

Article original

Immunothérapie orale à l'arachide. Expérience pédiatrique niçoise

*Oral immunotherapy for peanut allergy. Paediatric experience in Nice*J. Chalmin^a, T. Bourrier^{b,*}^a Service de pneumologie, hôpital CHU Pasteur, 30, avenue Voie-Romaine, 06000 Nice, France^b Consultation d'allergologie pédiatrique, consultations de médecine, hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, 57, avenue de la Californie, 06200 Nice, FranceReçu le 23 septembre 2016 ; accepté le 1^{er} octobre 2016

Disponible sur Internet le 14 novembre 2016

Résumé

L'immunothérapie orale peut être une alternative au régime d'éviction dans l'allergie à l'arachide. Parmi 72 enfants à qui a été proposé ce traitement après test de provocation oral (TPO1), 68 ont accepté et sont rentrés dans un protocole d'immunothérapie orale personnalisé. Il y a eu 10 échecs et 31 patients ont bénéficié d'un deuxième test de provocation oral sous traitement (TPO2). La dose cumulée réactive et le score de sévérité clinique ont été comparés. Les tests cutanés et le dosage des IgE spécifique de l'arachide étaient réalisés avant le TPO1 puis lors du suivi. Ces trente et un patients avaient un âge moyen de 8,1 ans. Le délai médian entre les deux tests de provocation était de 1,4 an. La dose cumulée réactogène moyenne entre les TPO1 (4207 mg d'arachide) et TPO2 (8769 mg d'arachide) a augmenté significativement ($p < 0,001$). Le score de sévérité clinique a diminué significativement entre les deux tests de provocation ($p < 0,001$). Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté sous immunothérapie. Cette prise en charge dans une population pédiatrique, réalisée à domicile, confirme l'efficacité et un rapport bénéfice/risque acceptable en accord avec les données de la littérature. L'immunothérapie orale à l'arachide s'inscrit dans une approche thérapeutique personnalisée de l'enfant allergique alimentaire.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allergie alimentaire ; Immunothérapie orale ; Allergie arachide ; Pédiatrie**Abstract**

Oral immunotherapy may offer an alternative to elimination diets in peanut allergy. Of 72 children for whom this treatment was proposed following an oral challenge test (TPO1), 68 agreed and entered a personalised oral immunotherapy study. There were 10 treatment failures and 31 patients underwent a second oral challenge during treatment (TPO2). Cumulative reactogenic dose and clinical severity score were compared. Skin tests and assay of IgE specific for peanut allergy were first performed prior to TPO1 and again during follow-up. The mean age of these 31 patients was 8.1 years. The median time between two challenge tests was 1.4 years. The mean cumulative reactogenic dose between TPO1 (4207 mg of peanut) and TPO2 (8769 mg of peanut) increased significantly ($P < 0.001$). Conversely, the clinical severity score was significantly reduced between the two challenge tests ($P < 0.001$). No serious adverse effects were reported during immunotherapy. This treatment in a paediatric population, administered at the patients' homes, confirms the efficacy of the therapy as well as an acceptable benefit/risk ratio consistent with the data. Oral immunotherapy for peanut allergy is part of a personalised therapeutic approach for children with food allergies.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Food allergy; Oral immunotherapy; Peanut allergy; Childhood

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bourrier.t@pediatrie-chulnval-nice.fr (T. Bourrier).

1. Introduction

L'allergie alimentaire est l'une des expressions cliniques les plus importantes de l'atopie. Sa fréquence a fortement augmenté depuis une trentaine d'années en particulier chez les sujets jeunes, surtout les enfants et les adolescents. Sa prise en charge a longtemps reposé sur l'éviction de l'aliment responsable dans l'espoir que l'absence de contact avec l'allergène favoriserait une tolérance spontanée. Toutefois, ce dogme thérapeutique a été pris en défaut par l'évolution de nombreux patients atteints d'allergies alimentaires diverses, en particulier à l'arachide. Au cours des dix dernières années, l'immunothérapie spécifique s'est globalement imposée comme le traitement adapté et efficace de la plupart des allergies alimentaires. Dans cette étude, nous avons recueilli les données des enfants pour lesquels une immunothérapie par voie orale (ITO) à l'arachide a été proposée à la consultation d'allergologie pédiatrique des hôpitaux de Nice au cours des six dernières années.

2. Épidémiologie de l'allergie alimentaire à l'arachide

En France, la fréquence de l'allergie alimentaire est estimée à environ 4,7 % des enfants et 3,2 % des adultes [1]. Au Royaume-Uni, la fréquence des réactions anaphylactiques sévères a doublé passant de 0,5 à 1,2 % de 1994 à 2002 [2]. En France, le Réseau d'allergo-vigilance (RAV) a enregistré depuis 2002, les réactions allergiques sévères et les décès (14 cas en 10 ans) classées selon le groupe d'aliments. En 2011, les 152 cas déclarés concernaient 46 allergènes alimentaires différents avec une prédominance de l'arachide (14,1 %) et des fruits à coque (22,8 %) ; parmi ces derniers, la noix de cajou était en cause dans 12,8 % des cas [3].

L'allergie à l'arachide est devenue un problème de santé publique majeur. La prévalence de cette allergie dans la population française est estimée entre 0,3 et 0,75 % [4]. L'arachide est un allergène capable d'entraîner des réactions sévères, voire mortelles. Dans les deux séries publiées sur l'allergie alimentaire en 1991 et 2002, l'arachide est la principale cause de décès [5,6]. La mort par anaphylaxie est généralement rare mais possible chez les enfants ou surtout les adolescents. Du fait de sa fréquence et de sa sévérité, cette allergie altère sérieusement la qualité de vie des enfants et de leurs familles [7]. De plus, l'arachide est un allergène présent dans de nombreuses préparations industrielles, ce qui rend difficile la réalisation d'un régime strict d'éviction. Certes, depuis le 25 novembre 2005, une directive européenne impose l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées contenant de l'arachide : elle a amélioré la qualité de vie des patients allergiques mais n'a pas supprimé tous les risques.

À l'heure actuelle, le traitement repose sur un régime d'éviction strict afin de limiter les accidents allergiques sévères, associé à la prescription d'une trousse d'urgence comprenant très souvent un stylo auto-injecteur d'adrénaline. Un programme d'éducation thérapeutique est souhaitable, mais loin de pouvoir être appliqué à tous les patients souffrant d'allergie alimentaire. Le projet d'accueil individualisé (PAI) en milieu scolaire est spécifique à la pédiatrie mais complique lui aussi la vie de l'enfant [8,9]. Cependant, l'éviction stricte n'a pas fait la preuve qu'elle

pouvait être associée à l'acquisition d'une tolérance alimentaire avec l'âge. En revanche, elle pourrait augmenter la réactivité clinique à l'arachide, ce qui se traduit par une sévérité accrue des symptômes et/ou l'apparition d'un seuil réactogène plus bas [10,11]. En conséquence, l'éviction seule n'est pas une stratégie thérapeutique suffisante et justifie l'immunothérapie spécifique alimentaire.

3. Immunothérapie allergénique alimentaire

Au cours des années 1990, deux études randomisées se sont intéressées à l'immunothérapie à l'arachide par la seule voie alors envisageable, l'injection sous-cutanée.

Oppenheimer et al. [12] ont utilisé un protocole accéléré puis une injection mensuelle en phase de maintenance. Les trois sujets du groupe actif ont eu une réduction de 67 à 100 % des symptômes lors du test de provocation après immunothérapie spécifique, suggérant une efficacité. Cependant, le taux de réactions systémiques était élevé (13,3 %), avec en outre le décès d'un patient du groupe placebo ayant reçu par erreur un extrait d'arachide [12].

Nelson et al. [13] ont étudié les effets de l'injection d'extrait d'arachide aqueux, chez 12 patients. Tous les patients bénéficiant des injections ont augmenté leur seuil de réactivité [13]. Mais le taux important de réactions indésirables nécessitant le recours à des injections d'adrénaline rendait ce traitement inacceptable dans la pratique clinique quotidienne et éthiquement inconcevable. D'autres allergènes rendus moins réactifs ou d'autres voies d'administration ont alors été étudiées.

La voie sublinguale a un excellent profil de tolérance mais une efficacité modérée [14,15]. L'administration par voie épicutanée est encore au stade de la recherche clinique. L'immunothérapie orale (ITO), la plus étudiée, est la seule technique utilisée en pratique courante. Selon le principe classique de toute « désensibilisation », de faibles doses d'allergènes sont administrées par voie orale et augmentées progressivement pour induire une désensibilisation (augmentation du seuil réactogène) en espérant une tolérance (absence définitive de réactivité à l'allergène).

L'immunothérapie alimentaire s'effectue en deux temps. Tout d'abord, la phase d'induction consiste à une augmentation progressive des doses jusqu'à atteindre une dose optimale. Ensuite, la phase d'entretien ou de maintenance, avec une consommation régulière (idéalement quotidienne) de l'aliment, a pour but de maintenir le bénéfice de l'induction de tolérance. Au cours de l'immunothérapie spécifique, il semble difficile d'obtenir une tolérance complète, comparable à l'acquisition physiologique de tolérance chez le nourrisson. De nombreux patients redeviennent allergiques en l'absence de la consommation régulière de l'aliment.

Les premières études sur l'ITO ont concerné l'allergie au lait de vache et à l'œuf. Longo et al. [16] ont inclus 60 enfants allergiques sévères au lait de vache. Après un an, dans le groupe ITO, 36 % des sujets ont acquis une tolérance complète, 54 % une tolérance partielle. Le taux d'échec était de 10 % [16]. Une récente revue de la littérature a montré que l'immunothérapie spécifique comparée au régime d'éviction seul augmentait la probabilité d'acquiescer la tolérance au lait de vache [17]. De même, l'ITO

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669859>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669859>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)