

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

La présentation clinique de la gale varie selon l'âge de l'enfant

BORALEVI F *et al.* Clinical phenotype of scabies by age. *Pediatrics*, 2014;133:e910-16.

La gale affecte 300 millions de personnes dans le monde chaque année. En France, 337 cas par 100 000 habitants sont recensés par an, environ 1/3 des patients ont moins de 16 ans. Il semblerait que la présentation clinique de la gale varie selon l'âge ; cependant, il n'existe à ce jour aucune étude clinique prospective pour caractériser l'atteinte clinique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.

Devant la fréquence des errances diagnostiques face à une éruption scabieuse chez l'enfant, les auteurs ont recherché au sein d'une cohorte prospective d'enfants ayant une gale confirmée, des phénotypes cliniques spécifiques aux différents âges pédiatriques.

Cette étude prospective, multicentrique, a été menée en France dans 13 centres de dermatologie entre avril 2010 et avril 2011. L'étude a été proposée aux patients ayant un diagnostic de gale confirmée par dermatoscopie (signe du delta) et, si possible, par la présence de *Sarcoptes scabiei* à l'examen microscopique de la peau. Chaque patient devait remplir un questionnaire où étaient notées les données démographiques et les données cliniques individuelles (durée des symptômes, types de lésions et leurs localisations, traitements reçus).

Au total, 323 patients ont été inclus avec un *sex ratio* (femme/homme) de 1,2:1. Parmi ces patients, 92 avaient moins de 2 ans (nourrissons), 107 avaient entre 2 et 15 ans (enfants) et 113 plus de 15 ans (adultes). Le délai moyen du diagnostic était de 62 jours, sans différence significative entre les groupes. Les rechutes étaient notées dans tous les groupes, mais elles étaient plus fréquentes chez les patients de moins de 15 ans. Les lésions nodulaires, surtout dans l'aire axillaire et dans le dos, étaient plus souvent retrouvées chez les nourrissons (dans 63 % des cas) que chez les enfants et les adultes. Une atteinte du visage et une histoire de dermatite atopique étaient uniquement notées chez les patients de moins de 15 ans. En analyse univariée, les rechutes et une histoire de dermatite atopique étaient plus fréquentes chez les nourrissons et les enfants avec un *odds ratio* (OR) respectif de 2,01 et 2,10 ($p = 0,05$). Les nodules et les vésicules étaient significativement plus observés chez les nourrissons avec des OR respectifs de 2,31 et 2,88. Concernant la topographie des lésions, l'atteinte des bras, des mamelons et de l'aire génitale était plus fréquente dans le groupe des adultes. En revanche, des lésions du visage, des pieds (plante et face dorsale), des chevilles, de la tête et du cou étaient pratiquement exclusivement retrouvées chez les enfants de moins de 15 ans. En revanche, il n'y avait pas de

différence significative entre les groupes en termes de présence de prurit et de sillons.

En analyse multivariée, les rechutes étaient plus fréquentes chez les enfants (OR = 2,45) et les nourrissons (OR = 3,26). L'existence de nodules, l'atteinte des plantes et du cuir chevelu étaient associées de façon indépendante au groupe de nourrissons.

Il s'agit de la première étude prospective pédiatrique, avec un nombre de patient important, permettant de catégoriser la présentation clinique de la gale en trois groupes d'âge distincts. Bien que le recrutement soit peut-être un peu biaisé car les patients ont tous été vus par des dermatologues et non des pédiatres ou médecins généralistes, la recherche de nodules notamment axillaire mais également la présence de lésions spécifiquement au niveau du visage, du cuir chevelu, des plantes et du dos du pied doivent orienter vers une gale chez l'enfant et éviter une errance diagnostique prolongée qui favorise la dissémination de la maladie à l'entourage. L'atteinte du visage chez l'enfant est probablement due à une mauvaise utilisation des traitements par les parents par crainte. Une éducation thérapeutique est donc nécessaire pour une prise en charge adéquate de la maladie.

Utilisation d'immunoglobulines dans la prévention d'une infection congénitale à CMV

REVELLO MG *et al.* A randomized trial of hyperimmune globulin to prevent congenital cytomegalovirus. *N Engl J Med*, 2014;370:1316-1326.

Dans les pays développés, 0,6 % des nouveau-nés sont concernés chaque année par une infection congénitale à CMV. Environ 20 % de ces enfants seront symptomatiques à la naissance ou auront des séquelles neurologiques ou sensorielles. Le principal risque d'infection congénitale à CMV est la survenue d'une primo-infection chez la mère pendant la grossesse pouvant être facilement diagnostiquée par une sérologie virale. L'absence de traitement disponible en cas d'infection maternelle a limité la pratique le dépistage systématique au cours de la grossesse par cette sérologie. En 2005, une étude prospective non randomisée avait mis en évidence que l'administration d'immunoglobulines spécifiques-CMV à 31 femmes présentant une primo-infection au cours de la grossesse réduisait significativement le risque de transmission de l'infection à l'enfant de 40 à 16 %.

Le but de cet essai randomisé est de confirmer l'efficacité des immunoglobulines spécifiques-CMV dans la prévention de l'infection fœtale et d'évaluer leur tolérance et leur action au niveau immunologique.

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Il s'agit d'un essai randomisé, contrôlé en double aveugle, réalisé dans 11 centres hospitaliers italiens entre juin 2009 et novembre 2011, incluant des femmes ayant une primo-infection symptomatique ou non à CMV entre 5 et 26 SA (diagnostic sur une séroconversion). Les femmes éligibles ont été randomisées pour recevoir par voie intraveineuse soit des immunoglobulines (100 UI/kg d'IgG anti-CMV), soit un placebo (sérum physiologique) toutes les 4 semaines jusqu'à 36 SA.

Sur les 338 femmes ayant eu une infection à CMV, 123 ont pu être incluses et ont terminé l'étude. Il n'y avait pas de différence significative concernant les données démographiques, le terme de grossesse au moment de l'infection, la méthode d'identification de celle-ci et la survenue de symptômes. Ces derniers étaient dominés par de la fièvre, un syndrome grip-pal et une élévation des transaminases. Le nombre moyen d'injection d'immunoglobuline et de placebo ne variait pas significativement selon les groupes (5 injections *versus* 4). Une transmission *in utero* de l'infection est survenue dans 37 % (45 des 123 cas). L'infection congénitale était diagnostiquée chez 18 fœtus avant la naissance et chez 27 nouveau-nés. Parmi les enfants infectés, 18 infections étaient notées dans le groupe des 61 femmes traitées par des immunoglobulines (30 %) *versus* 27 dans le groupe des 62 femmes ayant reçu le placebo (44 %) ($p = 0,13$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur le nombre de nouveau-nés atteints, que le diagnostic de l'infection à CMV soit fait au 1^{er} ou au 2^e trimestre de grossesse. Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes en termes de charge virale dans le liquide amniotique ou dans les urines chez les enfants infectés. Le taux

d'anticorps neutralisant testé chez les femmes n'était pas différent entre les deux groupes.

Concernant les effets secondaires, les complications obstétricales (accouchement prématuré, prééclampsie, retard de croissance intra-utérin) étaient plus importantes dans le groupe immunoglobuline (13 %) que le placebo (2 %) ($p = 0,06$). Chez les enfants infectés par le CMV, le nombre de nouveau-nés symptomatiques n'était pas différent, que leur mère ait reçu des immunoglobulines (30 %) ou le placebo (24 %).

Cet essai de phase II à la méthodologie rigoureuse comparant l'utilisation d'immunoglobuline spécifique CMV à un placebo, en cas de primo-infection à CMV pendant la grossesse, ne parvient pas à montrer une différence significative entre les deux groupes sur le taux de transmission de l'infection. De plus, ce travail ne retrouve pas d'élévation du taux d'anticorps neutralisant plus important en cas d'utilisation des immunoglobulines par rapport au placebo ni de modification en termes de charge virale.

Cependant, compte tenu des différences obtenues entre les groupes sur la transmission de l'infection (différence de 14 %), une étude plus puissante, incluant un plus grand nombre de patient aurait peut-être pu montrer une différence significative. D'autres essais randomisés de phase III sont actuellement en cours pour montrer l'utilité des immunoglobulines spécifiques-CMV.

J. LEMALE

Service de Gastro-Entérologie et Nutrition Pédiatriques,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.