

# Traitement par paliers des rhinites allergiques et immunothérapie allergénique

*Stepwise treatment of allergic rhinitis and allergen immunotherapy*

G. Dutau\*

## ➔ Ce qu'il faut retenir

Depuis près de 20 ans, le consensus ARIA (*Allergic rhinitis and its impact on asthma*) et ses mises à jour successives ont bien codifié les symptômes de la rhinite allergique, ses comorbidités, le risque d'asthme et sa gestion thérapeutique par paliers (accord professionnel).

Les symptômes intermittents légers ( $\leq 4$  j/sem. et  $\leq 4$  sem. successives) nécessitent des anti-H1 par voie générale ou intranasale, les corticoïdes intranasaux étant utiles en cas d'obstruction nasale (accord professionnel).

Les symptômes intermittents modérés à sévères ( $> 4$  j/sem. et  $> 4$  sem. successives) font surtout appel à un corticoïde intranasal administré de façon continue pendant toute la durée de l'exposition allergénique (niveau de preuve A).

L'immunothérapie allergénique est indiquée si les symptômes de rhinites allergiques (RA) s'aggravent d'une année sur l'autre, non contrôlés par les traitements symptomatiques (niveau de preuve B).

L'ITSL remplace l'ITSC, facile (gouttes ou comprimés à délitement sublingual pour les pollens) et sûre (accord professionnel).

### Mots-clés

Rhinite allergique  
Asthme  
Antihistaminiques  
Corticoïdes topiques  
Immunothérapie  
allergénique

### Keywords

*Allergic rhinitis*  
*Asthma*  
*Antihistamines*  
*Topic corticosteroids*  
*Allergen*  
*immunotherapy*

Il était admis naguère d'opposer 2 types de rhinites allergiques (RA) : les rhinites allergiques saisonnières (RAS), principalement dues aux pollens, et les rhinites allergiques perannuelles (RAP), surtout liées aux acariens de la poussière de maison (1). Toutefois, l'expérience clinique montrait que cette distinction pouvait être discutée car divers pollens sont présents dans l'atmosphère de décembre-janvier (cupressacées) jusqu'à septembre-octobre (arbres, graminées, composées, regain des graminées) [1].

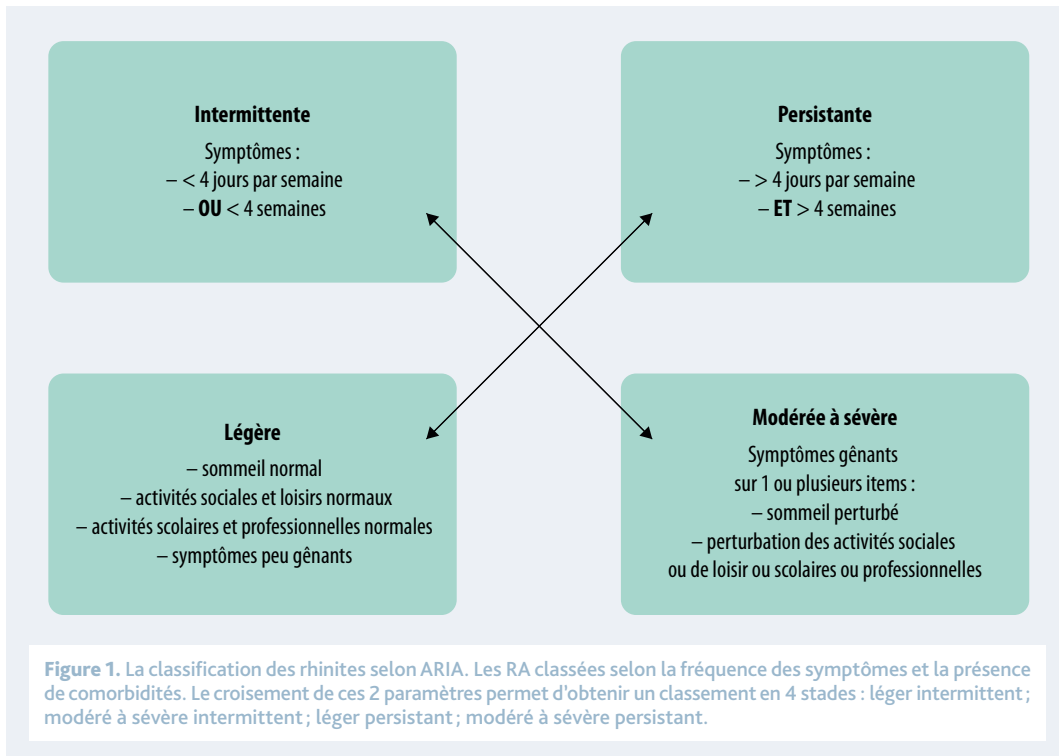
## Définition des rhinites allergiques

Les signes et symptômes de la RA sont la congestion nasale (obstruction), les éternuements en salve, une rhinorrhée antérieure et/ou postérieure (jetage postérieur), un prurit nasal, buccal ou facial. L'intensité des symptômes cliniques de RA, en particulier l'obstruction nasale, varie. La sinusite est quasi constante au cours de la RA. Un larmolement avec prurit oculaire

est présent chez 1 patient sur 2. À chaque nouveau contact avec le ou les allergènes responsables, les symptômes allergiques sont plus intenses, surtout si l'exposition aux allergènes est forte. Cette amplification des symptômes impose, selon la cause de la RA, de réduire l'exposition aux allergènes (pollens) ou de réaliser une éviction si elle est possible (acariens, animaux) et de traiter le patient sans attendre (2).

L'inflammation entraîne un remodelage de la muqueuse nasosinusienne (comme pour la muqueuse bronchique au cours de l'asthme) et une hyperréactivité nasale, spécifique (HRN) vis-à-vis des allergènes responsables et non spécifique (HRNNS) envers les facteurs aggravants (principalement les polluants et la fumée de tabac). Lorsqu'il est indiqué, le traitement par les corticoïdes intranasaux (CIN) doit être suffisamment prolongé pour éviter les lésions irréversibles et les complications : sinusite, modifications de la flore des cavités sinusiennes, otite sérumuqueuse (OSM) [3]. La RA doit être gérée dès son apparition pendant l'enfance car l'inflammation nasale peut favoriser l'apparition de nouvelles allergies (4).

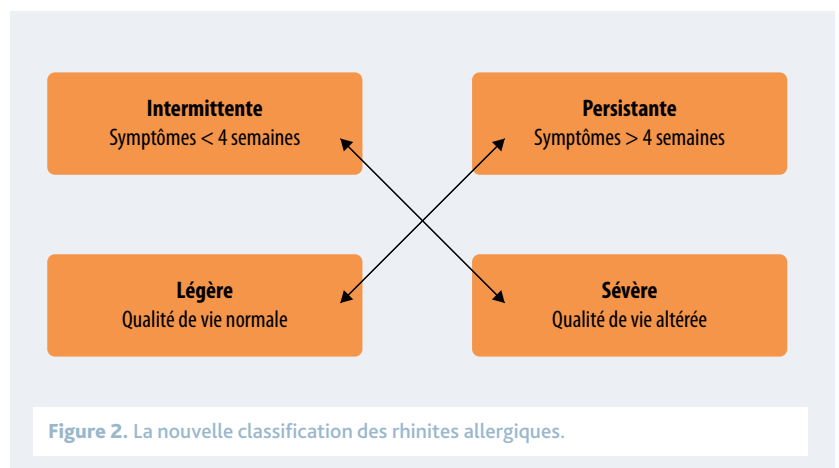
\* Allergologue, pneumologue, pédiatre, Toulouse.



Le risque d'asthme est augmenté chez les individus atteints de RA et inversement : 40 % des patients atteints de RA ont un asthme et 80 % des patients atteints d'asthme (100 % pour certains experts) ont une RA. Le risque d'hyperréactivité bronchique (HRB) est au moins doublé en cas de RA (3).

## Classification des rhinites allergiques

Par analogie avec l'asthme, la classification ARIA (*Allergic rhinitis and its impact on asthma*), entrée en vigueur au début des années 2000, classe la RA selon la fréquence de ses symptômes et la présence (ou non) de comorbidités. Ainsi, la classification traditionnelle se base uniquement sur la période de gêne alors que la classification ARIA s'attache à préciser la durée de la gêne et son intensité. Le croisement de ces 2 critères d'évaluation permet d'obtenir un classement de la RA, auxquels correspondent des paliers thérapeutiques suivants pour les RA définies comme suit : "légère intermittente" (stade 1), "modérée à sévère intermittente" (stade 2), "légère persistante" (stade 3), "persistante modérée à sévère" (stade 4) [figure 1]. Ultérieurement, une classification simplifiée a été retenue, distinguant les RA intermittentes (durée



de 4 semaines consécutives par an) et les RA persistantes (durée supérieure à 4 semaines). Les RA sont considérées comme sévères si elles retentissent sur la qualité de vie, ou légères si elles n'altèrent pas la vie quotidienne (2). Ainsi, le groupe des RA modérées disparaît. Cette classification n'exclut pas les RA saisonnières et perannuelles (2) [figure 2]. Les mises à jour successives d'ARIA ont contribué à bien codifier le traitement de la RA qui fait appel à diverses mesures (2, 3, 5) :

- l'éviction des allergènes quand leur rôle est bien démontré ;

- les traitements médicamenteux en particulier par les antihistaminiques H1 (anti-H1) et les corticoïdes;
- l'immunothérapie allergénique (ITA).

Ces recommandations d'ARIA s'appuient sur les données de la médecine fondée sur les preuves, basée sur des études cliniques publiées, contrôlées et randomisées. Auparavant basée sur des injections sous-cutanées d'allergènes (ITSL), l'ITA repose surtout à l'heure actuelle sur la prise d'allergènes par voie sublinguale, présentés sous forme de gouttes ou, plus récemment pour le pollen de graminées, de comprimés à laisser fondre sous la langue.

## Traitement par paliers de la rhinite allergique

Le traitement par palier de la RA est maintenant bien codifié, incluant l'immunothérapie, seule possibilité de modifier durablement le statut immunitaire de l'individu allergique (2).

### Traitement de première intention

Symptômes intermittents légers ( $\leq 4$  j/sem. et  $\leq 4$  sem. successives) : en général atteints d'éternuements et/ou d'écoulement nasal, les patients sont le plus souvent soulagés par les anti-H1 par voie orale ou intranasale (AIN) qui peuvent être pris à la demande (3) [grade A]. Si l'obstruction nasale est le symptôme dominant, un CIN peut être associé à une cure de 8 à 10 jours d'un décongestionnant nasal (3) [accord professionnel].

Symptômes intermittents modérés à sévères ( $> 4$  j/sem. et  $> 4$  sem. successives) : un CIN administré de façon continue pendant toute la durée de l'exposition allergénique est l'option la plus efficace (3) [grade A].

Les patients qui se savent atteints de pollinose peuvent "anticiper" l'apparition de leurs symptômes en prenant un anti-H1 oral, 2 à 3 semaines avant le début de la saison pollinique, et le poursuivre au moins durant 1 mois après l'amélioration des symptômes (3) [accord professionnel].

### Réévaluation au bout d'un mois

Les patients doivent être revus au bout de 4 semaines et, si la réponse au traitement est partielle, les symptômes résiduels peuvent être accessibles à des médicaments spécifiques (3) :

- Symptômes oculaires : anti-H1 par voie intraoculaire (3). Si les symptômes persistent, prendre l'avis d'un ophtalmologiste (pas de corticoïdes oculaires sans avis spécialisé, eu égard au risque de glaucome) [accord professionnel].
- Rhinorrhée persistante : proposer le bromure d'ipratropium, 2 pulvérisations 2 à 3 fois par jour (Atrovent<sup>®</sup>) [accord professionnel] (3).
- Obstruction nasale persistante : proposer un anti-H1 intranasal et envisager d'autres diagnostics (déviation septale, polypes) en prenant un avis ORL (fibroscopie nasale, scanner) [3].
- Options particulières : il est essentiel de tenir compte des souhaits du patient qui préfère souvent un anti-H1 oral ; proposer une combinaison de médicaments si un seul n'est pas suffisant pour contrôler les symptômes, par exemple : anti-H1 oraux + décongestionnants oraux, ou spray associant CIN (ex. Nasonex<sup>®</sup>, 2 pulvérisations dans chaque narine x 2/j) + anti-H1 intra-nasal (ex. Azélastine<sup>®</sup>, 1 pulvérisation dans chaque narine, x 2/j ; les anti-leucotriènes (montelukast<sup>®</sup>, 1 cp le soir) peuvent être prescrits en première intention chez les patients souffrant à la fois de RA et d'asthme (6) [grade B].

### Immunothérapie

Il faut dans tous les cas :

- éviter les allergènes au domicile et dans les lieux publics en particulier les écoles (transmission par procuration, par les vêtements et les chaussures, de phanères de chat par exemple), les crèches où il y a davantage d'allergènes comme les acariens, les souris, les chats, et les chiens qu'à la maison ! (grade B) ;
- envisager une immunothérapie allergénique (grade A).

Il y a encore peu de temps, l'immunothérapie par voie sous-cutanée (ITSC) était considérée comme la voie de référence mais le risque d'effets indésirables potentiellement sévères, en particulier chez les enfants, limitait son usage au profit de la ITSL, facile à réaliser et très sûre. En 2012, une revue systématique considérait la ITSL comme une alternative globalement acceptée (7) [grade B].

Théoriquement, l'immunothérapie est indiquée au cours de la RA, principalement par allergie pollinique, lorsque les symptômes ne sont pas bien contrôlés par le traitement symptomatique (anti-H1), s'il existe des comorbidités (asthme, conjonctivite), si les symptômes s'aggravent d'une année sur l'autre (accord professionnel). L'ITSL sera préférée à

l'ITSC chez les enfants et les adolescents (grade B). Chez l'adulte l'ITSL supplante l'ITSC en raison de sa simplicité d'administration (comprimés à déglutir sublingual) et de sa sécurité (grade A) [7, 8].

D'autres indications possibles de l'ITS sont motivées par sa possible capacité à prévenir le développement de certaines manifestations de l'atopie :

- chez l'enfant atteint de rhinite pollinique isolée, l'ITS pourrait diminuer le risque de développer un asthme (grade B), résultat confirmé par une méta-analyse sur 18 études (9), ou diminuer les symptômes d'un asthme associé (grade C) [10];
- une étude prospective ayant un recul de 10 ans, montre qu'une ITSL aux acariens effectuée pendant

## Questions non résolues

» Quelle est la durée précise des effets de l'immunothérapie allergénique après son arrêt au bout de 4-5 ans ?

» Quel est le degré de l'effet préventif vis-à-vis du développement d'un asthme chez l'enfant atteint de rhinite allergique isolée par allergie pollinique ?

4 à 5 ans chez 35 enfants atteints de RA et/ou d'asthme est efficace 4 à 5 ans après son arrêt par comparaison avec 25 enfants recevant un traitement symptomatique servant de témoins (11) [grade C].

G. Dutau déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références bibliographiques

1. Dutau G. La pollinose. *La Lettre de l'ORL* 2008;315:28-31.
2. Bousquet J, van Cauwenberghe P, Khaltaev N; the WHO panel. Management of allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:s1-315.
3. Brozek JHL, Bouquet J, Agache I et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines - 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2017;140:950-8.
4. Herr M, Just L, Nikasinovic L et al. Risk factors and characteristics of respiratory and allergic phenotypes in early childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:389-96.
5. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collabo-

- ration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63:(Suppl. 86):8-160.
6. Philip G, Nayak AS, Berger WE et al. The effect of montelukast on rhinitis symptoms in patients with asthma and seasonal allergic rhinitis. *Curr Med Res Opin* 2004;20:1549-58.
7. Calderon MA, Rodriguez del Rio P, Demoly P. Sublingual immunotherapy in children: an evidence based overview. *Ren Fr Allergol* 2012;52:20-5.
8. Devillier P, Dreyfus JF, Demoly P, Calderon MA. A meta-analysis of sublingual allergen immunotherapy and pharmacotherapy in pollen-induced seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *BMC Med* 2014;12:71.

9. Di Bona D, Plaia A, Leto-Barone MS et al. Efficacy of allergen immunotherapy in reducing the likelihood of developing new allergen sensitizations: a systematic review. *Allergy* 2017;72:691-704.
10. Möller C, Dreborg S, Ferdousi HA et al. Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:251-6.
11. Di Rienzo V, Marucci F, Puccinelli P et al. Long-lasting effect of sublingual immunotherapy in children with asthma due to house dust mite: a 10-year prospective study. *Clin Exp Allergy* 2003;33:206-10.

 **e.journal**  
en direct d'**EUROGIN 2018**  
*International multidisciplinary HPV congress*  
Lisbonne, 2-5 décembre 2018

Sous l'égide de

**la lettre**  
DU GYNÉCOLOGUE

Avec le soutien institutionnel de

**MSD**  
**Vaccins**

RETROUVEZ LE E-JOURNAL SUR

 [www.edimark.fr/EUROGIN/2018/ej](http://www.edimark.fr/EUROGIN/2018/ej)

SITE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**Coordonnateur**  
Dr Olivier Jourdain (Bordeaux)

**Rédacteurs**  
Dr Katty Ardaens (Lille)  
Pr Robert Cohen (Saint-Maur-des-Fossés)  
Dr Jean-Philippe Madiou (Paris)  
Pr Christopher Payan (Brest)  
Pr Jean Lacau Saint-Guily (Paris)  
Pr Catherine Weil-Olivier (Paris)

**DIMANCHE**  
**2 DÉCEMBRE**

**LUNDI**  
**3 DÉCEMBRE**

**MARDI**  
**4 DÉCEMBRE**



Sous l'égide de *La Lettre du Gynécologue* - Directeur de la publication : Claudie Damour-Terrasson - Rédacteur en chef : Pr Philippe Descamps (Angers)

Attention, ceci est un compte-rendu de congrès et/ou un recueil de résumés de communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche; ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu est sous la seule responsabilité du coordonnateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.

Ce e-journal est édité par Edimark SAS, 44, rue de Prony, CS 10107, 75017 Paris - Tél.: 01 46 67 63 00 - Fax: 01 46 67 63 10