

Traitement médicamenteux de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière (rhume des foins)

Juillet 2008

Cette version online contient toutes les informations de la Fiche de transparence de janvier 2004 ainsi que toutes les informations provenant des mises à jour de janvier 2005 à janvier 2008. Ce qui a été repris des mises à jour est indiqué en couleur.

Table des matières

Messages essentiels	
Résumé et conclusions	2
1. Définition et épidémiologie.....	3
2. Evolution naturelle – Objectif du traitement.....	3
3. Critères d'évaluation pertinents lors de l'évaluation du traitement	4
4. Prise en charge du rhume des foins	5
4.1. Non médicamenteuse	5
4.2. Médicamenteuse	6
5. Effets indésirables, contre-indications et interactions cliniquement pertinentes	18
6. Comparaison de prix des médicaments utilisés dans le rhume des foins.....	19
Références	25

Messages essentiels

- Le rhume des foins est un problème très fréquent dont l'incidence est même croissante.
- Etant donné l'absence de complications, le traitement médicamenteux du rhume des foins consiste en un traitement de confort, à évaluer dès lors avec le patient.
- Les antihistaminiques H₁ non sédatifs sont les médicaments à usage systémique les plus étudiés et les plus efficaces. Pour le traitement par voie locale, cela vaut pour les corticostéroïdes par voie nasale.
- Dans des études comparatives, les corticostéroïdes locaux sont apparus plus efficaces que les antihistaminiques H₁ oraux sur les symptômes nasaux et aussi efficaces sur les symptômes de conjonctivite.
- A l'heure actuelle, la désensibilisation est à réserver aux patients présentant des symptômes sévères et ne répondant pas suffisamment au traitement classique.

1. Définition et épidémiologie

La rhino-conjonctivite allergique saisonnière est souvent appelée rhume des foins. Il s'agit d'une affection allergique récidivante qui se manifeste principalement au niveau des muqueuses du nez (rhinite) ou des yeux (conjonctivite)¹. Les symptômes caractéristiques au niveau du nez sont des éternuements, un écoulement nasal, des démangeaisons et une congestion nasale. Au niveau des yeux, il s'agit de démangeaisons et de larmoiement². D'autres symptômes possibles liés à la diathèse allergique sous-jacente sont: toux, respiration sifflante, dyspnée, gorge prurigineuse et rarement aussi des symptômes généraux tels fatigue, fièvre, tension dans la tête et démangeaisons cutanées². L'asthme et la sinusite chronique sont moins souvent associés à une rhino-conjonctivite allergique saisonnière qu'à une rhinite allergique non saisonnière (à longueur d'année)³. Par ailleurs, une conjonctivite est beaucoup plus fréquente en cas d'allergie saisonnière⁷. Les symptômes de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière sont dus à une inflammation médiée par des IgE après une exposition des muqueuses à des allergènes^{2,4}. Les allergènes sont le plus souvent des pollens d'arbres et de graminées, parfois également des traces de moisissures (à la fin de l'été et en automne)³.

Le rhume des foins se manifeste partout dans le monde, mais des données épidémiologiques indiquent des différences géographiques importantes quant à sa prévalence². La prévalence est la plus élevée dans les pays socio-économiquement développés, où 25% de la population souffre de cette affection². Des études de population indiquent une prévalence supérieure à celle observée en pratique générale³, ce qui indique qu'un grand nombre de personnes ne consultent jamais un médecin pour ces problèmes. La prévalence de la rhinite allergique augmente²: dans des études effectuées en Angleterre, en Suède et en Australie, la prévalence a doublé sur une période de 30 ans^{5,6}. L'apogée de cette affection se situe au cours de l'adolescence, bien que l'affection puisse débuter à tout âge^{2,3}.

Les facteurs de risque du rhume des foins sont des antécédents personnels ou familiaux d'affections atopiques ou d'autres affections allergiques, le sexe masculin, l'ordre de naissance (risque plus élevé chez les aînés) et la taille de la famille (risque plus élevé pour les familles de petite taille)².

2. Evolution naturelle – Objectif du traitement

Les symptômes du rhume des foins s'aggravent de manière caractéristique en cas d'exposition accrue aux allergènes pendant la saison des pollens et lorsque la personne quitte la maison². Certains pollens d'arbres entraînent des problèmes à partir de la mi-février, le pollen des bouleaux de mars à mai et les pollens des graminées de la mi-mai à la fin août⁴. Chez 70% des patients, les symptômes sont souvent plus importants le matin³.

L'affection peut diminuer la qualité de vie et interférer avec la vie professionnelle et sociale^{2,3}. Chez les enfants, des symptômes mal contrôlés peuvent contribuer à des problèmes d'apprentissage et à des troubles du sommeil³. D'autres affections allergiques comme l'asthme et l'eczéma apparaissent souvent en même temps que le rhume des foins, ce qui aggrave encore les conséquences sur le fonctionnement².

Les symptômes s'améliorent souvent avec le temps³. Dans des études avec une période de suivi de 5 à 23 ans, les pourcentages de guérison spontanée atteignent 10 à 20% et les pourcentages d'amélioration 40 à 65%³.

L'objectif du traitement est de réduire ou d'éradiquer les symptômes, et d'optimiser la qualité de vie. La réduction du risque de développer une affection concomitante pourrait être également un objectif². En effet, il ressort d'études prospectives que les personnes souffrant de rhinite allergique ont un risque 3 fois plus élevé de développer de l'asthme, mais il n'est pas prouvé que le traitement de la rhinite allergique puisse éviter le développement de l'asthme⁵. On ne dispose pas non plus d'étude quant à un risque supérieur de développer une sinusite bactérienne chez des personnes souffrant de rhinite allergique⁵.

4. Prise en charge du rhume des foins

Non-médicamenteuse



- Eviter les facteurs déclenchants
- Solutions salines physiologiques
- Vapeurs

Médicamenteuse



SYSTEMIQUE

- Antihistaminiques H₁ oraux
- Vasoconstricteurs oraux
- Antagonistes des récepteurs des leucotriènes par voie orale
- Corticoïdes systémiques (par voie orale ou intramusculaire)
- Désensibilisation (par voie souscutanée ou sublinguale)
- *Pétasites hybridus* (Pétasite officinale, herbe à teigneux, herbe-à-la- peste)
- Probiotiques
- Omalizumab
- Médication homéopathique

ADMINISTRATION LOCALE

PREPARATIONS NASALES

- Antihistaminiques H₁
- Corticostéroïdes
- Cromoglicite sodique
- Ipratropium bromure
- Vasoconstricteurs

PREPARATIONS OPHTALMIQUES

- Antihistaminiques H₁
- Inhibiteurs de la libération des médiateurs
- Corticostéroïdes
- AINS

ASSOCIATIONS

4.1. Prise en charge non médicamenteuse

Le tabagisme et d'autres stimuli à l'origine des symptômes sont déconseillés⁴.

En cas d'allergie aux pollens, il est très difficile d'éviter l'exposition aux pollens. Les patients allergiques aux pollens peuvent tenir compte des informations météorologiques pour leurs activités extérieures (service de prévision des risques pour personnes allergiques). D'autres mesures consistent à garder les fenêtres fermées (également la nuit), rester à l'intérieur, ne pas tondre la pelouse soi-même, planifier ses vacances à un endroit ou à une saison avec peu de pollen⁴.

En cas de conjonctivite, il est conseillé de ne pas porter temporairement de lentilles de contact⁷. En cas de conjonctivite légère et d'usage de collyres contenant du benzalkonium chlorure comme conservateur, il faut attendre au moins 5 à 10 minutes avant de remettre les lentilles en place⁷. L'application d'une solution saline physiologique (gouttes, spray), de compresses imbibées d'eau froide⁷ ou l'inhalation de vapeur d'eau pure peut soulager temporairement les symptômes.

Dans une revue Cochrane portant sur des patients atteints de rhinosinusite chronique parmi lesquels des patients atteints de rhinite allergique saisonnière, les solutions salines par voie nasale se sont avérées efficaces. Il s'agissait d'études de petite envergure. Il n'était pas possible de se prononcer quant à la supériorité d'un type de solution saline par rapport à une autre.

Dans une étude portant sur 102 patients souffrant de rhinite allergique, l'inhalation de vapeur d'eau (2 fois 30 minutes par jour, 2 jours par semaine) a eu un effet positif sur l'obstruction nasale objective et sur les symptômes. Il n'y a pas eu d'effets indésirables⁴.

- **Cétirizine**
Dans neuf études, la cétirizine (10 mg p.j.) a entraîné une amélioration significative des symptômes de rhinite, par rapport au placebo².
- **Lévocétirizine**
*La lévocétirizine est l'énantiomère R de la cétirizine. Les énantiomères sont des isomères en miroir, telles la main gauche et la main droite. Un mélange des deux énantiomères en quantités égales est appelé mélange racémique. Ces dernières années, plusieurs médicaments déjà disponibles sous cette forme racémique ont été commercialisés sous forme de l'un de leurs deux énantiomères. Pour la plupart de ces énantiomères, il n'existe que peu de preuves quant à un rapport risque/bénéfice supérieur à leur mélange racémique et il y a peu d'arguments que cela représente un progrès¹².
 Dans 2 études portant sur un total de 500 patients, la lévocétirizine (2,5 à 10 mg) a diminué le score total des symptômes (e.a. démangeaisons au niveau des yeux et du nez, éternuements et écoulement nasal)². Dans une RCT complémentaire portant sur un total de 797 patients, un score total des symptômes (4 symptômes évalués par le patient) significativement plus faible a été observé après une semaine de traitement avec la lévocétirizine (5 mg p.j.), par rapport au placebo¹³.*
- **Loratadine**
Il ressort de 13 études que, par rapport au placebo, la loratadine améliore les symptômes de rhinite et la qualité de vie. Une étude donne des résultats contradictoires².
- **Desloratadine**
*La desloratadine est le métabolite actif principal de la loratadine¹⁴. Dans 1 revue systématique et 4 RCT complémentaires, l'effet de la desloratadine a été étudié par rapport au placebo. Il ressort de la revue systématique que la desloratadine diminue le score total des symptômes au niveau du nez et ailleurs, ainsi que la congestion nasale². La corrélation entre la mesure objective de la résistance nasale et l'impression subjective de congestion nasale ("nasal airflow sensation") est faible³.
 Cet avantage possible de la desloratadine par rapport aux autres antihistaminiques H₁ sur la congestion nasale n'a pas été confirmé dans les études comparatives³. Une augmentation de la dose n'a pas montré de valeur ajoutée⁹.
 Les effets indésirables suivants ont été rapportés: sécheresse de la bouche 3%, fatigue 3%, céphalées 6%, somnolence 2%, vertiges 1%, nausées 1%. 1-3% des patients ont arrêté le traitement en raison des effets indésirables^{2,9}.*
- **Ebastine**
Il ressort de 5 RCT que l'administration de 10 à 40 mg d'ébastine diminue significativement les symptômes de rhinite par rapport au placebo². Dans une autre RCT, l'ébastine (10 mg) n'a pas eu d'influence sur le score journalier moyen des symptômes².
- **Fexofénadine**
*La fexofénadine est un métabolite actif de la terfénadine (qui a été retirée du marché en raison du risque d'allongement de l'intervalle QT)¹⁵.
 Huit RCT ont analysé l'effet de la fexofénadine sur la qualité de vie, l'incapacité de travail, l'incapacité d'aller à l'école et les symptômes de rhinite. Dans 3 RCT portant sur un total de 3481 patients, un effet positif sur la qualité de vie a été constaté par rapport au placebo. 2 RCT ont étudié l'effet sur l'incapacité de travail. La fexofénadine à raison de 120 mg ou 180 mg a entraîné significativement moins d'absentéisme au travail que le placebo. Il ressort de 5 RCT que la fexofénadine diminue de manière significative les symptômes de rhinite par rapport au placebo². Il ressort d'une RCT que la fexofénadine pourrait avoir un effet sur la congestion nasale⁸, mais un article de synthèse et une recommandation récente ne se prononcent pas quant au choix de ce produit sur base de ces données³. La corrélation entre la mesure objective de la résistance nasale et l'impression subjective de congestion nasale ("nasal airflow sensation") est faible³.*
- **Mizolastine**
Dans 3 RCT, la mizolastine a diminué de manière significative le score total des symptômes chez des patients ayant reçu 10 à 15 mg de mizolastine, par rapport au placebo².

Antagonistes des récepteurs des leucotriènes administrés par voie orale

Par rapport au placebo, les antagonistes des récepteurs des leucotriènes administrés par voie orale diminuent les symptômes nasaux et les symptômes de la conjonctivite, et améliorent la qualité de vie². NB: En Belgique, la rhino-conjonctivite allergique saisonnière ne figure pas comme indication dans la notice des antagonistes des récepteurs des leucotriènes.

