



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 (2015) xxx–xxx

Rhinite allergique, qui sont les patients mal contrôlés ?

Who are the patients suffered from a bad control of allergic rhinitis?

L. Le Taillandier de Gabory

Service d'ORL, chirurgie cervico-faciale et pédiatrique, centre FX Michelet, hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

Reçu le 5 janvier 2015 ; accepté le 13 janvier 2015

Mots clés : Rhinite allergique ; Obstruction nasale ; Déviation septale ; Septoplastie ; Turbinectomie ; Polypectomie

Keywords: Allergic rhinitis; Nasal obstruction; Septal deviation; Septoplasty; Turbinectomy; Polypectomy

L'obstruction nasale est un symptôme subjectif, complexe, variable qui doit être replacé dans le temps, dans l'espace et dont l'analyse aujourd'hui peut être faite avec des outils validés [1]. Ils quantifient les symptômes et donnent une idée de leur répercussion sur les différents compartiments de la qualité de vie. Cette notion est capitale puisqu'il est acquis que la rhinite allergique provoque une altération de la qualité de vie équivalente à celle de l'asthme [2]. Les symptômes habituels (prurit, éternuements, rhinorrhée, obstruction nasale, hyposmie) sont en partie représentatifs des difficultés engendrées par la rhinite allergique et leurs conséquences sur la qualité de vie sont en fait le cœur du problème. Cette notion est un argument majeur pour convaincre le patient si nécessaire de prendre son traitement quotidiennement et de le continuer surtout s'il a été amélioré. Par ailleurs, si la rhinite allergique altère les capacités physiques, mentales et sociales des patients, motifs de consultations, le paradoxe est que beaucoup d'entre eux ne se considèrent pas malades : ce comportement doit être anticipé dès l'interrogatoire [3]. Enfin, il est parfois encore nécessaire de lutter contre la corticophobie vis-à-vis des traitements locaux. Ces 3 notions ont des effets qui peuvent s'additionner et la mauvaise observance du traitement n'est pas rare. Elle peut être la source d'un mauvais contrôle de la maladie et d'une multiplication des avis.

En France, l'incidence de la rhinite allergique est de 24 à 30 % selon les régions [3,4]. Parallèlement, l'incidence de la déviation septale est de 80 % dans la même population. Ces deux pathologies l'une inflammatoire, intermittente ou perma-

nente, l'autre architecturale et permanente, dépendante de la croissance et des traumatismes, sont les causes les plus fréquentes d'obstruction nasale dans la population générale. Même si toutes les déviations septales ne sont pas symptomatiques et ne nécessitent pas de correction chirurgicale, il est aisé de concevoir que ces deux pathologies peuvent additionner leurs effets pour installer de manière plus ou moins pérenne et intense une obstruction nasale (fixe ou à bascule) partiellement résistante au traitement médical de la rhinite allergique. Une cloison nasale solide, en rectitude, médiane, sagittale chez un patient porteur d'une rhinite allergique a pour intérêts d'éviter tout obstacle mécanique à la respiration mais aussi à la pénétration des corticoïdes locaux. Elle favorise l'action des lavages de nez dont les effets bénéfiques peuvent être déterminants dans ce contexte [5]. Elle facilite le mouchage et l'évacuation des sécrétions. Il est donc important d'évaluer le rôle symptomatique de la cloison nasale chez les patients porteurs d'une rhinite allergique surtout s'ils sont traités et incomplètement soulagés. À l'inverse, il a bien été montré dans une étude prospective récente pour 100 patients opérés d'une septoplastie, que le seul facteur péjoratif de diminution des résultats fonctionnels était la rhinite allergique insuffisamment ou non traitée [6]. Il est donc important que tout patient porteur d'une rhinite allergique puisse avoir un examen ORL.

Le polype est une réaction aspécifique de la muqueuse respiratoire en réponse à un processus inflammatoire. Il se rencontre dans de très nombreuses situations pathologiques rhinosinusiennes : tumorale, infectieuse ou inflammatoires spécifiques comme l'allergie. Il peut être, soit un épiphénomène dans l'histoire de la maladie, soit en être la représentation et

Adresse e-mail : ludovic.de-gabory@chu-bordeaux.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2015.01.031>

1877-0320/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

l'expression principale. C'est respectivement le cas de la rhinite allergique et de la polyposse naso-sinusienne. La formation de polypes peut émailler l'évolution naturelle d'une rhinite allergique notamment lorsqu'elle est permanente, modérée à sévère. C'est en l'absence de traitement sur plusieurs mois ou années, que l'activité inflammatoire chronique dans la muqueuse respiratoire sera source de phénomènes œdémateux dont l'évolution et l'autonomisation aboutiront à la formation de polypes. Ces polypes prennent naissance sur la muqueuse nasale qui est en contact avec la stimulation allergénique soit en regard du méat moyen et de la fente olfactive et forme alors une masse occupant les espaces aériens. Cette masse polypeuse, par son volume, participe donc à l'obstruction nasale et à l'hyposmie. Elle n'est pas sensible à la corticothérapie locale, parfois peu à la corticothérapie par voie générale et sera volontiers récidivantes. Il est donc important que les patients porteurs d'une rhinite allergique permanente d'intensité modérée à sévère et notamment mal contrôlée, puissent avoir une exploration complète des deux fosses nasales par une nasofibroscopie pour vérifier la vacuité des espaces ventilatoires et olfactifs [7]. En cas de formation polypeuse importante, le traitement anti-histaminique et corticoïde local habituel sera alors peu ou pas efficace sur la masse obstructive. Dans ces cas peu fréquents, la chirurgie a sa place pour proposer une résection complète des polypes à l'aide du microrésecteur sans ouverture des cavités sinusiennes. Il s'agit d'une intervention de courte durée, sous anesthésie générale pratiquée en ambulatoire qui n'a de valeur qu'à condition que le patient accepte de reprendre quotidiennement le traitement par rhinocorticoïdes après l'intervention.

Enfin, les cornets inférieurs peuvent entraver le bon contrôle de la maladie. L'hypertrophie turbinaire dans la rhinite allergique est toujours bilatérale, le plus souvent asymétrique, porteuse d'une hyperplasie tissulaire, d'un infiltrat cellulaire sous-épithélial, d'une dilatation des sinus veineux et d'une hyperplasie des glandes sous-muqueuses [8]. Le remaniement tissulaire déclenché par l'infiltration inflammatoire chronique de la sous-muqueuse est à l'origine à terme d'une perte progressive des capacités contractiles des structures vasculaires et d'un certain degré de fibrose sur lesquelles, une fois installés,

les différents traitements médicaux n'ont pas d'action dédiée. Cependant, tous les patients porteurs d'une rhinite allergique n'ont pas d'hypertrophie pathologique des cornets inférieurs. Il n'est pas rare lors d'une rhinite allergique permanente sévère non traité depuis des années de rencontrer une hypertrophie turbinaire obstructive irréversible sous traitement médical. C'est dans ce cas que la turbinectomie inférieure partielle trouve son indication dans la mesure aussi où le patient accepte de continuer son traitement médical après le geste.

Il est donc important que chaque patient porteur d'une rhinite allergique et notamment mal contrôlée, puisse avoir un examen ORL avec une nasofibroscopie d'autant que les différentes causes d'échecs thérapeutiques abordées ici peuvent s'associer et leurs effets s'additionner pour participer au mauvais contrôle de la maladie.

Références

- [1] Marro M, Mondina M, Stoll D, de Gabory L. French validation of the NOSE and RhinoQoL questionnaires in the management of nasal obstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;144(6):988–93.
- [2] Demoly P, Didier A, Mathelier-Fusade P, Drouet M, David M, Bonnelye G, et al. Physician and patient survey of allergic rhinitis in France: perceptions on prevalence, severity of symptoms, care management and specific immunotherapy. *Allergy* 2008;63:1008–14.
- [3] Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994;94:182–8.
- [4] Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J* 2004;24:758–64.
- [5] Strnad P, Skoupá J, Cimrova H, Horník P. Efficacy of hypertonic sea-water saline in the treatment of persistent rhinitis/rhinosinusitis. In: American Society of Pediatric Otolaryngology 2007 Annual Meeting. 2007.
- [6] Mondina M, Maurice S, Marro M, Stoll D, de Gabory L. Assessment of septoplasty using NOSE and RhinoQoL questionnaires. *Eur Arch Otolaryngol* 2012;269(10):2189–95.
- [7] Porez F, Jullien de Pomerol M, Stoll D, Krief P, Conso F, de Gabory L. Assessment of nasal fibroscopy to explore olfactory cleft. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;145(4):677–82.
- [8] Farmer SEJ, Eccles R. Chronic inferior turbinate enlargement and the implications for surgical intervention. *Rhinology* 2006;44:234–8.