

Rhinite allergique et pathologies associées

F. LEYNADIER

RÉSUMÉ

À un moment quelconque de son évolution, la rhinite allergique est associée à des pathologies dont les plus fréquentes et dangereuses sont la sinusite, l'otite moyenne et l'asthme. Le rôle des phénomènes inflammatoires allergiques et de l'obstruction nasale est prépondérant dans la genèse de ces pathologies. Le diagnostic précoce de la rhinite et surtout la reconnaissance des allergènes impliqués permettent de conduire un traitement basé sur l'éviction, étape indispensable, et l'emploi de médicaments adaptés. La désensibilisation spécifique est entreprise si ces mesures s'avèrent difficiles à mettre en œuvre ou d'efficacité insuffisante.

MOTS-CLÉS : Rhinite allergique.

SUMMARY

Allergic rhinitis and associated disorders. – Allergic rhinitis is associated at a variable time during its course with a number of disorders, the most common and the most harmful being sinusitis, otitis media, and asthma. Allergy-related inflammation and nasal obstruction contribute significantly to the pathogenesis of these disorders. Early diagnosis of the rhinitis and, most importantly, identification of the offending allergens which allows to avoid them and to prescribe appropriately.

KEY-WORDS : Allergic rhinitis.

Une rhinite allergique est rarement isolée puisqu'elle comporte d'autres symptômes comme le montrent les tableaux I et II. C'est surtout l'obstruction nasale qui détermine l'apparition ou l'aggravation de ces symptômes. Parmi ces derniers, 2 sont importants en raison de leur fréquence : la sinusite et l'otite. D'autres peuvent s'avérer graves à long terme comme l'apnée du sommeil. Cette dernière pathologie associée à une respiration buccale et à des ronflements, perturbe le sommeil et se complique parfois d'un véritable syndrome dépressif.

LES INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

Parmi les pathologies qui sont statistiquement plus fréquentes au cours des rhinites allergiques, on retient l'infection des voies respiratoires supérieures, par exemple par un rhinovirus qui peut aggraver la pathologie nasale. On connaît le tropisme de ces rhinovirus pour l'ICAM-1, dont l'expression est accrue au niveau de l'épithélium des muqueuses allergiques. On sait aussi que,

TABLEAU I

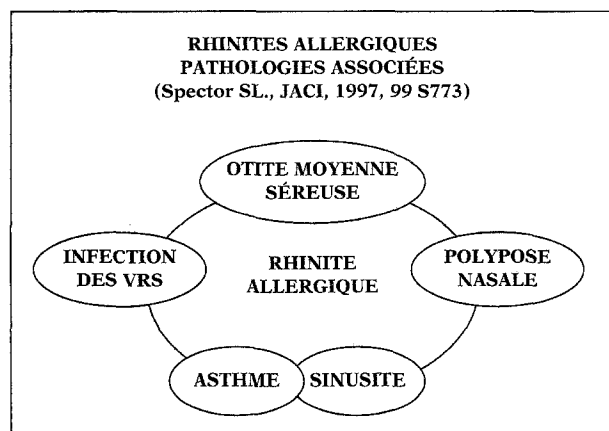


TABLEAU II

SYMPTÔMES ASSOCIÉS À L'OBSTRUCTION NASALE	
◆	ANOSMIE
◆	HYPOACOUSIE
◆	OTITE MOYENNE
◆	RESPIRATION BUCCALE
◆	ANOMALIE PALATINE ET MAL-OCCLUSION (X3) (ENFANT)
◆	RONFLEMENT
◆	TOUX
◆	APNÉE DU SOMMEIL
◆	CÉPHALÉE
◆	HALITHOSE

TABLEAU III

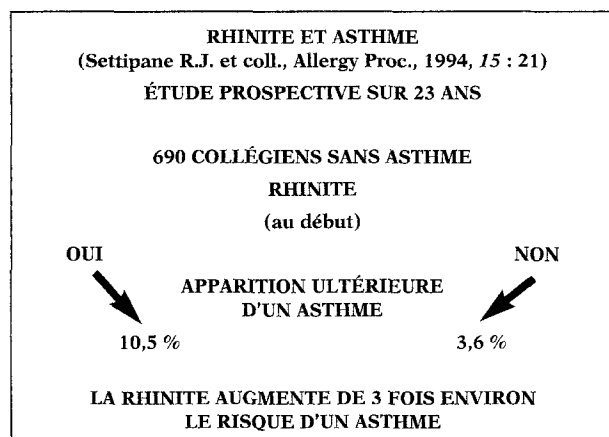


TABLEAU IV

SINUSITE CHRONIQUE ÉPIDÉMIOLOGIE ET COÛT (USA)	
◆	PLUS DE 30 MILLIONS DE PATIENTS
◆	TRAITEMENT : > 2 MILLIARDS \$/AN
◆	ASSOCIÉE À UNE RHINITE ALLERGIQUE DANS 30 À PLUS DE 50 %
◆	14 À 17 % CHEZ LES NON-ALLERGIQUES

chez l'enfant mais aussi chez l'adulte, les infections virales représentent une cause majeure d'aggravation de l'asthme.

LA POLYPOSE NASALE

Il est classique de considérer cette pathologie comme fréquente au cours des rhinites non allergiques constituant la triade asthme - hypersensibilité à l'aspirine. Des données plus récentes montrent cependant que la rhinite allergique s'accompagne aussi d'une polypose. En outre, quelques travaux suggèrent qu'après traitement chirurgical de la polypose, la récurrence des polypes est plus fréquente lorsqu'il s'agit d'une rhinite allergique. Ces données méritent cependant d'être confirmées sur de plus grandes séries.

L'ASTHME

La relation entre rhinite et asthme est connue : un exemple, parmi d'autres, est fourni par le travail de Settipane sur une série de malades suivis pendant 23 ans et qui avaient été inclus dans cette étude lorsqu'ils étaient encore jeunes collégiens. On observe que la prévalence de l'asthme atteignait 10,5 % des malades devenus adultes lorsque, étant collégiens, ils avaient eu une rhinite contre 3,6 % seulement s'ils n'en avaient pas souffert (tableau III).

LA SINUSITE CHRONIQUE

La sinusite chronique représente une source de dépense importante puisque, par exemple, plus de 32 millions de patients en sont atteints aux

TABLEAU V

SINUSITE CHRONIQUE (I) (Newman et coll., JAMA, 1994, 271 : 363)			
104 malades Score scanner (0 à 30) ≥ 12			
	oui	non	p
Sibilance	72 %	26 %	< 0,005
IgE spéc. ≥ 40	78 %	28 %	< 0,005
IgE totales ≥ 240 ug/l	57 %	34 %	NS
Eosino. sang ≥ 300	87 %	21 %	0,001
Eosino. tissu nombreux	65 %	16 %	< 0,005

TABLEAU VI

SINUSITE CHRONIQUE (II) (Hoover et coll., JACI, 1997, 100 : 185) SCORE SCANNER AVEC...	
♦ ÉOSINOPHILE	$r = 0,53$ $p < 0,0001$
♦ ÂGE	$r = 0,37$ $p < 0,001$
♦ IgE TOTALES	$r = 0,35$ $p < 0,02$

TABLEAU VII

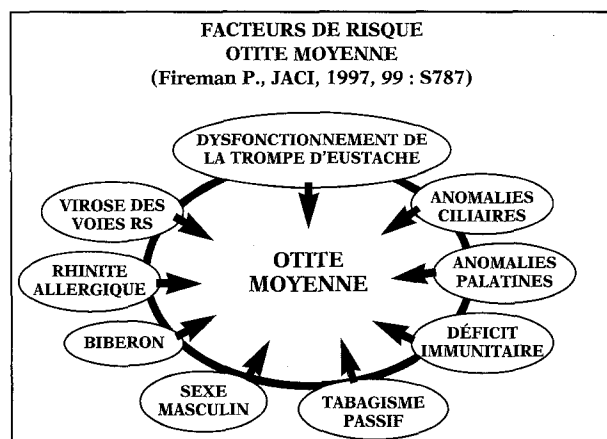


TABLEAU VIII

RHINITE ALLERGIQUE OTITE MOYENNE	
SI OTITE MOYENNE	- ENVIRON 35 À 50 % DES CAS : RHINITE ALLERGIQUE
SI RHINITE ALLERGIQUE :	- ENVIRON 20 % DES CAS : OTITE MOYENNE - OBSTRUCTION DE LA TROMPE D'EUSTACHE

États-Unis : cette pathologie est plus fréquente que l'hypertension artérielle ou que toutes les arthrites réunies. Elle coûte, en simple dépense directe, plus de 2 milliards de dollars chaque année, c'est-à-dire plus que le coût du traitement de l'hypertension artérielle (tableau IV).

Globalement la sinusite chronique est associée à une rhinite allergique dans 30 à plus de 50 % des cas. En revanche, lorsqu'il n'y a pas d'allergie, sa prévalence n'est que de 14 à 17 %.

Deux travaux de la même équipe, l'un publié en 1994 (tableau V) et l'autre en 1997 (tableau VI) permettent de montrer la place de la sinusite. Il s'agit en effet d'une série de patients adressés en vue d'une intervention chirurgicale éventuelle sur leur sinusite chronique. Ils subissent tous un scanner standardisé des sinus, dont l'analyse est effectuée ensuite en aveugle. On définit au préalable un score de 0 à 30 points pour exprimer la gravité

des lésions, en mesurant l'épaisseur des muqueuses au niveau des 7 sinus et de la région ostéoméatique.

Par convention, un score égal ou supérieur à 12 définit une sinusite radiologique grave : 72 % des 104 malades ayant un tel score, ont des sibilants, c'est-à-dire probablement un asthme associé, alors que ce pourcentage n'est que de 26 % chez ceux dont le score est inférieur à 12. De même, observe-t-on des IgE spécifiques à un titre élevé lorsque la sinusite est sévère (78 % contre 28 %). L'hyperéosinophilie sanguine et tissulaire ainsi que le taux d'IgE totales sont significativement plus importants dans les sinusites graves.

Ainsi on peut considérer que les sinusites sévères s'observent plus volontiers chez les malades allergiques (présence d'IgE spécifiques) et s'associent à un asthme.

TABLEAU IX

RHINITE ALLERGIQUE OTITE MOYENNE (Fireman P., JACI, 1997, 99 : S787)
♦ avant 3 ans : pas de lien
♦ après 3 ans : 40 à 50 % TC + et/ou IgE spécifiques,
♦ soit 3 à 4 fois plus que population pédiatrique de 3 à 6 ans.

TABLEAU X

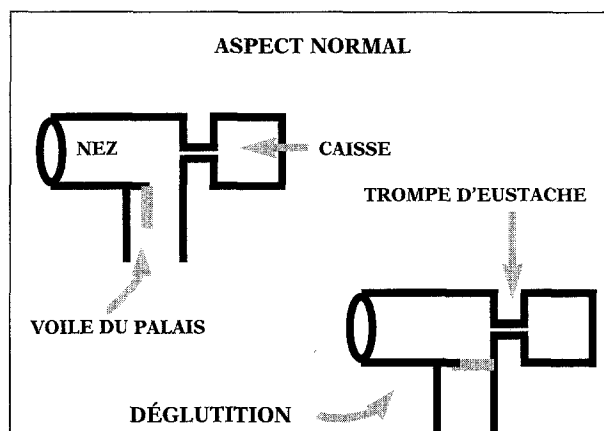
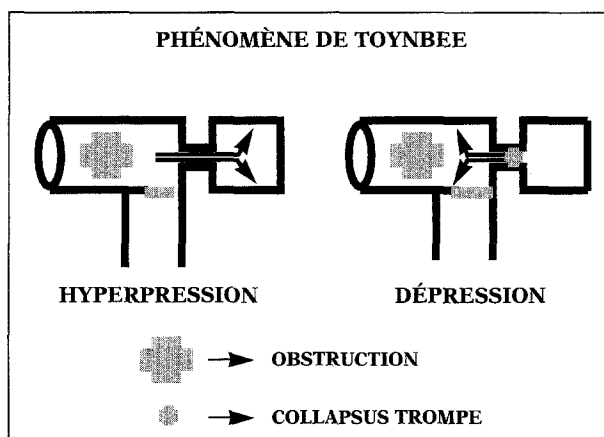


TABLEAU XI

PHÉNOMÈNE DE TOYNBEE
OBSTRUCTION NASALE
DÉGLUTITION → FERMETURE DU VOILE
➔ PRESSION : REMONTÉE SÉCRÉTIONS
PUIS
➔ PRESSION : COLLAPSUS TROMPE

TABLEAU XII



LES OTITES

Le tableau VII montre les facteurs de risques de l'otite moyenne, l'essentiel étant surtout les dysfonctionnements de la trompe d'Eustache. On observe que la rhinite allergique et les viroses des voies respiratoires jouent un rôle primordial.

Dans les otites moyennes virales de l'enfance, une rhinite allergique est associée dans 35 à 50 % des cas, sans tenir compte de l'âge de l'enfant. Inversement, la rhinite allergique se complique d'une otite moyenne dans 20 % des cas (tableau VIII).

Lorsqu'une stratification en fonction de l'âge est effectuée, on constate alors, qu'avant l'âge de

3 ans, l'allergie ne semble pas intervenir dans l'apparition d'une otite. Dans ce dernier cas, l'infection des voies respiratoires supérieures, notamment virale, représente une réponse presque physiologique de l'espèce humaine en regard des divers virus de notre environnement. En revanche, les enfants de plus de 3 ans atteints d'otite moyenne sont allergiques à des pneumallergènes dans plus de 40 % des cas, comme le montrent les tests cutanés et/ou le dosage des IgE spécifiques. La prévalence de l'allergie est alors bien plus grande que sur une population pédiatrique de référence (3 à 6 ans) n'ayant pas d'otite (tableau IX).

Ces otites séreuses se compliquent volontiers d'infections bactériennes, voire d'atteinte plus sévère (mastôidite...).

Les anomalies de la ventilation de la caisse du tympan peuvent, en partie, s'expliquer par le phénomène de Toynbee (tableaux X, XI, XII) : on sait que la déglutition (plus de 1 000 fois/jour) comporte la fermeture du voile du palais, une brève hyperpression et le passage physiologique d'air vers la caisse du tympan, grâce à l'ouverture de la trompe d'Eustache. La même réaction s'observe dans bien d'autres circonstances, comme le bâillement. En l'absence d'obstruction nasale, cette hyperpression reste cependant faible, en raison de la communication avec la pression atmosphérique des narines.

Lorsque existe une obstruction nasale, par exemple dans les rhinites allergiques, la déglutition s'accompagne d'une hyperpression plus marquée (absence de communication avec la pression atmosphérique des narines) et, ainsi, d'un passage plus important d'air et éventuellement de sécrétions vers la caisse du tympan. Après l'ouverture du voile du palais qui ramène la pression à la normale, l'hyperpression de la caisse du tympan est suivie d'un collapsus de la trompe d'Eustache. Les sécrétions ne sont donc plus évacuées de la caisse du tympan.

Cet aspect purement mécanique est probablement trop simple, dans la mesure où la caisse du tympan, comme l'ensemble des cavités sinusiennes, est tapissée d'un épithélium cilié, dont la fonction majeure est d'évacuer en permanence les

liquides, les sécrétions, les cellules, etc., comme un véritable « tapis roulant ».

Au niveau des sinus maxillaires par exemple, le mouvement ciliaire prédéterminé entraîne en permanence la remontée des sécrétions du fond du sinus vers le méat plus haut situé. Toute anomalie de cette fonction ciliaire, notamment par une virose ou par une réaction allergique, contribue aussi à l'apparition de ces pathologies associées aux rhinites chroniques.

CONCLUSION

Aujourd'hui, la rhinite allergique ne peut plus être considérée comme un événement anodin et isolé. En réalité, elle marque souvent le début d'une série de pathologies, dont certaines sont graves, voire mortelles, comme l'asthme ou les sinusites infectées.

Il paraît donc indispensable d'effectuer un bilan étiologique en présence de toute rhinite afin de déterminer le ou les allergènes responsables, lorsqu'il s'agit d'une rhinite allergique. L'éviction drastique de cet allergène, lorsqu'elle est possible, permettra de réduire progressivement la sensibilisation et, dans le même temps, de diminuer l'inflammation locale avec ses conséquences, comme l'obstruction nasale.

