

Objectifs Préciser le contrôle et la sévérité et identifier les facteurs associés au non-contrôle et à la sévérité de l'asthme chez les enfants de la cohorte VIRASTHMA, 1 an après une hospitalisation pour exacerbation sévère (corticothérapie générale ≥ 3 jours).

Méthodes Étude prospective, multicentrique. Les enfants asthmatiques allergiques de 6 à 18 ans étaient inclus au cours d'une hospitalisation pour une exacerbation asthmatique sévère, entre novembre 2008 et novembre 2012. Les caractéristiques démographiques et anamnestiques, la sévérité (GINA, selon le traitement de fond) et le contrôle de l'asthme (GINA ; score ACT ou pACT), la sévérité de l'exacerbation (durée oxygénothérapie, hospitalisation), la fonction respiratoire (VEMS, VEMS/CV, pré et post β_2), et le traitement de fond (dont dose de corticostéroïdes inhalés en $\mu\text{g/j}$ équivalent fluticasone) étaient recueillis à l'inclusion, lors d'une visite de contrôle à 8 semaines puis à 1 an.

Résultats Soixante-douze patients d'âge moyen de 9,7 ans étaient inclus. Soixante-quatre pour cent des exacerbations étaient liées à une infection virale, dont 80 % des cas à rhinovirus. Quarante-quatre pour cent des patients recevaient déjà un traitement de fond à l'inclusion. À 8 semaines, 33 % des 66 patients revus étaient non contrôlés et 22 % avaient un score ACT/pACT < 20 . À 1 an (62 patients revus), 56 % avaient un asthme sévère, 42 % n'étaient pas contrôlés et 16 % avaient un score ACT/pACT < 20 . Les principaux facteurs associés à un non-contrôle à 1 an étaient la présence d'une polysensibilisation aux aéroallergènes ($p = 0,004$) et la présence d'un traitement de fond à l'inclusion ($p = 0,004$). Un score ACT bas à 1 an était associé à un score ACT bas à 8 semaines ($p = 0,037$) et au non-contrôle à 8 semaines ($p = 0,023$). Les facteurs associés à un asthme classé sévère à 1 an de l'exacerbation étaient les antécédents de dermatite atopique ($p = 0,001$), la présence d'un traitement de fond à l'inclusion ($p < 0,0001$), un asthme non contrôlé ($p = 0,003$) ou un score ACT/pACT < 20 à 8 semaines (0,016).

Conclusion Les enfants asthmatiques allergiques aux antécédents d'hospitalisation pour exacerbation ont un asthme fréquemment sévère et difficile à contrôler. Peu nombreux en regard de la fréquence de l'asthme, ils se caractérisent par une forte morbidité et un coût élevé de santé. La sévérité ou le non-contrôle sont associés à un terrain allergique plus marqué. Ces données illustrent le lien entre allergie, exacerbation (virus), contrôle et sévérité de l'asthme d'une part, les limites des traitements conventionnels d'autre part.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.02.004>

03

Intérêt microbiologique du palivizumab chez les nourrissons atteints de mucoviscidose : étude rétrospective, multicentrique, cas-témoins



C. Buchs^{1,*}, M.-L. Dalphin², S. Sanchez³, M. Perceval⁴, B. Kasai^{5,6}, P. Reix^{1,4,6}

¹Centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose, Lyon, France

²Centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose, Besançon, France

³Département d'information médicale, centre hospitalier de Troyes, France

⁴Centre de référence de la mucoviscidose, Lyon, France

⁵Centre d'investigation clinique pédiatrique, Lyon, France

⁶Université Claude-Bernard Lyon 1, UMR5558, équipe EMET, Lyon, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clélia.buchs@chuyon.fr (C. Buchs)

Introduction Un lien entre les infections respiratoires par le virus respiratoire syncytial (VRS) et la primocolonisation précoce par *Pseudomonas aeruginosa* (PA) a été établi pour les jeunes patients atteints de mucoviscidose.

À ce titre, l'immunoprophylaxie par palivizumab (Synagis®), anticorps monoclonal dirigé contre la protéine F du VRS, chez ces patients, est actuellement controversée.

Objectif L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'intérêt du palivizumab à retarder la primocolonisation par PA. Les objectifs secondaires étaient de préciser l'intérêt de cette molécule à retarder la primocolonisation par *Staphylococcus aureus* (SA), *Haemophilus influenzae* (Hp) et à réduire le nombre d'hospitalisation pour infections respiratoires aiguës par VRS.

Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective, cas-témoins comparant des nourrissons ayant reçu du palivizumab au centre de ressources et de compétences de Besançon (CRCM) ($n = 40$) et des témoins n'en ayant pas reçu au CRCM de Lyon ($n = 140$). Les patients ont été suivis pendant leurs trois premières années de vie.

Résultats Nous n'avons pas montré de différence statistiquement significative pour l'âge de primocolonisation par PA entre les cas ($16,6 \pm 16,5$ mois) et les témoins ($12,9 \pm 8,8$ mois ; $p = 0,143$). Aux termes des trois premières années de vie, 41,4 % des nourrissons-cas avaient été primocolonisés par PA et 40 % des nourrissons-témoins ($p = 0,384$). En comparaison, ce taux est de 37,2 % dans la cohorte du registre national français ($n = 2171$). Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative pour les âges moyens de primocolonisation par SA et Hp entre les cas et les témoins (respectivement, $10,0 \pm 9,1$ mois pour les cas et $8,2 \pm 9,6$ mois pour les témoins [$p = 0,397$] ; $7,7 \pm 6,1$ pour les cas et $10,1 \pm 8,7$ mois pour les témoins [$p = 0,127$]). Les taux d'hospitalisations au cours des trois premières années de vie n'étaient pas différents entre les deux centres (17,5 % pour les cas, 22,9 % pour les témoins ; $p = 0,06$). Les infections respiratoires basses à VRS étaient rares dans les deux groupes (5 % pour les cas ; 2,8 % pour les témoins [$p = 0,634$]).

Conclusion Les résultats de notre étude indiquent que les bénéfices cliniques et microbiologiques ne sont pas en faveur d'une utilisation systématique du palivizumab chez les nourrissons atteints de mucoviscidose.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.02.005>

04

L'allergie alimentaire a-t-elle un impact sur la morbidité de l'asthme ?



M. Cap^{1,*}, E. Drumez², S. Lejeune¹, C. Thumerelle¹, C. Mordacq¹, V. Nève³, A. Deschildre¹

¹Service de pneumologie et allergologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

²Département de biostatistiques, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

³Service d'explorations fonctionnelles respiratoires pédiatriques, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : capmelanie1@gmail.com (M. Cap)

Objectif L'allergie alimentaire (AA) est souvent associée à l'asthme. Nous avons étudié l'impact de l'AA sur le contrôle de l'asthme. Les exacerbations, le niveau de traitement et la fonction respiratoire étaient également évalués.

Sujets et méthodes Étude prospective, monocentrique réalisée entre août 2015 et mars 2016. Les enfants suivis pour asthme allergique âgés d'au moins 7 ans, avec ou sans AA étaient inclus. Les caractéristiques de l'asthme et de l'AA étaient recueillies. Le contrôle de l'asthme était défini par les critères du GINA 2014. Le score ACT ou ACT pédiatrique, le nombre d'exacerbations, de corticostéroïdes systémiques et d'hospitalisations dans l'année précédente, le niveau de traitement, la dose de corticostéroïdes inhalés (CSI) et la fonction respiratoire (VEMS, VEMS/CV, FeNO) étaient étudiés dans les groupes d'enfants avec et sans AA.

Résultats Deux cent douze patients asthmatiques (âge médian : 11,5 ans) étaient inclus, dont 57 avaient une AA (27 %) (fruits à coque = 26, arachide = 23, œuf = 11, lait = 3, autre = 20, AA multiples = 41). L'antécédent d'asthme aigu grave n'était pas différent entre les 2 groupes ($p = 0,4$). Trente-neuf enfants avaient un antécédent d'anaphylaxie. Trente et un enfants (15 %)

étaient traités par Omalizumab, dont 10 avaient une AA. Trente-huit enfants avec AA (67 %) avaient un asthme contrôlé versus 94 enfants sans AA (61 %) ($p = 0,42$) ; il n'y avait pas de différence pour le score ACT/pACT ($p = 0,26$). Le nombre d'exacerbations ($p = 0,1$), de corticothérapies systémiques ($p = 0,08$) et d'hospitalisations ($p = 0,41$), le niveau de traitement selon GINA ($p = 0,17$), la dose de CSI ($p = 0,16$), le VEMS/CV [moyenne 84 % si AA versus 83 % ; $p = 0,12$] et la FeNO [médiane : 42 ppb si AA versus 24 ppb ($p = 0,55$)] n'étaient pas différents. Le type, le nombre d'aliments et la sévérité des réactions allergiques n'influaient pas sur le contrôle de l'asthme. Le sous-groupe de patients « asthme-dermatite atopique-AA » (A-DA-AA) avait plus d'exacerbations ($p = 0,0094$) et une dose de CSI quotidienne plus élevée ($p = 0,017$) par rapport aux patients avec asthme et AA sans DA.

Conclusion Notre étude ne montre pas une morbidité de l'asthme plus importante chez les enfants ayant une AA. Toutefois, l'association DA-AA paraît être associée à un phénotype d'A plus sévère.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.02.006>

05

Évaluation d'un protocole simple d'induction de tolérance à l'arachide en pratique quotidienne

P. Cros^{*}, A. Bouchaud, C. du Boisbaudry, M.D. Donnou

Service de pédiatrie, CHRU Morvan, 2, avenue Foch, 29609 Brest cedex, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : pierrick.cros@churest.fr (P. Cros)

L'induction de tolérance orale à l'arachide n'est pour l'instant pas recommandée en pratique quotidienne. Elle présente une perspective intéressante dans l'allergie à l'arachide dont le régime d'éviction altère la qualité de vie. Elle n'est décrite aujourd'hui qu'encadrée par des protocoles de recherche souvent difficiles à mettre en place. Cette étude descriptive présente l'impact en vie réelle d'un protocole simplifié d'induction de tolérance orale à l'arachide réalisée au CHRU de Brest. L'objectif principal est de déterminer la proportion de patients ayant obtenu un élargissement de leur régime alimentaire.

Méthode Quatre-vingt-six enfants allergiques ou sensibilisés à l'arachide ayant bénéficié d'un Test de Provocation Orale à l'arachide de janvier 2011 à septembre 2015 suivi d'une induction de tolérance orale ont été inclus. Le protocole, personnalisé en fonction de la dose seuil réactogène, était mené au domicile au moyen d'aliments du commerce. L'évolution du régime d'éviction et du mode d'alimentation en collectivité était recueillie par un questionnaire téléphonique.

Résultats Soixante-quatorze patients ont répondu. Un élargissement du régime alimentaire a été obtenu dans 44,59 % des cas ($p < 0,01$). Il était associé à une amélioration de la qualité de vie ($p < 0,01$), à une réaction moins sévère au TPO initial ($p = 0,042$) et à moins d'effets indésirables ($p = 0,026$). L'observance était moyenne (35 % d'abandon), en lien avec un mauvais vécu ($p = 0,008$). Un dégoût majeur (57 % des enfants) et la peur d'une réaction allergique (54 %) en sont les causes principales sans lien statistique retrouvé. Des réticences à l'arrêt du régime d'éviction ont également été soulignées. Parmi les patients, 44,6 % ont présenté un effet indésirable dont 2,7 % ($n = 2$) ayant nécessité de l'adrénaline.

Conclusion Ce protocole simple a permis d'obtenir un élargissement du régime alimentaire bien que modéré. Ce résultat nuancé nous incite à revoir nos indications et à améliorer le suivi des patients. En cas de dégoût, une autre forme de protéine d'arachide pourrait être envisagée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.02.007>

06

Pression positive continue nocturne au long cours chez l'enfant obèse : épidémiologie, caractéristiques et prise en charge

J. Durin^{1,2,*}, J. Taytard¹, A. Karsenty², B. Dubern², G. Aubertin¹

¹Service de pneumologie pédiatrique, CHU Armand-Trousseau, 75012 Paris, France

²Service de nutrition et gastro-entérologie pédiatrique, CHU Armand-Trousseau, 75012 Paris, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : j.durin@caramail.com (J. Durin)

Introduction Le Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS) touche 10 à 60 % des enfants obèses. La Pression Positive Continue (PPC) nocturne est un élément clé du traitement du SAOS.

Objectif Décrire une cohorte d'enfants obèses traités pour un SAOS par PPC pour déterminer les caractéristiques spécifiques de ces patients.

Matériel et méthodes Étude rétrospective incluant des enfants présentant une obésité constitutionnelle et un SAOS confirmé par une polysomnographie (PSG) et traités par PPC, appariés à des témoins sans SAOS d'âge, de sexe et de corpulence similaires.

Résultats Douze patients, d'âge médian de 11,2 ans (4,3–18) et de Z-score d'indice de masse corporelle médian à + 6,1 DS (3,5–9) ont été inclus. Ni la sévérité de l'obésité ni l'âge n'étaient liés à la sévérité du SAOS. Par comparaison aux témoins, les patients présentaient tous des ronflements et des apnées du sommeil associés à un ou plusieurs autres signes cliniques. La PPC avait réduit les signes cliniques de tous les patients avec normalisation de la PSG. Les patients traités n'avaient pas un poids de naissance plus élevé ni une obésité plus précoce que les témoins. La fréquence des complications liées à l'obésité n'était pas plus élevée par rapport aux témoins.

Discussion/conclusion Le SAOS nécessite un dépistage systématique chez l'enfant obèse quel que soit son âge, quel que soit son niveau d'obésité, avec recherche de ronflements associés à d'autre(s) signe(s). Sa prise en charge par PPC doit s'intégrer dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.02.008>

07

Séquence de Pierre Robin : intérêt de la polygraphie en période néonatale

O. Félix^{1,*}, M. Lubrano-Lavadera¹, C. Lardennois², C. Marguet¹

¹Service de pédiatrie médicale, hôpital universitaire de Rouen, CHU Charles-Nicolle, 76000 Rouen, France

²Service de pédiatrie néonatale et réanimation, hôpital universitaire de Rouen, CHU Charles-Nicolle, 76000 Rouen, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : o.felix@ghordssone.fr (O. Félix)

Introduction La séquence de Pierre Robin (SPR) est une pathologie néonatale fréquente liée à une anomalie de fermeture des bourgeons faciaux. Elle se définit par l'association glossoptose-micrognathisme-fente vélopalatine. La prise en charge des nouveau-nés atteints est centrée sur la levée de l'obstruction des voies aériennes supérieures : couchage en décubitus ventral, chirurgie, ventilation non invasive, voire trachéotomie. La gravité du trouble respiratoire obstructif du sommeil (TROS) est évaluée selon des critères cliniques regroupés dans le score de Couly. Notre centre de compétence régional a intégré la polygraphie ventilatoire (PV) nocturne dans le bilan initial des SPR depuis 2006. Nous avons comparé les résultats des évaluations cliniques et polygraphiques dans notre cohorte.

