



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 521

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/12/2024

PAR

Mlle. Sanaa BEN RAOUI

Née le 07/03/1999 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Rhinite allergique – Qualité de vie – RQLQ

JURY

Mr. Y. DAROUASSI

PRESIDENT

Professeur d'Enseignement Supérieur d'Oto-rhino-laryngologie et
de Chirurgie cervico-faciale.

Mr. A. AL JALIL

RAPPORTEUR

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie
cervico-faciale.

Mr. A. BENJELLOUN HARZMI

Professeur d'Enseignement Supérieur de Pneumo-phtisiologie.

Mr. M.A LAFFINTI

Professeur agrégé de Psychiatrie.

Mr H. JANAHA

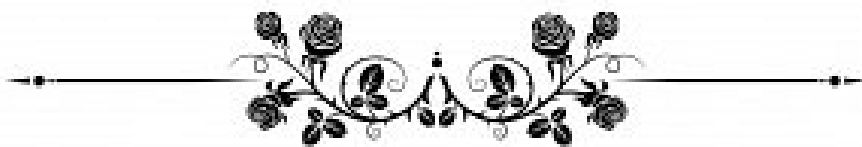
Professeur agrégé de Pneumo-phtisiologie.

JUGES



{رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }



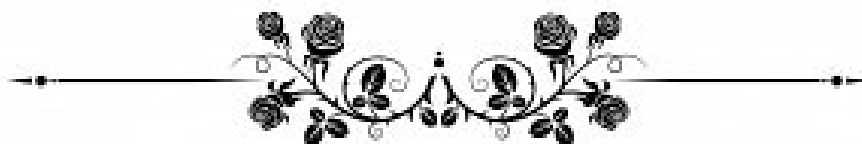


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune Considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOU

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	ZOUHAIR Said (DOYEN)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne

14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie

16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie

40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie

47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique

67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie

78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
81	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
82	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
83	QAMOUISS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
84	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
85	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
86	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
87	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
88	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
89	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
90	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
91	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
92	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique

93	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
94	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
95	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
96	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
97	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
98	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
99	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
101	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
102	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
103	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
104	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
105	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
106	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
107	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
108	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

109	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
112	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
113	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
114	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
115	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
116	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
117	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
118	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale

119	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
120	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
121	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
122	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
123	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
124	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
125	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
126	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
127	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
128	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
129	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
130	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
131	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
132	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
133	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
134	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
135	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
136	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
137	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
138	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique

139	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
140	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
141	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
142	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
143	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie

144	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
145	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
146	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
147	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
148	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
149	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
150	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
151	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
152	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
154	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
156	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
157	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
158	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
160	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
161	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
162	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
163	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
164	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
165	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
166	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
167	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
168	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie

169	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
170	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
171	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
172	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
173	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
174	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
175	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
176	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
178	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
179	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
180	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
181	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
182	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
183	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
188	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
189	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
190	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
191	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
192	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
193	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
194	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
195	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie

196	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie mé0dicale
197	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
198	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
199	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

200	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
201	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
202	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
203	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
204	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ag	Pédiatrie
205	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
206	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
207	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
208	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
209	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
210	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
211	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
212	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
213	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
214	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
215	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
216	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
217	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
218	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
219	WARDA Karima	MC	Microbiologie
220	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio- organnique
221	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie

222	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
223	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
224	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
225	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
226	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
227	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
228	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
229	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
230	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique

231	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
232	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
233	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
234	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
235	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
236	SBAI Asma	MC	Informatique
237	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
238	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
239	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
240	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
241	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
242	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
243	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
244	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
245	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
246	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
247	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
248	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire

249	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
250	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
251	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
252	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
253	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
254	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
255	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
256	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
257	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
258	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
259	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
260	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
261	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

262	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
263	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
264	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
265	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
266	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
267	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
268	AHMANNNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
269	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
270	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
271	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
272	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
273	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
274	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
275	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique

276	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
277	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
278	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
279	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
280	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
281	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
282	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
283	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
284	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
285	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
286	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
287	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
288	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
289	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
290	BENDAOUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
291	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
292	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie

293	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
294	HOUMAIID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
295	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
296	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
297	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
299	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
300	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie

302	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
303	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
304	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
305	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
306	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
307	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
308	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
309	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
310	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
311	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
312	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
313	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
314	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
315	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
316	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
317	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
318	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
319	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
320	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
321	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
322	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
323	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie

324	EL GHOU L Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
325	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
326	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
327	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique

328	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
329	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
330	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
331	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
332	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
333	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
334	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
335	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
336	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
337	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
338	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
339	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
340	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
341	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
342	GHARBI Khalid	Pr Ass	Gastro-entérologie
343	ATBIB Yassine	Pr Ass	Pharmacie clinique

LISTE ARRETEE LE 24/07/2024



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

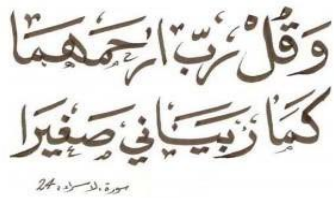
اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك وزنة عرشك
ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند
الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

***A mes chers parents :
A ma très chère MAMA Aicha,***

A celle qui m'a mis sur la bonne voie en me rappelant que la persévérance et la volonté font toujours les grandes personnes. Tes prières et tes encouragements ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études. Que dieu te garde.

A mon très cher Papa Elmokhtar,

Aucun mot ne saurait exprimer mon amour et ma considération pour ta personne, pour les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation, mon instruction et mon bien être. Ton honnêteté, ta droiture, ton ardeur au travail, tes grandes qualités humaines pour moi un bon exemple. Puisse dieu, le tout puissant te procurer bonheur, Santé et longue vie.



A mon très cher frère Yassine,

Tu as toujours été avec moi, par ton esprit et ton cœur et rien ne saurait traduire le fond de mes sentiments envers toi. J'espère que tu vas trouver dans ce travail, le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse Allah, te protéger, te procurer bonne santé, t'aider à réaliser tes vœux les plus chers et consolider notre fraternité.

A la mémoire de ma sœur SALWA

En ce jour mémorable, j'ai bien voulu que tu sois parmi nous... Rien au monde ne pourrait compenser tes sacrifices, ton soutien, ta générosité et tes encouragements...

Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement Etaient, sont et seront pour moi le soutien indispensable

Que tu as toujours su m'apporter... Je te dois ce que je suis aujourd'hui

Et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux Pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir...

Je t'aime...

La mort nous a séparés, mais nos cœurs sont liés pour l'éternité... Que Dieu tout puissant t'accorde sa miséricorde ...

Je prie Dieu de nous réunir dans son paradis...

A mes chères tantes maternelles et leurs maris

Hajja Khadija, Tata Halima, Tata hakima et à la mémoire Tata Amina :

Je tiens à vous remercier du fond du cœur pour tout l'amour et le soutien que vous m'apportez. Votre gentillesse, vos sourires et vos précieux conseils illuminent ma vie.

Chaque moment passé à vos côtés est un véritable cadeau, et je suis reconnaissante d'avoir des tantes aussi formidables que vous.

À mes chers oncles maternels et leurs épouses

Mohammed Et Leila, EL Arbi:

Que ce soit par vos mots bienveillants, vos petites attentions ou simplement votre présence, vous apportez tellement de bonheur et de sérénité. Merci pour tout ce que vous faites pour moi, pour votre générosité et votre amour.

A mon très cher oncle Abdelaziz Ben Raoui et mes chères tantes paternelle Zineb et Saadia

Je souhaite que vous trouviez dans ce travail, le témoignage de l'attachement, de l'amour et des sentiments Les plus sincères et les plus affectueux que je porte pour vous.

A mes chers (es) cousins et cousines,

***Mouna, Salma, Keltoum et son mari, Alaa, Lina,
Yahya, Zaynouba, Yassmine,, Alae et Amine.***

Merci pour les bons et inoubliables moments qu'on a vécu Ensemble.

A vos côtés, j'ai connu la joie et l'amusement.

A tous, je dédie ce travail avec tout mon amour et mon estime.

A mon amie d'enfance et ma sœur Imane SEBBATA

Tu m'as accompagnée dans toutes les étapes de ma vie. Au fils du temps tu es devenue mon amie, puis ma sœur, et enfin ma confidente.

Merci d'exister, merci de m'aimer comme plus personne ne sait le faire aujourd'hui sans chercher à me changer. Merci d'être toujours là, dans les meilleurs comme dans les pires moments.

Je te dédie ce travail en témoignage des sentiments qui nous unissent. Je t'aime.

A mes copines

Hiba Benchrif, Sabah Bentouda et Fatimezehra Benhadi

Dans mon cœur, vous avez une place importante et spéciale. Le premier mot qui me vient à l'esprit pour vous décrire est UNIQUES : vous êtes mes conseillères, et mes amies fidèles qui m'ont assistées dans les moments difficiles et m'ont pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles. Je suis très reconnaissante, et je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien inconditionnel.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenir de notre indéfectible lien qui s'est tissé au fil des jours. Je vous souhaite encore de belles années de partage. Je vous aime Rezdat.

To my great ASSAAD BENHAJJOU

*Sans toi les études médicales n'auraient pas été les mêmes. Nos fous rires
et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les épreuves
imposées par ce parcours en médecine, et pour cela, merci d'être
toujours là au bon moment, merci pour tes sourires, bref, merci
d'exister. Je dédie ce travail à notre grande amitié, qui je l'espère sera éternelle*

À MES TRES CHER AMIS

*Malak Belkziz, Meryem Belhaf, Adam Erradouani, Achraf Jaghnoun, Bassima
Belfqih, Niama Zouaki, Benyouness Cherqaoui, Hiba Souilmi, Loubna
Iazza, Oumaima Belghadbane.*

*Merci pour tous ces petits moments qui sont devenus inoubliables grâce
à vous. Ce sont souvent des petits moments qui paraissent banals qui
créent les meilleurs souvenirs.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon
amour sincère et fidèle.*

À MES COLLÈGUES

À TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS ET QUE J'AI OMIS DE CITER

Vous êtes dans mon cœur, affectueusement.



REMERCIEMENTS



A mon maître et rapporteur de thèse :

Professeur Abdelfattah Aljalil

Professeur d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale à l'hôpital militaire Avicenne -Marrakech. Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mon maître et président de thèse :

Professeur Y.Darouassi

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles m'ont beaucoup marqué mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Votre enseignement restera pour nous un acquis de grande valeur. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A mon maître et juge de thèse :

Professeur A.Benjelloun Harzimi

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect. Vous présentez toujours pour nous le parfait exemple d'élégance et modestie.

A mon maître et juge de thèse :

Professeur M.A. Laffinti

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail dès le début et de faire partie de notre jury. Nous garderons de vous l'image d'un maître dévoué et serviable, et d'un homme dont la présence rassure et la parole apaise. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et nos remerciements les plus sincères.

A mon maître et juge de thèse :

Professeur H.Janah

C'est un honneur inestimable et un réel plaisir que vous me faites en acceptant d'être un juge malgré vos multiples occupations. Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable ; votre rhétorique, votre amabilité, votre modestie et votre ferme volonté de nous transmettre votre immense savoir font de vous un professeur émérite.

Trouvez ici cher maître l'expression de mes profonds remerciements.

A Professeur Hafsa Sajiaï :

Mes sincères remerciements pour bien votre aide à réaliser ce travail, vous nous offrez le grand honneur et le grand plaisir. Vos qualités humaines et professionnelles sont connues de tous et susciteront toujours notre admiration.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre gratitude et notre profond respect.

A Docteur Nabil El Mesbahi :

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour la patience, la disponibilité et l'attention que vous m'avez accordées tout au long de la réalisation de ce travail. Vos conseils précieux ont été d'une grande aide et m'ont permis d'avancer de manière claire et efficace dans ma thèse.

Je vous remercie sincèrement pour votre soutien constant et pour la qualité de vos recommandations, qui ont grandement contribué à la réussite de cette démarche.



LISTE DES FIGURES



Liste des figures :

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.

Figure 3 : l'état matrimonial des patients de notre échantillon

Figure 4 : Répartition des patients selon l'origine résidentielle

Figure 5 : Répartition des patients selon la couverture sanitaire

Figure 6 : Répartition des patients selon la profession

Figure 7 : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

Figure 8 : Répartition des cas selon le mois de consultation

Figure 9 : Symptomatologie de découverte.

Figure 10 : Nombre de cas présentant des signes fonctionnels accompagnateurs.

Figure 11 : Répartition des patients ayant un Prick test positif à un ou plusieurs pneumallergènes

Figure 12 : Prise en charge thérapeutique établie chez nos patients

Figure 13 : Répartition de la moyenne du RQLQ en fonction de l'âge

Figure 14 : Variation de la moyenne du RQLQ selon le sexe des patients.

Figure 15 : Répartition de la moyenne du RQLQ en rapport avec l'état matrimonial des cas étudiés

Figure 16 : la répartition de la moyenne du RQLQ selon l'origine résidentielle des patients.

Figure 17 : Répartition de la moyenne du RQLQ selon la profession

Figure 18 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux ATCD des patients

Figure 19 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes nasaux.

Figure 20 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes oculaires

Figure 21 : l'impact des problèmes pratiques sur la QDV

Figure 22 : le retentissement de la RA sur l'activité physique

Figure 23 : L'impact de la RA Sur la fonction émotionnelle

Figure 24 : Evaluation globale et pluridimensionnelle de la qualité de vie

Figure 25 : Modalité de sensibilisation par un pneumallergène



LISTE DES TABLEAUX



Tableau 1 : Les paramètres de dispersion de l'échantillon.

Tableau 2 : Répartition des patients selon le motif de la consultation

Tableau 3 : Répartition des patients selon le type de pneumoallergène

Tableau 4 : Analyse descriptive du RQLQ chez les patients questionnés

Tableau 5 : Répartition de la moyenne du RQLQ en fonction de l'âge.

Tableau 6 : Variation de la moyenne du RQLQ selon le sexe des patients.

Tableau 7 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à l'état matrimonial de nos patients.

Tableau 8 : Tableau représentant la répartition de la moyenne du RQLQ selon l'origine résidentielle des patients.

Tableau 9 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la profession.

Tableau 10 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux ATCD des patients.

Tableau 11 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux symptômes nasaux.

Tableau 12 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes oculaires

Tableau 13 : l'impact des problèmes pratiques sur la QDV

Tableau 14 : le retentissement de la RA sur l'activité physique

Tableau 15 : la corrélation entre le RQLQ et l'impact de la RA sur la QDV émotionnelle

Tableau 16 : les différents domaines exploités par le RQLQ

Tableau 17 : les différents domaines explorés par chaque questionnaire

Tableau 18 : Récapitulatif sur la corrélation entre la QDV et les données socio-démographiques.

Tableau 19 Récapitulatif sur l'impact des symptômes nasaux de la RA sur la QDV.

Tableau 20 : Récapitulatif sur l'impact des symptômes oculaires de la RA sur la QDV

Tableau 21 : Récapitulatif sur l'impact des problèmes pratiques de la RA sur la QDV

Tableau 22 : Récapitulatif sur l'impact de la RA sur la QDV physique.

Tableau 23 : Récapitulatif sur l'impact de la RA sur la QDV émotionnelle.

Tableau 24 : Eléments anamnestiques pertinents pour une rhinite allergique.

Tableau 25 : Diagnostics différentiels de la rhinite allergique

Tableau 26 : Récapitulatif des traitements.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ANOVA	Analysis of Variance
ATCD	Antécédent
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CNOPS	Caisse nationale des organismes de prévoyance
DF	Dermatophagoides farinae
DP	Dermatophagoides pteronyssinus
FAR	Forces armées royales
OCP	Office chérifien des phosphates
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie ; otorhinolaryngology
PT	Prick Test
QDV	Qualité de vie
QLQ	Quality of life
RA	Rhinite allergique
RCA	Rhinocobjonctivite allergique
RQLQ	Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire
Rx	Radiographie standard
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences



PLAN



INTRODUCTION

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. TYPE DE L'ETUDE

II. MATERIEL

1. Critères d'inclusion
2. Critères d'exclusion

III. METHODES

1. Variables étudiées
 - 1.1 Variables liées aux malades et la maladie
 - 1.2 Variables liées à la qualité de vie
2. Analyse statistique
3. Considérations éthiques

RESULTATS

I. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

1. Fréquence
2. Sexe
3. Âge
4. Etat matrimonial
5. Origine résidentielle du patient
6. Couverture médicale
7. Activité professionnelle du patient

II. DONNEES CLINIQUES

1. Antécédents et facteurs de risque
 - 1.1 Antécédents médicaux
 - 1.2 Antécédents chirurgicaux
 - 1.3 Antécédents familiaux
 - 1.4 Habitudes toxiques
2. Répartition des cas selon le mois de consultation
3. Circonstances de découverte :
 - 3.1 Motif de consultation
 - 3.2 Signes accompagnateurs

III. DONNEES PARACLINIQUES

1. Test cutanés
2. Dosage sérique des IgE spécifiques :

IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

V. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE SPECIFIQUE SELON LE RQLQ

1. Analyse descriptive
2. Analyse bi-variée
 - 2.1 Age
 - 2.2 Sexe

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

- 2.3 Etat matrimonial
- 2.4 Origine résidentielle du patient
- 2.5 Activité professionnelle du patient
- 2.6 Antécédents
- 3. Variation de la symptomatologie :
 - 3.1 Symptômes nasaux
 - 3.2 Symptômes oculaires
 - 3.3 Problèmes pratiques
 - 3.4 Activité physique
 - 3.5 Problèmes émotionnels.

DISCUSSION

I. Généralités :

- 1. Concept de la qualité de vie (QDV)
 - 1.1 Définition de la QDV
 - 1.2 La qualité de vie liée à la santé
 - 1.3 Définition de l'OMS

- 2. La QDV et ses mesures
- 3. L'intérêt de l'évaluation de la QDV

II. Qualité de vie et RQLQ :

- 1. RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire) Original
- 2. Questionnaire standardisé sur la qualité de vie liée à la rhinoconjunctivite
- 3. Le Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (MiniRQLQ) :
- 4. Nocturnal Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (questionnaire sur la qualité de vie en cas de rhinoconjunctivite nocturne)
- 5. Adolescent Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (AdolRQLQ) :
- 6. Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (questionnaire sur la qualité de vie des rhinoconjunctivites pédiatriques)

III. Aspect analytique

- 1. Données socio-démographique
 - 1.1 Corrélation entre l'âge et la qualité de vie
 - 1.2 Corrélation entre le sexe et la qualité de vie
 - 1.3 Corrélation entre la qualité de vie et l'état matrimonial
 - 1.4 Corrélation entre l'origine géographique et la QDV
 - 1.5 Corrélation entre l'activité professionnelle et la QDV
- 2. Données cliniques :
 - 2.1 Impact des symptômes nasaux de la RA sur la QDV
 - 2.2 Impact des symptômes oculaires de la RA sur la QDV
 - 2.3 Impact des problèmes pratiques sur la Qdv
 - 2.4 Impact sur la qualité de vie physique
 - 2.5 Impact sur la qualité de vie psychique

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

IV. Perspective ; Amélioration de la qualité de vie

V. Les Limites et les difficultés de l'étude

Conclusion


Annexes

Résumés

Bibliographie



INTRODUCTION



La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

La rhinite allergique est une affection chronique des voies respiratoires qui se manifeste par une inflammation persistante de la muqueuse nasale. Cette dernière est déclenchée par une réaction des anticorps IgE en réponse à l'exposition à divers types d'allergènes.

En occupant le 4ème rang mondial des pathologies selon l'OMS, sa prévalence a augmenté considérablement ces dernières décennies, au point de constituer un problème de santé publique. [1]

Elle touche environ 10 et 30%, respectivement, des enfants et des adultes dans les pays développés. Mais la prévalence augmente aussi dans les pays en voie de développement. Bien que l'allergie soit souvent, considérée comme une maladie, elle peut souvent persister jusqu'à un âge avancé et parfois se présenter initialement chez les personnes âgées.[2]

La rhinite allergique représente donc un enjeu majeur en raison de plusieurs facteurs : sa prévalence élevée dans la population, les coûts significatifs qu'elle engendre pour le système de santé et pour les individus concernés, ainsi que ses effets considérables sur la qualité de vie. En effet, cette condition peut gravement affecter les performances scolaires et professionnelles des personnes touchées, contribuant ainsi à une baisse générale de leur bien-être et à une diminution de leur productivité dans divers aspects de leur vie quotidienne. [3]

Vu que le critère de survie ou de morbidité n'apparaît plus suffisant pour évaluer le progrès médical, et l'intérêt de prendre en compte des éléments subjectifs traduisant le point de vue des patients se fait jour, le concept de qualité de vie a émergé dans les années 1970 comme un critère important de l'évaluation en santé, depuis, la mesure subjective de la qualité de vie liée à la santé (Health related quality of life- HRQoL) s'est imposée comme une dimension légitime de l'évaluation du bénéfice des interventions de santé, en complément des mesures cliniques objectives, permettant d'évaluer l'impact d'une pathologie ou d'une intervention de santé du point de vue du patient .[4] [5]

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

La qualité de vie est définie alors par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement" (World Health Organization, 1993). [6]
[7]

De ce fait, il est crucial d'évaluer la qualité de vie (QDV) chez les patients souffrant de la rhinite allergique, qui voient différents aspects de leur vie se détériorer. En effet, Les outils récents d'évaluation de la QDV permettent désormais de standardiser les termes utilisés et de fixer des objectifs comparables et mesurables lors des études cliniques et des essais thérapeutiques.

A la lumière de ces données, nous nous proposons, à travers cette étude transversale, d'étudier la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de la rhinite allergique à la région de Marrakech-Safi.

Notre étude s'est fixée comme objectif sur :

⇒ L'évaluation de l'impact de la RA sur les différents paramètres de la QDV ;

- L'appréciation du retentissement sur les activités journalières et le travail du malade ;
- L'évaluation du retentissement sur l'entourage du malade ;
- L'évaluation du retentissement psychologique.



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et analytique étalée sur une période de 1 an et demi, allant du Avril 2023 à Novembre 2024, menée auprès de 100 patients atteints de la RA dans la région de Marrakech-SAFI et colligés au niveau des centres de recrutements suivants :

- ⇒ Consultations d'ORL à l'hôpital militaire Avicenne- Marrakech ;
- ⇒ Consultation de pneumo-allergologie des médecins privés à Marrakech et Safi ;
- ⇒ Consultation de médecine générale au Cs ibn Tachfin -Marrakech.

II. Matériel :

1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans l'étude tous les patients atteints d'une RA remplissant les conditions suivantes :

- Les patients consentant de participer à l'étude.
- Les patients des deux sexes, âgés de plus de 5ans, atteints de la RA.
- Les patients ayant un Prick test positif (au moins positif sur un seul pneumallergène).

2. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de l'étude :

- Les patients âgés de moins de 5ans ;
- Les patients qui n'ont pas réalisé un Prick test ou un Prick test négatif

III. Méthodes :

1. Variables étudiées :

Les variables de notre étude ont été structurées à l'aide de deux questionnaires distincts (Annexes 2-3). Le premier se concentre sur les critères sociodémographiques des participants ainsi que sur les données pertinentes concernant leur maladie. Cela permet d'obtenir une compréhension approfondie du contexte individuel de chaque patient. Le second questionnaire, quant à lui, est une échelle spécifique qui vise à mesurer la qualité de vie en relation avec la santé des patients atteints de la RA. Cette approche en deux volets nous permet d'analyser non seulement les aspects sociodémographiques et médicaux, mais également l'impact de la RA sur la qualité de vie des individus.

1.1 Variables liées aux malades et la maladie : (Annexe 2)

Une première étape du questionnaire a consisté en une collecte des différentes données du patient, remplie par le médecin traitant ou le patient lui-même, visant à rassembler le maximum d'informations et des renseignements d'ordre :

- a) Epidémiologique : l'âge, le sexe, la profession , l'état matrimonial du patient (Célibataire, marié(e), ou veuf/Veuve), son Origine (rurale ou urbaine), son niveau d'études (non scolarisé, primaire, secondaire ou universitaire), sa profession, l'adhérence à un système d'assurance (CNSS, FAR, CNOPS, OCP ...etc.) ,les antécédents personnels médicaux-chirurgicaux et familiaux , toxico-allergique , les facteurs déclenchants (saison, environnement, animaux domestiques), notion de prise d'antihistaminique ...etc.
- b) Clinique : circonstances de découverte, fréquence des signes.
- c) Explorations allergologiques : les tests cutanés, sous forme de Prick Test (PT) ont été réalisés chez 100 patients (100% des patients inclus dans notre étude) ; A l'aide d'une batterie standard d'allergènes comprenant les acariens Dermatophagoides Ptérynyssinus et Dermatophagoides Farinae, les pollens des graminées et d'olivier et d'autres allergènes (poils de chat, poils de chien,

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

moisissures...). Le témoin positif utilisé était généralement l'histamine à la concentration de 1g/ml et rarement le phosphate de codéine à 9%. Le témoin négatif utilisé était la solution glycérosaline ou le sérum physiologique. Les PT ont été réalisés après une interruption d'au moins 10 jours d'un traitement par les antihistaminiques ou autre médicament qui diminue la réactivité cutanée. La lecture était effectuée 15 à 20 mn plus tard. La positivité du PT était retenue sur la présence d'une papule d'un diamètre moyen d'au moins 50% de celui de la papule obtenue avec le témoin positif, ou de diamètre moyen supérieur de 3 mm par rapport au témoin négatif.

Lors de la lecture, le contour des papules a été souligné au stylo feutre et décalqué à l'aide d'un ruban adhésif appliqué sur la peau puis collé sur le dossier de l'observation.

1.2 Variables liées à la qualité de vie :(Annexe 3)

Le RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire) et ses variants :

Outil de perception sur QDV liée à la maladie, élaboré par Juniper en 1991, qui permet d'évaluer les différentes déficiences fonctionnelles les plus gênantes pour les patients en raison de leur rhino-conjonctivite saisonnière ou per annuelle, d'origine allergique ou non allergique.

Il comprend 25 items ou questions, regroupés en 5 domaines, abordant les éléments suivants :

- Activités (3 items).
- Problèmes pratiques (10 items) regroupés en deux sous-groupes :
 - +Trouble de sommeil.
 - +Problèmes non nasaux, non oculaire.
- Symptômes nasaux (4 items).
- Symptômes oculaires (4 items).
- Fonction émotionnelle (4 items).

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Cependant les réponses sur les items du RQLQ ont été codées comme suit : 1=pas gêné(e), 2=un peu gêné(e), 3=Modérément gêné(e), 4=Assez gêné(e), 5=très gêné(e) et 6=extrêmement gêné(e).

La moyenne du RQLQ est calculée par la moyenne des items de chaque groupe du questionnaire ; Celle-ci est réalisée par le système ANOVA ;

Une faible moyenne indique que cet item n'a pas un impact sur la qualité de vie.

Ainsi, le questionnaire a été auto-administré ou administré à l'aide d'une tierce personne (médecin, infirmière ou un des parents pour les enfants).

2. Analyse statistique :

Les données ont été saisies dans le logiciel SPSS version 24. Les analyses statistiques descriptives ont inclus :

- Le calcul des effectifs et des pourcentages pour les variables qualitatives.
- Le calcul des mesures de tendance centrale (moyennes et médianes) pour les variables quantitatives.
- Pour les analyses bi-variées, le test statistique d'ANOVA a été utilisé pour comparer les moyennes.
- Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

3. Considérations éthiques :

- Le recrutement s'est fait exclusivement sur une base volontaire.
- Tous les patients ont été avisés de la conduite de l'étude.
- L'anonymat et la confidentialité des données fournies par les participants ont été préservés tout au long de notre étude.



RESULTATS

I. Profil épidémiologique :

1. Fréquence :

Durant la période de l'étude, qui s'est étendue du Avril 2023 à Novembre 2024, nous avons procédé à un recensement de 189 cas. Après une analyse détaillée, nous avons sélectionné 100 cas qui ont répondu à nos critères d'inclusion établis au préalable.

2. Sexe :

Sur un total de 100 patients, 33 étaient des hommes, représentant 33 % de l'échantillon étudié, tandis que 67 d'entre eux étaient des femmes, soit 67 %.

La sex-ratio était donc de 0,5.

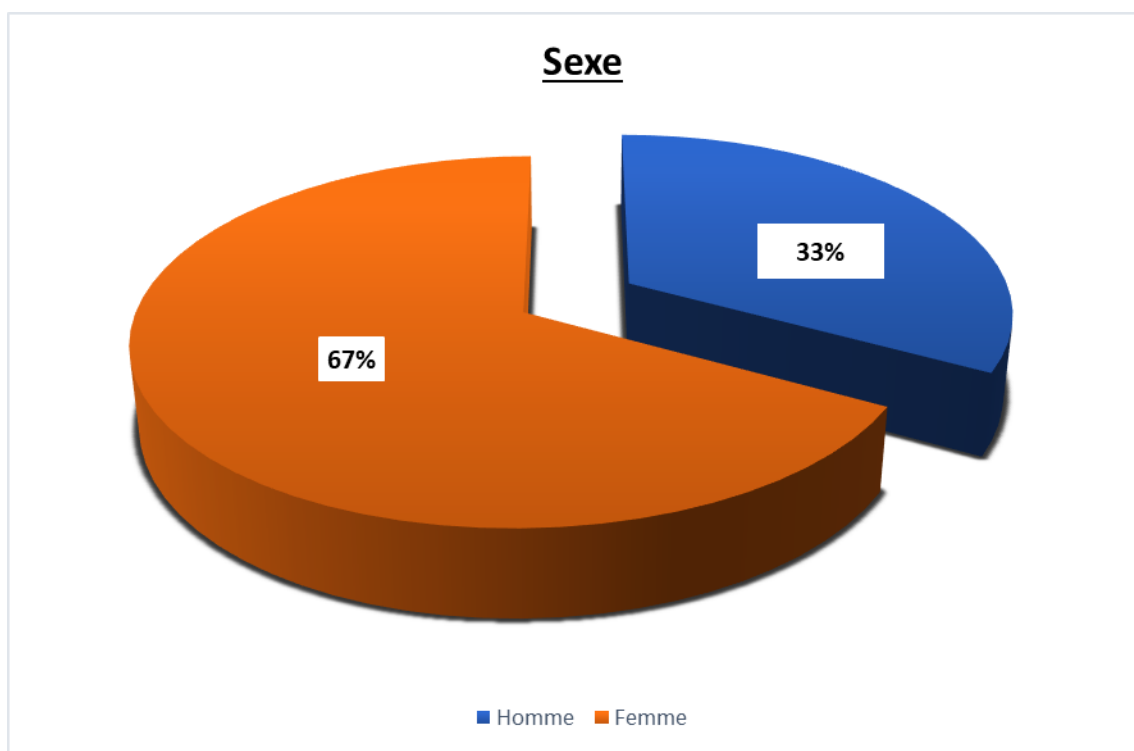


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe.

3. Age :

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 21 ans, avec des âges extrêmes allant de 5 à 82 ans (Tableau I). Nous avons observé une forte prédominance de la tranche d'âge de 5 à 15 ans, représentant 49 % de l'échantillon, contre 29 % pour celle de 16 à 30 ans et 11 % pour les patients âgés de 31 à 45 ans. Enfin, les patients de plus de 46 ans représentaient également 11 % de l'échantillon.

Tableau I : Les paramètres de dispersion de l'échantillon.

Paramètres de dispersion	Nombre	Minimum	Maximum	Moyenne
Les valeurs	100	5 ans	82 ans	21 ans

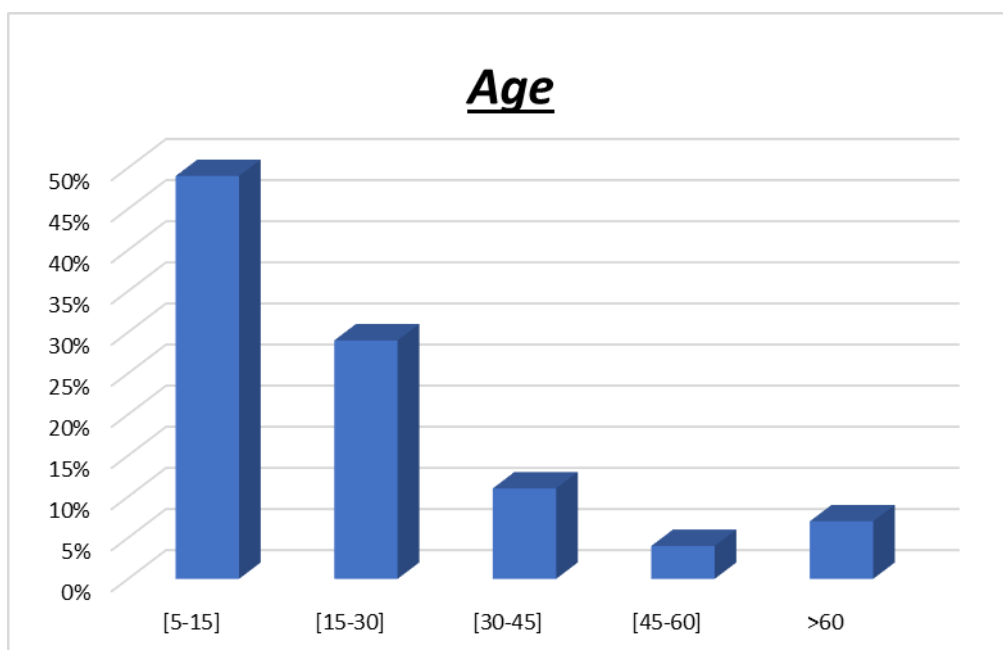


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.

4. Etat matrimonial :

Dans notre étude, on constate que soixante-onze de nos patients, représentant 71 %, étaient célibataires. Parallèlement, nous avons noté que 27 patients, soit 27 %, étaient mariés.

Enfin, il est intéressant de mentionner que deux patientes étaient veuves, comme illustré dans la figure 3.

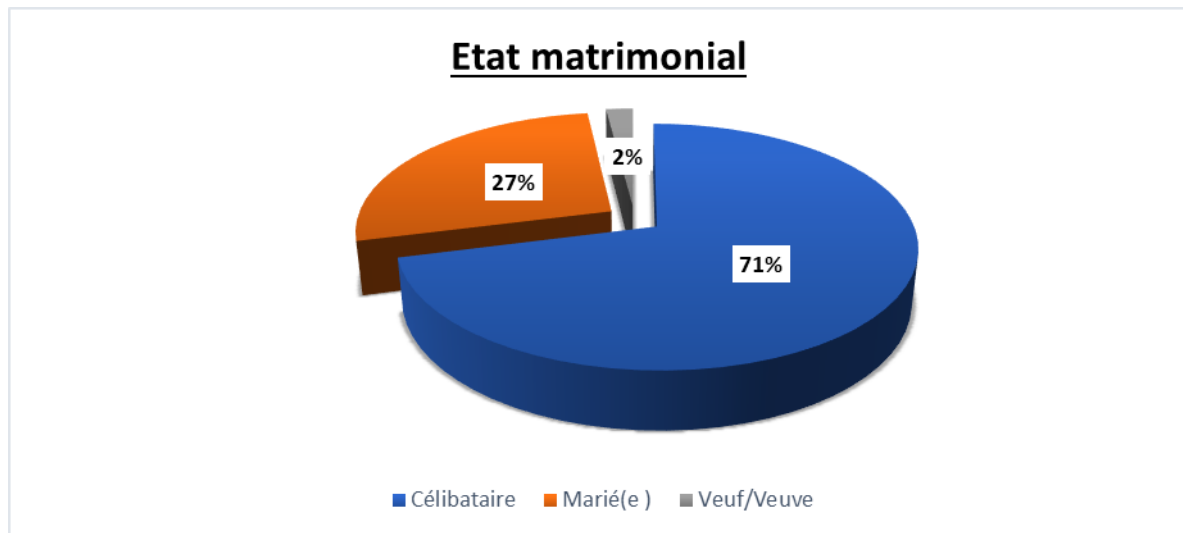


Figure 3 :l'état matrimonial des patients de notre échantillon

5. Origine résidentielle du patient :

Dans notre échantillon, 97 % des patients vivaient en milieu urbain, quant à 3 % résidaient en milieu rural (Figure 4).

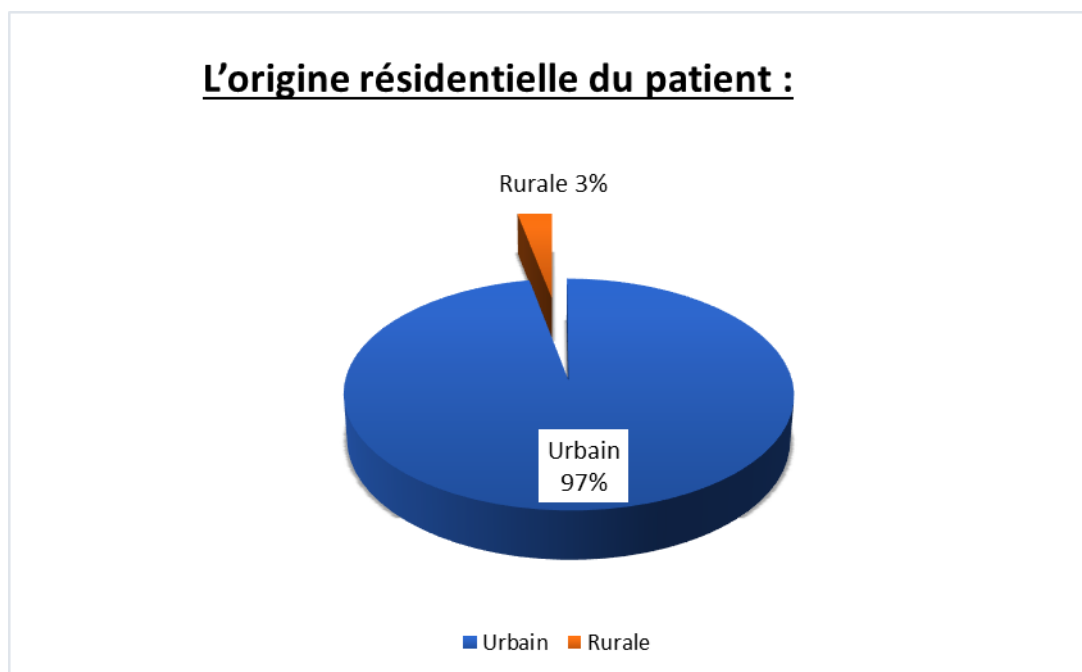


Figure 4 : Répartition des patients selon l'origine résidentielle

6. Couverture médicale :

L'étude de la couverture médicale chez nos malades a montré que 61 % des patients étaient mutualistes (CNOPS, CNSS, OCP, mutuelle des FAR...) tandis que 39 % des patients n'adhèrent à aucun système sanitaire.

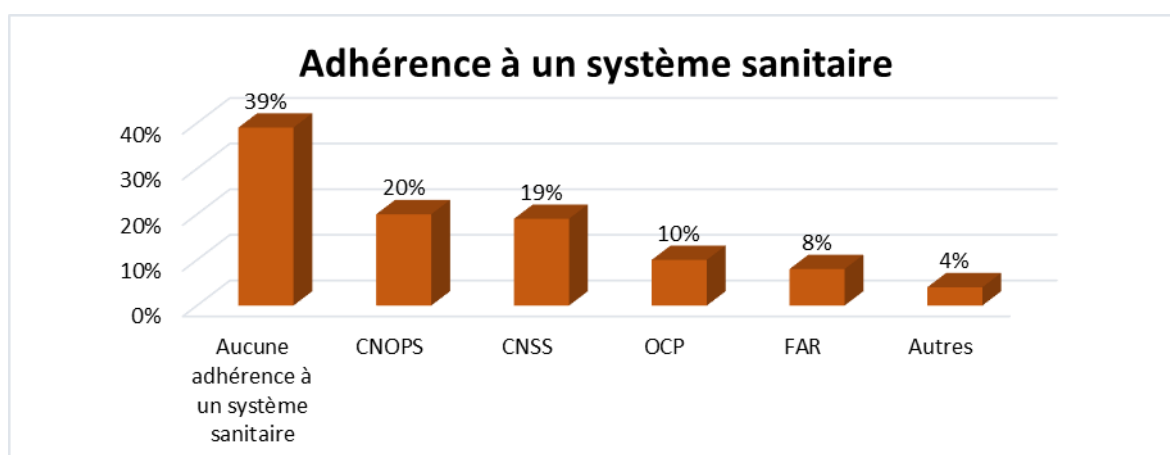


Figure5 : Répartition des patients selon la couverture sanitaire

7. Activité professionnelle :

Soixante-douze de nos patients étaient des étudiants (72%), dix-sept patients

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

étaient des fonctionnaires dans différents secteurs (17%), les onze (11%) restant sont répartis entre femmes au foyer et retraités (Figure 6) :

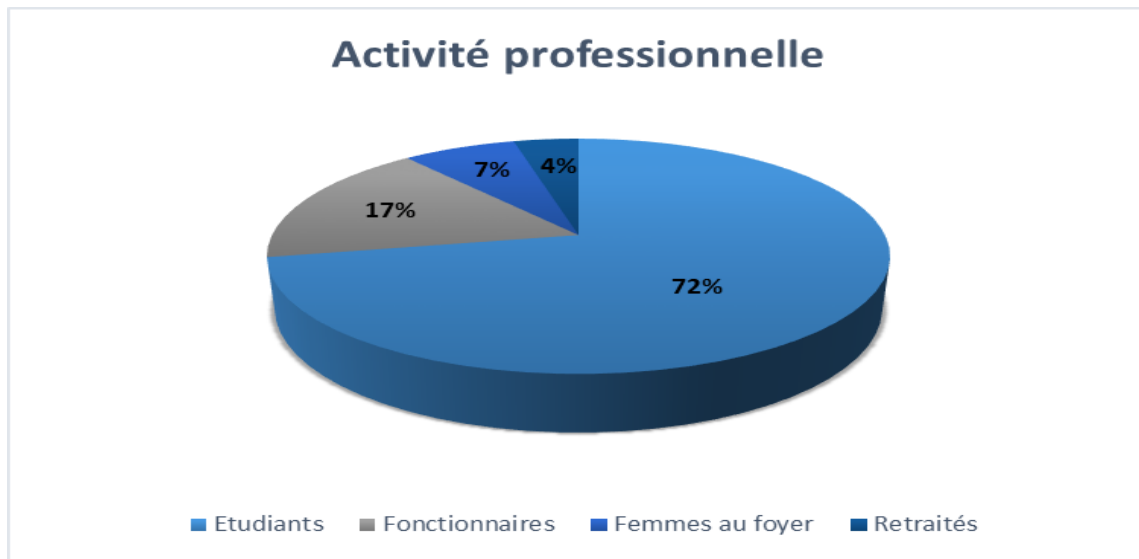


Figure 6 : Répartition des patients selon la profession

II. Données cliniques :

1. Antécédents et facteurs de risque :

1.1 Antécédents médicaux :

49 % de nos patients n'avaient aucun antécédent médical, alors que 51 % présentaient différentes pathologies réparties comme ci-dessous. (Figure 7)

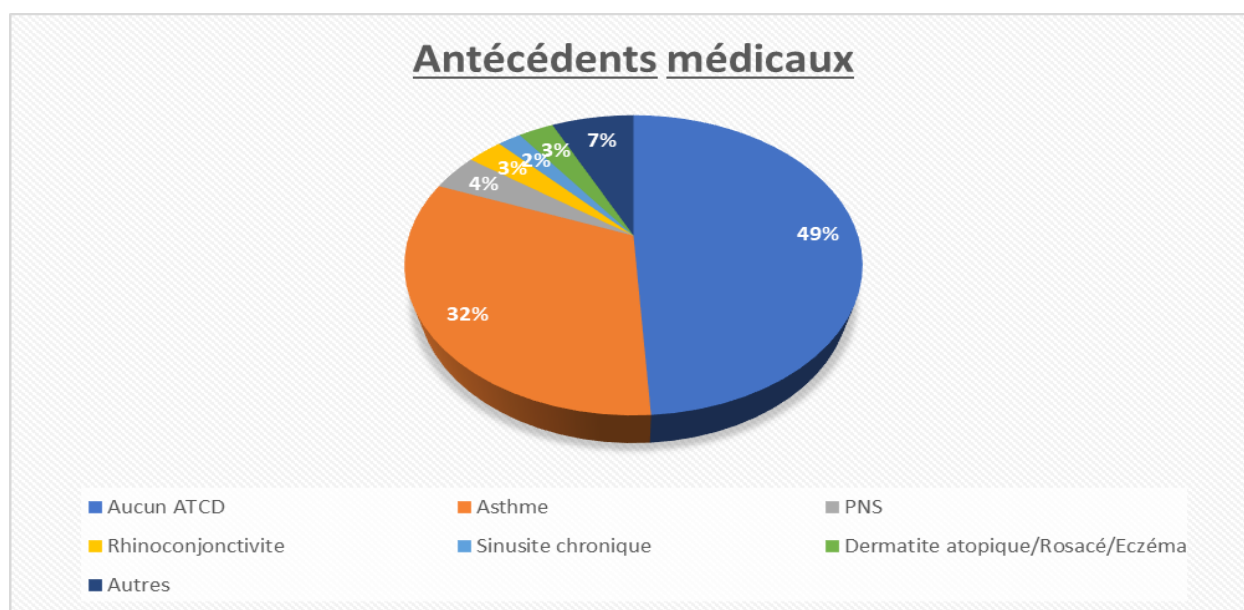


Figure 7 : Répartition des patients en fonction des antécédents médicaux

1.2 Antécédents chirurgicaux :

- Deux patients ont déjà subi une polypectomie pour une polypose naso-sinusienne.

1.3 Antécédents familiaux :

- 31 membres de famille (parents et frères) des patients étaient atteints de RA soit 31% des cas.
- 41 des frères de nos patients étaient asthmatiques soit 41% des cas.

1.4 Habitudes toxiques :

- Dix-neuf patients étaient tabagiques chroniques soit 19 % des cas ;
- Huit patients étaient éthyliques chroniques soit 8 % des cas.

2. Répartition des cas selon le mois de consultation :

Le maximum des cas (61%) ont consulté durant la saison du printemps répartis comme suit : Mai (22%), Mars (20%) et avril (19%). (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patients selon le mois de la consultation

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Mois	N	%
Janvier	4	4%
Février	1	1%
Mars	20	20%
Avril	19	19%
Mai	22	22%
Juin	12	12%
Juillet	8	8%
Août	4	4%
Septembre	7	7%
Octobre	1	1%
Novembre	2	2%
Décembre	1	1%

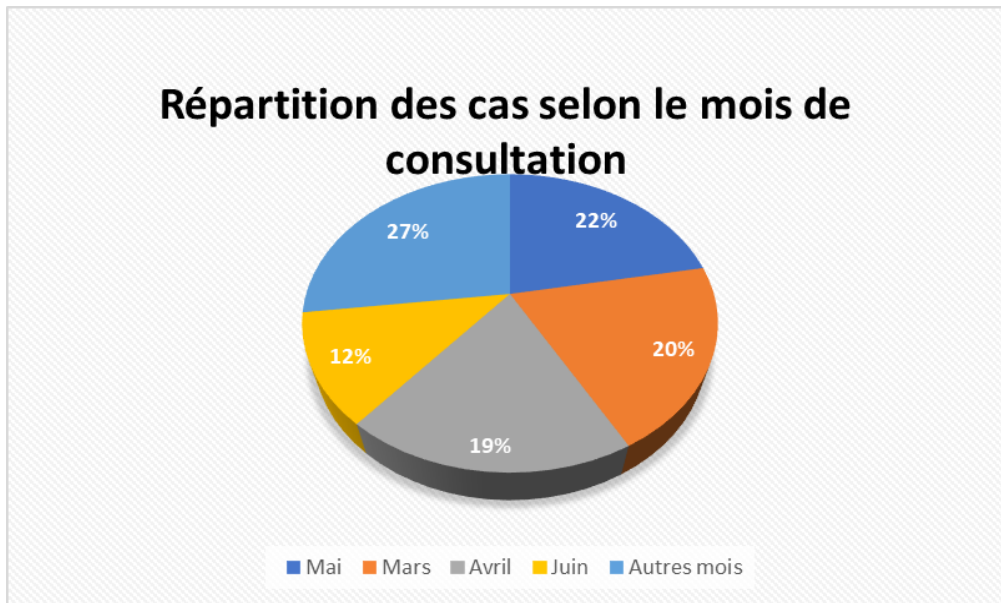


Figure 5 : Répartition des cas selon le mois de consultation

3. Circonstances de découverte :

3.1 Motif de consultation :

- L'éternuement a été le motif de consultation le plus courant, observé chez 92 % de nos patients.
- L'obstruction nasale a été notée dans 89 cas (89 %), souvent associée à des démangeaisons naso-oculaires (88 %).
- Des rhinorrhées ont été signalées chez 41 patients (41 %).

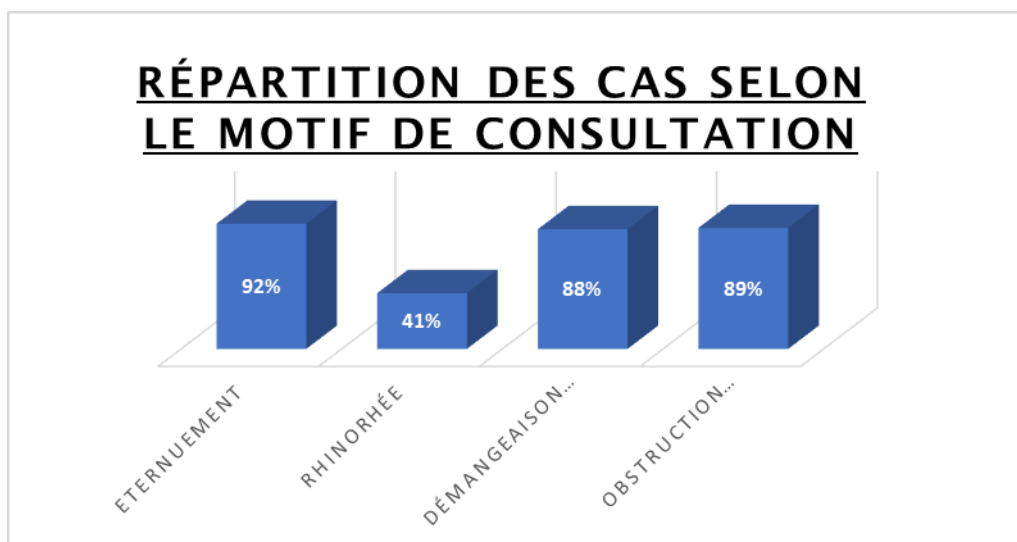


Figure 6 : Symptomatologie de découverte.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

3.2 Signes accompagnateurs :

- La dyspnée inspiratoire a été retrouvée chez 62 malades (61%)
- Les troubles de l'odorat ont été notés chez 55 de nos patients (55%)
- La toux chronique a été retrouvée chez 44 de nos patients (44%)
- Les autres signes associés sont notés dans le graphique ci-dessous.

(figure 7.)

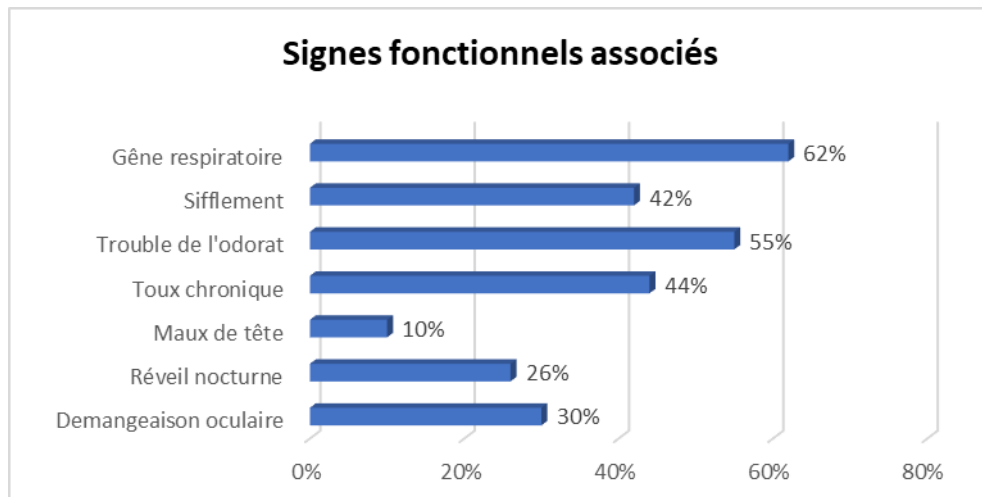


Figure 7 : Signes fonctionnels accompagnateurs.

III. Données paracliniques :

1. Test cutanés :

Le Prick test a été réalisé chez tous les patients de notre échantillon (100% des cas). Il s'est révélé positif à un ou plusieurs pneumallergènes répartis comme suit : (figure

8)

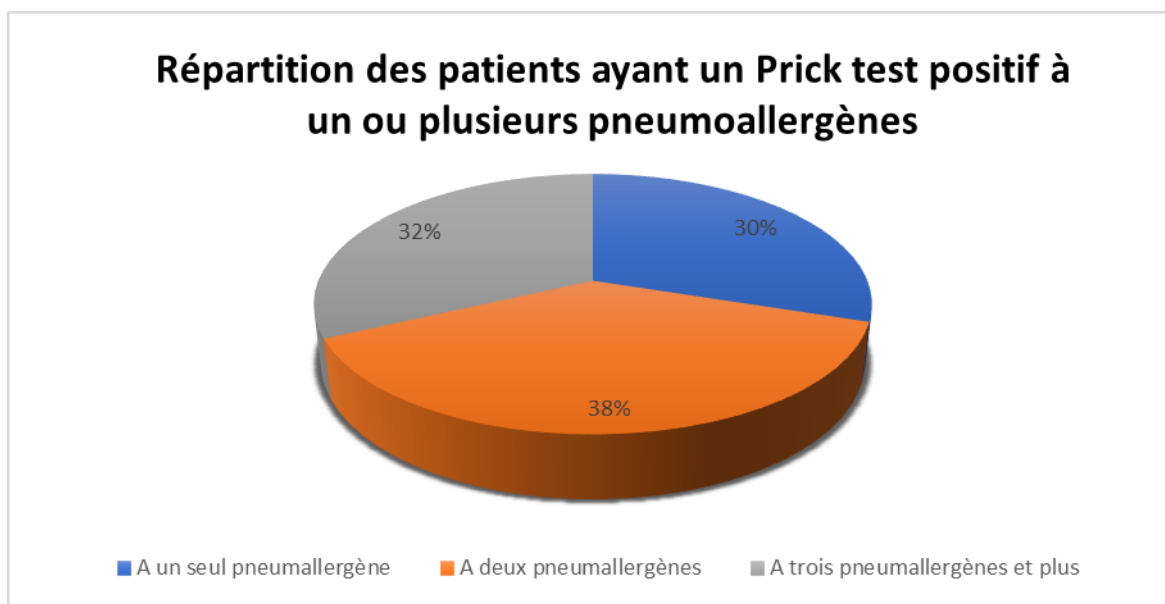


Figure 8 : Répartition des patients ayant un Prick test positif à un ou plusieurs pneumallergènes

Tableau 3 : Répartition des patients selon le type de pneumoallergène

Prick test positif		N	%
A un seul Pneumallergène	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)	12	12%
	Poils de chat/chien	12	12%
	Alternaria alternata	2	2%
	Olivier	2	2%
	Blomia Tropicalis	1	1%
	Cynodon	1	1%
	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/ Poils de chat/chien	13	13%
	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/ Blomia Tropicalis	5	5%
	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/ Olivier	2	2%

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

A deux Pneumallergènes	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/ Alternaria alternata	2	2%
	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/5 graminées	2	2%
	Acariens (DP/DF/Acarien de stockage)/Fléole de prés	2	2%
	Olivier/Poils de chat/chien	3	3%
	Olivier/Fléole de prés	1	1%
	Olivier/Crevette	1	1%
	Cynodon/Fléole de prés	2	2%
A trois Pneumallergènes et plus	Acariens (DP/DF)/Olivier/Poils de chat/chien	6	6%
	5 Graminées/fléole des prés/Poils de chat/chien et Alternaria alternata	1	1%
	5 Graminées/Fléole des prés/poils de chat/ chien/Ambroisie	1	1%
	Acariens (DP/DF/Acariens de stockage)/Crevette/Poils de chat/chien /olivier	1	1%
	Acariens (DP/DF/Acariens de stockage)/Poils de chat/chien/ Olivier/armoise/alternaria alternata	1	1%
	Acariens (DP/DF/Acariens de stockage)/pollens de graminées/Poils de chat	1	1%
	Acariens(DP/DF)/Alternaria alternata/Poils de chat/chien	1	1%
	Acariens (DP/DF) /Blomia /Armoise	1	1%
	Acariens (DP/DF) /Blomia/Olivier	1	1%
	DP/DF/Blomia/olivier/Aspergillus fumigatus/ambroisie	1	1%
	Acarien (DP/DF) /Blomia/Olivier/cyprès/Fléole des prés/poils de chat/alternaria/ambroisia	1	1%
	Acariens (DP/DF)	1	1%

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

	/Graminées/Fléole de prés		
	Acariens (DP/DF) /Latex/Oeuf/Lait de vache	1	1%
	Acariens (DP/DF) /Pollens de graminées/Poils de Chat/Chien/Olivier	2	2%
	Acariens (DP/DF) /Pollens graminée/Lait de Vache/Poils de chat/Olivier	1	1%
	Acariens (DP/DF) /Blomia/olivier	1	1%
	Acariens DP/Poils de chat/chien/Alternaria	1	1%
	Graminées/cynodon/fléole després/poils de chat et chien/altérnaia	1	1%
	Lait de vache/Poils de chat/olivier	1	1%
	Olivier/5 graminées/fléole des prés	1	1%
	Olivier/5 graminées/fléole des prés/Poils de chat/Alternaria	1	1%
	Olivier/cyprès/ 5 graminées/fléole/poils chat/chien	1	1%
	olivier/cyprès/poils de chien	1	1%
	Olivier/Fleole de prés/Poils de chat	1	1%
	Olivier/Poils de chat/Alernaria alternata	1	1%
Total		100	100%

2. Dosage sérique des IgE spécifiques :

La recherche des IgE sérique n'a été faite que chez 2 patients (2%).

IV. Prise en charge thérapeutique :

Le traitement de la rhinite allergique avec des antihistaminiques oraux a constitué 100 % des thérapeutiques utilisées, soit 100 cas.

L'association des antihistaminiques oraux et corticoides nasaux ont représenté 95 % des cas, équivalant à 95 cas. Les corticoïdes oraux se sont classés au troisième rang avec 75 %, soit

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

75 cas. Le reste est réparti ci-dessous :

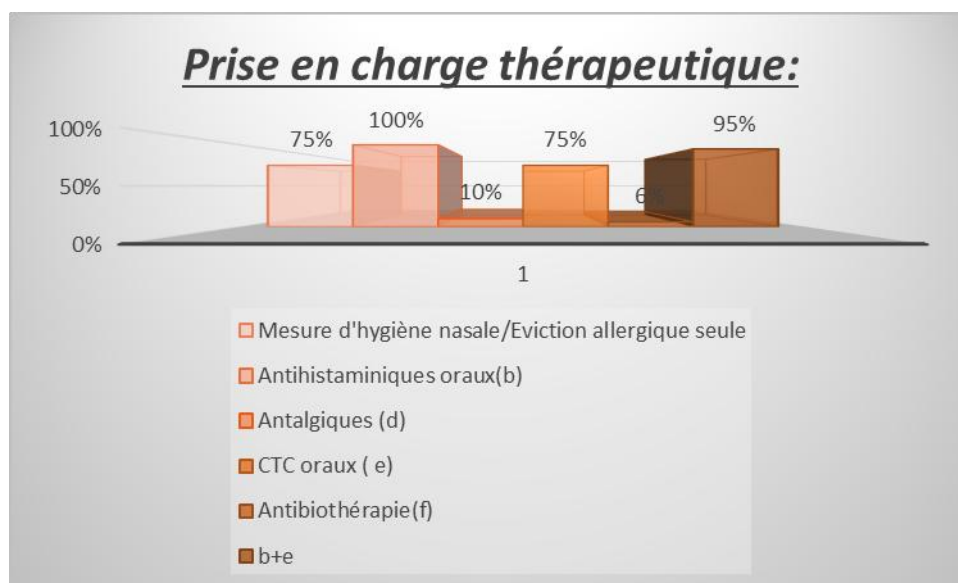


Figure 9 : Prise en charge thérapeutique établie chez nos patients

V. Evaluation de la qualité de vie spécifique selon le RQLQ :

1. Analyse Descriptive :

Un total de cent patients a été inclus dans l'étude, répondant au Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ) pour évaluer la qualité de vie liée à la rhinite allergique.

La moyenne du RQLQ a été établie à $2,44(\pm 1,120)$, avec des valeurs s'étendant de 5 à 46 (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Analyse descriptive du RQLQ chez les patients questionnés

	Moyenne	Ecart-type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
RQLQ	30,81	10,122	21	30,00	46	12	0,0025

2. Analyse bi-variée :

2.1 Âge :

Une association statistiquement significative a été observée entre le score RQLQ et l'âge des patients ($p = 0,0024$). Les moyennes du RQLQ diffèrent selon les tranches d'âge, avec une moyenne la plus élevée de 3,2 chez les patients âgés de 15 à 30 ans. L'analyse statistique des différences de moyennes du RQLQ en fonction de l'âge montre que **la qualité de vie est plus altérée chez les patients de âgés entre 15 et 30 ans ($p=0,0249$)**. (Tableau 5, Figure 10)

Tableau 5 : Répartition de la moyenne du RQLQ en fonction d'âge.

Intervalle d'âge	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
05-15	49	2,346939	115	0,647959	0,0249
16-30	29	3,2	60	0,423645	
31-45	11	2,272727	25	0,418182	
46-60	4	2,75	11	0,25	
>61	7	2,571429	18	0,619048	

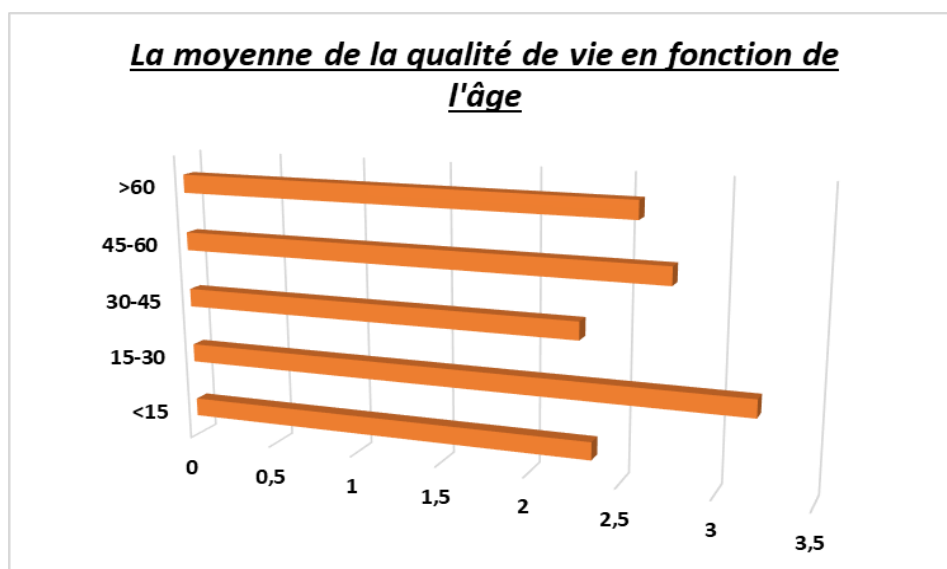


Figure 10 : Répartition de la moyenne du RQLQ en fonction de l'âge.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

2.2 Sexe du patient :

Une association statistiquement significative a été identifiée entre le score RQLQ et le sexe des patients ($p=0,006$).

Les moyennes du RQLQ varient en fonction du sexe : chez les hommes, la moyenne est de 2,242, tandis que chez les femmes, la moyenne s'élève à 2,513.

L'analyse statistique des différences de moyennes du RQLQ selon le sexe révèle donc que **la qualité de vie est significativement plus compromise chez les patients de sexe féminine ($p=0,0065$) (Tableau 6, Figure 11)**

Tableau 6 : Variation de la moyenne du RQLQ selon le sexe des patients.

Sexe du patient	Nombre	Moyenne	somme	variance	P
Femme	67	2,513433	168	0,612393	0,0065
Homme	33	2,242424	74	0,439394	

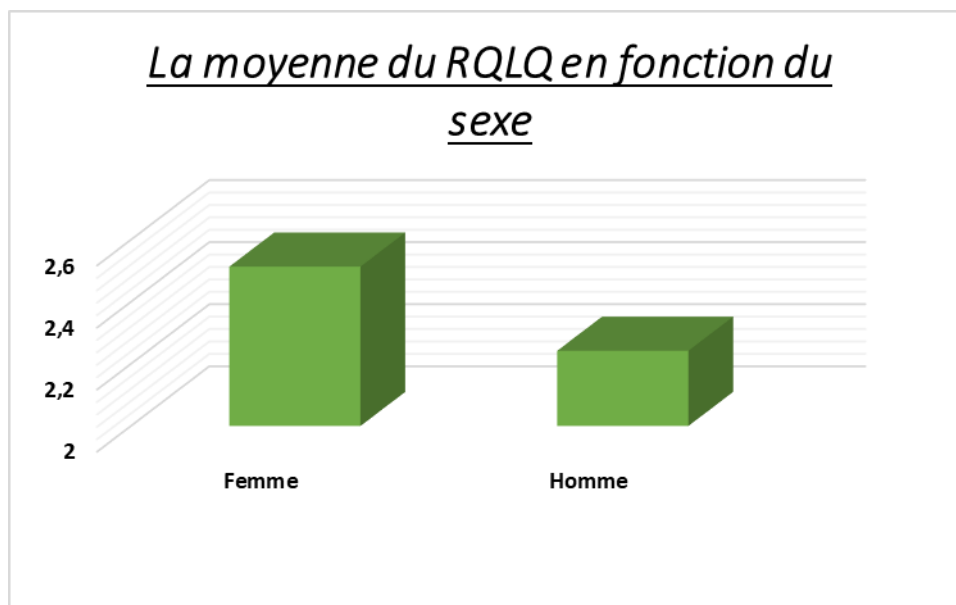


Figure 11 : Variation de la moyenne du RQLQ selon le sexe des patients.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

2.3 Etat matrimonial :

Selon l'analyse statistique, il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'état matrimonial et le score du RQLQ ($p=0,25$)>0.05

Par conséquent, La QDV n'est pas altérée par le statut matrimonial du patient. (Tableau 7, Figure 12).

Tableau 7 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à l'état matrimonial de nos patients.

État matrimonial	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Célibataire	71	2,313433	155	0,612393	0,254
Marié(e)	27	2,242424	74	0,439394	
Veuf/Veuve	2	2,55432	75	0,475332	

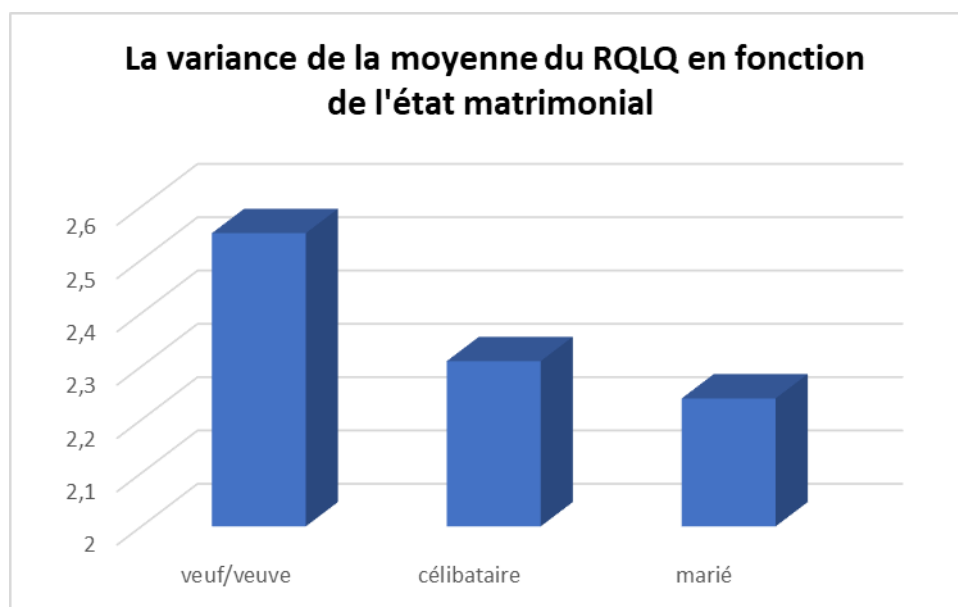


Figure 12 : Répartition de la moyenne du RQLQ en rapport avec l'état matrimonial des cas étudiés

2.4 L'origine résidentielle :

On note également une différence entre les moyennes du RQLQ selon l'origine des patients : 2,75 chez les patients d'origine rurale et 2,34 chez ceux d'origine urbaine.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Cette différence est statistiquement significative ($p=0,03 < 0.05$). (Tableau 8, Figure 13).

La QDV est donc perturbée chez les patients vivant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Tableau 8 : Tableau représentant la répartition de la moyenne du RQLQ selon l'origine résidentielle des patients.

	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Urbaine	97	2,34	115	0,64796	0,00364
Rurale	3	2,75	11	0,42365	

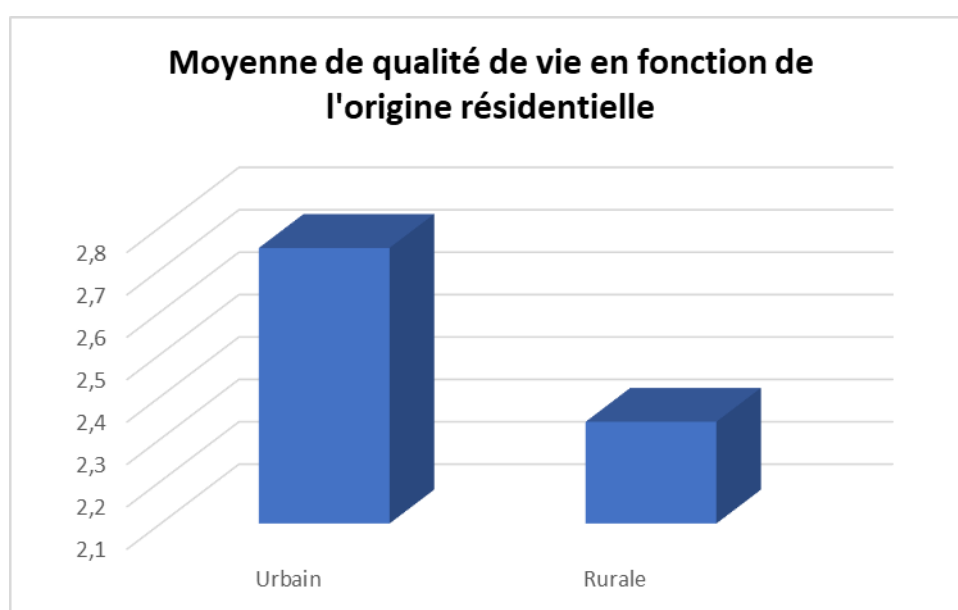


Figure 13 : la répartition de la moyenne du RQLQ selon l'origine résidentielle des patients.

2.5 La profession :

L'analyse des résultats a objectivé une association statistiquement significative entre l'état professionnel et le score du RQLQ ($p=0,003$) : 3,52 ($\pm 0,6206$) chez les étudiants de tout âge, 2,71 ($\pm 0,571$) chez les femmes aux foyers et 2,18 chez les patients fonctionnaires. Ceci signifie que **les étudiants ont une QDV plus altérés par rapport aux autres patients.** (Tableau 9, Figure 17)

Tableau 9 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la profession.

L'activité professionnelle	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Etudiant	69	3,52	158	0,620631	0,0037
Femme au foyer	7	2,71	19	0,571429	
Fonctionnaire	16	2,18	35	0,295833	
Retraité	4	2	8	0,666667	

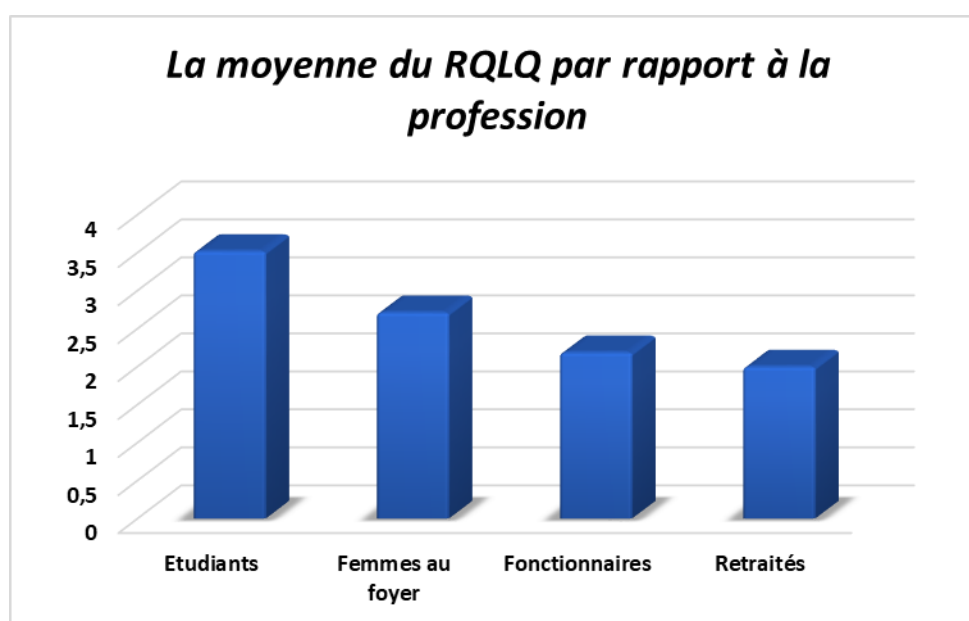


Figure 17 : Répartition de la moyenne du RQLQ selon la profession

2.6 Les antécédents :

Une relation statistiquement significative a été observée entre le score RQLQ et les antécédents des patients ($p=0,047$). Les résultats montrent que **les patients ayant des antécédents personnels présentaient une qualité de vie moyenne inférieure à celle des patients sans antécédents**. De plus, une différence significative des moyennes du RQLQ a été identifiée en fonction du type d'antécédents des patients, avec une valeur p de 0,040.

Ceci montre **que les patients asthmatiques ont une qualité de vie plus altérée (voir Tableau 10, Figure 18)**.

Tableau 10 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux ATCDs des patients.

Les antécédents des patients	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Asthme	32	2,89	92	0,645161	0,041
Rhinoconjunctivite	25	2,7	67	0,416667	
Autre type ATCD	12	2,34	28	0,272727	
Aucun antécédent medico-chirurgicaux	31	1,9	59	0,692473	

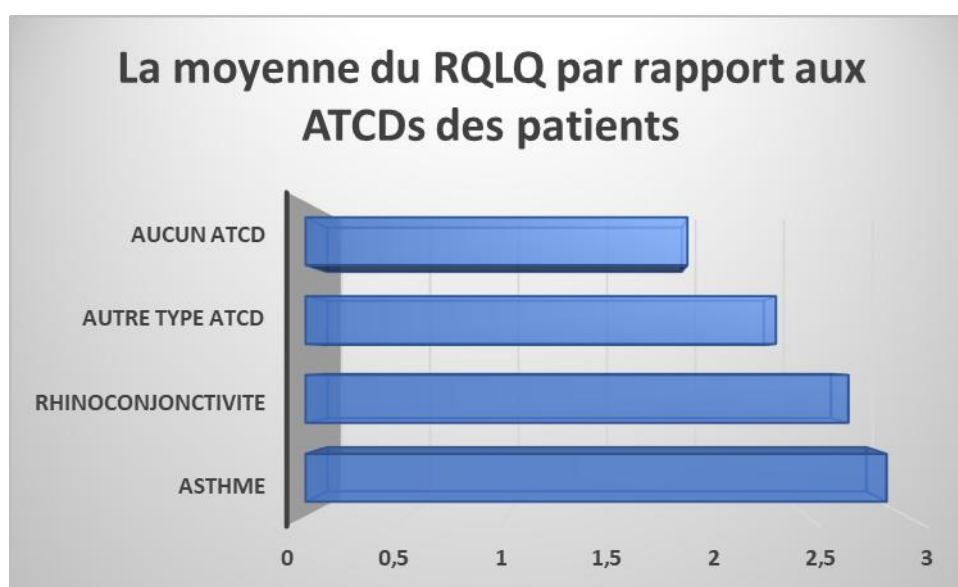


Figure 18 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux ATCDs des patients

3. Variation de la symptomatologie :

3.1 Symptômes nasaux :

Il existe une relation statistiquement significative entre le score RQLQ et la sévérité des symptômes nasaux des patients ($p=0,025<0,05$).

On remarque que les patients qui présentaient des symptômes nasaux avaient une moyenne de RQLQ supérieure par rapport aux patients qui ne présentaient aucun symptôme nasal.

Et donc, **les symptômes nasaux ont un impact négatif sur la QDV. (Tableau 11, Figure19)**

Tableau 11 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport aux symptômes nasaux.

Type de symptôme nasal	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Aucun symptôme	49	1,75	576	7,85544	0,0259
Nez bouché (congestionné)	29	5,2	440	5,76601	
Nez qui coule	11	2,09	133	0,29091	
Eternuement	4	6,25	65	7,58333	
Démangeaisons nasale	7	2,14	85	7,14286	

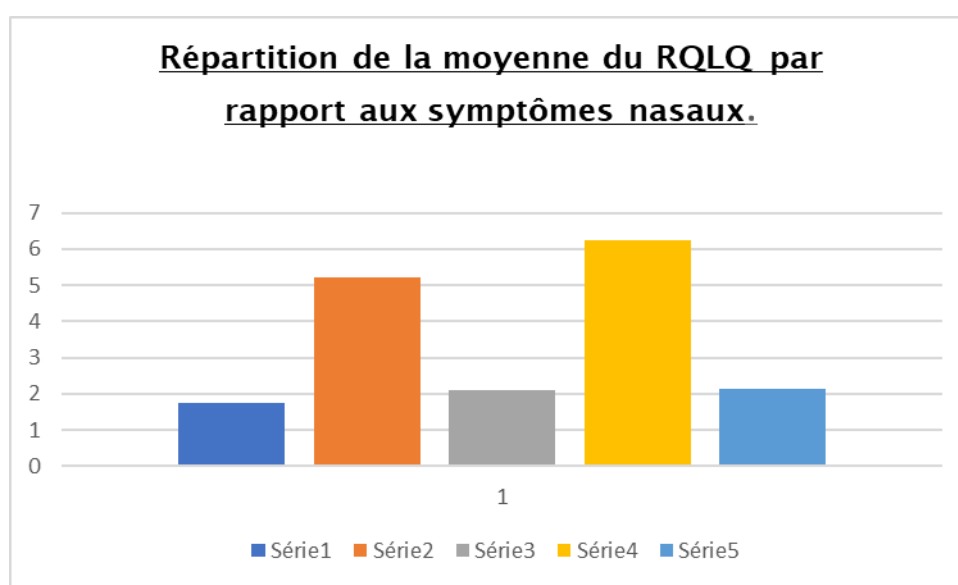


Figure 19 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes nasaux.

3.2 Symptômes oculaires :

Selon l'analyse statistique, on trouve qu'il y'avait une corrélation significative entre les symptômes oculaires l'altération de la qualité de vie des patients atteints de la RA.

En fait, La différence de moyenne du RQLQ chez les patients présentant des symptômes oculaires était supérieure à celle des patients qui ne possèdent aucun symptôme (15,5vs 12) avec un score $p=0,012 < 0,05$

On déduit alors que les symptômes oculaires altèrent négativement sur la QDV. (Tableau

12, Figure 20)

Tableau 12 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes oculaires

Signes oculaires	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Aucun symptôme	14	12	48	4,666667	0,012405
Yeux larmoyants	49	14,10	691	16,55187	
Démangeaisons oculaire	29	21	609	11,73892	
Yeux gonflés	11	12,63	139	25,65455	
Yeux rouges	7	14,57143	102	13,95238	

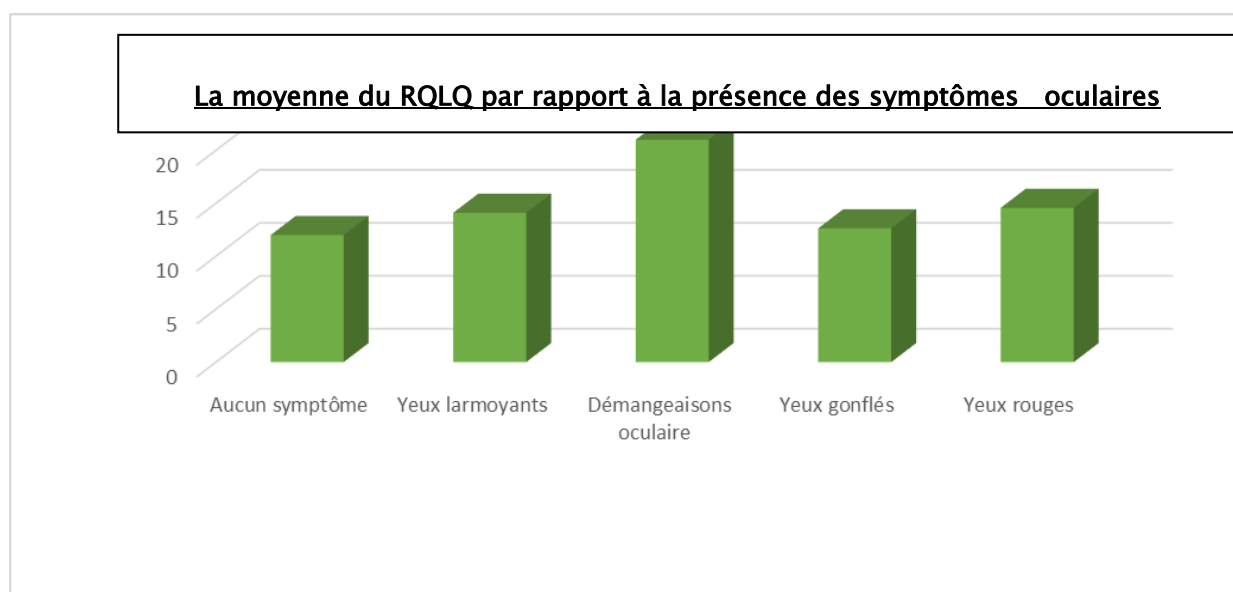


Figure 20 : Répartition de la moyenne du RQLQ par rapport à la présence des symptômes oculaires

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

3.3 Problèmes pratiques :

Le test de corrélation montre une relation statistiquement significative entre le score RQLQ et $p=0,0375 < 0,05$).

Les sujets qui sont gênés par des problèmes pratiques (Se frotter, se moucher à plusieurs reprises, sommeil permanent et fatigue) présentaient une moyenne RQLQ plus élevée (la moyenne était respectivement 41,31 et 32) par rapport aux autres malades qui ne présentent aucune gêne à dans leurs vies quotidiennes (=26).

Ces résultats mènent à conclure **que les problèmes pratiques causées par la RA avaient un impact médiocre sur la QDV. (Tableau 13, Figure 21)**

Tableau 13 :l'impact des problèmes pratiques sur la QDV :

Type de problème pratique	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Aucune gêne pratique	11	26	286	47,2	0,0325
Maux de tête	49	26,08	1278	75,2432	
Besoin de se frotter/ se moucher	29	41	1189	29,5197	
Fatigue	4	32	128	34,66667	
Sommeil permanent	7	31,28	219	59,90476	

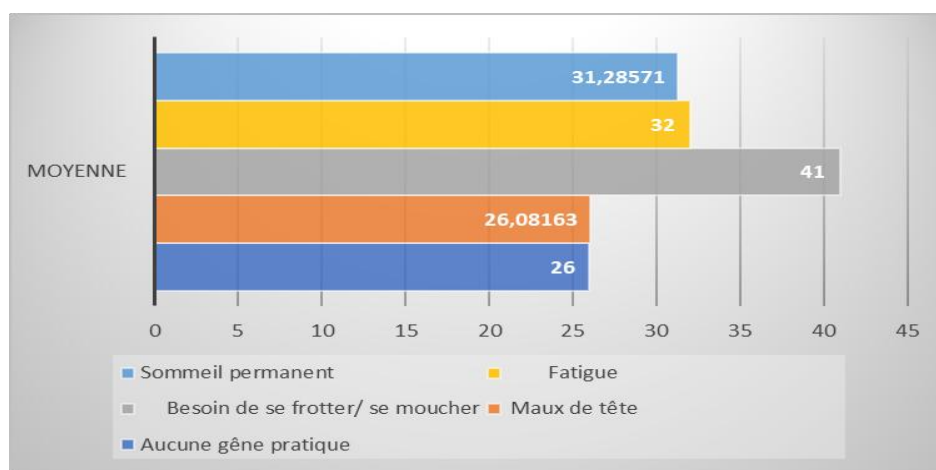


Figure 216 :l'impact des problèmes pratiques sur la QDV

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

3.4 Activité physique :

L'étude des données a objectivé une association statistiquement significative entre la détérioration des activités physiques et le score RQLQ de ($P=0,008$).

En effet, les patients présentant une altération de l'activité physique avaient une moyenne de RQLQ supérieur par rapport à ceux qui n'ont aucun impact s(10 vs 7,09).

(Tableau 14, Figure 22).

Tableau14 : le retentissement de la RA sur l'activité physique :

Type de problème d'activité physique	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Aucun impact sur l'activité physique	11	7,090	78	11,89091	0,03759
Difficulté de marcher ½ Km	49	7,12	128	7,901361	
Participation à une activité qui demande un effort minime	29	10	219	8,23399	
Participation à une activité qui demande beaucoup d'effort	4	9	1278	16	

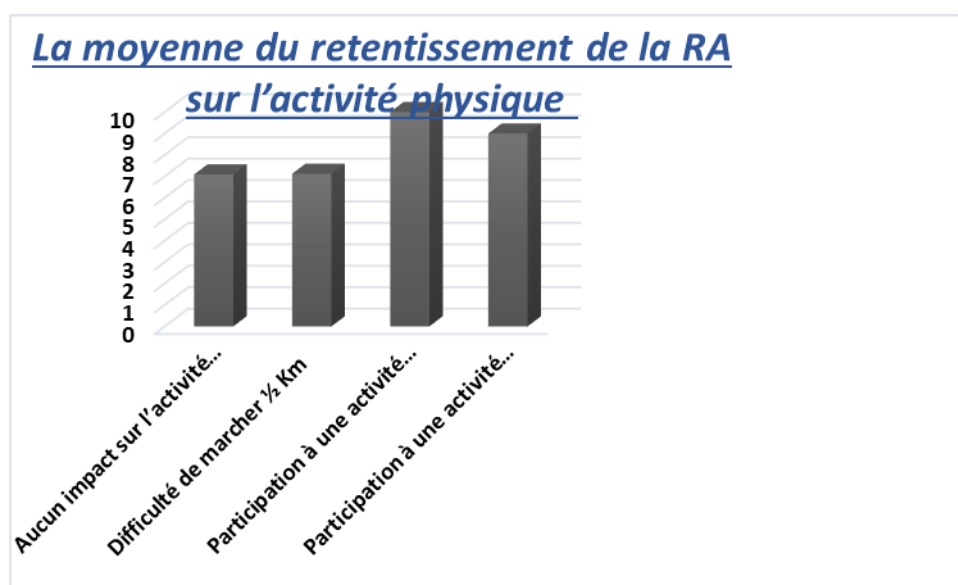


Figure 22 : le retentissement de la RA sur l'activité physique.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

3.5 Problèmes émotionnels :

L'analyse des données a trouvé qu'il y a une relation statistiquement significative entre les gênes émotionnelles ressenties par le patient atteint de la RA et la détérioration de leurs qualités de vie ($P=0,0036<0,05$). En effet, les patients présentant une gêne émotionnelle à cause de sa RA ont une moyenne du RQLQ plus élevée que les patients ne présentant aucune gêne émotionnelle.

Par conséquent, la QDV émotionnelle du patient est altérée par la RA (Tableau 15, Figure 23).

Tableau 15 : la corrélation entre le RQLQ et l'impact de la RA sur la QDV émotionnelle

L'impact de la RA sur la QDV émotionnelle	Nombre	Moyenne	Somme	Variance	P
Aucune gêne émotionnelle	49	6,08	788	0,076531	0,03648
Agité	11	6,27	79	0,218182	
Frustré	4	6,25	65	0,25	
Bouleversé ou gêné par la réaction des autres face à vos symptômes	7	17	119	2,333333	
Irrité	29	6,31	73	0,364532	

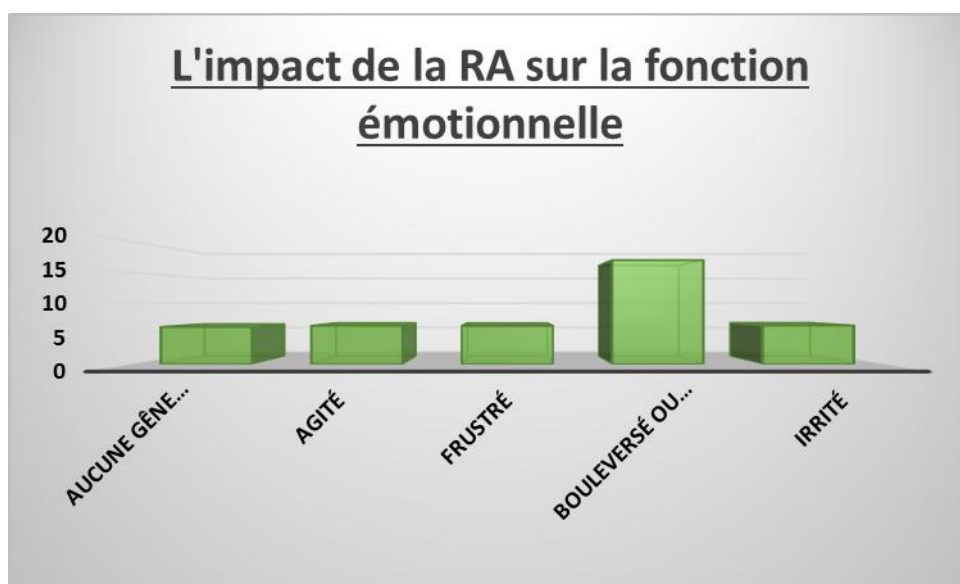


Figure 23 : L'impact de la RA Sur la fonction émotionnelle



DISCUSSION



I. Généralités :

1. Concept de la qualité de vie (QDV) :

La notion de la QDV est complexe et soumise à une évaluation permanente des mentalités quant à la notion de qualité. Elle englobe des dimensions sociales, économiques et médicales, et constitue un concept multidimensionnel, subjectif et difficile à quantifier. [8]

Intuitivement, la qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition. [9]

1.1 Définition de la QDV :

Pour les philosophes de l'antiquité, la QDV serait le bonheur et le bien-être non seulement liés à la matérialité mais aussi à la pensée [13].

La notion de QDV exige de prendre en considération l'expérience humaine dans sa multiplicité et sa diversité sans la limiter à sa dimension strictement biologique [14].

Si pour Aristote le bonheur réside dans l'exercice sans entraves et nécessairement plaisant de ses potentialités spécifiques [15], il se définit pour Mill comme plaisir et absence de peine [16].

Dans le contexte religieux islamique, le bien être ne se trouve pas seulement dans le matériel, il est fortement lié à la croyance. Parmi les preuves dans le Qur'an et la Sunna :

﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّن ذَكَرٍ أَوْ أَنَّىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّاهُ حَيَاةً طَيِّبَةً ۖ وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾

[النحل: 97]

Allah -l'Exalté- dit : « *Quiconque, mâle ou femelle, fait une bonne œuvre tout en étant croyant, Nous lui ferons vivre une bonne vie* » (sourate An-Nahl, verset 97).[36]

Ainsi le Messager d'Allah -paix et bénédictions d'Allah sur lui- a dit : « *La richesse n'est pas dans l'abondance des biens, la richesse c'est plutôt la richesse de l'âme* »

<<لَا تَكُونُ الْغِنَىٰ فِي كَثْرَةِ الْمَالِ، وَإِنَّمَا الْغِنَىٰ عَنِ النَّفْسِ>>

1.2 La qualité de vie liée à la santé :

Ainsi, depuis les années 80, se développe le concept de qualité de vie liée à la santé en médecine. De façon pragmatique, différents auteurs ont proposé de restreindre la définition de la qualité de vie aux aspects liés à la santé en explorant les principaux domaines qui la composent, à savoir l'autonomie, les symptômes physiques, l'état psychique, les relations sociales et matérielles, les activités de loisirs, l'image de soi. On parle alors de mesure de qualité de vie liée à la santé.

Pour Patrick et Erickson : << la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de la santé >>[17].

1.3 Définition de l'OMS :

L'organisation mondiale de la santé « OMS » vient en 1994 pour définir la qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement [6].

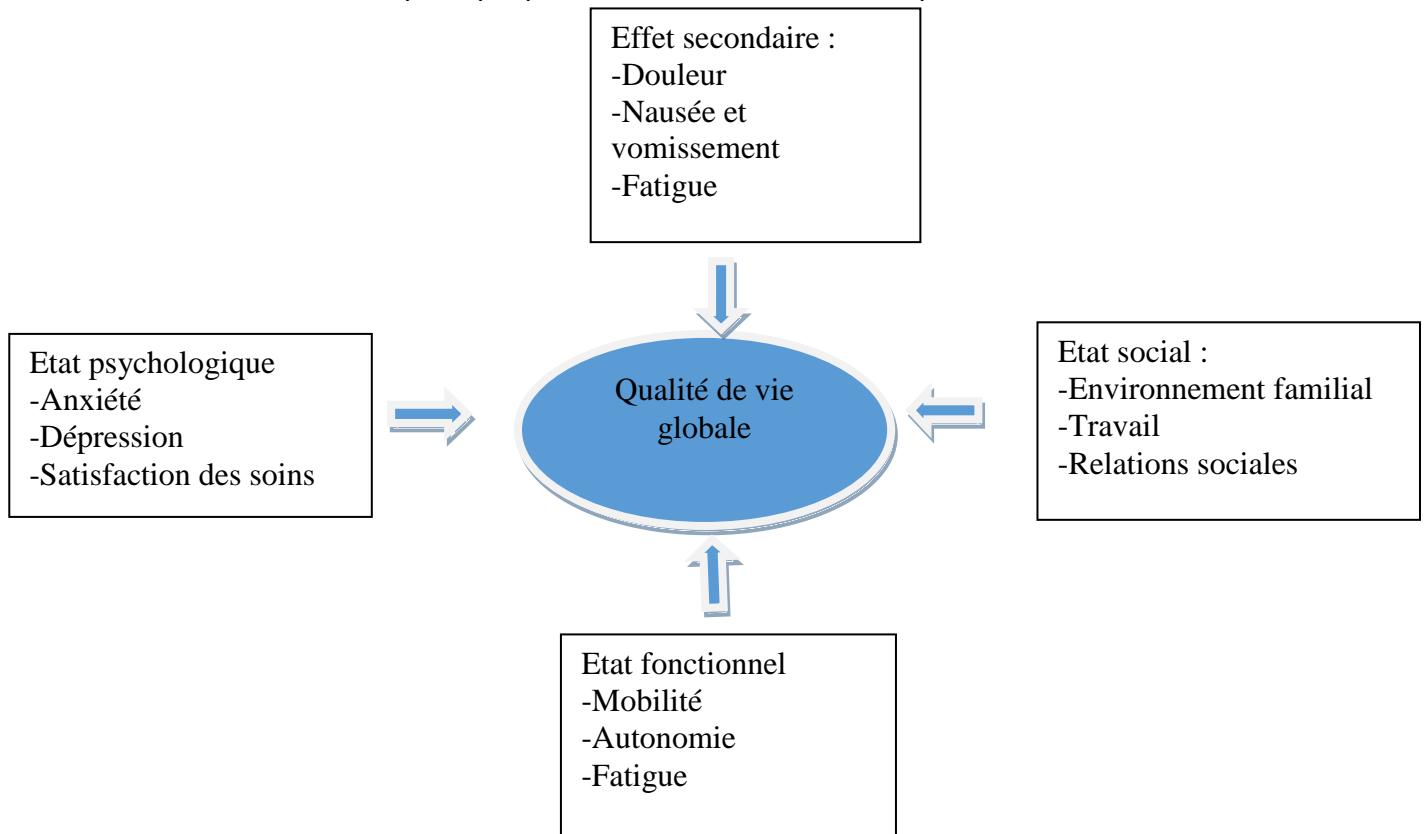
La création de l'OMS et l'adoption d'une définition multidimensionnelle de la santé, conjuguées aux évolutions de la pratique médicale au cours des dernières décennies, ont contribué à faire émerger la qualité de vie liée à la santé comme un critère d'évaluation important. [11]

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

- Une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

- Une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.



2. La QDV et ses mesures :

Les outils de mesure de la qualité de vie (QDV) consistent principalement en des questionnaires, généralement auto-administrés. Cette méthode présente l'avantage d'être simple et peu coûteuse. Cependant, elle peut entraîner des taux de réponses incomplètes plus élevés par rapport aux questionnaires administrés par un enquêteur.

Dans ce contexte, il est difficile de garantir une compréhension optimale des questions. [19]

On distingue alors les instruments psychométriques et les instruments économétriques : [18]

2.1 Les instruments psychométriques :

Ce sont des questionnaires standards à réponse fermée, portant sur l'état du moment ou d'une période définie dans le passé récent. Ils se répartissent en :

▪ Instruments génériques :

Ils permettent d'évaluer la santé du patient, indépendamment de la maladie. Ils peuvent aussi être utilisés pour la population générale. Ces outils présentent l'avantage de comparer l'impact sur la qualité de vie de diverses pathologies et peuvent aider à orienter l'élaboration de politiques de santé. [19]

▪ Instruments de qualité de vie personnalisés :

Dans ces instruments, le patient sélectionne les aspects de sa qualité de vie qu'il souhaite améliorer, lesquels sont ensuite évalués. Ces outils tiennent compte de la nature subjective et individuelle de la qualité de vie des patients atteints de la pathologie concernée. Cependant, leur utilisation est limitée par certaines contraintes, telles que la nécessité d'un enquêteur expérimenté et la difficulté de comparer des patients ayant choisi des domaines de qualité de vie variés. Ils sont donc principalement réservés à la recherche. [19]

▪ Instruments spécifiques :

Ils sont particulièrement adaptés à l'étude d'une pathologie précise, ou d'un type de population (enfants, personnes âgées). Ils peuvent être spécifiques d'une maladie et ont l'avantage d'en détecter les changements faibles et spécifiques. [19]

Depuis 1991, Elizabeth Juniper [22], professeur d'épidémiologie et bio statistique à Londres, fut le point de départ à partir duquel la rhinite allergique a atteint une reconnaissance universelle sur les modalités d'évaluer son retentissement sur la qualité de vie.

Le RQLQ est un Outil de perception sur la QDV liée à la maladie, permettant d'évaluer les différentes déficiences fonctionnelles les plus gênantes pour les patients en raison de

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

leur rhino-conjonctivite intermittente ou permanente, d'origine allergique ou non allergique. [23]

Il comprend 25 items ou questions [24], regroupés en 5 domaines [25], abordant les éléments suivant :

Activités (3 "spécifiques au patient"), problèmes de sommeil (3 items), symptômes nasaux (4 items), symptômes oculaires (4 items), problèmes pratiques (10 items incluant les symptômes non nasaux : non oculaire) et fonction émotionnelle (4 items) avec six options allant de "pas du tout gêné" (1) à "extrêmement gêné" (6) [26].

Le score total RQLQ varie entre 25 et 156 avec des scores plus élevés indiquant une qualité de vie liée à la rhinite allergique est très altérée.

Actuellement, le questionnaire RQLQ est l'outil le plus couramment employé sur l'échelle universel pour mesurer la qualité de vie et évaluer l'impact des maladies rhino-allergiques sur les individus.

2.2 Les instruments économétriques :

Dans ces outils, le patient est invité à faire un choix en tenant compte du niveau de qualité de vie souhaité et des risques associés. Les scénarios présentés reflètent les situations possibles selon l'alternative thérapeutique choisie.

En fonction des risques (probabilités) liés à chaque option, le patient oriente son choix. Cela définit une "utilité", une probabilité comprise entre 0 (décès) et 1 (préférence maximale ou santé optimale).

Ces probabilités peuvent ensuite être utilisées pour calculer des années de vie ajustées par la qualité (QALYs) à l'aide de la formule « utilité X durée de vie restante », extrapolée de l'espérance de vie moyenne pour une population du même âge. [20]

3. L'intérêt de l'évaluation de la QDV :

L'analyse de la qualité de vie de nos patients améliore notre évaluation de l'efficacité de notre prise en charge médicale. Ce concept suscite un vif intérêt aujourd'hui, tant chez les cliniciens que chez les chercheurs et le grand public. Cet engouement s'inscrit dans le débat selon lequel la qualité de vie est désormais tout aussi essentielle que sa durée.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Cette notion incite les professionnels de santé à prendre en considération les ressentis des patients ainsi que leur capacité à répondre à leurs besoins et désirs, plutôt qu'à se concentrer uniquement sur les signes cliniques et les symptômes. En mettant l'accent sur la qualité de vie, cela permet à chaque individu d'exprimer ses attentes en fonction de l'importance qu'il accorde à différents aspects de sa vie. [21]

II. Qualité de vie et RQLQ :

Juniper et Guyatt [27] ont développé plusieurs formes de Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire (RQLQ) vu que les patients atteints subissaient des bouleversements physiques, psychiques et sociaux qui auront un impact sur leur qualité de vie.

1. RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire) Original :

Le RQLQ original a été établi pour évaluer l'impact émotionnel, physique et social de la rhino-conjonctivite dans une population adulte (17-70 ans) [39]. Il a été établi à partir d'une liste de tous les symptômes problématiques qu'un individu ressentait à cause de la RA. [23] La liste a ensuite été réduite à 28 éléments, qui ont été identifiés comme les plus importants pour les patients.

Le patient énumère trois activités qui ont été le plus affectées par ses symptômes nasaux ou oculaire au cours de la semaine précédente [39]. Ces questions ont permis d'améliorer la validité du contenu, de s'adapter aux différences culturelles et d'accroître la pertinence dans un contexte clinique.[40]

Cependant, il existe un problème sous-jacent : Lorsque le RQLQ est administré sur une certaine période, on s'attend à ce que les patients modifient leurs activités au cours de ces suivis. Cela nuit à la cohérence du RQLQ dans le temps et, par conséquent, le score global ne permet pas au praticien d'évaluer des facteurs tels que la réactivité au traitement. C'est pourquoi le questionnaire standardisé sur la qualité de vie dans la rhinoconjunctivite (RQLQ(S)) a été mis au point. [39]

2. Questionnaire standardisé sur la qualité de vie liée à la rhinoconjonctivite :

Le RQLQ(S) comprend les mêmes 25 items que le RQLQ original, mais les 3 questions sur les activités spécifiques au patient ont été standardisées pour assurer la cohérence. Ces questions se réfèrent aux "3 activités qui sont importantes pour eux" et qu'ils "font régulièrement", mais qui ont été essentiellement limitées par leur RCA. [39] [40] Le questionnaire standardisé incluait les réponses les plus courantes données par les patients et formulait 3 questions génériques qui incorporaient la plupart de ces réponses. [40] Ces questions d'activité ont donné des scores plus faibles que les questions d'activité du RQLQ, mais ont tout de même eu de bonnes corrélations. La similarité des mesures psychométriques entre les 2 questionnaires, suggère que le RQLQ(S) est un instrument qui est plus utile en fonction du but de l'administration. Ces objectifs comprennent les études longitudinales, les essais cliniques de grande envergure et le suivi des résultats des patients. [40] Le RQLQ original et le RQLQ(S) se sont avérés chronophages, le RQLQ original nécessitant environ 7 minutes pour être rempli lors de la visite initiale ; il fallait donc un questionnaire plus court. [35] D'où la nécessité d'un questionnaire plus court.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Domaine	Définition
Problèmes pratiques	Se réfère à tout problème qui semble interrompre la routine normale d'un patient. <i>Exemple</i> : transport de mouchoirs, besoin de se frotter les yeux, besoin de se frotter ou de se moucher, besoin d'éviter les déclencheurs de symptômes, de rester à l'extérieur des pièces climatisées, de conduire ou de lire, etc. Ainsi, il englobe tout problème lié au sommeil, la fatigue, sensation de malaise général, et la baisse de productivité et manque de concentration.
Activité physique	Tout problème rencontré par le patient lorsqu'il doit rencontrer des gens ou des personnes ayant un hobby ou un loisir. activités de plein air
Problèmes Emotionnels/mentaux	Problèmes émotionnels tels que l'irritabilité, la gêne, l'agitation, la tristesse, la frustration, l'impatience, la colère, l'impuissance, le malaise ou le manque d'attrait.
Symptômes oculaires	Démangeaisons oculaires (ou frottement des yeux), larmoiement, douleur, gonflement (ou bouffissure) des yeux et des paupières, sensation de brûlure,
Symptômes nasaux	Tout symptôme nasal associé à la rhinite allergique (rhume des foins). <i>Exemple</i> : Nez bouché/obstrué/congestionné, éternuements, démangeaisons nasales, écoulement nasal et congestion des sinus (pression/douleur des sinus) non associés à d'autres problèmes de sinus.

Tableau 16 : les différents domaines exploités par le RQLQ

3. Le Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (MiniRQLQ) :

Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (MiniRQLQ) a été développé [35] pour être plus efficace tout en couvrant la même spécificité que le RQLQ, mais avec un temps de réponse plus court. Les 25 items ont donc été réduits en 14 questions, dont certaines ont été combinées mais pas complètement éliminées [39][35]. Les activités du patient utilisées étaient la version standardisée, plutôt que la version spécifique au patient du RQLQ original. [35] Comme le MiniRQLQ comporte deux fois moins de questions [37], il devrait être rempli en deux fois moins de temps. En raison de cet avantage, de nombreuses études ont utilisé le

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

MiniRQLQ. [43] [44] [45]

La RQLQ(S) est souvent considérée comme un équilibre entre la MiniRQLQ et la RQLQ originale, car elle fournit des réponses plus cohérentes grâce aux questions standardisées, tout en restant fiable car elle comprend les 25 items [39] [35] [40]. En fait, le MiniRQLQ ne s'est pas avéré aussi fiable que le RQLQ original. [35] Cela signifie que le praticien ne pourra pas évaluer l'effet exact de la rhinoconjonctivite sur la qualité de vie de chaque patient [39] [35]. Cependant, la réactivité aux changements de l'état clinique était meilleure avec le MiniRQLQ.

4. Nocturnal Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (questionnaire sur la qualité de vie en cas de rhinoconjonctivite nocturne) :

Comme l'ont établi le RQLQ, le MiniRQLQ et le RQLQ(S), les patients ressentent souvent des symptômes oculaires la nuit, ce qui nuit à la qualité de leur sommeil [39] [45] [40]. C'est pourquoi une variante du RQLQ, spécifique aux patients souffrant de symptômes nocturnes de rhinoconjonctivite, a été créée. Cette variante a été baptisée Nocturnal Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire ((N)RQLQ) (questionnaire sur la qualité de vie en cas de rhinoconjonctivite nocturne). Le (N)RQLQ cible principalement les symptômes nasaux et peu les symptômes oculaires [46].

5. Adolescent Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (AdoIRQLQ) :

Juniper et al [47] ont mené une étude sur les adolescents afin de déterminer si les éléments problématiques chez les adultes étaient similaires à ceux des adolescents. Ils ont constaté que plusieurs items dans le domaine du sommeil étaient pertinents pour les adultes,

Alors qu'un item pour les adolescents suffisait. Toutefois, si un adolescent se révèle particulièrement affecté dans le domaine du sommeil, il devrait envisager d'utiliser le RQLQ original, qui aborde des questions plus spécifiques sur le sommeil [39]. Ils ont également constaté que les adolescents ne comprenaient pas des mots tels que "mouchoir" et "fatigue" et qu'il était important d'aborder les problèmes scolaires. [47] Il était donc important de développer un questionnaire ciblant spécifiquement un groupe d'adolescents. Le groupe des adolescents a été identifié comme étant celui des personnes âgées de 12 à 17 ans. Ce questionnaire a été développé en 1994, avec 25 items, et a été nommé Adolescent

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (AdoIRQLQ)[47].

L'AdoIRQLQ utilise des questions d'activité spécifiques au patient, ce qui permet de mieux cibler les soins. On pourrait supposer que, comparé aux questions standardisées du RQLQ(S) et du MiniRQLQ, le questionnaire n'offrirait pas une bonne réactivité, ce qui a été le cas lorsque le RQLQ original a été comparé au MiniRQLQ. [47] Toutefois, lorsqu'il est évalué sans comparaison avec un autre questionnaire, l'AdoIRQLQ présente une bonne réactivité et une bonne validité, mais la fiabilité et l'IOa MID n'ont pas été évaluées.

6. Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (questionnaire sur la qualité de vie des rhinoconjunctivites pédiatriques) :

Juniper et al [32] ont constaté que les parents avaient souvent une mauvaise perception du problème de l'enfant et ont estimé qu'il serait utile de mettre au point un questionnaire sur la rhinoconjunctivite qui serait entièrement rempli par l'enfant, sans intervention ni influence parentale. Le Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (PRQLQ) est un questionnaire de 23 questions qui a été mis au point pour les enfants âgés de 6 à 12 ans, afin de déterminer s'il y a une amélioration avec le traitement et dans quelle mesure la rhinoconjunctivite peut être traitée.

Tableau 17 : les différents domaines explorés par chaque questionnaire : [34]

Type de questionnaire	Population cible	Problèmes Pratiques	Problèmes sociaux	Problème émotionnels	Symptômes oculaires	S. nasaux	Autres symptômes	Problèmes Liés au travail/ L'école	Problème De sommeil	Questions Relatives Au TTT
RQLQ	U	U	U	U	U	U	U	U	U	*
Mini RQLQ	U	U	U	U	U	U	U	U	U	*
AdoIRQLQ	U	*	U	U	U	U	U	U	U	*
PRQLQ	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

NB : –Le U signifie que le questionnaire aborde le domaine. Une croix signifie que le questionnaire n'aborde pas le domaine.

–L'adoIRQLQ peut aborder les problèmes sociaux si les patients les mentionnent dans leurs activités spécifique.

Et donc, La forme établie dans notre étude était La Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire Standart (RQLQS) car c'est la forme la plus couramment utilisée à l'échelle internationale qui répond à l'ensemble des critères de validités, en englobant les dimensions de mesure de la QDV y les contraintes vécues par les patients à cause de sa RA afin d'améliorer le bien-être physique, social et émotionnel. [28]

III. Aspects analytiques :

1. Données sociodémographiques :

Il est désormais devenu absolument essentiel d'explorer de manière approfondie la relation complexe qui existe entre la qualité de vie des patients et leurs caractéristiques individuelles. Cela inclut des éléments tels que l'âge, qui peut influencer les besoins et les attentes en matière de santé, le sexe, qui peut affecter la manière dont les différentes conditions médicales sont vécues. De plus, le lieu de résidence, qu'il s'agisse d'un milieu urbain ou rural, peut également avoir un impact significatif sur les opportunités de soins de santé et sur le bien-être général des individus. En prenant en compte tous ces facteurs, nous pouvons mieux comprendre les déterminants de la qualité de vie et développer des approches adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient.

1.1 Corrélation entre l'âge et la qualité de vie :

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 21 ans, La corrélation entre l'âge et la qualité de vie était positive et significative ($P < 0.05$). La moyenne global du RQLQ chez patients de 15–30 ans est supérieure autres tranches d'âge (3,2), ainsi que dans tous les domaines mesurés par le RQLQ.

Ces résultats montraient que les adolescents mènent une qualité de vie médiocre que

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

celle des autres tranches d'âge et que les symptômes de leur maladie avaient l'impact le plus significatif sur leur qualité de vie.

Contrairement à l'étude réalisée en France par Jean Bousquet, Monika Bullinger [33], où il semble que l'âge n'avait pas de lien avec la qualité de vie des patients. [33]

Nos résultats pourraient être expliqués par le fait que les adolescents peuvent avoir une expérience différente de la maladie. À l'adolescence, la prise de conscience de soi, la quête d'indépendance et l'influence des pairs deviennent plus prédominantes. Ces malades peuvent mieux comprendre les limites qu'impose leur maladie et remettent en question leur autonomie et leur indépendance.

Ces divergences dans les conclusions révèlent la complexité des multiples facteurs qui influencent la qualité de vie des patients atteints de la RA, notamment en fonction de leur tranche d'âge. Cette situation suggère qu'il existe des éléments variés et interconnectés qui jouent un rôle crucial dans le bien-être de ces individus. De plus, elle souligne l'importance d'approfondir les recherches afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à ces différences observées.

Une telle compréhension pourrait contribuer à développer des stratégies d'intervention plus adaptées et ciblées, améliorant ainsi la qualité de vie des patients selon leur profil spécifique.

1.2 Corrélation entre le sexe et la qualité de vie :

Les résultats de notre étude montraient qu'il y a une corrélation entre le sexe de nos patients et la qualité de vie ($p=0,006$) <0.05 . La moyenne globale du RQLQ chez les femmes est supérieure à celle du sexe masculin (2.51 contre 2.42) ainsi que dans tous les domaines mesurés.

Les femmes sont plus soucieuses de leur santé et sont donc plus susceptibles de sur-déclarer leurs symptômes, de montrer leurs déficiences et à signaler leurs préoccupations liées à la maladie. Cela peut être dû à une sensibilité accrue à leur santé et à une plus grande ouverture à discuter de leurs problèmes de santé (94).

Cette association a été décrite par différentes études notamment celle réalisée en

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Arabie Saoudite par Dr Adnane Nouri Mghamsi en 2023[58] sur des journalistes qui a prouvé qu'il existe un lien étroit entre la qualité de vie et le sexe des patients : les malades de sexe féminin sont plus altérées par rapport aux hommes.

Ainsi, Diana L, Susana de et leurs équipes ont trouvé que les femmes sont plus altérées par la RA.[76]

Par contre, certaines études ont trouvé des résultats contradictoires à notre étude réalisées par Jean Bousquet, Monika Bullinger qui semble que le sexe n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la qualité de vie des patients.

En effet, on peut traduire cette contradiction par la variation de la population étudiée, de la méthodologie de l'étude, et d'autres variables notamment les facteurs culturels, sociaux et environnementaux spécifiques à chaque contexte et à chaque région. En effet, la comparaison et la valorisation d'un sexe sur un autre, exigeait des normes qui font la différence entre les deux.

Prenons l'exemple des patients de sexe masculin, de leur côté, ont tendance à garder leur diagnostic secret par peur de ne pas être acceptés par les autres. Cette attitude peut être influencée par des normes de genre qui encouragent les garçons à ne pas montrer de vulnérabilité ou de faiblesse. [56].

Les différences de la manière dont les filles et les garçons gèrent la RA peuvent se traduire par des différences dans leur qualité de vie. Dans le contexte qu'on a décrit, les hommes semblent avoir une meilleure qualité de vie liée à la RA, en raison de leur capacité à maintenir leur diagnostic confidentiel et de leur moindre expression des symptômes.

Ces résultats pourraient solliciter les professionnels de santé pour attirer une attention particulière aux femmes atteints de la RA.

1.3 Corrélation entre la qualité de vie et l'état matrimonial :

D'après les résultats de notre échantillon, il semblait que l'état matrimonial n'avait pas de lien avec la qualité de vie. Ces résultats sont en concordance avec l'étude réalisée en Brésil par Carlos Henrique Martin da Silva [57] qui a démontrée qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'état civil du malade et la qualité de vie.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

1.4 la corrélation entre l'origine géographique et la QDV :

Il est courant de constater que les patients vivant dans des environnements ruraux ont tendance à présenter une réduction de taux de la rhinite allergique, d'eczéma et de sensibilisation aux allergènes par rapport aux patients vivant dans des communautés non agricoles en milieu urbain [53]. Dans ce sens, on a décidé d'étudier la corrélation entre la qualité de vie et le lieu de résidence chez notre population pour mieux comprendre comment l'environnement de vie des patients peut influencer leur qualité de vie.

La relation entre le lieu de résidence et la qualité de vie est positive et statistiquement significative ($P < 0.05$). Les résultats montraient que les patients résidant en milieu rural ont obtenu une moyenne globale de qualité de vie plus élevée que ceux vivant en milieu urbain, respectivement de 2,75 et 2,34. Cette tendance a été observée également pour les trois dimensions du questionnaire :

La dimension la plus influencée par cette variable est toujours les symptômes naso-oculaires (démangeaison nasale / oculaire, éternuement, écoulement nasale et yeux rouges gonflés) : cette constatation s'aligne sur les résultats de N. Al-Akour (96) en Jordanie, qui ont indiqué que les enfants résidant en milieu rural étaient 1,4 fois plus susceptibles d'obtenir des scores plus élevés dans le domaine des symptômes par rapport aux enfants vivant en milieu urbain.

La littérature semble confirmer que le lieu de résidence, en particulier la vie en milieu rural ou agricole, peut avoir une influence significative sur la prévalence de la RA chez les patients, ainsi que sur leur qualité de vie.

Cependant, Jean Bousquet, N Khaltaev et leurs équipes [60] ont trouvé le contraire de nos résultats : la qualité de vie des patients souffrants de la RA est faible chez les habitants des zones rurales que chez ceux des zones urbaines en raison des difficultés d'accès aux services de soins médicaux, tandis que les patients urbains peuvent probablement consulter plus facilement des établissements médicaux et ainsi recevoir de meilleurs soins pour leur rhinite allergique.

Les avantages de vivre en milieu rural peuvent être expliqués par divers facteurs,

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

notamment un mode de vie actif, une moindre exposition à la pollution de l'air et l'exposition à une diversité de la flore microbienne, le contact avec des animaux.

Les zones rurales présentent généralement une pollution d'air moins importante que les zones urbaines en raison d'une densité de population plus faible et d'une moindre industrialisation. Cette réduction de l'exposition à la pollution de l'air peut jouer un rôle dans la diminution des symptômes de la RA et dans l'amélioration de la qualité de vie.

L'hypothèse hygiénique, également connue sous le nom d'hypothèse de l'hygiène, suggère que l'augmentation des maladies allergiques et auto-immunes observée au cours des dernières décennies pourrait être liée à une diminution de l'exposition aux infections et aux agents pathogènes dans l'environnement. [54] [55]

Les environnements urbains peuvent contenir des concentrations plus élevées d'allergènes intérieurs, tels que les acariens et les moisissures, en raison de la densité de population et de la qualité de l'habitat. Cette exposition accrue aux allergènes peut augmenter le risque de développer des réactions allergiques [10].

Les habitudes alimentaires occidentalisées, caractérisées par une alimentation riche en graisses saturées, en sucres raffinés et en aliments transformés, ont été associées à un risque accru des maladies allergiques.

1.5 la corrélation entre l'activité professionnelle et la QDV :

Nous avons observé une corrélation significative ($p=0.003$) entre la RA et l'activité professionnelle. Les scores globaux de la qualité de vie pour chaque groupe étaient comme suit : les Etudiants 3,52, femme au foyer : 2,71 et les fonctionnaires avec une moyenne de 2,18.

En France, Bousquet et son équipe ont trouvé que les employés et les cadres représentaient la majorité des patients atteints de la rhinite allergique.[60]

Cela nous amène à une réflexion approfondie sur les facteurs qui pourraient expliquer les résultats que nous avons observés. Plusieurs raisons peuvent être avancées, et parmi celles-ci, une première explication pourrait être liée à des différences socio-économiques. En effet, la majorité des étudiants ont un niveau socio-économique relativement moins

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

favorisés. Cette situation peut, à son tour, avoir un impact significatif sur leur capacité à s'auto-soigner ou à adopter des comportements préventifs en matière de santé. Ces jeunes, souvent confrontés à des contraintes financières et sociales, peuvent se retrouver dans une position où l'accès à des soins de santé de qualité, à des informations sur la prévention des maladies ou à des ressources permettant une meilleure gestion de leur bien-être est limité. De plus, ces inégalités socio-économiques peuvent influencer leurs conditions de vie, leur alimentation, ainsi que leur environnement, ce qui contribue à accroître leur vulnérabilité face à certains problèmes de santé, en particulier ceux qui nécessitent une gestion préventive ou une prise en charge précoce.

Une autre piste explicative que nous pouvons envisager est celle des différences culturelles et des habitudes spécifiques aux contextes de vie de certains groupes. Prenons, par exemple, les femmes au foyer au Maroc, qui, dans de nombreuses régions, continuent d'être confrontées à des conditions de vie particulières. Ces femmes, souvent responsables des tâches ménagères, sont régulièrement exposées à divers agents irritants et polluants dans leur environnement de travail domestique. Parmi ces facteurs, les allergènes comme les acariens ou les moisissures sont courants, surtout dans des maisons où l'aération est insuffisante ou dans des environnements humides. En outre, elles sont fréquemment exposées à la fumée de cuisson provenant de méthodes traditionnelles, comme celles utilisées pour cuisiner sur des foyers à bois ou au charbon, qui génèrent une pollution de l'air à l'intérieur même des habitations. Cette exposition chronique à des irritants, souvent sous-estimée ou mal prise en compte dans les pratiques sanitaires, peut avoir des effets délétères sur les voies respiratoires et rendre ces femmes plus susceptibles de développer des problèmes respiratoires, comme des allergies ou des affections chroniques. De plus, il convient de souligner que ces facteurs environnementaux et culturels ne sont pas toujours reconnus comme des risques sanitaires, ce qui peut limiter l'accès à des mesures de prévention appropriées ou à des traitements médicaux adaptés.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Tableau 18 : Récapitulatif sur la corrélation entre la QDV et les données socio-démographiques :

Auteur/pays	Sexe	Age	Etat civil
Jean Bousquet, N Khaltayev France	p=NS	30,6 p=NS	p=NS
Dr Adnane Nouri Mghamsi KSA	-Femme P<0,05	-	-
Diana L, Susana Colombie	p=NS	25 p=NS	-
Martin da Silva C.L Brezil	Homme p= -	18(5-14) p= -	-
Notre série Maroc	Femme P=,0006<0,05	21 [15-30 ans] P=0,02<0,05	P=0,, NS

1.6 Impact des symptômes nasaux de la RA sur la QDV :

Les patients souffrant de RA peuvent présenter différents symptômes gênants, ce qui entraîne un impact négatif sur leurs QDV.

En effet, l'hyperactivité du système nerveux autonome parasympathique aux

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

dépens du réseau sympathique adrénargique serait à l'origine de l'hypersécrétion des glandes séro-muqueuses [6], qui va être responsable d'un nombre de symptômes nasaux (congestion nasale, éternuement, démangeaison nasale et puis écoulement nasale). Et donc, un ensemble des troubles respiratoires est mis en jeu.

Rappelons que dans notre étude, il existait une association significative entre l'impact des symptômes nasaux et la moyenne du RQLQ ; plus les symptômes nasaux sont sévères, plus la moyenne du RQLQ augmente et par conséquent, la QDV du patient s'altère.

Nos résultats sont en concordance avec d'autres études notamment l'étude de A. Pherwani et G Mankekar [30] à l'Inde en 2008 qui ont démontré une corrélation statistiquement significative entre la présence des symptômes nasaux et la Qdv (La moyenne était à 3,52) et ($p < 0,05$) Les patients étaient surtout gênés par les éternuements (PS 290), le nez qui coule (PS 228), le nez bouché (PS 220). Les démangeaisons nasales, avec un score de 195, ne semblent pas aussi gênantes.

A Singapour, une étude a été réalisée par SIEW-Pang Chan, S.Yeak et leurs équipes [31] en 1999 ont démontré aussi que la sévérité des symptômes nasaux avait un impact important sur l'altération de la qualité de vie avec une moyenne de score à 4.02.

Lorsque la RA est mal contrôlée, ces symptômes peuvent être plus fatigants, car le patient doit faire un effort respiratoire supplémentaire pour compenser les problèmes respiratoires. Un contrôle efficace de la RA permet de réduire cet effort et, par conséquent, la fatigue associée.

En résumé, la prévention et le contrôle de la RA sont essentiels pour réduire les symptômes, afin d'améliorer la qualité de vie des patients en minimisant l'impact des symptômes sur leur santé respiratoire et leur bien-être général.

Tableau 19 Récapitulatif sur l'impact des symptômes nasaux de la RA sur la QDV

Auteur/pays	Moyenne du RQLQ	p value
J.F. Fontaine	4,6	P<0,001
Pherwani et G Mankekar	3,52	0,0238
SIEW–Pang Chan, S.Yeak Singapour	4,06	P<0,01
Notre série	4,2	P=0,025

2. L'impact des symptômes oculaires sur la QDV :

Dans notre étude, la symptomatologie nasale avait un impact important sur la QDV de nos malades. En évaluant par l'ANOVA des statistiques, la moyenne était à 15,575 ;

La domination symptomatologique oculaire était occupée par la démangeaison oculaire (avec une moyenne=20) qui va engendrer, selon le patient, d'autres trouble tel que larmoiement, irritation voir surinfection oculaire, parfois des trouble de la vision.

Alors qu'une étude faite en 1994 en France par Jean Bousquet et son équipe [33] sur 111 patients atteint de la RA, en utilisant le SF 36 générique, a objectivé que l'ensemble des symptômes nasaux ont un impact modéré. De même, une autre étude comparative d'A. Pherwani et G Mankekar [30] à l'Inde en 2008 montre que la QDV des patients sont modérément gênés par les signes oculaires. (PS 11). [30]

Cette variation peut être expliquée par le choix du questionnaire utilisé dans chaque

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

étude. En effet, le *RQLQ* est spécifiquement conçu pour évaluer les symptômes associés aux affections oculaires, en s'intéressant de manière détaillée à l'impact de chaque type de symptôme sur la qualité de vie des patients. Il permet ainsi une analyse fine des troubles visuels, de la démangeaison oculaire... etc. En revanche, le *SF-36* est un instrument générique d'évaluation de la qualité de vie qui ne permet pas de différencier précisément les symptômes spécifiques des affections oculaires. Ce questionnaire évalue la santé globale, mais ne capture pas les nuances de la symptomatologie oculaires de façon détaillée. Par conséquent, les divergences observées entre les résultats des deux instruments peuvent être attribuées à la capacité du *RQLQ* à mesurer spécifiquement les symptômes oculaires, contrairement au *SF-36*, dont l'approche plus globale ne permet pas une évaluation aussi ciblée des symptômes liés aux pathologies naso-oculaires.

Tableau 20 : Récapitulatif sur l'impact des symptômes oculaires de la RA sur la QDV :

Auteur/Pays	Moyenne du RQLQ	P value
E.Juniper Espagne	2,72	P<0,001
SIEW-Pang Chan, S.Yeak Singapour	2,16	P<0,01
J.Bousquet France	20,1	p<0,001
Notre série	15,5	P=0,012

3. L'impact des problèmes pratiques sur la Qdv :

Les patients souffrant de la rhinite allergique peuvent présenter différentes difficultés dans sa vie pratiques gênantes ce qui entraine un impact négatif sur la Qdv. [38]

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Dans notre population étudiée, le besoin de transporter des mouchoirs et la fatigue constituent les éléments majeurs de l'altération de la qualité de vie (respectivement moyenne de 41,32). Elle est ressentie comme le plus grand trouble dans leurs vies quotidiennes pour les patients atteints de la RA. Ceci peut engendrer une diminution des compétences au niveau des études scolaire et fonctionnelles.

Ceci explique donc, que plus les problèmes pratiques sont sévères, plus on aura une QDV altérée.

Aussi, en Colombie, Diana L a montré, en utilisant le questionnaire Esprint-15, que la RA pouvait engendrer des gênes sur le plan pratique affectant de façon négative leur QDV.

Dans certaines études, A. Pherwani et G Mankekar [30] ont prouvé que l'impact du trouble pratique était faible. Prenons l'exemple du sommeil, ils expliquaient sa faible moyenne comme étant une donnée individuelle et, à ce titre, une même rhinite peut entraîner des problèmes de sommeil plus ou moins importants selon les individus.

De manière similaire, en France, l'étude dirigée par Jean Bousquet et son équipe a révélé que les patients n'étaient que faiblement affectés par ces troubles pratiques, avec une moyenne globale de 71. Cela suggère que, dans leur échantillon, les perturbations liées à des problèmes tels que la rhinite ou les troubles du sommeil étaient perçues comme ayant un impact modéré.

Cependant, cette différence avec nos résultats pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : Tout d'abord, la taille de notre échantillon pourrait avoir joué un rôle : des échantillons plus petits ou plus spécifiques peuvent donner des résultats plus ou moins représentatifs de la population générale. Ensuite, il est important de prendre en compte les différences culturelles, sociales et économiques entre les groupes étudiés. Ces facteurs peuvent influencer la manière dont les patients perçoivent et rapportent les impacts de leurs troubles, ainsi que leur capacité à gérer ces effets au quotidien. Par conséquent, les écarts observés entre nos résultats et ceux d'autres études peuvent découler de ces éléments contextuels, qui varient d'une étude à l'autre.

Tableau 21 : Récapitulatif sur l'impact des problèmes pratiques de la RA sur la QDV :

Auteur/Pays	Moyenne du RQLQ	P value
Diana L, Susana Colombie	1,87	p=0,037
Pherwani et G Mankekar	3,00	p<0,05
J.Bousquet	62,41	p<0,0001
Notre série	36,1	0,0375

4. L'impact sur la qualité de vie physique :

La RA est une maladie respiratoire chronique qui peut provoquer des épisodes de gêne respiratoire, de toux et d'essoufflement. Ces symptômes peuvent être déclenchés ou aggravés par l'exposition aux différents facteurs déclenchants tels que les allergènes type des acariens, les moisissures ou les animaux de compagnie. En conséquence, la rhinite allergique peut restreindre à la fois les activités physiques et sociales des personnes qui en souffrent et cela bien évidemment à un impact significatif sur la qualité de vie.

Ceci a été démontré dans notre étude où on a constaté qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre l'impact de la rhinite allergique et la détérioration de la qualité de vie physique traduite par une moyenne de score à 8,56 ; Plus la QDV physique est altérée, plus le RQLQ n'est augmenté.

Selon L.Qassimi [48], menée sur une étude prospective portant sur 48 patients suivis en consultation de pneumo-allergologie, a constaté que 47% des cas rencontraient des difficultés à intégrer leurs limitations dans leur mode de vie quotidienne. Cela peut signifier

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

qu'ils ont du mal à accepter ou à gérer leurs limites en termes d'activités physiques ou de participation à des activités sociales.

Nos résultats sont proches ceux de l'étude de E.Juniper et Guyatt [38], qui ont démontré une corrélation statistiquement significative entre Le RQLQ et l'altération de Qdv ($p < 0,001$) : La RA avait un impact sur la qualité de vie physique du patient.

Les patients qui reconnaissent leurs limites et comprennent qu'ils doivent prendre des précautions pour éviter les exacerbations de leur condition ont des scores plus élevés de qualité de vie. Ils sont conscients de la nécessité de suivre un plan de traitement, de se reposer quand c'est nécessaire, et d'éviter des environnements ou des situations qui pourraient aggraver leurs symptômes.

Cependant, il a été démontré que l'entraînement physique est bénéfique pour les patients atteints de la RA en améliorant le contrôle de sa maladie et la qualité de. L'exercice régulier peut aider à renforcer les muscles respiratoires, à améliorer la capacité pulmonaire et réduire l'inflammation des voies respiratoires [49]. Cela permet aux personnes atteintes de la RA de mieux contrôler leur respiration, de mieux tolérer l'effort physique et pouvoir participer à des activités physiques sans déclencher autant de symptômes.

Il est encourageant de noter que l'entraînement physique semble bien toléré par les personnes souffrantes de la RA et que les études n'ont pas signalé d'aggravation ni d'effets indésirables significatifs. Cette constatation est importante car elle souligne qu'il n'y a généralement aucune raison pour que les individus ayant la RA contrôlée ne participent pas à des activités d'entraînement physique [50].

Les cliniciens doivent donc recommander à leurs patients une activité physique régulière et inclure l'exercice dans la liste de thérapies de contrôle en combinaison avec une gestion médicamenteuse appropriée, en raison de ses bienfaits généraux sur la santé et de l'amélioration probable des symptômes de la RA et de la qualité de vie [51].

Tableau 22 : Récapitulatif sur l'impact de la RA sur la QDV physique :

Auteur/Pays	Moyenne du RQLQ	P value
E.Juniper et Guyatt	2,02	P<0,0001
Martin da Silva C.L Brezil	86,23	P=0,0019
L,Diana	19,01	P=0,05
Notre série	8,22	P=0,037

5. L'impact sur la qualité de vie psychique :

La rhinite allergique a de nombreuses conséquences anatomo-physiologiques, mais elle a également une incidence psychologique lourde pour le patient. Mais précisons que chaque patient réagit de manière très personnelle et le contexte social dans lequel il évolue jouera également son rôle.

Les personnes atteintes de la RA peuvent parfois s'isoler socialement en raison de leur condition [52]. Ils peuvent se sentir frustrés, agités parce qu'ils ne peuvent pas vivre leur vie comme leurs pairs qui n'ont pas de limitations de santé. Ils peuvent se sentir obligés de prendre des précautions supplémentaires pour gérer leur condition, par exemple, elles peuvent devoir apporter leurs mouchoirs en cas de besoin, ce qui peut être perçu comme gênant.

Ce qui reste en concordance avec la majorité des études réalisées dans ce contexte ;

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Prenons l'exemple l'étude de A. Pherwani et G Mankekar [30] qui concluent que Les patients étaient surtout gênés par l'irritabilité générale (PS 238), l'anxiété (PS 203) et les interruptions de travail (PS 203), préoccupations constantes concernant leur santé et de leurs besoins de gestion de l'asthme. Ce sentiment de différence peut les amener à se sentir isolés ou exclus, ce qui peut affecter leur estime de soi et leur perception de leur propre identité.

En résumé, les émotions négatives vécues par les malades atteints de la RA telles que la frustration, la peur, la colère et le sentiment de différence et d'exclusion peuvent perturber leur qualité de vie en créant du stress émotionnel, en altérant leur bien-être psychologique et en influençant leur interaction sociale. Il est donc essentiel de prendre en compte ces aspects émotionnels lors de la prise en charge de la RA, afin d'améliorer leur qualité de vie globale.

Tableau 23 Récapitulatif sur l'impact de la RA sur la QDV émotionnelle :

Auteur/Pays	Moyenne du RQLQ	P value
J.Bousquet et All	6,24	<0,001
Pherwani et G Mankekar	3,23	<0,05
Martin da Silva C.L Brezil	8,85	P=0,031
Notre série	8,9	0,036

Recommandation ; Amélioration de la qualité de vie :

Pour bien améliorer la qualité de vie des patients atteints de rhinite allergique, il est crucial de suivre une approche complète et personnalisée, qui englobe non seulement des traitements médicaux et des stratégies environnementales, mais aussi un accompagnement psychologique et une sensibilisation du patient. L'objectif est de contrôler les symptômes de manière durable, tout en minimisant l'impact de la maladie sur la vie quotidienne du patient. Et donc, le but de cette étude était de chercher les meilleures pratiques pour optimiser la

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

qualité de vie des patients atteints de rhinite allergique.

1. Identification des allergènes et prévention de l'exposition :

La première étape fondamentale dans la gestion de la rhinite allergique consiste à identifier les allergènes responsables de la réaction allergique. La personnalisation du traitement passe souvent par un diagnostic précis des substances auxquelles le patient est allergique.

1.1 Tests diagnostiques :

– Tests cutanés ou sanguins :

La réalisation de tests allergologiques permet de savoir précisément quels sont les allergènes responsables de la rhinite. Ces tests peuvent être réalisés dans le cadre de consultations spécialisées en allergologie et permettent de différencier les allergies aux pollens, aux acariens, aux moisissures, aux poils d'animaux ou encore aux produits chimiques.

Éviter l'exposition aux allergènes :

Une fois l'allergène identifié, il est possible de mettre en place une stratégie pour éviter autant que possible l'exposition. Ce processus d'évitement nécessite une attention constante et des ajustements dans le mode de vie quotidien du patient.

a) Pollen :

La saison des pollens (souvent au printemps et en automne) est un facteur majeur dans la rhinite allergique saisonnière. Il est conseillé de :

- ✓ Limiter les sorties en extérieur lors des journées de haute concentration en pollen (souvent mesurées par les bulletins polliniques).
- ✓ Garder les fenêtres fermées, particulièrement la nuit, pour empêcher l'entrée des pollens.
- ✓ Laver les cheveux et changer de vêtements après une exposition en extérieur pour éliminer les pollens.
- ✓ Utiliser des purificateurs d'air avec des filtres HEPA dans la maison.

b) Acariens :

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Les acariens de la poussière sont un autre allergène courant, notamment dans les chambres et les espaces où l'humidité est présente. Pour réduire l'exposition :

- ✓ Utiliser des housses anti-acariens pour les matelas, oreillers et couvertures.
- ✓ Laver régulièrement la literie à une température d'au moins 60°C.
- ✓ Passer l'aspirateur fréquemment, de préférence avec un appareil équipé d'un filtre HEPA.
- ✓ Réduire l'humidité dans la maison en utilisant des déshumidificateurs.

c) Moisissures :

Les moisissures se développent dans des environnements humides et peuvent aggraver les symptômes. Pour limiter leur prolifération :

- ✓ Ventiler régulièrement les pièces de la maison, notamment les cuisines et les salles de bains.
- ✓ Utiliser des déshumidificateurs pour maintenir l'humidité en dessous de 50%.
- ✓ Éviter les zones où des moisissures peuvent se développer (cave, sous-sol, etc.).

d) Poils d'animaux:

Les poils d'animaux, en particulier de chiens et de chats, peuvent être responsables d'allergies. Pour minimiser l'exposition :

- ✓ – Limiter la présence d'animaux dans les chambres à coucher et nettoyer fréquemment les surfaces.
- ✓ Laver les animaux de compagnie régulièrement pour réduire la quantité de poils en suspension dans l'air.
- ✓ Utiliser des purificateurs d'air avec des filtres HEPA pour éliminer les particules fines.

2. Traitements médicaux adaptés :

La pharmacothérapie est un pilier essentiel pour contrôler les symptômes de la rhinite allergique. Ces traitements doivent être choisis en fonction de la sévérité des symptômes et de la réponse du patient aux différents médicaments.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

3.1 Antihistaminiques :

a) Antihistaminiques oraux :

Les antihistaminiques de seconde génération sont efficaces pour soulager les symptômes de la rhinite allergique tels que les démangeaisons, l'écoulement nasal et les éternuements. Ces médicaments ont l'avantage de causer peu d'effets secondaires (notamment la somnolence) par rapport aux antihistaminiques de première génération.

b) Antihistaminiques topiques :

Des sprays nasaux antihistaminiques (comme l'azelastine) peuvent être utilisés pour un soulagement rapide des symptômes nasaux, en particulier lorsqu'ils sont modérés à sévères.

3.2 Corticostéroïdes intranasaux :

Les corticostéroïdes intranasaux (par exemple, **fluticasone**, **mometasone**, **budesonide**) sont les médicaments les plus efficaces pour traiter l'inflammation chronique des voies nasales. Ces médicaments agissent en réduisant l'inflammation, la congestion nasale et les autres symptômes associés à la rhinite allergique. Ils nécessitent généralement quelques jours d'utilisation pour obtenir un effet maximal et sont recommandés pour un traitement de fond à long terme.

3.3 Décongestionnants :

Les décongestionnants (comme la **pseudoéphédrine**) peuvent être utilisés à court terme pour soulager la congestion nasale. Toutefois, ces médicaments doivent être utilisés avec précaution, car une utilisation prolongée peut entraîner un effet rebond (augmentation de la congestion après l'arrêt du médicament).

2.4 Immunothérapie allergénique (désensibilisation) :

Immunothérapie (ou désensibilisation) : Cette approche consiste à administrer progressivement au patient des doses croissantes de l'allergène responsable pour induire une tolérance. L'immunothérapie peut se faire sous forme d'injections (immunothérapie subcutanée) ou sous forme de comprimés ou de gouttes à prendre sous la langue (immunothérapie sublinguale). Ce traitement est particulièrement utile pour les patients

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

souffrant de rhinite allergique sévère ou persistante et peut entraîner des bénéfices à long terme, même après l'arrêt du traitement.

3. Mesures d'hygiène nasale et soins complémentaires :

Certaines pratiques d'hygiène nasale et soins de la muqueuse nasale peuvent contribuer à soulager les symptômes et à améliorer le confort des patients.

3.1 Lavages nasaux :

Le lavage nasal avec une solution saline permet de nettoyer les voies nasales des allergènes, des poussières et des sécrétions, réduisant ainsi les symptômes de congestion, d'irritation et de gonflement. Il existe des dispositifs spécifiques comme les ****pots Neti**** ou des ****seringues nasales**** qui permettent de réaliser ces lavages de manière efficace. Cette pratique régulière peut être particulièrement bénéfique lors des pics de pollen.

3.2 Humidification de l'air :

L'humidification de l'air est une technique simple mais efficace pour améliorer la qualité de vie des patients, notamment en hiver, lorsque l'air intérieur devient sec. Les humidificateurs d'air peuvent maintenir l'humidité de l'air à un niveau optimal, évitant ainsi la dessiccation des muqueuses nasales et réduisant la gêne respiratoire. Cependant, un entretien régulier des humidificateurs est essentiel pour éviter la prolifération de moisissures et de bactéries.

4. Améliorer l'environnement domestique :

L'aménagement de l'espace de vie joue un rôle clé dans le confort du patient. Il est nécessaire de rendre l'environnement plus sain en limitant l'exposition aux allergènes.

4.1 Purificateurs d'air et filtres HEPA :

L'utilisation de purificateurs d'air avec des filtres ****HEPA**** permet de filtrer les particules fines, les poils d'animaux, les poussières et les pollens, contribuant ainsi à un air intérieur plus pur. Ces appareils sont particulièrement efficaces dans les chambres à coucher et les espaces de vie.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

4.2 Contrôle de l'humidité :

Maintenir un taux d'humidité optimal dans la maison (entre 40 et 60 %) permet de prévenir la prolifération des moisissures et des acariens. Des appareils de ****déshumidification**** peuvent être utilisés dans les environnements trop humides, comme les caves ou les sous-sols.

5. Mode de vie et prévention :

5.1 Activité physique :

Une ****activité physique régulière**** peut améliorer la condition générale du patient, renforcer le système immunitaire et améliorer la respiration. Cependant, en cas d'allergie aux pollens, il est conseillé de pratiquer des exercices à l'intérieur ou à des moments où la concentration de pollen est plus faible.

5.2 Régime alimentaire :

Une alimentation saine et équilibrée, riche en antioxydants, en vitamines et en oméga-3, peut aider à moduler l'inflammation et renforcer le système immunitaire. Certains aliments, comme les fruits et légumes frais, les poissons gras, et les noix, peuvent avoir des effets bénéfiques pour les personnes allergiques.

5.3 Sommeil de qualité :

Le sommeil joue un rôle crucial dans la gestion du stress et la régénération du corps. Un bon sommeil contribue à maintenir un système immunitaire fort et peut réduire les symptômes allergiques.

6. Gestion du stress et soutien psychologique :

La rhinite allergique, surtout lorsqu'elle est chronique, peut avoir des répercussions sur le bien-être psychologique du patient. L'impact sur la qualité de vie, le sommeil et l'interférence avec les activités sociales peut mener à un stress élevé, voire à de l'anxiété ou de la dépression.

6.1 Gestion du stress :

Techniques de relaxation, telles que la ****méditation****, le ****yoga****, ou des ****exercices de respiration profonde****, peuvent être très bénéfiques pour réduire le stress.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

6.2 Soutien psychologique :

Les patients souffrant de rhinite allergique sévère peuvent bénéficier d'un ****accompagnement psychologique**** pour gérer l'impact émotionnel de la maladie. Des groupes de soutien ou des consultations avec des psychologues peuvent aider à mieux accepter la maladie et à mieux gérer ses effets.

7. Éducation du patient et suivi médical :

Informar le patient sur les aspects de sa maladie, les traitements et les stratégies de gestion est essentiel pour obtenir un contrôle optimal des symptômes.

7.1 Éducation sur les traitements :

Il est essentiel que les patients comprennent comment utiliser leurs médicaments (par exemple, les sprays nasaux ou les comprimés antihistaminiques) et les avantages des traitements à long terme, tels que l'immunothérapie.

7.2 Suivi régulier :

Le suivi médical régulier permet de réajuster les traitements en fonction de l'évolution des symptômes. Le suivi permet aussi de prévenir les complications (ex : sinusite) et d'adapter les recommandations au fur et à mesure des saisons.

Les Limites et les difficultés de l'étude :

Notre étude est l'une des premières études réalisées dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie au Maroc.

En plus, elle a la particularité d'avoir utilisé un questionnaire spécifique à la RA « Rhinoconjunctivitis Quality Of Life Questionnaire ».

Parmi les difficultés que nous avons rencontrées au cours de la réalisation de notre travail:

Connaitre précisément le degré de l'altération de la qualité de vie des patients ayant une RA, et pouvoir le classer selon des intervalles : altération légère, modérée et sévère ; ceci est dû à l'absence des intervalles d'interprétation préétablie et validés des résultats du RQLQ.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Une autre difficulté était de rassembler le nombre de patients requis pour notre étude, on s'est finalement contenté d'un nombre inférieur à notre attente initiale.

Finalement, La majorité de nos patients ont répondu aux questions de RQLQ à travers une tierce personne, et cela à cause de leur incapacité à lire et écrire, et que notre échantillon regroupe un nombre important des enfants, sachant que le RQLQ est de base, un questionnaire auto-administré.



La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

La rhinite allergique, en tant que maladie chronique, a des répercussions importantes sur la qualité de vie des individus qui en sont atteints. Ses symptômes, qui peuvent être persistants ou récurrents, perturbent non seulement le quotidien des patients, mais affectent également leur bien-être émotionnel, social et professionnel.

Au terme de ce travail, nous n'avons inclus que la qualité de vie a été altérée pour les patients âgés entre 15 et 30 ans, de sexe féminin, habitants en milieu rurale, majoritairement des étudiants, ayants comme antécédents principaux : Asthme et la rhino-conjonctivite. Par contre, notre étude n'a pas démontré une corrélation statistiquement significative entre l'état civil et la perturbation de la qualité de vie.

De plus, l'éternuement, le nez congestionné, la démangeaison oculaire constituent les principaux symptômes qui affectent la qualité de vie de vie du patient.

Ensuite, la RA a un impact médiocre sur la QDV des activités pratiques, physiques et émotionnelles.

Cette conclusion a été basée sur la corrélation de chaque item et sa moyenne du score du RQLQ, qui a été statistiquement significative $p < 0,05$

Afin de garantir une prise en charge optimale de cette pathologie et de mieux répondre aux besoins spécifiques des patients, il devient crucial d'intégrer plus largement les échelles de qualité de vie dans le suivi médical de la rhinite allergique. Ceci est réalisé par le médecin traitant qui ne doit pas se contenter de prescrire un traitement médical convenable.

Ainsi, pour améliorer de la qualité de vie des patients, on doit :

- Identification des allergènes et prévention de l'exposition.
- Traitement médical adapté.
- Mesures d'hygiène nasal et soins complémentaires.
- Education du patient et suivi médical.
- Gestion du stress et soutien psychologique.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Et pour conclure, le questionnaire RQLQ est un outil qui répond aux différents domaines pour l'évaluation de la QDV, mais qui reste tout de même incapable de donner une idée spécifique sur le degré de l'altération de la QDV car il contient des lacunes qui doivent être améliorées pour les études ultérieures.



Annexe 1 :

I. PHYSIOPATHOLOGIE DES RHINOCONJONCTIVITES IgE MEDIÉES :

1. Rhino-conjonctivite allergique (RCA) dite classique :

Il s'agit de la présentation clinique la plus fréquente avec des symptômes déclenchés lors de l'exposition aux allergènes. La réaction allergique se définit comme une réponse anormale du système immunitaire dépendante des IgE lorsque le sujet est exposé à un antigène présent dans l'environnement.

Elle survient sur un terrain génétiquement prédisposé dit atopique [59,60]. Les antigènes impliqués dans la RCA sont principalement des aéroallergènes au premier rang desquels les pollens de graminées et d'arbres, les acariens, les poils et squames d'animaux ainsi que différentes moisissures.

On distingue une phase d'immunisation primaire liée au premier contact avec l'antigène. Au cours de cette phase dite d'induction ou phase afférente, les cellules dendritiques présentent l'antigène aux lymphocytes T qui orientent la réponse inflammatoire vers un profil Th2. Sous l'action de cytokines et chimiokines proinflammatoires, les lymphocytes B se différencient en plasmocytes synthétisant des IgE spécifiques (commutation isotypique). Lors de la phase de réexposition à l'allergène ou phase efférente, l'interaction des antigènes avec les IgE et la libération de cytokines proTh2 par les lymphocytes T permettent le recrutement des cellules effectrices de la réaction allergique et leur activation. La libération de médiateurs granulaires cytotoxiques par les polynucléaires éosinophiles (Eos) et de médiateurs pré et néoformés par les mastocytes concourent à l'hypersécrétion des glandes sous-muqueuse, la vasodilatation et l'hyperperméabilité vasculaire [61].

2. Rhinite allergique locale :

Certains patients présentent un tableau clinique évocateur de RCA avec des tests cutanés allergéniques et un dosage sanguin des IgE spécifiques négatifs ne permettant pas d'établir le diagnostic étiologique. Cette situation correspondrait à une forme de rhinite allergique dite locale se traduisant par la production au niveau muqueux d'IgE spécifiques

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

selon les mêmes mécanismes que la réaction allergique classique mais sans que ces IgE ne soient détectables sur le plan systémique. Certains auteurs considèrent cette rhinite allergique locale comme l'explication physiopathologique de 50% des rhinoconjunctivites chroniques considérées comme non allergiques. Plusieurs travaux semblent confirmer la réalité de cette entité clinique. Les tests de provocation nasale et le dosage des IgE spécifiques dans les sécrétions nasales permettraient d'identifier ces patients [62].

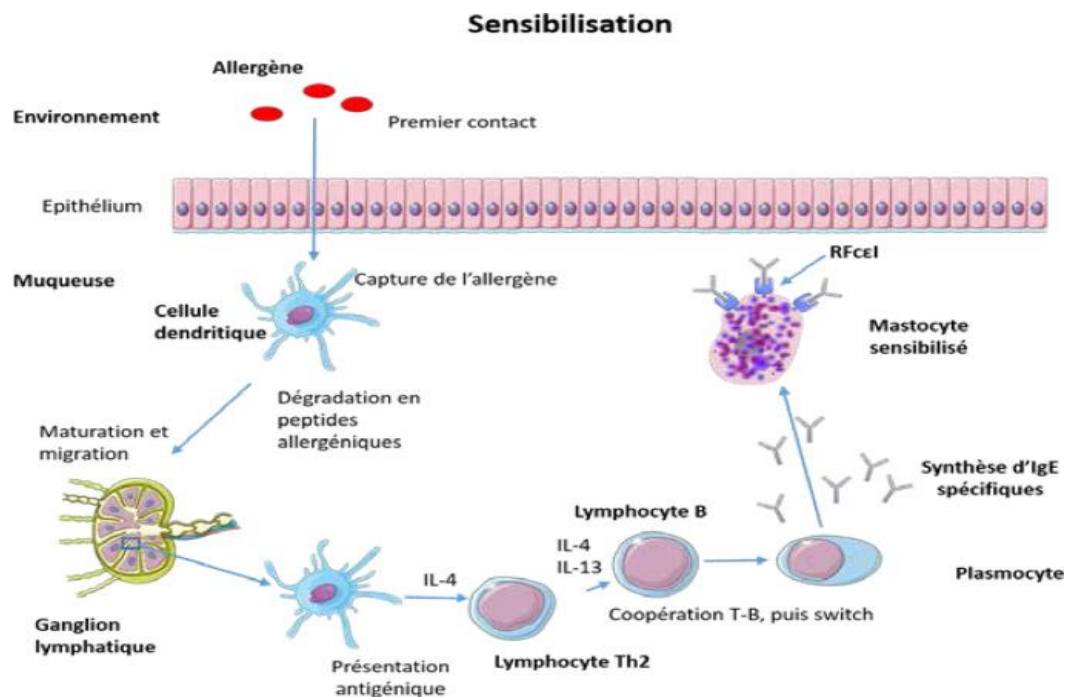


Figure 26 : Modalité de sensibilisation par un pneumoallergène

3. Rhinite inflammatoire à éosinophiles :

Un autre profil physiopathologique a aussi été décrit pour classer certains de ces patients présentant un tableau évocateur de RCA sans anomalie des tests cutanés allergéniques et du dosage des IgE spécifiques mais avec une concentration élevée en Eos dans les sécrétions nasales. Le concept de rhinite chronique inflammatoire non allergique à éosinophiles a été introduit par Jacobs et al. en 1981. Les mécanismes physiopathologiques seraient ceux décrits dans la polypose nasale à savoir une réaction inflammatoire muqueuse lymphocytaire proTh2, une production locale d'IgE polyclonales dirigées contre différents pathogènes dont le *staphylococcus aureus* et une activation conjointe de cellules lymphoïdes

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

innées ILC2 impliquées dans le recrutement des Eos. L'activation des Eos et leur dégranulation au niveau muqueux aboutiraient au remodelage tissulaire, à l'hypersécrétion muqueuse et la vasodilatation [63].

II. PHYSIOPATHOLOGIE DES RHINOCONJONCTIVITES NON IgE MEDIÉES :

Les rhinoconjonctivites non allergiques non éosinophiliques représentent un groupe hétérogène de rhinites dont le diagnostic est basé sur des éléments d'interrogatoire. Deux processus physiopathologiques impliquant l'innervation intraépithéliale et périvasculaire dépendante du système nerveux autonome et des afférences sensitives du trijumeau sont décrits pour expliquer leur survenue. D'autres mécanismes de nature hormonale ou liés au métabolisme des phospholipides membranaires sont aussi rapportés [64].

1. Déséquilibre du système nerveux autonome au niveau muqueux :

Une hyperactivité du système nerveux autonome parasympathique aux dépens du réseau sympathique adrénergique serait à l'origine de l'hypersécrétion des glandes séro-muqueuses et d'une diminution du tonus vasculaire des plexus artério-veineux sous muqueux. Ce mécanisme serait impliqué dans la rhinite du sujet âgé dont la présentation clinique est essentiellement marquée par des rhinorrhées séreuses. Il serait aussi impliqué dans la rhinite d'origine médicamenteuse (blocage des récepteurs adrénergiques) et dans la rhinite aux vasoconstricteurs (désensibilisation et internalisation des récepteurs adrénergiques) [64].

2. Inflammation neurogène muqueuse :

La mise en jeu du système nerveux non adrénergique non cholinergique explique les symptômes observés dans les rhinites gustatives, les rhinites irritatives professionnelles et les rhinites dites idiopathiques. Les fibres nerveuses de type C non myélinisées issues du trijumeau et présentes au niveau muqueux sont dotées de récepteurs spécifiques (TRMP8, TRPA1 et TRPV1) stimulés respectivement par le menthol/eucalyptol, l'huile moutardée (isothiocyanate) et l'agent du piment (capsaïcine). La libération de neuropeptides (Substance P,

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

CGRP (Calcitonine gene-related peptide) et neurokinines A et B) par ces fibres C induit une hypersécrétion muqueuse et une vasodilatation (réflexe antidromique) [65,66].

3. Autres mécanismes :

La production de b-oestradiol augmente l'expression des récepteurs à l'histamine H1 sur la muqueuse et l'endothélium vasculaire nasal expliquant la rhinite hormonale de la grossesse. L'altération du métabolisme des phospholipides membranaires par blocage de la cyclooxygénase 1 en présence d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) aboutit à la production accrue de leukotriènes à l'origine de la rhinite aux AINS [64,66]

III. MANIFESTATIONS CLINIQUES :

Les symptômes de la rhinite allergique sont les suivants : des éternuements, une rhinorrhée, une congestion nasale et un prurit nasal, oculaire et du palais. Elle s'accompagne aussi fréquemment d'un écoulement nasal postérieur, d'une toux, d'une irritabilité et d'une fatigue. Ces symptômes sont à mettre en relation avec une hypersensibilité à un ou plusieurs aéro-allergènes, médiée par les IgE.

1. ANAMNESE :

Pour évaluer la possibilité d'un diagnostic de rhinite allergique, il est important de rechercher des éléments pertinents à l'anamnèse, résumés ci-dessous.

Tableau 24 : Éléments anamnestiques pertinents pour une rhinite allergique

- Depuis combien de temps les symptômes sont-ils présents ?
- Définition précise du calendrier des symptômes (viennent-ils chaque année à la même période ou sont-ils présents toute l'année ?)
- Présence d'une toux ou d'une dyspnée (arguments en faveur d'un asthme) ?
- Limitation à l'effort (vie quotidienne, sport, loisirs) (arguments en faveur d'un asthme) ?
- Y-a-t-il des troubles du sommeil ?
- Dans quelles circonstances/lieux/situations les symptômes sont-ils exacerbés (campagne, nuit, plantes) ?
- Quels sont les facteurs déclenchants (fenêtre ouverte, vent, promenade) ?
- Existe-t-il des antécédents d'eczéma, d'asthme, de rhinite allergique ? Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une désensibilisation ?
- Antécédents familiaux d'asthme, d'eczéma ou de rhinite allergique ?

La valeur prédictive positive d'une anamnèse bien conduite est de 77% pour la rhinite allergique per-annuelle et de 82-85% pour la rhinite allergique saisonnière. Ceci illustre l'importance d'une anamnèse bien conduite dans le diagnostic d'une allergie.

2. Examen clinique :

Ceci comprend l'examen des signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire), l'état des conjonctives, le statut cutané, une rhinoscopie antérieure (méats, cornets), un examen de l'oropharynx et une auscultation pulmonaire. Le *peakflow* fait également partie du bilan initial, car 28% des patients atteints d'une rhinite allergique ont également un asthme. La spirométrie est pratiquée en allergologie ou en pneumologie et est importante dans l'évaluation initiale d'une allergie. En effet, jusqu'à 75% des asthmatiques ont aussi une rhinite allergique. Concernant la rhinoscopie antérieure, elle montre dans la rhinite allergique, un œdème de la muqueuse des cornets.

IV. L'examen paraclinique :

1. TESTS DIAGNOSTIQUES

1.1 Phadiatop :

Les rhinites allergiques peuvent être détectées par la méthode du Phadiatop, test sanguin permettant une recherche d'IgE spécifiques dans un mélange d'allergènes respiratoires habituels. Cette méthode (environ 40 CHF) est préconisée en médecine de premier recours en cas de doute sur la présence d'une rhinite allergique. Elle a l'avantage d'une bonne valeur prédictive négative mais ne permet pas d'exclure une allergie sous-jacente. En cas de tests négatifs mais d'une anamnèse suggestive, une évaluation en allergologie est fortement recommandée.

1.2 Les tests cutanés ou prick-tests :

Les tests cutanés ou *prick tests* se font uniquement chez l'allergologue. Ils ne peuvent pas être réalisés sous anti-histaminiques et certains autres médicaments (p. ex. tricycliques, neuroleptiques, corticostéroïdes pris à long terme) diminuant la réactivité cutanée. Les anti-histaminiques (per os, en collyre) doivent être interrompus au minimum 5 à 7 jours avant de pouvoir effectuer les tests cutanés. Les avantages des *prick-tests* sont leur sensibilité élevée, la rapidité du résultat obtenu au bout de 20 minutes et les détails sur le type d'allergène impliqué.

Le coût est relativement modeste (environ 50 CHF). Les *prick-tests* ont une bonne sensibilité pour diagnostiquer les allergies respiratoires. Ils peuvent mettre néanmoins en évidence des sensibilisations qui ne sont cliniquement pas pertinentes. Lorsqu'il existe une histoire clinique concordante, la valeur prédictive positive augmente à 97–99% avec l'utilisation de *prick-tests*. [67]

1.3 Examen sanguin de routine :

L'examen sanguin de routine est souvent normal. Une élévation des éosinophiles et des IgE totales n'est retrouvée que dans 30–40% dans la rhinite allergique. En particulier, il n'est pas recommandé de doser les IgE totaux en 1^{ière} intention.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

1.4 La recherche d'IgE spécifiques d'allergènes sanguins :

La recherche d'IgE spécifiques d'allergènes sanguins se justifie si les tests cutanés ne sont pas réalisables, mais leur coût est plus élevé et leur sensibilité est inférieure aux *prick-tests*. La sensibilité par rapport aux tests cutanés varie entre 50 à 90%, la moyenne étant de 70–75% dans la plupart des études. [68] Habituellement, dans la mesure où le nombre d'allergènes respiratoires différents est très élevé, ces tests sanguins sont pratiqués chez l'allergologue.

1.5 allergènes recombinants :

Les tests cutanés et les tests sanguins (IgE) font appel aux sources allergènes (extraits de pollens, d'acariens ou d'aliments). Le diagnostic, basé sur les composants allergéniques, met en évidence des IgE spécifiques dirigées contre des protéines allergéniques isolées – généralement recombinantes – et non plus contre l'allergène entier. Il est possible d'obtenir des informations supplémentaires qui permettent de faire la différence entre les allergènes majeurs, et les allergènes mineurs. Les allergènes majeurs sont caractérisés par des groupes polliniques correspondants et dans la majorité des cas, ils sont également responsables du déclenchement des symptômes cliniques (p. ex. : Bet v1 pour le bouleau ou Phl p1 et Phl p5 pour le pollen de graminées). Les sensibilisations à des allergènes mineurs, comme la profiline et la polcalcine, influencent, en raison de leur grande réactivité croisée, les tests IgE traditionnels, mais ils n'ont souvent qu'une faible signification clinique. [69]

1.6 Immunocap ISAC et ImmunoCAP® RAPID :

Lorsqu'un nombre élevé d'allergènes sont suspectés (en général >10), il est possible de recourir à un ISAC. Cet examen est pratiqué actuellement 1x/mois au CHUV et permet de mesurer les IgE de 112 composants et 51 sources allergéniques à partir de seulement 30 µl de sérum ou de plasma. C'est une technique coûteuse (environ 400 CHF) dont l'indication est généralement posée par le spécialiste.

Il existe actuellement en pharmacie la possibilité de faire un ImmunoCAP® RAPID. Sur la base d'une goutte de sang il est possible de tester 10 allergènes (bouleau, frêne,

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

pariétaria, armoise commune, graminées, acariens, phanères de chat et chien, moisissures et blattes). Bien que ce test semble attractif pour les patients, il n'a pas encore à ce jour été validé par la communauté scientifique dans de grandes études randomisées contrôlées. Ce test coûte seulement 69 CHF mais n'est en principe pas remboursé par l'assurance maladie.

1.7 Test de provocation :

Une sensibilisation n'est pas un synonyme d'allergie, et une personne peut être sensibilisée à un allergène sans avoir des symptômes lorsqu'elle est exposée à cet allergène. Seule une fraction des personnes sensibilisées présente une allergie clinique. [70]

Pour cette raison une évaluation allergologique est recommandée afin de poser le diagnostic d'une allergie. Dans les cas où les tests cutanés et sanguins ne permettent pas d'apporter un diagnostic (p. ex. : tests négatifs ou non-conclusifs), l'allergologue peut procéder à un test de provocation conjonctival ou nasal à l'allergène suspecté. Il concerne en 1^{ère} intention les allergènes per-annuels (acariens, chat, chien, etc.). Ces tests impliquent l'arrêt des antihistaminiques (1 semaine) et des corticostéroïdes topiques intranasaux (2 semaines). Actuellement, les tests de provocation spécifiques bronchiques ne sont pas pratiqués aux HUG.

V. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

Les rhinites se divisent en 2 formes principales : les rhino-sinusites allergiques et non-allergiques. Leurs symptômes sont similaires et il est difficile de les distinguer cliniquement.

La rhino-sinusite non-allergique se distingue de la forme allergique par sa pathologie non médiée par les IgE et elle s'accompagne rarement d'autres symptômes tels que la conjonctivite ou l'asthme. Certains patients peuvent avoir une forme mixte et il est important d'y penser lors de l'évaluation clinique et d'exclure une pathologie non allergique (cf. Tab. ..).[71]

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Au cours des dernières années, une nouvelle entité a été décrite que l'on appelle la « rhinite allergique locale ». La rhinite allergique locale est une réaction allergique nasale localisée en l'absence d'une sensibilisation systémique qui est caractérisée par une production locale d'anticorps spécifiques IgE dans le nez, lors de l'exposition naturelle aux aéro-allergènes. La prévalence n'est pas connue, mais un certain nombre de patients ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite non-allergique ou idiopathique sont maintenant classés comme ayant une rhinite allergique locale aux acariens, graminées, pollens d'olivier et bien d'autres. Pour le diagnostic de la rhinite allergique locale, ni les *prick-tests*, ni les anticorps spécifiques IgE ne sont utiles, et un test de provocation nasal est nécessaire pour identifier l'allergène ou les allergènes coupable(s). Dans un certain nombre de cas, des IgE locales peuvent être détectées, et la conjonctivite, l'asthme, ou les 2, peuvent être associés. [72]

Tableau 25 : Diagnostics différentiels de la rhinite allergique.[71]

Rhino-sinusite aiguë infectieuse
Rhinite médicamenteuse
Rhinite associée à des modifications hormonales (p. ex. : hypothyroïdie et grossesse)
Rhinite irritative, toxique (produits chimiques, colles, fumée de cigarette...)
Rhinite vasomotrice hyper-réactive (changement de température, pollution de l'air)
Rhinite chronique non spécifique (déformation septale, polypes, tumeur, corps étranger)
Rhinite chronique spécifique (TBC, syphilis, mycoses)
Rhinite non-allergique avec syndrome nasal éosinophilique (NARES)
Rhinite atrophique
Rhinite dans le contexte de maladies immunologiques (granulomatose de Wegener, syndrome de Churg-Strauss, sarcoïdose, polychondrite atrophiante)
Rhinite allergique locale

VI. PRISE EN CHARGE

Le traitement le plus efficace est l'éviction de l'allergène en cause. Ceci est difficilement possible en pratique, par exemple dans le cas d'une allergie aux pollens. Un autre traitement étiologique consisterait à bloquer la phase de sensibilisation mais malheureusement il n'existe aucun médicament ayant cet impact. L'immunothérapie spécifique (ITS), synonyme : [75] désensibilisation ou hyposensibilisation, permet de moduler la réponse anti-allergénique à un allergène donné.

On dispose de 2 options thérapeutiques : d'une part des médicaments pour traiter les symptômes et d'autre part l'immunothérapie spécifique. Le traitement d'omalizumab (Xolair®) n'est actuellement pas reconnu pour le traitement standardisé de la rhinite allergique.

1. TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES :

Pour la bonne réussite du traitement symptomatique, il est recommandé de le prendre, non au besoin, mais de manière systématique, dès les 1^{ères} manifestations des symptômes polliniques et jusqu'à ce que la floraison incriminée prenne fin. La prise irrégulière du traitement conduit à la persistance des symptômes et à l'arrêt du traitement considéré comme inefficace. Pour éviter des échecs de traitement, il est donc très important de donner une information précise et complète aux patients. Les recommandations thérapeutiques sont régulièrement révisées dans les ARIA guidelines.[73]

2. Corticostéroïdes topiques intra-nasaux :

Ils constituent le traitement de premier choix. Ils agissent favorablement sur les symptômes non seulement nasaux, mais aussi oculaires et pharyngés.[73]

Leurs effets secondaires sont minimes. On peut observer une irritation nasale, parfois une épistaxis et très rarement une perforation du septum nasal ou une élévation de la pression intraoculaire. Il y a peu de risques d'effets systémiques et de suppression

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

de l'axe cortico-surrénalien.

CAVE : il est très important de bien expliquer la technique d'utilisation aux patients, afin d'obtenir une efficacité maximale. Le spray doit être dirigé vers l'extérieur en direction des cornets et orienté horizontalement. Le patient penche légèrement la tête en avant et inspire 1-2x légèrement après l'application du spray. Il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur des vidéos présentes sur internet (ex : *Youtube*). En effet, un spray mal/non utilisé est la première cause d'échec de traitement !

1^{er} choix (biodisponibilité <1%) :

- Fuorate de fluticasone (Avamys®) : dose initiale 2 pulvérisations 1x/jour ; dose d'entretien 1 pulvérisation 1x/jour
- Fuorate de mométasone (Nasonex ®) : dose initiale 2 pulvérisations 1x/jour ; dose d'entretien 1 pulvérisation 1x/jour
- Azélastine hydrochloride et fluticasone propio nate (Dymesta®) : dose initiale 2 pulvérisations 1x/jour ; dose d'entretien 1 pulvérisation 1x/jour

L'avantage de ce spray est qu'il contient une association anti-histaminique et corticostéroïde.

2^{ème} choix (biodisponibilité 10-49%), en pratique rarement utilisé en allergologie :

- Budésonide (Rhinocort®) 32/64 µg : 2 nébulisations à 64 µg 1x/jour ou 1 nébulisation de 64 µg 2xjour ou 2 nébulisations de 32 µg 2x/jour
- Trimacinalone (Nasacort®) 55µg : dose initiale 2 inhalations 1x/jour ; entretien 1 inhalation 1x/jour
- Béclométhasone (Béconase® 50 µg) : 2 inhalations 2x/jour
- Anti-histaminiques (anti-H1) systémiques

Ils diminuent efficacement les symptômes allergiques, mais seuls les antihistaminiques non sédatifs améliorent la qualité de vie, les performances au travail et lors des activités de la vie quotidienne. Les antihistaminiques ont peu d'effet sur

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

l'obstruction nasale, mais sont efficaces sur la rhinorrhée, les éternuements, le prurit nasal et conjonctival.

Le principal effet secondaire des anti-histaminiques est la fatigue. Il convient d'éviter une consommation simultanée d'alcool ou de la prise de médicaments déprimeurs du SNC et/ou en cas d'insuffisance rénale. Il a été décrit que certains anti-histaminiques peuvent être responsables d'un allongement du QT (évidence faible)

1^{ère} génération : à éviter dans le traitement de la rhinite allergique vu les effets anti-cholinergiques et sédatifs prononcés.

- Chlorhydrate d'hydroxyzine : Atarax® 50 mg 1-2x/jour
- Clémastine : Tavégyl® 1 mg 2x/jour
- Dimétindène : Fénistil® (fréquemment utilisé en pédiatrie, en raison du profil de sécurité bien connu)

2^{ème} génération : moins d'effets sédatifs

- Loratadine : Claratine® et génériques cp 10 mg ; 1 cp 1x/jour
- Cétirizine : Zyrtec® et génériques cp 10 mg ; 1 cp 1-2x/jour
- Féxofénadine : Telfast® cp 120 ou 180 mg ; 1 cp 1x/jour

3^{ème} génération : moins d'effet sédatifs et ont probablement moins d'effets sur l'allongement du QT et sur le SNC

- Desloratadine (métabolite de loratadine, affinité augmentée) : Aerius® cp 5 mg ; 1 cp 1x/jour
- Lévocétirizine (forme énantiomère de cétirizine) : Xyzal® cp 5 mg ; 1 cp 1x/jour
- Bilastine : Bilaxten® cp 20 mg ; 1 cp 1x/jour (à consommer à jeun. CAVE : fait des interactions en cas de prise concomitante de pamplemousse).

L'efficacité sur les symptômes allergiques est comparable entre les différentes classes tandis que l'effet sédatif peut être plus ou moins prononcé selon la molécule utilisée et la sensibilité individuelle.

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Les anti-H1 de la 1^{ère} génération ne devraient être prescrits que si un effet sédatif est recherché.

a) Anti-histaminiques topiques :

Ils ont un effet sur l'obstruction nasale et des effets anti-inflammatoires.¹¹

- Azélastine : Allergodil[®] spray nasal et collyre: 1 nébulisation 2x/jour dans chaque narine ; 1 goutte 2x/jour dans chaque œil ou Otrivin rhume des foins[®] spray nasal : 2 nébulisations 1x/jour
- Olopatadine : Opatanol[®] collyre : 1 goutte 2x/jour
- Kétofène : Zaditen[®] Ophta collyre 1 goutte 2x/jour
- Eméastinum : Emadine gouttes (avantage : ce sont des collyres à usage unique et donc facilement transportables)

b) Stabilisateurs de la membrane mastocytaire topique

Ces médicaments sont efficaces en prophylaxie mais n'ont pas d'effet sur les symptômes déjà présents. [14] Ces molécules préviennent la libération d'histamine des mastocytes et ont un effet préventif sur les éternuements, la rhinorrhée et le prurit. Pour obtenir un effet maximum, ils doivent être utilisés plusieurs fois par jour (3–5 fois/jour). Ils sont plus efficaces que le placebo mais moins efficaces que les anti-H1 ou les corticostéroïdes topiques en intranasal. On les utilise le plus fréquemment chez les enfants chez qui on aimerait éviter les stéroïdes. Exemple :

- Cromoglicat de sodium : Cromodyn[®] spray nasal : 1 nébulisation 4x/jour

Certains anti-H1 topiques (par exemple le kétofène et l'olopatadine (cf. ci-dessous) ont aussi un effet stabilisateur des mastocytes.

c) Anti-leucotriènes systémiques

Le montélukast (Singulair[®]) est le représentant de cette famille le plus utilisé en Suisse qui bloque les effets des leucotriènes. Ces médiateurs inflammatoires dérivés du métabolisme de l'acide arachidonique sont produits en particulier par les mastocytes dans la phase plus tardive de la réponse allergique.

Dans la rhinite allergique, ils augmentent le recrutement des éosinophiles et la

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

production de NO au niveau de l'épithélium nasal. L'action des anti-leucotriènes a comme effet une diminution des symptômes nasaux similaires aux anti-histaminiques non-sédatifs, avec une diminution modérée de la rhinorrhée, des éternuements et du prurit.^[74] Le montélukast est un peu plus efficace que le placebo, a une efficacité similaire aux anti-H1 et est moins efficace que les corticostéroïdes topiques. Il se prescrit à raison de 1 cp de 10 mg 1x/jour. Les anti-leucotriènes ne doivent pas être prescrits comme traitement de 1^{ère} ligne. Ils sont indiqués chez les patients avec une intolérance aux anti-H1 et/ou aux corticostéroïdes intranasaux, ainsi qu'en cas d'asthme et de polypose nasale.

d) Extraits de pétasite :

Les extraits de *Petasites hybridus* se sont avérés, dans une étude randomisée contrôlée (mais aussi critiquée), aussi efficaces que la cétirizine dans le traitement de la rhinite allergique saisonnière. En pratique, ils sont actuellement très peu prescrits en 1^{ière} intention à l'exception des patients qui souhaitent un traitement naturel de la rhinite allergique. Les préparations de pétasites sont commercialisées en Suisse sous 2 marques : Pollivita[®] et Tesalin[®]. Les inconvénients sont la nécessité de plusieurs prises quotidiennes et de rares cas de toxicité hépatique.

e) Glucocorticoïdes systémiques :

Au vu de leurs effets secondaires, ils peuvent être prescrits éventuellement pour une durée limitée de quelques jours dans les formes sévères de rhinite allergique avec des répercussions importantes sur le sommeil et le travail à une dose équivalente à 0,5-1 mg/kg/jour de prednisone.

f) Les traitements suivants sont déconseillés :

Les décongestionnants locaux (phényléphrine, oxymétazoline, xylométazoline et naphazoline) et le bromure d'ipatropium (Rhinovent[®]) ne sont pas recommandés dans le traitement de la rhinite allergique.

Les corticostéroïdes systémiques en injection dépôt.

Tableau 26: Récapitulatif des traitements.

Médicament	Posologie	Indication / Bénéfice	Effets secondaires	Prix/mois
Corticostéroïdes topiques intra-nasaux (1ier choix)				
Fluticasone (Avamys®)	1 push 1x/j	1er choix (biodisponibilité <1%)	Minimes. Possible irritation nasale, épistaxis. Très rarement perforation du septum nasal, glaucome. Peu de risques d'effets systémiques.	20.–*
Mométasone (Nasonex®)	1 push 1x/j			20.–*
Budésonide (Rhinocort®) 32/64 µg	selon dosage	2eme choix (biodisponibilité 10–49%)		25.–*
Trimacinalone (Nasacort®) 55 µg	1 push 1x/j			25.–*
Béclométhasone (Béconase®) 50 µg	2 push 2x/j	Effets favorables sur les symptômes nasaux, oculaires et pharyngés		???
Anti-histaminiques (anti-H1) PO 2ème génération				
Loratadine (Claritine® et génériques) cp 10 mg	1 cp 1x/j	Peu d'effet sur l'obstruction nasale, mais sont efficaces sur la rhinorrhée, les éternuements, le prurit nasal et conjonctival	Sédation	20.–
Cétirizine (Zyrtec® et génériques) cp 10 mg	1 cp 1–2x/j			35.–
Fexofénadine (Telfast®) cp 120 ou 180 mg	1cp 1x/j			25.– (120) 34.– (180)
Anti-histaminiques (anti-H1) PO 3ème génération				
Desloratadine (métabolite de loratadine) (Aerius ®) cp 5 mg	1 cp 1x/j	Peu d'effet sur l'obstruction nasale, mais sont efficaces sur la rhinorrhée, les éternuements, le prurit nasal et conjonctival	Sédation	19.–
Lévocétrizine (isomère de cétrizine) (Xyzal®) cp 5 mg	1cp 1x/j			19.–
Bilastine (Bilaxten®) cp 20 mg	1cp 1x/j			27.–
Anti-histaminiques topiques				
Azélastine (Allergodil®) spray nasal et collyre	1 push 2x/j q narine ; 1 gtte 2x/j q œil	Diminue l'obstruction nasale Effet anti-inflammatoire.	Traitement max. 2 semaines.	16.– (spr) 16.– (col)

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Azélastine (Otrivin rhume des foins®) spray nasal	2 push 1x/j	Idem	Non retrouvé dans swissmedic	
Olopatadine (Opatanol®) collyre	1 gtte 2x/j			
Kétotifène (Zaditen® Ophta) collyre	1 gtte 2x/j		Traitement max. 6 semaines.	
Stabilisateurs de la membrane mastocytaire topiques (moins efficace que anti-H1)				
Cromodyn® spray nasal	1 push 4x/j	Symptômes nasaux	Irritation locale	16.90–
Anti-leucotriènes PO (efficacité similaire aux anti-H1)				
Montélukast (Singulair®) 10 mg	1cp 1x/j	Symptômes nasaux	Rare	55.90–
Extraits de pétasite				
Pollivita®	1 cp 2x/j			
Tesalin®	1 cp 2x/j			45.45–
Glucocorticoïdes PO (si réfractaire ou sévère pour quelques jours afin de permettre travail et sommeil)				
Prednisone	0,5 à 1 mg/kg/j			

g) L'IMMUNOTHERAPIE SPECIFIQUE (ITS) :

L'immunothérapie spécifique ou désensibilisation permet d'induire une tolérance à un ou plusieurs allergènes. Elle se fait traditionnellement par voie sous-cutanée ou plus récemment aussi par voie sublinguale. La durée est habituellement de trois à quatre ans. L'indication à l'ITS doit être posée par l'allergologue. Le médecin de premier recours peut prendre en charge le traitement en fonction de ses connaissances sur la prise en charge du traitement, y compris de ses effets secondaires.

L'immunothérapie par voie sous-cutanée permet de contrôler les symptômes chez plus de 2/ 3 des patients avec rhinite allergique et prévient le développement d'un asthme bronchique et d'un élargissement du spectre des allergies à d'autres allergènes.

Les inconvénients du traitement sont les risques d'induire une réaction allergique au produit administré, l'investissement en temps (les injections sous-cutanées ont lieu 1x/semaine pendant 3 mois, puis 1x/mois pendant 3–4 ans) et le coût relativement élevé. Les effets secondaires allergiques (rhino-conjonctivite, urticaire généralisé, spasmes bronchiques, choc anaphylactique) sont relativement rares et apparaissent plutôt pendant la phase ascendante du dosage. Généralement l'effet

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

thérapeutique de l'ITS s'étend sur une période de 7 à 10 ans.

La désensibilisation marche d'autant mieux qu'elle est initiée tôt après le début des symptômes. En cas de récurrence des symptômes et si la réponse à une première ITS a été bonne, il est possible de faire une 2ème désensibilisation avec très probablement une bonne réponse une seconde fois.

Les contre-indications sont les tumeurs malignes, les infections actives, les maladies auto-immunes, les cardiopathies sévères, les syndromes obstructifs sévères, les eczémas atopiques étendus et une grossesse planifiée. Les contre-indications relatives sont les enfants moins de 5 ans, les patients n'ayant pas une bonne observance et les bêtabloquants.¹¹

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

- Toux chronique ▪
- Maux de tête ▪
- Réveil nocturne ▪
- Démangeaison oculaire ▪

5- Données paracliniques :

- RADIOTHORAX :
- EFR :
- Prick test :

6- TTT de fond :

- Mesure d'hygiène nasale/Eviction allergique seule ▪
- Antihistaminiques oraux ▪
- Antihistaminiques locaux ▪
- Antalgiques ▪
- CTC oraux ▪
- Antibiothérapie ▪
- Antiasthmatique ▪

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

Annexe 3 :

Questionnaire sur la qualité de vie pour les patients atteints de la rhino-conjonctivite allergique :

Veuillez indiquer à quel point vous avez été gêné par chaque élément, au cours de la semaine dernière, à cause de vos Symptômes nasaux /oculaire en utilisant l'échelle suivante :

1. Pas gêné(e)
2. Un peu gêné(e)
3. Modérément gêné(e)
4. Assez gêné(e)
5. Très gêné(e)
6. Extrêmement gêné(e)

Problème pratique :

Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par chacun de ces problèmes au cours la semaine dernière en raison de vos symptômes nasaux /oculaire ?

a-contrarié de devoir transporter des mouchoirs.	1	2	3	4	5	6
b- Besoin de se frotter le nez/les yeux.	1	2	3	4	5	6
c-Besoin de se moucher à plusieurs reprises.	1	2	3	4	5	6
d-Manque de sommeil.	1	2	3	4	5	6
e-Incapable de faire son travail (scolaire) aussi bien que d'habitude.	1	2	3	4	5	6

Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par chacun de ces symptômes au cours de la semaine dernière en raison de vos symptômes nasaux /oculaires ?

a- Fatigué/épuisé	1	2	3	4	5	6
b- Soif (gorge /bouche sèche)	1	2	3	4	5	6

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

c- Ne peut pas se concentrer	1	2	3	4	5	6
d- Ne se sentent généralement pas bien	1	2	3	4	5	6
maux de tête	1	2	3	4	5	6

Symptômes nasaux :

Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par ces symptômes au cours de la semaine dernière ?

a- Nez bouché (congestionné)	1	2	3	4	5	6
b- Nez qui coule	1	2	3	4	5	6
c- Eternuement	1	2	3	4	5	6
d- Démangeaisons nasale	1	2	3	4	5	6

Symptômes oculaires :

Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine ?

a- Démangeaisons oculaire	1	2	3	4	5	6
b- Yeux larmoyants	1	2	3	4	5	6
c- Yeux rouges	1	2	3	4	5	6
d- Yeux gonflés	1	2	3	4	5	6

Activités :

Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) par chacune de ces activités au cours de la semaine dernière en raison de vos symptômes nasaux /oculaires ?

a- En faisant du sport ou en effectuant un travail lourd ou en participant à une activité qui demande beaucoup d'effort.	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

La qualité de vie des patients atteints de la rhinite allergique

b- Lorsque vous faites du sport ou un travail régulier ou lorsque vous participez à une activité qui demande une force ou une énergie moyenne. 1 2 3 4 5 6

c- Lors d'une marche de ½ kilomètre. 1 2 3 4 5 6

Symptômes émotionnels :

Au cours de la semaine dernière, avez-vous perturbé(e) par ces émotions en raison de vos symptômes nasaux/oculaire ?

a- Irrité	1	2	3	4	5	6
b- Agité	1	2	3	4	5	6
c- Frustré	1	2	3	4	5	6
d- Bouleversé ou gêné par la réaction	1	2	3	4	5	6

des autres face à vos symptômes.

Veillez indiquer à quelle fréquence au cours de la semaine dernière vous avez été gêné par chacun de ces éléments en raison de vos symptômes nasaux/oculaires. Veillez utiliser l'échelle suivante :

1. Jamais
2. Presque jamais
3. Une petite partie du temps
4. Parfois
5. Une grande partie du temps
6. La plupart du temps
7. Tout le temps



RÉSUMÉ



Résumé

La rhinite allergique est une affection chronique des voies respiratoires qui se manifeste par une inflammation persistante de la muqueuse nasale. Cette dernière est déclenchée par une réaction des anticorps IgE en réponse à l'exposition à divers types d'allergènes. Sa prévalence étant très élevée nous a poussée à évaluer la qualité de vie des patients atteints de la RA, et de déterminer les principaux facteurs aggravant son altération. Différents questionnaires peuvent être proposés pour évaluer son retentissement sur les individus. Le plus couramment utilisé était le **Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire standard (RQLQs)**.

Cette étude présente les résultats d'une recherche prospective menée sur une période d'un an et demi , au sein des consultations du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech ainsi qu'en consultation de pneumo-allergologie dans le secteur privé. Un questionnaire a été administré à 100 patients.

Les résultats ont révélé que la rhinite allergique (RA) impacte négativement la qualité de vie des patients. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant corrélés à l'aggravation de cette qualité de vie : l'âge ($p = 0,0249$), le sexe ($p = 0,0065$), l'origine ($p = 0,00364$), la profession ($p = 0,00379$), les antécédents médicaux ($p = 0,041$), les symptômes nasaux ($p = 0,0259$), les symptômes oculaires ($p = 0,00124$), les problèmes pratiques ($p = 0,0325$), l'activité physique ($p = 0,0375$) et les problèmes émotionnels ($p = 0,00364$). En revanche, notre étude n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'état matrimonial des patients et la qualité de vie.

La compréhension de la RA aide le patient à mieux gérer ses symptômes, favorisant ainsi un bon résultat thérapeutique. Elle permet également de maîtriser certains facteurs persistants, tels que le stress, en modifiant ses comportements. Enfin, le professionnel de santé fournit des conseils thérapeutiques, des gestes techniques et, si besoin, prescrit des médicaments.

Abstract

Allergic rhinitis is a chronic respiratory condition characterized by persistent inflammation of the nasal mucosa. It is triggered by an IgE antibody response to exposure to various types of allergens. Due to its high prevalence, we were motivated to evaluate the quality of life of patients with allergic rhinitis (AR) and identify the main factors that aggravate its deterioration. Various questionnaires can be used to assess its impact on individuals. The most commonly used one is the standard Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQs).

This study presents the results of a prospective research conducted over a year and a half within the consultations of the otolaryngology department at the Avicenne Military Hospital in Marrakech, as well as in the private sector's pneumology and allergy consultations. A questionnaire was administered to 100 patients.

The results revealed that allergic rhinitis (AR) negatively impacts the quality of life of patients. Several factors were identified as being correlated with the worsening of quality of life: age ($p = 0.0249$), gender ($p = 0.0065$), origin ($p = 0.00364$), profession ($p = 0.00379$), medical history ($p = 0.041$), nasal symptoms ($p = 0.0259$), ocular symptoms ($p = 0.00124$), practical issues ($p = 0.0325$), physical activity ($p = 0.0375$), and emotional problems ($p = 0.00364$). However, our study did not find any statistically significant association between marital status and quality of life.

Understanding AR helps the patient better manage their symptoms, leading to a favorable therapeutic outcome. It also helps in managing persistent factors such as stress by changing behavior. Finally, healthcare professionals provide therapeutic advice, technical gestures, and, if necessary, prescribe medications.



BIBLIOGRAPHIE



1. Mallol J, Crane J, von Mutius E, et al.

The international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase three: Global synthesis. *Allergol Immunopathol* 2013; 41:73.

2. Leimgruber A, Spertini F.

Allergo-immunologie. *Rev Med Suisse*. 2009;5(186):88–93.

3. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, et al. Perennial rhinitis:

4An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol*. 1999 Aug;104(2 Pt 1):301–4.

4. Jariwala SP, Moday H, de Asis ML, Fodeman J, Hudes G, de Vos G, Rosenstreich D.

The Urticaria Severity Score: a sensitive questionnaire/index for monitoring response to therapy inpatients with chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;102:475–482.

5. Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, Dignetti P, Guerra L, Specchia C, Braido F, Majani G, Canonica GW.

Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. *Allergy*. 2003;58:621–623.

6. OMS, editor.

Organisation Mondiale de la Santé ; <http://www.who.org>.

7. C. Brousse, B. Boisaubert.

La qualité de vie et ses mesures. *La Revue de médecine interne* 28 (2007) 458–462

8. S.Schraub ; M.Mercier

Mesure de la qualité de vie en cancérologie. *Bull Cancer/Radiother* (1995) 82,79–84

9. P. Auquier et al. Journées neuro-musculaire

Mesurer la qualité de vie : effet de mode ou véritable critère de jugement ? 01/03/08
Doi : RN-04-2006-162-4-0035-3787-101019-200601591

10. Alexandre Naegele ;

Impact des acariens et des micro-organismes de l'habitat dans le développement de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2015

<https://theses.hal.science/tel-01664016v1> Submitted on 14 Dec 2017

11. Alain Leplège ;

Mesure de santé perceptuelle et la qualité de vie : méthodes et applications.
ESTEM, 2001, p333.

12. World Health organization, study protocol for the world health organization

Project to develop a quality of life assessment instrument
(WHOQOL); 1993

13. Leplege A; Duverger S.

La qualité de vie. Dictionnaire de philosophie morale, paris:puf, 1996;1237-1241

14. Blondeau D.

La qualité de vie. Éthique, paris:ed, 1992,5:83-87.

15. Aristote.

Éthique a nicomaque.paris.librairie philosophique j.vrin, trad. Tricot j; 9 ed.1997

16. Mill JS.

Autobiographie, 1904, Paris: Alcan, traduction de Henry de varigny, 1907

17. Alain Leplège, Joël Coste.

Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications.
2002;3:21

18. Guillemin F.

Qualité de vie en rhumatologie.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris, Appareil locomoteur, 15-907-A-10, 1997,4p

19. Raja Arrab ;

Thèse de la faculté de médecine et de pharmacie Marrakech N° 68

ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE POLYARTHRITE
RHUMATOIDE -2007

- 20. Tsang S, Royse CF, Terkawi AS. Lignes directrices pour l'élaboration, la traduction et la validation d'un questionnaire en médecine périopératoire et de la douleur. Saudi J Anaesth 2017;11:S80-9.**

21. Netz S.

Effets sur le bien-être et la qualité de vie. 1995;(2005):193-210.

- 22. Elizabeth F. Juniper, MCSP, MSc," Gordon H. Guyatt, MDT b and
Jerry Dolovich, MD' Hamilton, Ontario, Canada**

Assessment of quality of life in adolescents with allergic rhinoconjunctivitis:
Development and testing of a questionnaire for clinical trials P413-423 February 1994

23. Juniper EF, Guyatt GH, Epstein RS, Ferrie PJ, Jaeschke R, Hiller TK. Evalu-

Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma : development of a questionnaire for use in clinical trials (évaluation de l'altération de la qualité de vie liée à la santé dans l'asthme : élaboration d'un questionnaire à utiliser dans les essais cliniques). Thorax 1992;47:76.

- 24. 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.**

25. Pietersma S, de Vries M, van den Akker-van Marle ME.

Domaines de la qualité de vie : résultats d'une procédure de consensus Delphi en trois étapes entre les patients, la famille des patients, les cliniciens, les scientifiques et le grand public. Qual Life Res 2014;23:1543-56.

26. Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE.

Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life instrument. J Clin Epidemiol 1994 ;47 :81-7

- 27. Alexander M, Berger W, Buchholz P, Walt J, Burk C, Lee J, et al. The reliability, validity,**

and preliminary responsiveness of the Eye Allergy Patient Impact Questionnaire (EAPIQ). Health Qual Life Outcomes 2005;3:67.

- 28. Ereeny Mikhail, MOptom, BVisSci^{a,b}Serap Azizoglu, PhD^bMoneisha Gokhale, PhD^bet CenK Suphioglu, PhD^a *Geelong, VIC, Australie***

Questionnaires évaluant la qualité de vie des patients souffrants d'allergies oculaires
2213–2198 :2020

- 29. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, et al. Non-allergic rhinitis:**

Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2017; 72(11):1657–1665.

- 30. Asha Pherwani _ Gauri Mankekar _ Kashmira Chavan _ Gaurav Bansode**

The mini-rhino-conjunctivitis quality of life (qol) questionnaire (mrqlq) –self administered January–March 2008) 60:20–24

- 31. Khai P Leong, Siew P Chan, Chwee Y Tang, Samuel CL Yeak, Adrian SM Saurajen, Paul KH Mok, Jin K Siow, Nelson WC Chee, Ravi Seshadri, Seng B Yeo, Mark LC Khoo, Julian CY Lee, Hiok H Chng**

Allergic Rhinitis: Preliminary Validation of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire in Singapore 1999/9/1

- 32. Juniper EF, Howland WC, Roberts NB, Thompson AK, King DR. Measuring** quality of life in children with rhinoconjunctivitis. J Allergy Clin Immunol 1998;101:163–70.

- 33. Jean Bousquet, MD, PhD,– Monika Bullinger,° Christine Fayol," Patrick Marquis," Bénédicte Valentin,° et Bernard Burtin° *Montpellier, France, Mt/nchen, Allemagne Lyon, France, et Braine-l'Alleud, Belgique***

Évaluation de la qualité de vie des patients atteints de rhinite allergique perannuelle avec la version française du questionnaire sur l'état de santé SF–36 P182–188 August 1994

- 34. Petersen KD, Kronborg C, Gyrd–Hansen D, Dahl R, Larsen JN, Løwenstein H. Quality of life in rhinoconjunctivitis assessed with generic and disease–specific questionnaires. Allergy. 2008 Mar;63(3):284–91. doi: 10.1111/j.1398–9995.2007.01583.x.PMID: 18269674**

- 35. Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN. Development and validation of the Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. Clin Exp Allergy 2000;30:132–40.**

36. Quran sourate An-Nahl, verset 97

37. Schatz M.

, A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. Allergy 2007; 62:9–16.

38. Lalla Fatima Zahra Alaoui-Inboui

Thèse N° 02 sur la prévalence de la rhinite allergique chez l'enfant à Safi –2011

39. Schatz M. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. Allergy 2007 ; 62:9–16.

40. Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN. Validation of the standardized version of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. J Allergy Clin Immunol 1999;104:364–9

41. Pitt AD, Smith AF, Lindsay L, Voon LW, Rose PW, Bron AJ. Economic and quality-of-life impact of seasonal allergic conjunctivitis in Oxfordshire (Impact économique et qualité de vie de la conjonctivite allergique saisonnière dans l'Oxfordshire). Ophthalmic Epidemiol 2004;11:17–33.

42. Smith AF, Pitt AD, Rodriguez AE, Alio JL, Marti N, Teus M, et al. The economic and quality of life impact of seasonal allergic conjunctivitis in a Spanish setting. Ophthalmic Epidemiol 2005;12:233–42.

43. Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. Allergy 2007;62:17–25.

44. Small M, Piercy J, Demoly P, Marsden H. Burden of illness and quality of life in patients being treated for seasonal allergic rhinitis : a cohort survey. Clin Transl Allergy 2013;3:33.

45. Schatz M. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. Allergy 2007 ; 62:9–16.

46. Juniper EF, Rohrbach T, Meltzer EO. A questionnaire to measure quality of life in adults with nocturnal allergic rhinoconjunctivitis. J Allergy Clin Immunol 2003;111:484–90.

47. Juniper EF, Guyatt GH, Dolovich J. Assessment of quality of life in adolescents with allergic

rhinoconjunctivitis : development and testing of a questionnaire for clinical trials. J Allergy Clin Immunol 1994;93:413-23

48. L. Qassimi *, H. Jabri , W. El Khattabi , N. Souki , H. Afif

Service des maladies respiratoires, hôpital 20 Août, Casablanca, Maroc

Évaluation de la qualité de vie chez les patients suivis pour rhinite allergique 2015 ;
274-276

49. Arzu Yorgancioglu, MD, Chair, Keith Allan, CBiol, MRSB, Eric D. Bateman, MD and all

The global initiative for asthma global strategy for asthma management and prevention
available from: <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/2023.pdf>

50. A. Côté, J. Turmel, et L.-P.

Boulet Exercice and Rhinoconjunctivitis

Semin. Respir. Crit. Care Med., vol. 39, no 01, p. 019-028, févr. 2018

51. Fariborz Zandieh 1, Mostafa Moin, Masoud Movahedi

Assessment of quality of life in Iranian asthmatic children, young adults and their
caregivers Iran J Allergy Asthma Immunol. 2006 Jun;5(2):79-83

52. Palmares J, Delgado L, Cidade M, Quadrado MJ, Filipe HP. Allergic conjunctivitis : a
national cross-sectional study of clinical characteristics and quality of life. Eur J
Ophthalmol 2010;20:257-64.

53. J. Riedler, W. Eder, G. Oberfeld, et M. Schreuer,

Austrian children living on a farm have less hay fever, asthma and allergic sensitization
Clin. Exp. Allergy, 2000

54. Ege, M. J.

The hygiene hypothesis in the age of the microbiome.
Ann. Am. Torac. Soc. 14, S348-S353 (2017).

55. Alexandre-Silva, G. M. et al.

The hygiene hypothesis at a glance: Early exposures, immune mechanism and
novel therapies. Acta Trop. 188, 16-26 (2018)

56. Nikhil Shetty, Amitha rao, Santosh Soans, Ashvij Sriyan

57. AlGewely et al

Health-related quality of life in childhood bronchial asthma
Egypt J Pediatr Allergy Immunol 2013;11(2):83–93 .

58. Dr Adnane Nouri Mghamsi

Levels of psychosomatic disorders among Saudi journalists working in Saudi press institutions in the light of some variables: a field study Edition 24 ;june 2023

59. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al.

European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. Rhinol Suppl. 2012 Mar; 23:3 p preceding table of contents, 1–298.

60. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al; World Health Organization;GA(2)LEN;

AllerGen. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update). Allergy. 2008; 63 Suppl 86:8–160.

61. Shamji MH, Durham SR.

Mechanisms of immunotherapy to aeroallergens. Clin Exp Allergy. 2011; 41(9):1235–46.

62. Rondon C, Campo P, Eguiluz-Gracia I, et al.

Local allergic rhinitis is an independent rhinitis phenotype: The results of a 10-year follow-up study. Allergy. 2018; 73(2):470–478.

63. Moneret-Vautrin DA, Jankowski R, Bene MC, Kanny G, Hsieh V, Faure G, Wayoff M. NARES:

a model of inflammation caused by activated eosinophils? Rhinology. 1992; 30(3):161–168. 73(2):470–478.

64. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, et al. Non-allergic rhinitis:

Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2017; 72(11):1657–1665.

65. van Rijswijk JB, Blom HM, Fokkens WJ.

Idiopathic rhinitis, the ongoing quest. *Allergy*. 2005;60(12):1471–81.

66. Van Gerven L, Steelant B, Hellings PW. Nasal hyperreactivity in rhinitis:

A diagnostic and therapeutic challenge. *Allergy*. 2018;73(9):1784–1791.

67. Heinzerling L, Mari A, Bergman KC, Bresciani M et al.

The skin prick test – European standards. *Clinical and Translational Allergy* 2013, 3:3

68. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, et al. Allergy diagnostic testing:

an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008; 100:S1–S148

69. Harr T, Hausmann O, Schmid–Grendelmeier

P. Allergènes moléculaires – entrée dans le diagnostic allergologique de routine
Forum Med Suisse 2010;10(51–52):894–895,

70. Blomme K, Tomassen P, Lapeere H et al.

Prevalence of allergic sensitization versus allergic rhinitis symptoms in an unselected population. *Int Arch Allergy Immunol* 2013; 160:200.

71. Dürr C, et al. Allergie aux pollens:

Diagnostic et traitement. Deuxième partie. *Forum Med Suisse*. 2008; 8(15):270–274

72. Rondón C, Campo P, et al. Local allergic rhinitis:

concept, pathophysiology, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:14607.

73. Brozek JL, Bousquet J, Baena–Cagnani CE, et al.

Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Sep;126(3):466–76.

74. http://www.worldallergy.org/professional/allergic_diseases_center/rhinitis/rhinitis_in-depth.php.

75. Dr S. Guillaume-Gentil

La rhinite allergique Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG -- 2017

76. Diana L Silva, Susana de Barayazarra, Antonio Valero, Elizabeth Garcia, Silvia Uriarte, Augusto Peñaranda, Edgardo Chapman, Maria B Garcia, Jaime Ocampo, Viviana Valencia, Sergio Moreno, Silvana Corelli, Belkis Lopez, Luis F Ramírez, Lucía Cecilia Pérez, Edgardo Jares and Carlos D Serrano

Control of allergic rhinitis in four latin american countries: Rinola study Front. Allergy, 24 August 2022

قسم الطبيب

أُقْسِمُ بِاللّٰهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بَادِلَةً وَسْعِي فِي إِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلَقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ

سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ

وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخِّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ

عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

جودة حياة مرضى المصابين بحساسية الانف

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/12/09

من طرف

الانسة سناء بن الراوي

المزداد في 1999/03/07 ب اسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الحساسية الانفية-جودة الحياة-استفتاء RQLQ

اللجنة

الرئيس

ي. الدرواسي

السيد

المشرف

أستاذ في جراحة الانف والاذن والحنجرة

ع. الجاليل

السيد

أستاذ في جراحة الانف والاذن والحنجرة

ا. بنجلون حرزيمي

السيد

أستاذ في طب الجهاز التنفسي

م.ا. لافينتي

السيد

أستاذ في طب النفسي

ه. جناح

السيد

أستاذ في طب الجهاز التنفسي

الحكام

