



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

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

Article original

Patients atteints de rhinite allergique sévère en médecine de ville : étude prospective menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon

*Patients in primary care suffering from severe allergic rhinitis: A prospective study carried
out with general practitioners in the Languedoc-Roussillon region*

N. Biasielli ^{a,1}, S. Djabelkhir ^{b,1}, J. Bousquet ^{a,c}, P.J. Bousquet ^a, D. Costa ^d, P. Demoly ^{a,*,e}

^a Département de pneumologie et addictologie, CHU de Montpellier; hôpital Arnaud-de-Villeneuve, 34295 Montpellier cedex 5, France

^b Département de physiologie clinique, CHU de Montpellier; hôpital Arnaud-de-Villeneuve, 34295 Montpellier cedex 5, France

^c Inserm U1018, respiratory and environmental epidemiology team, 94800 Villejuif, France

^d Département de médecine générale, CHU de Nîmes, hôpital Carémieu, 30029 Nîmes cedex 9, France

^e Inserm U657, 34295 Montpellier cedex 5, France

Reçu le 15 avril 2013 ; accepté le 18 juillet 2013

Résumé

Contexte. – La rhinite allergique (RA) est une maladie fréquente, en augmentation, pouvant altérer la qualité de vie.

Objectif. – Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence des RA sévères non contrôlées en médecine générale.

Méthodes. – Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes entre mai 2011 et avril 2012. Chaque patient consultant pour RA était évalué initialement par un questionnaire et une échelle visuelle analogique (EVA), puis était réévalué par téléphone après 15 jours de traitement à l'aide d'une échelle numérique. Une valeur supérieure ou égale à 5 définissait le non-contrôle de la RA.

Résultats. – Quatre-vingt-treize patients ont été inclus par 188 médecins. Ces patients étaient âgés de $38,4 \pm 15,3$ ans avec un ratio homme/femme de 0,79. Une RA modérée à sévère ($EVA \geq 5$) concernait 90 % des patients et 83 % d'entre eux disaient être gênés dans la vie quotidienne. La prévalence des RA sévères non contrôlées était de 20 %. Ces patients présentaient plus fréquemment des infections des voies aériennes supérieures (12 % vs 0 % avaient eu au moins trois infections au cours des 12 mois précédents), une malformation nasale (38 % vs 9 %, $p < 0,005$) et un trouble de l'olfaction (81 % vs 55 %, $p = 0,05$) que les patients peu sévères ($EVA < 5$).

Conclusion. – En médecine générale, la majorité des patients atteints de RA (80 %) sont contrôlés par le traitement de première intention. L'EVA pourrait être utilisée dans l'évaluation de la sévérité et de la réponse au traitement de la RA.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhinite allergique ; ARIA ; Contrôle ; EVA ; Médecine générale

Abstract

Background. – Allergic rhinitis (AR) is an increasingly common disease that can impair patients' quality of life.

Objective. – The primary purpose of this study was to evaluate the prevalence of severe uncontrolled AR in general practice.

Methods. – The study was conducted with general practitioners between May 2011 and April 2012. Each patient seen in consultation for AR was initially evaluated using a questionnaire and a visual analog scale (VAS), and then, after 15 days of treatment, was re-evaluated by telephone using a numerical rating scale. A scale value equal to or greater than 5 was defined as uncontrolled AR.

Results. – Ninety-three patients recruited by 188 doctors were included in the study. These patients were 38.4 ± 15.3 years old, and the ratio of males to females was 0.79. Among these patients, 90% had moderate to severe AR (VAS score ≥ 5), and 83% of them said they were bothered by AR in their daily life. The prevalence of uncontrolled severe AR was 20%. Compared to the 80% of patients with only mild symptoms (VAS

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascal.demoly@inserm.fr (P. Demoly).

¹ Les deux premiers auteurs ont participé de façon équivalente à l'article.

score < 5), this group of patients presented more frequently with upper respiratory infections (12% vs 0%), had experienced at least three such infections in the course of the previous 12 months, had a nasal deformity (38% vs 9%, $P < 0.005$) and an olfactory disorder (81% vs 55%, $P = 0.05$).

Conclusion. – In general practice, the symptoms of 80% of patients with AR are controlled by first-line treatment. A VAS can be used in general practice to evaluate the severity of the disease and the response to treatment.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Allergic rhinitis; General practice; Evaluation; VAS; SCUAD; Management

La rhinite allergique (RA) est une maladie fréquente pouvant atteindre 40 % de la population chez les adultes jeunes et sa prévalence est en constante augmentation [1]. Bien qu'elle ne soit pas une pathologie grave, elle peut selon la sévérité des symptômes altérer de façon conséquente la qualité de vie des patients qui en souffrent. Présence et productivité au travail, performances scolaires, qualité du sommeil sont autant de paramètres pouvant être perturbés par la maladie [2,3].

Les médecins généralistes (MG) prennent en charge la majorité des patients atteints de RA [4,5] selon un traitement maintenant codifié. Et bien que la majorité des patients y répondent favorablement, certains ne sont pas contrôlés. Cela nous mène au concept de *severe chronic upper airway disease* (SCUAD) proposé par BOUSQUET et al. en 2009 [6,7], concept définissant les patients qui, malgré un traitement adapté et correctement pris, ont des symptômes nasaux et oculaires incontrôlés et une qualité de vie altérée. Ces patients représentaient entre 10 et 20 % des patients atteints de RA consultant un spécialiste [8]. Aucune donnée n'est disponible en médecine générale. Plus d'études sont nécessaires en médecine générale pour évaluer la prévalence des SCUAD et pour confirmer l'altération de la qualité de vie de ces patients. De plus, il serait intéressant de pouvoir différencier les SCUAD des patients qui peuvent être contrôlés par un traitement pharmacologique adapté.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux concepts de SCUAD en se basant sur l'évaluation de la RA par une échelle visuelle analogique (EVA). L'objectif principal de cette étude de cohorte prospective était d'évaluer la prévalence des

patients SCUAD consultant en médecine générale. Secondairement, nous avons évalué la sévérité et les caractéristiques de ces patients afin d'observer si des éléments cliniques permettraient au MG d'identifier les patients SCUAD lors de la consultation initiale (caractère prédictif). Dans cette étude, deux méthodes validées d'évaluation de la sévérité et du contrôle de la RA ont été confrontées : l'EVA [9] et le Score d'Autoévaluation du Contrôle de la Rhinite Allergique (SACRAL, [10]). Enfin, au travers des résultats de l'étude, une méthode de prise en charge simplifiée de la RA basée sur l'EVA a été proposée aux MG.

1. Patients et méthodes

1.1. Type d'étude

Cette étude épidémiologique de cohorte prospective a été conduite chez des MG, Maîtres de stage de la région Languedoc-Roussillon en France et portait sur des patients atteints de RA. Chaque MG a recruté l'ensemble des patients qu'il considérait atteints de RA en accord avec les critères d'inclusion et de non-inclusion, tels que définis dans l'étude (Tableau 1). Cette inclusion a été faite de façon consécutive. Afin d'éviter toute sur-représentation des patients d'un MG, un maximum de 20 patients par période ont été considérés.

1.2. Périodes d'inclusion

L'étude a été menée sur trois périodes : du neuf mai au 30 juin 2011, du premier octobre au 31 décembre 2011 et du

Tableau 1
Critères d'inclusion et de non inclusion.

Critères d'inclusion (au moins trois critères présents dont au moins un des deux derniers)	Critères de non-inclusion
Âge compris entre 18 et 75 ans	Âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 75 ans
Rhinorrhée (antérieure et/ou postérieure)	Patient déjà suivi par un spécialiste pour sa rhinite (pneumologue, allergologue)
Obstruction nasale	Patient sous immunothérapie spécifique allergénique
Éternuements	Patient avec un total de « oui » strictement inférieur à trois
Prurit nasal	Patient ayant présenté une infection des voies aériennes supérieures, ayant nécessité une antibiothérapie terminée depuis moins de 14 jours ou une infection virale dans les sept jours
Critères de lieu et/ou de temps évocateurs d'allergie	Patient atteint de sinusite chronique avec écoulement postérieur purulent
Tests cutanés d'allergie et/ou IgE spécifiques d'allergènes positifs connus	Femme enceinte
	Patient présentant une allergie ou une hypersensibilité aux médicaments étudiés ou à leurs excipients
	Patient atteint d'une maladie neurologique ou psychiatrique rendant impossible la participation à l'étude
	Patient atteint de rhinite médicamenteuse

16 janvier au 30 avril 2012. Ces périodes correspondaient respectivement à la recrudescence des allergies aux graminées, acariens et cyprès.

1.3. Structure du questionnaire

Notre étude a été menée à l'aide d'un questionnaire reprenant les données habituelles démographiques et de caractéristiques de la RA [10]. Ce questionnaire était rempli par le MG en présence du patient lors de la consultation.

1.4. Description des médecins

Les MG qui ont participé à l'étude étaient des MG Maîtres de stage de la région Languedoc-Roussillon. Nous avons adressé à chacun d'entre eux, pour chacune des périodes, une enveloppe contenant une fiche d'informations sur l'étude, une fiche d'aide à la réalisation des inclusions, dix questionnaires, dix consentements, ainsi qu'une enveloppe retour préaffranchie. À la fin de chaque période d'inclusion, les questionnaires nous étaient adressés par le MG par voie postale à l'aide de l'enveloppe retour. Leur participation était basée sur le volontariat. Les caractéristiques des MG étudiées ont été leur sexe, leur département d'exercice et leur type de pratique (rural, semi-rural, urbain).

1.5. Population étudiée

Les patients devaient être symptomatiques au moment de l'inclusion. N'ont été considérés pour l'étude que les patients atteints de RA en accord avec les critères d'inclusion de l'étude.

1.6. Critères de jugement

1.6.1. Évaluation initiale

Lors de la consultation initiale, les patients répondant aux critères d'inclusion et de non-inclusion et souhaitant participer à l'étude ont été inclus par les MG (j0). Dès lors, le patient était invité à signer le consentement. Il remplissait ensuite le questionnaire avec l'aide du MG. Ce dernier évaluait la sévérité de la RA en utilisant une EVA ainsi que le score SACRAL, validés par Demoly, et al., en 2011 [10]. D'après Bousquet et al. [9], l'EVA permet de différencier deux grades de sévérité de la RA : légère pour une EVA inférieure à 5 et modérée à sévère pour une EVA supérieure ou égale à 5. Dans notre travail, nous avons donc conservé ce seuil de 5 pour différencier ces deux grades dès l'inclusion du patient.

1.6.2. Réévaluation

Les patients étaient réévalués après 15 jours de traitement (j15). Ce délai de 15 jours a été choisi en se référant aux grandes études sur la RA [10,11] et sur le consensus international *allergic rhinitis and its impact on asthma* (ARIA) de prise en charge de la RA [12]. Cette réévaluation à j15 était réalisée lors d'un entretien téléphonique au cours duquel nous réalisions une échelle numérique (EN) et le score SACRAL.

1.6.3. Patients severe chronic upper airway disease

D'après Bousquet et al., les SCUAD sont les patients qui restent très gênés malgré un traitement bien conduit [6,7]. Étant donné l'absence de définition précise des SCUAD, dans ce travail, nous les avons définis arbitrairement comme étant les patients encore sévères après 15 jours de traitement, c'est-à-dire les patients dont l'EN à j15 était supérieure ou égale à 5. À l'inverse, une EN strictement inférieure à 5 définissait une RA contrôlée.

1.7. Prise en charge thérapeutique

L'objectif de ce travail n'était pas d'évaluer un nouveau traitement de la RA, le traitement devait cependant être conforme aux recommandations nationales et internationales [12]. Le choix de la molécule pharmacologique n'était pas imposé, le MG prescrivait selon ses habitudes.

Une stratégie thérapeutique simplifiée, basée sur les recommandations de l'ARIA [12], était proposée aux MG participants :

- une RA légère, définie par une EVA initiale inférieure à 5, justifiait un traitement par antihistaminique (AH1) oral de seconde génération ;
- une RA modérée à sévère, définie par une EVA initiale supérieure ou égale à 5, justifiait un traitement associant un AH1 oral à un corticostéroïde (CS) intranasal.

Certes, les indications thérapeutiques de l'ARIA ne sont pas aussi précises, toutefois, nous nous sommes permis ce raccourci afin d'homogénéiser la prise en charge.

Un traitement par collyre antiallergique pouvait être prescrit en présence de symptômes oculaires. Dans la partie du questionnaire relative au traitement instauré, le MG devait cocher les classes thérapeutiques prescrites (parmi AH1 oral, CS intranasaux, collyres antiallergiques, décongestionnant nasal, CS oraux et autres).

1.8. Comité d'éthique

Cette étude observationnelle n'a pas été soumise pour avis au Comité d'éthique de Montpellier puisqu'aucun geste invasif n'était programmé, qu'aucune visite supplémentaire n'était prévue et que les médicaments prescrits avaient tous une autorisation de mise sur le marché. S'agissant d'une étude de pratique, l'avis d'un comité d'éthique n'était ainsi pas nécessaire. Cependant, chaque participant recevait, préalablement à l'inclusion, une lettre d'information et signait un formulaire de consentement éclairé. Le MG qui était à l'origine de l'inclusion du patient répondait aux questions du patient, dont la participation à cette étude était entièrement libre et volontaire.

1.9. Analyses statistiques

Le calcul du nombre de sujets nécessaires s'est basé sur la plus grande prévalence attendue en médecine spécialisée [8],

c'est-à-dire 20 %. Afin d'observer une prévalence de 10 % + 5 %, soit la moitié de la prévalence en médecine spécialisée, considérant que les médecins spécialistes voient des patients plus sévères, il était nécessaire d'inclure 138 patients sur l'ensemble des périodes.

La description des données a été effectuée au moyen de fréquences et pourcentages pour les données qualitatives et de moyennes et écart-types pour celles quantitatives. Les comparaisons entre groupes ont été effectuées au moyen de tests du Chi² (ou du test exact de Fisher lorsque les conditions ne permettaient pas de réaliser ce test) pour les données qualitatives. Pour celles quantitatives, un test de Wilcoxon-Mann et Whitney a été effectué (ou test de Kruskal Wallis lorsque la comparaison concernait plus de deux groupes).

2. Résultats

2.1. Description des médecins

Parmi les 188 MG contactés, 37 ont inclus au moins un patient (19,7 %). Il y avait 28 hommes (76 %) et neuf femmes (24 %). Leur répartition sur la région Languedoc-Roussillon était inhomogène : 13 exerçaient dans le Gard (35 %), 12 dans l'Hérault (32 %), sept dans les Pyrénées Orientales (19 %), cinq dans l'Aude (14 %) et aucun en Lozère. Le type d'exercice le plus représenté était l'exercice semi-rural avec 22 MG (59 %), suivi de l'exercice urbain avec 15 MG (41 %). Aucun d'entre eux n'exerçait en rural.

2.2. Description des patients

2.2.1. Périodes d'inclusion

Le nombre de patients inclus au cours des trois périodes a été respectivement de 43, dix et 40, soit un total de 93 patients pour lesquels 66 dossiers étaient complets (71 %).

Cependant, pour chaque analyse effectuée, le plus grand nombre de patients pour lesquels nous disposions des données nécessaires a été pris en compte. Cela explique le nombre variable de sujets étudiés selon le type d'analyse.

2.2.2. Caractéristiques des patients

Les patients étaient âgés de 38,4 ans $\pm$ 15,3. Le ratio hommes/femmes était de 0,79. Le poids, la taille et l'indice de masse corporelle étaient respectivement de 66,7 kg $\pm$ 15,3, 168 cm $\pm$ 9 et 23,5 kg/m² $\pm$ 4,7. Concernant le niveau d'études, 18 patients (22 %) présentaient un niveau brevet d'études professionnelles (BEP), 18 (22 %) un niveau baccalauréat (BAC) et 47 (56 %) un niveau supérieur. Parmi eux, 46 (55 %) vivaient en ville, 34 (40 %) en campagne et quatre (5 %) en banlieue. Dix-sept patients (20 %) étaient fumeurs. Des antécédents familiaux d'atopie étaient retrouvés chez 52 patients (62 %). Treize patients (15 %) avaient des antécédents personnels de dermatite atopique. Dix-huit patients (21 %) étaient asthmatiques. Le nombre d'infections oto-rhino-laryngologique (ORL) et/ou respiratoires, ayant nécessité un traitement antibiotique au cours des 12 derniers mois, était de cinq pour un patient (1 %), trois pour un patient (1 %), deux

pour quatre patients (5 %), un pour 17 patients (21 %) et nul pour 60 patients (72 %). Une malformation nasale était présente chez 12 sujets (14 %). Sept patients (8 %) avaient des sinusites à répétition.

2.2.3. Symptomatologie des patients

Les symptômes présentés lors de l'épisode actuel étaient les suivants : rhinorrhée antérieure et/ou postérieure chez 78 patients (93 %), obstruction nasale chez 64 patients (76 %), éternuements chez 79 patients (94 %) et prurit nasal chez 54 patients (64 %). Ainsi, la triade symptomatique, définie par l'association d'une rhinorrhée, d'un prurit et/ou d'éternuements et d'une obstruction nasale était présente chez 57 individus (68 %). Soixante-quatorze patients présentaient des symptômes oculaires (88 %) et 50 (60 %) un trouble de l'olfaction.

2.2.4. Anamnèse de la rhinite allergique

L'ancienneté de la RA était de 13,4 ans $\pm$ 11,9. Chez 83 patients (99 %), un critère de lieu et/ou de temps évocateur(s) d'allergie a été retrouvé(s). Des tests cutanés d'allergie et/ou un dosage d'IgE spécifiques avaient été réalisés pour 37 sujets (44 %).

2.2.5. Classification et retentissement de la rhinite allergique

La RA était intermittente pour 14 patients (17 %) et persistante pour 70 patients (83 %). Par ailleurs, celle-ci était légère dans huit cas (10 %) et modérée à sévère dans 76 cas (90 %). D'après la classification ARIA, la RA était intermittente légère chez trois patients (4 %), intermittente modérée à sévère chez 11 patients (13 %), persistante légère chez cinq patients (6 %) et persistante modérée à sévère chez 65 patients (77 %). Le retentissement de la RA était significatif puisqu'une gêne dans la vie quotidienne concernait 70 patients (83 %). En effet, une altération de la vie professionnelle et/ou scolaire, du sommeil et des loisirs a été retrouvée chez respectivement 38 (45 %), 49 (58 %) et 34 patients (40 %).

2.3. Évaluation initiale de la sévérité et du contrôle de la rhinite allergique

Lors de la consultation initiale, les patients étaient gênés de façon variable puisque l'EVA à j0 était de 6,0 $\pm$ 2,0 (sur 10). De même, le SACRAL confirmait le non-contrôle de la maladie avec un score moyen de 16,6 $\pm$ 3,5 (sur 25).

2.4. Description de la prise en charge thérapeutique

2.4.1. Prescriptions thérapeutiques le jour de la consultation

Au terme de la consultation, le MG prescrivait un AH1 oral (98 %, $n = 79$), un CS intranasal (78 %, $n = 63$), un collyre antiallergique (41 %, $n = 33$), un décongestionnant intranasal (9 %, $n = 7$), un CS oral (2 %, $n = 2$) et une autre classe thérapeutique (12 %, $n = 10$). Au moins deux traitements (AH1 oral et CS intranasaux) étaient prescrits chez 63 patients (76 %).

2.4.2. Réévaluation à j15 de la sévérité de la rhinite allergique

Après 15 jours de traitement, les patients étaient nettement améliorés, comme en témoigne l'EN dont la valeur était de $2,8 \pm 2,2$. Ainsi, la diminution moyenne de l'EVA/EN était de $-3,2 \pm 2,9$. Le SACRAL confirmait le bon contrôle de la RA avec un score moyen de $21,5 \pm 2,9$. Ainsi, l'augmentation moyenne du SACRAL était de $5,0 \pm 4,0$.

2.5. Prévalence et caractéristiques des patients severe chronic upper airway disease

2.5.1. Prévalence des patients severe chronic upper airway disease

Dans notre étude, la prévalence des SCUAD en médecine générale, c'est-à-dire les patients non contrôlés après 15 jours de traitement, était de 20 % ($n = 16$). Cela signifie que la majorité des patients (80 %, $n = 66$) n'étaient plus considérés comme sévères après traitement ($EN < 5$) et donc considérés contrôlés.

2.5.2. Caractéristiques des patients severe chronic upper airway disease (SCUAD) et des patients non SCUAD

Aucun patient du groupe non SCUAD n'avait présenté plus de deux infections, alors que cela concernait 12 % des patients ($n = 2$) du groupe SCUAD ($p < 0,05$). Les patients SCUAD présentaient plus fréquemment une malformation nasale (38 %, $n = 6$ vs 9 %, $n = 6$, $p < 0,05$) et un trouble de l'olfaction (81 %, $n = 13$ vs 55 %, $n = 36$, $p = 0,05$) (Tableau 2). Il n'existait pas de différence concernant la prescription médicamenteuse dans ces deux groupes (Tableau 3).

2.5.3. Comparaison des scores des patients severe chronic upper airway disease (SCUAD) et des patients non SCUAD

À l'inclusion, il n'y avait pas de différence en ce qui concerne le score SACRAL entre ces deux groupes contrairement à j15 (Fig. 1). La variation du score SACRAL traduit une amélioration plus importante chez les patients non SCUAD (Fig. 2).

2.5.4. Les trois sous-groupes de severe chronic upper airway disease

Au vu des résultats concernant les patients SCUAD, nous pouvons différencier trois sous-groupes ou phénotypes (Tableaux 4 et 5) : les SCUAD avec malformations nasales ($n = 6$) ; les SCUAD avec traitement non maximal ($n = 4$) ; les SCUAD avec résistance à un traitement maximal ($n = 6$), le traitement maximal étant défini arbitrairement par une bithérapie associant un AH1 oral et un CS intranasal.

3. Discussion

La RA est une maladie fréquente dont la prévalence est en constante augmentation [1]. Celle-ci peut altérer de façon conséquente la qualité de vie des patients. La plupart des patients atteints de RA sont pris en charge par les MG [4,5]. Bien que la majorité des patients soient contrôlés par un

traitement adapté, certains d'entre eux restent très gênés par leurs symptômes. Ces patients, non contrôlés par le traitement, appelés SCUAD par Bousquet et al. [6,7], nécessitaient plus d'études. En effet, la prévalence des SCUAD n'était pas connue en médecine générale. Le terme équivalent francophone d'atteinte rhinosinusienne sévère chronique (ARSEC) pourrait être proposé afin de définir ces patients atteints d'affections rhinosinusiennes sévères et chroniques résistantes au traitement.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer cette prévalence et d'étudier les caractéristiques de ces patients en médecine générale. Par ailleurs, l'évaluation de la sévérité de la RA repose habituellement sur des questionnaires tels que le *rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire* (RQLQ), le Total Symptom Score (TSS), ou plus récemment les scores de sévérité et de contrôles EVA [9] ou SACRAL [10]. Notre intention était de proposer une évaluation de la sévérité de la RA au MG basée sur une EVA. L'EVA a été choisie car elle a été largement utilisée pour l'évaluation de symptômes subjectifs comme la douleur. Elle est considérée comme étant une méthode d'auto-évaluation sensible, fiable et reproductible. Cet outil de mesure a été validé dans l'évaluation de la sévérité de la RA par Bousquet et al. en 2007 [9]. Il a été montré que la sévérité selon la classification ARIA était comparable à une évaluation par l'EVA. Ainsi, en médecine générale, l'EVA pourrait représenter un outil d'évaluation simple, rapide et fiable de la sévérité et probablement du contrôle de la RA. Quant au score SACRAL, il évalue le retentissement de la RA dans la vie quotidienne à l'aide de cinq questions cotées chacune de une à cinq. Ce score peut donc varier de 5 à 25. Le seuil de 20 a été validé afin de définir le contrôle de la maladie avec une sensibilité de 67 %, une spécificité de 82 %, une valeur prédictive négative de 32 % et une valeur prédictive positive de 95 % [10].

Dans notre étude, la prévalence des SCUAD était de 20 %. Cela montre que huit patients sur dix sont bien améliorés par le traitement de première intention en médecine générale. Dans cette étude en soins primaires, nous avons arbitrairement élargi la définition du SCUAD et inclus les patients non observants et ceux dont le traitement n'était pas adéquat, afin de se rapprocher au mieux de la pratique quotidienne. Dans l'étude de Bousquet et al., publiée en 2010, les SCUAD représentaient entre 10 et 20 % des patients atteints de RA consultant un spécialiste [8], donc exactement comme en médecine générale, alors que notre hypothèse (et le calcul du nombre de sujets nécessaires) était un taux deux fois moins important qu'en médecine spécialisée. Par ailleurs, nous avons montré que les SCUAD avaient eu plus d'infections des voies aériennes supérieures traitées par antibiotiques au cours des 12 mois précédents (12 % avaient eu au moins trois infections), présentaient plus fréquemment une malformation nasale et un trouble de l'olfaction. Dans notre étude, les malformations nasales ainsi que les troubles olfactifs n'ont pas été diagnostiqués par un examen ORL, mais seulement recherchés lors de l'interrogatoire.

Contrairement aux deux autres sous-groupes (phénotypes) de SCUAD (traitement non maximal et malformation nasale),

Tableau 2

Caractéristiques des patients *severe chronic upper airway disease* (SCUAD) et des patients non SCUAD.

	SCUAD	Non SCUAD	<i>p</i>
<i>Nombre (%)</i>	16 (20)	66 (80)	
<i>Âge (années)</i>	42,2 ± 17,7	37,2 ± 14,3	> 0,05
<i>Poids (kg)</i>	68,7 ± 16,1	66,1 ± 15,1	> 0,05
<i>Taille (cm)</i>	167 ± 9	169 ± 9	> 0,05
<i>Indice de masse corporelle (kg/m²)</i>	24,3 ± 4,3	23,2 ± 4,7	> 0,05
<i>Ancienneté de la rhinite (années)</i>	13,1 ± 10,8	13,8 ± 12,2	> 0,05
<i>Homme/Femme</i>	1	0,74	> 0,05
<i>Niveau d'études</i>			
BEP (%)	4 (27)	12 (18)	
BAC (%)	4 (27)	14 (21)	> 0,05
Supérieures (%)	7 (46)	40 (61)	
<i>Lieu de vie</i>			
Campagne (%)	8 (50)	26 (39)	
Banlieue (%)	1 (6)	3 (5)	> 0,05
Ville (%)	7 (44)	37 (56)	
<i>Tabagisme (%)</i>	5 (31)	12 (18)	> 0,05
<i>Antécédents familiaux d'atopie (%)</i>	10 (67)	41 (63)	> 0,05
<i>Antécédents personnels de dermatite atopique (%)</i>	2 (13)	11 (17)	> 0,05
<i>Asthme (%)</i>	3 (19)	15 (23)	> 0,05
<i>Infections des voies aériennes supérieures au cours des 12 derniers mois</i>			
0 (%)	12 (75)	47 (71)	
1 (%)	2 (13)	15 (23)	< 0,05
2 (%)	0	4 (6)	
≥ 3 (%)	2 (12)	0	
<i>Sinusites à répétition (%)</i>	1 (6)	6 (9)	> 0,05
<i>Malformation nasale (%)</i>	6 (38)	6 (9)	< 0,05
<i>Symptômes oculaires (%)</i>	14 (88)	58 (88)	> 0,05
<i>Troubles de l'olfaction (%)</i>	13 (81)	36 (55)	0,05
<i>Rhinite selon ARIA</i>			
Intermittente (%)	3 (19)	11 (17)	> 0,05
Persistante (%)	13 (81)	55 (83)	
<i>Rhinite selon ARIA</i>			
Légère (%)	1 (6)	7 (11)	> 0,05
Modérée à sévère (%)	15 (94)	59 (89)	
<i>Classification ARIA</i>			
Intermittente légère (%)	0	3 (5)	
Intermittente modérée à sévère (%)	3 (19)	8 (12)	> 0,05
Persistante légère (%)	1 (6)	4 (6)	
Persistante modérée à sévère (%)	12 (75)	51 (77)	
<i>Trouble du sommeil (%)</i>	9 (56)	38 (58)	> 0,05
<i>Altération de la vie professionnelle/scolaire (%)</i>	8 (50)	28 (42)	> 0,05
<i>Perturbation des loisirs (%)</i>	6 (38)	27 (41)	> 0,05
<i>Gêne dans la vie quotidienne (%)</i>	14 (88)	54 (82)	> 0,05

ARIA : *allergic rhinitis and its impact on asthma* ; BEP : brevet d'études professionnelles ; BAC : baccalauréat.

Tableau 3

Prise en charge thérapeutique et réponse au traitement des patients *severe chronic upper airway disease* (SCUAD) et des patients non SCUAD.

Classes thérapeutiques	SCUAD	Non SCUAD	<i>p</i>
Antihistaminiques oraux (%)	15 (94)	63 (95)	
Corticostéroïdes intranasaux (%)	12 (75)	51 (77)	
Collyres antiallergiques (%)	6 (38)	27 (41)	
Corticostéroïdes oraux (%)	0	2 (3)	> 0,05
Décongestionnants intranasaux (%)	1 (6)	6 (9)	
Autres (%)	2 (13)	7 (11)	

les SCUAD avec résistance au traitement étaient plus jeunes, avaient un indice de masse corporelle plus faible et plus fréquemment des antécédents d'atopie (hormis l'asthme). Ils n'étaient pas tabagiques, ce qui exclut un rôle du tabagisme dans la résistance au traitement. De plus, ces patients souffraient tous de RA persistante. De façon générale, les patients de notre étude étaient majoritairement des sujets dont le niveau d'études était élevé. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure éducation thérapeutique et un accès aux soins plus aisés. Par ailleurs, la majorité des patients souffraient d'une RA modérée à sévère (90 %) et présentaient une gêne dans la vie

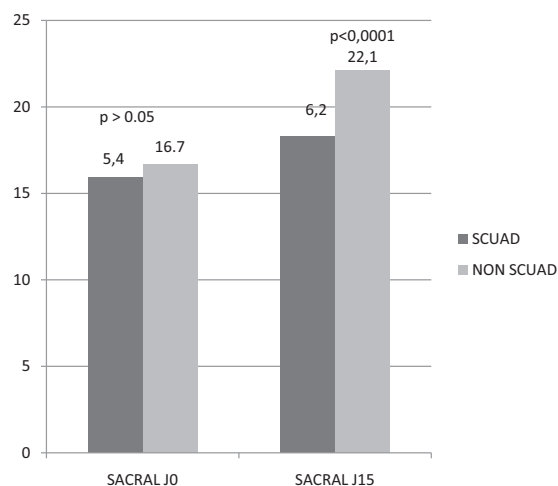


Fig. 1. Comparaison des scores des patients *severe chronic upper airway disease* (SCUAD) et des patients non SCUAD.

quotidienne (83 %). Ces résultats traduisent le fait que la consultation est motivée par la sévérité de la RA. Cela est en accord avec les études précédentes. En effet, dans l'étude Enquête pharmaco-épidémiologique sur la prise en charge de la rhinite allergique saisonnière en pratique quotidienne de médecine générale (ERASM) [11], 92 % des patients étaient gênés dans la vie quotidienne. L'étude ERAP [13] retrouvait cette gêne chez 91 %. Dans l'étude de Van Cauwenberge et al. [14], 89 % des patients estimaient la sévérité de leurs symptômes selon une EVA modérée à sévère. Dans notre étude, la prescription des AH 1 oraux a été de 98 %. Elle était de 92,4 % dans l'étude ERASM [11]. En revanche, la prescription de CS intranasaux dans notre travail était plus fréquente (78 % vs 45 %). Cette différence peut s'expliquer par la stratégie thérapeutique proposée dans le protocole de cette étude (prescription de CS intranasaux si EVA ≥ 5). Dans notre étude, 60 % des patients (81 % chez les SCUAD) présentaient des troubles de l'olfaction, ce qui paraît élevé pour la RA

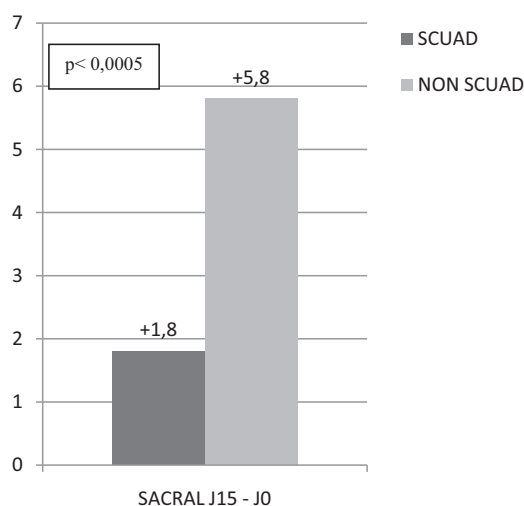


Fig. 2. Variation du score SACRAL de j0 à j15 chez les patients *severe chronic upper airway disease* (SCUAD) et les patients non SCUAD.

comparé à d'autres études (39 % dans l'étude ERAP [13]). Cela pourrait s'expliquer par un biais de recrutement puisque seulement 44 % de nos patients avaient bénéficié d'un bilan allergologique (comme cela est classique dans ce type d'étude en médecine générale). Ces patients pouvaient donc présenter une affection ORL non allergique telle qu'une polyposse nasosinusienne pouvant expliquer en partie l'échec du traitement chez les SCUAD. Ces remarques sont également valables en ce qui concerne les malformations nasales. Cela permet d'insister qu'en cas d'échec du traitement, il est indispensable d'adresser le patient chez un spécialiste (allergologue, ORL) [15]. Cependant, il a été démontré que la présence de symptômes évocateurs, récurrents à la même période depuis plusieurs années, dans des circonstances de lieux évocatrices, a une valeur prédictive de 82–85 % pour les allergènes saisonniers et d'au moins 77 % pour des allergènes perannuels [16].

Notre étude présentait certains biais. Le faible pourcentage (19,7 %) de MG ayant participé peut s'expliquer par la très grande difficulté de réaliser des études en médecine générale en France, faute de temps des MG, plus dans les soins et peu ou pas dans la recherche et pourtant les informations obtenues par ce type d'études sont précieuses (circuit de soins, profils des patients, habitudes de prescription...). Le nombre de sujets inclus était relativement faible comparé aux grandes études précédentes sur la RA qui portaient généralement sur plus de 1000 patients. En effet, le nombre de patients inclus dans notre étude était inférieur au nombre de sujets nécessaires calculé, d'où un manque de puissance. Cependant, notre étude portait seulement sur la région Languedoc-Roussillon. Par ailleurs, nous avons été confrontés à un certain nombre de données manquantes puisque seulement 71 % des dossiers étaient complets. Cela confirme la difficulté de réaliser des études de bonne qualité en médecine générale en France. Cependant, en ce qui concerne le critère de jugement principal (prévalence des SCUAD), la donnée manquait pour seulement 11 patients (12 %). De plus, le nombre de patients inclus par période n'était pas homogène. D'octobre 2011 à janvier 2012 (période des acariens), seulement dix patients (11 %) ont été recrutés alors que la répartition des patients sur les deux autres périodes était similaire. Par conséquent, la sous représentation de cette période rend nos conclusions plus adaptées aux RA aux pollens (cyprès et graminées). La réévaluation après 15 jours de traitement a été réalisée à l'aide d'une EN, qui s'est substituée à l'EVA, et du questionnaire SACRAL lors d'un entretien téléphonique et non pas en consultation au cabinet. Cela avait pour but de limiter le nombre de perdus de vue et de ne pas induire de façon systématique une nouvelle consultation et un surcoût pour la sécurité sociale.

Nos résultats nous permettent de proposer une démarche simplifiée quant à la prise en charge de la RA en médecine générale. Dans un premier temps, il convient, bien entendu, de confirmer le diagnostic de RA après avoir réalisé un interrogatoire minutieux et un examen clinique complet (contexte, examens complémentaires réalisés, recherche d'un asthme associé, symptômes, examen endonasal simple avec un otoscope) [15]. Dans un second temps, l'évaluation de la

Tableau 4

Caractéristiques des trois phénotypes de patients *severe chronic upper airway disease*.

	Traitement non maximal	Malformations nasales	Résistance traitement
<i>Nombre (%)</i>	4 (25)	6 (37,5)	6 (37,5)
<i>Âge (années)</i>	37,8 ± 14,8	53,0 ± 14,6	34,3 ± 19,2
<i>Poids (kg)</i>	68,2 ± 18,3	79 ± 17	58,6 ± 6,9
<i>Taille (cm)</i>	166 ± 4	175 ± 4	161 ± 10
<i>Indice de masse corporelle (kg/m²)</i>	24,5 ± 5,2	25,8 ± 5,2	22,8 ± 2,9
<i>Ancienneté de la rhinite (années)</i>	6,5 ± 9,1	16,2 ± 12,9	14,5 ± 9,1
<i>Homme/Femme</i>	0,33	5	0,5
<i>Niveau d'études</i>			
BEP (%)	1 (25)	1 (20)	2 (33,3)
BAC (%)	1 (25)	1 (20)	2 (33,3)
Supérieures (%)	2 (50)	3 (60)	2 (33,3)
<i>Lieu de vie</i>			
Campagne (%)	2 (50)	4 (67)	2 (33)
Banlieue (%)	0	0	1 (17)
Ville (%)	2 (50)	2 (33)	3 (50)
<i>Tabagisme (%)</i>	2 (50)	3 (50)	0
<i>Antécédents familiaux d'atopie (%)</i>	1 (25)	4 (67)	5 (83)
<i>Antécédents personnels de dermatite atopique (%)</i>	0	0	2 (33)
<i>Asthme (%)</i>	0	2 (33)	1 (17)
<i>Infections des voies aériennes supérieures au cours des 12 derniers mois</i>	4 (100)	4 (67)	4 (67)
0 (%)	0	1 (16,5)	1 (16,5)
1 (%)	0	0	0
2 (%)	0	0	1 (16,5)
≥ 3 (%)	0	1 (16,5)	0
<i>Sinusites à répétition (%)</i>	0	1 (17)	0
<i>Symptômes oculaires (%)</i>	3 (75)	6 (100)	5 (83)
<i>Troubles de l'olfaction (%)</i>	3 (75)	5 (83)	5 (83)
<i>Rhinite selon ARIA</i>			
Intermittente (%)	1 (25)	2 (33)	0
Persistante (%)	3 (75)	4 (67)	6 (100)
<i>Rhinite selon ARIA</i>			
Légère (%)	0	0	1 (17)
Modérée à sévère (%)	4 (100)	6 (100)	5 (83)
<i>Classification ARIA</i>			
Intermittente légère (%)	0	0	0
Intermittente modérée à sévère (%)	1 (25)	2 (33)	0
Persistante légère (%)	0	0	1 (17)
Persistante modérée à sévère (%)	3 (75)	4 (67)	5 (83)
<i>Trouble du sommeil (%)</i>	1 (25)	5 (83)	3 (50)
<i>Altération de la vie professionnelle/scolaire (%)</i>	1 (25)	3 (60)	4 (67)
<i>Perturbation des loisirs (%)</i>	1 (25)	2 (33)	3 (50)
<i>Gêne dans la vie quotidienne (%)</i>	4 (100)	5 (83)	5 (83)

ARIA : *allergic rhinitis and its impact on asthma* ; BEP : brevet d'études professionnelles ; BAC : baccalauréat.

sévérité de la RA pourrait être réalisée à l'aide d'une EVA. Le seuil de 5 paraît satisfaisant pour différencier une RA légère (EVA < 5) d'une RA modérée à sévère (EVA ≥ 5). Dès lors, la prescription thérapeutique de première intention serait en cas de RA légère, un AH1 oral en monothérapie. En cas de RA modérée à sévère, celle-ci serait une bithérapie associant un AH1 oral et un CS intranasal. En présence de symptômes oculaires, un collyre antiallergique pourrait être associé. Nous proposons une réévaluation après 15 jours de traitement à l'aide d'une EVA. Un score strictement inférieur à 5, traduisant une RA non sévère répondant bien au traitement de première intention, justifierait la poursuite du traitement pendant la

période symptomatique. Un score supérieur ou égal à 5 définirait une RA sévère et par conséquent, un patient SCUAD. En présence d'un patient SCUAD, il conviendrait d'aborder l'observance thérapeutique du patient, puis de s'assurer de l'adéquation du traitement avec celui proposé. En effet, il est primordial de s'assurer d'une bonne observance thérapeutique même si cela est difficile en pratique ce qui, une fois encore, démontre l'intérêt du bilan étiologique. Dans le cas d'un traitement adéquat et bien suivi, un diagnostic différentiel devra être écarté et des comorbidités telles qu'une malformation nasale devront être recherchées. Enfin, le traitement pourra être majoré. En cas d'échec thérapeutique, le patient sera

Tableau 5

Prise en charge thérapeutique des trois phénotypes de patients *severe chronic upper airway disease*.

	Traitement non maximal	Malformations nasales	Résistance au traitement
Nombre de patients (%)	4 (25)	6 (37,5)	6 (37,5)
Nombre de patients avec EVA initiale (j0) (%)			
< 5	1 (25)	2 (33)	1 (17)
≥ 5	3 (75)	4 (67)	5 (83)
Sévérité de la RA : EVA initiale (j0)	4,8 ± 2,1	5,8 ± 2,3	6,3 ± 3,3
Contrôle de la RA : SACRAL initial (j0)	15,5 ± 1,7	15,7 ± 3,8	16,5 ± 4,6
Classes thérapeutiques			
Antihistaminiques oraux (%)	3 (75)	6 (100)	6 (100)
Corticostéroïdes intranasaux (%)	1 (25)	5 (83)	6 (100)
Collyres antiallergiques (%)	1 (25)	3 (50)	2 (33)
Corticostéroïdes oraux (%)	0	0	0
Décongestionnants intranasaux (%)	0	1 (17)	0
Autres (%)	1 (25)	1 (17)	0
Sévérité de la RA : EN finale (j15)	7,0 ± 1,8	5,7 ± 0,5	6,7 ± 1,2
Contrôle de la RA : SACRAL final (j15)	16,8 ± 1,9	18,7 ± 2,5	17,3 ± 2,4

RA : rhinite allergique ; EVA : échelle visuelle analogique ; SACRAL : Score d'Autoévaluation du Contrôle de la Rhinite Allergique ; EN : échelle numérique.

adressé à un spécialiste dans le cadre du bilan étiologique. L'ORL pourra ainsi réaliser un bilan complémentaire devant comporter une endoscopie nasale. L'allergologue sera lui en mesure de compléter le bilan par des Prick tests aux différents allergènes, éventuellement des dosages complémentaires d'IgE spécifiques ou encore des tests de provocation et de proposer un traitement par immunothérapie allergénique le cas échéant [15].

Déclaration d'intérêts

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

Remerciements aux médecins

P. Absil, L. Aigle, P. Albaric, J.-L. Aldebert, M. Amouyal, L. Andre, J. Astaing, A. Attias, P. Barbe, P. Barthelemy, S. Bastide, V. Bastide, A. Beaufigeau, S. Begel-devaux, C. Bélin-Sauget, G. Bellon-Narcisi, C. Beltran, G. Benezis, J.-M. Bernier, J.-B. Besse, F. Bidal, H. Boulard, L. Bouniol, G. Bourrel, B. Brangier, J.-P. Brien, J.-M. Cabot, S. Calonne-Froidevaux, C. Capdet-Tisseyre, C. Carrere, J.-L. Castan, J.-L. Cayrat, R. Cazalis, V. Chaume, A.-M. Chiffre, J.-F. Clape, K. Clara, B. Clary, A. Colmas, G. Compere, T. Cornille, E. Coue, F. Crespini, M. Cukier, P. Cukier, J.-F. Cuquemelle, B. Daubin, M. David, M. Dedieu, C. Dejean-Bravi, D. Delay, S. Deshons, M. Didierjean, M. Dousse-Douet, G. Dufour, T. Dunand, A. Durand, D. Durand, G. Durant, P. Dutilleul, L. Échinard, T. El Meddeb, B. Escudero, H. Fanton, R. Faure, C. Flaissier, P. Fortune, P. Frances, P. Franchini, B. Gabbai, M.-N. Gagneux, Y. Galea, J. Galtie, C. Garcia, M. Garcia, L. Garcin, C. Gaudeul, C. Gausserand, S. Gautard, B. Gay, E. Gorin de Ponsay, N. Gouin, C. Grand, M. Grand, M. Grau, J. Graves, M. Guardiola, A. Guerri, A. Guillaumou, J. Guillere, E. Guiu, F. Guiu, G. Havard-Fourage, N. Heran, P. Heuze, L. Heyraud, S. Huynh-Van, P. Josa, A. Joulie, V. Jouve-Mar, J. Julia, V. Kerjean, I. Lafont de Cazenove, P. Lambert, A. Lanners, V. Lapierre, J.-D. Laporte, V. Laporte, F. Laulhe, M.

Leroux, J. Lewin, I. Le Meur, R. Le Stum, E. Liotard, R. Llanos, S. Llobet, J.-F. Loeve, B. Lognos, P. Mallet, C. Malzac, A. Mantovani, J.-M. Marechal, R. Marino, H. Martin, T. Martin, K. Martinez, M.-L. Masardo, A. Mattera, M.-T. Mattera, M.-C. Maupas, R. Maurel, Y. Mercey, J.-F. Mercier, F. Mercoiret, B. Meric, P. Merle, M. Merlen, C. Milleret, P. Munck, V. Némorin, A. Noraz, M. Noyer-Gauduin, J.-P. Olive, F. Olivet, J.-L. Ollivier, P. Olombel, A. Oude-Engberink, D. Pages, F. Parada-Bonté, A. Pascal, G. Pascal, O. Pauwels, S. Pavageau, L. Pech-Gourg, R. Penchinat, M. Perez, H. Pidoux, A. Pons, A. Pro, J. Rambaud, C. Renon, N. Ribera, C. Robin, P. Rodot, C. Rouquette, M.-J. Roux, J.-M. Royer, O. Rozand, J. Salembier, F. Salzmann, J.-P. Sastourne, B. Saucerotte, T. Sedaghat, M. Segura, P. Seguret, P. Serayet, T. Stefanaggi, M. Taleb, J.-B. Thibert, K. Timol, P. Trichard, P. Triouleyre, D. Vergez, M. Vergnieres, D. Verna, F. Weiss, D. Wible.

Références

- [1] Bousquet J, Khaltayev N. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach. Genève: World Health Organization; 2007: 14–20.
- [2] Bousquet J, Khaltayev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008;63:8–160.
- [3] Green RJ, Davis G, Price D. Concerns of patients with allergic rhinitis: the allergic rhinitis care programme in South Africa. *Prim Care Respir J* 2007;16:299–303.
- [4] Van Weel C. General practitioners' central role in management of asthma and allergic rhinitis. *Allergy* 2008;63:1005–7.
- [5] Ryan D, van Weel C, Bousquet J, Toskala E, Ahlstedt S, Palkonen S, et al. Primary care: the cornerstone of diagnosis of allergic rhinitis. *Allergy* 2008;63:981–9.
- [6] Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltayev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:147–334.
- [7] Bousquet J, Bachert C, Canonica GW, Casale TB, Cruz AA, Lockett RJ, et al. Unmet needs in severe chronic upper airway disease (SCUAD). *J Allergy Clin Immunol* 2009;124:428–33.
- [8] Bousquet PJ, Bachert C, Canonica GW, Casale TB, Mullol J, Klossek JM, et al. Uncontrolled allergic rhinitis during treatment and its impact on

- quality of life: a cluster randomized trial. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:666–8.
- [9] Bousquet PJ, Combescure C, Neukirch F, Klossek JM, Méchin H, Daures JP, et al. Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. *Allergy* 2007;62:367–72.
- [10] Demoly P, Jankowski R, Chassany A, Bessah Y, Allaert FA. Validation of a self-questionnaire for assessing the control of allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2011;41:860–8.
- [11] Demoly P, Allaert FA, Lecasble M. ERASM, a pharmacoepidemiologic survey on management of intermittent allergic rhinitis in everyday general medical practice in France. *Allergy* 2002;57:546–54.
- [12] Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltayev N. Prise en charge de la rhinite allergique et son impact sur l'asthme. In: Guide de poche. ARIA; 2001.
- [13] Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Klossek JM. ERAP, enquête pharmaco-épidémiologique sur la rhinite allergique perannuelle en pratique quotidienne. *Presse Med* 2003;32:1066–72.
- [14] Van Cauwenberge P, Lund V, Bousquet J, El Akkad T. Profiles and symptom severity of patients presenting to general practice with seasonal allergic rhinitis. *Allergy* 2000;55:197.
- [15] Braun JJ, Devillier P, Wallaert B, Rancé F, Jankowski R, Acquaviva JL, et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique. *Rev Fr Allergol* 2010;50:3–27.
- [16] Crobach MJJS, Hermans JO, Kaptein AA, Ridderikhoff J, Petri H, Mulder JD. The diagnosis of allergic rhinitis: how to combine the medical history with the results of radioallergosorbent tests and skin prick tests. *Scan J Prim Health Care* 1998;16:30–6.