

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les allergies sont devenues un véritable problème de santé publique. Pas moins d'un Français sur trois est atteint d'allergie (contre 3,8 % en 1968) et une fois sur deux, elle est respiratoire. Dans le même temps, le nombre de victimes d'allergies alimentaires ne cesse d'augmenter : près de 4 % des adultes et 8 % des enfants sont condamnés à surveiller leur assiette. Le sportif et plus encore le cycliste peut être encore plus vulnérable. Quels sont les facteurs responsables de l'augmentation des allergies ? On évoque la pollution, mais également d'hygiène excessive, la surconsommation d'antibiotiques, des nouvelles habitudes alimentaires... Qui sont les vrais responsables ? Tentons d'abord de définir les différents types d'allergie.

Description de l'allergie

Le mot allergie sert à décrire plusieurs réactions qui peuvent se manifester en différentes régions du corps : sur la peau, aux yeux, dans le système digestif ou encore dans les voies respiratoires. Les types de symptômes et leur intensité vont varier selon l'endroit où l'allergie se déclare, et en fonction de plusieurs autres facteurs, propres à chaque personne. Ils peuvent être très discrets, comme un léger rhume des foins, ou potentiellement mortels, comme le choc anaphylactique.

Les principaux types de manifestations allergiques sont :

- les allergies alimentaires
- l'asthme, du moins sous l'une de ses formes, l'asthme allergique;
- l'eczéma atopique*
- la rhinite allergique
- certaines formes d'urticaire
- l'anaphylaxie*

Mentionnons qu'on ne sait pas encore pourquoi l'allergie se manifeste à un endroit du corps plutôt qu'à un autre.

La réaction allergique

Pour qu'il y ait une réaction allergique, l'allergène doit se rendre dans les vaisseaux sanguins. Le corps réagit comme s'il voulait détruire l'allergène, considéré comme dangereux.

Chez les personnes allergiques, le système immunitaire produit des anticorps, également appelés immunoglobulines, qui s'attaquent aux allergènes rencontrés.

Causes

Pour qu'il y ait une allergie, deux conditions sont essentielles : l'organisme doit être sensible à une substance, appelée allergène, et cette substance doit se trouver dans l'environnement de la personne.

Les allergènes les plus fréquents sont :

- parmi les allergènes aériens : le pollen, les déjections des acariens et les squames des animaux domestiques;
- parmi les allergènes alimentaires : le lait de vache, les oeufs, le blé, les arachides, le soya, les noix, le sésame, les poissons, les crustacés et les sulfites (un agent de conservation);
- autres allergènes : des médicaments, le latex, le venin d'insectes (abeilles, guêpes, bourdons, frelons).

Prévalence

Les allergies sont beaucoup plus fréquentes de nos jours qu'elles ne l'étaient il y a trente ans. Dans plusieurs pays industrialisés, de 40 % à 50 % de la population est affectée par une forme d'allergie⁵.

Au Québec, d'après un rapport produit par l'Institut national de santé publique du Québec, tous les types d'allergies ont connu une hausse importante de 1987 à 1998. La prévalence de la rhinite allergique est passée de 6 % à 9,4 %, l'asthme, de 2,3 % à 5 % et les autres allergies de 6,5 % à 10,3 %.

En Europe occidentale, la prévalence de la rhinite allergique a augmenté considérablement depuis le début du XXe siècle, passant d'environ 1 % à de 15 % à 20 %². La prévalence de l'eczéma atopique chez les enfants âgés de 7 ans ou moins atteint désormais 24 % dans certains pays européens. Par ailleurs, plus de 10 % des enfants de 13 ans et 14 ans souffrent d'asthme.

À quoi attribuer la progression des allergies?

En observant les changements sociaux et environnementaux qui ont marqué les dernières décennies, des chercheurs ont avancé diverses hypothèses.

L'hypothèse hygiéniste. Selon cette hypothèse, le fait de vivre dans un environnement (maisons, lieux de travail et de loisirs) de plus en plus propre et aseptisé expliquerait l'augmentation du nombre de cas d'allergies au cours des dernières décennies. Le contact, en bas âge, avec des virus et des bactéries permettrait une saine maturation du système immunitaire qui, autrement, aurait tendance à la réaction allergique. Cela expliquerait pourquoi les enfants qui contractent quatre ou cinq rhumes par année seraient moins à risque d'allergies.

La perméabilité des muqueuses. Selon une autre hypothèse, les allergies seraient plutôt la conséquence d'une perméabilité trop grande des muqueuses (gastro-intestinale, buccale, respiratoire) ou d'une modification de la flore intestinale, qui laisserait passer des allergènes dans le sang. Cette hypothèse semblerait celle qui se vérifierait de plus en plus selon de nombreux médecins spécialistes des médecines fonctionnelles.

En conséquence on aurait donc les différents facteurs de risque suivants:

D'après l'hypothèse hygiéniste (voir la description ci-dessus), le fait que les enfants contractent moins d'infections virales en très bas âge contribuerait aux allergies. Les familles, de moins en moins nombreuses - ce qui réduit les échanges d'infections entre frères et soeurs -, vivent dans un environnement plus aseptisé. Les traitements pour prévenir et traiter les infections sont aussi plus accessibles (vaccins, antiviraux, antibiotiques). Une synthèse d'études parue en 2005 a révélé que les enfants qui fréquentent une garderie (crèche) contractent plus de maladies infectieuses, mais sont moins à risque d'allergies.

Le délaissement de l'allaitement. Le lait maternel modifie la composition de la flore intestinale du nourrisson en l'enrichissant de bifidobactéries qui réduiraient le risque d'allergie. Combiné à une exposition à des bactéries et des virus, l'allaitement contribuerait à une bonne maturation du système immunitaire. D'autre part, les protéines contenues dans le lait maternel seraient moins irritantes pour l'intestin du bébé. Elles rendraient en effet l'intestin moins perméable aux molécules allergisantes.

D'autre part, l'alimentation de type occidentale a radicalement changé depuis plusieurs dizaines d'années avec les modifications suivantes qui pourraient expliquer une plus grande

allergisation de la population :

-Une consommation à la baisse de fruits et de légumes. Ces aliments sont des sources importantes d'antioxydants, par exemple la vitamine C, la vitamine E, les caroténoïdes et le sélénium. Il y aurait vraisemblablement un lien entre leur faible consommation et l'asthme. Un manque d'antioxydants dans les poumons rendrait le système respiratoire plus sensible aux dommages oxydatifs, à l'inflammation et à l'asthme. Ainsi, l'alimentation pauvre en fruits et légumes rendrait les individus plus sensibles aux allergies.

-Une consommation accrue de certains acides gras oméga-6, que l'on retrouve principalement dans des huiles végétales (huile de maïs, huile et graines de tournesol, huile de carthame, l'huile de sésame et l'huile de soja) au détriment des oméga-3 (poissons gras, noix de Grenoble, graines de lin, etc.)¹¹. L'alimentation occidentale fournit un excès de certains oméga-6, et un déficit en oméga-3 : ce qui engendrerait maladies cardiovasculaires, allergies et maladies inflammatoires

Enfin, un facteur commun quasi systématique à tous les allergiques : un intestin irritable. Cette irritabilité est à mettre en lien avec l'hypothèse d'une hyperperméabilité de la muqueuse intestinale que les chercheurs en nutrition retrouve chez près de 40% de la population sportive, la pratique de sport d'endurance pouvant aggraver cette trop grande perméabilité.

Dans le numéro suivant nous tacherons de présenter les différents moyen de prévenir ou susceptibles de diminuer la sensibilité du terrain allergique dans les cas ou cela est encore possible.

Compte tenu des éléments causals, on le voit, l'allergie qu'elle qu'en soit le mode d'expression doit être évidemment traitée de façon symptomatique en phase aiguë, mais doit aussi être appréhendée de façon plus étiologique, c'est-à-dire prendre en compte certains, les plus nombreux possibles, des facteurs déséquilibrants le système immunitaire.

Traitement et Prise en charge.

On va bien évidemment présenter les traitements médicamenteux classique, mais il faut comprendre que l'allergie n'est fondamentalement probablement qu'un symptôme conséquence de désordres en amont même du système immunitaire comme l'hypothèse de la perméabilité des muqueuses le suggère.

Traitements médicamenteux :

Principaux types de médicaments

Les antihistaminiques soulagent les symptômes en bloquant le relâchement de l'[histamine](#). La plupart s'obtiennent en vente libre, comme :

Les décongestionnants, comme, soulagent la congestion du nez et des sinus.

Les antileucotriènes, des médicaments obtenus sur ordonnance, bloquent les effets des leucotriènes. Les leucotriènes, appartenant aux prostaglandines, sont produits par le système immunitaire durant une réaction allergique, et contribuent à l'apparition des symptômes. L'emploi de corticostéroïdes est réservé aux problèmes d'allergies plus graves. Ils préviennent et traitent l'inflammation. Ils s'obtiennent uniquement sur Effet indésirable. Certains de ces médicaments peuvent causer de la somnolence. Informez-vous auprès de votre pharmacien.

Traitement de désensibilisation

Le traitement de désensibilisation est principalement employé en cas d'allergie grave au venin d'insectes et aussi de rhinite allergique, lorsque les médicaments sont insuffisants pour la soulager ou que les effets indésirables des médicaments sont mal tolérés. Il consiste à administrer des doses croissantes de l'allergène, sur une période de trois à cinq ans. Le traitement de désensibilisation permet d'habituer l'organisme à la présence de l'allergène et d'ainsi diminuer l'intensité de la réaction allergique.

D'après les experts de la clinique Mayo, aux États-Unis, cette thérapie a démontré une bonne efficacité en cas d'allergie aux chats, aux acariens et au pollen. Chez les enfants, le traitement de désensibilisation peut réduire le risque d'asthme. Cependant, il ne doit pas être tenté en cas d'allergie alimentaire, car il peut engendrer une réaction anaphylactique grave.

Traitement de terrain :

Parmi les médecins connus pour leurs travaux mettant en évidence le rôle des muqueuses digestives dans la prévention ou l'apparition des allergies, Jean Seignalet (L'Alimentation ou la 3^{ème} Médecine) ou Georges Mouton (Ecosystème Intestinal et Santé Optimale) ont parfaitement expliqué la physiopathologie de l'allergie.

Dans un contexte de déséquilibre de la flore bactérienne intestinale, dont l'origine peut être multi factorielle, certains fragments de protéines alimentaires ou de protéines bactériennes indésirables vont pénétrer l'organisme à travers la muqueuse devenue hyperperméable. (Cette hyperperméabilité encore peut prise en compte par les médecins français est relativement connue outre-atlantique sous le terme de « leaky gut syndrome ».) Parmi les protéines alimentaires les plus allergisantes on retrouve celle contenues dans les céréales (on retrouve du blé dans de très nombreux aliments ou préparations alimentaires) et dans le lait de vache ou ses dérivés (idem, les protéines de lait sont utilisées à toutes les « sauces » !). En effet ces protéines contiennent un acide aminé, la proline qui pose pas mal de problèmes à nos enzymes digestives. Certains individus sont particulièrement déficients dans leur capacité à digérer ces séquences d'acides aminés qui, suite à leur passage dans le sang à travers un intestin perméable, vont engendrer une réaction immunitaire. Ce qui est intéressant c'est que tous les gluten ne contiennent pas cette séquence riche en proline, comme celui contenu dans l'avoine par exemple, qui provoque moins de réactions allergique que le blé. Il en va de même avec les laits de chèvre ou de brebis dont les caséines sont mieux tolérées que celle du lait de vache.

L'allergie peut survenir à tout moment : avant la naissance (cf première partie de l'article), au cours de la petite enfance ou plus tard.. Mais lorsque la flore bactérienne ne joue pas son rôle protecteur et sur un terrain très déséquilibré (carence en acide gras essentielle de type omega 3 et/ou omega 6 de la série gamma linoléique) et donc favorisant les réactions inflammatoire, on peut avoir un emballement de la machine immunitaire et l'installation d'allergies alimentaires et/ou respiratoires assez violentes. Les tests d'allergies aux IgE (anticorps de la réaction immédiate, sécrété dans les secondes à 1 heure suivant l'exposition) mettra ce type d'allergie en évidence aisément.

Il existe aussi une réponse à « bas bruit » trop peu souvent prise en compte, l'intolérance, qui n'engendre « que » la sécrétion de façon chronique d'IgG. L'allergie alimentaire à IgG (ou allergie retardée, à chronologie différente) touche toutes les muqueuses ou de nombreux tissus, mais pas la peau. Elle se manifeste au niveau des muqueuses par des signes digestifs (indigestion, ballonnements, nausées, pyrosis, reflux gastro-oesophagien, éructations (rots), gaz, aphtes, gastrite, colite, constipation, ou diarrhée; par des signes respiratoires aussi: toux, asthme, bronchite chronique, sinusite chronique, rhinite productive ou obstructive. Contrairement à l'allergie à IgE, on trouve des signes généraux correspondant à l'atteinte d'autres tissus douloureux et raideurs articulaires, otites, acouphènes, vertiges, conjonctivite, pollakiurie (=mictions fréquentes de petites quantités d'urine)), crampes musculaires, vasculites, thrombocytopénie, néphropathie, céphalée, tendances dépressives, irritabilité, fatigue (surtout après les repas), idées confuses.

Il existe encore des intolérances au lactose, aux amines biogènes (telle l'histamine dans le poisson et le fromage), la tyramine (dans la bière), la phényléthylamine (dans le chocolat), la tryptamine (tomates), la sérotonine (bananes et avocats), la spermidine (viande de porc et germes de céréales). L'intolérance au glutamate est bien connue avec le syndrome du restaurant chinois; il existe des intolérances aux sulfites (présents dans les vins blancs ou rosés de mauvaise qualité), qui donnent des céphalées après ingestion, et des allergies aux additifs alimentaires.

Pour venir à bout de ces réactions il faut donc remettre la muqueuse intestinale en état, rétablir une flore bactérienne de qualité, rééquilibrer les apports en acides gras essentiels (cf encadré), éliminer les aliments sources de troubles immunitaires... Vaste programme, il faut pour obtenir des effets notables plusieurs mois d'abnégation dans l'application de règles nutritionnelles souvent éloignées des habitudes alimentaires classiques et vouloir investir dans un traitement à base de compléments alimentaires non remboursés. Mais pour ceux qui ont vraiment joué le jeu et appliqué les recommandations des spécialistes, les résultats sont presque toujours au rendez-vous !

Encadré :

Les acides gras oméga-3

Les oméga-3 sont utilisés dans l'élaboration d'acides gras hautement insaturés et d'eicosanoïdes de série 3. Ces substances ont des effets favorables sur la composition des membranes cellulaires ainsi que sur de nombreux processus biochimiques de l'organisme, notamment la régulation de la tension artérielle, l'élasticité des vaisseaux, les réactions immunitaires et anti-inflammatoires, et l'agrégation des plaquettes sanguines.

Parmi les oméga-3, seul l'**acide alpha-linolénique** (AAL) est qualifié d'« essentiel ». En effet, les autres acides gras oméga-3 peuvent être synthétisés par le corps à partir de l'AAL. Il est particulièrement présent dans l'huile et les graines de lin et de chanvre, ainsi que dans l'huile de canola (colza) et de soya.

L'acide eicosapentaénoïque (AEP). Le corps humain peut le synthétiser à partir de l'acide alpha-linolénique, bien que le taux de conversion soit très faible. Il est donc important de consommer des aliments riches en AEP, notamment certains poissons gras. Les populations

qui consomment de grandes quantités de poisson (les Inuits du Groenland et les Japonais, par exemple) sont nettement moins touchées par les maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, l'AEP se transforme en eicosanoïdes de série 3, des substances qui contribuent à la protection des artères et du coeur et qui ont des effets anti-inflammatoires et anti-allergiques reconnus.

L'acide docosahexaénoïque (ADH). L'ADH est également présent dans les produits marins, plus particulièrement dans certains poissons gras. Il joue un rôle fondamental dans le développement du cerveau et de la rétine.

Voir notre fiche sur les huiles de poisson pour un tour d'horizon complet des nombreuses recherches scientifiques dont l'AEP et l'ADH ont fait l'objet.

Nos besoins

Les oméga-3 et leurs propriétés font l'objet de nombreuses recherches chaque année, ce qui entraîne une évolution rapide et des mises à jour fréquentes dans les recommandations nutritionnelles à leur sujet. Voici un bref état de la situation.

Plusieurs pays, ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé, ont émis des recommandations au sujet de l'apport en oméga-3, qui se résument ainsi¹ :

- ▶ AAL : de 0,8 g à 1,1 g/jour
- ▶ AEP + ADH : de 0,3 g à 0,5 g/jour

En 2004, un comité réunissant des experts internationaux a fixé l'apport idéal en AAL à 0,7 % des kilocalories quotidiennes, soit 1,5 g par jour pour une alimentation fournissant 2 000 kilocalories. Ces experts recommandent également un apport minimal de 500 mg par jour d'AEP/ADH pour le maintien d'une bonne santé.

Ces données n'ont pas encore été entérinées par les autorités américaines et canadiennes. Dans ces deux pays, l'apport suffisant en AAL est, pour l'instant, fixé à 1,1 g par jour pour les femmes, et à 1,6 g pour les hommes, soit environ 0,5% de l'apport énergétique. Aucun apport n'est fixé pour l'AEP/ADH. Ces recommandations sont critiquées par certains experts, qui les estiment insuffisantes.

Les sources alimentaires

Pour obtenir 1,3 g d'oméga-3 d'origine végétale (AAL)	Pour obtenir 1,3 g d'oméga-3 d'origine marine (AEP + ADH)
▶ ½ c. à thé (2 ml) d'huile de lin	▶ 50 g de maquereau de l'Atlantique
▶ 2 c. à thé (10 ml) de graines de lin broyées	▶ 65 g de saumon atlantique d'élevage
▶ 1 c. à table (15 ml) d'huile de canola	▶ 80 g de saumon rose ou rouge en conserve
▶ ¼ tasse (60 ml) de noix de Grenoble	▶ 80 g de hareng de l'Atlantique ou du Pacifique
▶ 1½ c. à table (22 ml) d'huile de soya	▶ 130 g de thon blanc ou germon en conserve
▶ 13 g de graines de chanvre	

	▶ 130 g de sardines en conserve
--	---------------------------------

Source : USDA National Nutrient Database for Standard Reference.

N.B. : Depuis quelques années, on trouve des oeufs oméga-3 dans le commerce. Ils sont pondus par des poules dont la moulée est enrichie en graines de lin, ce qui, comparé aux oeufs ordinaires, multiplie par dix leur teneur en oméga-3 : un oeuf enrichi comble de 25 % à 35 % des besoins quotidiens en oméga-3.

Les acides gras oméga-6

Le corps utilise les oméga-6 pour élaborer des d'acides gras hautement insaturés et d'eicosanoïdes de séries 1 et 2. Ces substances jouent un rôle important dans le bon fonctionnement des systèmes nerveux, cardiovasculaire, immunitaire, ainsi que dans les réactions allergiques et inflammatoires et la guérison des blessures. Consommés en excès, les acides gras oméga-6 peuvent empêcher que les effets bénéfiques des acides gras oméga-3 se manifestent, notamment sur le plan de la protection cardiovasculaire. Un excès d'oméga-6 peut aussi provoquer des douleurs et des maladies inflammatoires comme l'asthme ou l'arthrite.

Parmi les oméga-6, seul l'acide linoléique (AL) est qualifié d'« essentiel ». En effet, les autres acides gras oméga-6 peuvent être fabriqués par le corps à partir de l'AL. Contrairement à l'AAL, il est abondamment présent dans l'alimentation moderne : huiles de maïs, de tournesol, de soya, de carthame, de pépins de raisin, etc.

L'acide gamma-linolénique (AGL). Le corps synthétise l'AGL à partir de l'AL, mais plusieurs obstacles peuvent nuire à cette conversion : une consommation excessive de cholestérol et de « mauvais gras » (trans, saturés, etc.), l'alcool, le vieillissement et le diabète, par exemple. On peut aussi consommer des produits qui sont des sources directes d'AGL : huile de bourrache (24 % d'AGL), d'onagre (8 % d'AGL), de cassis (18 % d'AGL) et spiruline.

L'acide dihomo-gamma-linolénique (DGLA). C'est un dérivé de l'AGL. La seule source alimentaire connue est le lait maternel. Le DGLA se transforme en eicosanoïdes de série 1 qui contribuent à la protection des artères et du coeur, stimulent l'immunité et ont des effets anti-inflammatoires.

L'acide arachidonique (AA). C'est un dérivé du DGLA. Le jaune d'oeuf et les gras animaux en sont des sources directes. L'AA, parce qu'il est utilisé dans la synthèse d'eicosanoïdes de série 2, assure la cicatrisation et la guérison des blessures et contribue aux mécanismes des réactions allergiques. Cependant, un excès de ces eicosanoïdes peut entraîner des maladies comme l'arthrite, l'eczéma, le psoriasis et plusieurs maladies auto-immunes.

Nos besoins

En 2004, un comité réunissant des experts internationaux a fixé l'apport adéquat en AL à 2 % des kilocalories quotidiennes, soit 4,5 g pour une alimentation fournissant 2 000 kilocalories par jour.

Ces données n'ont pas encore été entérinées par les autorités américaines et canadiennes. Pour l'instant, dans ces deux pays, l'apport suffisant en oméga-6 (AL) est fixé à 12 g par jour pour les femmes et à 16 g pour les hommes. Ces recommandations sont cependant fortement critiquées par certains experts qui les estiment trop élevées.

Un équilibre essentiel, mais très compromis

Jusqu'en 1920 environ, la fabrication des huiles de consommation se faisait à petite échelle. Les huiles étaient pressées à froid et on se les procurait en petites quantités, car elles ne se conservaient pas longtemps. En effet, les acides gras oméga-3 rancissent rapidement lorsqu'ils sont exposés à l'oxygène et à la lumière. Les impératifs de la production alimentaire de masse ont donc poussé l'industrie à privilégier les huiles les plus stables, et, par le fait même, les moins riches en oméga-3, et à les raffiner... avec beaucoup de raffinement, diminuant encore un peu plus leur teneur en oméga-3. De plus, tandis que la consommation de poisson a diminué, celle des produits transformés riches en oméga-6 a augmenté. La mise au point de techniques intensives d'agriculture et d'élevage a également mené à la réduction de la teneur en oméga-3 de nombreux aliments comme les légumes verts à feuilles, les viandes, les oeufs et même les poissons.

Résultat : on estime en général que le rapport oméga-6/oméga-3 dans l'alimentation occidentale est de 10/1 à 30/1, tandis qu'il devrait idéalement se situer entre 1/1 et 4/1. En outre, cet excès d'oméga-6 nuit à l'utilisation optimale des oméga-3 par l'organisme. En effet, afin d'être métabolisés, les oméga-3 et les oméga-6 entrent en compétition pour plusieurs enzymes et, dans une moindre mesure, pour plusieurs vitamines (vitamines B3, B6, C, E) et minéraux (magnésium et zinc). Un excès d'oméga-6 dans l'assiette empêche donc l'organisme d'exploiter adéquatement ses sources d'oméga-3. Ce déséquilibre induit, entre autres, un état physiologique propice aux maladies cardiovasculaires ainsi qu'aux troubles allergiques et inflammatoires. Pour couronner le tout, si une maladie nuit au métabolisme des acides gras, le problème s'accroît. Le diabète ainsi que l'excès d'alcool, de tabac ou de stress peuvent entraîner une difficulté ou une incapacité à transformer l'AAL en AEP.

Selon plusieurs experts, un retour à une alimentation fournissant un rapport adéquat d'oméga-6 et d'oméga-3 aurait un impact positif sur la santé cardiovasculaire des populations occidentales et réduirait aussi les maladies inflammatoires et donc allergiques.

***La réaction anaphylactique.** Cette réaction allergique, subite et généralisée, touche tout l'organisme. Si elle n'est pas traitée rapidement, elle peut évoluer vers le **choc anaphylactique**, c'est-à-dire la chute de la tension artérielle, la perte de conscience et éventuellement le décès, en quelques minutes.

Dès l'apparition des premiers signes de **réaction grave** - enflure au visage ou à la bouche, maux de cœur, plaques rouges sur le corps - et le plus tôt possible avant l'apparition des premiers **signes de détresse respiratoire** - difficulté à respirer ou à avaler, respiration sifflante, modification ou disparition de la voix -, on doit administrer de l'épinéphrine

***L'atopie.** On appelle **atopie** la prédisposition aux allergies. Une personne peut souffrir de plusieurs formes d'allergies (asthme, rhinite, eczéma, etc.), pour des raisons qu'on ignore. D'après l'étude internationale de l'asthme et des allergies chez les enfants, une vaste étude menée en Europe et publiée en 2002, de 40 % à 60 %² des enfants atteints d'eczéma atopique souffriront d'allergies respiratoires, et de 10 % à 20 % feront de l'asthme². Les premiers signes d'allergie sont souvent l'eczéma atopique et les allergies alimentaires, qui peuvent apparaître chez le nourrisson. Les symptômes de rhinite allergique - des reniflements, une irritation des yeux et une congestion nasale - et d'asthme surviennent un peu plus tard dans la petite enfance