendome), M.Buard (Rennes), P.Chalmet (Montmuçon), V.Cordebar (Nancy), A.Croizier (Nancy), JM.Cuny (Remiremont), P.Dauptain (Montaigu), C.Debaelevere (Boulogne sur mer), Delaval (Rennes), C.Deluze (Geneve), P.Demoly (Montpellier), JM.Devoisins (Cholet), B.Dubegny (Laval), C.Ducrot; (Echirrolles), C.Dupont (Paris), Y.El Guedarri (Maroc), JL.Hallet (Luneville), S.Hassoun (Challans), N.Herpin Richard (Le Chesnay), D.Horeau (Laval), JP.Jacquier (Chambéry), F.Jacson (Epinal), AM.Jonathan (Sevres), F.Le Pabic (Lorient), JP. Mallet (St Nazaire), C.Martens (Paris), I.Molle (Rezé), P.Monin (Nancy), R.Navarro (Nice), P.Nicolas (Poissy), A.Noiret (Lyon), M.Nozick (Chelles), E.Paty (Paris), F.Pierson (Liège), H.Pouvreau (Poitier), A.Rahmani (Meknes), JM.Rame (Besançon), D.Sabouraud (Reims), I.Sullerot (Sens), A.Thillay (Joué les Tours), E.Thomas (Chaumont), G.Vidal (L'Aigle), H.Zana (Belfort).

Réseau d'Allergovigilance, Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie.
Hôpital Central. 54035 Nancy cedex.

L'augmentation de la prévalence des allergies alimentaires a motivé la création d'un réseau d'Allergovigilance en janvier 2001 (1). Les principaux objectifs sont de répertorier les cas d'anaphylaxies léthales et pré-léthales et d'évaluer le risque des nouveaux aliments (2, 3).

Matériel et Méthodes

Le réseau est composé de 330 allergologues. Environ 80 d'entre eux ont rapporté des observations d'anaphylaxie sévère: chocs anaphylactiques (CA), angioedème laryngé et asthme aigu grave.

Résultats

De janvier 2001 à décembre 2004, le réseau a colligé 294 cas (32% enfants et 68% adultes): 3 cas d'anaphylaxie léthale ont été rapportés (tableau 1). Les aliments les plus fréquemment incriminés sont l'arachide (11.5%), les "nuts" (16%), les autres légumineuses (7.8% dont le lupin 5.1%), les aliments croisant avec le latex (9.9%), le blé (6.1%) et le celeri (5.8%) (tableau 2).

L'anaphylaxie aux crustacés (9.9% dont les crevettes 8.2%) et les mollusques (6.5% dont les escargots 6.1%) sont principalement observés chez des sujets allergiques aux acariens. Les principaux facteurs de risque associés à l'anaphylaxie sont l'effort (13%) et la consommation d'alcool (6.5%) (tableau 3). La farine de blé est le principal allergène impliqué dans l'anaphylaxie induite par l'effort.

Si l'arachide et les fruits secs à coque sont la première cause d'anaphylaxie alimentaire d'anaphylaxie alimentaire en France, leur importance relative est moindre qu'aux USA puisqu'ils ne concernent que 27.5% des accidents.

Les aliments incriminés sont extrêmement variés, reflet des habitudes gastronomiques françaises.

Cinq chocs (dont 1 décès) ont été attribués à de l'arachide masquée dans un macaron.

L'étiquetage du lupin (4) n'est pas obligatoire selon la nouvelle législation sur l'étiquetage dans la Communauté Européenne, bien qu'il soit la principale cause d'anaphylaxie alimentaire masquée rapportée par le réseau (9/34 cas).

Table 1:

Manifestations cliniques observées au cours des anaphylaxies alimentaires graves rapportées au réseau depuis 2001

		Enfants	Adultes
Nombre total des observations		94	200
Principal signe clinique	Choc anaphylactique	34 36.2 %	113 56.5 %
	Asthme aigu grave	6 6.4 %	6 3 %
	Angioedème laryngé	16 17 %	23 11.5 %
	Réaction anaphylactique systémique sévère	38 40.4 %	58 29 %

Tableau 2 : Aliments imputés au cours des accidents anaphylactiques et importance relative.

Allergène alimentaire		2002 (107)	2003 (85)	2004 (102)
Arachide	n = 14	13 %	10	11.7 %
Autres Légumineuses	11	10.3%	5	4.7 %
Soja	3		3	-
Lupin	7	6.5%	1	1.2%
Lentille	1		1	-
Autres fruits secs à coque	16	15%	13	15.3%
Noix de cajou a, Pistache b	5a, 1b		3a, 2b	6a
Noisette	4		2	2
Pignon de pin	1		1	4
Noix a, châtaigne b	2a		2a, 2b	2a, 1 b
Amande a, Noix du Brésil b	2a, 1b		1b	1b
Végétaux croisant avec le Latex	13	12.1%	5	5.9%
Avocat a, kiwi b	4a, 2b		-	1b
Sarrasin	3	2.8 %	4	4.7%
Banane a, figue b	1a, 2b		-	2a
Melon a, Fruit du Jacquier b, Mangue c	1a		1b, , 1c	-
Blé	7	6.5 %	4	4.7%
Celeri	5	4.7%	3	3.5%
Graine de tournesol	-		-	1
Fenouil	-		1	-
Chicorée a, Artichaud b	1		1a, 1b	-
Moutarde a, Betterave b	1a		1 b	-
Ail a, Oignon b, Echalotte c	-		1a, 1 c	1a, 1 b
Pêche a, Pomme b, Poire c	2a, 1c		-	1b
Chanvre a, Mure b	-		1b	1 a
Sésame	3	2.8 %	2	2.4%
Crustacés	10	9.3 %	9	10.6%
Crevette	9	8.4 %	7	8.2 %
Crabe, Araignée	1		1	1
Mollusques	6	5.6 %	10	11.7%
Escargots	5	4.7%	8	9.4%
Seiche, Calamar	1		1	-
Coquille St Jacques a, Huître b	-		1a	1b
Lait	3	2.8 %	11	12.9%
Lait de vache	3		9	1
Lait de chèvre a, Brebis b, Jument c			1a, 1b	2a & b, 1c
Oeuf	-		-	2
Oeuf de Poule a, oie b	-		-	1a, 1b
Viandes, Abbats	4	3,7%	3	3.5%
Volaille	2		-	-
Porc a, Serum albumine bovine b	1a		1 b	-
Rognons	1		2	1
Poisson	2	1.9%	-	1
Pollens a, <i>S. cerevisiae</i> b	-		1a	1a, 1 b
Quinine (Schweep's)	1		-	-
Acariens	-		-	1
Sulfites a, Inuline b	1a		-	2 a, 1 b
Choc idiopathique	4	3.7%	3	3.5%

Table 3: Particularités des anaphylaxies rapportées depuis 2001

	2002	2003	2004
Admission aux service des Urgences	89 %	73 %	72.6%
Injection d'adrénaline	55 %	49,5 %	44.1%
Hospitalisation	65,4%	52 %	53.9%
Facteurs associés :	17 (15.9%)	5 (5.9 %)	16 (15.7 %)
Effort	4 (3.7 %)	5 (5.9 %)	10 (9,8 %)
Alcool	5	1	4
Aspirine, AINS	-	-	1
Inhibiteurs ECA	4	4	5
Sirolimus, Tacrolimus	1	2	1
∂ Bloqueurs Sartans			
Ingestion d'allergènes masqués	14 cas Arachide: 6 Lupin: 4 Noisette: 1 Noix :1 Sésame : 1	7 cas Arachide : 4 Lupin : 1 Noix: 1 Lait de vache: 1	17 cas Lupin : 4, Sarrasin :2 Arachide : 2, Celeri :2, Acariens :1, Isolat de protéines de blé:1, lait de brebis: 2 de vache: 1; Nuts : 1 Oeuf : 1

Conclusion

Ce réseau d'Allergovigilance procure des données précieuses, particulièrement utiles aux Agences de Sécurité Alimentaire (AFSSA) et de Contrôle et Répression des Fraudes (DGCCFR), qui permettront de les éclairer sur les mesures à prendre, en particulier dans le domaine de la législation et du contrôle de l'étiquetage.

Références

1. Moneret-Vautrin DA, Kanny G, Parisot L et les membres du réseau d'allergovigilance. First survey from the "Allergy vigilance Network": life-threatening food allergies in France. *Allerg Immunol* 2002;34:194-198.
2. Moneret-Vautrin D, A, Morisser M, Flabbee J, Beaudouin E, Kanny G. Epidemiology of life-threatening and lethal anaphylaxis: a review. *Allergy* 2005;60:443-451.
3. Morisset M, Moneret-Vautrin DA, Kanny G and the other members of the Allergo-vigilance members. Prevalence of peanut sensitization in a population of 4737 subjects- An allergovigilance network enquiry carried out in 2002. *Eur Ann Allergy Clin immunol* 2005;37:54-57.
4. Moneret-Vautrin DA, Guérin L, Kanny G, Flabbee J, Frémont S, Morisset M. Cross-allergenicity of peanut and lupine: the risk of lupine allergy in patients allergic to peanuts. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:883-888.