



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique xxx (2008) xxx-xxx

REVUE FRANÇAISE
D'ALLERGOLOGIE
ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

<http://france.elsevier.com/direct/REVCLI/>

Article original

Enquête sur le poids de la rhinite allergique en France

A survey of the burden of allergic rhinitis in France

J. Bousquet^{a,1,*}, G.K. Scadding^b, A. Williams^c

^a Service de pneumologie, Inserm, CHU Arnaud-de-Villeneuve, 371, avenue Doyen-G.-Giraud, 34295 Montpellier, France

^b Royal National Throat, Nose and Ear Hospital, London, Royaume-Uni

^c GlaxoSmithKline R&D, Uxbridge, Middlesex, Royaume-Uni

Reçu le 21 mars 2008 ; accepté le 26 mars 2008

Résumé

Introduction. – Cet article présente les données françaises d'une étude prospective internationale menée auprès de patients et de médecins sur la perception des symptômes et l'impact de la rhinite allergique (RA) sur la qualité de vie.

Méthodes. – Les données portant sur les symptômes, leur sévérité et leur impact ont été recueillies auprès de 504 patients et leurs médecins. La qualité de vie a été évaluée avec le miniquestionnaire sur la qualité de vie liée à la rhinoconjonctivite.

Résultats. – Selon les médecins, une large proportion (71 %) des patients avaient une RA modérée ou sévère, une forme persistante (48,3 %) et des comorbidités comme l'asthme (32,3 %) et l'anxiété (19 %). De plus, 55,3 % des patients avec une RA perannuelle et 44,9 % avec une RA saisonnière avaient une forme persistante. Les médecins sous-estimaient certains symptômes rapportés par les patients, notamment la toux, les céphalées et le prurit oculaire. La forme persistante de la RA impactait plus les patients que la forme intermittente ($2,0 \pm 1,3$ versus $1,8 \pm 1,2$; $p < 0,05$). La qualité de vie était inversement corrélée à la sévérité de la RA. Néanmoins, 73,9 % des patients ayant une forme intermittente signalaient des répercussions sur leur vie quotidienne.

Conclusion. – La RA demeure un important problème de santé en France en raison de la forte prévalence de ses formes modérées ou sévères, de sa persistance et de son impact sur la qualité de vie. La perception de la RA diffère significativement entre les patients et les médecins tant au niveau de la sévérité qu'au niveau des symptômes rapportés.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Background. – This paper presents the results from France of a prospective, cross-sectional, international survey conducted among patients and physicians to identify symptom perception and the impact of allergic rhinitis on health-related quality of life.

Methods. – Data about the presence, severity and impact of symptoms were recorded by 504 patients and matched with data from their physicians. Health-related quality of life was assessed using the Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire.

Results. – According to the physicians' assessments, a large proportion (71%) of patients had moderate or severe disease, persistent disease (48.3%), and comorbidities such as asthma (32.3%) and anxiety (19%). Persistent disease was present in 55.3% of patients with perennial allergic rhinitis and 44.9% with seasonal allergic rhinitis. Physicians tended to underestimate the incidence of some symptoms reported by the patients, most notably cough, headache, and itchy eyes. Health-related quality of life was negatively correlated with disease severity and number of symptom-free days. Allergic rhinitis had a significantly greater impact on patients with more persistent disease compared with those with intermittent disease (2.0 ± 1.3 versus 1.8 ± 1.2 ; $p < 0.05$); nevertheless, 73.9% of patients with intermittent disease reported some impairment of their daily life.

Conclusions. – Allergic rhinitis remains a significant health problem in France due to the high prevalence of moderate or severe, persistent disease in patients presenting during routine care as well as to the impact of the disease on health-related quality of life. Patients and

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.bousquet@inserm.fr (J. Bousquet).

¹ Membre du Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN), soutenu par le programme européen pour la recherche, contrat n° FOOD-CT-2004-506378.

physicians differed significantly in their perception of disease severity and in the reporting of some symptoms, including ocular symptoms and cough.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Rhinite allergique ; France ; Qualité de vie ; Enquête

Keywords: Allergic rhinitis; France; Health-related quality of life; Survey

1. Introduction

La rhinite allergique (RA) est une maladie fréquente qui représente un poids considérable tant pour le patient que pour la société [1–8]. Une grande enquête menée au niveau de la population française, en 2004, estimait la prévalence de la RA à 24,5 % [9]. Dans cette enquête, un tiers des patients ayant un diagnostic confirmé de RA avaient une forme persistante et 51 % avaient une RA perannuelle (RAP) [9]. Par ailleurs, plusieurs études nationales ont été réalisées en France et décrivent le profil des patients consultant leur médecin généraliste ou spécialiste. Ces enquêtes rapportent régulièrement l'impact des symptômes de la RA sur les activités quotidiennes, la qualité du sommeil et la productivité [1–6].

Des données récentes indiquent que les symptômes d'atteinte des voies aériennes supérieures [10] ainsi que ceux de l'asthme [11–13] sont souvent présents chez les patients atteints de RA, en particulier ceux qui ont des formes modérées ou sévères persistantes, et qui n'ont pas d'antécédent d'asthme [4,14]. Malgré cela, cet état est souvent banalisé par le patient et/ou non reconnu par le médecin, d'où un contrôle insuffisant des symptômes. L'enquête réalisée en France, en 2004, a montré que 29 % des patients qui étaient au courant de leur état n'ont jamais consulté un médecin et n'ont pas été diagnostiqués officiellement comme ayant une RA [9]. En outre, une évaluation des patients ayant des symptômes cliniquement confirmés de RA a montré que 43 % ne savaient pas qu'ils avaient une RA et 54 % n'avaient pas été diagnostiqués par leur médecin.

Cet article présente les résultats français d'une enquête internationale prospective, menée auprès des patients et des médecins afin d'identifier la perception des symptômes et l'impact de la RA sur la qualité de vie.

2. Méthodes

2.1. Schéma de l'étude

Le programme spécifique de maladies allergiques (DSP[®]), géré par Adelphi Groupe, a été réalisé entre février et avril 2006 et a recruté des médecins généralistes et allergologues ainsi que leurs patients. La méthodologie complète de cette enquête a été détaillée précédemment [15]. Pour chaque patient, les médecins devaient remplir un « dossier patient » et les patients ont été invités à remplir un autoquestionnaire. Tous les patients âgés de 12 ans et plus, avec un diagnostic clinique de RA tel que défini par le médecin, étaient éligibles pour être inclus, qu'ils aient ou non consulté pour des symptômes de RA le jour de l'enquête. Les données recueillies par les médecins concer-

naient les caractéristiques du patient, le diagnostic, les symptômes et leur sévérité, les facteurs déclenchants, les comorbidités, les traitements médicamenteux actuels et antérieurs et le recours aux soins. Les informations recueillies auprès des patients concernaient l'histoire de la maladie, les symptômes et leur sévérité, l'impact de la RA sur le sommeil, l'activité, le sport et les loisirs, le travail ou l'école et la satisfaction du résultat du traitement.

2.2. Évaluation des symptômes et de la qualité de vie

La RA est une maladie fluctuante. Par conséquent, les médecins et les patients relèvent à la fois les symptômes présents au moment de la consultation et leur sévérité, ainsi que les symptômes qui sont souvent présents, mais pas le jour de la consultation. La qualité de vie a été évaluée en utilisant un questionnaire, le *mini rhinoconjunctivitis quality of life* (miniRQLQ), spécifique de la rhinoconjunctivite, validé pour mesurer les problèmes fonctionnels de l'adulte ayant une rhinoconjunctivite [16]. En utilisant une échelle de sept points, où « 6 » représente le plus grand handicap et « 0 » représente le moindre, les patients ont évalué l'impact de la rhinoconjunctivite dans cinq domaines : l'activité (les activités quotidiennes, le travail ou les performances scolaires, le sommeil), les problèmes pratiques (le besoin de se frotter les yeux et de se moucher le nez à plusieurs reprises) ainsi que les symptômes nasaux, oculaires et autres.

2.3. Méthodes statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le Statistical Package for the Social Sciences Version 14 (SPSS V14) et STATA Version 9.2. Les tests Anova et Khi-2 de Pearson ont d'abord été appliqués aux données et aux moyennes et pourcentages, respectivement, dans les trois sous-groupes de patients (RAP, rhinite allergique saisonnière [RAS] et mixte [RAP + RAS] comme identifiés par le médecin). Si ces tests étaient significatifs ($p < 0,05$), des tests statistiques complémentaires ont été effectués pour la comparaison des sous-groupes deux à deux. Dans ces comparaisons, le *t*-test a été utilisé pour comparer les moyennes et les tests exact de Fisher ou Khi-2 de Pearson ont été utilisés pour comparer les pourcentages. Pour prendre en compte plusieurs essais, les ajustements de Bonferroni ont été appliqués à ces tests.

Seules les données « paires », issues des « dossiers patients » et « autoquestionnaires patients » ont été incluses dans cette analyse. Le coefficient statistique Kappa a été utilisé pour évaluer le niveau de concordance entre les patients et les

médecins [17], et les tests de Wilcoxon ou de McNemar ont été utilisés pour évaluer une tendance plus accentuée d'un groupe plus qu'un autre, dépendamment si les résultats sous-jacents mesurés étaient de nature binaire ou ordinale.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients

Les données ont été recueillies auprès de 504 patients et corrélées aux données recueillies par les médecins généralistes et spécialistes. La plupart des patients (68,7 %, $n = 346$) ont été recrutés par des médecins généralistes. Parmi les 504 patients, la plupart ont consulté pour la RA, dont 19,2 % ($n = 97$) pour un suivi, 51,8 % ($n = 261$) pour une prescription et 15,1 % ($n = 76$) pour une aggravation des symptômes.

Les tests de diagnostic avaient été faits, que ce soit au cours de la visite de suivi ou lors d'une visite préalable, chez 83,7 % ($n = 422$) des patients pour confirmer le diagnostic de RA. La plupart des patients avaient effectué soit un test cutané (*prick*

test), soit un dosage des IgE spécifiques (par test Radio-AllergoSorbent [RAST]) (66,5 % [$n = 335$] et 34,7 % [$n = 175$], respectivement). Des patients (83,7 % [$n = 422$]) avaient eu un test de provocation nasale. Une endoscopie nasale ou rhinoscopie avait été effectuée chez 12,3 % ($n = 62$) des patients.

Les caractéristiques des patients, telles qu'évaluées par le médecin, sont résumées dans le [Tableau 1](#).

Une RAP a été diagnostiquée chez 37,1 % ($n = 187$) des patients dont 13,9 % ($n = 26$) avaient une RAS associée. Une RAS a été diagnostiquée chez 68,1 % ($n = 343$) des patients dont 7,6 % ($n = 26$) avaient une RAP associée.

Globalement, 48,3 % ($n = 242$) des patients interrogés avaient une maladie persistante (définie par la présence des symptômes supérieure à quatre jours/semaines et supérieure à quatre semaines consécutives) [18] : 55,3 % ($n = 89$) des patients ayant une RAP, 44,9 % ($n = 141$) une RAS et 46,2 % ($n = 12$) l'association RAP + RAS. Toutefois, il n'y avait pas de différence significative dans l'incidence de la RA persistante entre les différents types de RA ([Tableau 1](#)).

Tableau 1
Caractéristiques des patients français selon le type de RA (évaluation des médecins)

	RAS + RAP ($n = 26$)	RAP ($n = 161$)	RAS ($n = 317$)	Total ($n = 504$)
Type de RA (%)	5,2	31,9	62,9	100
Âge (ans)				
Moyenne $\pm$ ET	33,58 $\pm$ 13,43	35,58 $\pm$ 13,48	37,48 $\pm$ 14,05	36,67 $\pm$ 13,86
Groupes d'âge, n (%)				
12– < 18 ans	2 (7,7)	12 (7,5)	15 (4,7)	29 (5,8)
18–24 ans	9 (34,6)	24 (14,9)	47 (14,8)	80 (15,9) ****
25–64 ans	15 (57,7)	121 (75,2)	239 (75,4)	375 (74,4)
≥ 65 ans	0 (0)	4 (2,5)	16 (5,0)	20 (4,0)
Sexe, n (%)				
Femmes	14 (53,8)	99 (61,5)	150 (47,5) ***	263 (52,3) ****
Hommes	12 (46,2)	62 (38,5)	166 (52,5) ***	240 (47,7) ****
Durée depuis le diagnostic (ans)				
Moyenne $\pm$ ET	9,29 $\pm$ 7,93	7,97 $\pm$ 8,22	8,14 $\pm$ 7,47	8,15 $\pm$ 7,73
Fréquence des symptômes, n (%)				
Intermittents ^a	14 (53,8)	72 (44,7)	173 (55,1)	259 (51,7)
Persistants ^b	12 (46,2)	89 (55,3)	141 (44,9)	242 (48,3)
Sévérité de la maladie n (%)				
Légère	6 (24,0)	35 (21,9)	105 (33,1) ***	146 (29,1) ****
Modérée/sévère	19 (76,0)	125 (78,1)	212 (66,9) ***	356 (70,9) ****
Évaluation du tabagisme, n (%)				
N'a jamais fumé	17 (70,8)	109 (69,9)	216 (69,0) *	342 (69,4)
Ancien fumeur	2 (8,3)	30 (19,2)	54 (17,3)	86 (17,4)
Fumeur actuel	5 (20,8)	17 (10,9)	43 (13,7)	65 (13,2)
Comorbidités communes (> 5 %) %				
Asthme	9 (34,6)	68 (42,2) **	86 (27,1) ***	163 (32,3) ****
Sinusite	0 (0)	12 (7,5)	23 (7,3)	35 (6,9)
Anxiété	5 (19,2)	34 (21,1)	57 (18,0)	96 (19,0)
Médecin recrutant (%)				
MG	10 (38,5) ****	99 (61,5)	237 (74,8) **, ****	346 (68,7) ****
Spécialiste	16 (61,5) ****	62 (38,5)	80 (25,2) **, ****	158 (31,3) ****

* $p < 0,05$ RAS + RAP versus RAP ; ** $p < 0,05$ RAS + RAP versus RAS ; *** $p < 0,05$ RAP versus RAS ; **** $p < 0,05$ RAS + RAP versus RAP versus RAS.
RAP : rhinite allergique perannuelle ; RAS : rhinite allergique saisonnière ; ET : écart-type.

^a Intermittent : symptômes inférieurs à quatre jours/semaines ; inférieurs à quatre semaines consécutives.

^b Persistant : symptômes supérieurs à quatre jours/semaines ; supérieurs à quatre semaines consécutives.

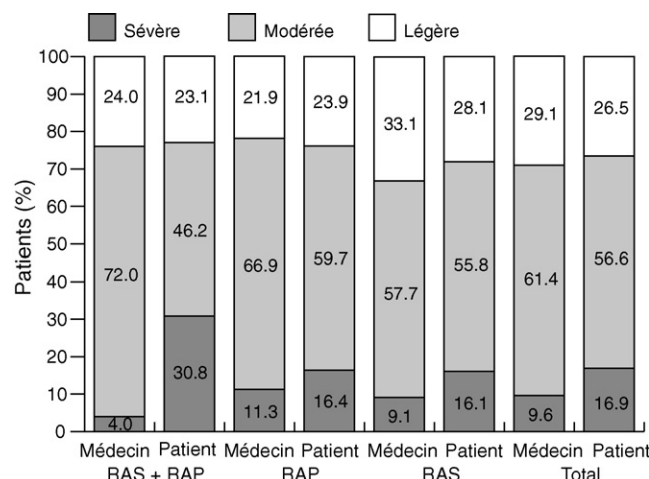


Fig. 1. Sévérité de la maladie rapportée par les médecins et les patients en France.

Les médicaments utilisés par les patients étaient des antihistaminiques non sédatifs (ANS) (40,3 % ; $n = 203$), des corticoïdes intranasaux (CSN) (9,5 % ; $n = 48$) ou une association de ces deux traitements (43,5 % ; $n = 219$). Plus de 50 % des patients (55,6 % ; $n = 280$) utilisaient deux ou plusieurs médicaments pour leur RA. Quatre-vingts pour cent ($n = 175$) des patients à qui avaient été prescrit un ANS et un CSN avaient une maladie modérée ou sévère.

L'évaluation des médecins et des patients a montré que 71 ($n = 358$) et 73,5 % ($n = 370$) des patients avaient, respectivement, une maladie modérée ou sévère (Fig. 1).

Globalement, moins de patients ont perçu leur condition comme légère par rapport à l'évaluation du médecin (Fig. 1). L'incidence de la maladie rapportée par les patients est supérieure à celle rapportée par les médecins pour tous les types de RA : RAS + RAP (30,8 % [$n = 8$] versus 4 % [$n = 1$]), RAP (16,4 % [$n = 26$] versus 11,3 % [$n = 18$]) et RAS (16,1 % [$n = 51$] versus 9,1 % [$n = 29$]) et ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

La comparaison de l'évaluation de la sévérité de la maladie entre les médecins et les patients a montré que les patients avaient jugé leur maladie plus sévèrement que les médecins dans les trois types de RA ($p < 0,001$). L'évaluation de la sévérité de la maladie pour les patients atteints de RAS et de RAP trouve seulement un niveau modéré de concordance entre les médecins et les patients. Pour les patients RAS + RAP, le coefficient Kappa montre seulement une légère concordance entre médecins et patients, dans l'évaluation de la sévérité de la maladie.

Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'asthme, la sinusite et l'anxiété (Tableau 1). Un diagnostic actuel ou antérieur d'asthme était plus fréquent chez les patients ayant une RAP que chez les patients ayant une RAS (42,2 % [$n = 68$] versus 27,1 % [$n = 86$] ; $p < 0,005$). Il n'y avait pas de différence statistique entre les groupes pour les autres comorbidités.

3.2. Symptomatologie

Les types de symptômes rapportés par les patients étaient similaires dans tous les types de RA (Fig. 2). Les symptômes les

plus fréquemment signalés par le patient, actuellement ou fréquemment présents chez plus de 50 % des patients ayant une RA, étaient l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'éternuement, le prurit oculaire/yeux rouges et le prurit nasal. Les patients ayant l'association RAS + RAP avaient signalé plus de symptômes (actuellement ou fréquemment présents) que les patients ayant une RAS ou une RAP (Fig. 2) ($p < 0,01$). Toutefois, le nombre de symptômes relevés par les médecins n'était pas statistiquement significatif entre les différents groupes. Certains symptômes, et plus particulièrement les symptômes oculaires, les sibilances, le ronflement, l'obstruction nasale et le réveil nocturne, étaient plus fréquemment notés ($p < 0,05$) chez les patients ayant une forme persistante que chez les patients ayant une forme intermittente (symptômes présents inférieurs à quatre jours/semaines ou inférieurs à quatre semaines) [18], selon l'évaluation des patients (Tableau 2).

La plupart des patients (99,2 % ; $n = 500$) avaient signalé souffrir d'au moins un symptôme et 98,2 % ($n = 494$) souffrir de deux ou plusieurs symptômes. Au moment de l'enquête, les deux tiers (65,7 % ; $n = 331$) des patients avaient signalé présenter des symptômes nasaux et oculaires, et 29 % ($n = 146$) avaient indiqué que leurs symptômes nasaux et oculaires actuels étaient modérés ou sévères.

Dans tous les groupes, le nombre moyen de jours où les patients n'avaient signalé aucun symptôme était de 14,9 sur quatre semaines (14,6 pour les patients ayant une RAP ; 15 pour les patients ayant une RAS et 14 pour les patients ayant RAS + RAP). Les jours sans symptômes étaient plus fréquents chez les patients ayant une RA légère (moyenne de $17,5 \pm 9,7$ sur quatre semaines) comparés aux patients ayant une RA modérée ou sévère (moyenne de $13,8 \pm 9,3$; $p < 0,001$). Quatorze pour cent ($n = 70$) des patients avaient déclaré ne pas avoir de symptômes au cours des quatre dernières semaines, et il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en fonction du type de RA : 10,1 % ($n = 161$) des patients ayant une RAP étaient sans symptômes par rapport à 15,6 % ($n = 49$) ayant une RAS et 16 % ($n = 4$) ayant RAS + RAP.

Selon les médecins, les symptômes nasaux étaient jugés « bien » ou « complètement » contrôlés sur une période de quatre semaines chez 42,3 % ($n = 213$) des patients ayant une RA. Les médecins avaient estimé que seulement 24 % ($n = 121$) des patients avaient des symptômes nasaux (relatifs à la rhinite) « mal » contrôlés. De même, les symptômes de rhinite et les symptômes oculaires, respectivement, avaient été considérés comme « bien » ou « complètement » contrôlés chez 52,9 % ($n = 267$) et 45 % ($n = 227$) des patients, mais « mal » contrôlés chez 16,9 % ($n = 85$) et 12,2 % ($n = 61$) des patients. Seulement 34,6 % ($n = 9$) des patients ayant RAP + RAS (contre 43,6 % [$n = 138$] de ceux ayant une RAS et 41 % ($n = 66$) de ceux ayant une RAP) présentaient des symptômes nasaux « bien » ou « complètement » contrôlés, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

Globalement, 45,8 % ($n = 231$) des patients avaient déclaré que leurs symptômes étaient gênants immédiatement après le réveil (61,5 % [$n = 16$] dans le groupe RAS + RAP). Cependant, au moins un tiers des patients avaient également

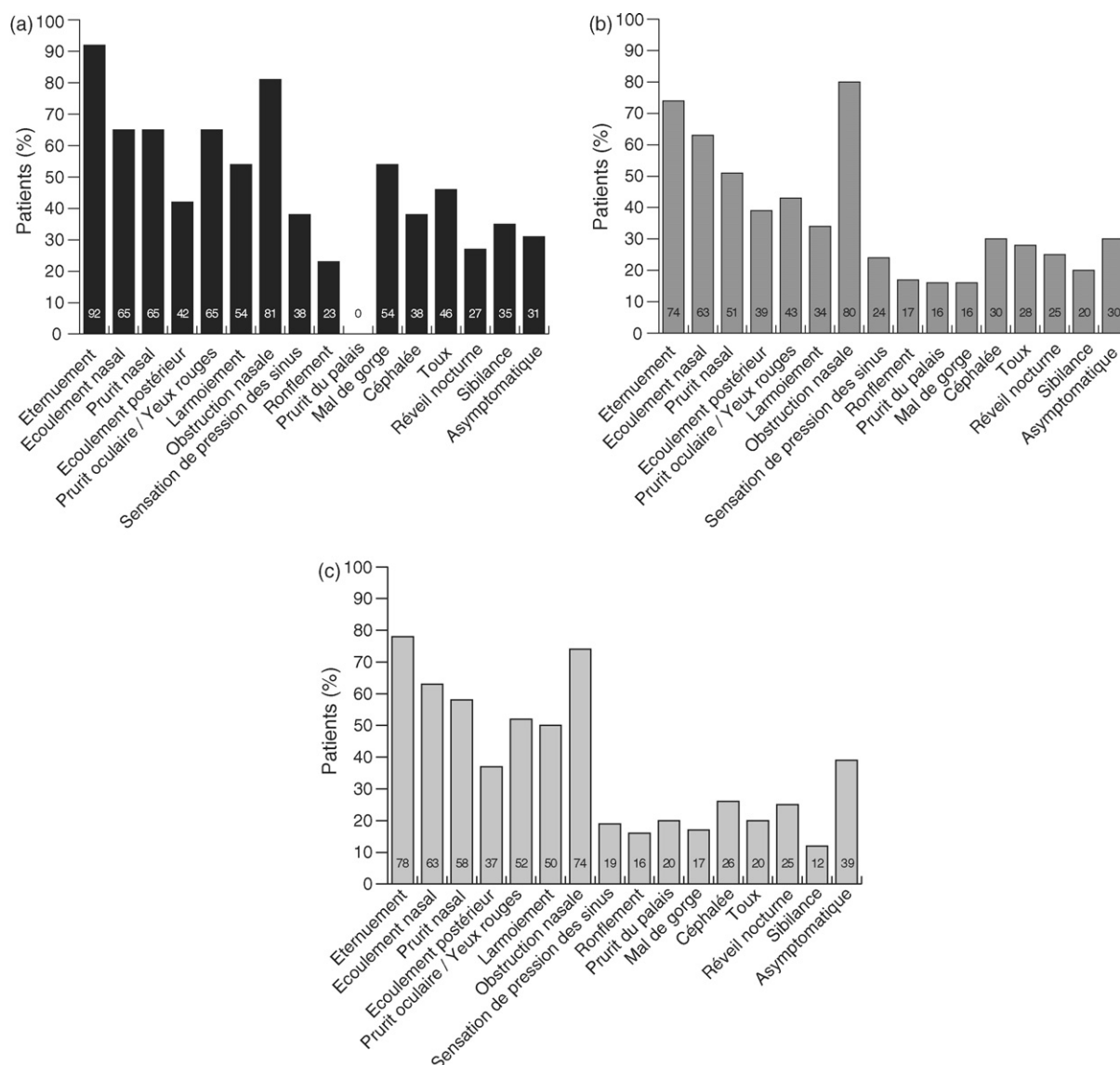


Fig. 2. Symptômes (actuellement ou fréquemment présents) rapportés en France par les patients ayant RAS + RAP (2a), RAP (2b) et RAS (2c). La mention « fréquemment présents » réfère à des symptômes qui ne sont pas présents actuellement.

signalé des symptômes gênants à d'autres moments de la journée, et 24,6 % ($n = 124$) des patients avaient des symptômes nocturnes.

Les patients trouvaient que leurs symptômes nasaux et oculaires étaient souvent les plus problématiques : 58,9 % ($n = 297$) des patients avaient signalé que les symptômes nasaux étaient les plus gênants, tandis que 12,1 % ($n = 61$) avaient signalé le prurit oculaire/yeux rouges ou les larmoiements comme le symptôme le plus gênant. Parmi les 50 % ($n = 252$) des patients ayant un prurit oculaire/yeux rouges, 13,5 % ($n = 34$) avaient considéré ce symptôme comme le plus gênant.

En comparaison avec l'évaluation faite par les patients, les médecins avaient tendance à sous-estimer l'incidence de certains symptômes, notamment la toux, les sibilances, les céphalées, la sensation de pression des sinus, le prurit oculaire/yeux rouges, mais reflétaient plus fidèlement l'incidence de

l'obstruction nasale, l'éternuement, le prurit nasal, le ronflement et le réveil nocturne (Fig. 3).

3.3. Asthme et RA

Selon l'évaluation des médecins, un nombre similaire de patients, asthmatiques et non asthmatiques, avaient des symptômes modérés ou sévères de RA (72,7 % [$n = 117$] versus 70,1 % [$n = 239$]). Certains symptômes tels que la toux (27 % [$n = 44$] versus 12,9 % [$n = 44$] ; $p < 0,001$) et les sibilances (20,2 % [$n = 33$] versus 2,1 % [$n = 7$] ; $p < 0,001$) étaient plus fréquemment présents chez les patients asthmatiques. Il n'y avait pas d'autre différence statistiquement significative dans la symptomatologie. Les médecins considéraient le contrôle des symptômes globalement similaire chez les patients asthmatiques et non asthmatiques : 55,2 % ($n = 80$) des patients asthmatiques contre 51,9 % ($n = 161$) des patients

Tableau 2

Incidence, en France, des symptômes rapportés par les patients (actuels ou fréquemment présents) ayant une RA intermittente ou persistante^a

Symptômes	Intermittents (n = 259)	Persistants (n = 242)	Valeur de p
Éternuement	73,4	79,3	ns
Nez qui coule	66,0	74,8	0,040
Prurit nasal	51,7	52,1	ns
Écoulement postérieur	30,1	34,7	ns
Prurit oculaire/yeux rouges	39,0	50,8	0,009
Larmolement	36,3	46,3	0,029
Obstruction nasale	74,1	82,2	0,031
Sensation de pression des sinus	15,4	16,1	ns
Ronflement	11,6	18,6	0,033
Prurit du palais	16,6	26,9	0,006
Mal de gorge	11,2	12,0	ns
Céphalée	17,4	18,6	ns
Toux	16,6	18,6	ns
Réveil nocturne	17,0	26,4	0,012
Sibillance	5,0	11,2	0,013

ns : non significatif.

^a Les données de trois patients manquent dans cette analyse.

non asthmatiques, avaient des symptômes « bien » ou « complètement » contrôlés.

En accord avec les observations faites par les médecins, un nombre similaire de patients, asthmatiques versus non asthmatiques, ont rapporté avoir une RA modérée ou sévère (79 % [n = 128] versus 70,9 % [n = 241]). Les patients asthmatiques ont plus fréquemment rapporté une toux (33,1 % [n = 54] versus 19,4 % [n = 66] ; $p < 0,01$) et des sibillances (36,2 % [n = 59] versus 5,9 % [n = 20] ; $p < 0,001$). Il n'y avait pas d'autre différence statistiquement significative dans la présentation des symptômes.

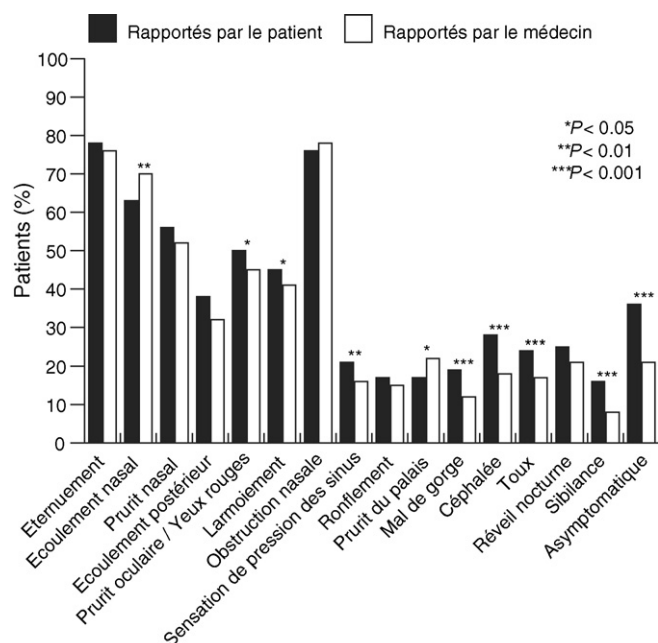


Fig. 3. Incidence totale des symptômes rapportés par les médecins et les patients en France.

3.4. Impact sur le sommeil et les activités quotidiennes

Globalement, environ 50 % des patients ont rapporté que les symptômes de RA avaient un certain impact sur leur sommeil au cours du mois précédent, à type de difficultés à l'endormissement (53,6 % ; $n = 270$) et de réveils nocturnes (53,0 % ; $n = 267$).

Les patients ayant une RA persistante étaient plus impactés que ceux ayant une RA intermittente : 58 % ($n = 141$) versus 50,2 % ($n = 129$) ; ($p < 0,05$) ont rapporté des difficultés à s'endormir ; 59,7 % ($n = 140$) versus 49 % ($n = 124$) ; ($p < 0,05$) s'être réveillés pendant la nuit ; 51,7 % ($n = 125$) versus 40,9 % ($n = 105$) ; ($p < 0,05$) avoir eu du mal à rester endormis ; et 64,9 % ($n = 157$) versus 55,6 % ($n = 143$) ($p < 0,05$) ne pas avoir suffisamment eu de sommeil.

La plupart des patients avaient considéré que leurs symptômes de RA avaient impacté significativement leurs activités quotidiennes (76,5 % ; $n = 281$) et leur performance scolaire ou au travail (73,5 % ; $n = 370$) dans les sept jours précédents. Ceux ayant une RA persistante étaient plus souvent impactés que ceux ayant une RA intermittente. Près d'un patient sur dix (9,8 % ; $n = 49$) avait indiqué que ses symptômes avaient un impact modéré ou sévère sur ses activités quotidiennes et 10,7 % ($n = 54$) sur le rendement scolaire ou au travail. Pour la plupart des patients ayant une forme intermittente et persistante, la RA avait un impact sur les activités quotidiennes (73,9 % [$n = 187$] et 79,5 % [$n = 186$], respectivement) ainsi que sur la productivité au travail/à l'école (70,2 % [$n = 106$] et 76,1 % [$n = 124$]), dans les sept jours précédents.

Les symptômes de la RA semblent aussi affecter l'humeur des patients : 51,8 % ($n = 261$) disaient se sentir fatigués, 29,2 % ($n = 147$) se sentir irritables et 2,6 % ($n = 13$) ressentir un malaise général (Fig. 4). Parmi les patients ayant une RA persistante versus intermittente, environ 50 % avaient indiqué se sentir fatigués (57,0 % [$n = 138$] versus 46,7 % [$n = 121$] ; $p < 0,05$) et 33 % se sentir irritables (30,6 % [$n = 74$] versus 28,2 % [$n = 73$]). Seulement un patient sur quatre (28,6 % ; $n = 144$) avait indiqué que sa RA n'avait aucun impact sur la façon dont il se sentait.

3.5. Impact sur la qualité de vie (miniRQLQ)

Les résultats indiquent que les patients étaient « à peine gênés » ou « seulement un peu gênés » par leur RA ($1,9 \pm 1,2$). La moyenne globale était similaire pour les patients ayant une RAP ($1,9 \pm 1,2$), une RAS ($1,9 \pm 1,3$) et une RAS + RAP ($2,0 \pm 1,3$). Globalement, le score moyen était $1,3 \pm 1,0$ pour les patients ayant une RA légère, comparativement à $2,2 \pm 1,2$ pour les patients ayant une RA modérée et $2,0 \pm 1,3$ pour les patients ayant une RA sévère. La qualité de vie était inversement corrélée au nombre de jours sans symptômes dans les quatre dernières semaines (coefficient de corrélation de Pearson = -0,48, $p < 0,001$). La RA avait beaucoup plus d'impact chez les patients ayant une forme plus persistante, par rapport à ceux ayant une forme intermittente ($2,0 \pm 1,3$ versus $1,8 \pm 1,2$; $p < 0,05$).

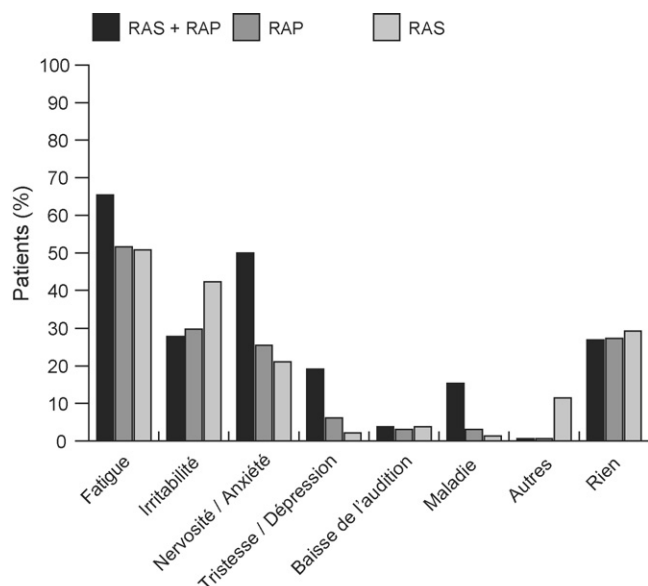


Fig. 4. Impact de la RA sur le bien-être des patients en France.

4. Discussion

Cette enquête a été menée auprès de 504 patients atteints de RA recrutés par 128 médecins généralistes et spécialistes en France. Parmi les patients recrutés, 62,9 % avaient été diagnostiqués comme ayant une RAS et 31,9 % une RAP. Selon la classification ARIA, 71 % de ces patients avaient une RA modérée ou sévère et 48,3 % avaient une forme persistante [18].

Les médecins avaient tendance à sous-estimer l'incidence de la RA sévère. La comparaison, entre l'évaluation des médecins et des patients, de la sévérité de la RA a montré que plus de patients jugeaient leur RA comme « sévère » (dans les trois types de RA) par rapport aux médecins. L'écart entre les médecins et les patients, dans l'évaluation de la sévérité de la maladie ainsi que dans la nature et la sévérité des symptômes, était plus important pour les patients ayant une RAP + RAS.

En accord avec les résultats d'autres enquêtes [19–21], les symptômes de la RA impactaient fortement. En moyenne, les patients ont été impactés par leurs symptômes au cours de deux semaines sur les quatre semaines précédentes. Seulement un patient sur sept (14 %) dit ne pas avoir eu de symptômes au cours des quatre semaines précédentes, ce qui indique que la plupart des patients étaient symptomatiques, même au début du printemps (entre février et avril), au moment où le pollen, à travers la France, devrait être relativement faible comparé aux mois de mai, juin et juillet (<http://www.polleninfo.org>).

Les symptômes les plus fréquemment signalés par les patients, actuellement ou fréquemment présents chez plus de 50 % des patients ayant une RA, sont l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'éternuement, le prurit oculaire/yeux rouges et le prurit nasal. Les deux tiers (65,7 %) des patients souffraient de symptômes nasaux et oculaires le jour de l'enquête, et 29 % des patients jugeaient leurs symptômes actuels, nasaux et oculaires,

modérés ou sévères. Cela est concordant avec les conclusions des enquêtes précédentes réalisées au printemps en France et qui montrent que la rhinorrhée, l'éternuement et l'obstruction nasale sont les symptômes les plus fréquemment signalés chez les patients ayant une RAS [4]. Globalement, les patients ayant une RA présentent un plus grand nombre de symptômes et ont une forme plus persistante et modérée-sévère que les patients ayant une rhinite non allergique [22].

Les symptômes de la RA dépassent le cadre des symptômes ORL. Les symptômes oculaires, l'irritation pharyngée, la toux ou la gêne respiratoire sont fréquents chez les patients se présentant chez le médecin dans la pratique quotidienne en France [2]. Cependant, les données de cette enquête indiquent qu'il existe une importante sous-estimation de ces symptômes (notamment la toux, les sibilances, les céphalées, la sensation de pression des sinus, le prurit oculaire/yeux rouges) par les médecins, par rapport à ce que rapportent les patients.

Les enquêtes précédentes ont montré une nette corrélation entre le contrôle des symptômes (nasaux, pulmonaires, oculaires et autres) et l'altération de la qualité du sommeil [6] et la qualité de vie [23]. Globalement, 50 % des patients dans notre étude avaient indiqué que leurs symptômes de RA impactaient leur sommeil. La plupart des patients (≥ 74 %) considéraient que leurs symptômes avaient un impact sur leurs activités quotidiennes et sur leurs performances scolaires et au travail. En accord avec les résultats des enquêtes précédentes [5], une forme persistante avait un impact plus important sur le sommeil, les activités quotidiennes et le rendement au travail qu'une forme intermittente ; quoique 73,9 % des patients atteints de RA intermittente signalent un impact sur leur vie professionnelle ou quotidienne à la suite des symptômes.

Les résultats du miniRQLQ sont similaires à ceux rapportés dans les études précédentes portant sur des patients atteints de RA en France [5,24] et ont montré que tous les patients atteints de RA et consultant leur médecin traitant ont un score nettement plus important que les sujets sains du même âge [25]. L'impact de la RA sur la qualité de vie devrait augmenter considérablement au cours de la saison pollinique, en particulier chez les patients ayant une RAS (avec ou sans RAP), mais aussi chez les patients atteints de RAP chez qui les pollens sont susceptibles d'être un élément déclenchant important [26]. Conformément aux conclusions des études précédentes [5,13], cette enquête a montré que l'augmentation de la sévérité de la maladie (légère versus modérée versus sévère) et la fréquence des épisodes allergiques (intermittents versus persistants) étaient corrélées à la qualité de vie. Dans une étude récente, Bousquet et al. ont montré que le score global de la qualité de vie liée à la RA variait de façon marquée entre un score relativement bas chez les patients ayant une forme intermittente légère (1,7, 1,1–2,4) à un score beaucoup plus élevé chez les patients ayant une forme intermittente modérée à sévère (2,7, 2,1–3,4) ou une forme persistante modérée à sévère (3,0, 2,3–3,6) [5].

Bien que 55,6 % des patients utilisaient deux ou plusieurs médicaments pour leur RA, les médecins ont indiqué que seulement 42,3 et 45 % de tous les patients avaient, respectivement, leurs symptômes nasaux et oculaires bien

contrôlés ou complètement contrôlés au cours des dernières quatre semaines.

Pour la plupart des patients (58,9 %), les symptômes nasaux demeurent le symptôme le plus gênant, alors que 12,1 % des patients ont indiqué que les symptômes oculaires sont les plus dérangeants. Ces résultats soulignent la nécessité d'une enquête plus approfondie sur la manière de tirer un profit maximal de la prescription des médicaments actuellement disponibles. La sous-utilisation de certains médicaments, tels que les CSN, pourrait être un facteur contribuant au taux élevé de symptômes, et au faible niveau de satisfaction concernant la résolution des symptômes et le soulagement des symptômes oculaires.

En conclusion, la RA demeure un important problème de santé en raison de la forte prévalence de symptômes gênants qui nuisent à la qualité de vie des patients. Cette enquête souligne la nécessité d'un dialogue plus objectif entre les patients et les médecins sur la nature, la sévérité et l'incidence des symptômes, ainsi que la nécessité de l'optimisation du traitement pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

Remerciements

Cette analyse a été financée par GlaxoSmithKline. L'étude a été conçue et gérée par Adelphi Groupe. Les auteurs tiennent à souligner la contribution et l'aide de Richard Lawson, Adam Roughley et Mark Small de Adelphi Groupe aux analyses statistiques, et Rae Hobbs de Innovex Medical Communications à la rédaction initiale de ce manuscrit.

Références

- [1] Leynaert B, Neukirch C, Liard R, Bousquet J, Neukirch F. Quality of life in allergic rhinitis and asthma. A population-based study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:1391–6.
- [2] Demoly P, Allaert FA, Lecasble M. ERASM, a pharmacoepidemiologic survey on management of intermittent allergic rhinitis in every day general medical practice in France. *Allergy* 2002;57:546–54.
- [3] Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Klossek JM. ERAP, a pharmacoepidemiologic survey on perennial allergic rhinitis in every day medical practice in France. *Presse Med* 2003;32:1066–73.
- [4] Klossek JM, Gohler C, Vervloet D, Deslandes B, Dufour X, Neukirch F. Epidemiology of seasonal springtime allergic rhinitis in adults in France. *Presse Med* 2005;34:348–52.
- [5] Bousquet J, Neukirch F, Bousquet PJ, Gehano P, Klossek JM, Le Gal M, et al. Severity and impairment of allergic rhinitis in patients consulting in primary care. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117:158–62.
- [6] Leger D, Annesi-Maesano I, Carat F, Rugina M, Chanal I, Pribil C, et al. Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: an unexplored area. *Arch Intern Med* 2006;166:1744–8.
- [7] Nihlen U, Greiff L, Montnemery P, Lofdahl CG, Johannisson A, Persson C, et al. Incidence and remission of self-reported allergic rhinitis symptoms in adults. *Allergy* 2006;61:1299–304.
- [8] Sazonov Koccevar V, Thomas J 3rd, Jonsson L, Valovirta E, Kristensen F, Yinn DD, et al. Association between allergic rhinitis and hospital resource use among asthmatic children in Norway. *Allergy* 2005; 60: 338–342.
- [9] Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J* 2004;24:758–64.
- [10] Hellings PW, Fokkens WJ. Allergic rhinitis and its impact on otorhinolaryngology. *Allergy* 2006;61:656–64.
- [11] Demoly P, Gauchoux R, Morera P, Touron D, Daures JP. The place of spirometry in the diagnosis of asthma in those suffering from allergic rhinitis: a pilot study. *Allergy* 2005;60:1089–90.
- [12] Cruz AA. The “united airways” require an holistic approach to management. *Allergy* 2005;60:871–4.
- [13] Bugiani M, Carosso A, Migliore E, Piccioni P, Corsico A, Olivieri M, et al. Allergic rhinitis and asthma comorbidity in a survey of young adults in Italy. *Allergy* 2005;60:165–70.
- [14] Demoly P, Bozonnet MC, Dacosta P, Daures JP. The diagnosis of asthma using a self-questionnaire in those suffering from allergic rhinitis: a pharmaco-epidemiological survey in everyday practice in France. *Allergy* 2006;61:699–704.
- [15] Higgins V, Kay S, Small M. Physician and patient survey of allergic rhinitis: methodology. *Allergy* 2007;62(Suppl. 85):6–8.
- [16] Juniper EF, Guyatt GH. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in rhinoconjunctivitis. *Clin Exp Allergy* 1991;21:77–83.
- [17] Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159–74.
- [18] Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S147–334.
- [19] Bauchau V, Durham SR. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. *Allergy* 2005;60:350–3.
- [20] Ciprandi G, Cirillo I, Vizzaccaro A, Tosca M, Passalacqua G, Pallesstrini E, et al. Seasonal and perennial allergic rhinitis: is this classification adherent to real life? *Allergy* 2005;60:882–7.
- [21] Van Hoecke H, Vastesaegeer N, Dewulf L, Sys L, van Cauwenberge P. Classification and management of allergic rhinitis patients in general practice during pollen season. *Allergy* 2006;61:705–11.
- [22] Bachert C, van Cauwenberge P, Olbrecht J, van Schoor J. Prevalence, classification and perception of allergic and nonallergic rhinitis in Belgium. *Allergy* 2006;61:693–8.
- [23] Bousquet PJ, Bousquet-Rouanet L, Co Minh HB, Urbinelli R, Allaert FA, Demoly P. ARIA (allergic rhinitis and its impact on asthma) classification of allergic rhinitis severity in clinical practice in France. *Int Arch Allergy Immunol* 2007;143:163–9.
- [24] Bousquet J, Lund VJ, van Cauwenberge P, Bremard-Oury C, Mounedji N, Stevens MT, et al. Implementation of guidelines for seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled trial. *Allergy* 2003;58:733–41.
- [25] Bousquet PJ, Fabbro-Peray P, Janin N, Annesi-Maesano I, Neukirch F, Daures JP, et al. Pilot study assessing the impact of smoking on nasal-specific quality of life. *Allergy* 2004;59:1015–6.
- [26] Laforest L, Bousquet J, Pietri G, Sazonov Koccevar V, Yin D, Pacheco Y, et al. Quality of life during pollen season in patients with seasonal allergic rhinitis with or without asthma. *Int Arch Allergy Immunol* 2005;136: 281–6.