

Pronostic de la dermatite atopique de l'enfant

A propos de 191 observations

M. PERROMAT, C. GUILLEMETEAU, G. DUCOMBS, F. LASSERRE, M. GENIAUX, J. MALEVILLE*

RÉSUMÉ

Les auteurs ont tenté de déterminer l'influence de facteurs de risque sur le pronostic de la dermatite atopique de l'enfant. Ce travail est basé sur l'étude rétrospective de 191 sujets répartis en sous-groupes selon l'aspect clinique, la gravité de la dermatose et l'éventuelle association d'un asthme. L'aggravation de l'eczéma ou l'évolution vers un syndrome dermo-respiratoire paraît être en rapport avec la sommation de facteurs de risque précoces. L'élimination de certains d'entre eux liés à l'environnement tels que les agressions infectieuses, alimentaires, respiratoires, iatrogéniques et psycho-affectives, devraient être conseillés à titre de prévention.

SUMMARY

Prognosis of infantile atopic dermatitis. A study of 191 patients. — The first aim of this retrospective study based on 191 atopic children was to evaluate the influence of some factors of risk on the prognosis by comparing subgroups of A.D. according to age, clinical pattern severity and association of asthma. It was found that 4 or 5 factors of risk at least are necessary, and clinical and immunological features can be used to predict — and prevent if possible — a bad prognosis. Worsening of eczema or an evolution to dermo-bronchial syndrome could be prevented from birth in some cases.

Lorsqu'une mère nous pose axieusement ces questions : mon enfant va-t-il guérir ? son eczéma va-t-il s'aggraver ? peut-il avoir de l'asthme ? nous pouvons lui répondre soit par l'énoncé de statistiques générales, soit par le pronostic qui nous semble propre à son cas particulier.

La première réponse est plus facile, des études prospectives récentes citent des pourcentages intéressants [20, 22, 24] : 2 à 5 p. cent des enfants présenteront un jour un eczéma constitutionnel ou, selon la terminologie actuelle, une dermatite atopique (DA). Cette DA débutera dans 80 p. cent des cas avant l'âge d'un an. Elle s'éteindra avant l'âge de 2 ans dans la moitié des cas. A 15 ans, seuls 10 à 12 p. cent des enfants primitivement atteints présenteront encore des signes de DA [24]. L'asthme peut s'associer à la dermatose dans un tiers des cas environ, au bout d'un an en moyenne, mais il peut aussi lui succéder.

La deuxième réponse est plus difficile à donner. Sur quels indices prédire ce que donnera l'eczéma qui est devant nos yeux ? Vickers et l'équipe de Saurat ont bien mis en relief les aspects cliniques prémonitoires, mais l'influence de certains facteurs de l'environnement étudiés isolément comme l'allaitement, le milieu social, l'hygiène, l'exposition allergénique, ont une valeur parfois contestée [2, 3, 9, 12, 20]. D'autre part, l'association d'un asthme aboutit-elle toujours à un

syndrome dermo-respiratoire (SDR) avec polysensibilité précoce, hyper-IgE et difficultés thérapeutiques [6, 12, 20]. Enfin, la valeur pronostique du dosage des IgE totales et spécifiques ne fait pas l'unanimité des auteurs et mérite évaluation [2, 7, 10, 12, 20].

Pourquoi ces discordances ? Parce que, à notre avis, l'étude du pronostic doit passer par l'examen minutieux des enfants eczémateux répartis, ainsi que le souhaitent Saurat, Hanifin, en « sous-groupes cliniques » se révélant différents dans leur devenir et aussi doit rechercher des « facteurs de risque » et tenter d'apprécier leur influence sur l'évolution ultérieure. Certaines observations privilégiées nous avaient en effet suggéré que ces facteurs de risque n'agissaient pas isolément mais en synergie et, qu'ainsi considérés, ils prenaient une importante signification pronostique. C'est pour vérifier cette hypothèse que nous avons réalisé ce travail.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une étude prospective aurait été souhaitable, mais, difficile à réaliser, elle ne donnerait de renseignements qu'après de nombreuses années. Nous lui avons donc préféré l'étude suivante qui ne peut certes avoir qu'une valeur indicative, mais apporte des informations utili-

* Service de Dermatologie (P^r Maleville), Hôpital des Enfants, Bordeaux.

Tirés à part : D^r M. Perromat, Service de Dermatologie, Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, 33077 BORDEAUX CEDEX.

Reçu le 10 septembre 1984. Accepté le 29 septembre 1984.

PERROMAT M., GUILLEMETEAU C., DUCOMBS G., LASSERRE F., GENIAUX M., MALEVILLE J. — Pronostic de la dermatite atopique de l'enfant. A propos de 191 observations. *Rev. fr. Allergol.*, 1984, **24** (n° 4), 181-186.

TABLEAU I. – Définition et répartition en sous-groupes de la population étudiée (191 cas)

<i>Groupe I</i> : 100 cas de dermite atopique (DA) isolée, sans asthme, classés en 3 sous-groupes, selon la gravité et l'aspect clinique de l'éruption eczéma-teuse.
Ia - 45 DA sévères cliniquement, ayant nécessité plus de deux hospitali-sations pour eczéma et ne présentant pas de rémission complète à domicile.
Ib - 35 DA bénignes typiques (voir tableau II).
Ic - 20 DA localisées atypiques (voir tableau II).
<i>Groupe II</i> : 73 associations asthme-eczéma, suivies et traitées depuis plus de deux ans.
IIa - 18 conservent un asthme et un eczéma rebelles.
IIb - 35 ne gardent pas de stigmates discrets de DA mais ne présentent plus d'asthme, parfois une rhinite spasmodique.
IIc - 20 sont dans un état qui ne nécessite plus de traitement.
<i>Groupe III</i> : 18 enfants guéris d'une DA du nourrisson et devenus asthmatiques par la suite.
<i>Groupe IV</i> : 32 asthmatiques sans antécédent de DA.

sables d'emblée. Il s'agit d'une triple enquête rétrospec-tive comportant :

- la recherche d'indice de risque de gravité chez les enfants atteints de DA d'ancienneté et d'évolution diverses ;
- la recherche et l'analyse des facteurs qui ont pu compromettre les effets de la désensibilisation spéci-fique des syndromes dermo-respiratoires ;
- la surveillance d'asthmatiques guéris d'une DA du nourrisson pour tenter d'appréhender les facteurs de guérison de l'eczéma et son influence sur l'asthme.

191 sujets des deux sexes – 139 enfants et 52 adoles-centes ou adultes jeunes dont affection avait commencé dans l'enfance – atteints de DA ont ainsi été suivis par nous-mêmes en consultation ou en hospitalisation de 1975 à 1980 dans le service de dermatologie de l'hô-pital des Enfants de Bordeaux. Nous les avons répartis en sous-populations [18] ou en sous-groupes [22] homogènes et les avons comparés à 32 asthmatiques n'ayant pas d'antécédent de DA. La répartition de ces 223 observations est présentée dans le tableau I.

Le test de Student a été utilisé pour la comparaison de deux sous-groupes et celui de Fisher pour un nombre de sous-groupes supérieur à deux.

Chaque dossier a été établi en étudiant soigneuse-ment par tranches d'âge, différents groupes de paramè-tres.

Facteurs de risques précoces

Ces facteurs ont été sélectionnés d'après les données de la littérature [2, 5, 17] et notre propre expérience :

- hérédité atopique, bilatérale ou non ;
- difficultés périnatales : prématurité, souffrance fœtale, ou lors de la naissance ;
- alimentation du 1^{er} âge : tolérance, âge du sevrage et de la diversification alimentaire ;
- pathologie respiratoire des premiers mois : type et fréquence ;
- hygiène domestique concernant l'habitat, le chauffage, l'exposition aux pneumallergènes, aux irri-

TABLEAU II – Différents types de DA selon l'allure clinique en fonction de l'âge

-
- | |
|--|
| – Forme habituelle du nourrisson de 2 mois à 2 ans : atteinte des joues, des convexités des membres. |
| – Forme du nourrisson inversée pour l'âge : atteinte des grands plis comme chez l'enfant plus âgé. |
| – Forme habituelle de l'enfant : atteinte des grands plis, lésions plus ou moins lichénifiées. |
| – Forme inversée (« reverse pattern » de Vickers) : atteinte des sommets des coudes et des genoux. |
| – Forme localisée : atteinte prédominante aux mains, aux lèvres, aux paupières, aux mamelons. |
-

tations diverses, la présence d'animaux domesti-ques ;

- ambiance psycho-affective : séparation mater-nelle et gardiennage, etc. ;
- dermites infectieuses étendues précédant le début de l'eczéma ou survenant dans les premières semaines de l'éruption.

Ceci définit 7 « facteurs de risque précoce ». Le nombre de ces facteurs retrouvés pour un sujet donné, définit ce que l'on pourrait appeler l'« indice de risque précoce ».

Paramètres cliniques

Ils sont au nombre de trois :

- existence d'une peau sèche et pâle ou d'un état ichtyosique, d'une dermite séborrhéique ;
- aspect dermatologique de l'eczéma en fonction de l'âge (tableau II) ;
- relation entre asthme et eczéma ; a) l'eczéma guéri est remplacé par de l'asthme ; b) l'eczéma et l'asthme évoluent indépendamment ; c) alternance ou synergie de poussées dermo-respiratoires.

Complications ou facteurs de risque secondaires ou tardifs

Surinfection cutanée sévère ou bénigne.

Aggravation iatrogénique de la dermatose : abus de topiques corticoïdes ou non, auto-médications.

Survenue de dermite de contact irritative ou aller-gique surajoutée (vestimentaire, cosmétique).

Complications respiratoires infectieuses, obstruc-tives non réversibles.

Pathologies digestives associées : diarrhées à répéti-tion, reflux gastro-œsophagien, etc.

Retentissement psychologique familial ou scolaire.

Paramètres paracliniques

Exploration allergique

Tests cutanés aux pneumallergènes, aux antigènes microbiens (lecture immédiate et retardée), aux aller-gènes de contact selon les critères retenus par l'ICDRG (International Contact Dermatitis Research Group), aux antigènes alimentaires (lecture immédiate).

Dosage des IgE sériques totales et spécifiques des

TABLEAU III. – Indice de risque précoce et gravité des manifestations cliniques de l'atopie - Nombre de cas dans chaque sous-groupe pour différents indices de risque précoce

Indice de risque précoce	Groupe I DA isolés 85			Groupe II SDR 73			Groupe III et IV Asthmes isolés 50	
	Ia	Ib	Ic	IIa	IIb	IIc	III	IV
	45	30	10	18	35	20	18	32
≤ 3	9	21	6	3	25	17	16	29
≥ 4	36	9	4	15	10	3	2	3
dont > 5	25	1	0	11	2	0	0	0

Il existe une accumulation significative de facteurs de risque précoce dans les groupes de DA sévères, Ia, et SDR rebelles, IIa (F > F0,05).

principaux pneumallergènes et antigènes alimentaires (poussières de maison, acariens, moisissures, pollens de graminées, poils de chat, lait, œufs).

Exploration non systématique

Déterminée en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen, il s'agit du dosage pondéral des immunoglobulines, des IgA, comptage lymphocytaire, groupe HLA, exploration respiratoire, recherche du reflux gastro-œsophagien par scintigraphie œsophagienne (Pr Blanquet).

RÉSULTATS

De l'étude ainsi menée, nous pouvons tirer plusieurs constatations.

Indice de risque précoce et gravité de la DA

Dans les groupes DA sévère (Ia) et SDR rebelle (IIa), il existe une significative accumulation de facteurs de risque précoce (tableau III) : l'indice de risque précoce y est 2 à 3 fois plus élevé que dans les autres groupes. On retrouve 18 fois sur 45 (40 p. cent des cas) l'association : hérédité bilatérale, sevrage brutal ou différenciation alimentaire précoce avec intolérance alimentaire et hygiène respiratoire ou cutanée déficiente (topiques parfumés, rareté des bains, auto-médication, locaux inconfortables, présence d'animaux familiers, etc.).

Paramètres dermatologiques et pronostic de la DA

Ont évolué ultérieurement vers un eczéma sévère et récidivant toutes les dermites séborrhéiques étendues et tenaces, ainsi que les érythrodermies de Leiner-Moussous qui avaient précédé une DA (9 cas sur 9), les 4 cas de syndrome de Kaposi-Juliusberg et les 2 cas de varicelle profuse sur DA débutante, les 5 cas de DA sur peau ichtyosique d'emblée, 12 nourrissons sur 15 présentant une atteinte précoce et d'emblée des grands plis (cas inversés pour l'âge), 5 cas sur 6 de formes « reverse pattern » avec atteinte de la convexité du coude et des genoux. Il faut cependant noter que 12

cas de DA sévère n'ont présenté aucun de ces antécédents.

Ont d'autre part manifesté une tendance à la chronicité et aux récurrences toutes les DA sur peau ichtyosique, 17 enfants sur 20 présentant une atteinte précoce des mains, en particulier 5 cas de dyshidrose et plus de la moitié des enfants présentant une atteinte péri-buccale.

Ont eu au contraire une évolution favorable les DA des convexités restées minimales dans la première année (75 cas sur 97). La persistance de « dartres », de xérose localisée sur les membres, de pli palpébral inférieur, est fréquente chez les asthmatiques aux antécédents de DA, mais nous n'avons observé aucune récurrence de poussée d'eczéma vrai.

Caractère de l'association dermo-respiratoire

Pour 80 p. cent des SDR, l'association de l'asthme aurait pu être prévisible : 64 des 80 cas d'asthme précoce ont été précédés d'une importante pathologie respiratoire infectieuse au cours de la première année : bronchites dyspnéiques répétées, coqueluche, infections ORL récidivantes, alors que ces antécédents ne sont retrouvés que dans 20 à 30 p. cent des cas dans les autres groupes. Trois éléments principaux paraissent aggraver le pronostic : la survenue d'un SDR est quatre fois plus fréquente lorsque l'association eczéma-asthme a été précoce. La gravité de ce SDR est encore majorée si la DA est sévère. Il en est de même si désensibilisation est entreprise après 3 ans d'évolution. Le pronostic paraît de plus avoir été aggravé tardivement dans 10 cas pour lesquels une association pathologique non dépistée pouvait être retrouvée : intolérance aux protéines du lait de vache, reflux gastro-œsophagien ou encore les facteurs de risque tardifs dont nous parlons ci-dessous.

Rôle des complications ou facteurs de risques tardifs

En faisant le bilan des échecs thérapeutiques, nous avons noté une accumulation significative de complications ou de « facteurs de risque tardifs » dans les groupes graves de DA (Ia) et de SDR grave (IIa) : 75 p. cent de surinfection cutanée à pyogène (39 cas sur 53), 40 à 50 p. cent de dermite de contact [19] dont seuls 15 p. cent présentent des tests épicutanés de type allergique (8 cas sur 53), 4 cas de reflux œsophagien.

Ces complications sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est âgé et que la durée de l'évolution est prolongée.

Importance de la polysensibilisation

L'indice de polysensibilisation aux pneumallergènes est deux fois plus élevé dans le groupe sévère de DA et de SDR (groupes Ia et IIa) que dans les autres groupes. La polysensibilisation y est plus précoce et plus panachée. Elle porte surtout, dès la première année, sur les acariens, les poils de chat et la poussière, allergènes qui ne sont que rarement retrouvés positifs

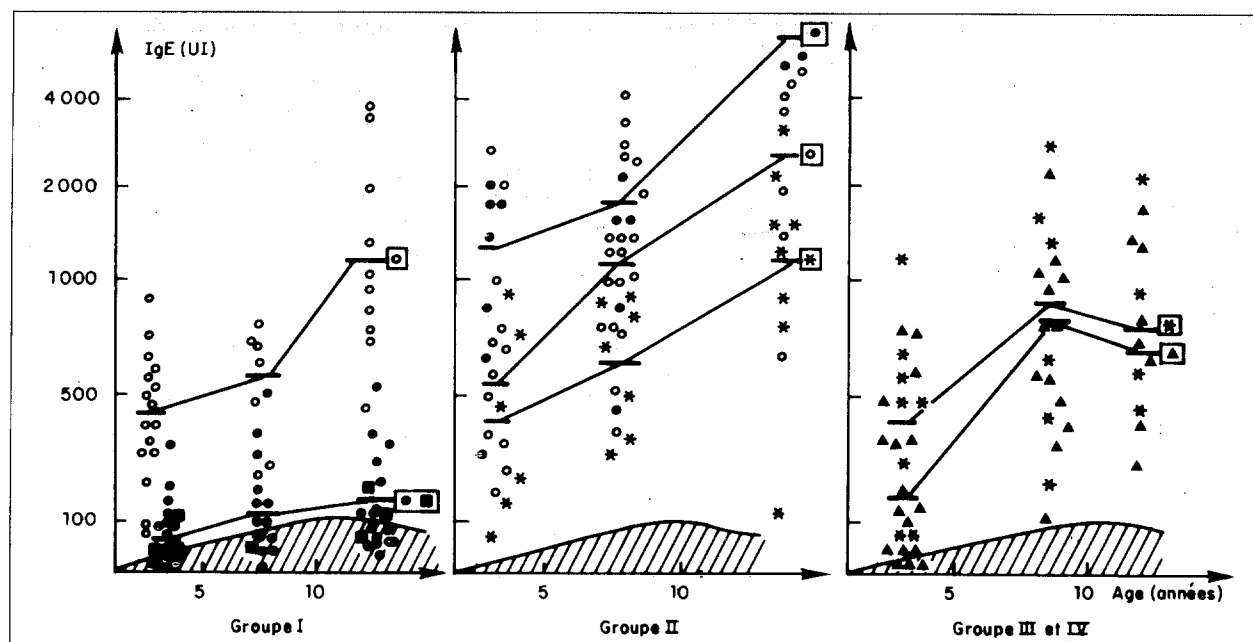


Fig. 1. — Comparaison du titre des IgE (PRIST) dans les différents sous-groupes en fonction de l'âge.

Groupe I : ○ DA sévères (Ia, 45 cas) ; ● DA bénignes typiques (Ib, 35 cas) ; ■ DA localisées atypiques (Ic, 20 cas) ; □ sujets non atopiques (13).

Groupe II : ● SDR rebelle au traitement (IIa, 18 cas) (mauvais + médiocre) ; ○ SDR bon répondeur (IIb, 35 cas) ; * SDR très bon répondeur (IIc, 20 cas).

Groupe III et IV : ▲ asthme isolé (III, 18 cas) ; * asthme sans antécédent de DA (IV, 32 cas).

Il n'y a pas de différence significative ($F < F_{0,05}$) entre les DA typiques et les DA atypiques localisées. Les DA sévères ont un taux d'IgE beaucoup plus élevé ($F > F_{0,05}$).

Il n'y a pas de différence significative entre les asthmatiques et les eczémateux graves ($F < F_{0,05}$) de moins de 10 ans. Dans les syndromes dermo-respiratoires, il y a corrélation directe entre l'élévation du PRIST et les difficultés thérapeutiques.

in vitro dans les DA banales du nourrisson. Une sensibilisation alimentaire in vitro est fréquente dans les deux groupes (30 à 50 p. cent), mais elle persiste bien au-delà de deux ans dans le groupe sévère.

La classique négativité des tests à la lecture retardée, si elle est notée dans 70 p. cent des DA sévères et 75 p. cent des SDR rebelles (groupes Ia et IIa), n'affecte que 30 p. cent des enfants des autres groupes.

Dans les dermites atopiques sévères, 6 tests au *Staphylococcus aureus* sur 15 étaient positifs en lecture immédiate et négatifs à 48 heures. Ce phénomène n'a jamais été observé dans 15 cas de dermatite atopique banale ayant subi ce test.

Titre des IgE en fonction de l'âge et de l'aspect clinique

Il existe des différences très significatives à âge égal, entre les différents sous-groupes cliniques (fig. 1). Pour les DA localisées (groupe Ic) ou typiques d'évolution bénigne (groupe Ib), les IgE (PRIST) ne dépassent pas en moyenne le double de la limite supérieure du taux normal. Seules les DA sévères (groupe Ia) présentent un taux d'IgE significativement plus élevé. La courbe est comparable à celle des asthme isolés ou associés tardivement à une DA atypique (10 fois la normale). Mais la dispersion est plus grande dans les DA sévères. Dans les SDR, il y a corrélation directe entre l'éléva-

tion du titre en IgE et les difficultés thérapeutiques (groupes IIa, IIb, IIc).

Critères de l'efficacité du traitement

En milieu hospitalier spécialisé, le blanchiment de l'eczéma par les soins locaux appropriés (bains savonneux et onctions dermo-corticoïdes) [15] est d'autant plus rapide que le début de la maladie avait été discret. Par contre, les DA sur peau ichtyosique et les « reverse-pattern » (cf. tableau II) figurent parmi les formes rebelles. Pour 15 DA à début bénin, mais aggravées secondairement, nous avons retrouvé une accumulation de facteurs de risque surtout domestiques (hygiène et soins défectueux, auto-médication, surinfection, etc.). Ces eczémats ont été aussi rapidement blanchis à l'hôpital que les DA bénignes.

La désensibilisation spécifique a été aussi efficace dans l'association dermo-respiratoire que dans l'asthme isolé, mais en utilisant pour ces SDR une technique particulière, en raison des difficultés rencontrées [11]. L'eczéma isolé ou associé à une rhinite spasmodique reste par contre peu accessible à la désensibilisation. Enfin, les 18 cas d'asthme isolés dans les antécédents desquels on retrouvait une DA du nourrisson guérie (groupe III) se sont comportés en cours de désensibilisation et dans leur évolution comme les

32 cas d'asthme isolé sans antécédents dermatologiques (groupe IV).

DISCUSSION

La présence d'un ou deux facteurs de risque dans les DA bénignes est habituelle. Cela remet en cause leur influence néfaste lorsqu'ils sont isolés. Il apparaît donc que c'est l'accumulation et non l'action isolée de facteurs de risque précoce dans l'environnement, chez les nourrissons atopiques, qui favorise la survenue d'un eczéma sévère et récidivant, soit d'emblée, soit secondairement (cf. fig. 1). Cet effet de sommation peut expliquer les difficultés d'études monofactorielles antérieures [5, 21] comme celles concernant par exemple l'influence de l'allaitement maternel sur le pronostic des eczémas. Nos constatations confirment qu'il existe des nouveau-nés à haut risque atopique, ainsi que le définissent Bousquet [5], Beurey [4] : hérédité bilatérale, pathologie anté- et périnatale, IgE totales élevées. Le rôle aggravant d'une hospitalisation précoce, d'un sevrage brutal [3], d'épisodes infectieux [18] a été souligné. L'inflammation d'origine infectieuse ou irritative – dermite, bronchiolite, diarrhée – expose l'enfant au risque d'une sensibilisation allergénique [2, 5, 16, 18]. C'est dire l'importance des facteurs d'environnement [9] et l'utilité des soins dermatologiques bien conduits. C'est aussi souligner le rôle de la mère : elle sera informée et conseillée avec précision mais en évitant le perfectionnisme anxiogène. Ces conseils porteront d'abord sur l'hygiène domestique, la chasse aux allergènes et aux irritants, sur la diversification alimentaire et les soins corporels [2, 5, 15, 18, 19, 22].

Des « facteurs de risques tardifs » ou complications de la maladie peuvent s'associer à ces facteurs de risques précoces. Nous insistons comme Saurat [22] sur la surinfection, comme Lachapelle [14] sur la tendance accrue aux dermatites de contact [19], mais aussi sur la pathologie associée (reflux gastro-œsophagien, asthme d'effort, asthme à dyspnée permanente, etc.). Les complications augmentent avec la durée d'évolution de la maladie. De telles constatations ne permettent pas bien entendu de dire si ces phénomènes sont cause ou effets : ils font partie avec les facteurs de risques précoces du complexe de gravité qu'il faut prévenir.

Certains stigmates dermatologiques nous semblent avoir une valeur pronostique péjorative. L'atteinte précoce des grands plis, des mains et du pourtour buccal [20], celle des faces convexes des grosses articulations [24] étaient déjà connues. La précession d'une dermite séborrhéique étendue et tenace [16], d'une dermite infectieuse, d'une peau ichtyosique, peut laisser prévoir une DA sévère d'emblée [18]. Mais une DA jusque-là bénigne et banale, peut voir son pronostic assombri à l'occasion d'une greffe virale grave (maladie de Kaposi-Juliusberg précoce) ou d'une surinfection à pyogènes itérative [8, 18, 22, 23].

Une DA du nourrisson ou du petit enfant risque d'autant plus d'évoluer vers un SDR [9] qu'elle s'accompagne de pathologie respiratoire grave ou récidivante [5, 6, 11], que l'exposition aux pneumallergènes, acariens et poils de chat surtout, est importante [17, 18], qu'il persiste après 6 mois un reflux gastro-œsophagien non traité [11, 18].

Le SDR est d'autant plus caractéristique [11] qu'il est précocement constitué, avant 4 ans, que la dermatite atopique est sévère, que la prise en charge thérapeutique est tardive. A l'inverse, l'association tardive d'un asthme à une DA banale, ne répond heureusement pas toujours aux critères du SDR grave.

Notre étude des IgE totales dans la DA confirme certaines données de la littérature comme leur quasi-normalité dans les eczémas atypiques localisés et leur élévation importante dans les DA sévères [2, 12, 23, 24] ou les associations dermo-respiratoires [2, 7, 12]. Mais contrairement à ce que l'on pensait les IgE totales sont, dans notre expérience, normales ou peu élevées dans les DA typiques bénignes. Les taux exceptionnellement élevés d'IgE ne sont rencontrés que dans les associations asthme-eczéma sévère, précoces et les formes rebelles à la désensibilisation.

Le dosage précoce des IgE totales et spécifiques nous paraît donc d'un grand intérêt pronostique dans le bilan d'une DA – sévère surtout – ou d'un SDR. Il est utile aussi dans la surveillance de ces affections. Dans le SDR un PRIST élevé doit inciter le médecin qui prescrit une désensibilisation à une grande prudence à cause des risques accrus de réaction syndromique cutanée ou respiratoire.

La persistance d'une sensibilisation in vitro à l'œuf, au lait, rencontrés exclusivement après l'âge de deux ans dans les groupes sévères, nous a permis de dépister 6 cas d'allergie alimentaire authentique. Ces Rasts positifs semblent donc avoir une valeur d'orientation très importante [2].

La désensibilisation spécifique peut modifier avantageusement le pronostic des associations asthme-eczéma, si elle est précoce, précédée d'un bilan soigneux des facteurs de risque et effectuée selon un protocole particulier, car elle est difficile à conduire. Ainsi, plus de 2 SDR sur 3 sont durablement améliorés par la désensibilisation et les causes d'échec peuvent le plus souvent être expliquées dans les autres cas. Mais, ce traitement, en dehors de quelques exceptions, reste à discuter dans les cas de DA isolée.

CONCLUSION

La grande hétérogénéité de la DA justifie son étude dissociée en sous-populations. Cette étude est en effet seule capable d'apporter des informations sur son devenir et suggérer une prévention dont l'intérêt devrait être confirmé par des études prospectives. Mieux analysée et donc mieux comprise dans son évolution, la DA de l'enfant doit être ainsi mieux traitée.

RÉFÉRENCES

1. Aly R. - Bacteriology of atopic dermatitis. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)*, 1980, 92 (suppl.), 16-18.
2. Atherton D. J. - Allergic and atopic eczema I, II. *Clin. Exper. Derm.*, 1981, 6, 191-203 et 317-325.
3. Bakan P. - Allergy and pregnancy and birth complications. *Ann. Allergy*, 1977, 38, 54-57.
4. Beurey J., Weber M., Eich D., Dollard M. C., Thanry P. - Hérité et prévention de l'atopie. *Ann. Dermatol. Vénéreol. (Paris)*, 1982, 109, 481-486.
5. Bousquet J., Ménardo J. L., Rigaud A., Michel F. B. - Le risque allergique du nourrisson et sa prévention. *Rev. Pédiatr.*, 1982, 8, 40-48.
6. Buffum W. P., Settipane G. A. - Prognosis of asthma in childhood. *Am. J. Child.*, 1966, 112, 214-217.
7. Desmons F. - Les IgE chez les nourrissons atteints d'eczéma atopique avec ou sans asthme. *Bull. Actual. Thérap.*, 1977, 6, 2363-2368.
8. Fernon M. J., Guillet G., Maleville J. - Pustulose de Kaposi-Juliusberg et eczéma atopique. Mise au point clinique et immunopathologique. A propos de trois observations récentes. *Ann. Pédiatr.*, 1980, 27, 451-456.
9. Gervais P. - Écologie générale et prévention des maladies allergiques chez l'enfant. In : *L'allergie chez le nourrisson et l'enfant*, 1 vol. Paris, Pharmacia, 1981.
10. Guilhou J. J., Meynadier J., Clot J. - Les troubles immunitaires au cours de l'eczéma atopique. *Nouv. Presse méd.*, 1979, 8, 2967-2970.
11. Guillemeteau C. - *Le syndrome dermo-respiratoire en allergie infantile*. Thèse Méd. Bordeaux, 1977.
12. Haninfin J. M. - Atopic Dermatitis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1982, 6, 1-13.
13. Kjellmann N. I. M. - Predictive value of high IgE levels in children. *Acta Paediatr. Scand.*, 1976, 65, 465-471.
14. Lachapelle J. M., de Greef H., Oleffe J. - *Eczémas*, 1 vol. Bruxelles, Sarvat, 1980.
15. Larrègue M. - L'eczéma atopique du nourrisson. *Rev. int. Pédiatr.*, 1982, n° spécial, 122, 5-49.
16. Maleville J., Capbern M., Boineau D., Marc-Antoine H., Mollard S. - La flore microbienne cutanée chez 206 enfants atteints de dermite fessière et de pyodermites. *Ann. Dermatol. Vénéreol. (Paris)*, 1977, 104, 701-705.
17. Matlew D. J., Norman A. P. - Prevention of eczema. *Lancet*, 1977, 2, 321-323.
18. Perromat M. - *Réflexion sur le pronostic de sous-populations de dermatite atopique (à propos de 223 observations)*. Proposition d'une prévention. Thèse Méd. Bordeaux, 1982.
19. Perromat M., Ducombs P., Maleville J. - Fréquence de l'eczéma de contact chez l'enfant atopique. IN : *3^e Congrès International de Dermatologie Pédiatrique*, Monaco, 26-30 avril 1983.
20. Queille C., Saurat J. H. - Dermatite atopique. Étude informatisée de 300 observations. In : *Journées Parisiennes de Pédiatrie*. Paris, Flammarion, 1981.
21. Rajka G. - Itch and IgE in atopic dermatitis. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)*, 1980, 92 (suppl.), 38-39.
22. Saurat J. H. - La dermite atopique : aspects actuels. *Méd. Hyg.*, 1982, 40, 1978-1981.
23. Venencie P. Y. - La dermite atopique, aspect actuel. *Ann. Pédiatr. (Paris)*, 1982, 29, 27-32.
24. Vickers C. F. H. - The natural history of atopic eczema. *Acta Derm. Venereol. (Stockh.)*, 1980, 92 (suppl.), 113-115.
25. Wuthrich B., Benz A., Skvaril F. - IgE and IgG4 levels in children with atopic dermatitis. *Dermatologica*, 1983, 166, 229-235.

