



Figure 1. Sangsue d'une taille de 5 cm.

hématémèses [4,5]. L'infestation pharyngée ou laryngotra-chéale peut associer une dyspnée obstructive, parfois asphyxiante au syndrome hémorragique [4,6]. D'autres localisations plus rares, en particulier vaginales, ont été rapportées responsables de métrorragies [7]. Un état de choc est possible en cas d'anémie sévère [6]. Le retrait de la sangsue peut être difficile et doit être réalisé avec prudence [1,2,4].

## Références

1. Bilgen C, Karci B, Uluöz U. A nasopharyngeal mass: leech in the nasopharynx. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002;64:73–6.
2. Tseng CC, Ho CY. Removal of a nasal leech: a safe and effective method. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:814–5.
3. Siddiqui TS, Qureshi I, Mufti TS. Nasal leech – a rare cause of severe anemia. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005;17:82–3.
4. Iraqi MR, Squali FZ. Hématémèse et obstruction des voies respiratoires dues à la sangsue. *Arch Pediatr* 1999;6:479–80.
5. Demirören K, Calışkan U. Unexpected result in the etiological approaching to an anemic case: a leech infestation. *Pediatr Hematol Oncol* 2003;20:547–50.
6. Krüger C, Malleyeck I, Olsen OH. Aquatic leech infestation: a rare cause of severe anaemia in an adolescent Tanzanian girl. *Eur J Pediatr* 2004;163:297–9.
7. Saha PK, Roy S, Bhattacharya D, et al. Leech bite: a rare gynecologic emergency. *MedGenMed* 2005;7:73.

### \*Auteur correspondant.

Appartement 7, immeuble 29, résidence Mesk-Ellil, Hay-Riad 10100, Rabat, Maroc.

e-mail : merykabiri@yahoo.com.

Reçu le : 2 janvier 2008. Accepté le : 23 décembre 2008.

Disponible en ligne 18 février 2009

0929-693X/\$ - see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

10.1016/j.arcped.2008.12.028 Archives de Pédiatrie 2009;16:384-385

## Alimentation de la mère et de l'enfant les premiers mois de vie et prévention de l'allergie

### Diet for mother and infant and allergy prevention

F. Rancé<sup>1,\*</sup>, É. Bidat<sup>2</sup>, G. Dutau<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Allergologie-pneumologie, pôle médicochirurgical de pédiatrie, hôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse cedex, France

<sup>2</sup> Service de pédiatrie, hôpital Ambroise-Paré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 9, avenue du Général-de-Gaulle, 92104 Boulogne cedex, France

<sup>3</sup> 9, rue Maurice-Alet, 31400 Toulouse, France

**Mots clés :** Allergie alimentaire, Prévention primaire, Enfants, Eczéma atopique, Asthme, Allaitement, hydrolysats

Le comité de nutrition de la Société française de pédiatrie vient d'effectuer une mise au point sur un sujet complexe : l'alimentation des premiers mois de vie et la prévention de l'allergie [1]. Les recommandations internationales citées [2,3] ont été depuis significativement modifiées par les publications de 2008 [4–6] justifiant notre avis de pédiatres allergologues. Il est indispensable de revenir sur les acquisitions fondamentales récentes qui définissent l'allergie comme une perte de tolérance vis-à-vis d'un allergène [7]. De plus, s'il existe bien des sensibilisations in utero, celles-ci ne sont que transitoires [8,9]. Il en résulte que la prévention primaire de l'allergie passe plus par l'acquisition de la tolérance que par la réduction de la charge allergénique.

### 1. Pas d'exclusion alimentaire pendant la grossesse et l'allaitement maternel

L'Académie américaine de pédiatrie qui, jusqu'en 2004, préconisait l'éviction de certains aliments pendant la grossesse, cacahuète par exemple, indique en 2008 que l'analyse de toutes les études montre qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments pour recommander des évictions alimentaires pendant la grossesse et pendant l'allaitement afin de prévenir les allergies chez l'enfant [6]. Il apparaît de plus qu'un régime d'éviction peut aboutir à des carences et soit source des perturbations psychologiques [10].

### 2. En complément ou en relais de l'allaitement maternel, un choix difficile

Si le bénéfice de certaines formules est évident sur le versant statistique, il faut rappeler qu'aucune des préparations pour nourrissons étudiées n'a d'impact sur la survenue d'un asthme ou d'autres manifestations atopiques autre que l'eczéma [11,12]. Le choix de la formule en complément de l'allaitement ou lors de son arrêt doit être discuté au cas par

cas, en connaissant l'amplitude du bénéfice escompté et en le discutant avec les familles.

### 3. Une diversification tardive... mais pas trop

En accord avec les recommandations européennes de 2008, il semble souhaitable de conseiller une diversification après 17 semaines et avant 24 semaines avec des aliments riches en fer (œuf, viande) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (œuf, poisson gras) et une introduction progressive du gluten entre 4 et 7 mois, même chez l'enfant allaité (pour diminuer le risque d'allergie au blé, de maladie cœliaque et de diabète de type 1). Les recommandations américaines de 2008 conseillent une diversification entre 4 et 6 mois sans aucune limitation d'aliment [6].

### 4. Les questions non résolues

Il reste des questions encore non résolues : faut-il diversifier plutôt à 4 ou à 6 mois en fonction des antécédents ? Faut-il que la diversification soit libre comme le suggèrent les recommandations internationales ou respecter un ordre d'introduction des aliments ? Jusqu'à quel âge est-il préférable de promouvoir un allaitement maternel exclusif ? Faut-il introduire précocement des aliments à fort potentiel allergénique et à quel âge (exemple de l'arachide) ?

Les recommandations pour l'alimentation de la mère et de l'enfant pendant les premiers mois de vie et prévention de l'allergie pourraient être (en accord avec les recommandations européennes et nord-américaines récentes) :

- l'absence de régime pendant la grossesse ;
- l'allaitement (sans régime chez la mère) pendant 4 à 6 mois. Quand un complément de l'allaitement est nécessaire et à défaut d'allaitement : conseiller un hydrolysate extensif de caséine ou certains hydrolysats partiels de protéines du lactosérum ou une formule standard, le bénéfice à attendre de ces formules est à indiquer aux parents ;
- débiter la diversification après 17 semaines et avant 24 semaines avec des aliments riches en fer (œuf, viande) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (œuf, poisson gras) ; l'introduction du gluten est progressive entre 4 et 7 mois.

### Conflits d'intérêts pour le sujet

Fabienne Rancé : BMS Mead-Johnson (participation au programme national et européen de formation continue « Allerni »), Nestlé (participation au workshop national et international), GSK, MSD.

Étienne Bidat : BMS Mead-Johnson (participation au programme national et européen de formation continue « Allerni »).

Guy Dutau : pas de conflits d'intérêts.

### Références

1. Chouraqui JP, Dupont C, Bocquet A, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. Arch Pediatr 2008;15:431-42.
2. Høst A, Koletzko B, Dreborg S, et al. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on hypoallergenic formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on nutrition. Arch Dis Child 1999;81:80-4.
3. Prescott SL, Tang ML. The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy. The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. Med J Aust 2005;182:464-7.
4. Høst A, Halken S, Muraro A, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:1-4.
5. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008;46:99-110.
6. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics 2008;121:183-91.
7. Burks AW, Laubach S, Jones SM. Oral tolerance, food allergy, and immunotherapy: implications for future treatment. J Allergy Clin Immunol 2008;121:1344-50.
8. Rowe J, Kusel M, Holt BJ, et al. Prenatal versus postnatal sensitization to environmental allergens in a high-risk birth cohort. J Allergy Clin Immunol 2007;119:1164-73.
9. Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. Pediatr Allergy Immunol 2008;19:375-80.
10. Salvatore S, Keymolen K, Hauser B, et al. Intervention during pregnancy and allergic disease in the offspring. Pediatr Allergy Immunol 2005;16:558-66.
11. von Berg A, Koletzko S, Filipiak-Pittroff B, et al. Certain hydrolyzed formulas reduce the incidence of atopic dermatitis but not that of asthma: 3-year results of the German Infant Nutritional Intervention Study. J Allergy Clin Immunol 2007;119:718-25.
12. von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U, GINIplus study group. Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). J Allergy Clin Immunol 2008;121:1442-7.

#### \*Auteur correspondant.

e-mail : rance.f@chu-toulouse.fr

Reçu le : 28 octobre 2008. Accepté le : 16 décembre 2008.

Disponible en ligne 12 février 2009

0929-693X/\$ - see front matter © 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

10.1016/j.arcped.2008.12.029 Archives de Pédiatrie 2009;16:385-386