

1992

Etude étiologique de la rhinite spasmodique dans un CHU africain à Bujumbura

Hitimana, A.

UB, FM-Revue medicale

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1915>

Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi

Etude étiologique de la rhinite spasmodique dans un CHU africain à Bujumbura

A propos de 214 cas

A. Hitimana, P. Ngendakumana

Résumé

Cette étude a permis de souligner l'intérêt que revêt la recherche clinique et épidémiologique dans le diagnostic des rhinites allergiques dans un CHU africain. 214 cas ont pu être sélectionnés sur ces critères cliniques et épidémiologiques. 104 cas ont pu être testés par le test allergologique aux acariens, les autres n'étant pas réalisables sur place.

Le manque de dosage immunologique, le dosage des IgE spécifiques à l'allergie, n'a pas empêché de mettre en route un traitement médical dont 57,47% des patients ont connu une bonne évolution clinique avec diminution de la fréquence et de la gravité des crises.

Mots-clés : Allergie - Immunité - Rhinite

Introduction

La rhinite allergique ou spasmodique n'est qu'un symptôme de la maladie allergique, il s'agit d'une manifestation respiratoire au même titre que l'asthme. D'autres tableaux - prurit, urticaire, eczéma, l'œdème de Quink - sont observés.

L'allergie est une intolérance aux allergènes du milieu environnant, et ces allergènes sont de nature diverse : pneumallergène, trophallergène, allergènes de contact. C'est une affection assez fréquente en otorhino-laryngologie et beaucoup d'auteurs retrouvent la prédominance de cette rhinite allergique en milieu urbain.

Notre étude s'efforce de mettre en cause des facteurs étiologiques en rapport avec des crises de rhinites allergiques récidivantes et saisonnières.

Ce travail devrait déboucher sur une recherche approfondie qui pourrait déterminer le spectre des allergènes responsables de l'allergie au Burundi et par conséquent codifier la conduite du bilan allergologique en vue de concevoir un traitement étiologique satisfaisant à type de désensibilisation.

Matériel et méthode

Malades

Du 1 janvier 1987 au 30 décembre 1988, une étude prospective a permis de sélectionner 214 cas, tout âge et tout sexe confondu, de rhinites spasmodiques au CHU Kamenge de Bujumbura. Ces patients ont été suivis au Service ORL en consultation externe.

Méthode

La méthode de sélection de ces patients a consisté dans :

- un bilan clinique détaillé basé sur la recherche des symptômes de l'allergie nasale,
- une enquête allergologique approfondie,
- des antécédents d'allergie personnels et familiaux,
- quelques tests aux acariens faits à 104 patients seulement,
- les facteurs géoclimatiques favorisant les crises.

Ce travail a souffert du manque de dosage des Immunoglobulines E spécifiques de la maladie et des tests complets allergologiques. Tous ces éléments ont été consignés sur une fiche pour chaque patient.

Résultats

Epidémiologiques

Fréquence

Sur 33,60% des patients suivis en ORL au CHU de Bujumbura souffrant d'une affection nasale, 16,35% ont une rhinite allergique. Cette fréquence est supérieure à la pathologie auriculaire : 9,59%.

Age

L'âge moyen des patients est de 26 ans et demi. L'âge moyen de début d'apparition des crises est 24 ans. Le plus jeune malade est âgé d'un mois et le plus âgé de 64 ans. Cette maladie existe chez l'enfant dont le début des crises est antérieure à 2 ans.

Sexe : Le sex-ratio est de 2 femmes pour un homme.

Provenance

194 patients soit 90,6% habitent la ville de Bujumbura, pour 20 patients, soit 3,4% en provenance du milieu rural.

Répartition saisonnière 1987-1988

La saison de novembre à mars connaît la fréquence la plus élevée des crises de rhinite allergique. Cette saison regroupe 63,5% des patients vus pour crises :

Novembre : 10,5% ; décembre : 14,5% ; janvier : 11% ; février : 13% ; mars : 14,5% ; reste de l'année : 36,5%.

Facteurs d'environnement responsables des crises :

Ils ont été signalés par les patients.

Facteur favorisant	Nbre de cas observés	%
1. Saisons		
Eté	1	0,47
Saison des pluies	15	7,01
2. Cadre géoclimatique		
Altitude		
Plaines	198	92,52
Plateaux et crêtes	16	7,48
Météorologie		
Variations thermiques		
Froid	58	27,10
Fortes chaleurs	4	1,87
Variations hygrométriques		
Humidité	49	22,89
Brouillard	8	3,74
Pluie	5	2,34
Courants d'air et vents	11	5,14
3. Changement brusque de climat		
	4	1,87
4. Environnement domestique		
Plantes et arbustes	150	70,09
Basse-cour	2	0,93
Animaux domestiques		
Chat	15	7,01
Chien	11	5,14
5. Autres		
Certains métiers	4	1,87

Résultats cliniques

Antécédents personnels d'allergie

Affection	Effectif	Pourcentage
Asthme	36	16,82
Bronchite asthmatiforme	9	4,21
Toux spasmodique	7	3,27
Angines à répétition	12	5,60
Urticaire	16	7,48
Eczéma	1	0,47
Sans antécédent	133	62,15
Total	214	100

Antécédents familiaux

Affections familiales	Effectif	Pourcentage
Allergie naso-sinusienne	16	7,48
Asthme	31	14,49
Bronchite asthmatique	1	0,47
Angines répétées	2	0,93
Sans antécédents	164	76,63
Total	214	100

Tests aux acariens

Allergie	DF*		DP**	
Sensibilité	-	+	-	+
Effectifs	60	44	73	31
% âge	57,69	42,31	70,19	29,81

* DF : Dermatophagoides Farinae

**DP : Dermatophagoides Pteronyssinus

- 27 sujets sont sensibles aux deux allergènes à la fois.

- Sur 140 enfants testés 5 seulement ont eu un test positif.

- Sur 90 adultes 43, soit 47,7% ont un test cutané positif.

Remarque

Les produits disponibles n'ont permis de tester que 104 patients seulement sur 214. Les tests allergologiques négatifs aux acariens n'infirmes pas le diagnostic d'allergie, d'autres allergènes n'étant pas testés pour dépister la sensibilité des patients.

Résultats thérapeutiques

Les traitements utilisés sont essentiellement :

- les antihistaminiques,
- la corticothérapie locale,
- la corticothérapie générale qui semble très efficace chez ces patients. On observe une rémission de 2 mois ou plus et chez certains d'entre eux on observe même une disparition des crises,
- les antihistaminiques sont souvent associés à la corticothérapie locale,
- la corticothérapie locale est utilisée seule,
- l'immunothérapie à l'histoglobuline est mise en route lorsque le sujet ne réagit pas suffisamment aux antihistaminiques. C'est une thérapeutique dont les résultats sont très variables d'un patient à l'autre.

Evolution	Effectif	Fréquence (%)
Très bonne	36	16,82
Bonne	123	57,47
Assez bonne	14	6,54
Mauvaise	41	19,16
Total	214	100

Cette appréciation de l'évolution est faite en fonction de :

- la disparition des crises sur toute l'année : très bonne
- l'espacement remarquable des crises : bonne
- un léger espacement des crises : assez bonne
- le sujet ne réagit pas au traitement : mauvaise

Commentaires

Fréquence

La rhinite allergique est une affection très fréquente à Bujumbura, cette fréquence est de 16,35% au CHU de Kamenge. Pour Druce et all. (6), elle est de 10 à 12%. Jean Paul Saint-Pierre (10) trouve une fréquence de 5% de la population américaine pour le rhume des foins.

Cette fréquence importante risque d'être à l'origine de problèmes socio-économiques chez les sujets qui consomment beaucoup de médicaments pour juguler les crises, et qui risquent d'avoir un rendement médiocre au travail par manque de concentration intellectuelle ou par absentéisme.

La fréquence de la rhinite allergique est cependant difficile à établir devant le problème nosologique que posent les rhinites vasomotrices : le NARES (13) et les autres rhinites vasomotrices. Dans notre étude, nous nous sommes surtout basé sur le bilan clinique et épidémiologique pour séparer la rhinite allergique des autres non allergiques. Cette difficulté pour déterminer la fréquence de la rhinite allergique est plus importante chez le jeune enfant dont la sensibilité aux tests allergologiques est difficile à déterminer avant 2 ans (18).

L'âge

C'est une affection de l'adulte jeune ; l'âge moyen est de 26 ans 6 mois. Cet âge coïncide avec l'âge moyen de survenue de l'asthme allergique à Bujumbura. Il s'agit là de symptômes d'une même maladie (16) : l'allergie.

La fréquence chez l'enfant : la rhinite allergique survient à tout âge. Notre fréquence est de 11,36% avant 2 ans et 54,54% avant 10 ans, ce qui concorde avec les données de la littérature : 10% avant 2 ans et 79% avant 10 ans (14).

Le sexe

123 femmes allergiques pour 53 hommes. On peut dire que la femme est plus allergique que l'homme. Cette prédominance est due à plusieurs facteurs :

- Le rôle d'interférence de la grossesse et du cycle menstruel sur le terrain atopique.
- Les facteurs psychologiques de la relation psychosomatique sont fréquents chez la femme (8).

Les facteurs déterminants d'une rhinite allergique

Hérédité :

Au niveau de l'enquête allergologique, plusieurs éléments héréditaires sont incriminés :

- L'asthme chez les parents.
- La notion de manifestations allergiques de même type ou de type différents chez les parents.

Les études de Parrot (17) ont montré que le rhume des foins, la rhinite vasomotrice ainsi que le prurigo de Besnier sont génétiquement liés à l'asthme. Sur une série de 594 allergiques, le même auteur (17) avait retrouvé chez 48,49% des patients, des antécédents familiaux d'allergie. Besson (1) rejoint notre série : 30,23% d'antécédents familiaux d'allergie, il trouve quant à lui de 33 à 70% de cas.

Facteurs géoclimatiques et saisonniers

L'altitude joue un rôle certain dans le développement de la maladie allergique. Selon la littérature, l'allergie respiratoire est rare au-dessus de 1000m. En effet, 92,52% de nos malades habitent la plaine de l'Imbo. C'est un milieu favorable à la mite de la poussière de maison et à la croissance des moisissures.

La plaine de Bujumbura ou plaine d'Imbo, selon les données du "Bulletin Climatologique Mensuel de l'Institut Géographique du Burundi (IGEBU)", a une température de 23,4°C à 27,9°C avec une altitude inférieure à 1100 m. Les fortes pressions atmosphériques qui y règnent ont tendance à plaquer vers le sol les pollens, ce qui explique la rareté des pollinoses en altitude au Burundi.

La saison

La période novembre – mars est la saison la plus pénible pour nos patients. C'est la période favorite pour la croissance des acariens, mais il y a certainement un facteur pollinique surajouté : c'est la période de floraison des cultures et buissons de la nature. En France comme dans toute l'Europe, la "grande saison" pollinique est celle des graminées de la mi-mai à mi-juillet (4, 5, 11, 15).

Facteur urbain

Notre série est en faveur de la prédominance des rhinites spasmodiques à Bujumbura : 90,65% des patients résident en ville. Charpin et all. (3) infirment cette hypothèse dans leur étude comparative à Marseille et à Treitz. Mais pour Molina et all. (12), les maladies allergiques seraient plus fréquentes chez les sujets à niveau socio-économique élevé que chez les peuplades primitives, et pour lui les citadins sont plus touchés que les ruraux.

Fiabilité des tests

Les allergènes : plusieurs allergènes sont connus dans la nature :

- les trophallergènes,
- les pneumallergènes,
- les allergènes de contact.

Les tests cutanés doivent couvrir le spectre des allergènes existant dans la région où se situe l'allergique. Nous nous sommes basé avant tout sur des critères cliniques et épidémiologiques pour choisir nos patients. Quelques tests cutanés aux acariens ont été effectués chez 104 patients et ont permis de mettre en évidence la prédominance des allergènes de poussière de maison à Bujumbura.

Pour Boutin et al. (2), l'interprétation clinique des résultats des tests cutanés comme d'ailleurs leur indication est assez complexe et deux points restent toujours à souligner :

- Selon les auteurs (9), 6 à 10% des sujets normaux présentent des réactions positives inexpliquées.
- Les tests peuvent également être négatifs malgré une clinique évocatrice.

Les réactions cutanées les plus importantes selon Halpern (9), surviennent entre 19 h et 23 h et les plus faibles vers 7 h du matin. Chez les enfants, ces tests sont très peu fiables (18).

Traitement et évolution

La thérapeutique des rhinites spasmodiques s'est limitée dans notre série aux antihistaminiques, aux corticoïdes locaux ou par voie générale, et à l'immunothérapie. Nous avons observé de bons résultats dans le sens de la diminution de la fréquence des crises et pas de guérison. Ce traitement doit être associé à la lutte contre l'infection rhinosinusienne et le maintien de la perméabilité nasale.

Les mesures de prévention

- éviter les prés et les pelouses non tondues pendant la saison pollinique,
- laver les couvertures deux fois par mois,
- changer les draps chaque semaine,

- mettre une housse en plastique pour les matelas, coussins et tapis,
- température 18° C, humidité 60%,
- diminuer les contacts avec les animaux domestiques,
- port de cagoule-masque dans les usines ou procéder au reclassement professionnel.

Le meilleur traitement reste étiologique. Quand les allergènes sont connus et leurs extraits disponibles, on confie ces sujets à l'allergologue pour la désensibilisation.

Conclusion

Le diagnostic de la rhinite allergique étant facile, le problème majeur qu'elle pose est thérapeutique. Le nombre important de crises dans l'année exige de nombreuses consultations médicales et une grande consommation médicamenteuse.

L'autre gravité de ces rhinites, est qu'il s'agit d'une manifestation clinique d'une affection générale immunitaire, héréditaire, transmise à la descendance et qui peut être à l'origine d'un asthme associé à la rhinite.

Nous devons chercher à diminuer la fréquence des crises par un choix judicieux des moyens thérapeutiques et compter sur les efforts personnels de prévention de la part des malades et sur la grande collaboration de l'ORL, du pneumologue et de l'allergologue dans le contrôle de la maladie allergique.

Bibliographie

1. BESSON C. ET COLL., *Allergie en ORL*, Allergol., J. Charpin, Flammarion Médecine, N° 9391, 1980, pp. 332-343.
2. BOUTIN C., VIALLAT J., *Tests cutanés d'allergie*, Allergol., J. Charpin, Flammarion Médecine, N° 9391, 1980, pp. 288-289.
3. CHARPIN D., KLEISBAUER J.P., LAUTEAUNE A., *Existe-t-il un facteur urbain dans l'asthme et l'allergie ?* Revue des maladies respiratoires, 1988 (5, N° 2, pp. 109-114.
4. DIDIER A., MEFFREIN I., JALUT G., *Le calendrier pollinique de Toulouse : Données aéropalynologique et clinique*, Rev. fr. d'allergol. et d'immunol. clin., 1988, 28, 3, pp. 183-189.
5. DONINI D., GALIEZ N., HERMAN D., *Comptes polliniques parisiens : saison 1984 : corrélation avec la clinique pour les pollens de graminées*, Rev. fr. d'allergol. et d'immunol. cli., 1985, 3, pp. 145-149.
6. DRUCE H.M., KALINER M.A., *Allergic rhinitis*, JAMA, janv. 8, 1988 vol. 259, N° 2, pp. 260-263.
7. ELLIOT MIDDLETON JR., BUFFALO M.D., *Chronic rhinitis in adults*, J. allergy cl. immunol. may 1988, vol 81, N° 5, part 2, pp. 971-975.
8. FREOUR P., DE BOUGAUD M., *Allergie et psychisme*, Allergol., J. Charpin, Flammarion Médecine, N° 9391, 1980, p. 742.
9. HALPERN G., *Fiabilité des tests cutanés, allergies*, M.A., Paris, 1984, pp. 43-49.

10. JEAN-PAUL SAINT-PIERRE, *La rhinite allergique*, L'UNION MÉDICALE DU CANADA, 1985, 114, pp. 9-13.
11. MALLEA M., AUBERT J., ANFOSSO, CAPRA ET CHARPIN J., *Pneumallergènes polliniques*, Allergologie, J. Charpin, Flammarion médecine N° 9391, 1980, pp. 207-216.
12. MOLINA CL., CHEMINAT J.C., *Allergie en milieu rural*, Allergol., J. Charpin, flammarion médecine, N° 9391, 1980, pp. 678-689.
13. MONERET VAUTRIN, WAYOFF M., HSIEH V., ET COLL., *Le Nares, Maillon évolutif de la triade de Fernand-Widal*, Ann. Otolaryng., Paris, 1989, 106, pp. 47-50.
14. MOSTEFA KHIATI, *Allergie respiratoire et asthme chez l'enfant*, Office des publications universitaires, Alger, 1983, pp. 7-8.
15. NEGRINI A. C., AROBBA D., TROISE C., *Le calendrier pollinique de Gènes : Considérations aéropalynologiques, météorologiques et cliniques*, Rev. fr. d'Allergol. et d'Immunol. Cli., 1987, 27, 2, pp. 65-70.
16. NGIRIYIMANA V., *L'asthme bronchique à Bujumbura : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques*, Thèse, juin 1988, pp. 42-62.
17. PARROT J.L., *Etiologie générale des maladies allergiques*, Allergol., J. Charpin, Flammarion Médecine, N° 9391, 1980 pp. 198-201.
18. TITOVA S.M., POROSHINA YU A., *Pollinoses, allergic disorders in children*, Mir publisher, 1977, p. 198.