
**Un essai contrôlé de la désensibilisation
dans l'asthme allergique de l'enfant**

La désensibilisation dans l'allergie respiratoire est ancienne (1911) et largement utilisée. Des essais contrôlés ont montré son efficacité dans les rhino-conjonctivites, une certaine efficacité (diminution des signes et symptômes et parfois amélioration de la fonction respiratoire) dans l'asthme allergique, avec un seul allergène responsable. Il y a eu peu d'essais contrôlés dans l'asthme allergique à allergènes multiples. C'est pour cela que des auteurs de Baltimore en ont réalisé un¹.

L'étude a concerné 121 enfants des deux sexes, âgés de 5 à 12 ans, domiciliés en ville ou en banlieue, recrutés auprès de médecins libéraux, de cliniques, et par voie de presse. Les enfants étaient dans une phase initiale d'observation, stabilisés depuis en moyenne 408 jours, utilisant 5 à 7 jours par semaine des médicaments anti-asthmatiques, durant plus de six mois dans l'année précédente; les enfants et leurs familles avaient reçu une information sur la gestion de leur maladie, avaient une histoire personnelle et familiale d'atopie et avaient eu une exploration allergologique, avec au moins 2 tests cutanés positifs et un taux d'IgE audessus du 95^e percentile. Ils étaient répartis de façon aléatoire, après consentement éclairé, en deux groupes comparables: traitement et placebo. Le traitement symptomatique était poursuivi normalement par le médecin traitant. L'immunothérapie était personnalisée, le placebo avait une présentation assurant l'aveugle, et le traitement était administré en aveugle par une équipe spéciale, et poursuivi toutes les 2 à 3 semaines au moins 18 mois. 8 enfants du groupe immunothéra-

pie et 3 du groupe placebo ont quitté l'étude pour des raisons sans rapport avec le traitement, et non pour effet secondaire.

Le critère principal de mesure était la quantité de médicament antiasthmatique nécessaire: il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes, au début comme à la fin de l'étude (18 mois); 15 patients du groupe immunothérapie et 12 du groupe placebo ont eu une rémission partielle (usage seulement du salbutamol à la demande); 4 du groupe immunothérapie et 5 du groupe placebo ont eu une rémission complète (arrêt de tout traitement). Les deux groupes ont la même réduction sur le score des symptômes; la seule différence significative en faveur du groupe immunothérapie concerne l'usage des corticoïdes inhalés, et, à la limite de la significativité, l'amélioration du peak-flow. Les études de sous groupes ne modifient pas ces résultats; seul le sous groupe le plus jeune, moins de 8,5 ans, et les asthmes légers, montrent une tendance, non significative en faveur de l'immunothérapie.

Les auteurs s'interrogent sur les raisons de ce résultat négatif. Ils ne retiennent ni la maladie insuffisamment sévère des patients inclus, ni la surmédication poursuivie inutilement, ni l'imperfection des extraits allergiques utilisés. Ils se posent la question du rôle de l'éducation qui aurait pu, par l'amélioration obtenue de ce seul fait, rendre un bénéfice plus difficile à démontrer, et se demandent si les résultats auraient été les mêmes chez des patients sous-médicalisés et moins observants. Ils concluent que la désensibilisation n'est probablement pas utile dans l'asthme modéré à sévère, soumis à un suivi médical rapproché. Ils évoquent son utilité potentielle dans les cas de moindre compliance, ou précocément dans le cours de la maladie. C'est vers ces sous-groupes qu'ils pensent que les études doivent s'orienter.

Cette étude négative vient s'ajouter aux nombreuses interrogations sur ce sujet. "La désensibilisation est-elle utile" se demande Bousquet en 1995², qui conclut cependant qu'elle est très utile dans l'asthme du jeune enfant où elle peut influencer l'avenir du jeune allergique. "L'immunothérapie vaut-elle le coup" se demandait il y a un an l'éditorialiste du NEJM³, en rappelant que parmi les derniers consensus, l'américain la recommande uniquement dans l'asthme mal contrôlé par les traitements habituels, l'anglais ne la recommande en aucune circonstance. Il commente une étude en double aveugle parue dans le même numéro montrant une efficacité modérée dans l'asthme pollinique saisonnier la première année, mais pas la seconde. "Peut-elle modifier l'histoire naturelle de l'asthme de l'enfant?". Contrairement à Bousquet, pour l'auteur aucune preuve réelle, issue d'essais contrôlés, n'existe. Dans l'immédiat pour lui, il y a peu d'indication de la désensibilisation dans la prise en charge de l'asthme de l'enfant et de l'adulte, en raison de son efficacité incertaine, de ses effets secondaires indiscutables, de son coût, et de l'efficacité des traitements médicamenteux actuels. Voilà une controverse non résolue qui mériterait une conférence de consensus.

1 - Adkinson NF et coll. A controlled trial of immunotherapy for asthma in allergic children. N. Engl. J. Med., 1997, 336, 5, 324-331

2 - Dhivert-Donnadieu H. et Bousquet J. La désensibilisation est-elle utile? Rev. Praticien 1995, 45, 1989-1990

3 - Is immunotherapy for asthma worthwhile? N. Engl. J. Med., 1996, 334, 8, 531-532

Numéro 50 du 20 février 1997

**Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.**

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)