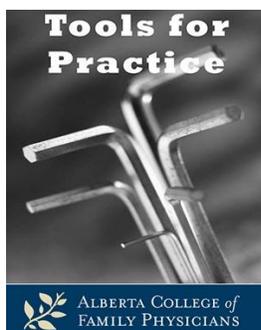


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 600 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

16 octobre 2017



Arachides pour les tout-petits : effets bénéfiques significatifs

Question clinique : L'introduction des arachides à un bas âge influe-t-elle sur l'allergie aux arachides?

Conclusion : L'introduction des arachides à un bas âge réduit le risque d'allergie aux arachides chez les nourrissons à risque élevé de 17 % à 3 % après cinq ans. Les effets pourraient être bénéfiques également pour les enfants présentant un risque normal. Puisque 9 % des enfants à risque élevé ont été exclus en raison d'un test positif de la piqûre épidermique au départ, il peut être raisonnable d'étudier ceux qui présentent le risque le plus élevé avant l'exposition.

Données probantes

- Essais cliniques randomisés :
 - 640 nourrissons à risque élevé (eczéma grave, allergie aux œufs ou les deux) âgés de 4 à 11 mois, randomisés pour la consommation (6 g d'arachides par semaine) ou la non-consommation¹. Après cinq ans :
 - Test positif de provocation orale avec des arachides : 3,2 % pour le groupe ayant consommé des arachides par rapport à 17,2 % pour le groupe de non-consommation, nombre de sujets à traiter=8.
 - Effets nocifs – le groupe ayant consommé des arachides a subi au départ un test de provocation orale : sept nourrissons sur 319 ont réagi (six ont eu besoin d'un médicament antihistaminique, et un autre, de stéroïdes oraux). Après cinq ans, un enfant du groupe de non-consommation a nécessité de l'épinéphrine à la suite d'un test de provocation orale.
 - Limites : Aucun placebo et exclusion des nourrissons présentant une réaction de plus de 4 mm au test de la piqûre épidermique (9 % des nourrissons).
 - Des nourrissons âgés de trois mois, allaités et présentant un risque normal (n=1 303), ont été randomisés pour l'introduction précoce de six aliments allergènes (p. ex. : 2 g d'arachides par semaine) ou la non-consommation d'aliments allergènes avant l'âge de six mois².

- À l'âge d'un à trois ans, aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne le test positif de provocation orale :
 - Arachides : 1,2 % pour l'introduction précoce par rapport à 2,5 % pour la non-consommation.
- Limites : Différence significative sur le plan de l'adhésion découlant d'un protocole complexe (introduction précoce chez 43 % et non-consommation chez 93 %); exclusion des nourrissons présentant une sensibilisation aux arachides (réaction supérieure à 0 mm au test de la piqûre épidermique).
- Étude d'observation :
 - Suivi de nouveau-nés (n=2 124) pour examiner le moment de l'introduction des aliments et la sensibilisation³. L'évitement des arachides au cours de la première année a augmenté le risque suivant :
 - Sensibilisation aux arachides (réaction supérieure à 2 mm au test de la piqûre épidermique) : rapport des cotes de 1,76 (1,07-3,01).
 - Limites : Biais de rappel potentiel, aucun test confirmatif de provocation orale.

Contexte

- L'hypothèse de l'exposition précoce est issue du risque 10 fois moins élevé observé chez les enfants israéliens par rapport aux enfants du Royaume-Uni. Les enfants israéliens consommaient davantage d'arachides pendant la petite enfance (7,1 g par mois par rapport à 0 g par mois)⁴.
- Selon une importante étude de cohorte (10 907 participants), un risque d'allergie aux arachides plus faible a été observé chez les enfants de mère non allergique qui avaient augmenté leur consommation d'arachides au cours de la grossesse (cinq fois par semaine ou plus par rapport à moins d'une fois par mois), rapport des cotes de 0,31 (0,13-0,75)⁵.
- Les lignes directrices recommandent de ne pas restreindre le régime de la mère ni de retarder l'introduction des allergènes alimentaires chez les nourrissons à risque élevé^{6, 7}.

Auteurs

Danielle Perry, B.Sc.Inf., Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Références

1. Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, *et al.*, N Engl J Med, 2015, 372(9) : 803-813.
2. Perkin MR, Logan K, Tseng A, *et al.*, N Engl J Med, 2016, 374(18) : 1733-1743.
3. Tran MM, Lefebvre DL, Dai D, *et al.*, Pediatr Allergy Immunol, 2017; 28(5) : 471-477.
4. Du Toit G, Zadik-Mnuhin G, Amir T, *et al.*, J Allergy Clin Immunol, 2008, 122(5) : 984-991.
5. Frazier AL, Camargo CJ, Malspeis S, *et al.*, JAMA Pediatr, 2014, 168(2) : 156-162.
6. Fleischer D, Sicherer S, Greenhawt M, *et al.*, Pediatr Dermatol, 2016, 33(1) : 103-106.
7. Chan E, Cummings C, Paediatr Child Health, 2013, 18(10) : 545-554.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque

article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.