



Venter C, Pereira B, Grundy J, Clayton CB, Arshad SH, Dean T.  
*Pediatr Allergy Immunol* 2006 ; 17 : 356-63.



## Prévalence de l'allergie alimentaire chez l'enfant

Cette étude de cohorte dans une population d'enfants âgés de 6 ans et résidant sur l'île de Wight (Royaume-Uni) a évalué la prévalence de l'allergie alimentaire, en distinguant les données rapportées par les parents et les allergies alimentaires objectivement diagnostiquées. La prévalence des sensibilisations aux allergènes alimentaires les plus fréquents a également été analysée.

Sur une population totale de 1 440 enfants de 6 ans, 798 ont participé à l'étude. Un problème concernant au moins un aliment et/ou un ingrédient alimentaire a été mentionné par les parents dans 94 cas, soit une prévalence de 11,8 % (IC<sub>95%</sub> : 9,6-14,2). Les aliments ou ingrédients les plus fréquemment en cause sont le lait et les laitages (40 %), l'arachide (16 %), l'œuf (16 %), les additifs et colorants (13 %), les noix et fruits à coque (12 %) et le blé (11 %). Des prick-tests cutanés (PTC) à un panel prédéfini d'allergènes alimentaires et d'aéro-

allergènes ont été réalisés chez 700 enfants et le taux de sensibilisation à ce panel d'allergènes alimentaires était de 3,6 % (25/700 ; IC<sub>95%</sub> : 2,3-5,2). La prévalence de l'allergie alimentaire était de 2,5 % (IC<sub>95%</sub> : 1,5-3,8) sur la base des tests de provocation orale (TPO) en ouvert et/ou d'une histoire clinique évocatrice associée à des tests cutanés positifs. Elle passait à 1,6 % (IC<sub>95%</sub> : 0,9-2,7) lorsque le diagnostic était porté sur des TPO en double-aveugle avec un diagnostic clinique ou sur l'association d'une histoire clinique évocatrice et de PTC positifs.

**Ainsi, les taux de perception de l'allergie alimentaire sont nettement plus élevés que la prévalence de la sensibilisation aux principaux allergènes alimentaires objectivée par des tests cutanés ou des tests de provocation orale.**

Franchi M, Carrer P, Kotzias D et al. *Allergy* 2006 ; 61 : 864-8.



## Lutter contre la pollution intérieure

Alors que la pollution de l'air sur le lieu de travail a été bien étudiée, les conséquences de la pollution au domicile sont beaucoup moins connues, en particulier en termes d'allergies, d'asthme et d'autres pathologies respiratoires. Le projet européen THADE (*Towards Healthy Air in Dwellings in Europe*), réalisé par la Fédération européenne des associations d'allergiques et de malades respiratoires (EFA), s'est donné pour objectif d'étudier ce vaste sujet à travers les données de la littérature. Les enseignements à tirer de ce travail sont multiples ; en voici quelques exemples.

Les citoyens européens passent plus de 85 % de leur temps dans des espaces fermés : domicile, école, bureau, boutiques, etc. En intérieur, les principaux polluants de l'air (composés aromatiques et carbonyles) sont retrouvés à des niveaux 2 à 5 fois plus élevés qu'à l'extérieur. L'environnement intérieur s'est profondément modifié avec l'arrivée des tissus modernes d'ameublement, des tapis et moquettes synthétiques et des systèmes de ventilation. Les principales sources de pollution intérieure ayant un impact négatif reconnu sur la santé sont : la fumée de

cigarette, les acariens, les allergènes d'animaux domestiques, les blattes, les moisissures, les pollens, les oxydes d'azote (acide nitrique), le formaldéhyde, etc.

Les effets néfastes des polluants intérieurs peuvent se manifester à trois niveaux :

- sensibilisation initiale par activation du système immunitaire ;
- déclenchement des symptômes chez les sujets déjà sensibilisés ;
- pérennisation de l'état inflammatoire des muqueuses respiratoires.

**Les mesures de lutte contre la pollution intérieure sont encore balbutiantes en Europe et beaucoup reste à faire : amélioration des modes de chauffage et de ventilation, lutte contre l'humidité et les moisissures, progrès dans les méthodes de nettoyage et d'hygiène de la maison, éviction des tentures murales, contrôle des sources de pollution telles le tabagisme...**

Le rapport complet de THADE est disponible sur [www.efanet.org/activities/documents/THADEReport.pdf](http://www.efanet.org/activities/documents/THADEReport.pdf)



## Profil de tolérance de l'immunothérapie sublinguale

L'immunothérapie sublinguale (ITSL) est utilisée en pratique clinique depuis environ 20 ans, son principal objectif étant d'améliorer la tolérance et d'éviter les effets indésirables du traitement traditionnel des pathologies respiratoires allergiques. À ce jour, 32 essais randomisés et contrôlés et 6 études de post-commercialisation ont été publiés, ce qui a permis d'étayer, par une documentation solide, le profil de tolérance de l'ITSL.

D'après ces études randomisées, les effets indésirables de l'ITSL les plus fréquemment observés sont le prurit oral ou l'œdème buccal, suivis des troubles gastro-intestinaux. Ces effets secondaires sont toujours décrits comme modérés et facilement contrôlés par les ajustements de doses. Des effets indésirables systémiques (asthme, urticaire, angioœdème) sont rapportés sporadiquement et, à

l'exception des événements indésirables oraux et gastro-intestinaux, l'incidence des effets indésirables ne semble pas différente entre les groupes placebo et ITSL. Le profil de tolérance de l'ITSL est comparable chez l'adulte et chez l'enfant.

**Les études de post-commercialisation montrent, de façon consistante, que l'incidence des effets indésirables liés à l'ITSL est inférieure à 10 %, soit moins de 1 événement pour 1 000 doses, conférant à l'ITSL un profil de tolérance bien meilleur que celui de l'immunothérapie sous-cutanée.**

Enfin, des données très récentes montrent que l'incidence des effets indésirables de l'ITSL n'est pas augmentée chez les enfants de moins de 5 ans.

Niggemann B, Jacobsen L, Dreborg S et al ; The PAT investigator group. Allergy 2006 ; 61 : 855-9.



## Immunothérapie spécifique et prévention à long terme de l'asthme chez l'enfant

Les premiers résultats de l'étude PAT (*Preventive Allergy Treatment*) avaient démontré que trois années de désensibilisation par immunothérapie spécifique (ITS) chez des enfants présentant une rhinite allergique saisonnière aux pollens de graminées ou de bouleau réduisaient significativement le risque de développement d'un asthme durant la période du traitement (OR = 2,52 [IC<sub>95%</sub> : 1,3-5,1]), comparativement à un traitement purement symptomatique (*J Allergy Clin Immunol* 2002 ; 109 : 251-6). Qu'en est-il deux ans après l'arrêt de l'immunothérapie ?

Deux ans après l'arrêt de l'ITS, 183 enfants parmi les 205 de la cohorte initiale ont été évalués ; ils étaient âgés de 11 à 20 ans (âge moyen : 15,6 ans). Outre l'évaluation clinique, des tests de provocation conjonctivale (TPC) et des tests de provocation bronchique à la méthacholine ont été effectués durant la saison pollinique et en hiver.

L'amélioration significative de la rhinite allergique saisonnière et des résultats des TPC observée après 3 ans persiste après de 5 ans de suivi. Les 142 enfants indemnes d'asthme à l'inclusion ont été spécifiquement analysés sur le développement d'une symptomatologie asthmatique à l'issue de la période de 5 ans : le risque de développe-

ment d'un asthme est significativement réduit dans le groupe ayant été traité par ITS comparativement aux témoins (15/75 vs 29 / 67 ; OR = 2,68 [IC<sub>95%</sub> : 1,3-5,7]) et le nombre d'enfants ayant une aggravation de leurs scores d'asthme était significativement plus faible ( $p < 0,01$ ) que dans le groupe contrôle. Aucune différence n'était notée dans la réponse bronchique à la méthacholine, en raison de l'amélioration spontanée des sujets du groupe contrôle pendant la période de suivi.

Les résultats préliminaires du suivi de la cohorte de l'étude PAT 7 ans après l'arrêt de l'ITS ont été communiqués au dernier congrès de l'AAAAI (*J Allergy Clin Immunol* 2006 ; 117 : 721 [abstract LB6]). Le suivi total à 10 ans concernait 157 enfants. Parmi ceux qui étaient indemnes d'asthme lors de l'inclusion, 24 sur 29 (83 %) ont développé un asthme dans le groupe contrôle contre seulement 16 sur 48 (33 %) dans le groupe traité par ITS : OR = 2,48 (IC<sub>95%</sub> : 1,1-5,4).

**L'ITS apparaît donc désormais comme une option thérapeutique permettant également d'assurer une prévention à long terme contre le développement d'un asthme.**