

RHINITES ALLERGIQUES NON POLLINIQUES DE L'ENFANT

D. BRUNET, A. PAGNOUX et G. PAUPE (*)

RÉSUMÉ

Sur 4 000 dossiers d'enfants allergiques, 355 ont présenté des manifestations isolées des voies respiratoires supérieures. L'étude minutieuse des données fournies par l'interrogatoire et les examens complémentaires, permet de dessiner le « profil » de ce type de malade. L'âge moyen, se situe entre 4 et 7 ans. Pour deux enfants sur trois, ce sont les résultats médiocres de l'intervention sur le rhinopharynx qui ont motivé la consultation. Quatre critères ont été retenus pour orienter le diagnostic. L'enquête allergologique avec les tests cutanés et les injections d'essai montrent la prédominance habituelle des pneumallergènes du type poussières de maison et des extraits bactériens. Trois groupes de malades ont été étudiés : 187 rhinopharyngites, 87 rhinites simples, 84 rhinosinusites et rhinites purulentes. Le traitement de désensibilisation spécifique a été entrepris chez 203 enfants. Les résultats globaux ont été très bons pour 99 enfants, utiles pour 60 et nuls pour 44. L'évolution à long terme permet de juger très favorable l'action prophylactique résultant de cette attitude thérapeutique chez les enfants atteints de rhinite allergique non pollinique.

MOTS CLES MEDLINE : Rhinite allergique * épidémiologie - Rhinite allergique * diagnostic - Rhinite allergique * thérapeutique.

SUMMARY

Non-pollen allergic rhinitis in children. — Out of 4 000 case histories of allergic children, 355 presented isolated manifestations of the upper respiratory tract. Careful study of the data obtained by questioning and additional examinations made it possible to sketch the « profile » of this type of patient. The average age was between 4 and 7 years. For two out of three of the children the consultation followed mediocre results of treatment of the rhinopharynx. Four criteria were used in orienting the diagnosis. Allergological studies, including skin tests and test injections, showed the predominance in many cases of pneumallergens of the house dust type and of bacterial extracts. Three groups of patients were studied : 187 with rhinopharyngitis, 87 with simple rhinitis, and 84 with rhinosinusitis and/or purulent rhinitis. Specific desensitization treatment was carried out in 203 children. The overall results were very good in 99 children, useful in 60, and nil in 44. The long-term evolution indicates that the prophylactic action of this therapeutic approach was favourable in children suffering from non-pollen allergic rhinitis.

INDEX TERMS : Rhinitis, allergic * occurrence - Rhinitis, allergic * diagnosis - Rhinitis, allergic * therapy.

Les manifestations respiratoires allergiques atteignent en priorité les muqueuses des voies respiratoires supérieures. Elles sont en général le prélude aux affections asthmatiformes qui pourront évoluer vers l'asthme majeur. Il est important, à la fois pour le pédiatre et l'allergologue, de savoir suspecter le carac-

tère allergique des rhinopharyngites ou des rhinosinusites banales de la première enfance. Des sanctions thérapeutiques spécifiques et efficaces qui en découleront, dépendra en grande partie l'avenir de l'enfant. Cette action prophylactique mérite de figurer au premier plan de l'allergologie pédiatrique.

(*) Centre de recherches sur les maladies allergiques de l'enfant (Prs J. VIALATTE et J. PAUPE), Hôpital Necker-Enfants-Malades, 149 rue de Sèvres, 75730 PARIS CEDEX 15 (France).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

NOMBRE DE DOSSIERS

Nous avons dépouillé 4 000 dossiers d'enfants allergiques, âgés de 6 mois à 15 ans, suivis à la consultation du Pr J. VIALATTE, à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris, entre le 1^{er} octobre 1966 et le 1^{er} octobre 1972.

CRITÈRES DE SÉLECTION

Nous avons retenu essentiellement les dossiers d'enfants présentant des manifestations nasales isolées : soit à type de rhinite allergique simple, ou de rhinopharyngites, ou de rhinosinusites associées ou non aux rhinites purulentes. Nous avons éliminé les dossiers d'enfants atteints de pollinose, ainsi que les asthmes, bronchites asthmatiformes et toux spasmodiques, chez lesquels les manifestations nasales ou rhinopharyngées n'étaient qu'au second plan de la symptomatologie.

EXAMENS ET ENQUÊTES PRATIQUES

Chaque enfant a subi un *interrogatoire très minutieux* précisant les conditions d'apparition et l'évolution des manifestations nasales, les antécédents allergiques personnels et familiaux.

Les examens complémentaires systématiquement pratiqués ont été : l'hémogramme, la recherche de l'éosinophilie nasale et pharyngée, le latex histamine, la radiographie des sinus maxillaires en incidence de Blondeau, l'examen ORL précisant l'aspect de la muqueuse nasale.

L'enquête allergologique a comporté plusieurs séances de tests exécutés par voie intradermique selon la technique de Rinkel, avec les extraits de l'Institut Pasteur ou les Stallergènes de l'Institut Mérieux, ou des Laboratoires Hollister-Stier. Les principaux pneumallergènes utilisés ont été la poussière de maison, les plumes, les poils d'animaux (chat, chien, cheval, bétail), les pollens de graminées, les moisissures (mélanges n° 1, 2, 3, 4, de l'Institut Pasteur), les levures du type *Monilia Candida albicans*, les extraits bactériens : mélanges CCB et MRV, Streptocoques A, Divasta.

Le ou les allergènes suspectés ont été éprouvés par des *injections d'essai* afin d'authentifier leur rôle dans le syndrome en cause, avant de décider d'entreprendre un traitement de désensibilisation spécifique.

RÉSULTATS

NOMBRE DE CAS RETENUS

A la suite des examens et des enquêtes qui ont été pratiqués, 355 enfants seulement ont été retenus sur les 4 000 dossiers dépouillés. Ces 355 observations se

TABLEAU I
ÂGE À LA PREMIÈRE CONSULTATION

AGE	AVANT 1 AN	1 - 3 ANS	4 - 7 ANS	8 - 15 ANS	INCONNU	TOTAL
Début réel	84	148	57	38	28	355
Première consultation	—	72	185	98	—	355

répartissent en 87 rhinites simples, 184 rhinopharyngites et 84 rhinosinusites et rhinites purulentes.

SEXE

Le sexe masculin domine avec 220 garçons pour 135 filles.

ÂGE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

L'âge de la première consultation figure au tableau I. Mais le début réel a toujours été antérieur à l'âge de cette première consultation allergologique (28 observations n'ont pas été comptabilisées du fait de l'imprécision de l'âge du début réel).

CIRCONSTANCES D'APPARITION DES MANIFESTATIONS NASALES

La saison joue un rôle important dans le déclenchement des symptômes : dans 224 observations (69 p. cent des cas), on relève une prédominance pour la saison automno-hivernale, de septembre à avril, la symptomatologie apparaissant dès les premiers jours de l'automne. Par contre, dans 100 observations (31 p. cent), nous n'avons pas retrouvé de facteur saisonnier net : les manifestations se répétant tout au long de l'année sans recrudescence particulière.

Le climat et l'incidence de la situation géographique ont pu être appréciés avec certitude dans 211 cas. 63 p. cent (133) d'entre eux concernent l'habitat urbain de la région parisienne. Tout séjour en dehors de Paris, même dans une campagne proche, devient bénéfique en dépit de conditions météorologiques médiocres, favorables aux rhinopharyngites. Par contre, les symptômes rhinopharyngés réapparaissent très rapidement, dès le retour dans le milieu habituel.

Pour 37 p. cent des observations (78), les manifestations nasales n'ont pas été influencées par la situation géographique et se sont répétées aussi bien à Paris qu'à la mer ou à la campagne.

Le caractère récidivant des symptômes rhinopharyngés, la soudaineté d'apparition et de disparition

TABLEAU II
ÉTUDE DE LA RÉACTION AU LATEX

LATEX HISTAMINE		LATEX HISTAMINE + SÉROTONINE			TOTAL
< 1/80	≥ 1/160	concordants		dissociés	
		< 1/80	≥ 1/160	< 1/80 + ≥ 1/160	
157 cas	23 cas	11 cas	23 cas	28 cas	242 cas

des accès, la fréquence inhabituelle des récurrences malgré les thérapeutiques nombreuses variées, et totalement inefficaces, constituent les éléments caractéristiques de l'évolution de ces rhinites allergiques.

TERRAIN

Antécédents familiaux

Ils comportent des maladies allergiques dans 73 p. cent des cas. Ils ont été 202 fois unilatéraux et 60 fois bilatéraux.

Les manifestations respiratoires à type d'asthme et de bronchite asthmatiforme ont été retrouvées 133 fois, et les manifestations cutanées à type d'eczéma 102 fois, les urticaires et œdème de Quincke 44 fois. Les manifestations nasales allergiques (rhinites ou rhinosinusites) sont fréquentes : 86 fois, tandis que les pollinoses ne concernent que 29 familles. Evidemment ces manifestations peuvent se retrouver dans une ou deux des lignées d'une même famille (ce qui explique le total de 394 pour 355 observations).

Antécédents personnels

1) Incidents pathologiques

Ils ont été nets, typiquement allergiques, pour 61 enfants sur 294. Les affections cutanées dominent avec 29 eczémas, 13 urticaires ou œdèmes de Quincke et 1 prurigo. Les syndromes respiratoires sont plus rares : 10 cas d'adénoïdites banales et 5 bronchites. Enfin, 3 observations d'intolérance au lait ont été enregistrées, mais sans aucune preuve d'une allergie « vraie » au lait de vache.

2) Interventions sur le rhinopharynx

Deux enfants sur trois, soit 239 sur 355, avaient subi une intervention sur le rhinopharynx avant de venir à la consultation d'allergologie.

Dans 120 cas, il s'agissait d'adénoïdectomie seule ; dans 102 observations, il y avait eu à la fois adénoïdectomie et amygdaléctomie, et enfin 17 enfants avaient eu seulement une amygdaléctomie.

Sur les 239 interventions, il y a eu 144 résultats nuls, c'est-à-dire n'ayant été suivies d'aucune modi-

TABLEAU III
ÉOSINOPHILIE

ÉOSINOPHILIE SANGUINE	
< 5 p. cent :	169 cas
10 p. cent :	85 cas
11 à 33 p. cent :	32 cas
Total :	286 cas
ÉOSINOPHILIE NASALE	
absente :	154 cas
5 p. cent :	34 cas
6 à 29 p. cent :	9 cas
30 à 100 p. cent :	20 cas
Total :	217 cas

fication de l'état rhinopharyngé ; 42 aggravations avec accentuation des symptômes locaux et apparition d'autres manifestations allergiques respiratoires (toux spasmodique et surtout bronchite asthmatiforme). Dans 52 cas, il y a eu une *amélioration* de l'état rhinopharyngé, en particulier des otites, mais cette amélioration n'a été que transitoire. (Dans 1 cas, les résultats n'ont pu être précisés).

LATEX

L'appréciation du terrain allergique par l'étude du latex histamine seul, ou des latex histamine et sérotonine, a été déterminée chez 242 enfants sur 355. Pour 4 enfants sur 5, le latex a été atopique (tableau II).

ÉOSINOPHILIE

Un enfant sur deux présente une éosinophilie sanguine supérieure à 5 p. cent (286 examens) et un sur trois une éosinophilie nasale appréciable (217 examens) pouvant atteindre 80 p. cent voire même 100 p. cent (tableau III).

L'examen parasitologique des selles a été systématiquement entrepris pour éviter les causes d'erreur. Dans une seule observation, avec une éosinophilie à 11 p. cent, il y avait des trichocéphales dans les selles.

EXAMEN ORL

Aspect de la muqueuse nasale

L'examen ORL est indispensable car il précise l'état actuel de la muqueuse nasale et en particulier son « aspect allergique ».

139 enfants ont subi cet examen et parmi ceux-ci, 62 enfants avaient une muqueuse nasale d'aspect et de coloration normaux. Par contre, 64 avaient une muqueuse allergique, c'est-à-dire une muqueuse pâle, décolorée, œdématiée (œdème lilas atteignant le cornet inférieur et provoquant l'obstruction nasale). Dans 33 cas, l'état des amygdales et des végétations justifiait une intervention sur le rhinopharynx. Sur l'ensemble des examens pratiqués, la suspicion de l'allergie nasale a été confirmée dans 1 cas sur 2.

Radiographie des sinus

La radiographie des sinus maxillaires en incidence de Blondeau, pratiquée dès l'âge de 3 ans, authentifie cet aspect si caractéristique de la muqueuse allergique.

Sur 245 radiographies, 81 ont été normales. Dans 83 cas, il y a eu l'aspect typique de l'hyperplasie de la muqueuse, c'est-à-dire un *liséré opaque*, cernant la lumière du sinus, témoin de l'œdème de la muqueuse. Cette hyperplasie étant le plus souvent bilatérale (52 cas) ou unilatérale (16 cas) ou associée à une opacité unilatérale du sinus (15 cas).

Sur 81 des cas étudiés, cet œdème de la muqueuse a provoqué une opacité totale des deux sinus dans 51 cas, unilatérale dans 30 cas. Chez presque 2 enfants sur 3 (164 sujets sur 254), l'aspect radiologique des sinus maxillaires évoquait un processus allergique.

TABLEAUX CLINIQUES RÉALISÉS

Les 355 enfants étudiés se répartissent en 87 rhinites simples, 184 rhinopharyngites et 84 rhinosinusites et rhinites purulentes.

Rhinites simples

Les rhinites simples concernent 87 enfants. Leur diagnostic est facile, évident, du fait de leur symptomatologie typiquement allergique, soit : éternuements en salves avec coryza aqueux très productif dans la forme dite de « rhinite spasmodique », soit au contraire, la rhinite obstructive dans laquelle l'obstruction nasale est au premier plan ; l'œdème de la muqueuse nasale est visible « à l'œil nu », le nez est déformé, épaté ; l'enfant respire par la bouche. A l'examen rhinoscopique, l'œdème atteint le cornet inférieur avec un aspect violacé, lilas, typique ; ou au contraire, un œdème blafard plus caractéristique encore. Dans certains cas, il y a alternativement accès de coryza aqueux et d'obstruction nasale.

Sur les 87 cas, il y a eu prédominance de la rhinite spasmodique avec coryza aqueux dans 53 cas

et de la rhinite obstructive dans 34 cas. Ces rhinites simples se voient surtout chez les plus grands enfants : 6 à 9 ans : 43 cas, 10 à 15 ans : 24 cas ; avant l'âge de 6 ans, 20 observations seulement ont été dépistées.

Rhinopharyngites

Les rhinopharyngites concernent 184 enfants sur 355. C'est donc l'affection la plus fréquente et la plus intéressante dans la hiérarchie des équivalents mineurs de l'allergie respiratoire. Elles atteignent surtout des enfants jeunes, avant 4 ans dans 66 cas, de 4 à 7 ans dans 78 cas ; donc, la plupart du temps (trois quarts des cas) des enfants de moins de 7 ans. Les caractéristiques de ces rhinopharyngites sont stéréotypées : la soudaineté de leur apparition et de leur disparition, dans des conditions d'environnement, de saison, bien précises. Dans la plupart des cas le coryza aqueux avec éternuements, ouvre la scène des récidives dont la fréquence est inhabituelle. Ces rhinopharyngites ont un aspect évocateur de l'allergie nasale : muqueuse pâle, décolorée, plus ou moins œdématiée ou de couleur lilas violacé (plus rarement). Elles ne sont pas fébriles dans les deux tiers des cas (132) que nous avons étudiés. La toux peut accompagner les rhinopharyngites au cours de leur évolution. Mais ce n'est pas la toux incessante, spasmodique, prémonitrice de crise d'asthme. C'est une « toux de décubitus » liée la plupart du temps à l'hypersecretion postérieure. Nous l'avons retrouvée chez 86 enfants.

Rhinosinusites et rhinites purulentes

Les rhinosinusites et rhinites purulentes ont été retrouvées chez 84 enfants. Il faut distinguer les rhinosinusites isolées évoluant par poussées, avec céphalées, peu ou pas de sécrétions nasales, accompagnées ou non de fièvre et de toux spasmodique nocturne. C'est la radiographie des sinus maxillaires qui objective la sinusite (hyperplasie de la muqueuse avec opacité unilatérale ou bilatérale).

Les rhinosinusites isolées de ce type sont rares et ne concernent que 13 enfants. L'âge moyen se situe entre 7 et 11 ans. Dans 41 cas le tableau clinique est plus complexe, associant rhinopharyngite avec sécrétion muco-purulente et rhinosinusites, décelées à la radio, le tout évoluant par poussées avec fièvre et toux. L'âge moyen est alors de 4-5 ans.

Les rhinites purulentes sont caractérisées par l'abondance des sécrétions nasales qui ramènent un pus épais, jaune verdâtre. La fièvre et la toux sont rares ; par contre, l'atteinte sinusale est fréquente ainsi que les otites qui peuvent accompagner les poussées (10 cas sur 30). Il s'agit le plus souvent d'enfants jeunes ; l'âge moyen se situe entre 3 et 5 ans pour plus de la moitié des cas (17). Les 13 autres cas concernent des enfants de plus de 7 ans, parfois 11 et 12 ans, et même jusqu'à 15 ans.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE

Par allergène

Nous avons testé nos 355 enfants et observé des tests positifs chez 285 d'entre eux, tous négatifs chez 58 et ininterprétables chez 12.

La poussière de maison vient en tête avec 232 résultats positifs pour des concentrations moyennes se situant entre 1/25 000 et 1/125 000.

Les extraits microbiens sont au second rang avec 175 tests positifs (105 CCB, 58 streptocoques A, 12 Divasta). Les concentrations en millions de germes par ml varient selon l'extrait utilisé : 2 pour le MRV, 4 pour le CCB, 6 pour le Divasta et 20 pour les streptocoques A.

Le test à *Candida albicans*, pratiqué très largement dans notre consultation, a été positif 126 fois (la concentration moyenne est voisine du 1/1 250).

Les mélanges de plumes ont été positifs 50 fois à une concentration moyenne de 1/6 250.

Les pollens de graminées (non en rapport avec une pollinose caractérisée) ont été dépistés 43 fois dans des enquêtes systématiques, lorsque la saison n'était pas spécifiquement caractérisée (concentration voisine de 1/400 000).

Les poils d'animaux ont été positifs 17 fois. Les chats sont les plus fréquents : 8 ; viennent ensuite les chiens : 4, les squames de bétail : 4, et de cheval : 1.

Un test positif permet d'affirmer la réalité d'une sensibilisation, mais en aucun cas son caractère pathogène.

Dans 58 cas, les tests ont été tous négatifs. Parmi ces enfants, si 35 n'ont eu aucune modification de leur état, 15 ont présenté des réactions syndromiques d'aggravation et 8 des réactions d'amélioration authentifiant le rôle de l'allergène suspecté par la clinique. Nous pensons que, même quand les tests sont négatifs, ces réactions syndromiques ont beaucoup de valeur.

Par tableau clinique (tableau IV)

Dans les rhinites simples, la poussière de maison est l'allergène le plus fréquemment retrouvé ; viennent ensuite dans l'ordre : *Candida albicans*, extraits microbiens, plumes, pollens de graminées, poils d'animaux.

Dans les rhinopharyngites, la poussière de maison est encore l'allergène dominant, ainsi que les extraits microbiens. Les autres allergènes sont moins importants.

Dans les rhinosinusites et les rhinites purulentes, contrairement à ce qui paraissait prévisible sur le plan clinique, les extraits microbiens viennent au second rang des allergènes majeurs : précédées par la poussière de maison ; les autres allergènes sont plus rares.

TABLEAU IV

RÉSULTATS DES TESTS POSITIFS
PAR TABLEAU CLINIQUE

SYNDROMES	POUS-SIÈRES	BAC-TÉRIES	CAN-DIDA	PLU-MES	POL-LENS	POILS
Rhinites simples (87 cas)	55	31	46	23	17	12
Rhino-pharyngites (184 cas)	121	103	58	18	15	5
Rhino-sinusites Rhinites purulentes (84 cas)	56	41	22	9	11	—
Total	232	175	126	50	43	17

TRAITEMENT

Sur les 355 enfants, 203 ont reçu un traitement de désensibilisation spécifique.

Critères de sélection

Pour les enfants présentant des tests positifs à tel ou tel allergène, c'est la concordance avec l'histoire clinique et la réponse aux injections d'essai qui ont été déterminantes pour décider d'entreprendre un traitement de désensibilisation spécifique.

Ces injections ont été pratiquées par voie sous-cutanée à 5 ou 7 jours d'intervalle, en utilisant des extraits allergéniques dont la concentration variait selon que l'on cherchait à « provoquer » une réaction syndromique visant à reproduire les manifestations nasales, ou à obtenir un effet bénéfique sur l'état rhinopharyngé dans les trois jours suivant l'injection. Lorsque l'authenticité « du pouvoir pathogène » de tel ou tel allergène paraissait prouvée par les injections d'essai, le traitement de désensibilisation spécifique était mis en œuvre. Il a été décidé pour 37 rhinites simples sur 61, 93 rhinopharyngites sur 184, 49 rhinosinusites et rhinites purulentes sur 84. Nous avons éliminé 43 p. cent de nos observations ayant une enquête allergologique « à tests positifs », pour ne traiter finalement que 47 p. cent de ces cas, soit un peu moins d'un enfant sur deux.

Parmi les enfants ayant une enquête allergologique à tests négatifs, ce sont les manifestations cliniques d'aggravation (15 fois) ou d'amélioration (8 fois), après les tests qui ont été déterminantes. Les allergènes utilisés pour les injections d'essai ont été choisis en accord avec les données de l'interrogatoire. C'est la reproductibilité des réactions cliniques après les injections d'essai qui ont emporté la décision thérapeutique.

Allergènes utilisés

C'est un allergène isolé qui a été le plus fréquemment utilisé ; la poussière de maison vient en tête avec 115 observations ; viennent ensuite les extraits bactériens (37 fois), *Candida albicans* (10 fois), et les poils d'animaux (1 fois : chat).

L'association d'allergènes est plus rare ; c'est l'association poussières et extraits bactériens que l'on retrouve le plus souvent : 34 observations ; par contre l'association poussières et *Candida albicans* ne concerne que 2 cas ; enfin l'association poussières et poils d'animaux (chat, chien, bétail) a été utilisée chez 4 enfants.

Durée des traitements de désensibilisation

La durée des traitements de désensibilisation a été au minimum d'un an (et parfois moins) dans 102 observations ; de 1 à 2 ans dans 53 cas ; de 2 à 3 ans pour 38 enfants ; au-delà de 3 ans et jusqu'à 5 ans pour 10 observations complexes où l'on a utilisé des allergènes associés (poussières + bactéries, poussières + poils).

Traitements non spécifiques

Ils ont été décidés chez les 107 enfants éliminés après l'absence de réactions cliniques aux injections d'essai d'allergènes. Ces traitements non spécifiques sont de trois types : traitements dits « de terrain » (gammaglobulines), vaccinothérapie polyvalente par voie parentérale (vaccin Bruschetti) ou par voie locale, nasale et pharyngée (Sprémunan, Lantigen B, IRS 19) ; et enfin, éviction du foyer infectieux ORL.

RÉSULTATS DES TRAITEMENTS DE DÉSENSIBILISATION SPÉCIFIQUE

Résultats globaux

Ils ont été appréciés sur la normalisation de l'état rhinopharyngé, sur l'absence ou la nette diminution des récidives, sur l'abandon des thérapeutiques habituelles (antitussifs, antibiotiques, corticoïdes) et sur la normalisation de la vie scolaire et familiale. Les résultats globaux ont été *très bons* pour 99 enfants. Ils ont été *utiles* pour 60 enfants, c'est-à-dire que les poussées de rhinopharyngite ou de rhinite avec ou sans sinusite ont été moins fréquentes, mais ont cependant nécessité l'emploi de thérapeutiques classiques. Enfin, pour 44 enfants, les tentatives de désensibilisation spécifique se sont soldées par des *échecs* et ont motivé le recours à d'autres thérapeutiques non spécifiques.

Résultats dans chaque groupe

Classés respectivement en très bons, utiles et nuls, ces résultats sont résumés dans le tableau V.

Résultats en fonction de l'âge

C'est avec les enfants les plus jeunes que les résultats sont les plus satisfaisants. En effet, sur 99 très bons et 60 utiles, respectivement 76 et 46 concernent

TABLEAU V
RÉSULTATS PAR TABLEAU CLINIQUE

	TRÈS BONS	UTILES	ÉCHECS	TOTAL
Rhinites simples	34	16	11	61
Rhino- pharyngites	48	22	23	93
Rhino- sinusites Rhinites purulentes	17	22	10	49
Total	99	60	44	203

les enfants de moins de 7 ans. Nous avons cependant observé dans ce groupe 35 résultats nuls.

Résultats en fonction de l'allergène

163 enfants ont été désensibilisés avec des allergènes isolés, avec 87 très bons résultats, 46 utiles et 30 échecs. C'est surtout la poussière de maison qui a été utilisée avec respectivement les résultats suivants : 67, 32 et 16. L'utilisation des allergènes associés concernent 40 enfants avec 12 très bons, 14 utiles et 14 résultats nuls.

COMMENTAIRES

Critères à retenir pour le diagnostic : Les manifestations nasales de nature allergique, si elles peuvent se confondre avec les rhinopharyngites banales de la première enfance, ont cependant des caractères cliniques particuliers. Quatre critères dans leur apparition et leur évolution ont été retenus comme étant particulièrement évocateurs : la recrudescence saisonnière des accès, leur incidence climatique et géographique, la fréquence inhabituelle des récidives et surtout l'échec de toutes les thérapeutiques classiques, y compris et surtout des interventions ORL. Les données fournies par un interrogatoire minutieux et les examens complémentaires permettent de définir le « profil » de l'enfant atteint d'allergie de la muqueuse rhinopharyngée. Il s'agit le plus souvent d'un enfant de 4 à 5 ans, ayant au moins un ascendant allergique. Il a subi antérieurement une intervention sur le rhinopharynx n'ayant pas amélioré son état local, voire même l'ayant aggravé dans 1 cas sur 3. Les accès apparaissent dans la saison automno-hivernale et sont nettement influencés par les séjours dans les milieux urbains. Par contre, ils disparaissent presque « par enchantement » dès que l'enfant quitte la ville, même par temps pluvieux et froid. Les examens complémentaires permettent d'affirmer l'étiologie allergique grâce aux résultats du latex, qui sont de type atopique

TABLEAU VI
AGE ET RÉSULTATS DES INTERVENTIONS ORL (239 CAS)

AGE	moins de 1 an à 3 ans (118 cas)			4 à 7 ans (106 cas)			supérieur à 7 ans (15 cas)			Total (239 cas)		
RÉSULTATS	Succès (25 cas)	Échecs (72 cas)	Aggra- vations (21 cas)	Succès (25 cas)	Échecs (63 cas)	Aggra- vations (18 cas)	Succès (4 cas)	Échecs (7 cas)	Aggra- vations (4 cas)	Succès (54 cas)	Échecs (142 cas)	Aggra- vations (43 cas)
Végétations (118 cas)	14	47	10	9	30	4	1	2	1	24	79	15
Amygdales (19 cas)	3	3	2	2	5	1	1	1	1	6	9	4
Amygdales + végétations- (102 cas)	8	22	9	14	28	13	2	4	2	24	54	24

chez 4 enfants sur 5, tandis que l'éosinophilie nasale et l'éosinophilie sanguine révèlent des chiffres supérieurs à 5 p. cent dans un cas sur deux (certains atteignent les chiffres records de 33 p. cent dans le sang et 100 p. cent dans le nez). L'aspect de la muqueuse nasale est typiquement allergique dans un cas sur deux et la radiographie des sinus maxillaires confirme l'hyperplasie ou l'œdème de la muqueuse pour deux enfants sur trois.

L'âge des interventions rhinopharyngées est intéressant à étudier : pour la totalité des 239 interventions, il y a eu 118 enfants âgés de 11 mois à 3 ans ; 106 enfants âgés de 4 à 7 ans ; et 15 enfants âgés de 8 à 15 ans. L'adénoïdectomie prédomine chez 70 p. cent des enfants de moins de 3 ans, elle concerne 50 p. cent des interventions (118 sur 239). L'adénoïdectomie avec amygdalectomie est plus fréquente dans la tranche d'âge des 4 à 7 ans ; elle atteint 45 p. cent des enfants opérés (102 sur 239). Classé en succès (S), échecs (E) et aggravations (A), les résultats globaux des interventions ORL ont été respectivement de : 54 succès, 142 échecs et 43 aggravations (tableau VI).

Au total, 110 effets très favorables de la désensibilisation ont été dénombrés sur 159 observations, soit dans 70 p. cent des cas.

Les résultats des traitements non spécifiques sont moins spectaculaires.

L'évolution à long terme confirme ce que l'un de nous avait déjà étudié avec les toux spasmodiques qui débutent dans la même tranche d'âge que nos rhinites allergiques.

Dans notre série, sur les 203 enfants désensibilisés, l'évolution à long terme a été appréciée pour 106 d'entre eux :

— 75 sont définitivement guéris de leur manifestations nasales allergiques ;

— 1 seul cas d'asthme automno-hivernal a été enregistré ;

— pour 3 autres, des crises d'oppression passagère sont apparues à la suite de contacts avec des allergènes occasionnels (poils d'animaux) ;

— 16 enfants ont développé un rhume des foins typique avec asthme dans 1 cas ;

— enfin, 11 enfants présentent encore, mais à un degré moindre, des rhinopharyngites avec toux spasmodique intermittente, pour quelques cas.

Au total, 71 p. cent des enfants sont guéris, 13 p. cent sont très améliorés, 15 p. cent sont atteints de pollinose et 1 p. cent d'asthme. On peut se reprocher *a posteriori* de n'avoir pas recherché systématiquement une pollinose latente chez tous ces enfants, au cours de la désensibilisation spécifique.

Pour les toux spasmodiques, la précocité de la mise en route d'un traitement de désensibilisation avait coïncidé avec une évolution favorable, car 5 ans après la fin du traitement, un seul enfant sur 47 présentait un asthme (mais il avait des antécédents d'eczéma atopique). Tous les autres, guéris de leur toux spasmodique allergique, ne présentaient pas d'autres manifestations allergiques respiratoires.

CONCLUSION

Les premières manifestations respiratoires allergiques atteignent la plupart du temps les muqueuses des voies respiratoires supérieures. La mise en œuvre d'un traitement de désensibilisation spécifique permet de stopper l'évolution inexorable vers l'asthme majeur. C'est dire l'intérêt que représente l'étude allergologique de ce type de manifestations. De la précision du diagnostic clinique et allergologique, dépend la réussite du traitement. L'action bénéfique d'une telle thérapeutique a été obtenue chez trois enfants sur quatre. L'action prophylactique à long terme permet d'affirmer que, chez ces mêmes enfants, il n'y aura pas d'évolution vers l'asthme majeur, dont on connaît le fâcheux pronostic.