

ALLERGIE RESPIRATOIRE CHEZ L'ENFANT RESULTATS THERAPEUTIQUES

Par

MM. M. LELONG, J. SCLAFFER, J. VIALATTE, P. GRENET
et MMes D. BRUNET-LANGOT & R. LAGRUE
Paris, France

En cinq ans, de mars 1953 à mars 1958, nous avons rassemblé 1153 observations d'allergie respiratoire chez l'enfant.

Ces observations ont été recueillies dans les consultations d'allergologie des Hôpitaux St-Vincent de Paul, Hérold, Trousseau et parmi les malades du Professeur agrégé *R. Joseph* et de Mmes *Brunet-Langot & Lagrue*. Leur unité vient de la façon homogène dont ont été conduites les enquêtes cliniques et allergologiques ainsi que les traitements de desensibilisation.

Elles concernent des enfants âgés de 2 mois à 15 ans; mais avec un maximum de fréquence très net entre 5 et 10 ans: 686 garçons et 467 filles. Une très grosse majorité provient de Paris et de ses environs.

Nous rendons compte:

de nos enquêtes cliniques

de nos enquêtes allergologiques

des résultats des traitements de desensibilisation.

Allergie respiratoire chez l'enfant.

(1953-1958)

Asthme	709
Toux spasmodique	319
Rhinopathies	125

Total 1.153

Travail effectué avec l'aide de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et de l'Institut National d'Hygiène (Professeur Bugnard).

ENQUÊTES CLINIQUES

Les syndrômes respiratoires qui ont motivé les consultations peuvent être classés en 3 rubriques :

- | | |
|--|---------|
| 1) Asthme et bronchites asthmatiformes ... | 709 cas |
| 2) Toux spasmodique | 319 |
| 3) Rhinopathies | 125 |

Cette dernière rubrique comprend les coryzas, rhinopharyngites, sinusites, obstructions nasales existant isolément.

Nous ne voulons pas reprendre la sémiologie bien connue de ces syndrômes, mais indiquer comment ont été conduites nos enquêtes et insister sur quelques points particuliers à l'enfant.

L'interrogatoire — représente l'élément essentiel du diagnostic. Des antécédents allergiques familiaux existent dans plus de la moitié des cas (1 fois sur 4 dans les 2 lignées — 3 fois sur 4 dans une seule lignée). Des antécédents personnels d'eczéma, d'urticaire, de prurigo ou de troubles digestifs sont retrouvés dans 1/4 des cas environ.

Les caractères saisonniers, météorologiques, géographiques d'apparition des crises, leur horaire diurne ou nocturne varient selon l'allergène comme aux autres âges de la vie et ont une grande valeur d'orientation. Quelques particularités sont propres à l'enfant : les jouets en peluche, les fétiches de laine favorisent souvent les accidents à la poussière et à la laine ; la vie scolaire rythme les allergies respiratoires à la poussière. La profession des parents est parfois intéressante à préciser surtout pour le dépistage de sensibilisations aux fibres végétales et animales : kapok pour les enfants de tapissiers, laine, coton, soie pour les enfants de tailleurs ou de confectionneurs de vêtements. La présence d'animaux au contact de l'enfant doit être précisée.

L'examen clinique nous apporte plusieurs renseignements :

L'aspect général de l'enfant permet déjà au premier coup d'œil de savoir s'il est en poussée, même dans les formes mineures ; sa pâleur, sa tristesse permettent de deviner l'actualité des troubles respiratoires.

L'examen donne des résultats très variables selon qu'il s'agit d'un asthme, d'une toux spasmodique ou d'une rhinopathie. Nous essayons toujours d'apprécier les répercussions fonctionnelles respiratoires et les modifications thoraciques qui n'apparaissent que dans les formes les plus sévères. L'aspect de la muqueuse nasale peut évoquer l'allergie par son aspect pâle et violacée. L'état du rhinopharynx pose souvent le problème de l'infection surajoutée. La collaboration de l'otorhinolaryngologiste est toujours nécessaire.

Les radiographies du thorax montrent dans l'asthme, des modifications morphologiques variables selon l'ancienneté et la gravité de la maladie; au maximum thorax globuleux aux plages pulmonaires hyperclaires avec des ombres hilaires bien contrastées et assez souvent des opacités segmentaires transitoires.

Les *radiographies des sinus* nous ont souvent montré des modifications de transparence que le Dr. Clerc nous a appris à considérer comme un œdème de la muqueuse qui régresse avec la désensibilisation ou sous cortisone. Les sinusites véritables dans leurs formes suppurées ou proliférantes sont rares et les indications opératoires justifiées exceptionnelles.

L'*Eosinophilie* nasale ou sanguine est fréquente et quand elle existe plaide en faveur de la nature allergique des accidents. Nous avons trouvé 556 fois une éosinophilie sanguine supérieure à 3 % (1/2 des cas) et 223 fois une éosinophilie nasale (1 cas sur 5).

La *détermination du pouvoir histaminopexique* du sérum n'a été pratiquée qu'exceptionnellement. Elle nous paraît extrêmement intéressante et nous nous proposons de l'utiliser plus systématiquement.

Nous avons pratiqué 15 fois l'exploration de la surrénale en dosant les 17 cétostéroïdes et les 17 Hydroxycorticoïdes au repos et après injection d'ACTH. Les dosages sans préparation nous ont donné des chiffres normaux et l'exploration dynamique, contrairement à notre attente nous a apporté des réponses normales ou fortes pour l'excrétion urinaire des 17 OH.

Trois facteurs nous ont paru avoir une importance considérable pour le déclenchement ou l'entretien des troubles :

les infections
le psychisme
l'état du rhinopharynx

1) *les infections* :

Les maladies contagieuses spécifiques : coqueluche surtout, rougeole et parfois varicelle ont souvent un rôle révélateur ou aggravant.

Les infections saisonnières, surtout rhinopharyngées, les stomatites dentaires chez le nourrisson, favorisent souvent les diverses expressions de l'allergie respiratoire ; mais il est difficile de les distinguer des rhinites allergiques isolées ou associées à l'asthme qui témoignent d'une allergie nasale. Ni les signes cliniques, ni les signes radiologiques ne sont des arguments suffisants pour affirmer l'infection. La formule sanguine a une certaine valeur lorsqu'elle montre une polynucléose, mais il s'agit souvent d'infections à virus et l'hémogramme n'a rien de particulier. Quand l'élément infectieux est prédominant, la thérapeutique par la seule désensibilisation est inefficace. Nous ne savons toujours pas si l'infection se surajoute à des manifestations allergiques premières ou s'il existe une sensibilisation aux germes eux-mêmes. Pourtant quand l'enfant est bien désensibilisé aux pneumallergènes dominants, les infections banales ne réveillent plus les troubles respiratoires.

2) *L'état psychologique* de l'enfant a une très grande importance, surtout dans les formes graves. La maladie, par la répétition des crises, par les troubles qu'elle apporte à une vie normale, modifie le caractère et l'affectivité non seulement de l'enfant, mais aussi des parents et des autres membres de la famille. A la longue, les facteurs psychologiques de déclenchement ou d'aggravation prennent une importance prépondérante et nous en tenons le plus grand compte. Les échecs ne sont pas toujours expliqués par des facteurs organiques, l'état psychopathologique de l'enfant et de son entourage peut en être responsable.

3) *L'état du rhinopharynx* est le troisième problème et une communication spéciale lui est réservée. Les interventions in-tempestives sur les végétations et surtout sur les amygdales sont dangereuses. Elles peuvent transformer en asthme des troubles respiratoires jusque là discrets. Chez 259 de nos enfants une intervention sur le rhinopharynx a eu un rôle déclenchant ou aggravant.

Nous ne voulons pourtant pas dire qu'il faille systématiquement proscrire toute intervention. L'ablation chirurgicale d'amygdales ou de végétations obstruantes et infectées peuvent être utiles à la guérison. Leur inocuité est plus certaine quand elle est pratiquée sous le couvert d'un traitement de désensibilisation.

ENQUETES ALLERGOLOGIQUES

Nos enquêtes ont toujours compris trois étapes :

Les tests intradermiques,
les injections d'essai,
le traitement de désensibilisation.

1) *Les Tests.*

Nous pratiquons nos tests selon la technique de *Rinkel* telle que nous l'a enseignée *J. Schlafer*. Nos solutions sont diluées de 5 en 5 et numérotées de 1 à 10. Le n° 1 est au 1/500° et au 1/1000° pour la poussière. L'injection est faite intradermique. La lecture se fait dans 1/4 d'heure qui suit l'injection, sauf pour *Candida Albicans*, *Trichophyton* et *Epidermophyton* qui donnent habituellement des tests retardés de type tuberculinique à lire à la 48° heure.

Nous mesurons le diamètre de la papule et celui de l'érythème. Le résultat d'un test positif consigné sur des feuilles spéciales comporte :

l'indication de l'allergène,
les diamètres en m/m de la papule et de l'érythème.

Chez le jeune enfant, les tests sont difficiles à interpréter

soit du fait d'un dermographisme même pour les injections témoins, soit par l'absence de réaction cutanée.

Le test lui-même peut aggraver ou atténuer le syndrome clinique en cause, ce qui augmente sa valeur. Nous n'avons pas observé d'accident de choc.

2) *Les injections d'essai* sont en réalité le début du traitement de désensibilisation. Elles confirment par leur action aggravante ou calmante, les renseignements donnés par les tests. Elles sont la meilleure preuve du rôle pathogène d'un allergène, quand les tests sont défectueux ou difficiles à interpréter spécialement avant l'âge de 2 ans. Elles nous permettent enfin, d'identifier l'allergène responsable du syndrome clinique quand plusieurs tests sont positifs.

3) *La désensibilisation spécifique* est la conclusion de l'enquête allergologique que nous puissions ou non éloigner l'enfant de l'allergène supposé responsable. Elle est difficile à codifier et procède par tâtonnements. Nous injectons d'abord sous la peau de très petites quantités de solution plus diluées que celles qui donnent les premiers tests positifs. Nous augmentons les doses et le titre de la dilution selon les réactions de l'enfant: réactivation ou sédation des symptômes. Les injections sont répétées tous les 5 à 15 jours. Nous poursuivons la désensibilisation 2 ans au moins: d'octobre à mai pour la plupart des pneumallergènes; de janvier à mai pour les pollens; toute l'année pour les levures et moisissures. La deuxième année les injections sont habituellement plus espacées. Nous avons jusqu'ici utilisé les allergènes américains Hollister & Stier et commençons depuis cette année à utiliser les allergènes français préparés par l'Institut Pasteur.

RESULTATS

- 1) des tests,
- 2) des traitements.

Résultats des tests.

Nous avons obtenu chez nos 1.153 malades 2.865 tests positifs. Les allergènes responsables ont été:

Allergie respiratoire - Tests positifs sur 1.153 malades.

	Pous- sière	Plume	Laine	Kapok	Soie	Lin	Chat	Chien	Cheval	Bétail	Pollen de Gra- minées	Candida Albicans	Moississures
Asthme	607	506	139	43	3	4	127	92	76	15	83	82	55
Toux spasmodiques	250	201	69	10	1	1	57	30	33	2	35	34	23
Rhinopathies	92	56	11	7	2	—	15	13	13	1	36	26	15
Total	949	763	219	60	6	5	199	135	122	18	154	142	93

- 1) avant tout, poussière 949 – plume 763
- 2) les fibres végétales: laine, kapok, soie, lin
- 3) les poils d'animaux: chat, chien, cheval, bétail
- 4) les pollens
- 5) *Candida albicans*
- 6) les moisissures

La poussière est l'allergène le plus important. Mais cette primauté dans les tests et la désensibilisation peut conduire à méconnaître d'autres allergènes qui feront leur preuve ultérieurement.

Les tests négatifs à la poussière ne permettent pas toujours d'éliminer cet allergène et quand l'histoire clinique est typique, il faut pratiquer des injections d'essai.

RESULTATS DE LA DESENSIBILISATION

Nous n'avons utilisé pour juger des résultats que les malades revus au moins à 6 reprises. Nous n'avons donc pu classer que 744 observations en laissant de côté 409 trop récentes ou insuffisamment suivies.

Nos enfants ont été désensibilisés 3 fois sur 4 à plusieurs allergènes, 2 le plus souvent associant la poussière aux plumes ou plus rarement à un autre allergène. 1 fois sur 4, le traitement a été conduit à un seul allergène, presque toujours poussière, parfois pourtant *Candida Albicans* dans quelques cas.

Allergie respiratoire – Désensibilisation
(sur 744 malades)

	Succès	Amélioration	Echecs	Total
Asthme	238	180	58	476
Toux spasmodiques	94	91	14	199
Rhinopathies	30	31	8	69
	362	302	80	744

Nous avons considéré comme

succès: le disparition presque totale des manifestations cliniques en maintenant l'enfant dans son milieu habituel familial et scolaire

succès partiel: une grosse amélioration clinique avec cependant rechutes liées aux variations saisonnières ou météorologiques.

Dans ces conditions, nos résultats globant sont les suivants:

744 malades vus plus de six fois
362 succès
302 succès partiels
80 échecs

(même en additionnant les 409 cas non suivis aux 80 échecs, il nous reste 60 % d'amélioration).

Selon le syndrome en cause:

Asthme:

476 cas suivis et traités	238 succès
	180 succès partiels
	58 échecs

L'âge n'intervient pas.

Toux spasmodiques:

199 malades suivis et traités	94 succès
	91 succès partiels
	14 échecs

Le plus faible pourcentage d'échecs.

Rhinopathies:

69 malades suivis et traités	30 succès
	31 succès partiels
	8 échecs

Les hormones corticosurrénales et les traitements pharmacodynamiques sont des adjuvants précieux des mauvaises pé-

riodes même pendant la désensibilisation, mais nous évitons aux maximum l'emploi *prolongé* de la cortisone ou de ses dérivés.

Les cures climatiques tirent leurs indications de nos échecs de désensibilisation. Nous envoyons l'enfant dans les endroits où l'expérience a montré que ses accidents disparaissent : campagne, mer ou surtout altitude. Ces séjours sont utiles surtout pendant la mauvaise saison ; mais ils ont l'inconvénient de séparer l'enfant de sa famille, de couper la vie scolaire et leurs répercussions psychologiques ne sont pas négligeables. Au retour, les accidents reprennent habituellement. Peut-être faudrait-il combiner la désensibilisation aux cures climatiques, ce qui n'est pas toujours facile.

Les cures thermales modifient le terrain et sont souvent bienfaisantes, arsenicales ou sulfureuses.

Mais la désensibilisation spécifique nous parait l'élément essentiel du traitement des syndrômes respiratoires d'origine allergique chez l'enfant. Ses succès contrastent avec l'inefficacité des thérapeutiques habituelles. Aussi pensons nous que l'allergologie doit entrer dans le pédiâtrie courante.

This document is a scanned copy of a printed document. No warranty is given about the accuracy of the copy. Users should refer to the original published version of the material.