
PRISE EN CHARGE DE LA RHINITE ALLERGIQUE ET SON IMPACT SUR L'ASTHME

GUIDE DE POCHE - ARIA



*Un Guide de Poche pour les Médecins et Infirmières
2001*

ARIA

LA RHINITE ALLERGIQUE ET SON IMPACT SUR L'ASTHME

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Jean Bousquet, Président
Paul van Cauwenberge, Vice-Président

Nikolai Khaltsev (OMS)

Nadia Aït-Khaled
Isabella Annesi-Maesano
Claus Bachert
Carlos Baena-Cagnani
Eric Bateman
Sergio Bonini
Giorgio Walter Canonica
Kai-Håkon Carlsen
Pascal Demoly¹
Stephen R. Durham
Donald Enarson
Wytske J. Fokkens
Roy Gerth van Wijk
Peter Howarth
Nathalia A. Ivanova
James P. Kemp
Jean-Michel Klossek

Richard F. Lockey
Valerie Lund
Ian MacKay
Hans-Jürgen Malling
Eli O. Meltzer
Niels Mygind
Minoru Okuda
Ruby Pawankar
David Price
Glenis K. Scadding
F. Estelle R. Simons
Andrzej Szczeklik
Erkka Valovirta
Antonio M. Vignola
De-Yun Wang
John O. Warner
Kevin B. Weiss

¹A assuré la traduction en français

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	3
RECOMMANDATIONS	4
DÉFINITION ET CLASSIFICATION	5
FACTEURS DÉCLENCHANTS	6
MÉCANISMES	7
CO-MORBIDITÉS	8
Asthme	8
Autres	8
SYMPTÔMES	9
DIAGNOSTIC	10
PRISE EN CHARGE	11
Recommandations basées sur des preuves	12
CHOIX DES MÉDICAMENTS	13
Traitement pharmacologique	14
Glossaire des médicaments	15
CONSIDÉRER L'IMMUNOTHÉRAPIE	17
TRAITER PAR ÉTAPES	18
TRAITEMENT D'UNE RHINITE CONCOMITANTE ET D'UN ASTHME	19
PARTICULARITÉS PÉDIATRIQUES	20
CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES	21
Grossesse	21
Personnes âgées	21
ADAPTER LES GUIDES POUR LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT	22
ADAPTER LES GUIDES A L'USAGE LOCAL	23

PRÉFACE

- ❑ La rhinite allergique est **définie cliniquement** comme une maladie symptomatique du nez, déclenchée après exposition allergénique, par une inflammation IgE-médiée de la muqueuse nasale.
- ❑ La rhinite allergique est un **problème de Santé Publique**. C'est une maladie mondialement répandue, qui affecte 10 à 25% de la population, et dont la prévalence est en augmentation. Bien que la rhinite allergique ne soit pas habituellement une maladie sévère, elle altère la vie sociale des patients, les performances scolaires et la productivité au travail. De plus, les coûts liés à la rhinite sont conséquents.
- ❑ **Asthme et rhinite** sont fréquemment associés, suggérant le concept d'unicité des voies aériennes ("one airway, one disease").
- ❑ Les données récentes sur les mécanismes qui sous-tendent l'inflammation allergique des voies aériennes ont permis une meilleure prise en charge thérapeutique. De nouvelles voies d'administration et modalités de prises, de nouveaux dosages, ont également été étudiés et validés.
- ❑ Des guides de diagnostic et de traitement de la rhinite allergique ont déjà été publiés. Cependant, ceux-ci n'étaient pas basés sur des preuves avec une analyse formelle du niveau d'évidence des recommandations fournies et ne prenaient pas en compte les co-morbidités de la rhinite allergique.
- ❑ Le consensus *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* (ARIA) a été développé en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le présent document a pour vocation d'être un guide de poche de référence pour le spécialiste, ainsi que pour le médecin généraliste. Ses objectifs sont :
 - de mettre à jour les connaissances des cliniciens en matière de rhinite allergique
 - de mettre en valeur l'impact de la rhinite allergique sur l'asthme
 - de proposer une approche diagnostique basée sur des preuves
 - de proposer une approche thérapeutique basée sur des preuves
 - de proposer une prise en charge par étapes de la maladie.

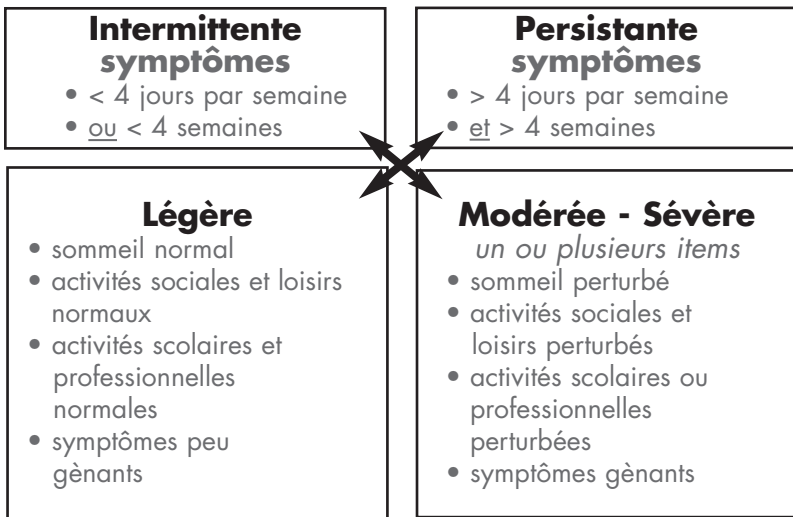
RECOMMANDATIONS

1. La rhinite allergique peut être classée comme une importante maladie respiratoire chronique du fait de :
 - sa prévalence,
 - son impact sur la qualité de vie,
 - son impact sur les performances / la productivité au travail / à l'école
 - son coût,
 - ses liens avec l'asthme,
 - ses liens avec la sinusite et d'autres co-morbidités, telles que la conjonctivite.
2. Parmi d'autres facteurs de risque connus, la rhinite allergique doit être considérée comme un facteur de risque de l'asthme.
3. Une nouvelle classification chronologique de la rhinite allergique a été créée : "intermittente" versus "persistante".
4. La sévérité de la rhinite allergique est classée en "légère" et "modérée / sévère", en fonction de la sévérité des symptômes et des paramètres de qualité de vie.
5. Selon la classification chronologique et la sévérité de la rhinite allergique, une prise en charge thérapeutique par étapes est proposée.
6. Le traitement de la rhinite allergique doit associer :
 - l'éviction allergénique (lorsqu'elle est possible),
 - le traitement pharmacologique,
 - l'immunothérapie
7. Les facteurs environnementaux et sociaux doivent être optimisés, de façon à permettre aux patients de vivre une vie normale.
8. Un asthme doit être recherché chez les patients souffrant de rhinite allergique persistante, au moyen de l'histoire et de l'examen clinique, et si possible par la recherche d'une obstruction bronchique avant et après un traitement bronchodilatateur.
9. Une rhinite doit être recherchée chez les patients souffrant d'asthme (par l'histoire et l'examen clinique).
10. Une stratégie thérapeutique commune doit être idéalement mise en oeuvre, de façon à traiter les maladies des voies aériennes supérieures et inférieures, en termes d'efficacité et de sécurité.
11. Dans les pays en voie de développement, on aura recours à une stratégie spécifique en fonction de la disponibilité des traitements, des investigations, et de leur coût.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION

- ❑ La **rhinite allergique** est définie cliniquement comme une maladie symptomatique du nez, déclenchée après exposition allergénique, par une inflammation IgE-médiée de la muqueuse nasale.
- ❑ Les **symptômes** de la rhinite allergique incluent :
 - la rhinorrhée
 - l'obstruction nasale
 - le prurit nasal
 - les éternuementsIls sont réversibles spontanément ou sous traitement.
- ❑ La rhinite allergique était précédemment classée, en rhinite saisonnière, per-annuelle et professionnelle. Cette classification n'est pas totalement satisfaisante.
- ❑ La nouvelle classification de la rhinite allergique :
 - utilise à la fois des symptômes et des paramètres de qualité de vie
 - est basée sur la durée, permettant la distinction en maladie "intermittente" ou "persistante"
 - est basée sur la sévérité, permettant la distinction en maladie "légère" ou "modérée-sévère"

Figure 1 : Classification de la rhinite allergique



FACTEURS DECLENCHANTS DE LA RHINITE ALLERGIQUE

Allergènes

- ❑ Les **aéro-allergènes** sont fréquemment impliqués dans la rhinite allergique.
 - L'augmentation des allergènes domestiques est en partie responsable de l'augmentation de la prévalence de la rhinite, de l'asthme et des allergies.
 - Les allergènes domestiques sont constitués principalement des acariens, des animaux, des insectes, ou sont issus de plantes.
 - Les principaux allergènes de l'environnement extérieur sont les pollens et les moisissures.
- ❑ Les **rhinites professionnelles** sont moins documentées que les asthmes professionnels; cependant, les symptômes nasaux et bronchiques coexistent fréquemment chez le même patient.
- ❑ L'**allergie au latex** est de plus en plus une préoccupation des patients et des professionnels de santé. Les professionnels de santé doivent en être conscients et développer des stratégies de traitement et de prévention.

Polluants

- ❑ Des données épidémiologiques suggèrent que les polluants exacerbent la rhinite.
- ❑ Les mécanismes par lesquels les polluants causent ou exacerbent la rhinite sont maintenant mieux connus.
- ❑ Les **polluants de l'intérieur** des maisons sont importants, puisque les habitants des pays industrialisés passent plus de 80% de leur temps à l'intérieur. La pollution intérieure comprend les allergènes domestiques, les gaz et aérosols polluants, dont la **fumée de tabac** est la principale source.
- ❑ Dans de nombreux pays, la **pollution urbaine** est principalement liée aux automobiles et les principaux polluants atmosphériques sont l'ozone, les oxydes d'azote et le dioxyde de soufre. Ceux-ci peuvent être impliqués dans l'aggravation des symptômes nasaux chez les patients souffrant de rhinite allergique ou de rhinite non allergique.
- ❑ Les particules de diesel pourraient favoriser la synthèse des IgE et l'inflammation allergique.

Aspirine

L'aspirine et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent induire rhinites et asthmes.

MECANISMES DE LA RHINITE ALLERGIQUE

- ❑ La rhinite allergique est classiquement considérée comme le résultat d'une réponse immunitaire médiée par les IgE, associée à une inflammation nasale.
- ❑ La rhinite allergique est caractérisée par un infiltrat inflammatoire, fait de diverses cellules. Cette réponse cellulaire comprend :
 - un chimiotactisme, avec recrutement sélectif et transendothélial de cellules,
 - la libération de cytokines et chimiokines
 - l'activation et la différenciation de cellules, telles que les éosinophiles, les lymphocytes T, les mastocytes et les cellules épithéliales
 - l'allongement de leur survie
 - la libération de médiateurs par ces cellules activées ; parmi ceux-ci histamine et leucotriènes cystéinés (CystLT) sont très importants
 - l'interconnexion avec le système immunitaire et la moelle osseuse
- ❑ L'hyperréactivité nasale non spécifique est une caractéristique importante de la rhinite allergique. Elle se définit par l'augmentation de la réponse nasale, à des stimuli normaux, à l'origine d'éternuements, de congestion et/ou de sécrétions nasales.
- ❑ La rhinite allergique intermittente peut être mimée par le test de provocation nasale, avec des allergènes de pollens, et il a été démontré une réponse inflammatoire retardée.
- ❑ Dans la rhinite allergique persistante, les stimuli allergéniques alimentent une réaction inflammatoire déjà en place. Les symptômes résultent de cette interaction complexe.
- ❑ L'important concept d'"inflammation minimale persistante" a été récemment introduit. Chez les patients souffrant de rhinite allergique persistante, l'exposition allergénique varie au cours de l'année. Il y a des périodes pendant lesquelles cette exposition est faible. Même en l'absence de symptôme pendant ces périodes, l'inflammation nasale existe.
- ❑ La compréhension des mécanismes pathogéniques de la maladie fournit un cadre pour la mise en place du traitement basé sur cette réaction inflammatoire complexe, plus que sur les symptômes pris isolément.

CO-MORBIDITES

L'inflammation allergique ne se limite pas à la muqueuse nasale. De nombreuses co-morbidités ont été associées à la rhinite.

Asthme

- ❑ Les muqueuses nasales et bronchiques présentent de nombreuses similitudes.
- ❑ Des études épidémiologiques ont démontré de façon consistante qu'asthme et rhinite co-existent fréquemment chez les mêmes patients.
 - La plupart des patients avec un asthme allergique ou non allergique ont une rhinite
 - De nombreux patients avec une rhinite ont un asthme
 - La rhinite allergique est associée à l'asthme, et en constitue un facteur de risque
 - De nombreux patients souffrant de rhinite allergique ont une hyperréactivité bronchique
- ❑ Les données physiopathologiques suggèrent un lien étroit entre la rhinite et l'asthme. Bien qu'il existe des différences entre rhinite et asthme, on considère que les voies aériennes hautes et basses sont atteintes d'un processus inflammatoire commun, inflammation qui peut être entretenue et amplifiée par des mécanismes interconnectés.
- ❑ Les maladies allergiques peuvent être systémiques. Un test de provocation bronchique s'accompagne d'inflammation nasale, de même un test de provocation nasale s'accompagne d'une inflammation bronchique.
- ❑ Quand un diagnostic de rhinite et d'asthme est considéré, une évaluation à la fois des voies aériennes hautes et basses doit être réalisées.

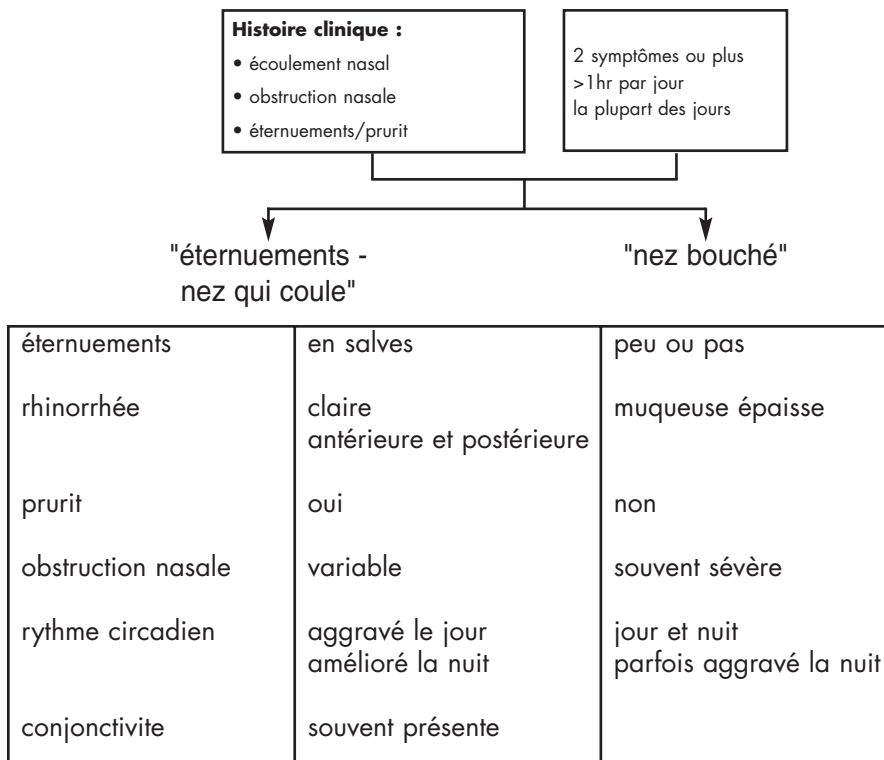
Autres co-morbidités

- ❑ Elles incluent sinusite et conjonctivite.
- ❑ Les associations entre la rhinite allergique, la polypose naso-sinusienne et l'otite moyenne sont moins bien comprises.

SYMPTOMES DE RHINITE ALLERGIQUE

- ❑ L'histoire clinique est essentielle pour un diagnostic précis de rhinite, une évaluation de sa sévérité, et de la réponse attendue au traitement.
- ❑ Chez les patients souffrant de rhinite allergique intermittente légère, l'examen du nez est optimal. Chez ceux souffrant de rhinite allergique persistante, l'examen du nez est indispensable. La rhinoscopie antérieure, utilisant un spéculum et un miroir, donne des informations limitées. L'endoscopie nasale, habituellement réalisée par un spécialiste, est plus informative.

Figure 2 : Evaluation clinique et classification de la rhinite



Lund, V.J., et al., International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working Group. *Allergy*, 1994; 49 (Suppl 19) : 1-34

DIAGNOSTIC DE LA RHINITE ALLERGIQUE

□ **Le diagnostic de la rhinite allergique** est basé sur :

- une histoire clinique typique de symptômes allergiques
- ces symptômes allergiques sont typiques, mais pas spécifiques d'une rhinite allergique

• les tests diagnostiques sont :

- Les tests *in vivo* et *in vitro* de diagnostic des maladies allergiques visent à détecter la présence d'IgE libres ou fixées à la surface de cellules. Le diagnostic de l'allergie a été amélioré par la standardisation des allergènes, qui ont permis de mettre à disposition des extraits allergéniques, pour la plupart des allergènes aéroportés.

- Les **tests cutanés d'allergie immédiate** sont largement utilisés pour démontrer l'allergie dépendante des IgE. Ils représentent un outil diagnostique fondamental dans le domaine de l'allergologie. Lorsqu'ils sont réalisés correctement, ils permettent de confirmer de façon utile le diagnostic d'une allergie spécifique. Du fait de certaines difficultés dans leur pratique et leur interprétation, il est recommandé que ces tests soient pratiqués par un personnel entraîné.

- La **mesure des IgE spécifiques** des allergènes dans le sérum est importante, et donne des informations comparables à celles des tests cutanés d'allergie immédiate.

- Les **tests de provocation nasale** allergéniques sont utilisés en recherche, et plus rarement en pratique clinique. Cependant, ils peuvent être utiles et plus particulièrement dans le diagnostic des rhinites professionnelles.

- L'**imagerie** n'est habituellement pas nécessaire.

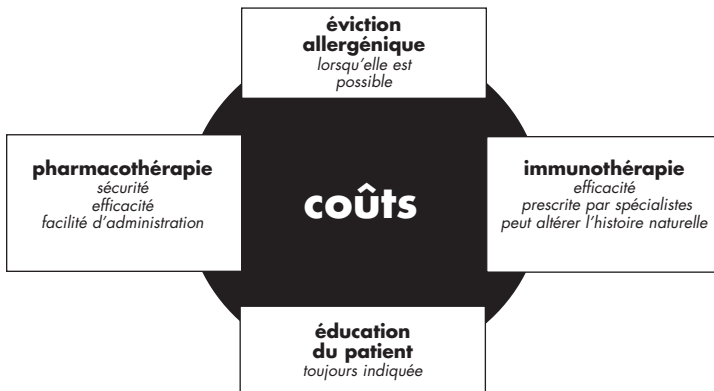
□ **Le diagnostic de l'asthme**

- Dû au caractère transitoire de l'asthme et de la réversibilité de l'obstruction bronchique (spontanément ou sous traitement), le **diagnostic d'un asthme concomitant** peut être difficile.
- Des guides de reconnaissance et de diagnostic de l'asthme ont été publiés par le GINA (Global INitiative for Asthma), et sont recommandés par ARIA.
- Une mesure de la fonction respiratoire et la confirmation de la réversibilité d'une obstruction bronchique sont des étapes indispensables au diagnostic de l'asthme.

PRISE EN CHARGE

- ❑ Les muqueuses nasales et bronchiques présentent de nombreuses similitudes.
- ❑ La prise en charge de la rhinite allergique inclut :
 - **L'éviction allergénique :**
 - la plupart des études d'éviction allergénique ont concerné les symptômes d'asthme et très peu ceux de rhinite. Une mesure d'éviction unique peut être insuffisante dans le contrôle des symptômes de la rhinite ou de l'asthme.
 - cependant, l'éviction allergénique concernant les acariens de la poussière de maison doit faire partie intégrante de la stratégie thérapeutique.
 - d'autres données sont nécessaires de façon à mieux appréhender l'utilité de l'éviction allergénique
 - **Traitement pharmacologique**
 - **Immunothérapie spécifique**
 - **Education**
 - La **chirurgie** peut être utilisée comme un traitement d'appoint chez quelques patients hautement sélectionnés
- ❑ Ces recommandations fournissent une stratégie combinant le traitement à la fois de l'inflammation allergique des voies aériennes supérieures et inférieures, en termes d'efficacité et de sécurité.
- ❑ Le suivi des patients est nécessaire lorsqu'ils souffrent de rhinite persistante ou de rhinite intermittente sévère.

Figure 3 : Considérations thérapeutiques



RECOMMANDATIONS BASEES SUR DES PREUVES

❑ Les recommandations sont basées sur des preuves

C'est-à-dire basées sur des essais cliniques, contrôlés, randomisés, publiés, avec la précédente classification de la rhinite :

- rhinite allergique saisonnière (RAS)
- et rhinite allergique per-annuelle (RAP)

❑ La puissance des recommandations est :

- A : recommandation basée sur des essais contrôlés, randomisés ou des méta-analyses
- D : recommandation basées sur l'expérience clinique d'experts

Intervention	RAS		RAP	
	adultes	enfants	adultes	enfants
AH1 oral	A	A	A	A
AH1 intranasaux	A	A	A	A
corticostéroïdes intranasaux	A	A	A	A
chromones intranasales	A	A	A	
anti-leucotriènes	A			
ITS sous-cutanée	A	A	A	A
ITS sublinguale	A	A	A	
ITS nasale	A	A	A	
éviction allergénique	D	D	D	D

AH1 : anti-histaminiques H1

ITS : immunothérapie spécifique

Pour l'immunothérapie spécifique sublinguale et nasale, les recommandations concernent uniquement les très hautes doses d'allergènes

CHOIX DES MEDICAMENTS

- ❑ Les traitements médicamenteux n'ont pas d'effet rémanent après leur arrêt. Ainsi, lorsque la maladie est persistante, il est nécessaire de maintenir le traitement.
- ❑ Une tachyphylaxie n'apparaît généralement pas lors des traitements prolongés.
- ❑ Les médicaments utilisés pour la rhinite sont en général administrés, soit par voie intranasale, soit oralement.
- ❑ Des études ont comparé l'efficacité relative de ces différents traitements : les corticostéroïdes intranasaux sont les plus efficaces. Cependant, le choix d'un traitement dépend aussi de nombreux autres critères.
- ❑ L'utilisation de médecines alternatives (par exemple homéopathie, phytothérapie, acupuncture) pour le traitement de la rhinite est en augmentation. Il y a un besoin urgent de larges études randomisées et contrôlées pour évaluer ces médecines alternatives dans le traitement des maladies allergiques et de la rhinite. Les évidences scientifiques manquent pour ces traitements.
- ❑ Les injections intramusculaires de corticostéroïdes ne sont en général pas recommandées du fait de la survenue possible d'effets secondaires systémiques.
- ❑ Les injections intranasales de corticostéroïdes ne sont pas recommandées, du fait de la survenue possible d'effets secondaires sévères.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Effets des médicaments sur les symptômes de rhinite

	éternuements	rhinorrhée	obstruction nasale	prurit nasal	symptômes oculaires
Anti-histaminiques H1					
oraux	++	++	+	+++	++
intranasaux	++	++	+	++	0
intraoculaires	0	0	0	0	+++
Corticostéroïdes intranasaux	+++	+++	+++	++	++
Cromones					
intranasales	+	+	+	+	0
intraoculaires	0	0	0	0	++
Décongestionnants					
intranasaux	0	0	++++	0	0
oraux	0	0	+	0	0
Anti-cholinergiques	0	++	0	0	0
Anti-leucotriènes	0	+	++	0	++

Adapted from van Cauwenberge, P., et al., Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy*, 2000; 55(2) : p116-34.

GLOSSAIRE DES MEDICAMENTS

Nom	Nom générique	Mécanisme d'action	Effets secondaires	Commentaires
Anti-histaminiques H1 oraux	<p>2ème génération Cétirizine Ebastine Fexofénadine Loratadine Mizolastine Acrivastine Azélastine</p> <p>Nouveaux Desloratadine Lévocétirizine</p> <p>1ère génération Chlorphényramine Clémastine Hydroxyzine Kétofène Méquitazine Oxatomide</p> <p><i>Autres</i> Cardiotoxiques Astémizole Terféfadine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - blocage des récepteurs H1 - quelques activités anti-allergiques - les plus récents peuvent être utilisés en une prise par jour - pas de tachyphylaxie 	<p>2ème génération</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de sédation pour la plupart - pas d'effet anticholinergique - pas de cardiotoxicité <p>- l'acrivastine est sédative - l'azélastine est sédative et a un goût amer</p> <p>1ère génération</p> <ul style="list-style-type: none"> - sédation fréquente - et/ou effet anticholinergique 	<ul style="list-style-type: none"> - les anti-histaminiques de 2ème génération doivent être préférés du fait de leur meilleur rapport efficacité / sécurité et de leur pharmacocinétique - ils agissent rapidement (en moins d'une heure) sur les symptômes nasaux et oculaires - ils sont peu efficaces sur la congestion nasale - les médicaments cardiotoxiques doivent être évités
Anti-histaminiques H1 locaux (intranasaux, intraoculaires)	Azélastine Lévocabastine	<ul style="list-style-type: none"> - blocage des récepteurs H1 - quelques activités anti-allergiques pour l'azélastine 	<ul style="list-style-type: none"> - effets secondaires locaux mineurs - l'azélastine a un goût amer 	<ul style="list-style-type: none"> - ils agissent rapidement (<30min) sur les symptômes nasaux et oculaires
Cortico-stéroïdes intranasaux	Béclométasone Budésonide Flunisolide Fluticasone Mométasone Triamcinolone	<ul style="list-style-type: none"> - réduction de l'hyperréactivité nasale - diminution importante de l'inflammation nasale 	<ul style="list-style-type: none"> - effets secondaires locaux mineurs - large marge pour les effets généraux - problèmes de croissance avec certaines molécules (voir p.20) - chez le petit enfant considérer l'effet additif nez + bronches 	<ul style="list-style-type: none"> - traitement de la rhinite allergique le plus efficace - effet sur la congestion nasale - effet sur l'odorat - effet après 6-12 hr, maximal après quelques jours
Cortico-stéroïdes oraux / IM	Dexaméthasone Hydrocortisone Méthypredisolone Prednisolone Prednisone Triamcinolone Betaméthasone Déflazacort	<ul style="list-style-type: none"> - diminution importante de l'inflammation nasale - réduction de l'hyperréactivité nasale 	<ul style="list-style-type: none"> - fréquents effets systémiques, en particulier en IM - les formes dépôt peuvent causer des atrophies tissulaires locales 	<ul style="list-style-type: none"> - les formes intranasales doivent, si possible les remplacer - de courtes cures sont cependant parfois nécessaires en cas de symptômes sévères

Cromones locales (intranasales, intraoculaires)	Cromoglycate Nédocromil	– mécanisme d'action peu connu	– effets secondaires locaux mineurs	- les cromones intraoculaires sont très efficaces - les cromones intranasales sont moins efficaces et leur effet est de courte durée - sécurité globale excellente
Décongestionnants oraux	Ephédrine Phényléphrine Pseudoéphédrine Autres	– médicaments sympathomimétiques – effet sur la congestion nasale	– hypertension artérielle – palpitations – impatiences – agitation – tremblements – insomnie – céphalées – sécheresse muqueuse – rétention urinaire – aggravation d'un glaucome ou d'une thyrotoxicose	– utilisation prudente en cas de pathologies cardiaques – Association anti-histaminiques H1 oraux et décongestionnants peut être plus efficace que chacun des produits pris isolément mais les effets secondaires s'additionnent
Décongestionnants intranasaux	Epinéphrine Naphthazoline Oxyméthazoline Phényléphrine Tétrahydrozoline Xylométazoline Autres	– médicaments sympathomimétiques – effet sur la congestion nasale	– mêmes effets secondaires, mais moins intenses, que les formes orales – <i>rhinitis medicamentosa</i> (par rebond lors de l'arrêt, ne survenant pas si prise <10 jours)	– agissent mieux et plus rapidement que les formes orales – limiter la durée des prises à moins de 10 jours pour éviter la rhinite médicamenteuse
Anti-cholinergiques intranasaux	Ipratropium	– anticholinergiques, action quasi exclusive sur la rhinorrhée	– effets secondaires locaux mineurs – pratiquement aucun effet anticholinergique systémique	– efficaces chez les sujets allergiques ou non allergiques avec rhinorrhée
Anti-leucotriènes	Montelukast Pranlukast Zafirlukast	– blocage des récepteurs CystLT	– bien tolérés	– seuls ou en association avec les anti-histaminiques H1 oraux ils sont prometteurs, mais d'autres études sont nécessaires

CONSIDERER L'IMMUNOTHERAPIE

- ❑ L'immunothérapie spécifique est efficace, lorsqu'elle est administrée de façon optimale.
- ❑ Les vaccins thérapeutiques standardisés sont préférables lorsqu'ils sont disponibles.
- ❑ L'immunothérapie sous-cutanée a soulevé des interrogations en termes d'efficacité et de sécurité. Ainsi, l'utilisation de doses optimales de vaccins étiquetés soit en unités biologiques, soit en quantités d'allergènes majeurs a été proposée. Des doses de 5 à 20 µg d'allergènes majeurs sont des doses optimales pour la plupart des vaccins allergéniques.
- ❑ L'immunothérapie sous-cutanée permet de modifier l'histoire naturelle des maladies allergiques.
- ❑ L'immunothérapie sous-cutanée doit être réalisée par un personnel formé, et les patients doivent être surveillés 20 minutes après chaque injection.

L'immunothérapie sous-cutanée est indiquée

- ❑ Chez des patients insuffisamment contrôlés par le traitement pharmacologique conventionnel.
- ❑ Chez des patients chez lesquels les anti-histaminiques H1 oraux et le traitement pharmacologique intranasal contrôlent insuffisamment les symptômes.
- ❑ Chez des patients qui ne souhaitent pas prendre un traitement pharmacologique.
- ❑ Chez des patients chez lesquels le traitement pharmacologique induit des effets indésirables.

L'immunothérapie spécifique nasale et sublinguale avec de fortes doses d'allergènes

- ❑ Peuvent être utilisées avec des doses d'au moins 50 à 100 fois plus élevées que celles utilisées pour l'immunothérapie sous-cutanée.
- ❑ Chez des patients pour lesquels l'immunothérapie spécifique sous-cutanée est refusée ou source d'effets secondaires.
- ❑ Les indications sont celles de l'immunothérapie sous-cutanée.

Chez l'enfant, l'immunothérapie spécifique est efficace. Cependant, il n'est pas recommandé de la débiter avant l'âge de 5 ans.

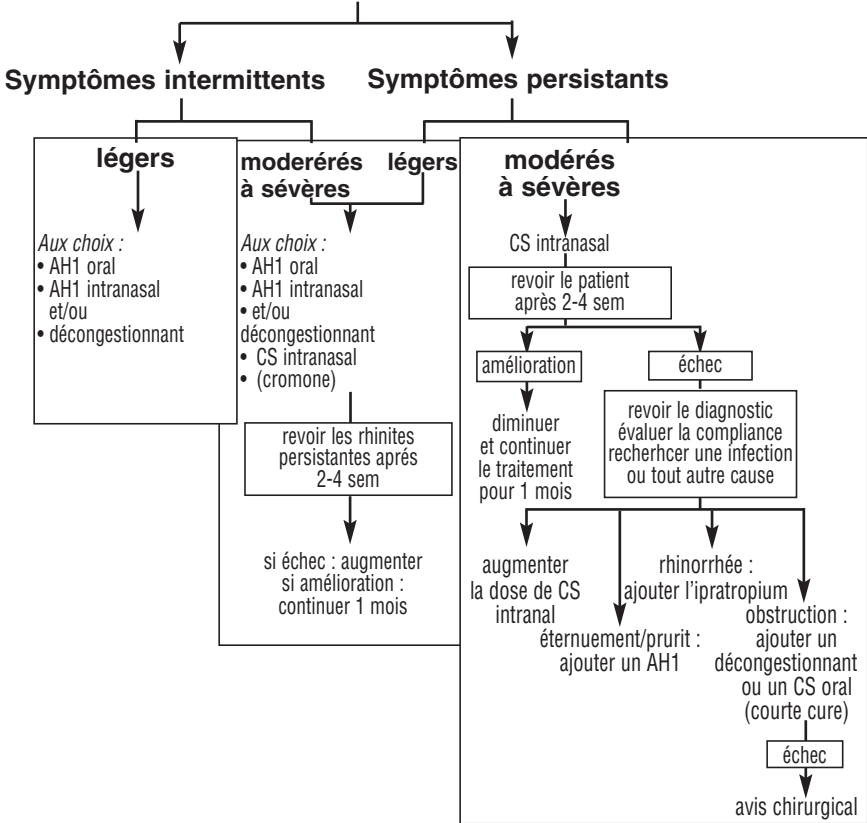
TRAITER PAR ETAPES

(adolescents et adultes)

Diagnostic de rhinite allergique

(histoire clinique ± tests cutanés d'allergie ou IgE spécifiques)

Eviction allergénique



Si conjonctivite, ajouter :

- AH1 oral
- ou AH1 intraoculaire
- ou cromone intraoculaire
- (ou sérum salé)

considérer l'immunothérapie spécifique

En cas d'amélioration : diminuer les doses. En cas d'aggravation : augmenter.

TRAITEMENT D'UNE RHINITE CONCOMITANTE ET D'UN ASTHME

- ❑ **Le traitement de l'asthme doit suivre les guides du GINA.**
- ❑ Quelques-uns de traitements sont efficaces à la fois dans la rhinite et l'asthme (par exemple glucocorticoïdes et anti-leucotriènes).
- ❑ Cependant, certains ne sont efficaces que dans la rhinite ou dans l'asthme (par exemple agonistes α et β -adrénergiques, respectivement).
- ❑ Certains médicaments sont plus efficaces dans la rhinite que dans l'asthme (par exemple les anti-histaminiques H1).
- ❑ Une prise en charge optimale de la rhinite peut améliorer un asthme concomitant.
- ❑ Les médicaments administrés par voie orale peuvent être efficaces à la fois sur les symptômes nasaux et bronchiques.
- ❑ La sécurité des glucocorticoïdes intranasaux est bien établie. Cependant, de larges doses de glucocorticoïdes inhalés (intra-bronchiques) peuvent être responsables d'effets secondaires. L'un des problèmes de la double administration nasale et bronchique est la possibilité d'effets secondaires additionnés.
- ❑ Il a été proposé que la prévention ou le traitement précoce de la rhinite allergique peut aider à la prévention de la survenue d'asthme ou la sévérité des symptômes bronchiques, mais d'autres données sont nécessaires.

PARTICULARITES PEDIATRIQUES

- ❑ La rhinite allergique fait partie de "la marche allergique" pendant l'enfance. La rhinite allergique intermittente est inhabituelle avant l'âge de 2 ans. La rhinite allergique est particulièrement présente chez l'enfant d'âge scolaire.
- ❑ Des tests allergologiques peuvent être pratiqués à n'importe quel âge, et peuvent donner des informations importantes.
- ❑ Les principes du traitement chez l'enfant sont les mêmes que chez l'adulte, avec une attention toute particulière à prendre pour éviter les effets secondaires typiques de ce groupe d'âges.
- ❑ Les doses des traitements doivent être ajustées, selon les considérations spéciales ci-dessous. Peu de traitements ont été testés chez l'enfant avant l'âge de 2 ans.
- ❑ Chez l'enfant, les symptômes de rhinite allergique peuvent altérer les fonctions cognitives et les performances scolaires, qui peuvent être davantage aggravées par l'utilisation d'anti-histaminiques oraux sédatifs.
- ❑ Les glucocorticoïdes oraux et intramusculaires doivent être évités dans le traitement de la rhinite chez le jeune enfant.
- ❑ Les glucocorticoïdes intranasaux sont un traitement efficace de la rhinite allergique. Cependant, leurs possibles effets sur la croissance, chez quelques uns sont à considérer. Il a été démontré que la dose recommandée de mométasone et de fluticasone intranasale n'affecte pas la croissance chez l'enfant atteint de rhinoconjonctivite allergique.
- ❑ Le cromoglycate de sodium est utilisé de façon courante pour traiter la rhinoconjonctivite allergique de l'enfant du fait de sa sécurité.

CONSIDERATIONS SPECIALES

Grossesse

- ❑ La rhinite est un problème fréquent pendant la grossesse, car l'obstruction nasale peut être aggravée par la grossesse elle-même.
- ❑ Des précautions doivent être prises lors de l'administration de n'importe quel médicament pendant la grossesse, la plupart d'entre eux traversant le placenta.
- ❑ Pour la plupart des médicaments, peu d'études ont été réalisées, et seulement chez un petit nombre de femmes, sans étude à long terme.

Personnes âgées

- ❑ Avec le vieillissement, plusieurs modifications physiologiques du tissu conjonctif et des vaisseaux du nez peuvent prédisposer ou participer à une rhinite chronique.
- ❑ L'allergie est une cause moins fréquente de rhinite persistante chez les sujets de plus de 65 ans
 - la rhinite atrophique est commune et difficile à contrôler
 - la rhinorrhée peut être contrôlée par des anticholinergiques
 - certains médicaments (rèserpine, guanéthidine, phentolamine, méthyl dopa, prazosine, chlorpromazine, et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) peuvent causer une rhinite
- ❑ Certains médicaments peuvent induire des effets secondaires spécifiques chez les sujets âgés
 - les décongestionnants et les médicaments à activité anticholinergique peuvent causer une rétention urinaire chez les patients avec une hypertrophie prostatique
 - les médicaments sédatifs peuvent être particulièrement délétères

ADAPTER LES GUIDES POUR LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

- ❑ Dans les pays en voie de développement, la prise en charge de la rhinite est basée sur l'utilisation des médicaments disponibles et leur coût.
- ❑ Le principe du choix thérapeutique dans les pays en voie de développement est basé sur :
 - le niveau d'efficacité du médicament
 - le prix faible du médicament, abordable par la majorité des patients
 - l'inclusion de ces médicaments dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS (seule la chlorphéniramine et la béclométazone sont listées)
 - en attendant que les nouveaux médicaments à coût réduit soient inclus dans cette liste
- ❑ L'immunothérapie spécifique n'est habituellement pas recommandée dans les pays en voie de développement pour les raisons suivantes :
 - de nombreux allergènes dans ces pays ne sont pas bien identifiés
 - le coût de l'immunothérapie est élevé
 - seuls les spécialistes peuvent prescrire une immunothérapie spécifique
 - l'immunothérapie doit être administrée par des médecins en raison des effets secondaires possibles
- ❑ **Le traitement par étapes propose :**
 - **Rhinite intermittente légère :** anti-histaminiques H1 oraux.
 - **Rhinite intermittente modérée à sévère :** béclométazone intranasale (300-400 µg/jour). Si besoin après une semaine, un anti-histaminique H1 oral et/ou une courte cure de corticostéroïdes oraux peuvent être ajoutés.
 - **Rhinite persistante légère :** traitement par anti-histaminiques H1 oraux ou de faibles doses de béclométazone intranasale (100-200 µg) suffisent.
 - **Rhinite persistante modérée à sévère :** béclométazone intranasale (300-400 µg/jour). Si les symptômes sont sévères, ajouter un anti-histaminique H1 oral et/ou une courte cure de corticostéroïdes oraux en début de traitement.
- ❑ **La prise en charge de l'asthme** dans les pays en développement doit se faire selon le guide de l'asthme de l'UICMR. Elle est basée sur la prescription au long cours de corticostéroïdes inhalés, qui ne sont pas encore accessibles tous les malades. Pour les asthmatiques souffrant aussi de rhinite, il est recommandé d'ajouter au traitement de l'asthme celui de la rhinite allergique, si les malades en ont les possibilités financières.

ADAPTER LES GUIDES A L'USAGE LOCAL

Les ressources locales et les préférences culturelles déterminent comment les guides sont utilisés dans chaque pays, et doivent être considérés, selon :

- l'estimation de la prévalence et du coût de la rhinite allergique
- la disponibilité et les possibilités d'achat des médicaments

Coût de l'impression assurée par :

ALK ABELLÓ

 Mitsubishi-Tokyo Pharmaceuticals, Inc.

 **Almirall Prodesfarma**

 **NOVARTIS**

AstraZeneca 

 **Schering-Plough
International**

 **Aventis**

 **SEPRACOR**

 **gsk**
GlaxoSmithKline

 **STALLERGENES**

 **MSD**

 **ucb Pharma**