La rhinite allergique ou quand fleur ne rime plus avec bonheur!

Avec le retour des beaux jours, il n'y a pas que les fleurs qui font leur réapparition : les allergies aussi. Et en cette période de l'année, « fleur » ne rime pas toujours avec « bonheur » pour les personnes qui souffrent d'allergie. Au moins 20 % de la population des pays industrialisés souffrent de rhinite allergique et cette prévalence est à la hausse.

par Jean-François Leroux, M.D., Martin Desrosiers, M.D., et Martin Blaquière, M.D., FRCPC

Le Dr Leroux, est oto-rhino-laryngologiste, CHUM, Hôtel-Dieu de Montréal, Centre de recherche sur le nez et les sinus. Il détient un *fellowship* en rhinologie.

Le Dr Desrosiers, est professeur adjoint de clinique, Université de Montréal, et oto-rhino-laryngologiste, CHUM, Hôtel-Dieu de Montréal, Centre de recherche sur le nez et les sinus.

Le Dr Blaquière, est allergologue, CHUM, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

La rhinite allergique est l'inflammation de la muqueuse nasale secondaire à un contact avec un allergène spécifique, qui se manifeste par une réaction d'hypersensibilité immédiate modulée par les immunoglobulines E (IgE). Elle a une prévalence élevée dans les pays industrialisés, soit jusqu'à 20 %, et elle est en augmentation.[1-3] Elle atteint une tranche de la population jeune et active, et entraîne une réduction de la qualité de vie et de la productivité.

La physiopathologie

Le nez agit comme première ligne de défense en filtrant 100 % des particules de plus de 5 µm et capture les particules d'allergènes qui ont un diamètre de 2 à 60 µm. Lorsque des individus prédisposés sont soumis à un deuxième contact avec un allergène, il se produit une dégranulation des mastocytes tissulaires et circulants qui libèrent un ensemble de médiateurs. Survient alors une réaction immédiate caractérisée par la relâche d'histamines qui se lient aux récepteurs H_1 des vaisseaux, des nerfs et des glandes. Cette réaction se produit en quelques minutes et est suivie d'une réaction rapide médiée surtout par les leucotriènes et les prostaglandines et d'une réaction retardée

En bref :

La rhinite allergique ou quand fleur ne rime plus avec bonheur!

Les trouvailles à l'examen physique

À l'examen, les trouvailles classiques sont une décoloration bleutée infra-orbitaire, un pli transverse sur le *dorsum* nasal et, à l'occasion, un mouvement de frottage de la pointe nasale (salut allergique) et une conjonctivite (signe de Dennie-Morgan). Ces trouvailles ne sont pas toujours présentes et l'histoire clinique demeure l'élément clé dans le diagnostic de la rhinite allergique. La rhinoscopie antérieure peut révéler une muqueuse œdématiée, avec une décoloration bleutée, et la présence de mucus clair ou de sécrétions mucoïdes. Le cornet inférieur peut être hypertrophié et d'apparence polypoïde. Dans la polypose nasale, le polype ne diminuera pas à la suite de l'application d'un vasoconstricteur topique et est insensible à la palpation.

L'évaluation paraclinique

L'évaluation paraclinique consiste en des tests cutanés, dont le test de la piqûre (*prick test*) et les tests intradermiques, les tests de laboratoire et les tests de provocation nasale. Ces derniers sont aussi utilisés dans l'évaluation des rhinites allergiques professionnelles.

Le traitement

Le premier traitement consiste à éduquer les patients sur les mesures à prendre pour éliminer ou réduire les facteurs précipitants. Ces mesures touchent les allergies aux acariens, aux animaux, aux moisissures et au pollen. Au besoin, le médecin pourra prescrire un médicament soit pour le traitement des symptômes, soit pour le traitement prophylaxique. Différents agents sont donnés seuls ou en combinaison, comme traitement d'appoint; les agents utilisés sont les antihistaminiques, les corticostéroïdes topiques, les décongestionnants, le cromoglycate et l'immunothérapie.

médiée par les lymphocytes T entraînant la libération de cytokines qui module l'infiltration des cellules inflammatoires et cause le phénomène de chronicité.

L'histoire clinique et l'examen physique

Les symptômes associés avec la rhinite allergique sont le prurit, l'éternuement, la rhinorrhée, l'obstruction nasale et, occasionnellement, des céphalées, de l'anosmie et de la conjonctivite. Les symptômes sont décrits par leur caractère et leur durée (symptômes saisonniers ou perannuels). À l'examen, les trouvailles classiques sont une décoloration bleutée infra-orbitaire (*allergic shiner*), un pli transverse sur le *dorsum* nasal et, à l'occasion, un mouvement de frottage de la pointe nasale (salut allergique) et une conjonctivite (signe de Dennie-Morgan). Ces trouvailles ne sont pas toujours présentes et l'histoire clinique demeure l'élément clé dans le diagnostic de la rhinite allergique. La rhinoscopie antérieure peut révéler une muqueuse œdématiée, avec une décoloration bleutée, et la présence de mucus clair ou de sécrétions mucoïdes. Le cornet inférieur peut être hypertrophié et d'apparence polypoïde. Dans la polypose nasale, le polype ne diminuera pas à la suite de l'application d'un vasoconstricteur topique et est insensible à la palpation. La membrane tympanique peut être rétractée, immobile ou présenter un épanchement.

Le test épicutané consiste à déposer un allergène sur la peau, puis à pratiquer une lacération sur la couche superficielle de l'épiderme.

L'évaluation paraclinique

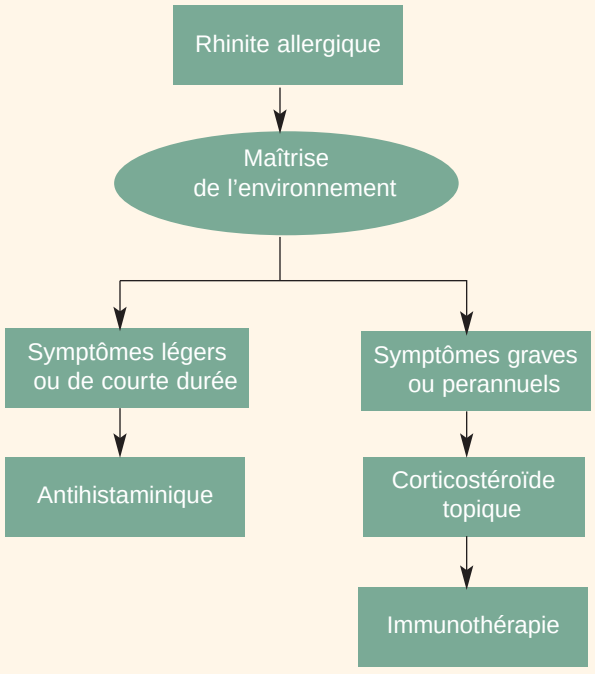
Les tests cutanés

L'évaluation de la rhinite allergique par des tests cutanés remonte à 1910. Depuis, elle représente un outil diagnostique important dans l'exploration, toujours en association avec l'histoire clinique. Cette réaction cutanée est médiée par les IgE. Il existe deux types de test, soit le test épicutané (*prick test*) et les tests intradermiques.

Le test épicutané consiste à déposer un allergène sur la peau, puis à pratiquer une lacération sur la couche superficielle de l'épiderme.

Figure 1

Algorithme du traitement de la rhinite allergique



Adapté de la référence 4.

Tableau 1

Les médiateurs responsables de la réaction

Réaction	Médiateur
Immédiate	Histamine
Rapide	Leucotriène, prostaglandine
Retardée	Cytokine, infiltration cellulaire

Les tests intradermiques consistent à injecter une concentration connue d'un allergène en intradermique, ce qui permet d'obtenir un titrage et de déterminer éventuellement une dose de départ pour une immunothérapie. Les tests intradermiques sont souvent utilisés lors d'une histoire clinique correspondant fortement à une allergie mais qui ne réagit pas au contrôle positif ou aux allergènes lors du test épictané.

Il faut faire attention aux faux négatifs associés à la prise d'antihistaminiques et de certains antidépresseurs. Il est donc conseillé de cesser la prise des antihistaminiques trois à cinq jours avant d'effectuer les tests, mais il n'est pas nécessaire de cesser celle des corticostéroïdes topiques. Les tests cutanés permettent d'évaluer la réaction d'hypersensibilité immédiate qui cause une induration, un érythème et/ou une dysesthésie. Il n'y a pas d'âge limite pour faire les tests, qui sont très sécuritaires. Ils doivent être faits dans un lieu où l'on a accès à un équipement adéquat pour pratiquer une réanimation.

Les tests de laboratoire

Le dosage des IgE totales n'a aucune utilité diagnostique et est très peu sensible. Plusieurs maladies peuvent augmenter le dosage des IgE comme l'aspergillose allergique broncho-pulmonaire, l'eczéma, le myélome à IgE, la néphrite interstitielle, les infections parasitaires, certains médicaments et déficiences immunitaires.

Le dosage des IgE sériques spécifiques (test de RAST) a été décrit par Wide et ses collaborateurs en 1967. Présentant une sensibilité plus basse (70 %), cette technique n'est utilisée que s'il y a une contre-indication pour l'utilisation des tests cutanés, comme la présence de dermographisme, de problèmes cutanés importants, la prise d'antihistaminiques ou d'antidépresseurs ne pouvant être

cessée, un patient non coopératif ou des antécédents de réaction anaphylactique grave.

Le cytogramme nasal n'est pas utilisé dans l'exploration de la rhinite allergique. L'évaluation histologique peut démontrer une éosinophilie à la coloration de Giemsa et de Wright

Les tests de provocation nasale

Les tests de provocation nasale sont utilisés pour évaluer objectivement la réaction nasale chez les patients allergiques. La réaction entraîne une variation de volume ou de résistance et peut être mesurée par une rhinomanométrie antérieure ou postérieure ou par une rhinométrie acoustique. Les provocations peuvent être faites en utilisant des produits de dégradation ou des allergènes spécifiques. Ces tests sont sutout utilisés comme un modèle expérimental grâce auquel on reproduit la maladie *in vivo* pour l'évaluation de nouveaux traitements. Ils sont également utilisés

pour l'évaluation des rhinites allergiques professionnelles.

Le traitement

L'éducation

L'éducation et la prise en charge par les patients des facteurs précipitants est une étape cruciale dans leur traitement. On devrait donner des conseils aux patients et leur fournir des fiches d'information. Voici une liste des recommandations les plus souvent données aux patients :

- *Les allergies aux acariens.* Pour diminuer l'exposition aux acariens, on doit porter une attention particulière aux tapis, aux matelas, à la literie, aux oreillers, aux jouets en peluche et au mobilier en tissu. Les acariens se nourrissent de la peau desquamée des humains. Il faut éliminer les tapis dans la chambre à coucher, utiliser des enveloppes « anti-acariens » et laver la literie à une température de plus de 54 °C. Une température ambiante de moins de 18 °C et une humidité de moins de 50 % semblent inhiber la croissance des acariens. L'utilisation des acaricides peut aider si ceux-ci sont utilisés régulièrement, mais leur efficacité n'est pas clairement établie.
- *Les allergies aux animaux.* Il faut éviter les contacts avec les squames et la salive des animaux.

Tableau 1

Le traitement pharmacologique

Traitement	Mécanisme	Effet principal
Antihistaminique	Antagoniste des récepteurs H_1	Prurit, rhinorrhée et éternuement
Corticostéroïde	Diminue la relâche des cytokines	Congestion, rhinorrhée et diminution de l'hyperréactivité
Immunothérapie	Diminue le recrutement cellulaire	Congestion, prurit et rhinorrhée

L'allergie au chat augmente les risques de provoquer de l'asthme allergique.

• *Les allergies aux moisissures.* On doit éviter d'entreposer les vieux matelas, maintenir une humidité de moins de 50 % (idéalement 30 %), garder les sous-sols plus froids et utiliser un déshumidificateur.

• *Les allergies aux pollens.* Réduire au minimum l'exposition en évitant les voyages à la campagne et les activités extérieures et en fermant les fenêtres durant la saison. Météomédia et Environnement Canada donnent les renseignements sur les taux de pollen enregistrés dans les différentes régions.

Le traitement pharmacologique

Les antihistaminiques

Les antihistaminiques agissent rapidement comme des antagonistes des récepteurs H_1. Ils ont donc une action prédominante sur les symptômes médiés par l'histamine tels que la rhinorrhée, l'éternuement et le prurit, et moins d'effet sur la congestion. Les antihistaminiques de première génération ont souvent des effets secondaires de sédation, tandis que ceux de deuxième génération, qui ne traversent pas la barrière hémato-encéphalique, entraînent peu d'effet de sédation, mais ils risquent de causer des arythmies, surtout s'ils sont associés avec des médicaments qui interfèrent avec le métabolisme hépatique (cytochrome P450), comme certains antifongiques et certains macrolides. Souvent, les antihistaminiques sont combinés avec des décongestionnants pour traiter plus efficacement la congestion. Les antihistaminiques topiques ophtalmiques et nasals sont disponibles sur le marché pour traiter le prurit et la rhinorrhée. Ils ne présentent pas d'avantages particulier par rapport aux formes orales.

Les corticostéroïdes topiques

Plusieurs formes de corticostéroïde topique (aqueuse, en aérosol ou en poudre) sont offertes pour le traitement d'entretien de la rhinite allergique. La béclométhasone topique est utilisée depuis 1973 et, par la suite, plusieurs autres molécules ont été mises sur le marché. Ces molécules agissent comme des anti-inflammatoires en réduisant la production de cytokines et en diminuant l'infiltration cellulaire par les cellules T et les

éosinophiles. L'ensemble des études démontre une efficacité des stéroïdes topiques afin de diminuer l'obstruction, le prurit et la rhinorrhée retrouvés dans la rhinite allergique.[4] On peut noter une réponse de l'agent sur une période de 36 heures pour la rhinite saisonnière, mais il faut compter 7 à 14 jours avant d'obtenir un effet maximal pour la rhinite perannuelle. Essentiellement, il s'agit d'un traitement d'entretien qui doit être pris régulièrement. Les perforations septales sont plutôt anecdotiques lorsqu'une lubrification nasale est utilisée au besoin. Aux doses recommandées, il n'y a pas de suppression de l'axe hypothalamo-hypophysaire ni d'atrophie de la muqueuse. Si le patient présente une congestion très importante, un décongestionnant topique peut être utilisé pour une période de 3 à 7 jours. Les stéroïdes systémiques ne devraient pas être utilisés en première ligne sauf en présence de symptômes graves ou de polypes.

Les décongestionnants

Ils sont utilisés comme traitement d'appoint pour diminuer l'obstruction nasale. Ils causent de l'insomnie, des céphalées, des palpitations et sont contre-indiqués en présence d'hypertension non maîtrisée, de coronopathie grave et chez les patients prenant des inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Le phénylpropanolamine a d'ailleurs été retiré du marché à cause de certains cas de mortalité. Les décongestionnants topiques doivent être utilisés

pendant de très courtes périodes pour éviter l'apparition d'une rhinite médicamenteuse.

Le cromoglycate

Le cromoglycate de disodium se lie à la paroi cellulaire des mastocytes et réduit la relâche des médiateurs. Son effet est variable; il semble utile en prophylaxie avant la saison des allergies. Il doit être utilisé de facon régulière.

L'immunothérapie

L'immunothérapie, qui existe depuis 1911, est indiquée si le traitement de la rhinite avec les médicaments échoue ou si la maîtrise des symptômes est insuffisante, ou encore si le traitement pharmacologique est contre-indiqué ou qu'il entraîne trop d'effets secondaires. Chaque cas doit être évalué selon l'histoire clinique et les résultats des tests cutanés. L'augmentation du taux d'immunoglobulines G par immunothérapie bloque les antigènes et modifie le profil des cytokines, ce qui provoque une diminution de la relâche des médiateurs, réduisant ainsi le recrutement des cellules inflammatoires. Il existe des contre-indications à l'amorce des traitements d'immunothérapie, soit la prise de bêtabloqueurs, l'asthme non maîtrisé, les maladies auto-immunes, une contre-indication à l'utilisation d'adrénaline, la non observance au traitement et la grossesse. *Clin*

Formation médicale continue...
Vous trouverez à la page 175
le Médi-test, un test de formation médicale continue fait en collaboration avec l'Université Laval. En remplissant correctement ce test, vous pouvez obtenir une heure de crédit de catégorie 2.

Références

1. Assessing and treating rhinitis: A practical guide for Canadian physicians. Can Med Assoc J 151 (4 suppl), 1994.
2. Allergic rhinitis : Clinical practice guideline. Otolaryngology Head Neck Surgery 115(1):115, 1996.
3. Diagnosis and Management of Rhinitis: Parameter Documents of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. Annals of Allergy, asthma and Immunology Nov Part II of II, 81(5): 1998.
4. Weiner, JM, Abramson, MJ, Puy, RM : International corticosteroids versus oral H1 receptors antagonists in allergic rhinitis: Systematic review of randomised controlled trials. BMJ 317(7173):1624, 1998.

Lecture suggérée

1. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. Allergy. 55(2):116, 2000.