La rhinite allergique de l'adulte

L. Calvo[a], F. Rivière[b].

a Antenne de médecine du personnel, consultation d'allergologie, HIA Bégin, 69 avenue de Paris – 94163 Saint Mandé Cedex.
b Service de médecine de prévention du ministère de la Défense, centre de médecine de prévention des armées de Metz, CS 30001 – 57000 Metz Cedex 1.

Article reçu le 7 décembre 2010, accepté le 6 juin 2012.

Résumé

La rhinite allergique est une maladie fréquente en médecine générale et d'apparence banale. Elle concerne jusqu'à 30 % des adultes et doit être dépistée le plus tôt possible pour éviter les conséquences liées à son retentissement sur la qualité de vie, les performances professionnelles et pour éviter la survenue de comorbidités tel un asthme, cause potentielle d'inaptitude à l'engagement ou durant la vie militaire. Des textes de recommandation rédigés sous l'égide de l'OMS font maintenant largement le point sur la question. Pour autant, ils restent méconnus des médecins qui sont en première ligne pour traiter les patients. Cet article précise l'importance de la rhinite allergique et son lien avec l'asthme afin d'optimiser la prise en charge des militaires par les praticiens d'unité.

Mots-clés : ARIA. Asthme allergique. Rhinite allergique.

Abstract

ALLERGIC RHINITIS OF ADULT

Allergic rhinitis is a very common disease in the field of general medicine because up to 30% of adults are concerned by this problem. This disease seems to be very banal but it has to be screened for and especially treated in order to avoid consequences in term of impact on working performances like appearance of asthma with its potential impact on military operational ability. Recommendations wrote under the aegis of WHO clarify this question. But yet general practitioners don't know them although they are lined up to treat patients. This paper explains the importance of allergic rhinitis and its link with asthma to improve and take care of soldiers by military practitioners.

Keywords: Allergic asthma. ARIA. Allergic rhinitis.

Introduction

L'exercice professionnel du médecin d'unité s'exprime comme médecin traitant prodiguant soins et conseils aux militaires et à leurs familles et comme médecin expert pour déterminer l'aptitude (engagement, missions quotidiennes, projection opérationnelle dans un environnement plus ou moins hostile). Ces démarches reposent sur la prévention et le dépistage le plus précoce possible de pathologies dont les complications ou les comorbidités peuvent représenter des motifs d'inaptitude plus ou moins définitifs.

L. CALVO, médecin en chef, praticien. F. RIVIÈRE, médecin en chef, praticien certifié.
Correspondance : L. CALVO, Antenne de médecine du personnel, consultation d'allergologie, HIA Bégin, 69 avenue de Paris – 94163 Saint Mandé Cedex.
E-mail : laurence.calvo@santarm.fr

La Rhinite allergique (RA) est la plus fréquente des maladies allergiques. Il s'agit d'une inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse des fosses nasales qui se manifeste par des symptômes de la sphère ORL et extra ORL. Elle concerne 25 à 30 % des adultes dans les pays occidentaux, sa prévalence a doublé dans tous les pays en seulement une décennie (1, 2) et elle affecte 500 millions de personnes dans le monde. D'apparence banale, il s'agit en réalité d'un véritable problème de santé publique comme l'ensemble des maladies allergiques dans les pays industrialisés au point que la RA est désormais classée au 4e rang des pathologies par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS). Elle peut altérer notablement la qualité de la vie des patients qui en souffrent et retentir sur leur productivité professionnelle (3-5). Ses comorbidités sont bien connues, notamment le lien clairement établi entre la RA et l'asthme (6).

En 2001, sous l'égide de l'OMS, un groupe d'experts a proposé une première classification ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) pour faire l'état des lieux des connaissances sur le sujet, établir une démarche thérapeutique consensuelle basée sur les preuves et orienter les perspectives de recherche (7). Les études épidémiologiques ont précisé la coexistence d'une rhinite et d'un asthme chez les mêmes patients et les liens physiopathologiques et cliniques entre ces deux pathologies (6, 8).

Diffusée en langue anglaise cette première version de l'ARIA n'a été connue que par quelques professionnels de santé. Sa mise à jour en 2008 a réaffirmé le principe d'unicité des voies respiratoires hautes et basses et a modifié la classification de la RA passant ainsi du concept de rhinite saisonnière ou per annuelle au concept de rhinite intermittente ou persistante intégrant différents degrés de sévérité. De même les traitements de la rhinite ont été précisés et mieux codifiés (9).

Pour autant différentes enquêtes observationnelles à l'échelle départementale ou nationale visant à évaluer la prise en charge de la RA en France selon ces nouveaux critères montrent encore une grande méconnaissance des recommandations par les praticiens et une insatisfaction des patients par rapport à leur prise en charge (10).

En tant que médecin de soin, le médecin d'unité est souvent amené à traiter des militaires souffrant de RA. Cet article propose de faire le point sur cette pathologie afin d'améliorer l'approche de cette patientèle dans la pratique médicale courante.

Définition et physiopathologie de la rhinite allergique

La RA correspond à l'ensemble des manifestations fonctionnelles du nez engendrées par le développement d'une inflammation IgE dépendante de la muqueuse nasale en réponse à l'exposition à différents allergènes respiratoires (appelés pneumallergènes) (11). Il peut s'agir d'allergènes de l'environnement intérieur présents toute l'année appelés allergènes per annuels. C'est le cas par exemple des acariens, de certaines moisissures, des phanères d'animaux domestiques (chiens, chats ou autres), ou des blattes. D'autres allergènes de l'environnement extérieur sont quant à eux présents seulement lors de certaines saisons. C'est le cas des pollens (arbres, herbacées, graminées) avec des espèces prédominantes selon les régions et d'autres moisissures. Ils font l'objet d'une surveillance étroite en France via le Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) qui étudie le contenu de l´air en particules biologiques pouvant avoir une incidence sur le risque allergique pour la population grâce à un réseau de capteurs répartis sur des sites choisis selon des critères climatiques, botaniques et de densité de populations. Les allergènes professionnels responsables de rhinites allergiques professionnelles ne seront pas envisagés.

La pathologie allergique est sous-tendue par un mécanisme immunitaire qui se développe en deux phases (12).

La première est une phase de sensibilisation cliniquement silencieuse qui dure huit à quinze jours. Des lymphocytes T « naïfs » prolifèrent et sont initiés en lymphocytes T « mémoires » après présentation conjointe dans les ganglions périphériques de peptides antigéniques (allergéniques) par les cellules présentatrices des antigènes (CPA) et les molécules du complexe majeur d'histocomptabilité de classe 2. Ce contact provoque la synthèse d'IgE spécifiques des allergènes par les lymphocytes B. Ces anticorps se fixent ensuite sur les mastocytes cutanés et les polynucléaires basophiles sanguins par l'intermédiaire de récepteurs membranaires spécifiques de forte et de faible affinité.

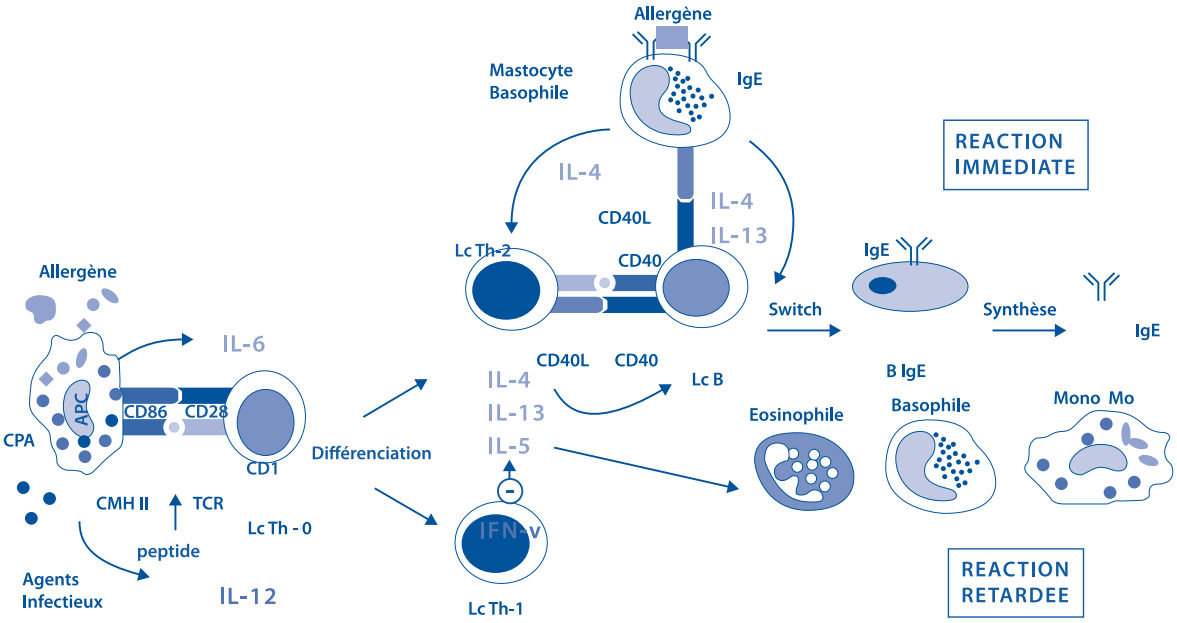
La seconde étape est appelée phase d'élicitation. C'est une réaction inflammatoire qui apparaît à l'occasion d'un énième contact avec l'allergène. Les CPA et les lymphocytes T « mémoires » initient une cascade d'évènements pro inflammatoires qui aboutit à la reconnaissance de l'allergène par les IgE spécifiques fixés antérieurement sur les mastocytes et les basophiles qui dégranulent et libèrent des médiateurs préformés anaphylactiques (histamine et tryptase) responsables de la contraction des muscles lisses, de la vasodilatation et de l'augmentation de la perméabilité des capillaires.

À cette réponse allergique immédiate succède une réponse allergique retardée qui aboutit au recrutement de cellules inflammatoires et immunocompétentes comme les polynucléaires éosinophiles, à la libération de cytokines comme les interleukines 4 et 5 et à la libération de médiateurs nouvellement formés issus du métabolisme de l'acide arachidonique comme les leucotriènes et les prostaglandines (fig. 1, 1bis et 2).

La répétition et la multiplicité des expositions allergéniques amplifient le nombre de réactions inflammatoires à la fois immédiates et retardées entretenant un niveau basal d'inflammation. L'hyper-réactivité nasale qui en résulte se manifeste cliniquement pour des expositions à de faibles concentrations de substances irritantes comme la fumée de tabac ou les odeurs fortes (hyperréactivité nasale non spécifique) et pour l'inhalation d'une quantité plus ou moins faible d'allergènes (hyperréactivité nasale spécifique). L'entretien de cette inflammation peut persister à distance du contact allergénique notamment lorsque l'exposition initiale a été longue et/ou intense expliquant la réapparition rapide des symptômes en cas de réexposition à l'allergène l'ayant provoquée.

Classification des rhinites

Les étiologies des rhinites font l'objet de différentes classifications. La recommandation pour la pratique clinique proposée en 2005 par la Société française d'ORL (13) distingue les rhinites selon leur nature allergique ou non et selon l'existence d'un mécanisme inflammatoire ou non (fig. 3). La conférence de consensus ARIA de l'OMS distingue quant à elle les RA selon la durée et la sévérité des manifestations cliniques (fig. 4 et 5). Les rhinites intermittentes (anciennes rhinites saisonnières) durent moins de quatre jours par semaine ou de quatre semaines par an. Les rhinites persistantes (anciennes rhinites perannuelles) ont une durée supérieure à quatre



D'après Deslée G et al. Implication des cellules dendritiques en pathologie respiratoire allergique. Revue des Maladies Respiratoires. 2004 Jun : 21(3 P0 1) : 549 55.

Figure 1. Physiopathologie de la réaction allergique.

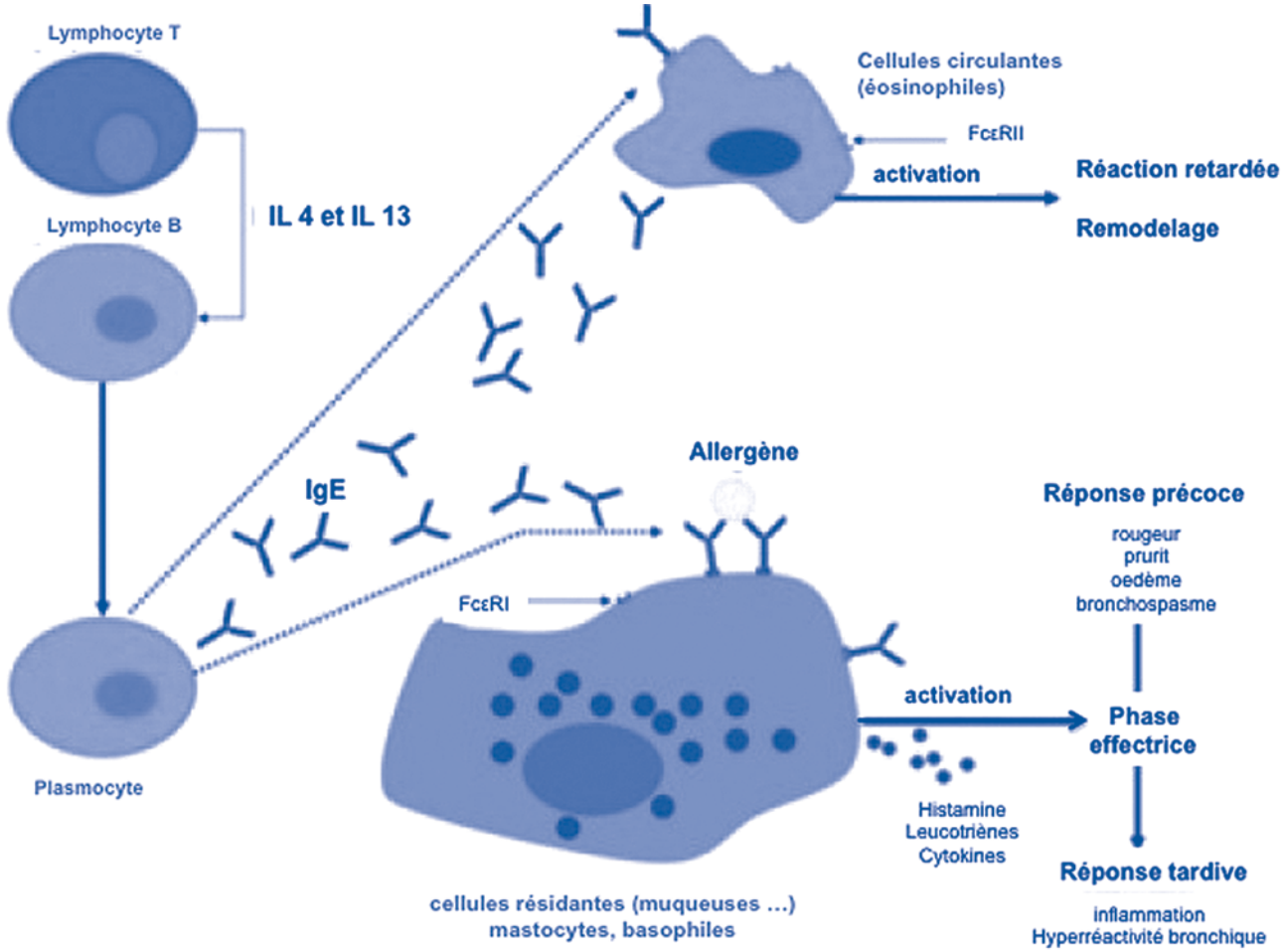


Figure 1bis.

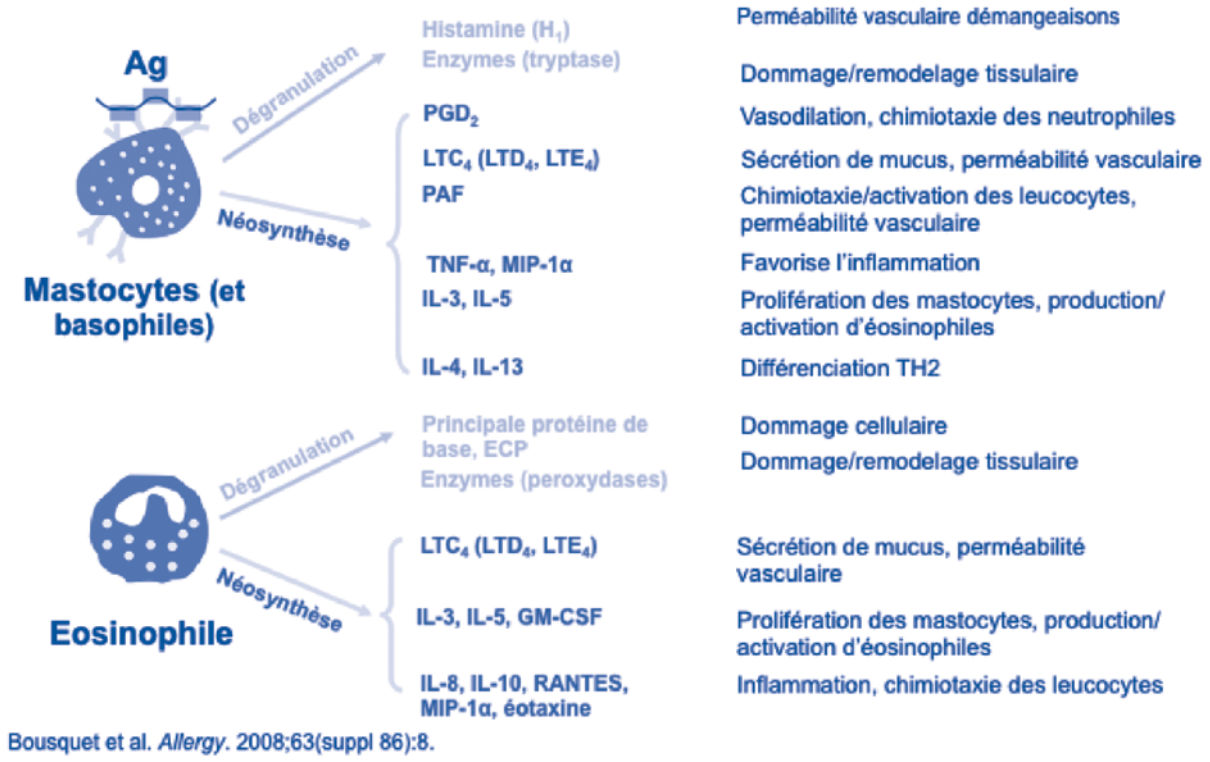


Figure 2. Cellules inflammatoires et médiateurs associés dans la rhinite allergique.

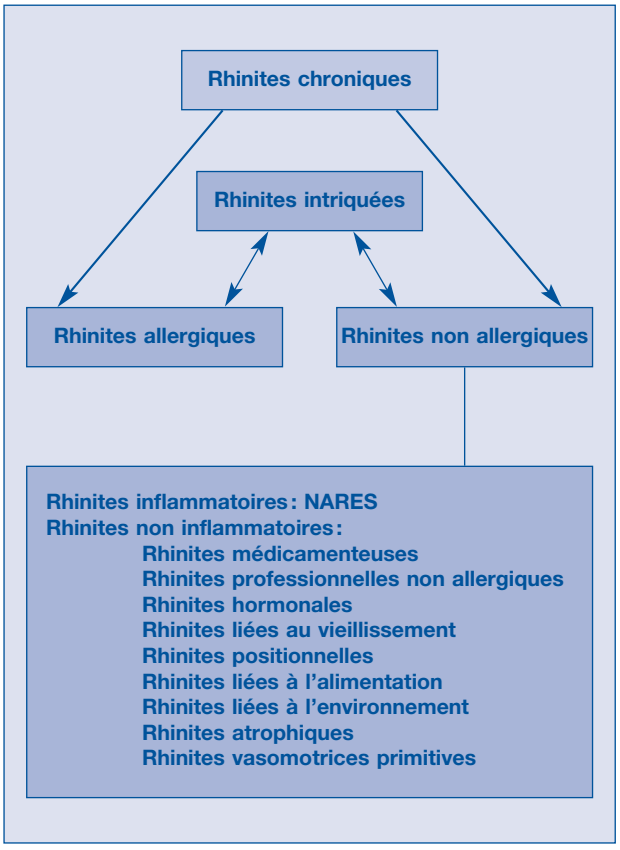


Figure 3. Classification des rhinites chroniques selon la recommandation pour la pratique clinique de la société française d'ORL en 2005.

jours par semaine ou à quatre semaines par an. La sévérité des symptômes intègre deux niveaux : léger et modéré à sévère. Les RA sont donc réparties en quatre groupes (intermittent léger, persistant léger, intermittent modéré à sévère et persistant modéré à sévère) pour s'adapter à différents constats : certains patients sensibilisés à des variétés de pollens libérés dans l'air sur plusieurs mois consécutifs ont des symptômes sur une longue durée, d'autres sont sensibilisés à une seule variété de pollen libérée dans l'air sur une longue durée expliquant de ce fait une longue période de symptômes, d'autres patients bien que sensibilisés à un allergène perannuel (comme les acariens) ne présentent des manifestations cliniques que durant quelques semaines par an ; certains enfin sont sensibilisés à la fois à des allergènes perannuels et saisonniers qui sont responsables de manifestations cliniques pouvant durer toute l'année.

La sévérité du retentissement sur la qualité de vie personnelle et professionnelle des patients est un critère d'introduction récente dans la classification ARIA. Elle est indépendante de la durée des manifestations cliniques. L'appréciation du niveau de gêne repose sur l'interrogatoire sérieux du patient pour adapter au mieux le traitement au retentissement sur les performances professionnelles particulièrement dans certaines activités à risques (fig. 6).

Les enquêtes épidémiologiques (14, 15) montrent que les patients ayant recours à un médecin sont généralement ceux qui sont les plus gênés et pour lesquels l'impact sur leur qualité de vie professionnelle et/ou privée est tel qu'un arrêt de travail peut s'avérer nécessaire. Elles objectivent également que cette demande médicale est

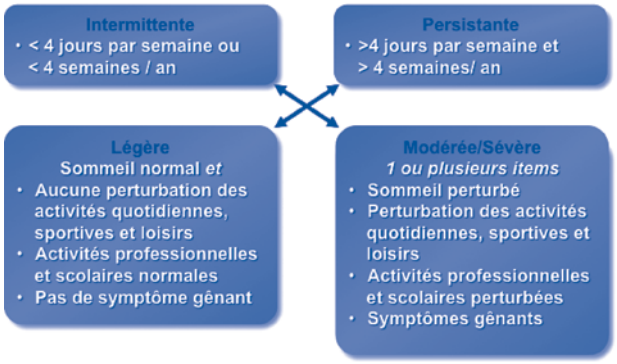


Figure 4. Classification des rhinites allergiques selon la conférence de consensus ARIA.

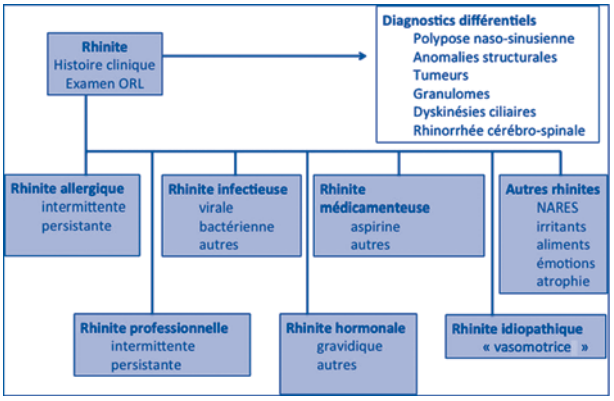


Figure 5. Classification des rhinites selon la conférence de consensus internationale ARIA de l'OMS.

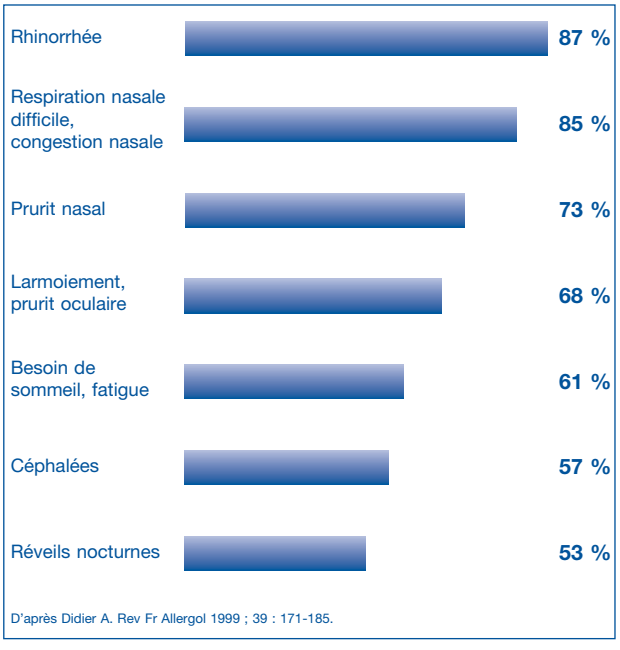


Figure 6. Symptômes handicapants dans la rhinite allergique.

tardive, l'automédication étant très fréquente (16). Le praticien d'unité devra donc être particulièrement attentif aux militaires qui consultent spontanément pour évaluer les besoins spécifiques de chacun et apprécier les traitements utilisés notamment pour les mettre en garde contre le risque de somnolence liée principalement aux antihistaminiques de première génération en vente libre dans les pharmacies.

Sur le modèle de l'appréciation routinière du niveau de douleur ressentie par les patients, des échelles visuelles analogiques (EVA) sont utilisées dans les études les plus récentes pour évaluer la gêne globale ressentie en cotant chaque symptôme de RA, le retentissement sur l'activité professionnelle et les traitements utilisés (16). Ces EVA permettent de faire un état des lieux initial de la maladie et de suivre facilement l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Jusqu'à 92 % des patients se plaignent de l'altération d'au moins un paramètre de leur qualité de vie, plus de 40 % ont des troubles de l'humeur, plus de 35 % ont une altération de la qualité de leur sommeil et éprouvent une gêne dans les activités sportives quotidiennes, plus de 30 % ont des troubles de la concentration et estiment que la RA a un impact sur la relation avec l'autre. Les symptômes de la RA dépassent donc largement la seule sphère ORL. À l'extrême des cas tragiques sont rapportés dans la littérature (17,18) : des accidents de la voie publique parfois mortels sont liés à la survenue de crises soudaines et incontrôlables d'éternuements en salve qui s'accompagnent d'un réflexe de fermeture oculaire pendant plusieurs secondes. Dans d'autres cas, les accidents et les blessures sont associés aux effets adverses des antihistaminiques sédatifs pris par les patients.

Les éléments du diagnostic d'une rhinite allergique

En pratique, poser le diagnostic de RA nécessite de :
– poser le diagnostic de rhinite ;
– poser un diagnostic de sensibilisation à un ou à plusieurs allergènes ;
– établir l'existence d'un lien entre l'exposition à ces allergènes et les manifestations cliniques présentées par le patient ;
– évaluer la cohérence entre les résultats du bilan allergologique et la pertinence clinique ;
– éliminer les autres étiologies des rhinites.

Diagnostic positif d'une rhinite allergique

L'interrogatoire du patient est un élément primordial

Il doit être minutieux car c'est l'un des éléments clefs du diagnostic. Chez l'adulte, la RA associe généralement des symptômes de la sphère ORL et extra ORL.

Les manifestations nasales sont caractéristiques et contemporaines de l'exposition à l'allergène.

Les éternuements en salves consécutifs à l'inhalation de l'allergène témoignent de la réactivité immédiate de la muqueuse nasale.

La rhinorrhée classiquement aqueuse antérieure et bilatérale est due à l'hypersécrétion glandulaire et à l'hyperperméabilité vasculaire ; elle apparaît également très rapidement après le contact avec l'allergène et se prolonge après celui-ci.

La sensation d'obstruction ou de congestion nasale est retrouvée chez 60 % des patients.

Plus de 85 % des patients présentent l'association d'au moins deux de ces symptômes. Il peut exister un prurit nasal ou vélopalatin dans 40 % des cas. Il faut rechercher une sinusite associée à la rhinite en cas de jetage postérieur prolongé (notamment purulent), d'hyposmie ou d'anosmie transitoire, de sensation de pesanteur de la face ou de céphalées. L'examen ORL permet de préciser l'état de la muqueuse nasale, de vérifier la nature et la qualité des sécrétions ainsi que la bilatéralité de la rhinorrhée.

Il faut rechercher la présence de manifestations extra ORL.

Une conjonctivite avec prurit et larmoiement est retrouvée dans 50 à 80 % des cas. En cas d'allergie aux pollens, jusqu'à 95 % des conjonctivites sont associées à une rhinite.

Il peut exister une sensation d'oppression thoracique dans 15 à 25 % des cas et une toux témoignant d'une hyperréactivité bronchique dans 30 % des cas. La recherche d'un asthme doit être systématique devant une rhinite modérée à sévère et/ou persistante (antécédents d'asthme, usage de bronchodilatateurs ou de corticoïdes par voie inhalée, sibilants expiratoires à l'auscultation, toux nocturne, gêne à l'effort…), car l'inflammation allergique concerne également la muqueuse bronchique du fait des grandes similitudes histologiques avec la muqueuse nasale (19). Les données physiopathologiques affirment le principe d'unicité des voies aériennes hautes et basses sur la base de l'existence d'une diffusion par voie systémique de l'inflammation commune aux deux muqueuses (20).

Les observations épidémiologiques corroborent les éléments physiopathologiques : asthme et rhinite coexistent fréquemment chez les mêmes patients (6) d'autant plus que la rhinite est sévère. La RA est considérée comme un véritable facteur de risque d'asthme : jusqu'à 80 % des asthmatiques ont une rhinite associée, les patients ayant une RA ont un risque évalué à 18,8 % d'être asthmatique, l'existence d'une rhinite aggrave les symptômes d'asthme, et le traitement de la rhinite influence le contrôle de la maladie asthmatique (16, 21, 22).

Il peut exister chez certains patients une hyperréactivité des bronches au minimum (fig. 7).

L'ARIA propose de poser quatre questions simples en cas de doute sur l'existence d'un asthme.

1. Avez-vous déjà présenté un ou plusieurs épisodes de sifflements ?
2. Avez-vous déjà présenté des épisodes de toux nocturne ?
3. Avez-vous déjà présenté des sifflements ou une toux au cours des activités physiques ?
4. Avez-vous déjà ressenti une oppression dans la poitrine ?

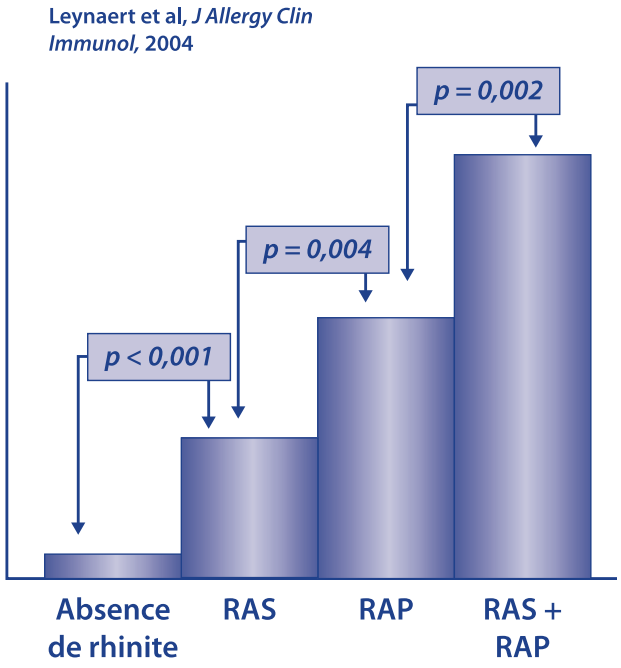


Figure 7. Prévalence de l'asthme chez les patients souffrant de rhinite allergique.

L'analyse des symptômes recherchera l'existence d'une unité de temps et d'une unité de lieux qui ont une grande valeur d'orientation pour évoquer une maladie allergique.

Pour les raisons précédemment évoquées l'impact sur la qualité de vie doit être soigneusement évalué : nécessité d'un arrêt de travail et durée de celui-ci, difficultés de concentration au travail, qualité du sommeil, retentissement sur les activités sportives et de loisirs, recours à l'automédication.

La réalisation du bilan initial

Lorsqu'une origine allergique est évoquée, la réalisation d'un bilan de débrouillage permettra dans un second temps d'adresser le patient vers un allergologue qui réalisera le bilan allergologique spécifique (tests cutanés, examens biologiques et respiratoires) qui permettra d'identifier la sensibilisation vis-à-vis du ou des allergènes en cause. Une désensibilisation allergénique ou immunothérapie allergénique spécifique par voie sublinguale ou injectable sera éventuellement envisagée en cas de rhinite allergique persistante modérée à sévère.

Le dosage des IgE totales n'a pas d'intérêt chez l'adulte atopique car un taux normal ou bas d'IgE totales n'exclut pas l'allergie. En revanche le dosage des IgE spécifiques sériques sous la forme de tests multi allergéniques de dépistage représente la première approche diagnostique de l'allergie respiratoire pour le praticien sans compétence en allergologie. Ces tests détectent dans le sérum des patients les IgE spécifiques dirigées contre les pneumallergènes les plus fréquemment en cause.

Le plus connu et le plus courant d'entre eux est l'ImmunoCAP® Phadiatop du laboratoire Thermo

Scientific. Il aide à confirmer ou exclure avec fiabilité la responsabilité d'une allergie aux pneumallergènes courants : acariens, animaux domestiques (chien et chat), pollens et moisissures. La réponse est qualitative : positive ou négative. La sensibilité et la spécificité de ce test dépassent les 90 %. En cas de négativité, le diagnostic d'allergie est peu probable sauf si l'allergène en cause pour le patient n'est pas contenu dans le mélange.

La réalisation d'une radiographie des sinus n'a pas d'intérêt en première intention pour diagnostiquer une RA. Du fait de son caractère irradiant et de son absence d'intérêt pour le diagnostic d'une RA la tomodensitométrie des sinus doit être réservée à l'exploration des diagnostics différentiels.

L'existence de symptômes cliniques évocateurs d'un asthme fera réaliser une spirométrie.

Diagnostics différentiels

Certains tableaux de rhinites peuvent être difficiles à appréhender (23, 24). C'est le cas des rhinites mixtes qui associent une cause allergique à une cause non allergique. Elles représentent un quart à un tiers des rhinites selon les études, touchent plus volontiers les femmes en zone urbaine et se caractérisent cliniquement par une obstruction nasale nettement marquée par rapport aux autres symptômes de rhinite. Leurs mécanismes sont inflammatoires (rhinites à éosinophiles) ou non inflammatoires. Certaines relèvent d'une cause intrinsèque (comme les rhinites hormonales, positionnelles ou atrophiques), d'autres relèvent de causes extrinsèques. Parmi ces dernières, les causes médicamenteuses sont les plus fréquentes (usage répété de décongestionnants nasaux, prise de certains antihypertenseurs ou de contraceptifs oraux). Certains aliments histaminolibérateurs ou riches en sulfites, en éthanol ou en caféine peuvent déclencher des rhinites d'origine alimentaire non allergique. De même des irritants respiratoires (fumée de tabac, odeurs fortes, environnement très poussiéreux, climatisation) peuvent déclencher des symptômes nasaux.

Une symptomatologie rhinosinusienne peut être initialement méconnue notamment chez un patient atopique. Il faut y penser en cas d'obstruction nasale isolée unilatérale ou d'obstruction nasale bilatérale avec diminution ou perte de l'odorat. Une rhinorrhée aqueuse « eau de roche » dans un contexte traumatique parfois ancien et difficile à retrouver pourra correspondre à une fuite de liquide céphalorachidien. De même, l'échec d'un traitement classique pour RA dans un contexte rhinosinusien doit relever rapidement d'un avis ORL.

Le traitement symptomatique de la rhinite allergique (hors désensibilisation et traitement de l'asthme)

Les mesures d'éviction des allergènes

L'efficacité des mesures d'éviction des allergènes est controversée. Pour les allergies aux pollens il faut conseiller au patient de consulter les calendriers polliniques régionaux du RNSA pour connaître la nature des allergènes présents ou à venir dans sa région afin d'intensifier son traitement de fond. La mobilité des militaires permet également (à l'occasion d'une mission à l'étranger ou d'une mutation dans une autre région de France ou en outre mer) de ne plus être exposé aux pollens en cause dans leurs manifestations allergiques.

Le traitement symptomatique de la rhinite allergique

Il s'appuie sur un grand nombre d'études cliniques menées chez des patients souffrant de RA modérée à sévère (25, 26). Parmi les différentes classes thérapeutiques disponibles, les corticoïdes et les antihistaminiques occupent une large place. Les vasoconstricteurs ont des indications spécifiques. Le seul antileucotriène disponible en France (montelukast) peut selon les indications du Vidal 2012 « apporter une soulagement symptomatique de la RA saisonnière ».

Selon les recommandations françaises :

– les corticoïdes nasaux sont plus efficaces que les antihistaminiques oraux sur tous les symptômes de la rhinite allergique y compris sur la sensation d'obstruction nasale. Il n'y a pas de différence d'efficacité clinique entre les différents corticoïdes utilisés par voie nasale. Leur tolérance locale et générale est excellente. La dose minimale efficace sera systématiquement recherchée ;

– les antihistaminiques de première génération ne doivent plus être prescrits pour traiter une RA : même pris la veille ils demeurent sédatifs et sont responsables d'une baisse de la vigilance potentiellement mortelle (27). Il faut donc absolument en tenir compte pour les militaires qui occupent des postes de sécurité car ces molécules en vente libre sont souvent utilisées en automédication. Les antihistaminiques de deuxième et de troisième génération ne sont généralement pas sédatifs. Il n'existe pas à priori de différence significative entre eux mais peu d'études existent à ce sujet ;

– les corticoïdes nasaux sont indiqués en première intention pour traiter une RA sévère et en deuxième intention en cas d'échec des antihistaminiques oraux. L'association d'emblée de ces deux classes thérapeutiques ne respecte pas les recommandations d'autant que l'effet additif entre corticoïde nasal et antihistaminique oral n'est pas démontré ;

– la prescription de corticoïdes systémiques par voie intramusculaire doit être proscrite ;

– la prescription de corticoïdes oraux est réservée à des cures courtes ;

– tout traitement doit être réévalué après une à deux semaines pour vérifier son efficacité, son innocuité et rechercher la dose minimale efficace. Il ne doit pas être prescrit d'emblée pour toute la durée de la saison pollinique et surtout si la rhinite est sévère ;

– il est important d'agir rapidement et durablement sur les symptômes décrits comme les plus gênants par le patient pour améliorer au plus vite sa qualité de vie et augmenter son adhésion à l'observance thérapeutique pour cette pathologie chronique ;

– dans la même logique, il faut tenir compte de l'efficacité, de la tolérance des traitements et des attentes ou des craintes du patient notamment vis-à-vis de la corticothérapie en l'associant à sa prise en charge. Cette éducation thérapeutique prend du temps et doit être répétée régulièrement lors des consultations de suivi (fig. 8, 9 et 10).

Des mesures simples complémentaires et quotidiennes doivent être conseillées pour éliminer mécaniquement les allergènes (lavage et mouchage du nez, lavage des cheveux si possible même avec un gant de toilette humide, lavage des yeux en complément des collyres), et pour limiter la présence de pollens dans le domicile (éviter de faire sécher le linge à l'extérieur, éviter d'aérer les chambres en pleine journée).

	Congestion	Rhinorrhée	Démangeaisons Eternuements	Durée
Stéroïdes nasaux	+++	+++	++/+++	12-48H
Anti H1 oraux	+	++	+++/++	12-24 H
Décongestionnants oraux	+	-	-/-	3-24 H
Anticholinergiques	-	++	-/-	4-12 H
Cromones nasales	+	+	+/+	2-6 H
Antileucotriènes	++	+	-/-	Non rapportée

Bousquet et al. Allergy. 2003 ;58 :192.
Bousquet et al. Allergy 2002 ;57 :841.
Bousquet et al. Allergy 2008 ;63 (suppl 86) : 8
Van Cauwenberge et al. Allergy 2000 ;55 :116.

Figure 8. Directives ARIA pour le traitement de la rhinite allergique.

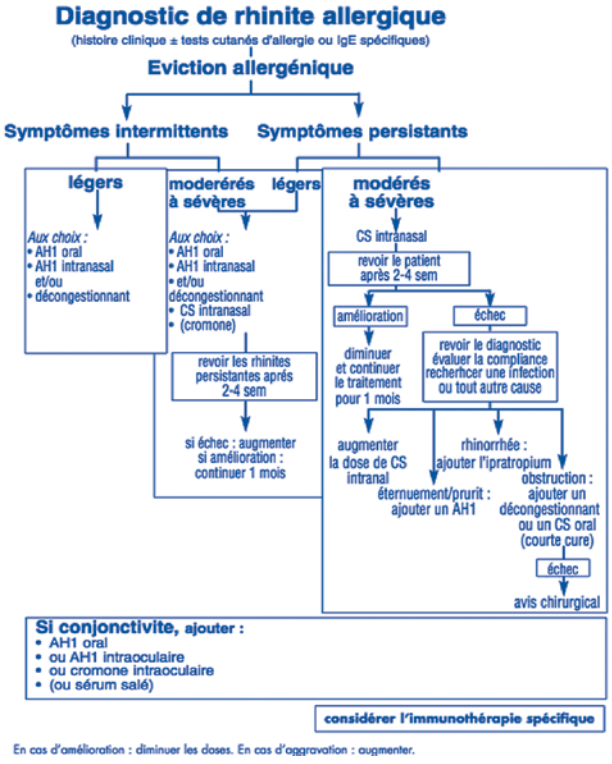


Figure 9. Prise en charge de la rhinite allergique et son impact sur l'asthme. Guide de poche – ARIA2001, page 18.

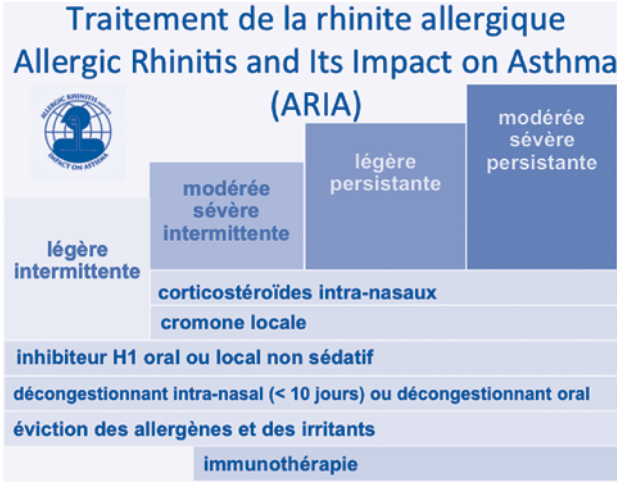


Figure 10. Recommandations pour le traitement de la rhinite allergique en fonction du stade de sévérité et de son caractère intermittent ou persistant. D'après Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. J Allergy Clin Immunol 2001 ; 5 : S147 – 334.

Conclusion

Trop souvent banalisée la RA de l'adulte est une pathologie fréquente qui doit être explorée par les médecins lors des visites médicales d'engagement, des visites médicales périodiques et lors des consultations.

Le lien entre la rhinite et l'asthme est clairement établi, comme le retentissement parfois important de la RA sur la qualité de vie professionnelle et privée des patients, indépendamment des effets sédatifs de certains médicaments de la RA. En intégrant la dimension de prévention dans sa pratique quotidienne, le praticien doit s'attacher à préserver au mieux la capacité opérationnelle des militaires dont il assure la surveillance médicale. Dans le même esprit le poids de la RA sur la productivité des militaires doit donc faire l'objet d'une grande attention.

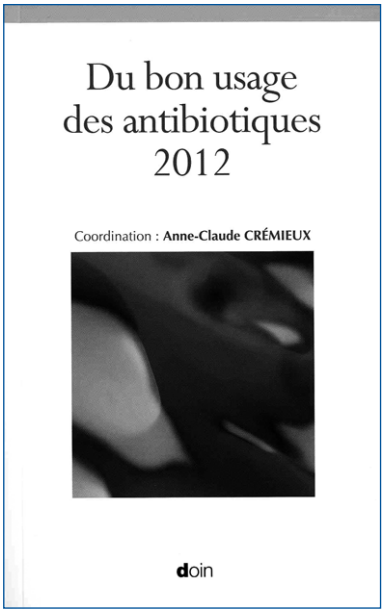
En ce sens les médecins d'unité sont en première ligne pour prendre en charge cette maladie encore bien souvent sous-estimée (car méconnue) parfois par les patients eux-mêmes.

Cette pathologie multifactorielle au carrefour de différentes spécialités nécessite une approche transversale pluridisciplinaire pour optimiser la prise en charge des militaires en coordination avec le médecin qui connaît leur environnement professionnel spécifique afin de préserver leur aptitude à être projetable en tous temps et en tous lieux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. European Community Respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks and use of asthma medication in the European community respiratory health survey (EHRS). Eur Respir J 1996@;9:687-95.
2. Bauchau V, Durham S. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. Eur Respir J 2004;24:758-64.
3. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentin B, Burtin B. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 health status questionnaire. J Allergy Clin Immunol 1994;94:182-8.
4. Canonica GW, Bousquet L, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. Allergy 2007; 62:17-25.
5. Walker S, Khan-Wasti S, Fletcher M, Cullinan P, Harris J, Scheikh A. Seasonnal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers : case control study. J Allergy Clin Immunol 2007;120(2):381-7.
6. Leynaert B, Bousquet J, Neukirch C, Liard R, Neukirch F. Perennial rhinitis : an independent risk factor for asthma in non atopic sujects : results from the European community respiratory health survey. J Allergy Clin Immunol 1999;104:301-4.
7. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin Immunol 2001;108:S147-334.
8. Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. J Allergy Clin Immunol 2002;109:419-25.
9. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) – executive summary. Allergy 2008;63:8-160.
10. Didier A. Caractéristiques et évaluation des symptômes de la rhinite allergique : résultats de l'enquête CESAR. Rev Fr Allergol 2009; 49:S65-S68.
11. Braun J-J, Devillier P, Wallaert B, Rancé F, Jankowski R, Acquaviva J-L, et al. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique (épidémiologie et physiopathologie exclues) – Texte long. Rev Fr Allergol 2010;50:3-27.
12. Von Bubnoff D, Bieber T. Traité d'allergologie 2003 éditions Médecine-Sciences – Flammarion:101-9.
13. Klossek JM, Serrano E. Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge des rhinites chroniques. Rev Fr ORL 2005;87:44-58.
14. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M. ERASM, a pharmaco-epidemiologic survey on management of intermittent allergic rhinitis in every day general practice in France. Allergy 2002; 57:546-54.
15. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Klossek JM. ERAP, enquête pharmacoépidémiologique sur la rhinite allergique perannuelle en pratique quotidienne. Presse Med 2003;32:1066-73.
16. Truong van ut C, Trébuchon F, Birnbaum J, Agell M, Navarro-Rouimi R, Gentile G, et al. Connaissances et comportements des patients atteints de rhinite allergique lors d'une consultation de premier recours chez le médecin généraliste. Revue française d'allergologie, In press, Corrected proof, available 9 March 2012.
17. Sheldon L Spector, Ricardo A Tan. Fatal consequence of allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2010;126:1077.
18. Verster JC, Wolkerts ER. Antihistamines and driving ability : evidence from on-the-road driving studies during normal traffic. Ann Allergy Asthma Immunol 2004;92:294-303.
19. Chanez P, Vignola AM, Vic P, Guddo F, Bonsignore G, Godard P, et al. Comparison between nasal and bronchial inflammation in asthmatic and control subjects. Am J Respir Crit Care Med 1999;159: 588-95.
20. Denburg JA. Bone marrow in atopy and asthma : hematopoeitic mechanisms in allergic inflammation. Immunol Today 1999;20(3): 111-3.
21. Settipane RJ, Hagy GW, Settipane GA. Long term risk factors for developing asthma and allergic rhinitis : a 23-year follow-up study of college students. Allergy Proceedings 1994;15:21-5.
22. Guerra S, Sherrill DL, Martinez FD, Barbee RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. J Allergy Clin Immunol 2002;109:419-25.
23. Malard O, Serrano E, Miguéres M. Rhinite allergique difficile et diagnostics alternatifs. Rev Fr Allergol 2011;51:271-3.
24. Serrano E. Les rhinites chroniques difficiles. Rev Fr Allergol 2011; 51:S2-S6.
25. Devillier P. Quelles stratégies thérapeutiques dans la rhinite allergique ? Rev Fr Allergol 2009;49:S74-S76.
26. Demoly P. Entre recommandations et pratique, quelles sont les actualités de la rhinite allergique ? Rev Fr Allergol 2009:S61-S64.
27. Gary G, Kay PhD. The effects of antihistamines on cognition and performance. J Allergy Clin Immunol 2000;105:S622-7.

VIENT DE PARAÎTRE



DU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES 2012

Coordonné par Anne-Claude CRÉMIEUX

Si l'innovation pharmaceutique en antibiothérapie ralentit fortement, le « génie » bactérien, lui, ne cesse d'inventer de nouveaux mécanismes de résistance en même temps qu'il bénéficie de plus en plus des échanges « transfrontaliers » que ce soit entre ville et hôpital ou dans le cadre de la mondialisation de la résistance.
Certaines résistances connues se répandent, d'autres apparaissent qui ouvrent la porte à de véritables impasses thérapeutiques.
Pour cette nouvelle édition, ce guide s'inscrit dans un contexte qui a donc évolué : celui des résistances bactériennes qui menacent maintenant des pièces maîtresses de l'arsenal pharmaceutique, comme les céphalosporines, les fluoroquinolones ou les pénèmes, et également celui de la mobilisation de tous, autour des problématiques de la résistance aux antibiotiques et du bon usage de ces médicaments.
Ce bon usage des antibiotiques est au coeur d'un double enjeu :
– il doit assurer le présent : il vise à donner à chaque malade, s'il le nécessite, à l'instant de prescrire, le meilleur traitement possible compte tenu des éléments dont on dispose en terme de bénéfice et de risque ;
– il doit aussi garantir l'avenir pour la collectivité par la prise en compte de l'impact qu'il peut avoir sur l'environnement microbien afin de contribuer au développement durable de ces médicaments.
Ce guide est proposé comme une aide à la prescription au lit du patient. Il illustre des choix qui sont ceux des auteurs, appuyés sur les données de la science et sur leur expérience pratique. Il indique la démarche à suivre, les questions qu'il faut poser, à chacune des étapes de la prise en charge d'un malade : de l'antibiothérapie de première intention à celle de deuxième ligne.
C'est également un « référentiel » qui peut servir de base à la mise en place de stratégies locales susceptibles de modifier et d'améliorer la prescription hospitalière d'antibiotiques.
Il est destiné à tous les prescripteurs, débutants ou expérimentés, médecins exerçant en milieu libéral ou hospitalier comme étudiants en médecine.
C'est un outil indispensable de l'évaluation de leur pratique médicale. Il devrait devenir pour chacun un instrument de promotion de la qualité et de la sécurité des soins.

ISBN : 978 2 7040 1299 2 – Format : 12x19cm – Pages : 352 – Prix : 39 € – ***Éditions Doin – Wolters Kulwer France****, 1 rue Eugène et Armand Peugeot – 92856 Rueil-Malmaison. Tél. : 01 76 73 37 26 – jpauge@wolters-kluwer.fr*