

LA RHINITE ALLERGIQUE

Auteur : Dr S. Guillaume-Gentil, Service de médecine de premier recours, HUG

Experts : Dr T. Harr, Service d'allergologie et d'immunologie, HUG
Dr Y. Mueller, Service d'allergologie et d'immunologie, HUG

Relecteurs : Dr T. Favrod-Coune, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr A. dos Santos Bragança, Service de médecine de premier recours, HUG

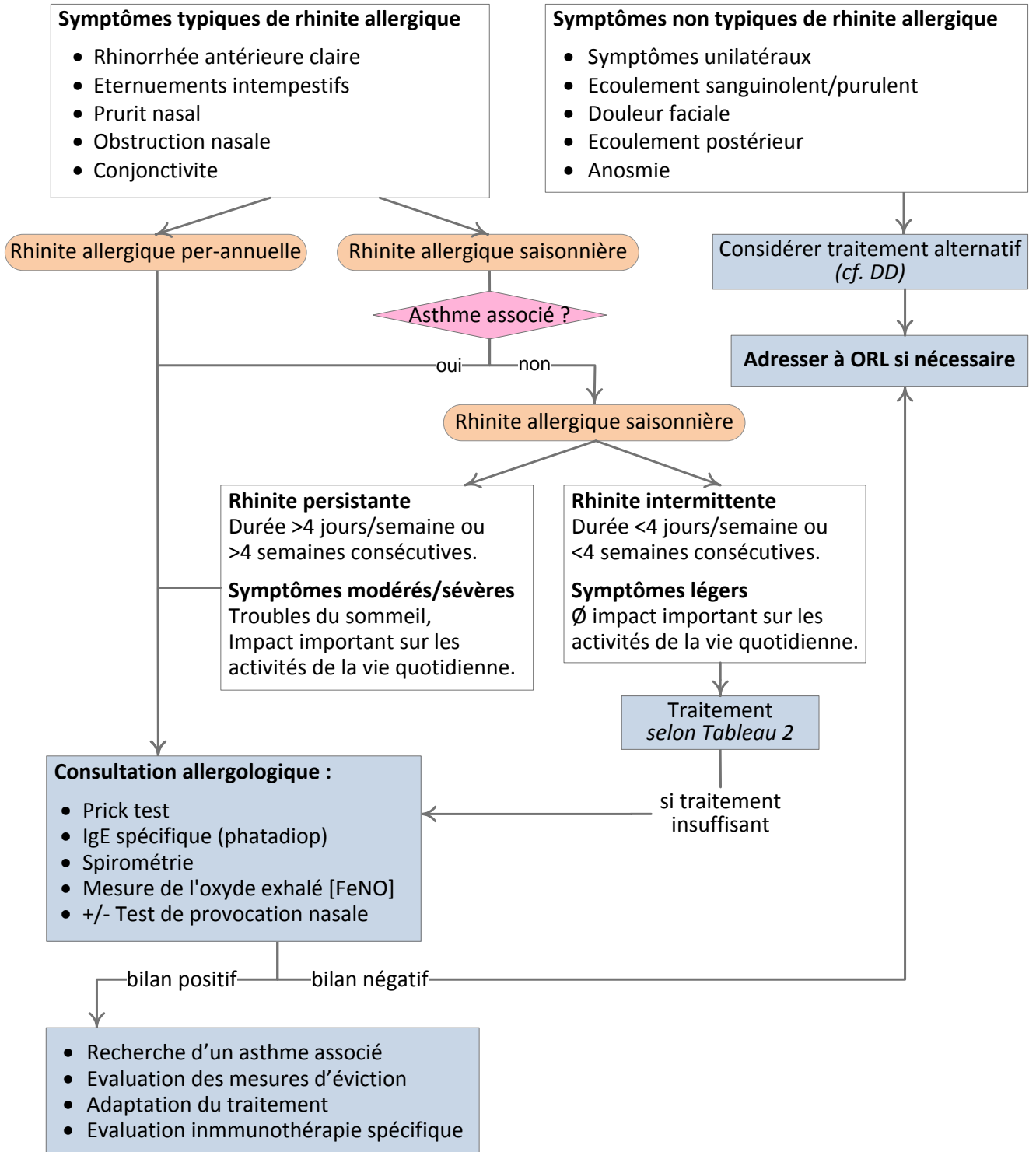
Algorithmes et relecture : M. Le Braz
Mise en page : J. Caliri

2017

LES POINTS À RETENIR

- Une anamnèse précise permet souvent de poser le diagnostic de rhinite allergique.
- Penser à l'association avec l'asthme dans 25% des cas de rhinite allergique (anamnèse, *Peakflow*).
- Traitement préconisé : corticostéroïdes topiques en intranasal dans tous les cas avec un antihistaminique en réserve surtout en début de traitement et pendant les pics polliniques.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DE LA RHINITE ALLERGIQUE



LA RHINITE ALLERGIQUE

1. INTRODUCTION

L'observance thérapeutique est améliorée par des explications précises sur le traitement (manière de l'administrer, efficacité sur les symptômes, prendre du temps pour expliquer l'administration du traitement).

La rhinite allergique est une maladie chronique des voies respiratoires très fréquente. Sa prévalence a augmenté considérablement ces dernières décennies, au point de constituer un problème de santé publique. Entre 10 et 30% des enfants et des adultes sont affectés dans les pays développés. Mais la prévalence augmente aussi dans les pays en voie de développement.¹ Bien que l'allergie soit souvent considérée comme une maladie de l'enfance, elle peut souvent persister jusqu'à un âge avancé et parfois se présenter initialement chez les personnes âgées. La prévalence en Suisse se situe actuellement autour de 15% et elle est de 20% en Europe.² Les données épidémiologiques disponibles en Suisse depuis 1926 montrent que la prévalence de l'allergie aux pollens est passée chez les adultes de 1% à plus de 12% dans un intervalle de 70 ans.² Les causes supposées de l'accroissement de la prévalence sont multifactorielles : pollution de l'air, ozone, tendance à l'urbanisation, style de vie occidental, stress.²

La rhinite allergique constitue un problème de 1^{ière} importance en raison de sa prévalence élevée, des coûts qu'elle occasionne, de sa liaison avec l'asthme et de ses effets considérables sur la qualité de vie, par exemple sur les performances scolaires ou professionnelles des personnes affectées.³ Le risque de développer un asthme est élevé : une étude européenne multicentrique montre que les patients avec une rhinite allergique ont 8 fois et les patients avec une rhinite non-allergique 11 fois plus de risque de développer un asthme que les patients sans rhinite.⁴

2. DEFINITION/CLASSIFICATION

2.1. L'ANCIENNE CLASSIFICATION DE LA RHINITE ALLERGIQUE EST PARFOIS ENCORE UTILISEE

2.1.1 Rhinite allergique saisonnière

Les symptômes apparaissent uniquement à une période de l'année, le plus souvent au printemps et sont le plus souvent dus à une allergie aux pollens des arbres et de graminées.

2.1.2 Rhinite allergique per-annuelle

Les symptômes sont présents toute l'année (dus le plus souvent à une hypersensibilité aux acariens ou aux phanères d'animaux).

2.2 LA NOUVELLE CLASSIFICATION ARIA (*ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA*)

Etablie sur un principe «evidence-based», la rhinite allergique est catégorisée en rhinite intermittente ou persistante pouvant être légère, modérée ou sévère.⁵ (cf. Tableau 1)

Rhinite intermittente : Symptômes <4 jours/semaine ou <4 semaines consécutives	Rhinite persistante : Symptômes >4 jours/semaine ou >4 semaines consécutives	
	Légère	Modérée - Sévère
Troubles du sommeil	Aucun élément	Au moins 1 élément
Troubles lors d'activités sportives, loisirs et activités de la vie quotidienne		
Impact sur les performances scolaires/professionnelles		
Symptômes très gênants		

Tableau 1 : Classification ARIA.

Ce sont les pollens anémophiles (transportés par les vents) qui ont un impact épidémiologique et clinique, contrairement aux pollens entomophiles (transportés par les insectes). Les pollens les plus allergisants sont ceux des arbres (aulne, noisetier, bouleau, frêne), ceux des graminées et ceux des herbacées (armoise, ambroisie).

Au cours des 25 dernières années, les dates de floraison se sont avancées de 2 à 3 semaines.² (cf. Tableau 2) On note au cours des dernières années l'apparition de nouveaux allergènes tels que l'ambroisie sous nos latitudes. Les données polliniques actuelles peuvent être consultées sur le site : www.pollenundallergie.ch ou être téléchargé sur l'application "Pollen-News".

Finalement il est important de noter le caractère saisonnier de certaines spores de moisissures (par exemple *alternaria*, *cladosporium*) en fin d'été/début automne. La sensibilisation à ces derniers (taille <10 um) est plus souvent associée au développement d'un asthme en plus d'une rhino-conjonctivite.

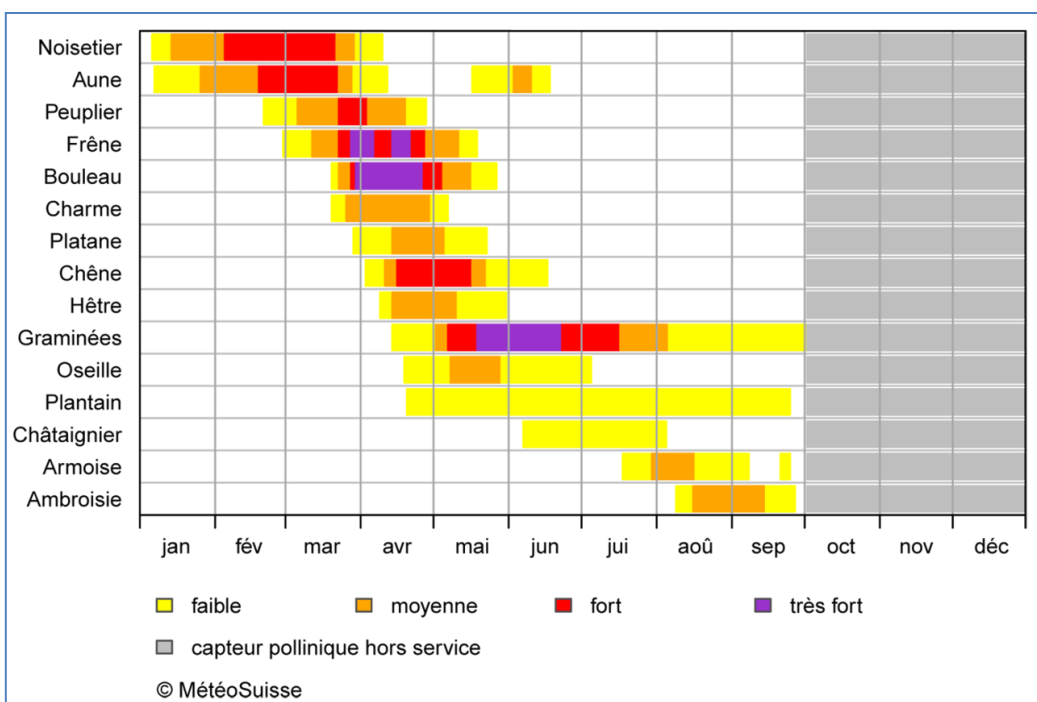


Tableau 2 : Dates d'apparition des allergènes anémophiles.

3. 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.⁶ Elle s'accompagne aussi fréquemment d'un écoulement nasal postérieur, d'une toux, d'une irritabilité et d'une fatigue.⁶ Ces symptômes sont à mettre en relation avec une hypersensibilité à un ou plusieurs aéro-allergènes, médiée par les IgE.

3.1 ANAMNESE

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

- 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 ?

Tableau 3 : Eléments anamnestiques pertinents pour une 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.

3.2 STATUS

On effectue un status ciblé comprenant les 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.

4. DIAGNOSTIC

4.1 TESTS DIAGNOSTIQUES

4.1.1 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.

4.1.2 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*.⁷

4.1.3 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^{ère} intention.

4.1.4 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.⁸ Habituellement, dans la mesure où le nombre d'allergènes respiratoires différents est très élevé, ces tests sanguins sont pratiqués chez l'allergologue.

4.1.5 Les 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.⁹

4.1.6 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 ul 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, 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.

4.1.6 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.¹⁰

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.

4.2 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. 3).¹¹

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.¹²

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 atrophique)
Rhinite allergique locale

Tableau 4 : Diagnostics différentiels de la rhinite allergique.¹¹

5. 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 : 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.

5.1 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.¹³

5.1.1 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.¹³

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 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 propionate (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 2x/jour ou 2 nébulisations de 32 µg 2x/jour
- Trimacinalone (Nasacort[®]) 55µg : dose initiale 2 inhalations 1x/jour ; entretien 1 inhalation 1x/jour
- Béclo méthasone (Béconase[®] 50 µg) : 2 inhalations 2x/jour

5.1.2 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 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 ; 1cp 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 ; 1cp 1x/jour
- Bilastine : Bilaxten[®] cp 20 mg ; 1cp 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.

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

5.1.3 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
- Kétotifène : Zaditen® Ophta collyre 1 goutte 2x/jour
- Emédastinum : Emadine gouttes (avantage : ce sont des collyres à usage unique et donc facilement transportables)

5.1.4 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 :

- Cromoglicate de sodium : Cromodyn® spray nasal : 1 nébulisation 4x/jour

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

5.1.5 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 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.¹⁴ 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.

5.1.6 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.

5.1.7 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.

5.1.8 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.

Médicament	Posologie	Indication / Bénéfice	Effets secondaires	Prix/mois
Corticostéroïdes topiques intra-nasaux (1^{er} choix)				
Fluticasone (Avamys®)	1 push 1x/j	1 ^{er} choix (biodisponibilité <1%)	Minimes.	20.-*
Mométasone (Nasonex®)	1 push 1x/j			20.-*
Budésonide (Rhinocort®) 32/64 µg	selon dosage	2 ^{ème} choix (biodisponibilité 10-49%)	Possible irritation nasale, épistaxis. Très rarement perforation du septum nasal, glaucome. Peu de risques d'effets systémiques.	25.-*
Trimacinalone (Nasacort®) 55 µg	1 push 1x/j			25.-*
Béclométhasone (Béconase®) 50 µg	2 push 2x/j			???
Anti-histaminiques (anti-H1) PO 2^{ème} génération				
Loratadine (Claritin® 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 3^{ème} 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.-
Lévocétirizine (isomère de cétirizine) (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)
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			

Tableau 4 : Récapitulatif des traitements.

* pour 2 mois de traitement, avec 1 flacon.

5.2 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 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 2^{ème} 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

REFERENCES

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. Dürr C, et al. Allergie aux pollens: aspects cliniques. *Forum Med Suisse*. 2008;8 (14):253-257.
3. Leimgruber A, Spertini F. Allergo-immunologie. *Rev Med Suisse*. 2009;5(186):88-93.
4. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, et al. Perennial rhinitis: An 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.
5. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(5 Suppl):S147-334
6. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, et al. Allergic Rhinitis. *Lancet*. 2011; 378(9809):2112-22.
7. Heinzerling L, Mari A, Bergman KC, Bresciani M et al. The skin prick test – European standards. *Clinical and Translational Allergy* 2013, 3:3
8. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008; 100:S1-S148
9. 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,
10. 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.
11. Dürr C, et al. Allergie aux pollens: diagnostic et traitement. Deuxième partie. *Forum Med Suisse*. 2008; 8(15):270–274
12. Rondón C, Campo P, et al. Local allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management., *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:1460-7.
13. 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.
14. http://www.worldallergy.org/professional/allergic_diseases_center/rhinitis/rhinitis_in_depth.php.

Dernière mise à jour 2017 par : S. Guillaume-Gentil, T Harr et Y. Mueller