

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Allergie à la cacahouète chez l'enfant à risque : comment la prévenir ?

DU TOIT G *et al.* Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med*, 2015;372:803-813.

La prévalence de l'allergie à la cacahouète a doublé en 10 ans dans les pays industrialisés, passant de 1,4 à 3 %. Cette allergie, émergeant également en Afrique et en Asie, est la principale cause d'anaphylaxie et de décès dus à une allergie alimentaire. Cette allergie se développe la plupart du temps dans l'enfance. Les recommandations internationales de la fin des années 1990 prônant l'éviction des aliments allergisants de l'alimentation des enfants ont été remises en cause, et la question d'une exposition précoce *versus* une éviction prolongée d'un aliment pour prévenir une allergie alimentaire reste ouverte.

Cet essai a pour but de déterminer si une introduction précoce de cacahouètes dans l'alimentation pourrait être une stratégie dans la prévention de cette allergie chez les enfants à risque.

Il s'agit d'un essai randomisé, contrôlé, réalisé au Royaume-Uni entre décembre 2006 et mai 2009, incluant des enfants âgés entre 4 et 11 mois sans consommation antérieure de cacahouètes et ayant un eczéma sévère, une allergie à l'œuf ou les deux. Les participants ont été stratifiés en deux études de cohorte en fonction des résultats des tests cutanés, négatifs ou positifs. Dans chaque cohorte, les enfants ont été randomisés pour recevoir un régime avec ou sans cacahouètes. Les enfants ont tous eu au début de l'étude un test de provocation oral (TPO). Les enfants réagissant au TPO initial ont été exclus. Les autres participants ont été inclus en analyse en intention de traiter (ITT). Les enfants randomisés pour recevoir des cacahouètes recevaient 6 g par semaine, répartis en trois repas sous forme d'un *snack* à base de beurre de cacahouètes jusqu'à l'âge de 60 mois. Les autres devaient éviter la consommation de protéine de cacahouètes jusqu'à 60 mois. Un entretien téléphonique était réalisé avec les familles toutes les semaines jusqu'à 12 mois et toutes les 2 semaines jusqu'à 30 mois. Des examens cliniques et le dosage des IgE, IgG et IgG4 ont été réalisés à 12, 30 et 60 mois. Un TPO a été effectué en double aveugle à l'âge de 60 mois.

L'âge moyen des participants était de $7,8 \pm 1,7$ mois. Parmi les 542 enfants du groupe avec tests cutanés négatifs initialement, 530 (92,8 %) ont pu être inclus en ITT. À 60 mois, 13,7 % du groupe exclusion *versus* 1,9 % du groupe consommation de cacahouètes étaient allergiques à la cacahouète. Cette différence représentait une réduction relative de la prévalence de l'allergie à la cacahouète de 86,1 % ($p < 0,001$). Sur les 98 enfants du groupe avec tests cutanés positifs initialement, à 60 mois, 35,3 % du groupe exclusion *versus* 10,6 % du groupe consom-

mation étaient allergiques à la cacahouète. Cela représentait une réduction relative de la prévalence de cette allergie de 70 % ($p = 0,004$). En prévention primaire (patients non sensibilisés), la consommation de cacahouète permettait une réduction de la prévalence de l'allergie, passant de 6 % dans le groupe éviction *versus* 1 % dans le groupe consommation ($p = 0,008$). De même, une réduction de la prévalence était notée en prévention secondaire (patients sensibilisés, probablement par voie cutanée), passant de 33,1 % dans le groupe éviction *versus* 6,8 % dans le groupe consommation ($p < 0,001$).

L'adhérence dans les différents groupes était bonne avec la consommation moyenne de 0 g de protéines de cacahouètes dans le groupe éviction *versus* 7,7 g dans l'autre groupe. Il n'existait pas de différence significative en termes d'effets secondaires graves selon les groupes. Au niveau immunologique, on observait une élévation plus importante des IgE spécifiques et une augmentation du diamètre des *prick tests* au cours du temps uniquement dans le groupe d'éviction. Les patients allergiques à 60 mois avaient un diamètre aux *prick tests* plus important. Les taux d'IgG4 spécifiques étaient plus élevés dans le groupe ayant consommé l'aliment, un ratio IgG4/IgE spécifique bas était associé à une allergie à la cacahouète.

Cet essai randomisé met en évidence qu'une introduction précoce des cacahouètes diminue significativement la fréquence de développement d'une allergie chez les enfants à risque. D'autres travaux sont nécessaires pour voir si cette protection persiste, même après l'arrêt d'une consommation régulière.

Incidence du zona dans une population pédiatrique

WEN SY *et al.* Epidemiology of pediatric Herpes Zoster after varicella infection: a population-based study. *Pediatrics*, 2015;135:e565-e571.

La survenue d'un zona est due à la réactivation du virus VZV persistant à l'état latent dans les ganglions après une varicelle. Même si cette pathologie est plus fréquente chez les sujets âgés, toutes les tranches d'âge peuvent être atteintes. Selon les études antérieures, l'incidence du zona en pédiatrie varie de 42 à 238,5 par 100 000 personnes-années. Bien que favorisé par une immunosuppression sous-jacente, un zona peut survenir chez un enfant immunocompétent, surtout en cas de varicelle avant l'âge de 1 an. La vaccination contre la varicelle a permis de réduire le nombre de cas de varicelle ; cette réduction pourrait influencer le taux d'incidence des zonas.

Le but de cette étude était d'établir à partir d'une large population pédiatrique l'incidence des zonas avant et après la mise en place de la vaccination contre la varicelle.

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus à partir des données d'un registre national de santé de Taïwan des enfants de moins de 12 ans ayant présentés une varicelle clinique (groupe A) entre janvier 2000 et décembre 2006 et des enfants de 1 an ayant reçu un vaccin contre la varicelle entre 2004 et 2006 (groupe B). Tous les enfants ont été suivis jusqu'au diagnostic de zona ou jusqu'en décembre 2008. L'âge, le genre et l'administration d'aciclovir étaient précisés.

Sur les 27 517 enfants inclus dans le groupe A, 428 ont développé un zona pendant la période de suivi et dans 82 % des cas après l'âge de 5 ans. L'âge moyen de survenue de la varicelle était de 5,24 ans et du zona de 8,4 ans sans différence selon le genre. Le délai moyen de survenue d'un zona après la varicelle était de 4,12 ans. Ce délai variait selon l'âge de survenue de la varicelle: il était de $3,75 \pm 2,01$ en cas de varicelle avant 1 an et de $4,23 \pm 2,40$ ans en cas de varicelle après 2 ans. Ainsi, le délai de survenue d'un zona après la varicelle était significativement plus court lorsque la varicelle était diagnostiquée avant 2 ans par rapport aux varicelles diagnostiquées entre 2 et 7 ans ($p = 0,04$).

Sur les 25 132 enfants inclus dans le groupe B, 106 ont développé un zona pendant le suivi sans différence d'incidence selon le genre. L'âge moyen de survenue du zona était de 2,51 ans, les patients étant significativement plus jeunes que dans le groupe A ($p < 0,001$).

Dans le groupe A, l'incidence du zona était de 262,1 par personnes-années sur la période totale d'observation. Les enfants ayant eu une varicelle diagnostiquée avant l'âge de 1 an avaient un risque significativement plus élevé de développer

un zona ($p < 0,001$), avec un taux d'incidence de 518,4, de 855,5 et de 589,7 par personnes-années respectivement à 2, 5 et 8 ans de suivi. Onze patients sur les 134 (8,21 %) qui ont reçu un traitement antiviral ont développé un zona *versus* 417 sur les 27 383 (1,52 %) qui n'ont pas reçu de traitement. Dans le groupe B, l'incidence du zona était de 93,3 par personnes-années.

Le risque de développer un zona chez les enfants ayant une varicelle avant l'âge de 1 an était plus faible après la mise en place du programme vaccinal ($p = 0,3$); mais ce risque était significativement augmenté chez les enfants ≥ 2 ans et < 8 ans. Indépendamment de l'âge, les enfants du groupe A avaient un risque significativement plus élevé de développer un zona par rapport à ceux du groupe B à 2, 3 et 4 ans de suivi, avec un risque relatif à 4 ans de suivi de 2,31 ($p < 0,001$).

Dans cette large étude épidémiologique pédiatrique, l'incidence des zonas est relativement élevée. Les enfants présentant une varicelle avant l'âge de 1 an seraient plus à risque de développer un zona et dans un délai plus court. Après la mise en place du programme vaccinal, le risque d'avoir un zona augmente pour les enfants ayant une varicelle après l'âge de 2 ans. Ces données sont à confirmer par d'autres travaux car quelques biais existent dans ce travail, avec notamment la surestimation probable de l'incidence des zonas. Il est en effet probable que les enfants ayant eu des varicelles minimales ou modérées n'aient pas consulté de médecin et ainsi n'aient pas été recensés dans le registre de santé utilisé.

J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.