



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2013) xxx–xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Article original

Profil allergique de la rhinite allergique sévère

Allergic profile of severe allergic rhinitis

H. Jabri*, W. El Khattabi, A. Aichane, H. Afif, Z. Bouayad

Service des maladies respiratoires, CHU Ibn-Rochd, hôpital 20-Août-1953, rue Lahcen-Arjoun, Casablanca, Maroc

Reçu le 4 juin 2013 ; accepté le 5 septembre 2013

Résumé

La rhinite allergique sévère (RAS) représente un véritable problème de santé publique, elle est responsable de 30 % des allergies respiratoires et elle touche d'avantage la population féminine et urbaine. Le but de notre travail est d'évaluer l'incidence de la rhinite allergique sévère à travers une étude prospective étalée sur deux ans et demi qui a intéressé 166 malades suivis à la consultation d'allergologie pour rhinite allergique. La moyenne d'âge est de 33 ans. Il existe une prédominance féminine (65 %). Une atopie familiale est notée dans 48 %. La rhinite sévère représente 48 % des cas, elle est classée persistante dans 56 % des cas et intermittente dans 44 % des cas. Elle est isolée dans 2,5 % des cas, associée à un asthme dans 86 % des cas, associée à une conjonctivite dans 42 % des cas. Les patients ont bénéficié d'un interrogatoire minutieux et d'un examen clinique complet. Des Prick tests (PT) pour les principaux pneumallergènes ont été pratiqués avec des extraits standardisés. Les PT sont positifs dans 83 % des cas. Les allergènes les plus incriminés sont les *Dermatophagoides pteronyssinus* : 68 % ; les *Dermatophagoides farinae* : 50 %, et *Blomia tropicalis* : 38 %. Après traitement basé sur l'association : antihistaminique/corticothérapie nasale, la rhinite allergique sévère est contrôlée dans 40 % des cas et non contrôlée dans 60 % des cas. Les facteurs de mauvais contrôle sont l'exposition allergénique persistante dans 12 cas, la mauvaise observance du traitement dans 11 cas, l'humidité et le tabagisme passif dans 3 cas et le tabagisme actif dans un cas. À travers ces résultats, il ressort que dans notre contexte, la rhinite allergique sévère est souvent sous diagnostiquée et mal contrôlée ce qui retentit sur la vie quotidienne. La prise en charge thérapeutique doit être optimale vu que l'impact de la rhinite allergique sur la qualité de vie est réel.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhinite ; Allergie ; Traitement ; Évolution ; Qualité de vie

Abstract

Severe allergic rhinitis is a real public health problem; it is responsible for 30% of respiratory allergies and it favors women and urban populations. The aim of this prospective study was to evaluate the incidence of severe allergic rhinitis over a period of two and a half years in 166 patients (65% females, average age 33 years) who were followed in consultation for their allergic rhinitis. At the beginning of the study, a history of family atopy was noted in 48% of the cases, the rhinitis was severe in 48% of the cases, and it was persistent in 56% and intermittent in 44% of the cases. It was a unique diagnosis in 2.5%, associated with asthma in 86%, and associated with conjunctivitis in 42% of the cases. On entry, the patients underwent a thorough clinical examination. Prick tests for the main respiratory allergens were performed with standardized extracts; they were positive in 83% of cases. The prick tests most frequently positive were *Dermatophagoides pteronyssinus* (68%), *Dermatophagoides farinae* (50%), and *Blomia tropicalis* (38%). After treatment associating an antihistamine and nasal corticosteroids, severe allergic rhinitis was controlled in 40% of the patients and uncontrolled in 60%. Factors responsible for poor control included persistent allergen exposure in 12 cases, poor adherence to treatment in 11 cases, exposure to humidity and passive smoking in 3 cases, and continued smoking in one case. Based on these results, it appears that, in our context, severe allergic rhinitis is often under-diagnosed and poorly controlled, and that this affects our patients' daily life. The therapeutic management of severe allergic rhinitis should be optimized because of its real impact on the quality of life.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Allergic rhinitis; Prospective study; Diagnosis; Treatment; Quality of life

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hasnajabri@hotmail.fr (H. Jabri).

1. Introduction

La rhinite allergique (RA) est une affection fréquente, caractérisée par la triade : rhinorrhée, éternuements et obstruction nasale. Lorsque ces signes altèrent remarquablement la qualité de vie du patient, la rhinite allergique est classée sévère (RAS). Sa prise en charge doit donc être optimale.

2. Matériels et méthodes

Afin de préciser l'incidence de la rhinite allergique sévère à Casablanca et d'établir les déterminants du non contrôle de celle-ci, nous avons mené une étude prospective étalée sur une période de deux ans et demi (juin 2010–décembre 2012) portant sur 166 patients se présentant pour une rhinite à la consultation d'allergologie, sans antécédents pathologiques particuliers. Les autres diagnostics différentiels de la rhinite allergique sont exclus de cette série. En se référant aux données épidémiologiques et hygrométriques de la région de Casablanca, nous avons utilisé pour les tests cutanés une batterie comportant systématiquement les extraits des pneumallergènes suivants :

- témoin positif : histamine ;
- témoin négatif : Sérum physiologique ;
- dermatophagoides pteronyssinus (Dp) ;
- dermatophagoides farinae (Df) ;
- blomia tropicalis (Bt) ;
- alternaria ;
- poils de chat ;
- pollens d'olivier ;
- pollens de cyprès ;
- mimosa ;
- blé de farine ;
- pariétaire.

Les données sont recueillies sur un questionnaire préétabli, comportant :

- âge et sexe des patients ;
- sévérité initiale de la rhinite : fréquence et intensité des symptômes allergiques, classification selon les stades de sévérité de la rhinite (classification ARIA) [1] ;
- résultats des prick tests pour les principaux pneumallergènes ;
- association ou non à d'autres manifestations allergiques ;
- traitement de fond instauré ;
- tabagisme (actif, passif) ;
- infections ORL ;
- habitat ;
- exposition allergénique ;
- la réponse clinique au traitement de la RAS.

La qualité de vie de nos patients a été évaluée selon l'échelle visuelle analogique [2] interprétée en arabe. Elle comprend l'impact de la symptomatologie clinique sur le sommeil, le rendement scolaire, ou professionnel, et sur l'activité quotidienne.

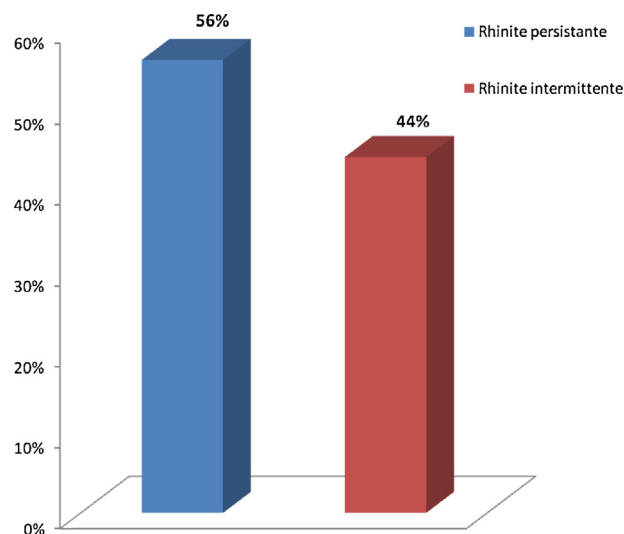


Fig. 1. Classification de la RAS.

3. Résultats

La moyenne d'âge de nos patients était de 32 ans avec des extrêmes allant de 16 à 45 ans. Il a été noté une prédominance féminine (65 %). Une atopie familiale a été présente dans 48 % des cas, un habitat humide dans 35 % des cas. Tous nos patients rapportaient un retentissement important de la rhinite sur leur qualité de vie. La prévalence de la rhinite allergique sévère a été de 48 % (80 patients). Elle a été classée persistante dans 56 % des cas et intermittente dans 44 % des cas (Fig. 1). La RAS a été isolée dans seulement 2,5 % des cas, associée à une conjonctivite dans 42 % et à un asthme dans 55,5 % des cas. L'asthme était persistant modéré dans 33 % des cas. Les tests cutanés étaient positifs dans 86 % des cas. La prévalence de la sensibilisation cutanée aux acariens venait en première position (*Dermatophagoides pteronyssinus* : 68 %, *Dermatophagoides farinae* : 50 % et *Blomia tropicalis* : 38 %), suivie par la sensibilisation à *Alternaria* (33 %) (Fig. 2).

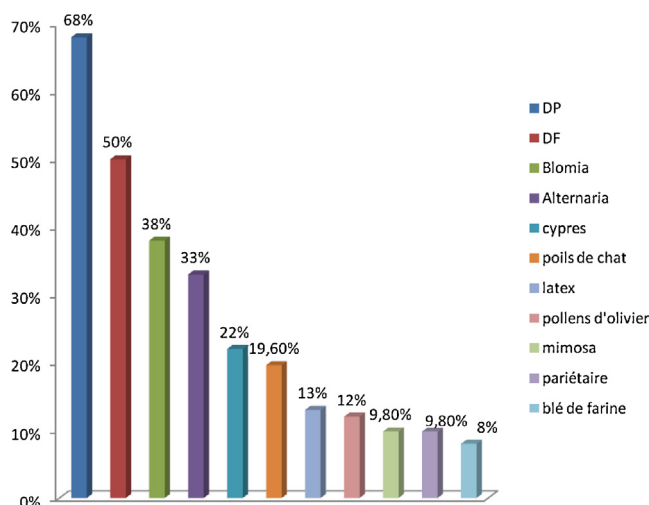


Fig. 2. Prévalence de la sensibilisation aux pneumallergènes.

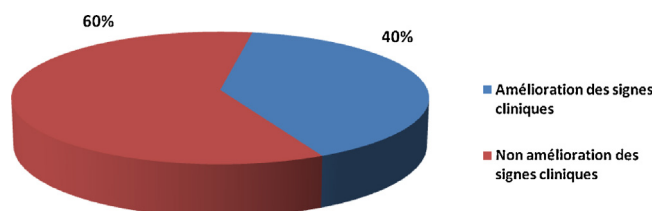


Fig. 3. Réponse au traitement de la RAS.

Le traitement a compris l'éducation du patient qui complétait la prescription de l'association antihistaminiques/corticoïdes intra-nasaux chez tous nos malades, ainsi que la prise en charge des autres associations allergiques (asthme, conjonctivite allergiques...). Les mesures d'éviction du ou des allergènes en cause ont été proposées lorsqu'elles étaient possibles. Par manque de moyens financiers, l'immunothérapie spécifique n'a été menée que chez 8 patients.

La réponse clinique favorable au traitement a été obtenue chez seulement 40 % des patients avec une durée moyenne de suivi de 12 mois (Fig. 3). Les principales causes de non contrôle étaient représentées essentiellement par la mauvaise observance du traitement (Fig. 4) par manque de moyens financiers, et la précarité des habitats de nos patients (exposition allergénique massive).

4. Discussion

La rhinite allergique représente un véritable problème de santé publique vu son impact sur la vie socioéconomique des patients. Il s'agit d'une pathologie très fréquente ; 500 millions de patients à travers le monde [3–5], 24,5 % de la population générale en France [6]. Cette pathologie croît dans la plupart des pays, et particulièrement dans des lieux qui affichaient jusqu'à présent des niveaux bas ou moyens de prévalence. Au Maroc, selon l'étude ISAAC, cette prévalence est passée de 36 % en 1995 à 54,7 % en 2001 [7]. En Europe, entre 10 à 20 % des adolescents âgés de 13 à 14 ans souffrent de RAS [6]. On retrouve une prévalence de 48 % dans notre série avec une moyenne d'âge de 32 ans. L'obstruction nasale, conséquence de la rhinite, perturbe le sommeil, les capacités de concentration et entraîne fatigue, irritabilité, maux de tête, repli sur soi tout en retentissant sur la vie professionnelle et sociale [8–10]. Le diagnostic de la rhinite est soulevé classiquement devant les trois signes cliniques : rhinorrhée, éternuements et obstruction nasale. Reste à déterminer son caractère allergique ou non en fonction des données de l'interrogatoire et des résultats des tests cutanés. Cependant, la rhinite allergique est largement sous diagnostiquée par les médecins. En effet, selon l'enquête réalisée en France en 2004, 29 % des patients souffrant d'une rhinite n'ont pas consulté chez un médecin et n'ont pas été diagnostiqués comme ayant une RA [6]. La RA peut s'associer à l'asthme, et dans notre série, la RAS était associée à l'asthme dans 55,5 % des cas. Dans la littérature, plusieurs études ont démontré que la RA et l'asthme coexistent fréquemment [11,12] et que la RA constitue un facteur de risque pour le développement ultérieur de l'asthme [1,13] sans précisions sur le lien entre la sévérité de la RA et la survenue de l'asthme. Les

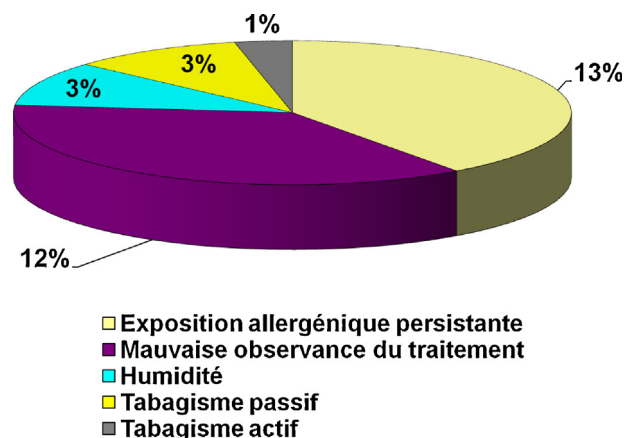


Fig. 4. Facteurs de non réponse au traitement.

principaux allergènes incriminés restent les acariens suivis des moisissures comme en témoignent nos résultats. L'amélioration de la clinique et ainsi de la qualité de vie des patients souffrant de RA est généralement obtenue après éviction de l'allergène si possible, associée à un traitement médicamenteux à base de corticothérapie locale et/ou antihistaminique par voie orale. Selon les recommandations [1,14], la sévérité de la symptomatologie requiert d'autres modalités thérapeutiques, notamment l'augmentation des doses de corticoïdes intranasaux, ou l'association de plusieurs classes thérapeutiques dont l'ajout d'un atropinique. L'immunothérapie spécifique est à discuter au cas par cas. Devant l'échec thérapeutique malgré ces mesures, il faut s'assurer de l'observance du traitement et remettre en cause le diagnostic de RA. Dans notre série, la mauvaise observance du traitement était le principal facteur de la non amélioration clinique de nos patients.

5. Conclusion

La prise en charge de la RA nécessite un suivi régulier pour éviter l'évolution vers la RAS. Dans notre contexte, nous soulignons l'intérêt du traitement adapté et régulier appuyé par l'éducation des patients.

Déclaration d'intérêts

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

Références

- [1] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (Aria) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, ga(2)len and allergen). *Allergy* 2008;63(Suppl. 86):8–160.
- [2] Sheldon LS, Richard AN, Jean AC, Chapman MD, Leonard Bernstein I, William EB, et al. Symptom severity assessment of allergic rhinitis: part 1. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;91:105–14.
- [3] Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006;368:43–73.

- [4] Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. Global alliance against chronic respiratory diseases. *Allergy* 2007;62:216–23.
- [5] Ait-Khaled N, Odhiambo J, Pearce N, Adjoh KS, Maesano IA, Benhabyles B, et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis and eczema in 13 to 14-year-old children in Africa: the International Study of Asthma and Allergies in childhood phase III. *Allergy* 2007;62: 247–58.
- [6] Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J* 2004;24:758–64.
- [7] Bouayad Z, Aichane A, et al. La prévalence et l'évolution de l'asthme auto déclarés et d'autres symptômes de la maladie allergique au Maroc: ISAAC phase I et III. *J Tuberc Lung Dis* 2006;10:371–7.
- [8] 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.
- [9] Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy* 2007;62:17–25.
- [10] Walker S, Khan-Wasti S, Fletcher M, Cullinan P, Harris J, Sheikh A. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case-control study. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:381.
- [11] Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: an independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European community respiratory health survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:301–4.
- [12] Kuyucu S, Saraclar Y, Tuncer A, Geyik PO, Adalioglu G, Akpinarli A, et al. Epidemiologic characteristics of rhinitis in Turkish children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase 2. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17:269–77.
- [13] Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:419–25.
- [14] Bousquet J, van Cauwenberge P, Ait Khaled N, Bachert C, Baena-Cagnani CE, Bouchard J, et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis. Aria update (in with ga2len). *Allergy* 2006;61:1086–96.