



TCHAAAH!

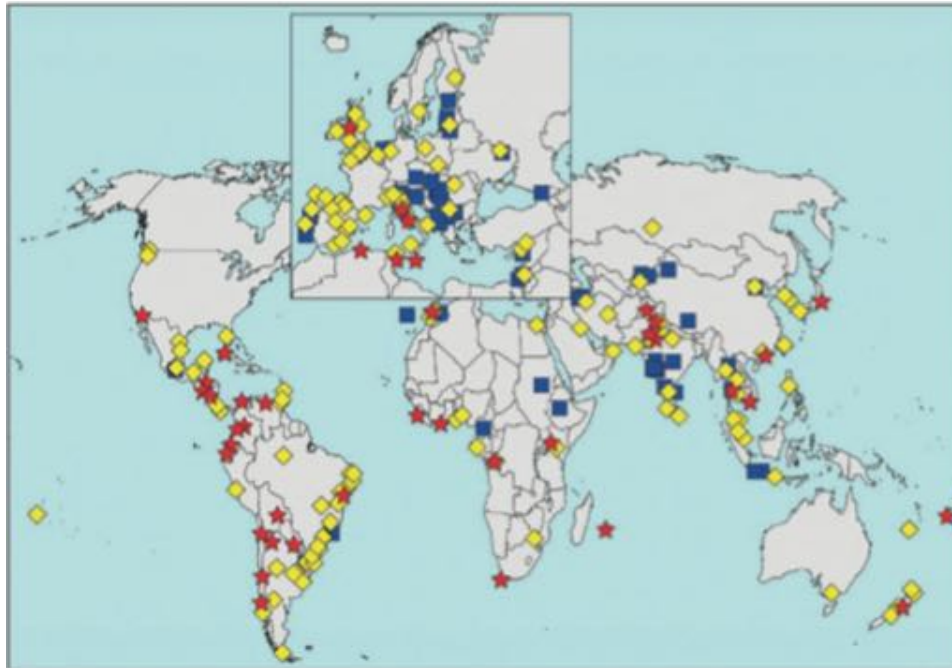
Prise en charge de la Rhinite allergique chez l'enfant

Jacques de BLIC
Hôpital Necker Enfants Malades
PARIS

Prise en charge de la RA chez l'enfant

- Un problème croissant
- Diagnostic de la Rhinite Allergique
- Classification
- Rhinite Allergique et Asthme
- Prise en charge
 - Environnement
 - Médicamenteuse
 - ITS

La RA, fréquente, en augmentation



■ < 10%

◆ 10 – 20 %

* > 20%

*Prévalence de la RA chez les 13-14 ans
Ait-Khaled, Allergy; 2009*

Table 1 Prevalence of parent- or self-reported symptoms of rhinoconjunctivitis (defined as a problem with sneezing, or a runny or blocked nose in the absence of intercurrent infection together with eye symptoms) and hay fever

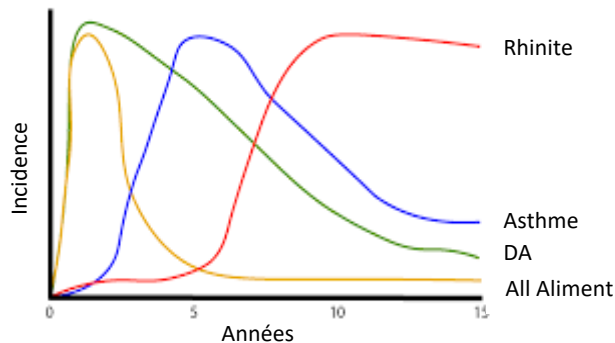
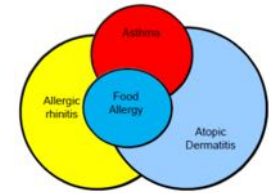
Symptoms of . . .	Age (years)	Worldwide (%)		Australia (%)	
		1997	2001/2002	1997	2001/2002*
Rhinoconjunctivitis within last year	6–7	5.9	14.9	12.0	12.9
	13–14	13.6	9.1	19.6	19.3
Hay fever (ever)	6–7	7.2	20.2	17.9	19.8
	13–14	16.4	12.9	26.7	47.7

Data extracted from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood.^{1,2} *Data from Melbourne only.

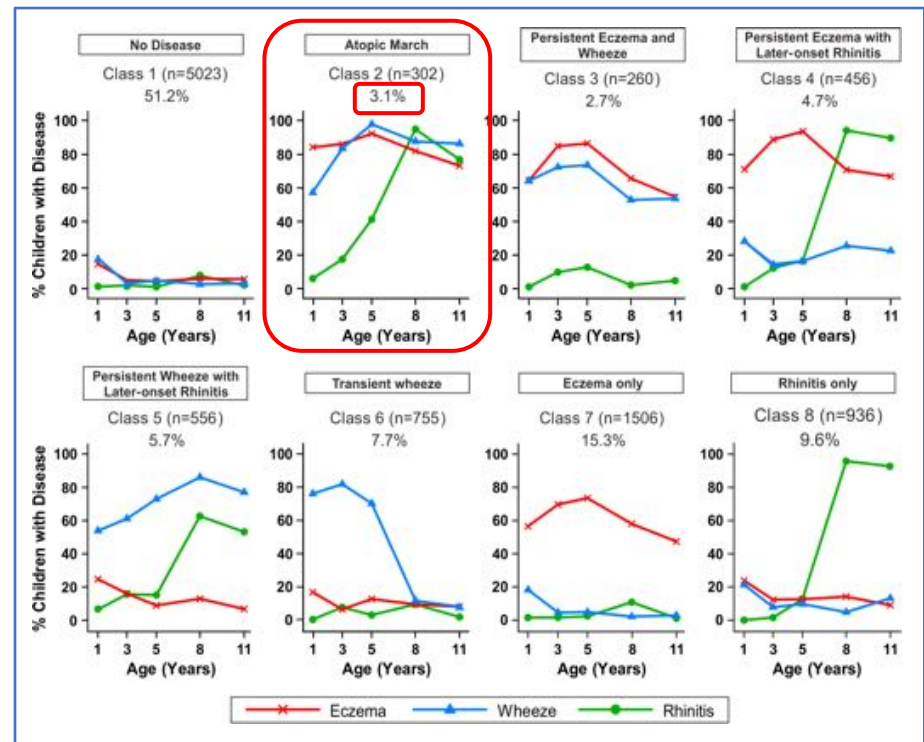
*Evolution de la prévalence de la
RA entre 1997 et 2002
Turner PJ, J Paediatr Child
Health; 2012*

La rhinite allergique fait partie du syndrome atopique

Marche allergique ?



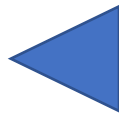
Remise en question
2 cohortes néonatales :
MAAS, ALPSAC
9801 enfants
Suivi à 11 ans



Reconnaître la Rhinite Allergique



Symptômes et
signes classiques de
la Rhinite allergique



Présentations
atypiques



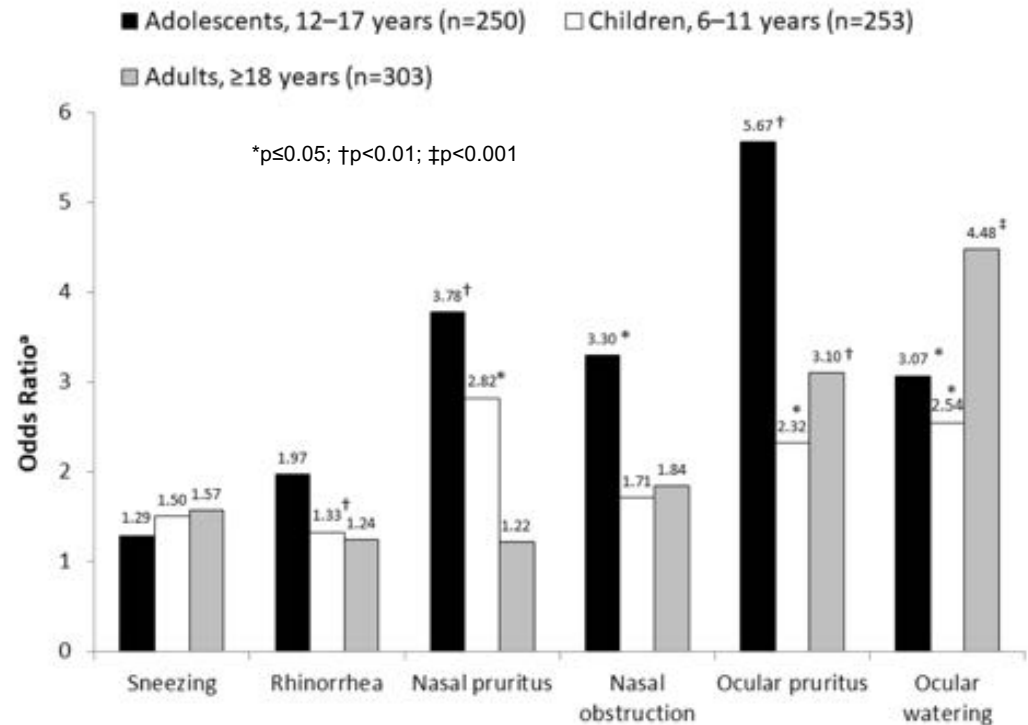
Préscolaire	Scolaire	Adolescent
Rhinorrhée : claire ou incolore, reniflement Prurit : frottement du nez, salut allergique Eternuement Démangeaison bouche, gorge Fréquence des manifestations oculaires (rougeur, larmoiements, prurit)		
Dysfonction de la trompe d'Eustache : douleurs de l'oreille aux variations de pression, diminution de l'audition, otites moyenne chronique avec épanchement		
Toux (souvent prise pour de l'asthme) Asthme non contrôlé (association) Troubles du sommeil : fatigue, irritabilité, mauvaise performance scolaire Infections respiratoires fréquentes et prolongées		
Rhinosinusite: rhinorrhée postérieure, céphalées, douleur de la face, mauvaise haleine, trouble de l'odorat, toux Syndrome pollen-fruit		

Impact de la RA chez l'adolescent

- Les symptômes associés à la RA et la rhinoconjonctivite allergique (RCA) peuvent être différents chez les adolescents par rapport aux adultes et aux enfants
- La RA /RCAa un impact significatif sur la qualité de vie des adolescents en ce qui concerne les composantes physiques et mentales, et peut limiter les activités quotidiennes
- Les adolescents peuvent éprouver des difficultés à s'endormir, à se réveiller la nuit, à ronfler et, en général, à dormir moins bien
- La RA/RCA a un impact négatif sur la fréquentation scolaire, la performance et les résultats scolaires

Impact de la RA chez l'adolescent

Impact des symptômes de
RA modérée à sévère sur la
qualité de vie
Exprimé en RR



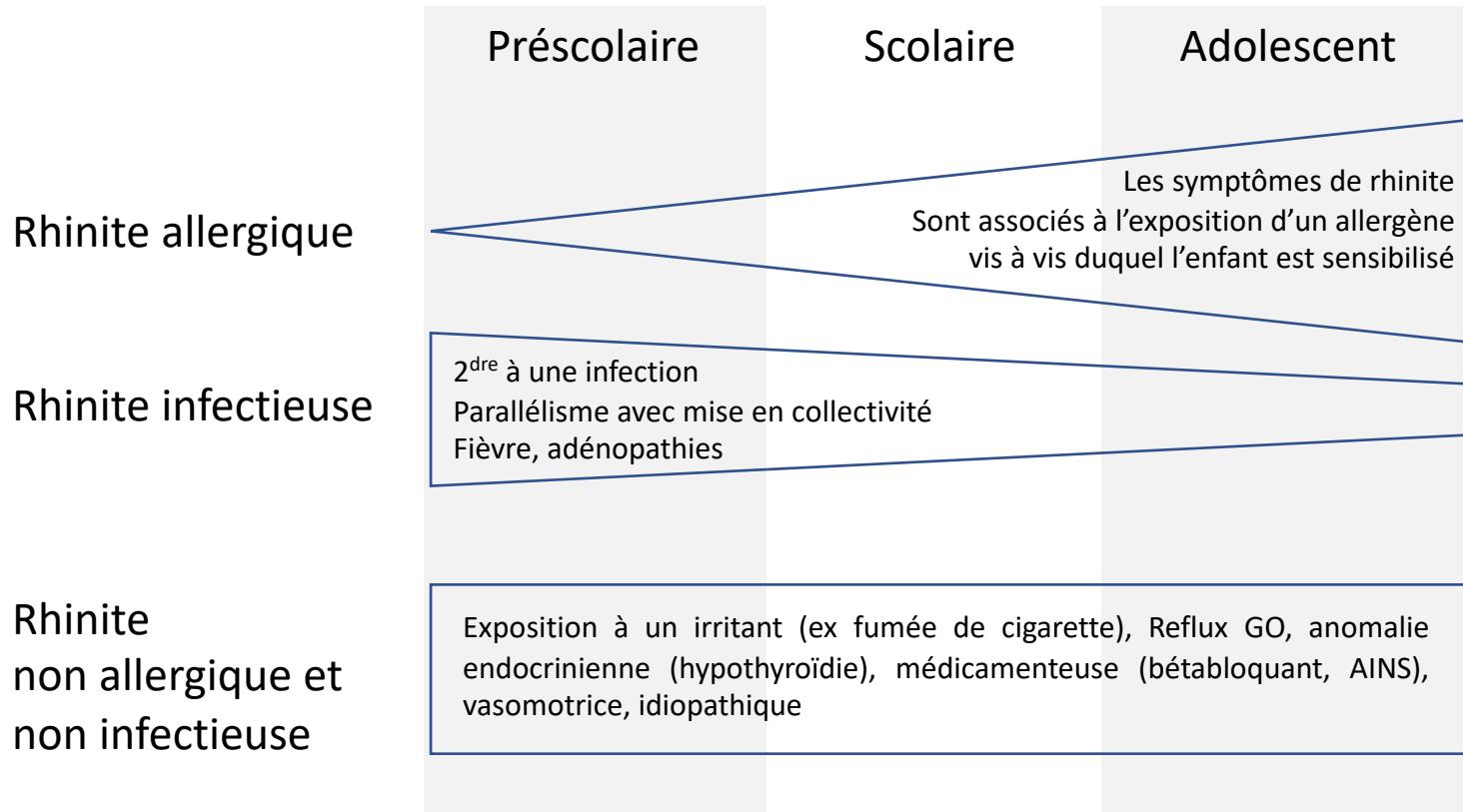
Bilan

- Tests cutanés
- IgE spécifiques
- Examen ORL

Acariens
Pollens
Animaux



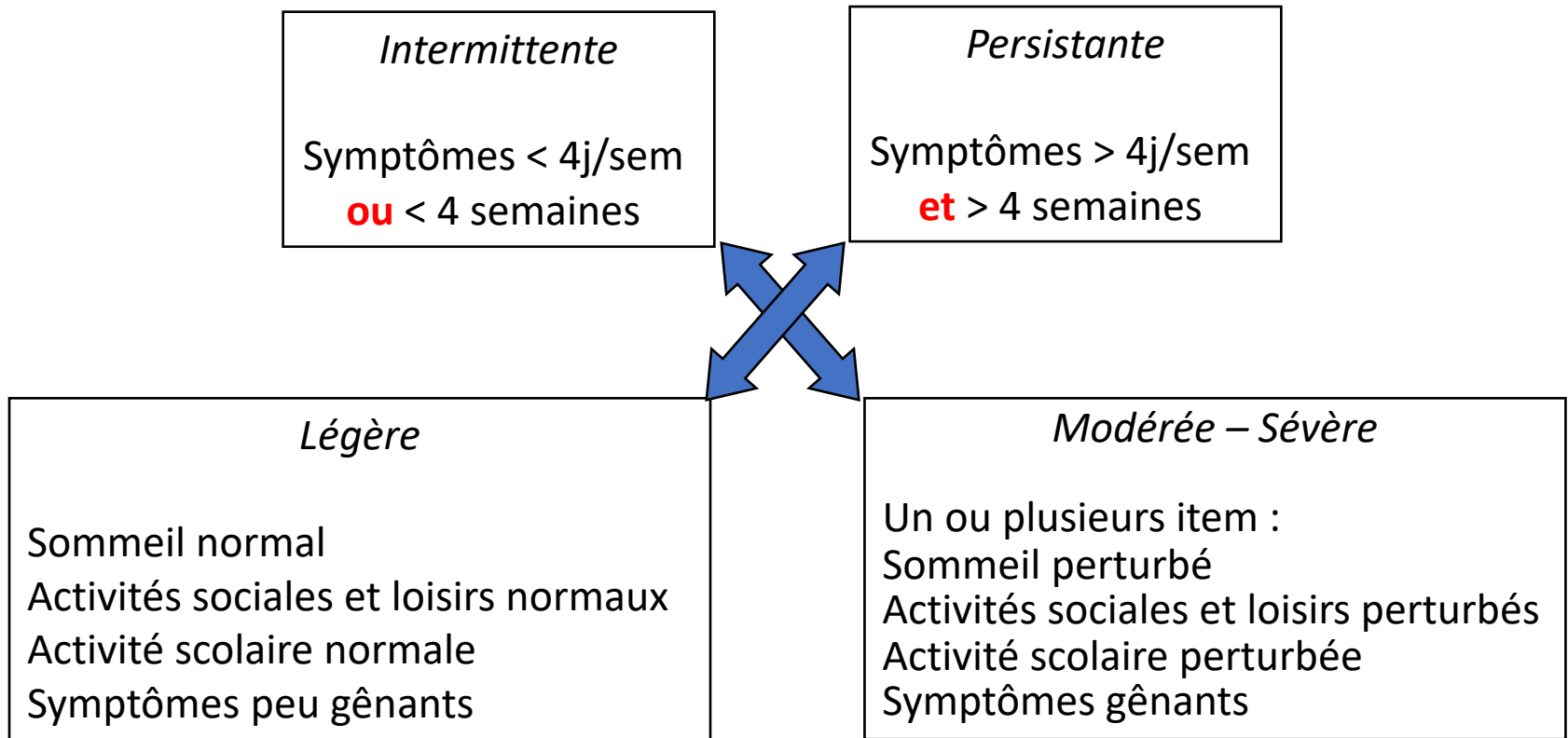
Principales causes de rhinites



Diagnostic différentiel

	Préscolaire	Scolaire	Adolescent
Atrésie des choanes	Obstruction isolée		
Déficit immunitaire	Ecoulement mucopurulent persistant		
Encéphalocèle	Masse « polype » nasale unilatérale		
Hypertrophie VG	Respiration buccale, sécrétions nasales incolores, ronflements		
Corps étranger	Rhinorrhée unilatérale claire, Odeur fétide		
Rhinosinusite		Rhinorrhée postérieure, céphalées, douleur de la face, mauvaise haleine, trouble de l'odorat, toux	
Mucoviscidose	Polypes bilatéraux, diminution odorat, manifestations pulmonaires et digestives		
Dyskinésie ciliaire	Ecoulements mucopurulents persistants, otites séromuqueuses, encombrement depuis la naissance		
Déviations septales		Obstruction isolée	

Classification de la rhinite



Comparaison RA acariens vs pollen

	RA acariens	RA pollen
Symptômes	Obstruction nasale prédominante	Prurit, éternuement Moins d'obstruction nasale
Temporalité	Perannuelle	Saisonnière
Manifestations Oculaires	Rares	Fréquentes
Médiateurs impliqués	Kinines > Histamine	Surtout Histamine
Réponse aux AH1	Faible	Bonne
Réponse aux CS topiques	Bonne	Bonne

Questionnaire SFAR pédiatrique

Items	Nombre de points
<i>Question 1</i> : Symptôme du nez <i>Question 2</i> : Larmoiement et/ou Prurit oculaire <i>Question 3</i> : Mois d'atteinte <i>Question 4</i> : Facteurs déclenchants <i>Question 5</i> : Perception parentale de l'allergie <i>Question 6</i> : Dépistage positif de l'allergie <i>Question 7</i> : Diagnostic positif d'allergie <i>Question 8</i> : Atopie familiale positive <i>Total</i>	1 point pour chaque item 2 1 pour > 6 mois 1 pour la saison des pollens (avril-juillet) 2 si acariens et/ou pollens 1 si animaux et/ou moisissures 2 si association (maximum) 2 2 1 2 17

Score final de 0 à 17

Rhinite allergique et asthme

352 enfants asthmatiques: 3 ans – 18 ans.

Questionnaire SFAR adapté à la pédiatrie

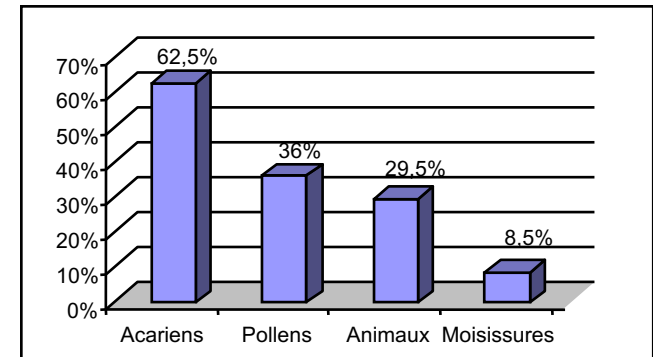
Prévalence: **56,8 %**

200 enfants asthmatiques ont une RA

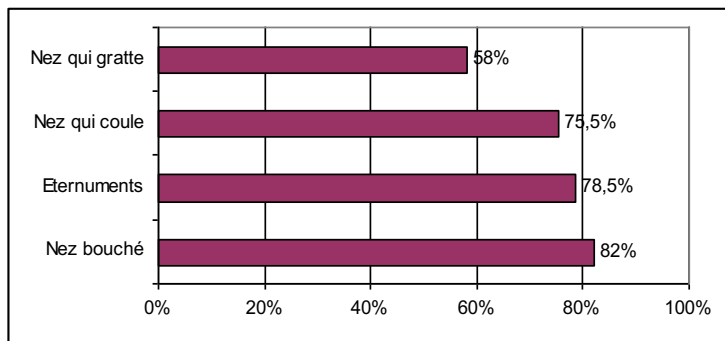
Âge moyen = 9 ans et ½

(3 ans 2 mois, 17 ans 10 mois)

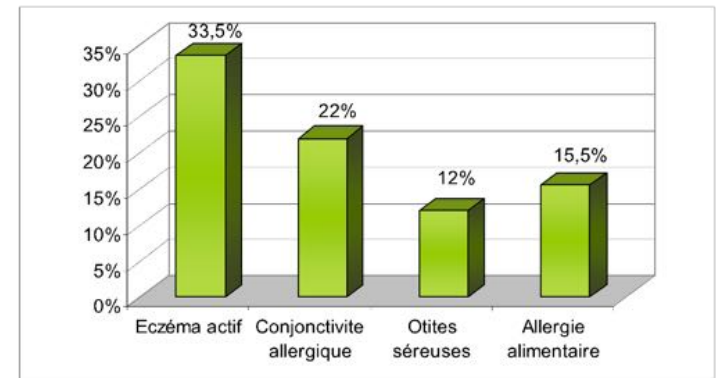
Sex-ratio = 1,81



Bilan allergologique positif: 4/5 des cas

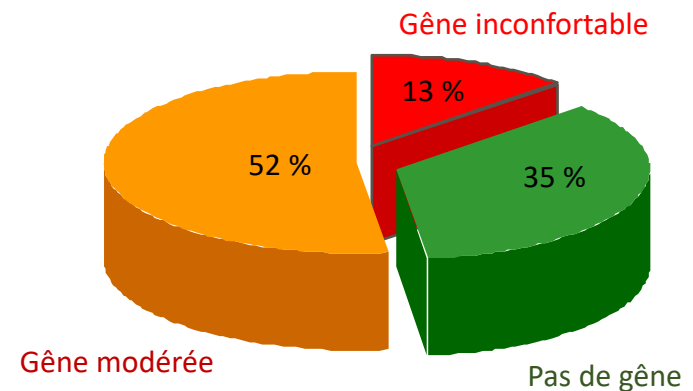
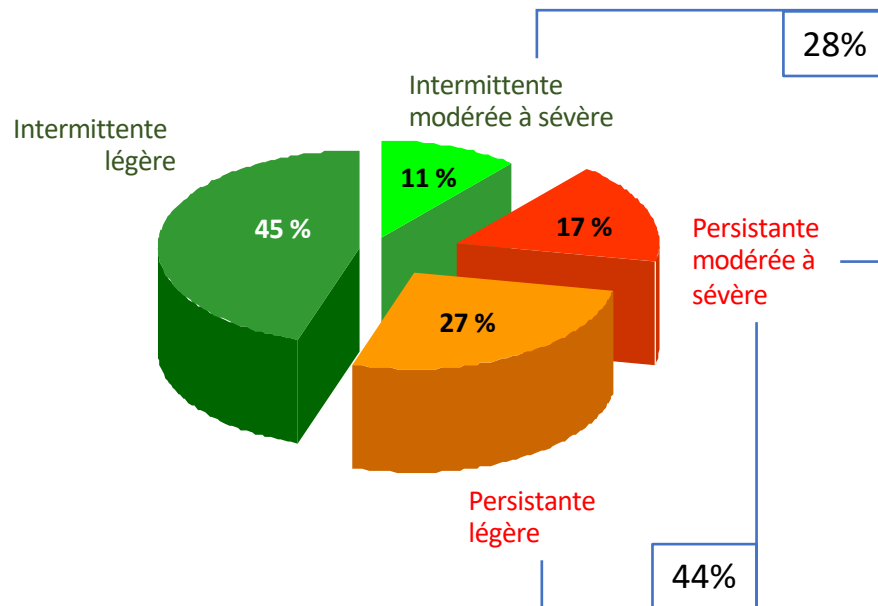


Symptômes



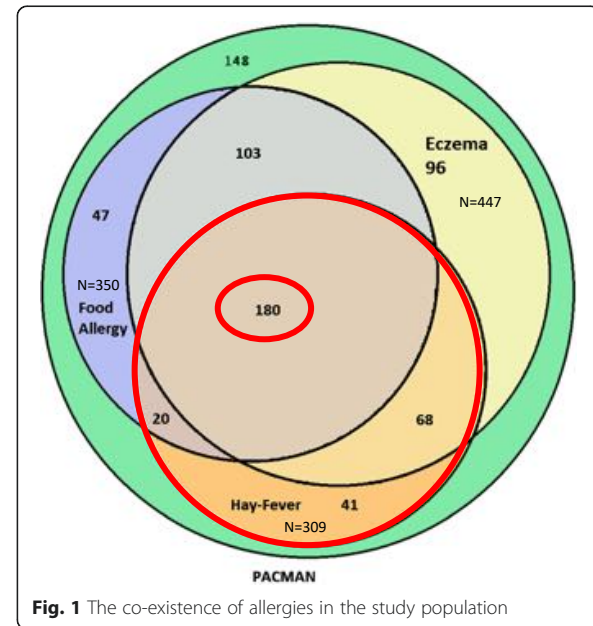
Autres manifestations allergiques

Classification et retentissement de la Rhinite Allergique



Atopie facteur de sévérité

- 703 enfants de 4 à 12 ans
- Tous asthmatiques traités
- Suivi de cohorte de consommation médicamenteuse (PACMAN)
- Identification : Pollinose, DA, AA
- Evaluation
 - Nb exacerbations
 - CSO
 - Urgence
 - Contrôle ACQ
 - FeNO
 - Consommation AH1



80% ont au moins un autre symptôme d'allergie
41% ont une pollinose
25% ont les 3 autres manifestations

Atopie et contrôle

	OCS usage % (P Value)	Univariate analysis OR (95 % CI)	Multivariate analysis ^b OR (95 % CI)	E.D visit in past year % (P Value)	Univariate analysis OR (95 % CI)	Multivariate analysis ^b OR (95 % CI)	Poorly controlled refer to ACQ-6 % (P Value)	Univariate analysis OR (95 % CI)	Multivariate analysis ^b OR (95 % CI)
Study population	7.0			6.3			18.2		
Without history of allergies	4.1 (0.12)	0.5 (0.2–1.2)	0.5 (0.2–1.2)	4.1 (.215)	0.6 (0.2–1.4)	0.5 (0.2–1.3)	14.3 (.118)	0.7 (0.4–1.1)	0.7 (0.4–1.1)
Eczema	9.1 ^a (.003)	3.0 ^a (1.4–6.6)	3.0 ^a (1.4–6.6)	8.1 ^a (.010)	2.7 ^a (1.2–5.9)	2.7 ^a (1.2–6.0)	20.4 (.053)	1.5 (1.0–2.3)	1.5 ^a (1.0–2.4)
Food allergy	9.6 ^a (.007)	2.3 ^a (1.2–4.4)	2.3 ^a (1.2–4.4)	8.0 (.068)	1.8 (1.0–3.4)	1.8 (0.9–3.4)	21.3 ^a (.039)	1.5 ^a (1.0–2.2)	1.5 ^a (1.0–2.2)
Hay fever	8.0 (0.36)	1.3 (0.7–2.4)	1.4 (0.8–2.5)	6.0 (.765)	0.9 (0.5–1.7)	1.1 (0.6–2.1)	22.7 ^a (.007)	1.7 ^a (1.2–2.5)	1.8 ^a (1.2–2.7)
Food allergy + Eczema	11.6 ^a (.000)	3.2 ^a (1.7–6.0)	3.3 ^a (1.8–6.1)	9.6 ^a (.005)	2.4 ^a (1.3–4.6)	2.5 ^a (1.3–4.7)	22.1 ^a (.028)	1.5 ^a (1.0–2.3)	1.6 ^a (1.1–2.3)
Eczema + Hay fever	9.5 (.056)	1.8 (1.0–3.2)	1.8 ^a (1.0–3.3)	7.1 (.557)	1.2 (0.6–2.3)	1.4 (0.7–2.7)	24.5 ^a (.002)	1.9 ^a (1.3–2.8)	1.9 ^a (1.3–2.9)
Food allergy + Hay fever	9.2 (0.14)	1.6 (0.9–2.9)	1.6 (0.9–3.0)	6.7 (.776)	1.1 (0.6–2.2)	1.2 (0.6–2.5)	25.4 ^a (.002)	1.9 ^a (1.3–2.8)	1.9 ^a (1.3–2.9)
Food allergy + Eczema + Hay fever	10.3 ^a (.045)	1.9 ^a (1.0–3.4)	1.9 (1.0–3.6)	7.5 (.467)	1.3 (0.7–2.5)	1.5 (0.7–2.9)	25.3 ^a (.005)	1.8 ^a (1.2–2.7)	1.9 ^a (1.2–2.8)
At least two allergies	10.1 ^a (.001)	3.2 ^a (1.6–6.4)	3.3 ^a (1.6–6.6)	8.4 ^a (.020)	2.2 ^a (1.1–4.3)	2.3 ^a (1.2–4.6)	22.4 ^a (.003)	1.9 ^a (1.2–2.8)	1.9 ^a (1.3–2.8)

Cohorte CobraPed - Atopie

	3-6 ans		7-12 ans	
(%)	Non sévère	Sévère	Non Sévère	Sévère
Atopie personnelle	69	66	85	84
Rhinite allergique	56	48	81	77
Dermatite atopique	32	37	27	49 **
Allergie Alimentaire	15	15	13.5	29 *
Atopie familiale	85	85	83	83
Asthme c/mère	37,5	28	22,5	28
Asthme c/ père	23	25	15	26,5
Asthme fratrie	29	49 *	42	44

	3-6 ans		7-12 ans	
(médiane)	Non sévère	sévère	Non Sévère	Sévère
PNE	300 (137-600)	250 (120-500)	390 (20-600)	400 (200-785)
IgE totales	104 (32-300)	121 (41-395)	311 (108-680)	443 (182-991) *

* p<0,05, ** p<0,01

Traitement de la RA

Eviction

AntiHistaminiques H1 (oraux/intranasal)

Corticoïdes inhalés

ITS

Éviction allergénique

- Les mesures d'éviction uniques sont rarement efficaces
- Les mesures d'éviction doivent être associées et personnalisées

Tableau VI.

Efficacité des mesures d'éviction des allergènes de l'intérieur dans la rhinite et l'asthme. D'après Bousquet 2008.

Mesures	Grades des recommandations sur l'effet clinique
Acariens	
Housse pour le matelas	Aucun effet chez l'adulte (grade A) Parfois chez l'enfant (grade B)
Lavage des draps à 55-60 °C	Aucun effet (grade A)
Changement des moquettes et sols	Aucun effet (grade A)
Acaricides et acide tannique	Aucun effet (grade A)
Réduction des objets qui retiennent la poussière	Aucun effet (grade B)
Aspirateur avec filtre HEPA et double sac	Aucun effet (grade B)
Réduction du nombre de peluches, mises au congélateur ou lavage à chaud	Aucun effet (grade B)
Animaux domestiques	
Départ des chats/chiens du domicile	Aucun effet (grade B)
Retrait des animaux des aires de vie et des chambres	Aucun effet (grade B)
Utilisation de filtre HEPA	Aucun effet (grade B)
Lavage des animaux	Aucun effet (grade B)
Changement des moquettes et/ou sols	Aucun effet (grade B)
Utilisation de filtre HEPA + double sac	Aucun effet (grade B)

Quels traitements ?

QUE RETENIR ?

L'efficacité des anti-histaminiques est démontrée sur tous les symptômes nasaux, y compris, mais à un moindre degré, l'obstruction nasale (grade A). Il est impossible de différencier ces médicaments en termes d'efficacité clinique sur les symptômes de rhinite (grade C). Ceux de première génération sont sédatifs (grade A).

L'efficacité des glucocorticoïdes locaux est démontrée sur l'ensemble de la symptomatologie de la rhinite allergique (grade A). Leur efficacité est globalement supérieure à celle des anti-H₁ pour les symptômes nasaux (grade A). Il n'y a pas de démonstration probante d'une différence d'efficacité clinique entre les corticoïdes locaux (grade C). La tolérance locale et générale est excellente, aux posologies recommandées dans la rhinite (grade A).

Le montelukast est indiqué dans la RA chez des patients asthmatiques insuffisamment contrôlés par la corticothérapie inhalée.

RECOMMANDATION

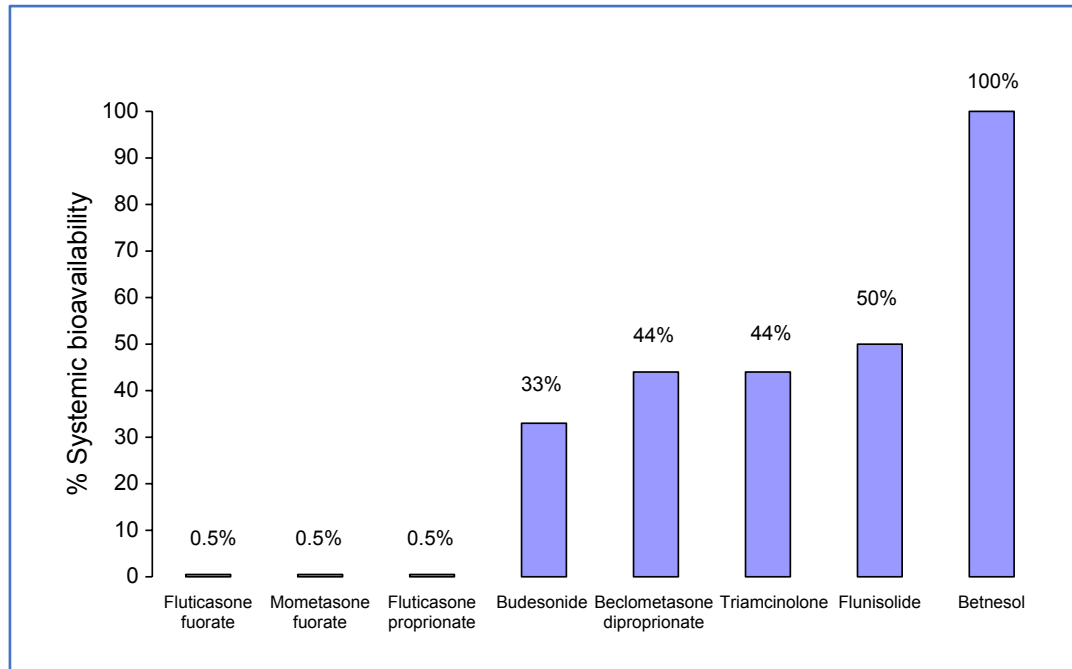
Seuls les anti-H₁ de deuxième génération doivent être prescrits dans une rhinite allergique (accord professionnel).

Les glucocorticoïdes locaux sont indiqués en première intention en cas de RA sévère et en seconde intention en cas d'échec des anti-H₁ (accord professionnel).

Dans tous les cas et particulièrement chez l'enfant, la dose minimale efficace de glucocorticoïdes nasaux doit être recherchée (accord professionnel).

Les glucocorticoïdes systémiques IM sont à proscrire (grade C). Les glucocorticoïdes *per os* sont à éviter : ils ne seront prescrits que sur de courtes durées du fait des effets secondaires (accord professionnel).

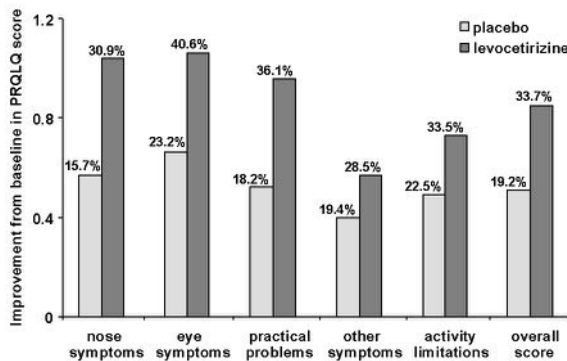
Biodisponibilité des CS inhalés



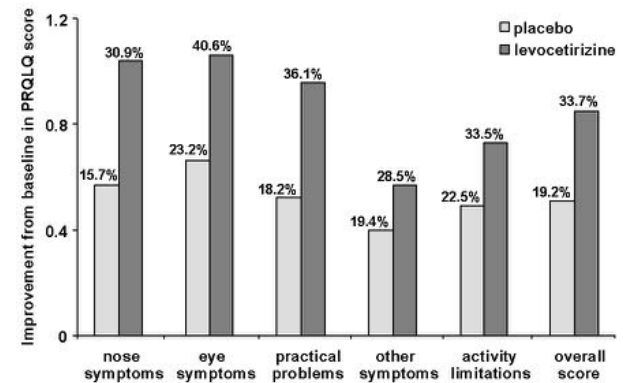
Levocetirizine et rhinite saisonnière

- Etude prospective randomisée double aveugle
- 145 enfants 6 – 12 ans
- Rhinite saisonnière
 - Clinique depuis au moins 2 ans
 - TC ou RAST + pour graminées ou herbacés

- Traitement pendant 6 semaines
 - Levocetirizine 5 mg : 89 enfants
 - Placebo : 88 enfants
- Evaluation à S0, S2, S4, S6
 - T4SS : éternuements, rhinorrhée, prurit nasal, prurit oculaire
 - Qualité de vie PRQLQ



Amélioration du score T4SS



Amélioration de la qualité de vie

Levocetirizine et rhinite perannuelle

- Etude prospective randomisée double aveugle
- 306 enfant de 6-12 ans
- Rhinite perannuelle depuis au moins 2 ans
- Sensibilisation aux acariens

Traitement pendant 4 semaines

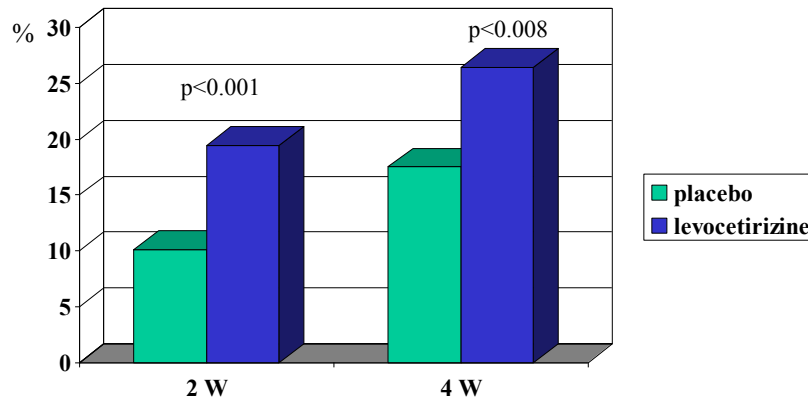
Levocetirizine 5 mg

Placebo

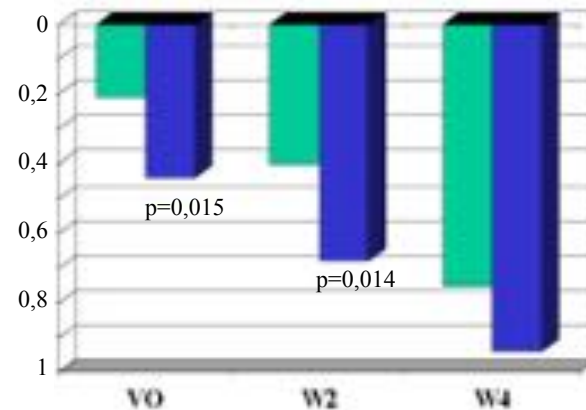
Evaluation

score T4SS

Qualité de vie : PRQLQ



Amélioration du score T4SS



Amélioration de la qualité de vie

Traitement de la rhinite selon ARIA

Rechercher asthme surtout
si RA sévère, persistante

Symptômes intermittents

Légers

*Au choix (non dans l'ordre de
préférence)*

- AH1 oral
- Ou AH1 intranasal
- Ou LTRA *

Symptômes persistants

Modérés
à sévères

Légers

*Au choix
(non dans l'ordre de préférence)*

- ou AH1 oral
- ou AH1 intranasal
- ou CS intranasal
- ou LTRA *

Revoir 2-4 sem
les rhinites persistantes

Si échec : ↑ dose
Si OK: ttt 1 mois

Modérés à sévères

Dans l'ordre de préférence
CS intranasal
ou AH1 oral ou LTRA*
Revoir 2-4 sem

Amélioration

↓ et ttt 1 mois

↑ Dose CS

Rhinorrhée:
+ Ipratropium

Echec

Revoir Dg
Observance ?
Complication ?

Prurit/Eternuements:
+AH1

* = en particulier si asthme

Eviction allergénique et irritants si nécessaire

Si conjonctivite ;
Ajouter : antihistaminique H1 oral ; ou antihistaminique H1 intra-oculaire ; ou chromone intra-oculaire ; ou solution saline

Discuter Immunothérapie spécifique

Dernières recommandations ARIA 2016

		Rationnel
RA saisonnière	CS IN > AH1 IN (intranasal)	Meilleure réduction des symptômes
	CS IN + AH1 IN > AH1 IN seul	Association supérieure à AH1 IN seul
	CS IN + AH1 oral = CS IN seul	Fonction préférence du patient et de la disponibilité
	CS IN + AH1 IN = CS IN seul	L'association est plus rapidement efficace
	LTRA = AH1 oral	Fonction préférence du patient et de la disponibilité LTRA si asthme associé, AIE
	AH1 IN = AH1 oral	Fonction préférence du patient et de la disponibilité
RA perannuelle		
	CS IN seul > CS IN + AH1 oral	Pas d'effet additionnel de rajouter AH1 oral
	AH1 oral > LTRA	Meilleure QOL avec AH1 oral LTRA si asthme, AIE
	CS IN > AH1 IN	Meilleure réduction des symptômes nasals
	CS IN + AH1 IN = CS IN seul	Fonction préférence du patient et de la disponibilité
	AH1 IN = AH1 oral	Fonction préférence du patient et de la disponibilité

Recommandations EAACI 2018 sur ITS

- Indications

- RA avec ou sans conjonctivite
- Avec confirmation d'une sensibilisation à un ou plusieurs allergène relevant
- Symptômes modérés à sévère malgré traitement de fond et/ou éviction

- Contre indications : Asthme non contrôlé, maladies auto immunes, néoplasie

		Acariens	Pollens	
SCIT				
		+	+	Bénéfice court terme
		+	+	Bénéfice long terme
SLIT				
	Comprimés	+ (A) + (C)	+ (A) + (A)	Bénéfice court terme Bénéfice long terme
	Solution	-	+ (A) + (A)	Bénéfice court terme Bénéfice long terme

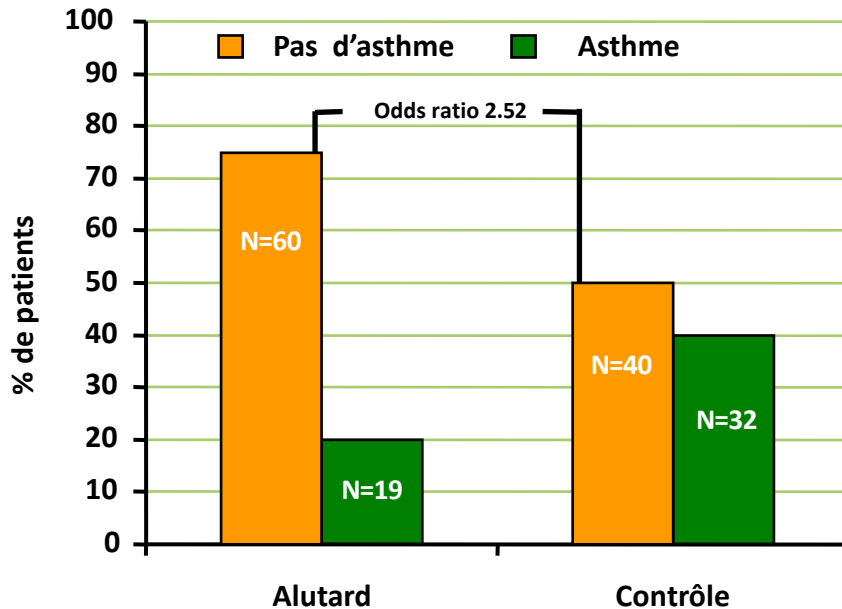
- ITS peut être aussi discutée en cas de RA moins sévère pour le long terme et la prévention de l'asthme par ITS pollen

Recommandations EAACI 2018 sur ITS

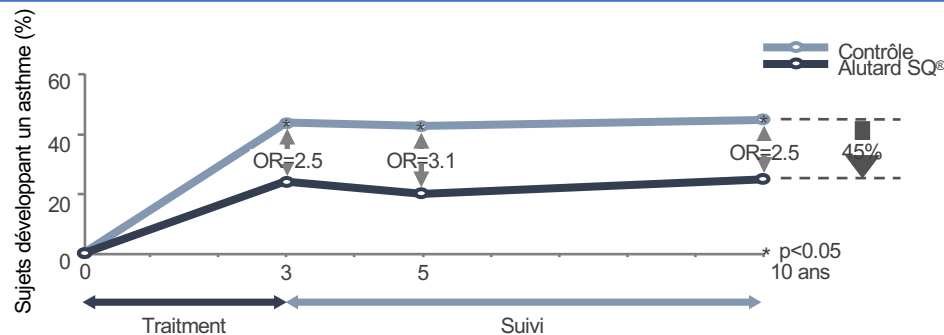
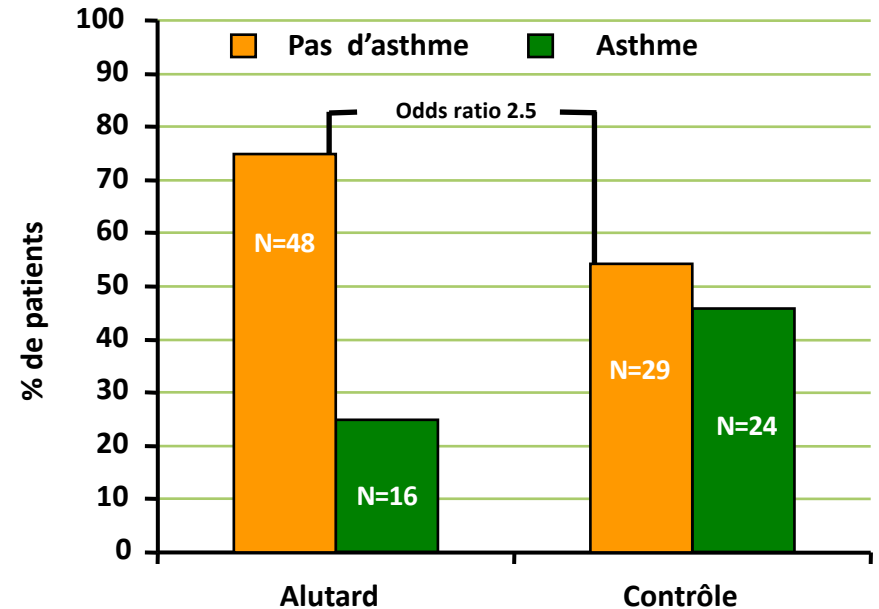
- Utiliser extrait standardisés
- Chez enfants de 2-5 ans évaluer le bénéfice
- Suivi tous les 3 mois
- Durée minimum 3 ans
- Parfois AH1 utiles pour diminuer le risque de réaction locale
- Garder 30 min si SCIT
- Garder 3 min après 1^{ère} dose si SLIT

Etude PAT : manifestations d'asthme

3 ans de suivi (N=151)



7 ans de suivi (N=117)



- 205 enfants (6-14) ayant une RA aux graminées et/ou bétulacées randomisés, en ouvert
- Exclusion si allergie perannuelle ou asthme nécessitant un traitement
- 3 ans de traitement par ITSC (Alutard® SQ) ou groupe contrôle
- 7 ans de suivi après arrêt de l'ITSC

Interrogation des bases de données

Exposure variable (reference)	Multivariate analysis (adjusted for age, sex, health care use because of AR, and prescribed antihistamines)		
	RR	95% CI	P value
Male sex (female)	1.09	0.99-1.20	.07
Age (per y)	0.98	0.97-0.98	<10 ⁻¹⁷
Prescriptions of antihistamines (none)			
First quartile	2.85	2.43-3.34	<10 ⁻¹⁷
Second quartile	1.99	1.74-2.28	<10 ⁻¹⁷
Third quartile	2.21	1.92-2.55	<10 ⁻¹⁷
Fourth quartile	2.26	1.95-2.63	<10 ⁻¹⁷
Health care use because of AR (first quartile)			
Second quartile	1.31	1.12-1.54	.00088
Third quartile	1.77	1.53-2.04	<10 ⁻¹⁷
Fourth quartile	1.83	1.57-2.15	<10 ⁻¹⁷
Exposure to AIT in 2006 (not exposed)	0.60	0.42-0.84	.003
Route of administration of SIT (no AIT)			
SCIT	0.57	0.38-0.84	.005
SLIT drops	0.43	0.14-1.33	.14
Combinations	1.22	0.52-2.90	.65
Kind of allergen of AIT (no AIT)			
Seasonal	0.54	0.33-0.90	.02
Perennial	0.49	0.25-0.98	.04
Combinations	0.88	0.47-1.63	.68
Preparation of AIT (no AIT)			
Modified allergens (allergoids)	0.59	0.32-1.09	.09
Native allergens	0.22	0.02-0.68	.009
Combinations	0.90	0.48-1.66	.73
Not classified	0.73	0.39-1.35	.31
Duration of AIT (no AIT)			
<3 y	0.62	0.39-0.98	.04
≥3 y	0.57	0.34-0.94	.03

Bénéficiaires de l'assurance maladie allemande

- 118 754 enfants
- En 2005 : RA sans asthme ni ITA
- En 2006 : 2 groupes ITA ou pas ITA
- Entre 2007 et 2012 : risque d'apparition d'asthme

L'utilisation d'ITA diminue de 40 % le risque d'asthme

L'effet est similaire que l'ITA soit contre un pollen ou un allergène perennuel



Evaluer l'effet de GRAZAX® comparé au placebo donné à des enfants de 5 à 12 ans sur le risque de développer un asthme

Principaux critères de selection chez 812 enfants

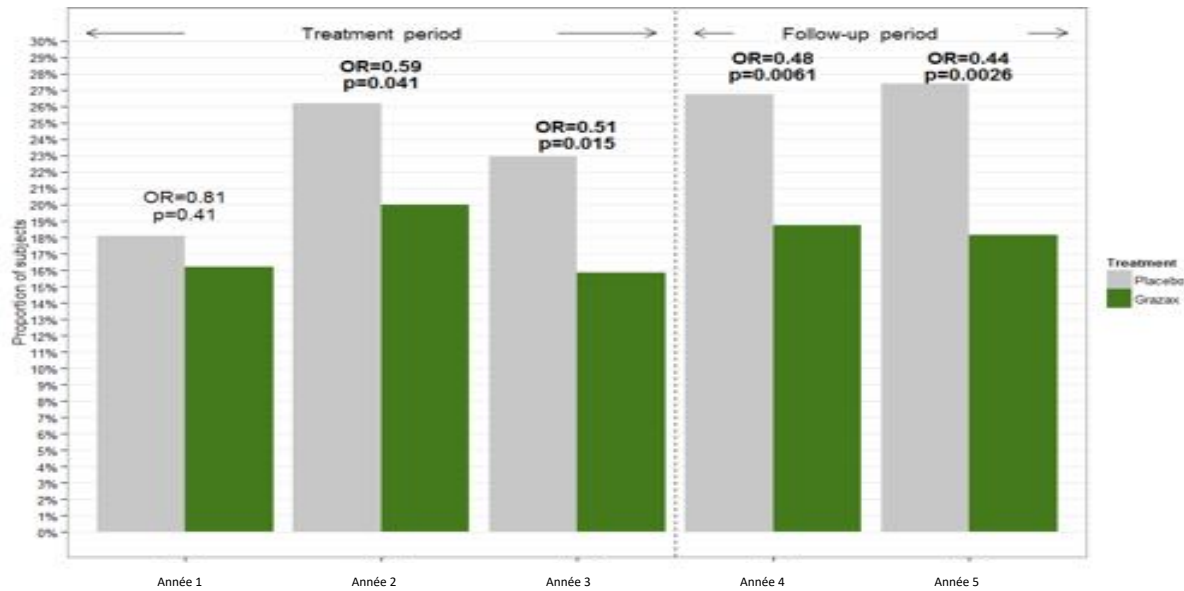
- 5 à 12 ans
- RA nécessitant un traitement symptomatique pendant les saisons polliniques 2009 et 2010
- Prick et IgE spécifiques positifs
- Pas d'antécédents d'asthme (sifflements, médicaments donnés pour l'asthme)

Critère principal

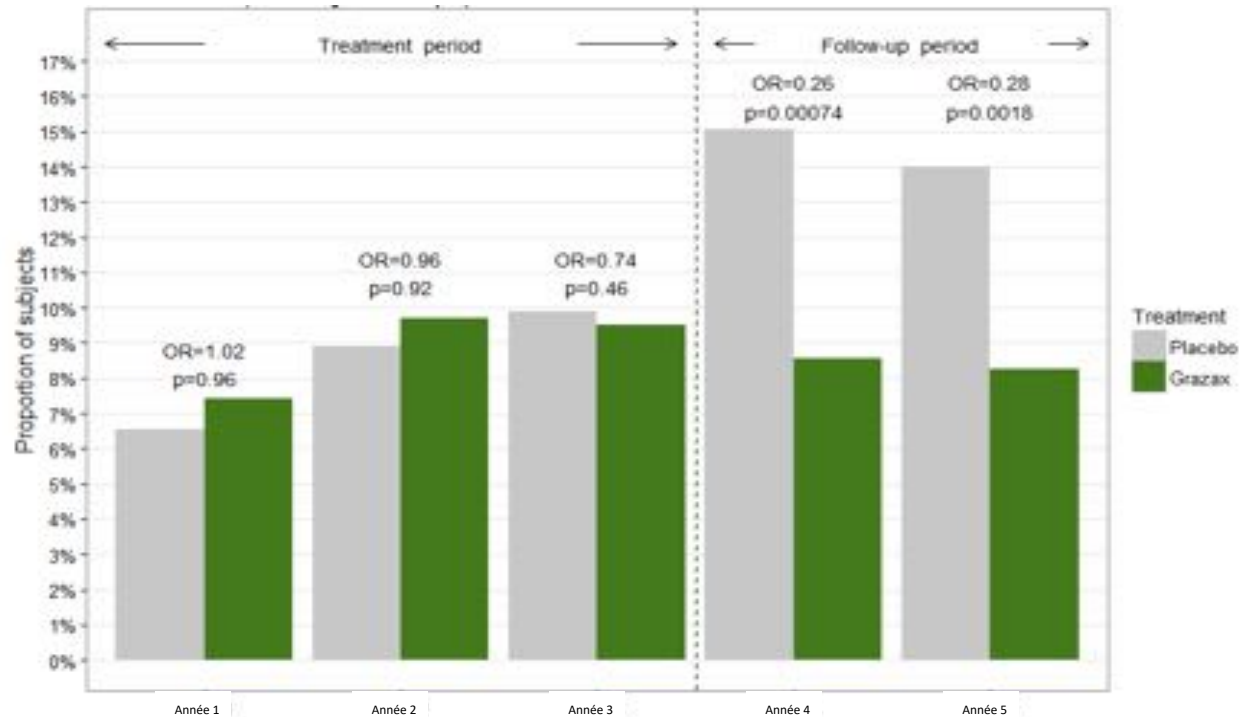
Analyse	Comparaison	HR	IC 95%	<i>p</i>
Asthme diagnostiqué par la présence d'une réversibilité	GRAZAX® vs. placebo	0.90	[0.57; 1.43]	0.667

Critère secondaire pour l'asthme : Présence de symptômes d'asthme ou de consommation de médicaments pour l'asthme évaluée à la fin de l'essai

Groupe	N	N, symptômes ou utilisation de médicaments	%	Odds ratio	CI 95% CI	<i>p</i>
Placebo	398	81	20.5%			
GRAZAX®	377	59	15.7%			
GRAZAX® vs placebo				0.66	[0.45;0.97]	0.036



Symptômes
d'asthme
ou prise de
médicaments



Symptômes
et
prise de
médicaments

Modification de l'histoire naturelle ?

- Pas de différence entre GRAZAX® et le placebo pour le délai d'apparition de l'asthme caractérisé par la mise en évidence d'une réversibilité.
- Cependant on observe une diminution significative des symptômes d'asthme et/ou de la consommation médicamenteuse dans le groupe ITS.
- L'effet du traitement augmente avec le temps, est apparent à la fois en saison pollinique et en saison hivernale et persiste pendant les deux années de suivi.
- Il s'y associe un effet favorable sur la rhinoconjonctivite.
- Tous les marqueurs immunologiques vont dans le sens du développement de la marche allergique dans le groupe placebo et d'un ralentissement de cette marche chez les patients traités.

Conclusions

- La rhinite allergique est fréquente
- Retentissement non négligeable
- Recommandations récentes (ARIA)
- Efficacité et bonne tolérance des anti H1
- Savoir avoir recours aux CS intranasal
- Penser à l'immunothérapie spécifique
- Modifications de l'histoire naturelle de l'allergie ...

COLLECTION PÉDIATRIE

Jacques de Blic
Christophe Delacourt

Pneumologie pédiatrique

2^e édition

Lavoisier
Médecine
SCIENCES

Sorti le 3 octobre

11/09/2018 10:30:50

CPAP

CONGRÈS DE PNEUMOLOGIE & D'ALLERGOLOGIE
PÉDIATRIQUE / 2018



15, 16 ET 17 NOVEMBRE 2018, PARIS

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Jacques de BLIC
Pr Christophe DELACOURT
Dr Bertrand DELAIS
Dr Loïc DELBECQUE
Pr Hannel CORVOL
Pr Ralph EPAUD

MAISON DE LA CHIMIE
28 RUE SAINT-DOMINIQUE, 75007 PARIS

Asp.p.l.r.
Association Française de Pneumologie
et d'Allergologie Pédiatrique

A.I.A.I.
Association Française d'Allergologie Pédiatrique

SP²A
Société Française de Pneumologie et d'Allergologie Pédiatriques



*Merci pour votre
attention*