



L'évolution du Relevé postnatal Rourke à mesure que se multiplient les données probantes sur la prévention des allergies alimentaires

Revue et conseils pratiques

Elissa M. Abrams MD FRCPC Leslie Rourke MD MClSc(FM) FCFP FRRMS Denis Leduc MD CCFP FRCPC FAAP Patricia Li MD MSc FRCPC

Le Relevé postnatal Rourke (RPR), d'abord publié en 1985, est un outil clinique pour les visites en santé préventive durant la petite enfance (0 à 5 ans) qui est utilisé au Canada par les professionnels des soins primaires¹⁻³. Au fil des ans, les recommandations du RPR sur l'introduction des aliments allergènes ont dramatiquement changé pour tenir compte des bases de données probantes disponibles. De 1985 à 2011, le RPR recommandait d'éviter les œufs et les arachides jusqu'à l'âge de 12 à 13 mois (de 2000 à 2011, la recommandation était que le jaune d'œuf pouvait raisonnablement être introduit à l'âge de 6 mois). Cette recommandation concordait avec la théorie qui prévalait alors selon laquelle la sensibilisation se produisait par les voies gastro-intestinales et l'évitement des solides allergènes permettait à ce tractus d'atteindre la maturité⁴. La recommandation reposait sur des études observationnelles selon lesquelles il y avait un risque plus élevé d'une maladie atopique lorsque l'introduction des aliments solides se produisait à 3 mois plutôt qu'à 6, de même qu'avec une plus grande diversité alimentaire tôt dans la vie^{5,6}.

Par ailleurs, après la publication de ces recommandations, qui correspondaient avec d'autres lignes directrices internationales voulant qu'on évite les aliments allergènes solides⁴, des études ont émergé en faveur d'une introduction hâtive des aliments allergènes solides comme moyen de prévenir les allergies. Parmi les exemples frappants figure une étude observationnelle de 2010 qui comparait la prévalence d'une allergie aux arachides chez des écoliers juifs au Royaume-Uni (où l'introduction des arachides est retardée) par rapport aux écoliers en Israël (où les arachides sont introduites tôt durant l'enfance et font partie des aliments de base des nourrissons), et qui a démontré un taux d'allergie aux arachides 10 fois plus élevé au Royaume-Uni (1,85 c. 0,17%; $p < ,001$)⁷. Plusieurs études observationnelles ont aussi fait valoir que l'introduction hâtive du blé, des œufs et du lait de vache réduisait aussi le risque d'allergies alimentaires⁸⁻¹⁰. De plus, un corpus grandissant de données probantes appuie le concept selon lequel l'allergie alimentaire est causée par une exposition transcutanée à des allergènes alimentaires chez les nourrissons qui font de l'eczéma, sans même en avoir ingéré, une notion appelée *l'hypothèse de double exposition aux allergènes*¹¹. En se fondant sur cette hypothèse, l'ingestion précoce

favoriserait la tolérance, tandis que l'ingestion tardive (surtout en présence d'eczéma, ce qui accroît la sensibilisation transcutanée) pourrait augmenter le risque d'une allergie alimentaire. Des études ont fait valoir qu'une mutation du gène de la filaggrine, qui est liée à une dysfonction de la barrière cutanée et est présente chez environ la moitié des nourrissons atteints d'eczéma, elle aussi associée à l'allergie aux arachides^{12,13}.

En raison de ces faits nouveaux, il s'est produit un revirement considérable dans le RPR à partir de 2014, lorsqu'il n'a plus été recommandé de retarder l'introduction des allergènes alimentaires prioritaires pour prévenir les allergies aux aliments, et ce, chez n'importe quel nourrisson, y compris ceux à risque d'atopie¹. Après la publication du RPR de 2014, une importante étude randomisée contrôlée étayait l'introduction précoce des arachides comme moyen de prévenir l'allergie aux arachides chez les nourrissons à risque élevé¹⁴. Dans l'étude LEAP (Learning Early About Peanut), on a choisi aléatoirement 640 nourrissons à risque (définis comme souffrant sévèrement d'eczéma ou d'une allergie aux œufs) pour commencer hâtivement (4 à 11 mois) ou tardivement (5 ans) à consommer des arachides, et on a démontré une réduction significative de l'allergie aux arachides dans le groupe à introduction précoce (3,2 c. 17,2%; $p < ,001$)¹⁴. En outre, une étude randomisée contrôlée sur l'introduction précoce des œufs a obtenu tant de réussite qu'elle a été arrêtée prématurément. L'étude PETIT (Prevention of Egg Allergy with Tiny Amount Intake) a fait la démonstration chez les enfants souffrant d'eczéma que la randomisation pour une introduction hâtive d'œufs chauffés à l'âge de 6 mois par opposition à l'évitement jusqu'à 1 an était associée à un taux significativement réduit d'allergie aux œufs (8 c. 38%; $p = ,0001$)¹⁵. Une méta-analyse de 2016 a cerné des données probantes de certitude modérée (5 études; 1915 participants) indiquant qu'une introduction hâtive des œufs (4 à 6 mois) était associée à une réduction des allergies aux œufs (risque relatif de 0,56; IC à 95% de 0,36 à 0,87), de même que des données probantes de certitude modérée (2 études; 1550 participants) démontrant que l'introduction précoce des arachides (4 à 11 mois) était associée à un risque moins grand d'allergie aux arachides (risque relatif de 0,29; IC à 95% de 0,11 à 0,74)¹⁶. Par conséquent, dans la version de 2017 du RPR, l'énoncé en faveur de l'introduction

précoce des aliments allergènes et les données probantes à l'appui étaient encore plus précis: il n'est actuellement pas recommandé de retarder l'introduction des allergènes alimentaires prioritaires pour prévenir les allergies alimentaires, y compris chez les nourrissons à risque d'atopie³. Dans le monde, les lignes directrices ont peu à peu adopté les plus récentes données factuelles sur l'introduction des aliments complémentaires et allergènes (**Encadré 1**), notamment un récent point de pratique de la Société canadienne de pédiatrie qui recommande d'introduire les solides allergènes à environ 6 mois, mais pas avant 4 mois chez les nourrissons à risque¹⁷.

Fait à signaler, les recommandations n'ont pas changé pour les femmes qui allaitent, puisqu'il n'y a pas de nouvelles données probantes à l'appui de la prévention des maladies allergiques durant l'enfance au moyen de restrictions alimentaires chez la mère¹⁸.

Aspects pratiques d'une introduction précoce d'allergènes chez les nourrissons

Le RPR présente des conseils pratiques sur la façon d'introduire les aliments solides (y compris les solides allergènes) chez les nourrissons, qui trouvent écho dans les recommandations données par l'American Academy of Allergy, Asthma & Immunology et par la Société canadienne de pédiatrie^{17,19}. En général, les aliments solides devraient être introduits à environ 6 mois, mais pas avant 4 mois. Il est recommandé de commencer par des aliments solides contenant du fer, et les parents devraient attendre environ 2 jours avant d'ajouter de nouveaux aliments solides²⁰. Une fois que quelques aliments complémentaires ont été bien tolérés, on peut commencer à introduire des solides allergènes selon l'âge, de manière à prévenir l'étouffement (p. ex. il faudrait éviter les noix entières jusqu'à l'âge de 4 ans). Les allergènes solides devraient être introduits un à la fois, à la maison, et s'ils sont bien tolérés, ils devraient être consommés régulièrement (quoique la fréquence optimale ne soit pas connue). La Société canadienne de pédiatrie recommande que les allergènes solides bien tolérés soient consommés quelques fois par semaine.

Les façons pratiques d'introduire les arachides font l'objet d'un examen en profondeur dans les lignes directrices récemment publiées par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) sur la prévention des allergies aux arachides²¹. Comme directive générale, il est recommandé de donner pour la première fois au nourrisson en santé un aliment contenant des arachides, et ce, en présence d'un adulte qui peut observer la réaction de l'enfant. Les options selon l'âge incluent du beurre d'arachide dilué (du beurre d'arachide mélangé avec de l'eau chaude et refroidi), du beurre d'arachide crémeux mêlé à de la purée de fruits ou des friandises contenant des arachides (p. ex. Bamba, un produit soufflé soluble utilisé dans l'étude LEAP). Des sources pratiques d'information à l'intention des médecins et des parents

Encadré 1. Lignes directrices, énoncés consensuels et ressources connexes sur l'introduction des aliments solides et allergènes

Relevé postnatal

- Accessible à: www.rourkebabyrecord.ca

Point de pratique de la Société canadienne de pédiatrie

- Résumé à l'intention des cliniciens: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/allergenes-solides>
- Résumé à l'intention des parents et des aidants concernant l'introduction des solides en général: https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/feeding_your_baby_in_the_first_year

Lignes directrices de 2017, par un panel d'experts, parrainées par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases

- Accessible à: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/guidelines-clinicians-and-patients-food-allergy>
- Résumé à l'intention des cliniciens: <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/peanut-allergy-prevention-guidelines-clinician-summary.pdf>
- Résumé à l'intention des parents et des aidants: <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/peanut-allergy-prevention-guidelines-parent-summary.pdf>
- Instructions à l'intention des parents et des aidants sur la façon de donner des protéines d'arachide aux nourrissons: https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/addendum_guidelines_peanut_appx_d.pdf

Lignes directrices australiennes consensuelles de 2017 sur l'alimentation des nourrissons (produites par l'Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy, le Centre for Food and Allergy Research, la National Allergy Strategy et l'Australian Infant Feeding Summit Consensus Group)

- Accessible à: <https://www.allergy.org.au/hp/papers#p7>
- Résumé à l'intention des cliniciens: https://www.allergy.org.au/images/stories/pospapers/ASCIA_HP_guide_introduction_peanut_infants_2017.pdf
- Résumé à l'intention des parents et des aidants: https://www.allergy.org.au/images/pcc/ASCIA_PCC_How_to_introduce_solid_foods_FAQ_2018.pdf

sont fournies à l'**Encadré 1**. Une brochure à l'intention des parents avec des conseils pratiques sur l'introduction d'aliments allergènes est présentée à l'**Encadré 2**.^{17,19}

Controverses incessantes

Il n'existe pas de lignes directrices consensuelles internationales concernant la définition d'un nourrisson à risque élevé d'allergies alimentaires. L'énoncé de position de la Société canadienne de pédiatrie définit un enfant à risque élevé comme étant proche parent au premier degré d'une personne ayant un problème d'allergie ou d'atopie comme l'eczéma¹⁷, tandis que les lignes directrices du NIAID définissent un nourrisson à risque élevé d'une allergie aux arachides comme un enfant qui a un eczéma sévère ou une allergie aux oeufs²¹. Dans la population générale de nourrissons, les taux d'atopie sont élevés; dans l'étude EAT (Enquiring About Tolerance), on a

Encadré 2. Conseils pratiques sur l'introduction d'aliments allergènes

Voici des conseils pratiques à l'intention des parents pour introduire des aliments allergènes dans l'alimentation des nourrissons:

- Introduire des solides allergènes quelques semaines avant ou à environ 6 mois, mais pas avant 4 mois si l'enfant a de l'eczéma ou si ses parents, ses sœurs ou ses frères ont des allergies. Autrement, commencer les solides allergènes vers l'âge de 6 mois.
- Ne pas introduire un aliment allergène commun comme premier aliment solide chez un nourrisson. Attendre que quelques aliments complémentaires aient été introduits en premier.
- Avant d'introduire des aliments solides, s'assurer de la présence de signes que le nourrisson est prêt, notamment qu'il peut s'asseoir sans soutien, qu'il a un bon contrôle des muscles de son cou, qu'il s'intéresse aux aliments, qu'il ouvre la bouche à l'approche des aliments, qu'il garde les aliments dans sa bouche sans les repousser avec la langue, et qu'il est capable de tourner la tête ou de se reculer lorsqu'il a perdu l'intérêt pour les aliments.
- Introduire un à un les aliments allergènes dans l'alimentation, d'une manière appropriée à l'âge (pour prévenir l'étouffement), et attendre environ 2 jours avant d'introduire tout nouveau solide allergène, et ce, à la maison et en présence d'un adulte.
- Si l'aliment solide est bien toléré, le garder dans l'alimentation du nourrisson, idéalement quelques fois par semaine pour le lait de vache, les œufs et les produits à base de noix. S'il se produit une réaction, consulter un médecin.
- Pour l'introduction des œufs, utiliser des produits comme des œufs cuits durs, brouillés ou à l'étuvée, qui peuvent tous être mis en purée et mélangés avec du lait maternel ou de l'eau bouillie jusqu'à la consistance désirée, puis les laisser refroidir avant de servir.
- Envisager ce qui suit comme un exemple de la façon de préparer un produit à base de noix: mélanger 2 cuillères à thé de beurre d'arachides avec 2 à 3 cuillères à table d'eau bouillie, de lait maternel, de fruits en purée ou de légumes en purée (antérieurement tolérés). Ajuster selon la consistance désirée et laisser refroidir avant de servir.

Adaptation d'Abrams et coll.¹⁷ et de Fleischer et coll.¹⁹.

fait valoir que chez 1303 nourrissons de la population générale, 24,3% avaient de l'eczéma et 62,6% avaient des antécédents maternels d'atopie (quoique la gravité des problèmes atopiques puisse être différente dans les populations à risque)²². Par conséquent, la définition des nourrissons qui pourraient le plus bénéficier d'interventions ciblées demeure inconnue.


Les lignes directrices ne sont pas unanimes quant à savoir s'il est nécessaire de procéder à un test d'allergie chez certains enfants avant qu'ils consomment des arachides. Même si aucune ligne directrice ne recommande un dépistage avant d'introduire n'importe quel autre aliment hautement allergène, exception faite des

arachides, celles de la NIAID recommandent fortement que les nourrissons souffrant d'un eczéma sévère ou d'une allergie aux œufs soient évalués au moyen du dosage de l'immunoglobuline E spécifique aux arachides, par intradermoréaction ou les 2 avant d'introduire les arachides²¹. Par contre, les lignes directrices consensuelles sur l'alimentation des nourrissons récemment publiées en Australie ne recommandent pas de dépistage avant d'introduire les arachides²³. Le point de pratique de la Société canadienne de pédiatrie ne mentionne pas non plus de dépistage préalable¹⁷.

Toutes les études randomisées contrôlées ne sont pas en faveur de l'introduction précoce des œufs pour prévenir les allergies à cet aliment. Dans celles qui ont conclu à un manque de données probantes étayant l'introduction hâtive, on utilisait des œufs crus en poudre pasteurisés, ce qui est un moyen hautement allergène et peu pratique de faire consommer des œufs à un nourrisson²⁴⁻²⁷. De plus, le degré de conformité aux protocoles d'introduction précoce d'allergènes (à 4 mois) reste à vérifier. L'étude EAT, qui examinait l'introduction précoce de 6 aliments allergènes à l'âge de 3 mois plutôt que de 6 mois, a cerné une faible conformité aux protocoles d'introduction très hâtive d'allergènes (observance de 42,8%), sans compter que dans l'étude EAT, l'introduction hâtive se faisait plus tôt (à 3 mois) que ce qui est actuellement recommandé par les lignes directrices sur la prévention des allergies²².

Des études sont en cours, et elles nous feront mieux comprendre l'introduction hâtive des aliments allergènes. Parmi ces études figurent PreventADALL (Preventing Atopic Dermatitis and Allergies in Children), une étude de cohortes populationnelles en Europe qui se penche sur l'introduction précoce des œufs, du lait, du blé et des arachides à l'âge de 4 mois (numéro d'enregistrement de l'étude NCT02449850; ClinicalTrials.gov), et l'étude PEAAD (Preventing Peanut Allergy in Atopic Dermatitis) qui examine les associations entre l'âge de l'introduction des arachides et les taux d'allergie aux arachides chez les nourrissons à risque élevé atteints d'eczéma²⁸.

Conclusion

À mesure qu'ont surgi des données probantes, le RPR a aussi évolué pour tenir compte des meilleures recommandations fondées sur des faits scientifiques pour la prévention des allergies dans la population pédiatrique canadienne. Les futures actualisations du RPR continueront de se fonder sur une évaluation des plus récents ouvrages afin de présenter aux professionnels des soins primaires des conseils entourant les controverses non réglées, y compris la détermination des nourrissons chez qui procéder à un dépistage préalable des allergies, de même que le meilleur moment pour introduire des aliments allergènes et la fréquence optimale. 

La D^e Abrams est professeure adjointe à la Section des allergies et de l'immunologie clinique du Département de pédiatrie de l'Université du Manitoba à Winnipeg.

La D^e Rourke est professeure émérite à la Faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve à St John's. Le D^r Leduc est professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté

de médecine, au Centre universitaire de santé McGill à Montréal (Québec). La Dr^e Li est professeure adjointe de pédiatrie à la Faculté de médecine de l'Université McGill, et scientifique clinique à l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill.

Remerciements

Le gouvernement de l'Ontario a assuré le soutien financier du Relevé postnatal Rourke (RPR) de 2017, qui est administré par l'Université McMaster. Les droits du permis pour l'utilisation du RPR dans les dossiers médicaux électroniques (dans le cas des entreprises de dossiers médicaux électroniques non autorisées en Ontario) sont versés au Fonds d'élaboration du Relevé postnatal Rourke de l'Université Memorial de Terre-Neuve. Aucune redevance n'est perçue pour le RPR, et il n'y a pas d'honoraires provenant d'intérêts commerciaux. Un appui non financier est assuré par l'Université Memorial et les 3 organismes parrains : la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et Les diététistes du Canada.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr^e Patricia Li; courriel patricia.li@mcgill.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Riverin B, Li P, Rourke L, Leduc D, Rourke J. Rourke Baby Record 2014. Evidence-based tool for the health of infants and children from birth to age 5. *Can Fam Physician* 2015;61:949-55 (ang), e491-8 (fr).
- Rourke JT, Rourke LL. Well baby visits: screening and health promotion. *Can Fam Physician* 1985;31:997-1002.
- Li P, Rourke L, Leduc D, Arulthas S, Rezk K, Rourke J. Rourke Baby Record 2017. Clinical update for preventive care of children up to 5 years of age. *Can Fam Physician* 2019;65:183-91 (ang), e99-109 (fr).
- American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106(2 Pt 1):346-9.
- Kajosaari M. Atopy prevention in childhood: the role of diet. Prospective 5-year follow-up of high-risk infants with six months exclusive breastfeeding and solid food elimination. *Pediatr Allergy Immunol* 1994;5(6 Suppl):26-8.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT. Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study. *Pediatrics* 1990;86(4):541-6.
- Du Toit G, Katz Y, Sasieni P, Mesher D, Maleki SJ, Fisher HR et coll. Early consumption of peanuts in infancy is associated with a low prevalence of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(5):984-91.
- Poole JA, Barriga K, Leung DY, Hoffman M, Eisenbarth GS, Rewers M et coll. Timing of initial exposure to cereal grains and the risk of wheat allergy. *Pediatrics* 2006;117(6):2175-82.
- Koplin JJ, Osborne NJ, Wake M, Martin PE, Gurrin LC, Robinson MN et coll. Can early introduction of egg prevent egg allergy in infants? A population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(4):807-13.
- Katz Y, Rajuan N, Goldberg MR, Eisenberg E, Heyman E, Cohen A et coll. Early exposure to cow's milk protein is protective against IgE-mediated cow's milk protein allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(1):77-82.e1. Publ. en ligne du 11 juin 2010.
- Lack G. Update on risk factors for food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129(5):1187-97. Publ. en ligne du 30 mars 2012.
- O'Regan GM, Irvine AD. The role of filaggrin in the atopic diathesis. *Clin Exp Allergy* 2010;40(7):965-72.
- Asai Y, Greenwood C, Hull PR, Alizadehfar R, Ben-Shoshan M, Brown SJ et coll. Filaggrin gene mutation associations with peanut allergy persist despite variations in peanut allergy diagnostic criteria or asthma status. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(1):239-42. Publ. en ligne du 16 mai 2013.
- Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, Bahnson HT, Radulovic S, Santos AF et coll. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med* 2015;372(9):803-13. Publ. en ligne du 23 févr. 2015. Erratum dans: *N Engl J Med* 2016;375(4):398.
- Natsume O, Kabashima S, Nakazato J, Yamamoto-Hanada K, Narita M, Kondo M et coll. Two-step egg introduction for prevention of egg allergy in high-risk infants with eczema (PETIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2017;389(10066):276-86. Publ. en ligne du 9 déc. 2016.
- Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J et coll. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316(11):1181-92.
- Abrams EM, Hildebrand K, Blair B, Chan ES. Timing of introduction of allergenic solids for infants at high risk. *Paediatr Child Health* 2019;24(1):56-7. Publ. en ligne du 15 févr. 2019.
- Chan ES, Cummings C, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la pédiatrie communautaire et Section des allergies. Dietary exposures and allergy prevention in high-risk infants. A joint statement with the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology. *Paediatr Child Health* 2013;18(10):545-9.
- Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongratic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2013;1(1):29-36. Publ. en ligne du 22 nov. 2012.
- Santé Canada, Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada, Breast-feeding Committee for Canada. *Nutrition for healthy term infants: recommendations from six to 24 months*. Ottawa, ON: gouvernement du Canada; 2014.
- Togias A, Cooper SF, Acebal ML, Assa'ad A, Baker JR Jr, Beck LA et coll. Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139(1):29-44.
- Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J et coll. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *N Engl J Med* 2016;374(18):1733-43. Publ. en ligne du 4 mars 2016.
- Netting MJ, Campbell DE, Koplin JJ, Beck KM, McWilliam V, Dharmage SC et coll. An Australian consensus on infant feeding guidelines to prevent food allergy: outcomes from the Australian Infant Feeding Summit. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2017;5(6):1617-24. Publ. en ligne du 9 mai 2017. Erratum dans: *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(1):323.
- Wei-Liang Tan J, Valerio C, Barnes EH, Turner PJ, Van Asperen PA, Kakakios AM et coll. A randomized trial of egg introduction from 4 months of age in infants at risk for egg allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139(5):1621-8.e8. Publ. en ligne du 11 oct. 2016.
- Palmer DJ, Metcalfe J, Makrides M, Gold MS, Quinn P, West CE et coll. Early regular egg exposure in infants with eczema: a randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(2):387-92.e1. Publ. en ligne du 26 juin 2013.
- Palmer DJ, Sullivan TR, Gold MS, Prescott SL, Makrides M. Randomized controlled trial of early regular egg intake to prevent egg allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139(5):1600-7.e2. Publ. en ligne du 20 août 2016.
- Bellach J, Schwarz V, Ahrens B, Trendelenburg V, Aksünger Ö, Kalb B et coll. Randomized placebo-controlled trial of hen's egg consumption for primary prevention in infants. *J Allergy Clin Immunol* 2017;139(5):1591-9.e2. Publ. en ligne du 12 août 2016.
- Grimshaw K, Logan K, O'Donovan S, Kiely M, Patient K, van Bilsen J et coll. Modifying the infant's diet to prevent food allergy. *Arch Dis Child* 2017;102(2):179-86. Publ. en ligne du 16 août 2016.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e136-9.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the May 2020 issue on page 314.