

I Analyse bibliographique

Allergie à l'arachide : données épidémiologiques récentes

LEICKLY F *et al.* Peanut allergy : an epidemiologic analysis of a large database. *J Pediatr*, 2018;192:223-228.

Les prévalences de la sensibilisation et de l'allergie à la cacahuète sont en augmentation. Les familles des enfants concernés se posent des questions sur cette allergie dans la vie de tous les jours dont les réponses sont souvent confuses et contradictoires sur Internet. Il y a peu d'études pédiatriques récentes sur les données épidémiologiques des enfants atteints.

Le but de ce travail était de renseigner les familles et les professionnels de santé sur les questions habituellement posées à partir de l'analyse d'un registre spécifique de patients.

Les enfants inclus dans registre "Riley Peanut", dans l'Indiana, d'avril 2011 à mars 2016 ont été contactés pour participer à l'étude. Les données concernant les antécédents familiaux et personnels étaient récupérées ainsi que les résultats des tests allergologiques. Une allergie à la cacahuète était définie par une réaction clinique dans les 2 heures suivant l'ingestion de l'aliment avec des tests allergologiques positifs. Une sensibilisation correspondait à un prick test > 3 mm par rapport au témoin ou à des IgE spécifiques positives sans réaction clinique.

Sur les 1070 patients enregistrés sur 5 ans, 713 (67 %) avaient une allergie à la cacahuète et 357 (33 %) une sensibilisation. Sur l'ensemble des patients, 65 % avaient une dermatite atopique, 41 % un asthme et dans 68,7 % une autre allergie alimentaire notamment à l'œuf et au lait. Les patients étaient majoritairement caucasiens (76,8 %) avec un niveau socio-économique élevé (80 %). Les réactions cutanées étaient les plus fréquentes (55 % des cas) parmi lesquelles une urticaire généralisée (20,2 %) une urticaire de contact (28,5 %), un angioedème (4,1 %), une urticaire avec angioedème (0,6 %), une dermatite atopique (1,1 %). Une anaphylaxie survenait dans 34,9 % et une réaction digestive dans 10,6 %. L'âge moyen de la première réaction était de 1 an, elle survenait dans 87,6 % des cas avant l'âge de 3 ans. Une histoire familiale d'allergie ou de sensibilisation à la cacahuète était retrouvée dans 9,2 % des cas. Les patients présentant une allergie avaient significativement moins de dermatite atopique ($p < 0,001$), moins d'allergie à la cacahuète dans leur fratrie ($p = 0,02$), moins d'autres allergies alimentaires ($p < 0,001$) par rapport aux patients juste sensibilisés. Les tests du X² pour les 7 fruits à coque les plus fréquents ne révélaient significativement pas plus de sensibilisation chez les patients allergiques à la cacahuète par rapport aux enfants sensibilisés à la cacahuète. Sur les 525 patients ayant eu au moins une visite de contrôle, 21,3 % rapportaient une nouvelle réaction à l'aliment, dont un tiers sur un mode anaphylactique. Parmi ces derniers, 81,6 % n'avaient pas d'histoire

d'anaphylaxie antérieure. Ainsi, sur l'ensemble des patients, une réaction plus sévère était observée dans 27,7 % des cas. En revanche, sur les 21 enfants ayant présenté une anaphylaxie initiale, seulement 7 (33,3 %) présentaient une nouvelle anaphylaxie lors de la réexposition. Les prick tests n'étaient pas informatifs pour prédire une allergie, une sensibilisation ou le type de réaction ($p = 0,3$). Les taux d'IgE spécifiques étaient significativement plus importants en cas d'anaphylaxie par rapport à une urticaire ($p = 0,003$), une urticaire de contact ($p < 0,01$) ou l'absence de réaction ($p < 0,01$). Les taux les plus bas étaient retrouvés chez les patients avec un angioedème (7,08 kU/L), les plus hauts chez les enfants avec une anaphylaxie (18,2 kU/L), les enfants sensibilisés avaient en moyenne des taux à 8,51 kU/L. Chez les enfants qui avaient une dermatite atopique associée, les réactions allergiques étaient moins fréquentes par rapport à ceux n'en n'ayant pas (61 versus 76 %), de plus une anaphylaxie était plus rare (19,7 versus 30 %).

Ce travail nord-américain ayant inclus un grand nombre de patients confirme des données déjà connues, à savoir que l'allergie à la cacahuète est plus fréquente chez les garçons, que les réactions cutanées sont les plus communes et que l'âge de la première réaction se situe vers 1 an, avec un risque de récurrence aux alentours de 9 %. Dans cette série, les patients atteints avaient plus souvent un bon niveau socio-économique, la dermatite atopique était la comorbidité la plus fréquente alors qu'un asthme était moins souvent observé que dans les séries précédentes. Les autres allergies alimentaires étaient fréquentes, une aggravation des réactions était rapportée dans 1/3 des cas mais après une anaphylaxie initiale, il n'y avait pas d'évolution stéréotypée en cas de réexposition à l'aliment.

E-consultation dans le suivi des patients atteints de maladie cœliaque : une consultation d'avenir ?

VRIEZINGA S *et al.* E-Healthcare for celiac disease- A multicenter randomized controlled trial. *J Pediatr*, 2017: in press.

En Europe, la prévalence de la maladie cœliaque est évaluée à 1 à 3 %, elle atteindrait donc environ 5 millions d'individus. Une fois le diagnostic posé, un suivi médical annuel est recommandé avec un examen clinique, biologique, une surveillance de la croissance et une évaluation de l'adhérence au régime. Une perte de suivi des patients au cours du temps n'est pas rare. Depuis quelques années, des consultations "en ligne" sont réalisées pour certains patients adultes souffrant de pathologies chroniques.

Le but de ce travail était d'évaluer si chez l'enfant une consultation "en ligne" pouvait se substituer à une consultation traditionnelle dans le suivi d'une maladie cœliaque.

Ce travail multicentrique, randomisé a été réalisé dans 7 centres hospitaliers des Pays-Bas entre mai 2012 et juillet 2014 chez des enfants et jeunes adultes de moins de 25 ans présentant une maladie cœliaque depuis plus d'un an. Les patients avec un déficit en IgA, un accès limité à internet ou des difficultés linguistiques ont été exclus. Les patients inclus ont été randomisés dans le groupe "en ligne" ou dans le groupe "consultation traditionnelle" avec stratification sur l'âge et le sexe. Les enfants (et leurs parents) du groupe "en ligne" devaient remplir un questionnaire sur leur état de santé, leur adhérence au régime, leur qualité de vie, se mesurer et se peser selon des consignes précises et réaliser un test de dépistage rapide des taux IgA anti-transglutaminases (ATG) (POC *Bicard Celiac test*), test validé et commercialisé, réalisé à partir d'une goutte de sang. Les enfants du groupe contrôle avaient un examen clinique complet, étaient pesés, mesurés et avaient un dosage sanguin des taux d'ATG (ELISA), ils remplissaient également le questionnaire de qualité de vie et d'adhérence au régime. Six mois après leur visite, tous les participants réalisaient un test rapide POC chez eux pour évaluer le contrôle de la maladie.

Au total, 304 enfants ont participé à l'étude, 156 dans le groupe "en ligne" et 148 dans le groupe contrôle. Les caractéristiques entre les 2 groupes étaient similaires en termes d'âge des participants (âge moyen de 11 *versus* 11,4 ans) et d'âge au diagnostic de la maladie cœliaque (4,3 *versus* 4,9 ans). Au cours de l'étude, le délai entre la consultation initiale et la consultation de suivi était de 6,8 mois dans le groupe "en ligne" *versus* 7,6 mois dans le groupe contrôle ($p = 0,001$). Il y avait significativement plus de taux d'ATG positifs dans le groupe contrôle (13/145) que dans le groupe "en ligne" (2/153). Six mois plus tard, le nombre de tests POC positifs dans le groupe "en ligne" n'était significativement pas différent par rapport à la consultation initiale, en revanche, dans le groupe contrôle, le

nombre de tests POC positifs était significativement plus faible que le dosage sanguin des ATG initial (1/134 *versus* 13/145, $p = 0,012$). Les douleurs abdominales et une diminution de l'appétit étaient significativement plus fréquentes dans le groupe "en ligne", il n'y avait cependant pas de différence concernant la croissance par rapport au groupe contrôle. L'adhérence au régime était identique dans les 2 groupes, la positivité des ATG ou du test POC n'était pas corrélée à la consommation rapportée de gluten. Par rapport au début de l'étude, après six mois de suivi, la satisfaction générale était meilleure dans le groupe contrôle par rapport au groupe "en ligne" ($p = 0,001$). Cependant, dans ce dernier groupe, 48 % des patients étaient aussi satisfaits qu'après une consultation traditionnelle et 58 % voulaient continuer sur ce mode de suivi. Par ailleurs, la prise en charge des patients du groupe "en ligne" revenait à 202 euros de moins par enfant sur la période de l'étude.

Chez certains enfants, le suivi d'une maladie cœliaque par e-consultation pourrait être une alternative à une consultation traditionnelle car l'évaluation des symptômes et de l'adhérence au régime est assez corrélée, cependant le développement de POC plus sensible pour évaluer la présence d'ATG est indispensable.



J. LEMALE

Service de gastroentérologie
et nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.