



Un casse-tête : L'immunothérapie orale améliore-t-elle les issues pour les personnes allergiques aux arachides?

QUESTION CLINIQUE

Chez les enfants allergiques aux arachides, l'immunothérapie orale accroît-elle la tolérance à cette légumineuse? Quels sont les effets indésirables?

CONCLUSION

Chez les enfants allergiques aux arachides, l'immunothérapie orale accroît la tolérance en cas d'exposition accidentelle à cette légumineuse par rapport au placebo ou à l'évitement. Environ 60 à 70 % des enfants parviennent à se désensibiliser, par rapport à moins de 10 % de ceux du groupe témoin, sur une période d'un à trois ans. Bien que les issues à long terme soient inconnues, environ 20 % des enfants continuent de tolérer une exposition accidentelle aux arachides 26 semaines après l'arrêt du traitement. Les effets indésirables gastro-intestinaux surviennent chez 78 % des enfants par rapport à 38 % de ceux du groupe témoin, tandis qu'une administration d'adrénaline (toutes utilisations confondues) est nécessaire dans 12 % des cas par rapport à 3 % (groupe témoin).

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Revue systématique d'essais cliniques randomisés (ECR) comparant l'immunothérapie orale aux arachides à un placebo ou à l'évitement (13 ECR, 1 315 personnes participantes, âgées d'environ 9 ans)¹. La dose de protéine d'arachide est augmentée progressivement toutes les deux semaines environ jusqu'à l'atteinte de la dose d'entretien (doses rapportées : 300 à 4 000 mg; six ECR : ~ 300 mg/jour).
 - Désensibilisation (test de provocation alimentaire) à 24 à 160 semaines :
 - 69 % par rapport à 7 % (groupe témoin).
- Deux des plus vastes ECR réalisés auprès d'enfants (de 126 à 499 enfants, âgés de 12 mois à 17 ans, de 52 à 134 semaines)^{2,3} :
 - Désensibilisation jusqu'à 600 mg ou 5 000 mg : 67 à 71 % par rapport à 2 à 4 % (placebo).
 - Adrénaline de secours durant le test de provocation alimentaire : 10 à 39 % par rapport à 53 à 62 % (placebo).
 - Rémission (tolérance aux arachides après 26 semaines sans traitement) (1 ECR, 146 enfants) : 21 % par rapport à 2 %.
- D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations^{4,5}.
- Revue systématique d'ECR sur l'innocuité⁶ :
 - Événements indésirables gastro-intestinaux : 78 % par rapport à 38 % (groupe témoin).
 - Adrénaline, toutes utilisations confondues : 12 % par rapport à 3 % (groupe témoin).
 - Aucune différence statistique pour ce qui est de la respiration sifflante : 27 % par rapport à 7 % (groupe témoin), possibilité de puissance insuffisante.
- Limites : Différences au niveau des doses, des schémas d'augmentation progressive de la posologie et des définitions de la désensibilisation et de la rémission; essais ouverts et suivi à long terme limité après l'arrêt du traitement.

CONTEXTE

- Les augmentations progressives initiales de la dose ont été effectuées sous surveillance médicale. La posologie d'entretien a été administrée à domicile, les familles ayant reçu de l'adrénaline sur ordonnance à utiliser en cas d'urgence.
- Un seuil de tolérance de 300 mg correspond davantage à une protection contre les expositions accidentelles qu'à la possibilité de consommer librement des aliments contenant des arachides⁷.
- L'immunothérapie orale diffère de l'introduction précoce de l'arachide, qui est de nature préventive plutôt que thérapeutique :
 - L'introduction précoce de l'arachide (entre trois à dix mois) est associée à un plus faible risque d'allergie aux arachides (1,4 % par rapport à 4,9 % [groupe témoin])⁸.
- L'immunothérapie orale nécessite généralement une prise quotidienne, une observance à long terme et l'accès à des spécialistes.

RÉFÉRENCES

1. Riggioni C, Oton T, Carmona L et al. Allergy. 2024;79(8):2097-2127.
2. Vickery BP, Vereda A, Casale TB et al. N Engl J Med. 2018;379(21):1991-2001.
3. Jones SM, Kim EH, Nadeau KC et al. Lancet. 2022;399(10322): 359-371.
4. Lodge CJ, Waidyatillake N, Peters RL et al. Clin Transl Allergy. 2023;13(7): e12268.
5. De Silva D, Rodriguez Del Rio P, de Jong NW et al. Allergy. 2022;77(6): 1852-1862.
6. Khan NA, Sethi FA, Shaheer M et al. Int Arch Allergy Immunol. 2025;12: 1-14.
7. Remington BC, Krone T, Koppelman SJ. Pediatr Allergy Immunol. 2018;29(7): 762-772.
8. Scarpone R, Kimkool P, Ierodiakonou D et al. JAMA Pediatr. 2023;177(5): 489-497.

AUTRICES

Caitlin Finley, M.D., CCMF
Danielle Perry, inf. aut., M. Sc.

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

OUTILS POUR LA PRATIQUE RENDU POSSIBLE PAR



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordonnés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.