# Analyse bibliographique

## L'application quotidienne d'émollients la première année de vie prévient-elle la survenue d'un eczéma?

CHALMERS JR, HAINES RH, BRADSHAW LE *et al*. Daily emollient during infancy for prevention of eczema: the BEEP randomised controlled trial. *Lancet*, 2020:395:962-972.

La dermatite atopique, affectant 1 enfant sur 5, a une prévalence en augmentation. Elle débute chez le nourrisson et peut persister à l'âge adulte. Il s'agit du premier stade de la marche atopique, ces enfants étant plus à risque de développer par la suite une allergie alimentaire, un asthme, une rhinite allergique. L'eczéma est le plus souvent en rapport avec une perte de fonction du gène *FLG* codant pour la filaggrine, protéine indispensable à l'intégrité de la barrière cutanée. La dysfonction de la barrière cutanée apparaît peu après la naissance et précède le développement de l'eczéma, l'hydratation cutanée pourrait donc avoir une action favorable sur cet effet barrière. Deux études avec des petits effectifs ont montré que l'application précoce d'émollients chez les nourrissons à risque atopique diminuait la survenue de l'eczéma à l'âge d'un an par rapport à des sujets contrôles.

Le but de ce travail, impliquant un grand nombre de nourrissons à risque de dermatite atopique, était d'évaluer si l'application précoce d'émollients diminuait la survenue d'un eczéma et des autres maladies atopiques.

Il s'agissait d'une étude multicentrique randomisée-contrôlée réalisée en Grande-Bretagne dans 12 centres hospitaliers et 4 centres de soins. Les familles étaient invitées à participer à l'étude dès le 3e trimestre de grossesse ou rapidement après la naissance. Tous les nouveau-nés nés après 37 semaines d'aménorrhée (SA), à risque atopique (antécédents familiaux au premier degré d'atopie), sans fratrie, sans pathologie grave associée pouvaient être inclus. Les nouveau-nés étaient randomisés pour recevoir soit un émollient et des conseils d'hygiène, soit des conseils d'hygiène seuls. L'émollient devait être appliqué tous les jours sur l'ensemble du corps et après chaque bain. Un suivi était réalisé à 15 jours, 3, 6, 12 et 18 mois par un questionnaire en ligne ou par voie postale. À 2 ans, un examen de la peau, un prélèvement salivaire pour étude génétique du gène *FLG* et des tests cutanés étaient réalisés.

L'objectif primaire était d'évaluer le nombre d'enfants avec un diagnostic d'eczéma à l'âge de 2 ans en tenant compte de l'adhérence au traitement. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la survenue d'allergies alimentaires.

Entre novembre 2014 et novembre 2016, 1 394 nouveau-nés ont été inclus, 693 dans le groupe émollient et 701 dans le groupe contrôle. L'âge médian du début de l'application de l'émollient était de 11 jours (7-17). Par le biais des questionnaires, l'adhérence à l'application des émollients était de 88, 82, 74 % respectivement à 3, 6 et 12 mois. La majorité des familles utilisait l'émollient une fois par jour, celui-ci était appliqué après le bain dans 89, 85 et 80 % respectivement à 3, 6 et 12 mois.

À l'âge de 2 ans, 23 % des enfants avaient eu de l'eczéma au cours des 12 derniers mois dans le groupe émollient *versus* 25 % dans le groupe contrôle (RR ajusté : 0,95 ; IC 95 % : 0,78-1,16 ; p = 0,61). Les analyses en sous-groupes selon le génotype *FLG*, le nombre d'apparenté atopique, la saison de naissance, la dureté de l'eau et l'utilisation de probiotiques ne changeaient pas les résultats.

À l'âge de 2 ans, il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant la présence d'un eczéma visible. De plus, la sévérité de l'eczéma rapportée selon des échelles spécifiques était similaire dans les 2 groupes. Des allergies alimentaires étaient observées chez 7 % des enfants dans le groupe émollient *versus* 5 % dans le groupe contrôle. Le nombre moyen d'infections cutanées à 1 an était de 0,23 dans le groupe émollient et de 0,15 dans l'autre groupe (RR ajusté : 1,37 ; IC 95 % : 0,63-2,97).

**Ce travail multicentrique ayant inclus un grand nombre de nourrissons ne met pas en évidence, contrairement à quelques études antérieures, d'intérêt à l'utilisation précoce d'émollients dans la prévention d'une dermatite atopique et des autres allergies chez les enfants à risque les premières années de vie. L'application d'émollients pourrait, en outre, favoriser les infections cutanées par inoculation de pathogènes lors de l'application, par perturbation du microbiome cutané et en favorisant l'adhérence des bactéries à la peau.**

## Ingestion d'aiguille pour hijab : quelle prise en charge ?

YOGEV D, MAHAMEED F, GILELES-HILLEL A *et al*. Hijab pin ingestions. *Pediatrics*, 2020;145: in press.

L'ingestion de corps étranger est un problème fréquent en pédiatrie, avec un pic d'incidence entre 6 mois et 6 ans. Les petits objets, les pièces, les piles et les aimants sont les plus fréquemment avalés. Chez les enfants plus grands, les ingestions sont rares et surviennent surtout en cas de troubles psychiatriques ou de conduites suicidaires. Bien que la majorité des corps étrangers avalés soient éliminés spontanément, les objets pointus ou coupants, en raison d'un risque potentiel de perforation d'un segment du tube digestif, sont en général retirés dans les premières 24 h par voie endoscopique selon leur localisation. Cependant, des études antérieures et l'expérience clinique montrent que le risque de complication est très faible, faisant discuter une approche plus conservatrice

chez certains patients. L'ingestion accidentelle d'aiguilles pour hijab mesurant 3,5 cm et présentant une tête arrondie en plastique a augmenté ces dernières années. Il existe peu de données dans la littérature concernant la prise en charge et l'évolution des patients ayant ingéré ce type de corps étranger. Le but de ce travail était de décrire les manifestations cliniques et l'évolution des patients ayant avalé des aiguilles pour hijab, d'identifier des facteurs de risque associés à une nécessité d'intervention et d'évaluer si la prise en charge conservatrice entraînait des complications.

Il s'agit d'une étude israélienne rétrospective ayant repris entre 2007 et 2018 tous les cas d'ingestion d'aiguilles pour hijab chez des patients de moins de 25 ans. Tous les patients ayant été inclus avaient une radiographie thoracique et un ASP à leur arrivée aux urgences. La localisation de l'aiguille était séparée en 5 secteurs : pharynx, œsophage, estomac, intestin grêle et côlon. Les données concernant la prise en charge étaient colligées.

Pendant la période étudiée, sur les 630 000 passages aux urgences, 1 558 (0,2 %) patients sont venus pour une ingestion de corps étranger. 208 patients avaient ingéré une ou plusieurs aiguilles pour hijab. L'âge moyen de ces patients était de 14,7 ± 4,4 ans, 88 % étaient des filles. Le délai moyen entre l'ingestion et la consultation aux urgences était de 24 ± 49,5 h (0,5-336 h). 4 patients ont consulté pour des symptômes à distance de l'ingestion (2-6 mois) et ont été exclus de l'analyse. Des douleurs abdominales ou un inconfort étaient notés chez 44,7 % des enfants. Une sensibilité à la palpation abdominale était rapportée dans 31,7 % des cas, un patient présentait une défense. 39,4 % des patients étaient asymptomatiques. Les autres patients se présentaient avec des symptômes non spécifiques comme des douleurs oropharyngées ou une dyspnée.

Dans 46,6 % des cas, l'aiguille était localisée dans l'estomac, dans 34,1 % dans l'intestin grêle et dans 15,8 % dans le côlon. Dans 18,6 % des cas, l'aiguille était implantée au sein de la muqueuse digestive, majoritairement (73,8 %) dans l'estomac. Une sensibilité abdominale à la palpation (OR : 2,7 ; IC 95 % : 1,3-5,6) et la localisation dans l'estomac (OR : 4,3 ; IC 95 % : 1,9-9,2) étaient des facteurs de risque indépendants d'une implantation de l'aiguille dans la muqueuse (p = 0,007). Sur les 83 patients admis pour une aiguille localisée dans l'estomac, 48 sont sortis après un contrôle radiographique montrant une propagation de l'aiguille dans le tube digestif et 35 ont eu une endoscopie avec un délai moyen de 23,7 ± 27,1 h (2-110 h), 88 % d'entre eux avaient une aiguille implantée. Pour ceux dont l'aiguille avait dépassé l'estomac, 7 ont eu une endoscopie pour non-progression. Un enfant ayant ingéré une aiguille 2 mois auparavant a eu une prise en charge chirurgicale en raison d'une implantation symptomatique au niveau de l'intestin grêle.

**Ce travail suggère qu'en cas d'ingestion d'une aiguille pour hijab, l'endoscopie n'est pas forcément systématique car les complications sont exceptionnelles. En phase aiguë, les aiguilles dans l'estomac font discuter la réalisation d'une endoscopie : soit le patient est asymptomatique et une surveillance avec un contrôle radiologique est préconisée, l'aiguille ne sera retirée qu'en cas de persistance plus de 24-48 h, soit le patient est symptomatique et l'endoscopie doit être réalisée dans les 6-12 h.**

**J. LEMALE**
Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.