

## LA RHINITE ALLERGIQUE

<b>Auteurs :</b>	Dre Camille Leroquais, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Dr Yoann Länzlinger, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Experts :</b>	
Immunologie	Dr Thomas Harr, Service d'immunologie et d'allergologie, HUG Dr Peter Jandus, Service d'immunologie et d'allergologie, HUG
Médecine de famille	Dre Anne Meynard, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE)
<b>Superviseuse :</b>	Dre Chloé Chevallier-Lugon, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
<b>Comité éditorial :</b>	Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGe Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

2023

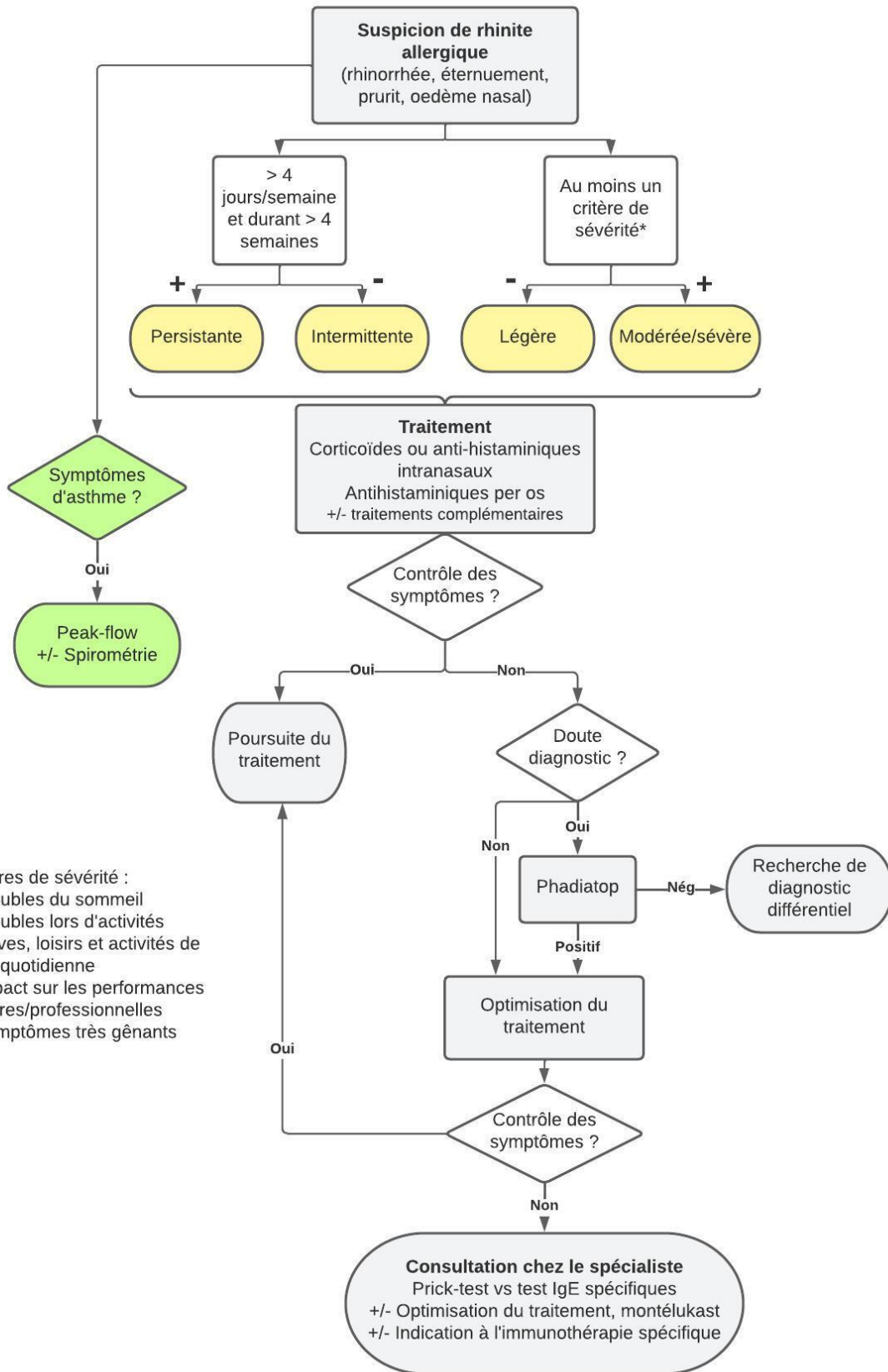
### LES POINTS À RETENIR

- Une simple anamnèse permet souvent de poser le diagnostic de rhinite allergique.
- Bien qu'elle ait été historiquement catégorisée comme saisonnière ou perannuelle, cette classification n'est plus optimale en raison de patients sensibles à plus d'un seul allergène, et en raison de la survenue de pneumoallergènes de manière précoce dans l'année.
- Dans 1/3 des cas, la rhinite allergique est associée à un asthme.
- Les recommandations actuelles visent l'efficacité du traitement et sa rapidité d'action
- Le traitement préconisé en première intention sont les corticostéroïdes intra-nasaux, en association avec des antihistaminiques intra-nasaux en cas de symptômes modérés à sévères.
- L'immunothérapie spécifique est à considérer lorsque les symptômes restent modérés à sévères malgré un traitement symptomatique bien conduit.

[Article résumant les nouveautés de la stratégie](#)

DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.843.1739

**ALGORITHME**



# LA RHINITE ALLERGIQUE

## 1. INTRODUCTION

La rhinite allergique est une maladie chronique des voies respiratoires très fréquente.<sup>1</sup> En Suisse, on dénombre jusqu'à 2 millions de personnes atteintes de rhinite allergique et plus de 500 000 personnes atteintes d'asthme.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

Les patients avec une rhinite allergique ont 8 fois plus de risque de développer un asthme que les patients sans rhinite.<sup>4</sup> La rhinite allergique constitue un problème de 1ère 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.<sup>5</sup> Les coûts médicaux directs aux Etats-Unis ont été estimés à 11.2 milliards en 2005, avec une diminution de productivité estimée de 600 dollars par employé par an. Ces coûts sont plus importants que ceux du diabète, de la maladie coronarienne et de l'asthme.<sup>6</sup>

## 2. DEFINITION/CLASSIFICATION

La rhinite allergique est définie comme une maladie symptomatique du nez induite par une inflammation IgE-médiée après l'exposition à un allergène des membranes tapissant le nez.<sup>7</sup>

Bien qu'elle ait, historiquement, été catégorisée comme saisonnière ou perannuelle, cette classification n'est pas optimale en raison de la forte prévalence de patients sensibles à plus d'un allergène. Elle est actuellement subdivisée selon la classification ARIA (Figure 1) en intermittente, persistante, légère et modérée-sévère.<sup>7</sup>

## 3. PHYSIOPATHOLOGIE

- |  |
|--|
| <p>1- « Intermittent » signifie que les symptômes sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Moins de 4 jours/semaine</li> <li>b. Ou durant moins de 4 semaines</li> </ul> <p>2- « Persistant » signifie que les symptômes sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Plus de 4 jours/semaine</li> <li>b. Et durant plus de 4 semaines</li> </ul> <p>3- « Légère » signifie qu'aucun des éléments suivants n'est présent</p> <p>4- « Modérée-sévère » signifie qu'au moins un des éléments suivants est présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Troubles du sommeil</li> <li>b. Troubles lors d'activités sportives, loisirs et activités de la vie quotidienne</li> <li>c. Impact sur les performances scolaires/professionnelles</li> <li>d. Symptômes très gênants</li> </ul> |
|--|

**Figure 1.** Classification ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)

La rhinite allergique est causée par une activation IgE-médiée des mastocytes et des basophiles à la suite d'une exposition à un aéro-allergène, entraînant une libération d'histamine, leucotriènes, prostaglandines, kinines et d'autres molécules. Ceci résulte en une réaction d'hypersensibilité immédiate qui cause prurit, éternuement et congestion nasale.<sup>8</sup> Une libération supplémentaire de médiateurs inflammatoires entraîne une réaction tardive pouvant prolonger les symptômes.<sup>8</sup>

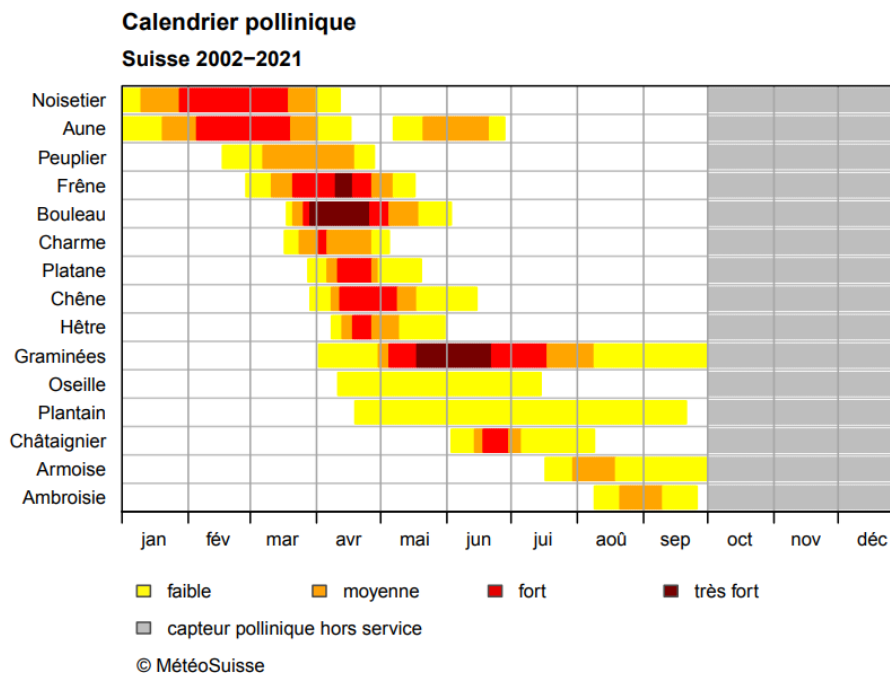
### Allergènes les plus courants

La rhinite allergique, dite saisonnière, est principalement déclenchée par les pollens d'arbres, de graminées et d'herbacées, transportés par le vent sur de longues distances.<sup>8</sup> Les acariens et les animaux domestiques sont les deux autres causes les plus fréquentes de rhinite allergique. Divers allergènes inhalés ou pneumallergènes, y compris des agents utilisés dans le contexte professionnel, peuvent également causer des symptômes respiratoires allergiques.<sup>2</sup>

## Allergie aux pollens

Les données polliniques actuelles peuvent être consultées sur le site : [www.pollenundallergie.ch](http://www.pollenundallergie.ch) ou être téléchargé sur l'application "Pollen-News". La Figure 2 montre le calendrier pollinique suisse des principales sources d'allergènes polliniques.

En raison du réchauffement climatique, les pollens du noisetier sont apparus dernièrement durant les beaux jours de novembre à décembre, provoquant chez les patients polysensibilisés une rhinite allergique pouvant devenir symptomatique pendant plusieurs mois.<sup>8</sup>



**Figure 2.** Calendrier pollinique suisse 2002-2021, tiré de MétéoSuisse (<https://www.meteosuisse.admin.ch>)

## Allergie aux acariens

Les acariens de la poussière domestique sont la cause la plus fréquente d'allergie dans les habitations. Ils sont présents dans la poussière de maison et une éviction complète est quasiment impossible. Les matelas sont considérés comme le principal site d'infestation, raison pour laquelle il est recommandé d'utiliser des housses de matelas spécifiques pour réduire l'exposition aux allergènes d'acariens.<sup>2</sup>

## Allergie aux poils d'animaux

La plupart des sensibilisations concernent les chats, les chiens, les chevaux et les rongeurs. Les allergènes se retrouvent dans les pellicules, la salive, les poils, l'urine et les larmes, mais la charge en allergènes varie en fonction de la race. Si la séparation avec l'animal n'est pas possible, il faut prendre certaines mesures permettant de réduire la charge en allergènes de l'environnement direct.

- Limiter l'accès au logement, détenir l'animal si possible à l'extérieur
- Interdire l'accès à la chambre à coucher à l'animal
- Se laver les mains après chaque contact avec l'animal
- Nettoyer les vêtements avec un rouleau pour vêtement
- Enlever les tapis ainsi que tout type de nid à poussières
- Passer régulièrement l'aspirateur en utilisant un appareil avec filtre HEPA H11 anti-allergène
- Utiliser des housses ou des couvertures lavables pour les fauteuils et les coussins.

Malgré ces mesures d'hygiène, les allergènes peuvent persister de 6 semaines à plusieurs mois dans le logement<sup>9</sup>.

## Allergie aux moisissures

En outre, des allergies respiratoires peuvent également survenir aux moisissures. Les moisissures sont présentes partout dans le monde, principalement dans la nature, généralement dans la terre et les matériaux organiques morts. Les spores produites par les moisissures et libérées dans l'air pénètrent le logement par les portes et les fenêtres ouvertes. Elles peuvent infester presque tous les matériaux. *Alternaria alternata* et les espèces de *Cladosporium* sont des moisissures qui pousse principalement à l'extérieur sur la végétation et peuvent entraîner des symptômes respiratoires sévères. À l'intérieur (*Aspergillus*, *Penicillium*), les moisissures se développent là où il fait humide ainsi qu'en cas d'humidité de l'air relative élevée. Les installations de climatisation mal entretenues, les ventilateurs, les humidificateurs ou les fontaines décoratives et de nombreuses plantes dans une pièce peuvent entraîner des moisissures.

## 4. MANIFESTATIONS CLINIQUES

### 4.1 ANAMNESE

Les éléments à rechercher à l'anamnèse sont les suivants :

- Symptômes typiques : éternuements, rhinorrhée, congestion nasale, prurit nasal, oculaire ou du palais, écoulement nasal postérieur, toux, irritabilité, fatigue <sup>10</sup>
- L'âge de début des symptômes
- Intensité des symptômes (utilisation d'une échelle visuelle analogique) <sup>11</sup>
- Durée des symptômes (> 4jours/semaine, >4 semaines par an ?), caractère saisonnier
- Symptômes associés : toux, dyspnée, sifflements, otalgie, odynophagie, symptômes digestifs ou cutanés
- Facteurs de gravité : troubles du sommeil, limitations aux activités quotidiennes, loisirs et activités sportives, impact sur les performances scolaires/professionnelles
- Facteurs aggravants/déclenchants, exposition aux allergènes les plus fréquents (pollens, acariens, animaux)
- Antécédents personnels et familiaux d'eczéma, asthme et rhinite allergique ou de maladies auto-immunes
- Traitements déjà entrepris

### 4.2 EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique comprend les éléments suivants :

- Signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire)
- Examen des conjonctives
- Examen cutané à la recherche de dermatite atopique
- Rhinoscopie antérieure (méats, cornets)
- Examen de l'oropharynx
- Auscultation pulmonaire
- +/- Peak-flow

## 5. DIAGNOSTIC

Une anamnèse bien conduite permet dans une grande partie des cas de poser le diagnostic, avec une valeur prédictive positive de 77% pour les allergies persistantes et de 82-85% pour les allergies intermittentes saisonnières.<sup>12</sup> Des examens complémentaires ne sont donc pas nécessaires en cas d'histoire clinique claire et d'absence d'intention de désensibilisation. Dans le cas contraire, des tests sanguins ou cutanés peuvent confirmer le diagnostic.<sup>8,13,14</sup>

Des recherches d'IgE spécifiques contre plusieurs allergènes sur un même support (par exemple Phadiatop, un mélange d'allergènes respiratoires) présentent une bonne valeur prédictive négative et peuvent être réalisés en cas de suspicion faible si l'on souhaite exclure une atopie. Cependant, un test positif ne permet pas d'identifier l'allergène incriminé.

Service de médecine de premier recours

Une évaluation allergologique doit alors être demandée, qui établira l'indication à différents tests permettant de déterminer la sensibilisation du patient aux allergènes suspectés. **Une sensibilisation n'est pas synonyme d'allergie, et une personne peut être sensibilisée à un allergène sans avoir des symptômes lorsqu'elle est exposée à cet allergène.**<sup>15</sup> Le diagnostic nécessite donc une sensibilisation ET une histoire clinique compatible.

**5.1 TESTS DIAGNOSTIQUES (REALISES PAR LE SPECIALISTE)**

- Tests cutanés <sup>16</sup>:
  - Prick-test : 1<sup>er</sup> niveau d'approche en cas de suspicion de rhinite allergique, présente une haute sensibilité et une bonne spécificité.

Certains médicaments peuvent diminuer la réactivité cutanée et doivent être stoppés avant le test, notamment les antihistaminiques mais aussi certains tricycliques, neuroleptiques, corticostéroïdes, ...

- Tests sériques :
  - Recherche d'IgE sériques spécifiques : mesure du taux d'IgE contre différents extraits allergéniques, résultats comparables aux prick-tests.<sup>16</sup> La mesure du taux d'IgE contre des allergènes recombinants (diagnostic moléculaire) permet de faire la distinction entre une sensibilisation à un allergène majeur ou mineur, d'expliquer d'éventuelles allergies croisées, de proposer un schéma d'éviction et éventuellement de prédire la réponse à un traitement de désensibilisation. Il est cependant moins sensible et présente un coût plus important.<sup>8</sup>

La mesure des IgE totaux n'est pas recommandée au vu de son absence de spécificité.

**5.2 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. L'anamnèse et l'examen clinique sont similaires à la rhinite allergique classique. Les tests diagnostiques usuels de la rhinite allergique sont négatifs et le diagnostic repose sur des tests de provocation nasale ou des recherches d'IgE locales (utilisé uniquement dans le contexte de la recherche). La prévalence n'est pas connue, mais elle a été diagnostiquée chez un certain nombre de patients ayant déjà reçu un diagnostic de rhinite non-allergique ou idiopathique.<sup>17</sup>

**5.3 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Le diagnostic différentiel de la rhinite allergique comprend <sup>18,19</sup>:

Rhinosinusite infectieuse
Rhinite médicamenteuse : sprays nasaux astringents, bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, acide acétylsalicylique/AINS (maladie de Widal/NERD avec ou sans polypes), antidépresseurs, méthyl dopa, ...
Rhinite hormono-dépendante : p. ex hypothyroïdie, grossesse
Rhinite irritative, toxique : produits chimiques, tabac, aliments, alcool, ...
Rhinite vasomotrice hyper-réactive : changement de température, pollution, ...
Rhinite d'origine structurelle : déformation septale, polypes, tumeur, corps étranger, ...
Rhinite infectieuse spécifique : TBC, syphilis, mycoses, ...
Rhinite non allergique avec syndrome éosinophilique (NARES)
Rhinite atrophique
Rhinites auto-immunes, granulomateuses et vasculitiques
Rhinite liée à l'âge
Syndrome du nez vide (post-turbinoplastie)
Rhinite allergique locale

Chez les patients ayant des symptômes récurrents mal contrôlés ou des symptômes unilatéraux, il est recommandé de faire un bilan ORL afin d'exclure la présence de polypes ou d'autres anomalies structurelles.<sup>13</sup>

**6. EVALUATION D'UN ASTHME ASSOCIE**

La rhinite allergique et l'asthme coexistent fréquemment, avec des symptômes de rhinite présents chez 75-80% des patients connus pour un asthme et un asthme chez jusqu'à 1/3 des patients connus pour une rhinite.<sup>20</sup> Une anamnèse et un examen clinique ciblés devraient ainsi être effectués. En cas de suspicion d'asthme, il sera nécessaire d'effectuer une spirométrie afin de s'assurer du diagnostic.

## 7. PRISE EN CHARGE

Le traitement le plus efficace, comme dans toute allergie, est l'éviction de l'allergène. Ceci est possible en pratique en cas d'allergie aux acariens ou aux poils d'animaux, mais devient impossible en cas d'allergie au pollen. Des mesures d'hygiène sont alors recommandées avec un rinçage des yeux et du nez en rentrant de l'extérieur. On dispose aussi de plusieurs traitements symptomatiques, les plus efficaces étant les corticostéroïdes topiques et les antihistaminiques. Finalement, l'immunothérapie spécifique ou désensibilisation permet de moduler la réponse anti-allergique mais sa durée est longue et son coût onéreux.

### 7.1 TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Un rinçage nasal doit être réalisé avant la prise des traitements intra-nasaux pour en améliorer l'efficacité. Pour la bonne réussite du traitement symptomatique, il est recommandé de le prendre de manière systématique, dès les premières 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 les échecs de traitement, il est donc très important de donner des informations précises et complètes aux patients. Les recommandations thérapeutiques sont régulièrement révisées dans les ARIA guidelines<sup>21</sup>.

#### 7.1.1. Corticostéroïdes intra-nasaux

Ils constituent le traitement de premier choix en monothérapie. Ils agissent efficacement sur les symptômes non seulement nasaux, mais aussi oculaires et pharyngés. <sup>21</sup>

Leur biodisponibilité est de moins de 1%. Les effets systémiques sont donc négligeables. On peut observer une irritation nasale, parfois une épistaxis (4 à 8%) et très rarement une perforation du septum nasal ou une élévation de la pression intra-oculaire. Il y a peu de risques d'effets systémiques et de suppression de l'axe cortico-surrénalien.

Il est essentiel d'expliquer correctement la technique d'utilisation aux patients, afin d'obtenir une efficacité maximale. Le spray doit être dirigé vers l'extérieur en direction des cornets nasaux et orienté horizontalement. Le patient doit pencher légèrement la tête en avant et inspire légèrement 1 à 2 fois après l'application du spray. Il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur des vidéos présentes sur internet. Un spray mal utilisé demeure la première cause d'échec de traitement.

#### 1<sup>er</sup> choix de traitement

- Fuorate de mométasone (**Nasonex®**) : dose initiale de 2 pulvérisations 1x/j; dose d'entretien de 1 pulvérisation 1x/j.
- Azélastine hydrochloride et fluticasone propionate (**Dymista®**) à dose initiale de 2 pulvérisations 1x/j et à dose d'entretien de 1 pulvérisation 1x/j.

L'avantage de ce spray et qu'il contient une association de corticostéroïde et d'antihistaminique.

La dose initiale de 2 pulvérisations dans chaque narine doit être maintenue jusqu'au contrôle des symptômes allergique, puis elle peut être diminuée à 1 pulvérisation dans chaque narine (dose d'entretien) <sup>22</sup>.

#### 2<sup>ème</sup> choix de traitement

- Budésonide (**Rhinocort®**) : dose initiale de 2 pulvérisations de 64 µg 1x/j ou 1 pulvérisation de 64µg 2x/J ou 2 pulvérisations de 32µg 2x/j
- Trimacinalone (**Nasacort®**) 55 µg : dose initiale de 2 pulvérisations 1x/j ; dose d'entretien de 1 pulvérisation 1x/j
- Bécloéthasone (**Béconase®**) 50 µg : 2 pulvérisations 2x/j.

#### 7.1.2. Antihistaminiques topiques

Les anti-histaminiques topiques doivent également être proposés comme thérapie de première ligne aux patients souffrant d'une rhinite allergique <sup>21</sup>. Ils ont prouvé être autant voire plus efficaces que par voie orale, dans le contrôle des symptômes de la rhinite allergique. Par ailleurs, leur action est nettement plus rapide et leurs effets secondaires marginaux. Pour les symptômes oculaires, les collyres à base d'antihistaminiques peuvent être utilisés, bien que les antihistaminiques intra-nasaux aient également montré une efficacité.

## Service de médecine de premier recours

Par exemple :

- Azélastine (**Allergodil®**) spray nasal et collyre : 1 pulvérisation 2x/jour dans chaque narine ou 1 goutte 2x/jour dans chaque œil
- Olopatadine (**Opatanol®**) collyre : 1 goutte 2x/jour
- Kétotifène (**Zaditen®**) Ophta collyre : 1 goutte 2x/jour
- Emédastine (**Emadine gtt opht®**) : 1 goutte 2-4x/jour pendant maximum 6 semaines (avantage : ce sont des collyres à usage unique et donc facilement transportables)

### 7.1.3. Antihistaminiques oraux

Les antihistaminiques oraux ont également montré un bénéfice clair dans la rhinite allergique. Ils ont peu d'effet sur l'obstruction nasale, mais agissent efficacement sur la rhinorrhée, les éternuements, le prurit nasal et conjonctival. Les antihistaminiques de deuxième génération (cétirizine, levocétirizine, fexofénadine, loratadine et desloratadine) sont à privilégier en raison des effets secondaires (sommolence et symptômes anti-cholinergiques) des antihistaminiques de première génération.

Antihistaminique de 2<sup>e</sup> génération : moins d'effets sédatifs

- Loratadine (**Loratadine®**) et génériques : 10 mg 1 cp 1x/jour
- Cétirizine (**Zyrtec®**) et génériques : 10 mg 1 cp 1-2x/jour
- Fexofénadine (**Telfast®**) 120 ou 180 mg : 1cp 1x/jour

Antihistaminique de 3<sup>e</sup> génération : moins d'effet sédatifs et ont probablement moins d'effets sur l'allongement de l'intervalle QT et sur le SNC.

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

Antihistaminiques de 1<sup>e</sup> génération : A EVITER 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)

### 7.1.4. Décongestionnants intranasaux

Les décongestionnants intra-nasaux comme l'oxymétazoline et le xylométazoline sont des agonistes alpha-adrénergiques. De par leur action vasoconstrictrice, ils diminuent l'œdème de la muqueuse nasale et améliorent le flux d'air pendant plus de 10 heures. Leur utilisation doit cependant être de courte durée car ils favorisent le développement d'une accoutumance et par conséquent, d'une rhinite médico-induite. Par ailleurs, les décongestionnants n'agissent que sur l'obstruction nasale, mais n'ont aucun effet sur le prurit, les éternuements ou la conjonctivite. Ils peuvent être utilisés exceptionnellement lors d'œdème muqueux sévère empêchant le passage d'autres agents médicamenteux intra-nasaux <sup>21</sup>.

Par exemple:

- Xylométazoline (**Otrivin®** 0.1%) : 2-3 gouttes par narine 3-4x/jour pendant 1 semaine maximum (non-remboursé)
- Xylométazoline (**Triofan®**) : 2-3 gouttes par narine 3-4x/jour pendant 1 semaine maximum (non-remboursé)
- Oxymétazoline (**Nasivine®** pur Spray doseur) : 1 pulvérisation par narine 1-3x/jour pendant 1 semaine maximum (non-remboursé)

### 7.1.5. Stabilisateurs de la membrane mastocytaire topique

Ces traitements sont efficaces en prophylaxie mais n'ont pas d'effets sur les symptômes déjà présents. 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 (3-5x/jour) et surtout avant une exposition allergénique. Ils sont notamment aussi efficaces que les antihistaminiques oraux dans la rhinite allergique et ont un très bon profil de sécurité, également chez les enfants, chez qui ils sont fréquemment utilisés afin d'éviter l'utilisation de corticoïdes. Exemple :

- Cromogliccate de sodium (**Nalcrom®**) 100 mg 2 cp 4x/j PO (mauvaise biodisponibilité)
- Cromogliccate de sodium (**Allergo Comod®** gtt opht 2%) 1 à 2 gouttes 4x/j dans chaque œil



## Service de médecine de premier recours

A noter que certains anti-histaminiques intra-nasaux, tel que le kétotifène et l'olopatadine ont aussi un effet stabilisateur des mastocytes.

### 7.1.6. Antagonistes des récepteurs aux leucotriènes oraux

Le montélukast (**Singulair®**) est le représentant de cette famille utilisée 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. 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 [22](#).

Dans la rhinite allergique, le montélukast est aussi voire moins efficace que les antihistaminiques oraux et moins efficace que les corticostéroïdes nasaux en monothérapie. Il n'est pas recommandé comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne dans la rhinite allergique et les cliniciens devraient l'employer précautionneusement en raison d'effets secondaires psychiatriques sévères tels que des idées suicidaires ou des tentamens, qui ont été décrits dans la littérature.

Néanmoins, les patients souffrant de rhinite allergique en association avec un asthme peuvent doublement bénéficier du montélukast. Ce traitement devrait être prescrit lors de la présence concomitante de ces pathologies. Cependant, devant les effets secondaires tels que décrits ci-dessus, la balance bénéfico-risque doit être peser en comparaison avec des corticostéroïdes inhalés et un antihistaminique topique [21](#).

Il est généralement introduit par le spécialiste et sa posologie est de 10 mg 1x/j PO le soir.

### 7.1.7. Phytothérapie : Extraits de pétasite

La Pétasite Hybride est une plante indigène dans l'est de la France contenant plusieurs composés biologiquement actifs, qui inhibent la synthèse de et la sécrétion de multiples cytokines et leucotriènes. Les extraits de cette plante ont donc des propriétés anti-inflammatoires et anti-allergiques qui se sont avérés efficace dans la rhinite allergique saisonnière [23-25](#). Certains alcaloïdes hépatotoxiques et carcinogènes ont également été retrouvés dans les rhizomes de la plante et dans une moindre mesure dans les feuilles, raison pour laquelle ces dernières sont préférées pour un usage thérapeutique. De plus, des méthodes d'extraction particulières ont été développées pour diminuer les concentrations des substances toxiques en préservant celles thérapeutiques. Ainsi, l'extrait Ze 339, issu des feuilles de la plante, est celui utilisé en Suisse [24](#).

En pratique, ils sont actuellement très peu prescrits en première 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, de rares cas de toxicité hépatique et l'absence de remboursement par l'assurance maladie. Ils se trouvent en pharmacie au prix de 45 francs pour 60 comprimés.

### 7.1.8. Glucocorticoïdes systémiques

Les glucocorticoïdes oraux ou sous forme dépôt ne sont pas recommandés dans le traitement de la rhinite allergique au vu de leur effets secondaires. Ils peuvent être prescrits éventuellement dans les formes sévères de rhinite allergiques avec répercussions importantes sur le sommeil ou le travail, mais toujours pour la durée la plus courte et à la posologie la plus basse, par exemple entre 0.5-1 mg/kg/jour de prednisone PO pendant 3 à 5 jours.

## 7.2 IMMUNOTHERAPIE SPECIFIQUE

L'immunothérapie spécifique (ITS) consiste à exposer l'individu atteint de rhinite allergique à de très petites doses de l'allergène responsable afin d'induire une tolérance à ce dernier et une diminution des symptômes sur le long terme. Elle se fait par voie sous-cutanée (SCIT) ou par voie sublinguale (SLIT) [26](#) et la durée du traitement est habituellement de 3 ans. L'immunothérapie spécifique doit être considérée lorsque tous ces critères sont remplis [27](#):

- Des symptômes fortement évocateurs de rhinite allergique avec ou sans conjonctivite
- Des symptômes modérés à sévères qui interfèrent avec les activités de la vie quotidiennes ou le sommeil malgré un traitement pharmacologique bien conduit et/ ou des stratégies d'évitement.
- Une confirmation d'une sensibilisation par un prick test cutané positif ou un dosage d'IgE sériques spécifiques à un ou plusieurs allergènes cliniquement pertinents.
- Une association entre l'exposition à l'allergène et la présence de symptômes.

L'ITS peut également être considérée en cas de rhinite allergique moins sévère, lorsqu'un patient souhaite profiter de son effet à long terme et de son potentiel de prévention sur l'asthme [27](#).

L'identification de l'allergène ou des allergènes à l'origine des symptômes est la première étape de stratification des patients, ce qui permet d'utiliser le bon extrait d'allergènes. Chez les patients poly-sensibilisés, il est possible

## Service de médecine de premier recours

que les prick-tests cutanés ou que les IgE spécifique ne permettent pas d'identifier clairement l'allergène responsable, auquel cas un test de provocation peut être proposé.

Les effets secondaires de l'ITS vont de la rhino-conjonctivite au choc anaphylactique, en passant par l'urticaire généralisé et les spasmes bronchiques. Ils demeurent heureusement relativement rares.

Les contre-indications absolues à ce traitement sont donc les syndromes obstructifs sévères, les maladies cardiovasculaires sévères, les maladies immunologiques systémiques actives, les cancers actifs, ou une grossesse (planifiée). Les contre-indications relatives sont l'asthme partiellement contrôlé, les bêtabloquants topiques ou systémiques, certains facteurs psycho-sociaux qui peuvent compromettre l'adhérence thérapeutique, et finalement des antécédents de réactions sévères locales ou systémiques à l'ITS [27](#).

Les données actuelles de la littérature sont insuffisantes pour déterminer laquelle de la SCIT et de la SLIT est la plus efficace [27](#). Selon l'allergène responsable, la SCIT et la SLIT peuvent être administrée de manière continue (toute l'année) ou de manière présaisonnaire, à commencer au plus tard 2 mois avant la saison pollinique. Le traitement dure 3 ans et peut être exceptionnellement prolongé à 5 ans. La SLIT est prise quotidiennement en comprimés à garder sous la langue pendant au moins une minute avant de les avaler. Elle nécessite une étroite surveillance en clinique après la première dose uniquement. Les prises quotidiennes suivantes peuvent alors être effectuées à la maison de manière indépendante - uniquement si elles sont bien tolérées. Les effets indésirables oraux locaux de SLIT sont très fréquents. La SCIT s'administre en sous-cutanée et commence par des augmentations hebdomadaires. Une fois la dose d'entretien atteinte, elle est administrée tous les mois. Le patient doit être surveillé 30 minutes après chaque injection (risque d'anaphylaxie). Par ailleurs, même si des doses plus importantes ou progressives semblent montrer une plus grande efficacité, elles sont également plus à risque d'effets secondaires. Il convient donc de toujours évaluer la balance bénéfice-risque.

Il existe en effet une grande variété de produits pour l'ITS, et il est préférable d'éviter les préparations non-standardisées, car moins homogènes et pouvant induire plus d'effets secondaires.

Ces différentes modalités du traitement doivent être discutée avec le spécialiste. En Suisse, la SLIT peut être prescrite par un généraliste, pour autant qu'il possède les connaissances suffisantes, et est remboursée par l'assurance maladie de base [26](#).

Finalement, le choix entre la SCIT et la SLIT, au-delà de leur efficacité respective, repose sur la disponibilité des produits, des risques attendus et des préférences du patient.

L'indication pour une ITS est à poser par une/un allergologue selon la clinique et les résultats des tests allergiques y compris les allergènes recombinants.

## RÉFÉRENCES

1. Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013;41(2):73-85. doi:10.1016/j.aller.2012.03.001
2. Ballmer-Weber B, Helbling A. Rhinite allergique. *Forum Médical Suisse – Swiss Med Forum*. 2017;17(08). doi:10.4414/fms.2017.02897
3. Dürr C et al. Allergie aux pollens: aspects cliniques. *Forum Médical Suisse – Swiss Med Forum*. 2008;8(14):253-257.
4. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis: An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects - Results from the European Community Respiratory Health Survey. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;104(2 Pt 1):301-304. doi:10.1016/S0091-6749(99)70370-2
5. Spertini F. Allergo-immunologie. *Rev Med Suisse*. Published online 2009:88-93.
6. Sullivan AA, Kushnir NM, Scarupa MD, Kaliner MA. In-Depth Review of Allergic Rhinitis. World Allergy Organization. Published 2020. <https://www.worldallergy.org/education-and-programs/education/allergic-disease-resource-center/professionals/in-depth-review-of-allergic-rhinitis>
7. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(5 Suppl). doi:10.1067/mai.2001.118891
8. Igor D, Moi L, Ribl C, François P. Rhinite allergique saisonnière. *Rev Med Suisse*. Published online 2018:726-730.
9. Centre d'allergie suisse. <https://www.aha.ch/centre-allergie-suisse/allergies-intolerances/allergie-aux-animaux/allergies-aux-animaux>
10. Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet*. 2011;378(9809):2112-2122. doi:10.1016/S0140-6736(11)60130-X
11. Klimek L, Bergmann KC, Biedermann T, et al. Visual analogue scales (VAS) - Measuring instruments for the documentation of symptoms and therapy monitoring in case of allergic rhinitis in everyday health care. *Allergo J*. 2017;26(1):36-47. doi:10.1007/s40629-016-0006-7
12. Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, et al. The skin prick test - European standards. *Clin Transl Allergy*. 2013;3(1):1-10. doi:10.1186/2045-7022-3-3
13. Bousquet J, Anto JM, Bachert C, et al. Allergic rhinitis. *Nat Rev Dis Prim*. 2020;6(95). doi:10.1038/s41572-020-00227-0
14. Dykewicz MS, Wallace D V, Amrol DJ, et al. Rhinitis 2020 : A practice parameter update. *J ALLERGY CLIN IMMUNOL*. 2020;146(4):721-767. doi:10.1016/j.jaci.2020.07.007
15. 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(2):200-207. doi:10.1159/000339853
16. Ansotegui IJ, Melioli G, Canonica GW, Ai. E. IgE allergy diagnostics and other relevant tests in allergy , a World Allergy Organization position paper. *World Allergy Organ*. 2020;13(2). doi:10.1016/j.waojou.2019.100080
17. Rondón C, Campo P, Togias A, et al. Local allergic rhinitis: Concept, pathophysiology, and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(6):1460-1467. doi:10.1016/j.jaci.2012.02.032
18. Dürr C, Heimgartner S, Gehrig R, Caversaccio M, Halbling A. Allergie aux pollens: diagnostic et traitement. Deuxième partie. *Forum Médical Suisse – Swiss Med Forum*. 2008;8(15):270-274. doi:10.4414/fms.2008.06461
19. Wise SK, Lin SY, Toskala E, Orlandi RR. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2020;8(2):108-352. doi:10.1002/alar.22073
20. Scadding G, Hellings P, Alobid I, et al. Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper. *Clin Transl Allergy*. 2011;1(1):2. doi:10.1186/2045-7022-1-2
21. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(1):70-80.e3. doi:10.1016/j.jaci.2019.06.049

Service de médecine de premier recours

22. Swissmedicinfo. <https://swissmedicinfo.ch/>
23. Schapowal A. Randomised controlled trial of butterbur and cetirizine for treating seasonal allergic rhinitis. *BMJ*. 2002;324(7330):144-144. doi:10.1136/bmj.324.7330.144
24. Blosa M, Uricher J, Nebel S, Zahner C, Butterweck V, Drewe J. Treatment of Early Allergic and Late Inflammatory Symptoms of Allergic Rhinitis with Petasites Hybridus Leaf Extract (Ze 339): Results of a Noninterventional Observational Study in Switzerland. *Pharmaceuticals*. 2021;14(3):180. doi:10.3390/ph14030180
25. Schapowal A. Treating intermittent allergic rhinitis: a prospective, randomized, placebo and antihistamine-controlled study of Butterbur extract Ze 339. *Phyther Res*. 2005;19(6):530-537. doi:10.1002/ptr.1705
26. Ghosn J, Spertini F, Comte D. Immunothérapie sublinguale pour le traitement de la rhinoconjonctivite et l'asthme allergique: guide pratique. *Rev Med Suisse*. 2018;14(601):735-739. doi:10.53738/REVMED.2018.14.601.0735
27. Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018;73(4):765-798. doi:10.1111/all.13317
28. Leimgruber A. Allergo-immunologie. 1. Rhinite allergique: Nouvelles options thérapeutiques. *Rev Med Suisse*. 2006;2(48):89-90.
29. Garssen, Vandebriel, De Gruijl, et al. UVB exposure-induced systemic modulation of Th1- and Th2-mediated immune responses. *Immunology*. 1999;97(3):506-514. doi:10.1046/j.1365-2567.1999.00801.x
30. Costa TMR, Carneiro FM, Oliveira KAS de, Souza MFB, Avelino MAG, Wastowski IJ. Rhinophototherapy, an alternative treatment of allergic rhinitis: Systematic review and meta-analysis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021;87(6):742-752. doi:10.1016/j.bjorl.2020.12.016