

Pathologie ORL de l'enfant : quand penser à l'allergie ?

Childhood ENT disease: when should allergies be suggested?

F. Venail, C. Blanchet, M. Mondain*

Service ORL, CHU Montpellier, 34295 Montpellier cedex 5, France

Résumé

La rhinite allergique du grand enfant pose peu de problèmes diagnostiques. En dehors de ce cadre typique, la pathologie inflammatoire ORL de l'enfant est très fréquente et de nombreux facteurs de risque coexistent chez un même enfant. L'allergie est un des facteurs d'entretien des pathologies ORL de l'enfant qui doit être systématiquement évoquée face une pathologie rhinosinusienne chronique de l'enfant, face à une otite séro-muqueuse d'évolution prolongée, et face à certaines pathologies laryngées de l'enfant. La difficulté est de déterminer la pondération du facteur allergique dans l'entretien ou la genèse de la pathologie de l'enfant parmi l'ensemble des facteurs causaux possibles afin de proposer la prise en charge la plus bénéfique pour l'enfant. La collaboration allergologues, ORL, pédiatres est importante pour optimiser cette démarche.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The diagnosis of a rhinitis in children older than 7 years is usually easy. The task is more difficult in younger children with ENT inflammatory diseases since a lot of risk factors may coexist. Allergy should be suspected in cases of chronic rhinosinusitis, in cases of persistent chronic otitis media and in cases of recurrent croup or persistent vocal fold nodules. The challenge is to clearly identify the role of allergy among numerous others parameters (as GERD, smoking exposure, adenoid hypertrophy for example). Collaboration between ENT, allergists and pediatricians is helpful in order to determine the best treatment to be proposed to the child.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhinite allergique ; Enfant ; Rhinosinusite chronique ; Otite chronique ; Laryngites à répétition ; Nodules des cordes vocales persistants

Keywords: Allergic rhinitis; Children; Chronic rhinosinusitis; Chronic otitis media; Recurrent croup; Persistent vocal fold nodules

1. Introduction

En dehors de la rhinite allergique, l'allergie est souvent un cofacteur dans la genèse ou dans l'entretien de pathologie ORL de l'enfant. Le problème du praticien est de penser à l'allergie face à certaines situations et de pondérer le rôle du facteur allergique par rapport aux autres facteurs étiologiques pour chaque patient [1], afin de proposer un traitement avec le meilleur rapport bénéfices/risques.

2. La pathologie rhinosinusienne du grand enfant

La présentation de la rhinite allergique chez le grand enfant (plus de 7 ans) est similaire à la présentation de l'adulte

avec le trépied classique obstruction nasale bilatérale ou à bascule, perannuelle ou périodique, avec rhinorrhée claire aqueuse bilatérale et crises d'éternuements. Le prurit palatin et l'atteinte conjonctivale sont facilement identifiables. Seule l'importance de l'obstruction nasale peut être difficile à apprécier par l'enfant ou ses parents ; l'obstruction est souvent confondue avec le besoin de mouchage, et il faut savoir interroger les parents sur la qualité du sommeil de l'enfant (ronflement nocturne, respiration bouche ouverte, difficultés respiratoires nocturnes) [2].

L'examen clinique ORL repose essentiellement sur l'endoscopie des fosses nasales réalisée le plus souvent sans problème à cet âge. Cette endoscopie permet de faire la part de l'allergie dans la symptomatologie de l'enfant : rôle de l'hypertrophie turbinale inférieure, de l'hypertrophie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michel.mondain@free.fr

éventuelle de végétations adénoïdes, et des déformations architecturales (déviation septale, anomalie des cloisons intersinuso nasales, concha bullosa) dans l'obstruction nasale de l'enfant ; part respective de l'hypertrophie des végétations adénoïdes ou de l'infection sinusienne dans l'inflammation des fosses nasales. L'endoscopie permet aussi de redresser un diagnostic car il peut coexister une allergie et un polype de Killian ou une tumeur du cavum. Les observations d'enfants traités pour rhinite allergique avec retard de diagnostic d'une tumeur du cavum sont classiques ! Enfin, l'ORL expertise toute la sphère ORL ce qui permet la prise en charge de pathologies spécifiques (complications tympaniques d'une otite séro-muqueuse par exemple (OSM)).

Le diagnostic étiologique est alors classique avec enquête et bilan allergologique et traitement adapté. Il faut simplement garder à l'esprit qu'une partie de l'inflammation nasale peut être de cause non allergique. Si la part génétique n'a pas d'incidence sur la prise en charge, il n'en est pas de même pour l'hypertrophie des végétations adénoïdes qui peuvent constituer un réservoir infectieux pro-inflammatoire ou gêner la circulation aérienne ou le mouchage : leur ablation doit être facile. Si on trouve un parallélisme entre volume des végétations et obstruction choanale, il n'y a pas de parallélisme entre le volume des végétations adénoïdes et leur caractère infecté.

Concernant la prise en charge de l'obstruction nasale, la prise en charge allergologique associée ou non à une adénoïdectomie sont le plus souvent efficaces. Plus rarement, l'obstruction nasale ne peut être contrôlée que par un geste de réduction turbinal (turbinectomie partielle ou radiofréquence turbinaire ou cautérisation de cornets).

3. La pathologie rhinosinusienne du jeune enfant

La situation du jeune enfant est plus complexe. L'enfant est en pleine maladie d'adaptation : rappelons qu'il s'agit d'une période d'apprentissage immunitaire durant entre 6 mois et 5 ans de vie où l'enfant va développer son immunité anti-infectieuse, avec des infections qui sont prolongées (absence de mémoire immunitaire permettant une réponse rapide) et qui entraînent une hypertrophie des végétations adénoïdes par stimulation antigénique. Cette hypertrophie va être la première cause des obstructions nasales de l'enfant. L'obstruction est d'autant plus marquée que les fosses nasales et le cavum sont de petite taille. L'absence de mouchage efficace chez l'enfant va entraîner une stagnation des sécrétions au contact de la muqueuse nasale avec œdème inflammatoire de la muqueuse.

À ce tableau commun à une grande partie des enfants, viennent s'ajouter des facteurs aggravants [3] : tabagisme passif, pollution atmosphérique, pollution domestique, sucette, allaitement maternel de courte durée, fréquentation de la collectivité, absence d'hygiène nasale, reflux gastro-œsophagien, facteurs génétiques, et enfin l'inflammation d'origine allergique.

Penser à l'allergie est assez simple : on recherche une périodicité (rarement présente en dehors des beaux jours), des facteurs évoquant un terrain atopique (antécédents familiaux chez les parents ou dans la fratrie de manifestations allergiques, antécédents personnels d'eczéma du nourrisson), plus rarement un début des manifestations cliniques avec l'introduction du lait de vache ou d'un autre aliment [4]. Prouver le rôle de l'allergie peut être un peu plus difficile : la positivité des tests est d'une grande valeur, mais la négativité des tests ne permet pas toujours de trancher en fonction de l'âge de l'enfant ; les tests de dépistage demandent souvent une confirmation (moins de 1 an : IgE ; plus de 12 mois : Fx5[®] ou Trophatop[®] ; plus de 18 mois : Fx5[®] ou Trophatop[®] + Phadiatop[®] ; plus de 3 ans : Phadiatop[®] seul). Rappelons qu'un test positif doit toujours être relié à un contexte clinique. Mais le plus difficile reste de déterminer la pondération du facteur allergique dans la myriade des facteurs de risque présents [5] (Fig. 1).

Seule l'approche thérapeutique permet de répondre à cette dernière question. La disparition complète des signes sous traitement adapté n'est pas la situation la plus fréquente. Généralement, c'est la conjonction adénoïdectomie, hygiène nasale, prévention du tabagisme passif, retrait de la collectivité qui permet le contrôle de la pathologie dans un grand nombre de cas. En cas d'échec ou en cas de participation allergique évidente (importance du terrain allergique ou périodicité), la prise en charge allergologique prend tout son intérêt.

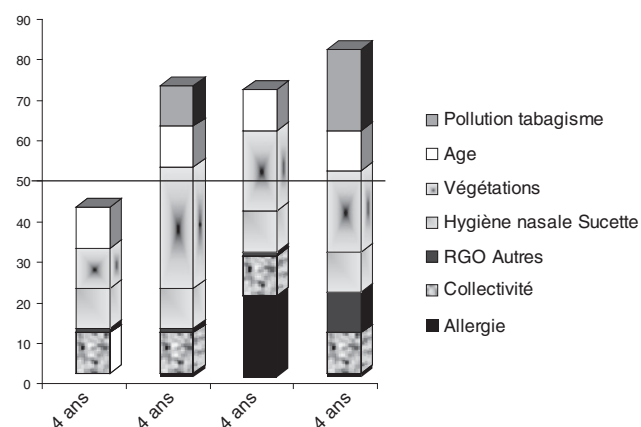


Fig. 1. Exemples de quatre présentations cliniques. Tous ces enfants ont quatre ans et ils ont plusieurs facteurs de risque différents (tous les facteurs ne sont pas répertoriés, en particulier le facteur génétique). La barre des 50 % représente le cumul de facteurs de risque qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie. L'enfant 2 tirera un bénéfice d'une adénoïdectomie, l'enfant 3 aura un bénéfice de la prise en charge de son allergie et d'une adénoïdectomie, l'enfant 4 aura un bénéfice d'une prise en charge de son reflux gastro-œsophagien (RGO) et d'une éviction de la pollution, en particulier du tabagisme passif.

4. La pathologie otologique

L'otite séro-muqueuse (OSM) est une pathologie inflammatoire très fréquente de l'enfant entre 2 et 6 ans. Beaucoup de mécanismes physiopathologiques sont proposés ; cependant, chez le jeune enfant, l'infection obligatoire du rhinopharynx va se propager dans l'oreille moyenne par une trompe d'Eustache plus courte et plus horizontale en raison du jeune âge de l'enfant. L'oreille moyenne est contaminée en permanence par des particules infectieuses qui vont générer une réaction inflammatoire, qui va elle-même entraîner une métaplasie des glandes entraînant la sécrétion rétro-tympanique et une vasodilatation qui va augmenter la réabsorption gazeuse au niveau de la muqueuse de l'oreille moyenne engendrant la dépression endotympanique.

Ce mécanisme qui explique une grande partie des OSM de l'enfant ne doit pas faire oublier que l'on peut reproduire une OSM par sensibilisation chez l'animal ou chez l'homme. Les études épidémiologiques évaluant le rôle de l'allergie dans la genèse de l'OSM chez l'enfant ont souvent des biais de recrutement et ne plaident pas pour un rôle prépondérant de l'allergie dans le déterminisme de l'OSM [6,7]. Par contre des arguments physiopathologiques et épidémiologiques plaident pour une aggravation ou un entretien de l'OSM par une allergie.

Il faut donc rechercher l'implication d'une allergie chaque fois que le terrain allergique est très évocateur (rôle dans l'aggravation de l'OSM) ou que l'OSM persiste malgré un traitement bien conduit, en particulier au-delà de l'âge de 7 ans. Toutefois, la prise en charge de l'allergie ne permettra pas toujours de guérir l'OSM, car d'autres facteurs ont pu pérenniser l'affection. D'ailleurs, peu d'études font état d'une guérison de l'OSM par anti-histaminiques (généralement pour des raisons de biais méthodologiques) [8].

5. La pathologie laryngée

Chez l'adulte et chez l'enfant, les participations laryngées lors des anaphylaxies sont bien connues. Chez l'enfant, l'allergie peut être évoquée face à la répétition de laryngites aiguës chez le nourrisson [9]. Toutefois, l'équipe de Ph. Narcy a bien montré que l'existence d'un reflux gastro-œsophagien est la première cause de laryngites sous-glottiques aiguës à répétition [10]. Il faut donc proposer chez ces enfants un examen ORL permettant d'éliminer une cause locale, un bilan allergologique et surtout la recherche d'une RGO par la réalisation d'une pHmétrie.

Chez l'enfant, l'allergie peut être évoquée dans l'entretien d'une dysphonie par laryngopathie dysfonctionnelle. La grande majorité des dysphonies de l'enfant sont du à une laryngopathie dysfonctionnelle, c'est-à-dire une mauvaise utilisation de la colonne d'air expiré pour faire vibrer les cordes vocales (asynchronisme, hypotonie des cordes vocales, fuite sur nodules des cordes vocales). L'allergie peut intervenir par deux mécanismes : création d'un œdème aller-

gique des cordes vocales réduisant l'efficacité du vibreur vocal d'où le forçage vocal, ou par œdème inflammatoire des cordes vocales satellite d'une allergie rhinosinusienne. La recherche d'une allergie est systématique à l'interrogatoire suivie d'une exploration allergologique structurée. Cependant, le forçage vocal est plurifactoriel (âge, surdité, facteurs psychologiques, facteurs sociaux ou familiaux) et l'allergie est un facteur additif et rarement le facteur causal. Une étude retrouve une moins bonne récupération chez les jeunes filles allergiques [11]. La prise en charge de l'allergie fait donc partie d'une prise en charge beaucoup plus globale et il faut rappeler le très bon pronostic évolutif de ce type de pathologie, puisque plus de 95 % des enfants ne sont plus dysphoniques après l'âge de 12 ans.

6. Conclusion

L'allergie est souvent un facteur d'entretien des pathologies ORL de l'enfant. Elle doit être systématiquement évoquée. La difficulté est de déterminer la pondération du facteur allergique dans l'entretien ou la genèse de la pathologie de l'enfant parmi l'ensemble des facteurs causaux possibles afin de proposer la prise en charge la plus bénéfique pour l'enfant. La collaboration allergologues, ORL, pédiatres est importante pour optimiser cette démarche.

Références

- [1] Leo G, Piacentini E, Incorvaia C, Consonni D, Frati F. Chronic rhinosinusitis and allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2007;18(Suppl 18): 19-21.
- [2] Marshall NS, Almqvist C, Grunstein RR, Marks GB. Predictors for snoring in children with rhinitis at age 5. *Pediatr Pulmonol* 2007;42:584-91.
- [3] Reinert P, Stagnara J, Roy P, Mallet E, Gaudelus J. Recurrent upper respiratory tract infections and otitis in children. *Rev Prat* 2007;57:1767-73.
- [4] Malik V, Ghosh S, Woolford TJ. Rhinitis due to food allergies: fact or fiction? *J Laryngol Otol* 2007;121:526-9.
- [5] Suvilehto J, Seppänen M, Notkola IL, Antikainen M, Malmberg H, Meri S, et al. Association of allergy, asthma and IgE sensitisation to adenoidectomy and infections in children. *Rhinology* 2007;45: 286-91.
- [6] Alles R, Parikh A, Hawk L, Darby Y, Romero JN, Scadding G. The prevalence of atopic disorders in children with chronic otitis media with effusion. *Pediatr Allergy Immunol* 2001;12:102-6.
- [7] Caffarelli C, Savini E, Giordano S, Gianlupi G, Cavagni G. Atopy in children with otitis media with effusion. *Clin Exp Allergy* 1998;28:591-6.
- [8] Suzuki M, Kawauchi H, Mogi G. Clinical efficacy of an antiallergic drug on otitis media with effusion in association with allergic rhinitis. *Auris Nasus Larynx* 1999;26:123-9.
- [9] Van Bever HP, Wieringa MH, Weyler JJ, Nelen VJ, Fortuin M, Vermeire PA. Croup and recurrent croup: their association with asthma and allergy. An epidemiological study on 5-8-year-old children. *Eur J Pediatr* 1999;158:253-7.
- [10] Contencin P, Maurage C, Ployet MJ, Seid AB, Sinaasappel M. Gastroesophageal reflux and ENT disorders in childhood. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995;32(Suppl):S135-44.
- [11] De Bodt MS, Ketelslagers K, Peeters Tet al. Evolution of vocal fold nodules from childhood to adolescence. *J Voice* 2007;21:151-6.