

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE ROLE DES PNEUMALLERGENES DANS L'ECZEMA DIATHESIQUE DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Par

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

La maladie allergique de l'enfant commence très souvent par l'eczéma diathésique dès les premiers mois de la vie pour se continuer dans la deuxième enfance par l'asthme ou par ses équivalents respiratoires. Ainsi, se réalise un véritable syndrome allergique « dermo-respiratoire » comme l'a bien décrit *Bret Ratner* en 1951.

Nous avons systématiquement testé tous nos eczémata diathésiques aux différents pneumallergènes. Nous rapportons 79 cas: 51 garçons et 28 filles.

Eczémas par sensibilisation aux pneumallergènes.

Age	Garçons	Filles	Total
< 3 ans	38	21	59
3 à 10 ans	10	7	17
10 à 13 ans	3	0	3
Total	51	28	79

Dans la majorité de nos observations, l'eczéma est apparu dans les premiers mois de la vie:

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

Avant 3 mois	38 observations
De 3 à 1 mois	20 observations
Après 12 mois	20 observations

La fréquence de la succession à l'eczéma du syndrome respiratoire asthmatique, ainsi que l'association eczéma et asthme n'est plus à démontrer. Dans nos 79 cas d'eczéma diathésique, 50 % d'entre eux (soit 39 enfants) ont présenté des manifestations respiratoires associées à leur eczéma. Dans une statistique plus élargie sur 1153 cas de syndrome allergique respiratoire de l'enfant, 385 ont eu de l'eczéma dans leurs antécédents. Pour Mme le Dr. P. Lecler de la Bourboule, sur 298 asthmatiques, 141 ont eu de l'eczéma du nourrisson, soit 55 % des cas.

Il semble donc y avoir un ordre chronologique dans l'apparition de la sensibilisation aux différents allergènes.

Nous nous sommes particulièrement attachés à l'étude de ce problème chez nos 78 eczémateux. Nous avons essayé de préciser le rôle joué par les pneumallergènes dans l'eczéma diathésique de l'enfant :

- 1° - par des arguments cliniques
- 2° - par des arguments allergologiques
- 3° - par des arguments thérapeutiques.

1° - *Arguments cliniques.*

Il existe un véritable parallélisme entre les deux syndromes allergiques cutané et respiratoire quant à leur mode d'apparition, leur évolution saisonnière, et leur association

a) *début hivernal ou estival des lésions eczémateuses caractérisées*

75 % soit 58 sur 79, ont débuté pendant le semestre d'hiver, de septembre à février, nous faisant suspecter le pneumallergène : poussière de maison,

6 cas ont débuté pendant le semestre d'été, de mars à septembre, nous faisant suspecter le rôle soit du pneumallergène Pollen des Graminées, soit d'une Moisissure.

b) *rythme saisonnier des poussées et des rechutes*

sédation parfois spectaculaire des lésions cutanées pendant le semestre d'été surtout lors des séjours à la mer ou à la montagne avec rechute dès le retour en automne dans le milieu habituel,

sur 79 cas, 41, soit 60 %, ont présenté cette sédation estivale (pour le pneumallergène poussière de maison),

au contraire, 6 cas ont une sédation hivernale (pour Pollen des Graminées et *Monilia Candida Albicans*).

c) *enfin association au syndrome cutané*: du syndrome respiratoire asthmatique ou de ses équivalents.

50 % des cas (39 sur 79) dont 27 cas d'asthme

12 cas d'équivalents mineurs: (toux spasmodique et rhinopathies allergiques).

2° — *Les arguments allergologiques* en faveur du rôle joué par les pneumallergènes dans l'eczéma diathésique du jeune enfant sont plus difficiles à mettre en évidence. La pratique des tests cutanés en intra-dermo réaction chez l'enfant de moins de 3 ans, se heurte à de grandes difficultés d'interprétation, soit par *excès* de réponse cutané, véritable dermographisme ininterprétable, soit par absence de réponse cutanée liée à une certaine inertie de la peau. La pratique des scratch tests est tout aussi ininterprétable, seuls les arguments cliniques prennent une grande valeur dans ces cas d'eczéma « non testable » chez les enfants de moins de 3 ans. Pour les enfants de « plus de 3 ans » les tests cutanés en intra-dermo réaction sont tous valables, et leurs résultats sont presque toujours en accord avec les données de la clinique.

Nous avons d'abord testé tous nos eczémas aux trophallergènes:

Dans les 59 cas de moins de 3 ans, 29 cas se sont révélés *non testables* aussi bien en intra-dermo réaction qu'en scratch test. Parmi les 30 cas restant, les tests ont été positifs dans les proportions suivantes:

18 fois pour l'albumine du blanc d'œuf
15 fois pour le lait de vache
13 fois pour la farine de blé
11 fois pour le poisson
10 fois pour les fruits du type orange
6 fois pour la viande de porc
3 fois pour les légumes verts (épinards, tomates).

Parmi les associations de trophallergènes, la plus fréquemment retrouvée est l'association blanc d'œuf, lait, farine, poisson (12 fois sur 30 cas testés).

Pour les 20 cas de plus de 3 ans, nous avons retrouvé :

le blanc d'œuf	10 fois
le chocolat	8 fois
les viandes du type porc et cheval	7 fois
le lait de vache	6 fois
la farine de blé	6 fois
le poisson	5 fois
les fruits (orange)	5 fois
les légumes verts (épinards, tomates)	3 fois

L'association la plus fréquemment retrouvée étant : blanc d'œuf, chocolat, cheval (7 fois sur 20 cas).

Pour certains auteurs, les allergènes alimentaires jouent un grand rôle dans l'eczéma diathésique de l'enfant. La fréquence des tests positifs aux différents aliments semble être particulièrement nette chez les enfants de moins de trois ans. Nous pensons que ces tests alimentaires positifs sont d'une valeur toute relative. La suppression des aliments « nocifs » ou « sensibilisants » retrouvés par les tests n'a, en aucun cas, transformé l'évolution des lésions eczémateuses, et ceci avec les régimes les plus stricts. Sur nos 79 eczémateux 1 seul cas a été transformé par le régime alimentaire. Il s'agit d'un enfant de 13 ans, extrêmement sensibilisé à la farine de blé. La suppression totale de ce trophallergène a pratiquement guéri cet enfant de son eczéma particulièrement chronique. Chez lui, deux rechutes ont été provoquées par deux repas riches en pain et en gâteaux.

Ainsi donc, pour nous, les trophallergènes ne sont pas les seuls responsables de la chronicité de l'eczéma diathésique de l'enfant. Aussi avons-nous testé nos 79 eczémateux aux *différents pneumallergènes*.

1° — Chez les 59 enfants de moins de trois ans, 25 cas n'ont pu être interprétés, leur peau *n'étant pas « testable »*.

Sur les 34 cas restants; nous avons retrouvé:

la poussière de maison	30 fois
les plumes et duvet	10 fois
la laine de mouton	10 fois
les poils d'animaux (chat, cheval)	5 fois
le poil de bétail	1 fois
le pollen des graminées	1 fois

L'association de pneumallergène la plus fréquemment retrouvée était:

poussière et plumes	10 fois
poussière et laine	8 fois
poussière et poils d'animaux (chat, bétail) ...	2 fois

Chez certains nourrissons, les tests aux pneumallergènes ont provoqué des réactions cliniques de grande valeur:

soit en provoquant une aggravation considérable de l'eczéma avec généralisation et prurit féroce,

soit en déclenchant à la fois une grande crise d'asthme et une grande poussée d'eczéma et de prurit,

soit en provoquant chez un enfant de moins de 2 ans, un véritable « shock » déclenchant la première crise d'asthme nécessitant l'oxygénothérapie, avec parallèlement sédation spectaculaire de l'eczéma jusque là généralisé, qui pâlit et s'assèche en 24 heures sans prurit.

2° — Chez les 20 enfants de plus de 3 ans, nous avons retrouvé:

la poussière de maison	20 fois
les plumes et duvet	15 fois
la laine de mouton	10 fois

les poils de chat	2 fois
les squames de cheval	2 fois
le pollen des graminées	1 fois

Dans l'ensemble sur nos 79 cas d'eczéma diathésique, nous avons donc retrouvé :

la poussière de maison	50 fois
les plumes et duvet	25 fois
la laine	20 fois
les poils d'animaux	fois
le pollen des graminées	2 fois

L'association pneumallergène et trophallergène s'est retrouvée :

26 fois chez les moins de 3 ans
8 fois chez les plus de 3 ans.

La plus fréquente était : poussières, lait, œuf, poisson, farine, chocolat (14 fois).

Dans certains cas d'eczéma particulièrement chronique et sans rythme saisonnier nettement délimité, nous avons pu mettre en évidence le rôle joué par la moisissure du type *Monilia Candida Albicans* (dans 6 cas).

3° – *Des arguments thérapeutiques* ont achevé de nous convaincre du rôle certain joué par les pneumallergènes dans l'eczéma diathésique du jeune enfant. Pour nos 25 cas « non testables », des arguments cliniques en faveur du rôle des pneumallergènes (rythme saisonnier, rechute hivernale, sédation à la mer ou : la montagne) nous ont conduit à pratiquer des injections de pneumallergènes. Ces injections nous ont souvent apporté une preuve indubitable en faveur du rôle joué par le pneumallergène dans l'eczéma diathésique du jeune enfant, soit en provoquant une poussée d'eczéma, soit en aggravant à la fois la lésion cutanée et le prurit, soit en généralisant un eczéma jusque là localisé, soit au contraire en apportant une sédation des lésions cutanées et du prurit, soit enfin en stoppant l'évolution chronique des lésions.

Nous avons entrepris la *désensibilisation spécifique au pneumallergène* en cause (poussière de maison surtout). Cette désensibilisation a été pratiquée selon la technique de Rinkel par injections sous-cutanées d'allergène.

En accord avec la plupart des auteurs, nous avons constaté l'extrême sensibilité de ces enfants eczémateux vis à vis de leur pneumallergène. Une très faible dose d'allergène ($1/10^{\circ}$ de cm^3) suffit parfois pour aggraver considérablement les lésions cutanées. Les concentrations d'allergènes sont infiniment plus faibles que celles employées dans la désensibilisation des syndrômes respiratoires. Elles sont environ de l'ordre de $1/30.000.000$. Les doses sont variables selon les cas: elles oscillent entre $1/10^{\circ}$, $1/4$, $1/3$ ou $1/2$ cc d'allergène. Le choix de la dose et de la concentration d'allergène est recherché par tâtonnement. Il est indispensable de tenir compte des réactions cliniques survenues dans les 24 à 48 heures après l'injection: aggravation ou sédation des lésions cutanées et du prurit.

Le *rythme* de répétition des injections est variable: l'intervalle entre deux injections allant de 5 jours à 8 jours selon les cas.

Désensibilisation.

Age	Pous- sières	Pous- sières + Plumes	Pous- sières + Plumes + Laine	Pous- sières + Bétail	Pous- sières + Monilia Candida Albi- cans	Monilia Candida Albi- cans	Pous- sières + Pollen des Grami- nées
< 3 ans (40 cas) ...	27	8	1	1	1	1	1
> 3 ans (16 cas) ...	10	3	1	0	1	0	1
Total (56 cas)	37	11	2	1	2	1	2

La durée du traitement de désensibilisation oscille entre quelques semaines, quelques mois, avec au maximum une à deux années pour quelques cas particulièrement graves. Dans la plupart des cas, le rythme des injections est suspendu pendant la période des vacances surtout si l'enfant est spontanément amélioré à la mer ou à la montagne. Par contre, dans

certains cas rebelles tout arrêt du traitement de désensibilisation provoque une reprise des lésions eczémateuses et du prurit.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Tous nos eczémateux désensibilisés ont subi un traitement local classique basé essentiellement sur l'application de préparations à l'oxyde de zinc ou au goudron ou de pommade à l'hydrocortisone à 2,5 %, et en cas de poussées infectieuses, des désinfections locales à base d'Hexomédine, de Néomycine, de bains de permanganate de Potasse, avec applications de colorants du type éosine ou solution de Milian.

Ainsi ce traitement local, joint à la désensibilisation spécifique nous a donné les résultats suivants :

Désensibilisation de 56 cas: Résultats.

Age	Total	Succès	Amélioration	échecs
< 3 ans	40	10	18	12
> 3 ans	16	9	3	4
Total	56	19	21	16

Pour les 10 « succès », les lésions se sont atténuées progressivement et ont presque disparu. Il ne persiste que des traces de *lichénification* avec absence *complète* de prurit et de *poussée*.

Pour les 18 *améliorations*, l'eczéma, jusque là *généralisé*, s'est localisé aux endroits dits atopiques : genoux, coudes, poignets, visage. Le suintement a diminué, le prurit également. Ces enfants ont donc été « améliorés » leur eczéma est devenu compatible avec une vie normale, mais les lésions ont persisté avec des poussées aggravantes.

Dans deux cas particulièrement graves d'eczéma généralisé chez deux enfants âgés de 2 ans et chez lesquels la corticothérapie était devenue permanente, la désensibilisation nous a permis l'arrêt du cortancyl avec guérison progressive de l'ec-

zéma, qui jusque là avait été rebelle à toutes les thérapeutiques. Chez un grand garçon de 10 ans, l'eczéma diathésique rechutait tous les hivers au niveau des parties découvertes: visage, genoux, mains. Il a suffi de quelques injections de poussières pour juguler cet eczéma récidivant lié à la forte densité de l'atmosphère en pneumallergènes.

EN CONCLUSION

Nous avons voulu montrer dans ce travail, le rôle joué par les pneumallergènes dans 79 observations d'eczéma diathésique du nourrisson et de l'enfant. Ce rôle nous a semblé être plus important que celui joué par les trophallergènes, et ceci, en dépit de la fréquence plus grande des tests positifs retrouvés aux principaux aliments chez le jeune enfant. Le traitement de désensibilisation spécifique aux pneumallergènes en cause (poussières essentiellement) nous a donné des résultats très encourageants, et nous estimons qu'il mérite d'être entrepris, même dans les cas les plus rebelles à toute thérapeutique habituelle.

RESUME

La maladie allergique de l'enfant commence très souvent par l'eczéma diathésique dès les premiers mois de la vie, pour se continuer dans la deuxième enfance par l'asthme ou ses équivalents. Ainsi se réalise un véritable syndrome allergique dermo-respiratoire. C'est dans cet état d'esprit que nous avons testé systématiquement tous nos eczémas diathésiques aux pneumallergènes. Nous rapportons 79 observations dont les 2/3 concernent des enfants moins de trois ans.

Des *arguments cliniques* nous ont fait suspecter et rechercher le rôle des pneumallergènes :

début de l'eczéma pendant les mois d'hiver (90 % des cas),
disparition presque totale de l'eczéma pendant les séjours d'été en altitude ou au bord de la mer (75 % des cas),

association à l'eczéma de manifestations respiratoires (asthme ou équivalents) dans 30 % des cas.

Des *arguments allergologiques*, bien qu'ils soient d'interprétation plus délicate, ont souvent confirmé cette hypothèse. Tous les enfants ont été testés aux pneumallergènes habituels : poussières, plumes, laine, pollens et pour certains, poils d'animaux. Dans les 2/3 des cas, les tests ont été impossibles à interpréter mais, en raison des arguments cliniques, tous ces enfants ont été désensibilisés aux pneumallergènes (essentiellement poussière, environ 90 % des cas).

Si certaines de nos tentatives ont été des échecs, par contre, chez de nombreux enfants, les injections de poussière ont entraîné, soit une aggravation, soit une amélioration qui nous ont paru, l'une comme l'autre, un argument important en faveur du rôle pathogène des pneumallergènes dans l'eczéma diathésique du nourrisson et de l'enfant.

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.