



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2014) xxx-xxx

Quand faire le bilan allergologique dans la rhinite de l'enfant ?

When should an allergy workup be done in children with rhinitis?

A. Juchet^{*}, A. Chabbert

Unité de pneumo-allergologie pédiatrique, hôpital des Enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse cedex 9, France

Résumé

La rhinite allergique est fréquente chez l'enfant et peut altérer sa qualité de vie. L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'orienter vers l'origine allergique de la rhinite. Le traitement antihistaminique est mis en place en première intention. Le bilan sera réalisé lorsque la rhinite résiste au traitement ou récidive à l'arrêt. Il sera également réalisé devant toute rhinite sévère et/ou persistante et/ou associée à des signes cliniques d'asthme.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhinite allergique ; Qualité de vie ; Sévérité et persistance ; Asthme associé ; Bilan allergologique

Abstract

Allergic rhinitis is frequent in children and can alter a child's quality of life. A history and clinical examination can provide clues to the allergic origin of the rhinitis. Prescription of an antihistamine is the first step in the treatment of allergic rhinitis. Re-evaluation should be done if the rhinitis resists the treatment or recurs later on. It should also be done when the rhinitis is severe and/or persistent and when associated with clinical signs of asthma.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Rhinitis; Children; Allergic rhinitis; Asthma; Diagnosis; Therapy

1. Introduction

La rhinite allergique (RA) est fréquente chez l'enfant et l'adolescent. La rhinite perannuelle affecte entre 1,8 % des enfants et 4,5 % des adolescents et la rhinite saisonnière touche 6 à 9 % des enfants et 11 à 16,7 % des adolescents [1].

La qualité de vie des enfants atteints de rhinite allergique est souvent altérée et la rhinite peut retentir sur le sommeil de l'enfant et donc sur les performances scolaires et plus tard universitaires [2].

Enfin, il existe une intrication importante entre la rhinite et l'asthme puisque 20 à 30 % des sujets atteints de RA ont un asthme et que 60 à 80 % des asthmatiques ont une RA [3,4].

Pour toutes ces raisons, il est important de faire le diagnostic de la RA de façon précoce chez l'enfant. Cela permettra de mettre en place des mesures d'environnement adaptées et de

proposer éventuellement assez précocement une désensibilisation spécifique, qui aura l'avantage de diminuer le risque d'apparition d'autres allergies et de diminuer le risque d'apparition d'un asthme ultérieur [5].

2. Anamnèse évocatrice de RA à l'interrogatoire

L'anamnèse peut orienter fortement vers une étiologie allergique de la rhinite. L'interrogatoire va rechercher les éléments suivants :

- antécédents familiaux d'atopie au premier degré chez les parents ou dans la fratrie ;
- antécédents personnel d'eczéma dans la petite enfance ;
- association à des signes d'asthme ou d'équivalent d'asthme (toux sèche nocturne, toux à l'effort, sifflements respiratoires) ;
- association à des signes oculaires (prurit oculaire, rougeur, larmoiement) ;
- existence de facteurs déclenchant faisant évoquer une allergie (contact avec la poussière, les animaux, l'humidité, les

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : agnesjuchet@yahoo.fr (A. Juchet).

pollens...): c'est la notion d'« unité de temps et de lieu » qui est fortement évocatrice...

- efficacité de traitements anti-allergiques donnés précédemment ;
- l'absence d'amélioration après l'adénoïdectomie éventuelle ;
- la persistance de la rhinite après l'âge de 4 à 5 ans ;
- l'absence de signes faisant évoquer une origine infectieuse (survenue essentiellement hivernale, disparition pendant l'été et les vacances scolaires, caractère purulent des sécrétions, association à de la fièvre).

3. Signes cliniques évocateurs de RA à l'examen clinique

L'examen clinique peut également orienter vers l'origine allergique de la rhinite. Le médecin va s'attacher à trouver les signes suivants :

- peau sèche ;
- double pli sous-palpébral (signe de Dennie Morgan) ;
- signe du « salut de l'allergique » lié au prurit nasal ;
- rhinorrhée claire bilatérale ;
- aspect classique « liliacé » de la muqueuse... qui paraît néanmoins peu spécifique ;
- obstruction nasale importante bilatérale (« il ne sait pas se moucher », d'après les parents...), respiration buccale responsable d'une sécheresse buccale, d'une mauvaise haleine au réveil et parfois de troubles du sommeil, de fatigue au réveil, de troubles de la concentration à l'école.

4. Évaluation de la sévérité de la RA : la classification ARIA

Pour évaluer sa fréquence et sévérité, il est possible de se reporter à la classification ARIA [5] ou à sa classification adaptée par le groupe de travail de la Société française d'allergologie [6] qui sont très proches.

Une rhinite persistante est une rhinite qui dure plus de 4 semaines consécutives par an. La rhinite est dite intermittente lorsqu'elle dure moins de 4 semaines par an.

Une rhinite sévère est une rhinite retentissant sur la qualité de vie de l'enfant. Ce retentissement peut être lié à un sommeil perturbé et/ou à des activités scolaires perturbées et/ou à des activités sociales et de loisirs perturbées et/ou à des symptômes gênants... Lorsque la rhinite ne retentit pas sur la qualité de vie de l'enfant, elle est dite légère.

On explorera les rhinites persistantes sévères, d'autant plus qu'elles résistent à un traitement médical bien conduit...

En général, les symptômes gênent plus les parents ou l'institutrice, qui n'en peuvent plus d'entendre cet enfant renifler ou éternuer, alors que celui-ci s'est parfaitement habitué à ne plus respirer qu'avec la bouche...

5. À quel moment faire le bilan ?

Le médecin, en général non allergologue, qui va recevoir en premier lieu l'enfant, ne va pas se précipiter sur un bilan. Devant une forte suspicion de RA, il va d'abord, dans un premier temps, mettre en place un traitement antihistaminique de

dernière génération per os. Il pourra y associer, si l'obstruction nasale est importante, un traitement par corticoïdes par voie nasale.

Il pourra aussi éventuellement demander un bilan sanguin de dépistage avec un test de type Phadiatop dont la sensibilité et la spécificité sont supérieures à 80–90 % [6].

Le bilan allergologique ne sera réalisé qu'en cas d'échec du traitement médical bien conduit ou en cas de récurrence systématique à l'arrêt du traitement.

Il sera réalisé de toutes façons en cas de rhinite persistante sévère selon la classification ARIA et lorsqu'il existe un asthme associé à la rhinite.

Il est alors bien entendu indiqué d'envoyer l'enfant à un allergologue qui pratiquera des tests cutanés, à distance de la prise d'antihistaminiques. Chez l'enfant de plus de 3 ans, il est recommandé [7] de tester les allergènes domestiques (acariens, chat, chien, moisissures), les pollens d'arbres (selon la région : bouleau, frêne, olivier, cyprès), les pollens de graminées et d'herbacées (armoise, ambroisie, plantain). Chez l'enfant plus jeune (< 3 ans) et selon l'anamnèse, il peut être intéressant de tester certains trophallergènes (lait de vache, œuf, arachide, soja, morue, noisette).

6. Conclusion

La rhinite allergique est fréquente chez l'enfant. Elle peut avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie et sur la scolarité. L'interrogatoire et l'examen clinique peuvent facilement orienter le diagnostic. Le traitement antihistaminique per os est le traitement de première intention. En cas de rhinite persistant sous traitement, ou récidivant à l'arrêt du traitement, ou de rhinite d'emblée sévère, ou d'association rhinite et asthme, il est indispensable de réaliser un bilan allergologique dont le but est de réaliser une éviction ciblée et de mettre éventuellement en place une immunothérapie spécifique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Charpin D. Épidémiologie des maladies respiratoires : données actuelles. *Rev Mal Resp* 2000;17:139–58.
- [2] Bousquet J. Severity and impairment of allergic rhinitis in patients consulting in primary care. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:158–62.
- [3] Bousquet J. Characteristics of intermittent and persistent allergic rhinitis. DREAMS study group. *Clin Exp Allergy* 2005;35:728–32.
- [4] Abou Taam R, de Blic J, Scheinmann P. Rhinite allergique chez l'enfant. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2008;48:394–8.
- [5] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *Allergy* 2008;63:S8–160.
- [6] Braun JJ, Devillier P, Wallaert B, Rance F, Jankovski R, Acquaviva JL, et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique (épidémiologie et physiopathologie exclues). *Rev Mal Resp* 2010;27:S79–105.
- [7] Tillie-Leblond I, Godard P. Conférence d'experts de la Société française de pneumologie de langue française (SPLF) sur asthme et allergie. *Rev Mal Respir* 2007;24:221–2.