

# Les allergies respiratoires de l'enfant

Dr TINSA Faten

Service de médecine infantile B

Hôpital d'enfants Béchir Hamza

# Introduction

- Pathologie fréquente chez l'enfant
- Problème de santé publique
- Asthme ++++
- Rhinite allergique

- Asthme problème de santé publique
- Augmentation de la prévalence
- Augmentation de la morbidité

Mais...

Sous traité ( retard de diagnostic et de prise en charge)

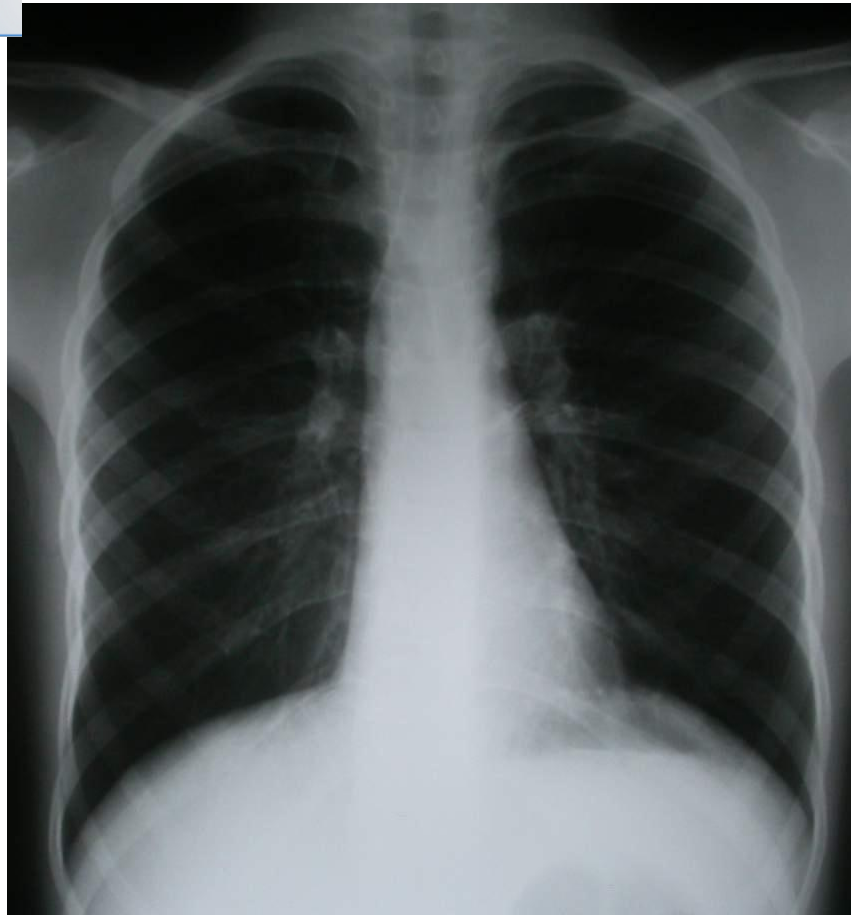
## PRÉVALENCE DE L'ASTHME CHEZ L'ENFANT

	Diagnostic	Prévalence	Sensib. Ige dépendante (TC et/ou IgE spéc $\geq$ 1 allergène)
Jeune enfant	Sifflements récurrents asthme	21-34%	<b>30-60%</b>
Age scolaire	Asthme	7-10%	<b>70 – 90%</b>

*Host et al. Allergy 2003 ; 58 : 559-69*

# Asthme de l'enfant

- Diagnostic facile
- Dyspnée expiratoire, sifflante, thorax distendu..
- Réversible sous  $\beta_2$  ++
- Rx thorax : distension



Enfant en crise

Mais ....

- Equivalents d'asthme : diagnostic difficile

La trachéite spasmodique :

Episodes de toux :

- survenue brutale
- dernière partie de la nuit
- si contrariété
- rebelle

Bronchites hivernales :

- Bronchites récidivantes (>3/an) en dehors de tout contexte infectieux ==> HRB ?

## Le signe clinique :

toux chronique : le seul signe de début de la maladie  
asthmatique

- Exacerbation nocturne
- Recrudescence matinale
- Déclenchement par l'effort
- Inefficacité des différents traitements (antitussifs, antibiotiques, adénoïdectomie)
- **Manifestations d'effort :**
  - bronchospasme induit / exercice : quasi constant
- **Foyers récidivants :**  
Lobe moyen +++



## **Nourisson :**

- **Définition : LARGE**

- $\geq 3$  épisodes de sibilance avant l'âge de 2 ans

## **Aspect habituel**

## **Bronchiolite**

## **Autres aspects :**

- Toux induite par l'exercice,
- Toux nocturne
- Toux chronique ou récidivante,
- Toux persistant après une bronchiolite
- Sifflements continus: happy wheezer

# Siffle n'est pas de l'ASTHME : DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

## Nourrisson :

- corps étranger
- cardiopathies congénitales  
(shunts G, Dt)
- anomalies des arcs aortiques
- Mucoviscidose
- Dyskinésie ciliaire
- Déficit immunitaire
- RGO
- Trachéobronchomalacie
- .....
- .....

## Enfant :

- corps étranger
- adénopathies médiastinales
- anomalies des arcs aortiques
- malformations
- mucoviscidose
- cardiopathies
- déficit immunitaire
- DDB
- RGO
- ...
- ...

# Comment porter le diagnostic d'asthme?

## Interrogatoire : Éléments d'orientation

- Terrain atopique personnel et/ou familial
- Majoration de la toux ou wheezing à l'effort
- Facteur déclenchant ?
- Efficacité des médicaments anti-asthmatiques?

## Examen clinique : Signes en faveur d'un asthme

- Lésions de dermatite atopique
- Sibilants/expiration forcée



- **Rx thorax inspiration et expiration: systématique**
    - ▶ Normale en faveur de l'asthme →
    - **Eléments interrogatoire et examen clinique rassurants et Rx thorax normale → asthme probable**
- Traiter et évaluer le suivi et la réponse

## Si éléments d'inquiétude

- Interrogatoire et/ou
- Examen clinique et/ou
- Radio thorax

**reconsidérer le diagnostic d'asthme et explorer**

## **Interrogatoire: signes d'inquiétude**

- Antécédents respiratoires néonataux
- Symptômes permanents, sévères
- Début brutal (corps étranger?)
- Troubles du transit
- Absence d'amélioration sous traitement anti-asthmatique

## Examen clinique

### Signes d'inquiétude :

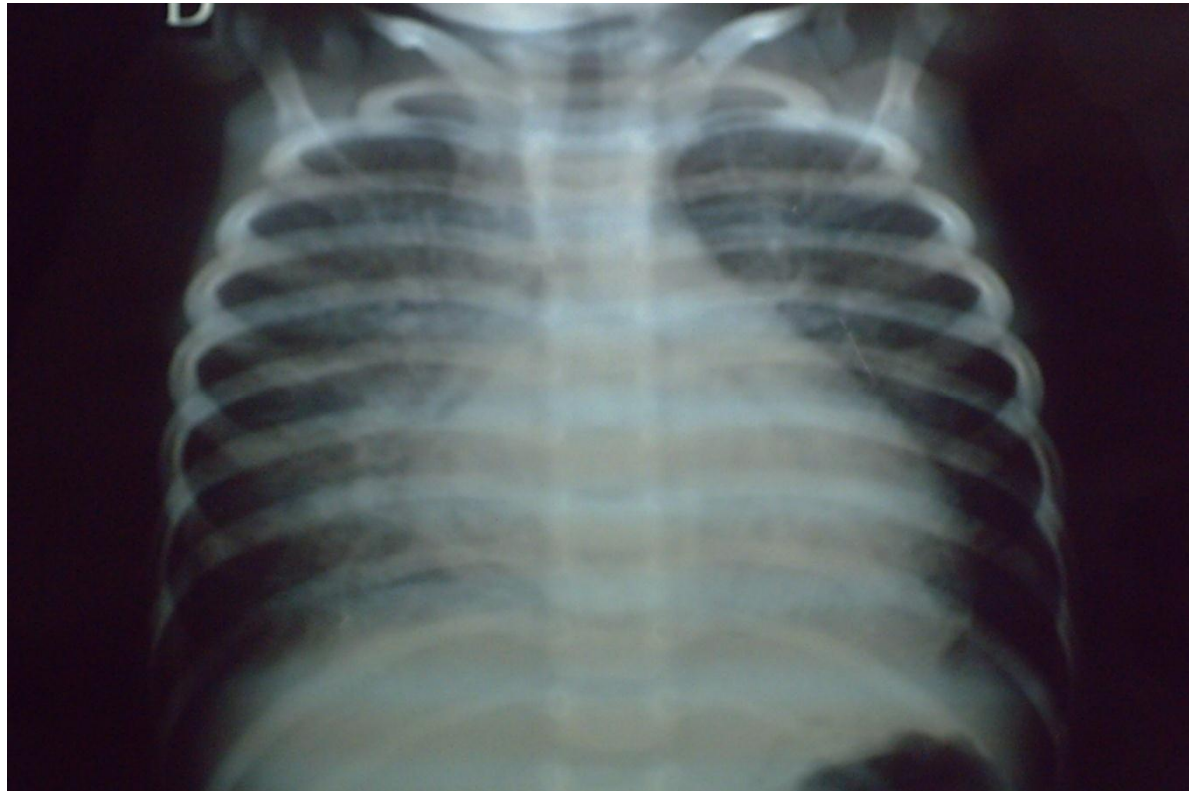
- Mauvaise croissance staturo-pondérale
- Hippocratisme digital
- Stridor
- Souffle cardiaque



## RX thorax

### ✖ Signes d'inquiétude

- ☞ Signes évidents:
- ☞ Cardiomégalie,
- ☞ SD alvéolo-interstitiel,
- ☞ Trouble évident de la ventilation

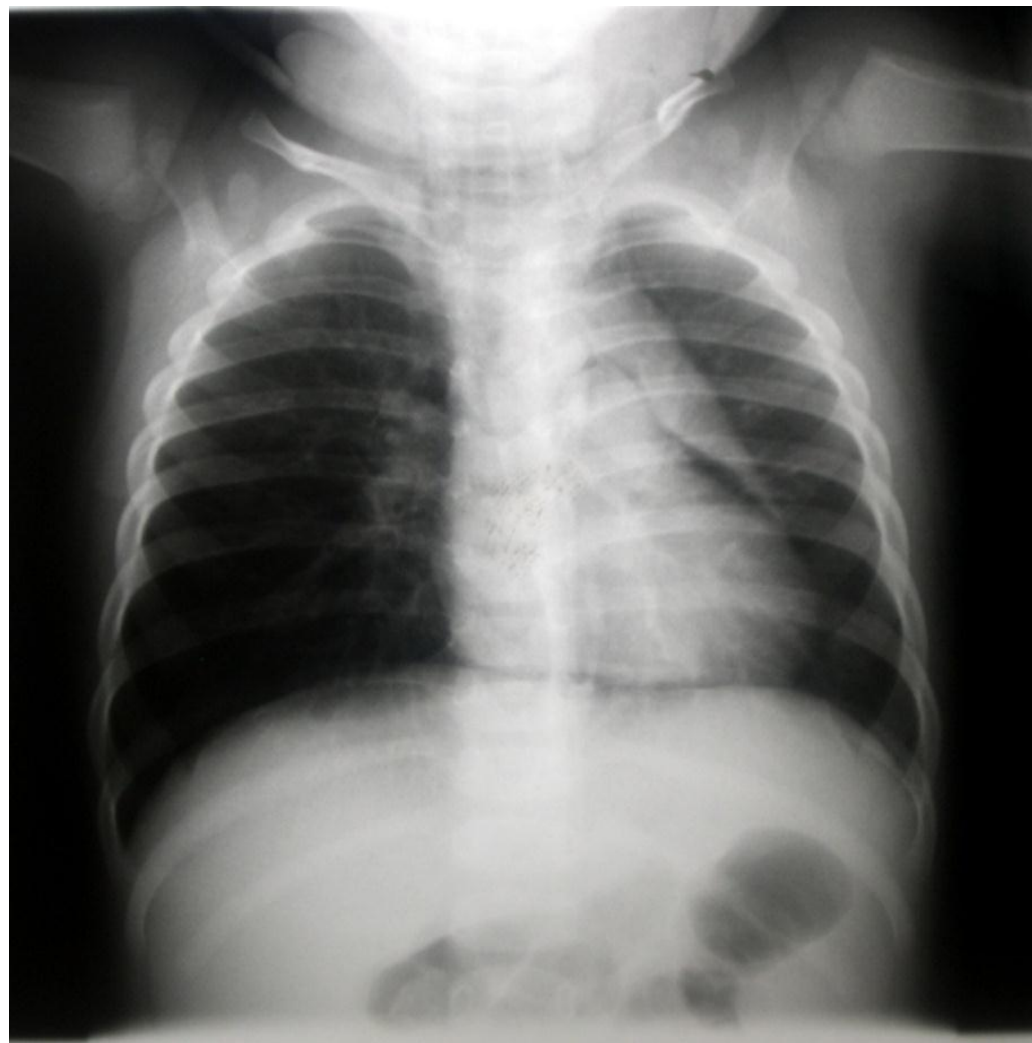


**Rx thorax:** SD alveolo interstitiel



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



- Si signes cliniques et/ou radiologiques d'inquiétude ou équivalent d'asthme → **explorations complémentaires**
  - ▶ rechercher d'autres étiologies mimant l'asthme
  - ▶ ou conforter le DG d'asthme

# Quels sont les examens complémentaires?

**RX thorax** en inspiration et expiration systématique

**EFR**

Intérêt :

- **le diagnostic** si équivalents d'asthme:  
rechercher un sd obstructif réversible sous beta 2  
mimétiques

Ou HRB épreuve de provocation métacholine

- **Suivi de l'enfant asthmatique**

**Autres** : test de la sueur, TOGD, endoscopie bronchique, scanner thoracique, bilan immunitaire, biopsie des cils...

# Comment pratiquer une exploration allergologique?

- **Systematique asthme de l'enfant**
- **Asthme du nourrisson si :**
  - ▶ Environnement riche en allergènes
  - ▶ Antécédents familiaux atopiques
  - ▶ Asthme résistant au traitement de fond
  - ▶ Asthme sévère
  - ▶ Associer a des symptômes extra-respiratoires compatible avec une origine allergique

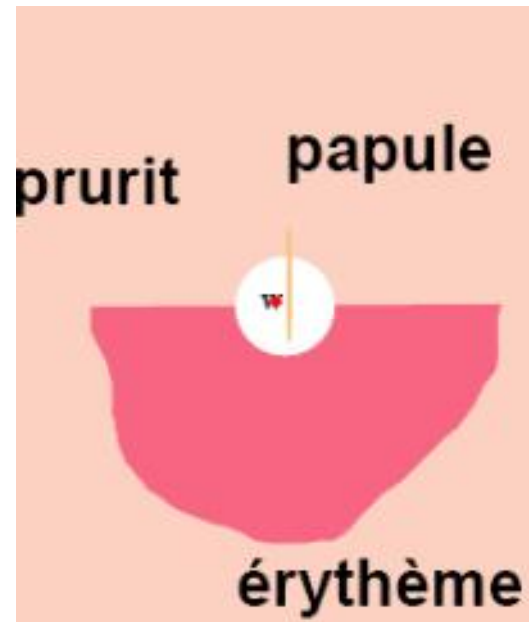
# Quel bilan allergologique?

## Tests cutanés : Pneumoallergènes

### Place capitale +++++

A comparer aux:

- Témoin négatif: diluant
- Témoin positif:  
histamine, phosphate de  
codéïne.



- Indications restreintes + + +
- Pas de première intention
- TC impossibles: dermographisme eczéma étendue
- Concordance avec les TC  $\cong$  85%

### Tests multiallergeniques : tests de dépistage

- (Phadiatop, Atalop, Rast Fx5.....)
- Interprétation délicate **Risque d'erreur dans la prise en charge +++**

### Biologie :

Hyperéosinophilie

Inconstantes non  
spécifiques

↗ IgE sériques totales



# Quelle est la prise en charge thérapeutique?

- Traitement de la crise
- Traitement de fond

## Le moment de la crise dépend de la sévérité

Crise légère	Crise modérée	Crise sévère
Sibilants $\pm$ toux FR normale	Sibilants $\pm$ toux FR augmentée	Sibilants rares Mv diminué ou absent
Ni DR ni cyanose	Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires	DR franche+cyanose FR > 30/min si >5ans > 40si 2-5ans
Activité et parole normales	Marche difficile chuchote 3 à 5mots	Activité impossible Trouble de l'élocution
		Chute de TA 68-36mmHg (3-5ans) 78-41 mmHg(7-8ans) 82-44mmHg(10-11ans)
Réponse conservée aux $\beta$ 2mimétiques DEP > 75%	Réponse conservée aux $\beta$ 2mimétiques 50% <DEP <75%	Réponse faible aux $\beta$ 2mimétiques DEP = 50%
SaO <sub>2</sub> $\geq$ 95%	90% < SaO <sub>2</sub> < 95%	SaO <sub>2</sub> $\leq$ 90% Normocapnie Hypercapnie

# Traitement de la crise d'asthme

## ■ *Bronchodilatateurs de courte durée d'action (BDCA)*

Traitement de 1ère intention quelque soit l'âge de l'enfant et la sévérité de la crise

- Voie inhalée = voie de choix++++ **pas de voie orale!!!**
- Posologie =
  - Variable
  - Non consensuelle
  - 0.05mg/kg à 0.5mg/kg selon le mode d'administration l'âge le poids la gravité et le pays

	présentation	Nom commercial	dosage
	Solution injectable	Salbutamol fort IV	5mg/5ml
	Solution nébulisable	Ventoline SC	0.5mg/1ml
		Ventoline	1.25/2.5ml
		Unidose	2.5mg/2.5ml
			5mg/2.5ml
	Aérosol doseur	Ventoline	5mg/ml
<b>Aérol</b>		100µg/bouffée	
Spréor			
Poudre sèche	Vantexxair		
	Airomir	200µg/bouffée	
	Ventodisk	90µg/bouffée	
	Asmasal clickhaler		
terbutaline	Solution injectable	Bricanyl SC ou IV	0.5mg/1ml
	Solution nébulisable	Bricanyl unidose	5mg/2ml
	Poudre sèche	Bricanyl turbuhaler	500µg/bouffée

## 'administration des BDCA :

- Aérosol doseur avec chambre d'inhalation ++++*
- Nébulisation+++*
- Les poudres*

Terbutaline en poudre (Bricanyl\* Turbuhaler)

(Grand enfant, initié au système d'inhalation)

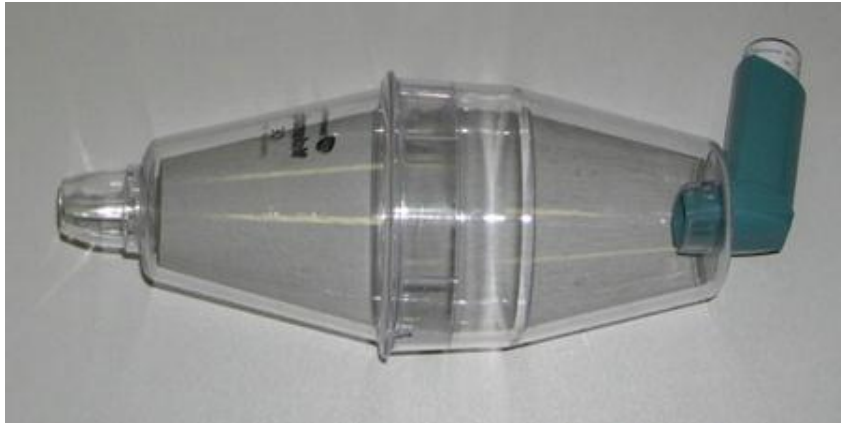
*Ruffin et al. Rev Mal Resp 1993;10:545-50.*

*Drbik et al. Arch Dis Child 2003;88:319-23.*

**Tout enfant asthmatique  
doit avoir une chambre d'inhalation et BDCA**

	<b>Firme</b>	<b>Volume</b>	<b>Remarques</b>
<b>Aerochamber</b>	Trudell Med Int'l	145 ml	4 modèles (avec/sans MF)
<b>Aeroscopic</b>	Boehringer Ingelheim	700 ml	Pliable MF disponible
<b>Babyhaler</b>	GSK	350 ml	2 tailles MF
<b>Nebuhaler</b>	AstraZeneca	750 ml	Embout buccal Amovible
<b>NESspacer</b>	AstraZeneca	250 ml	Métallique, MF, Faible espace mort
<b>Volumatic</b>	GSK	750 ml	Embout buccal
<b>Air box</b>		125 ml	Embout buccal/MF

# ISPOSITIFS D'INHALATION



## NEBULISATION DE BDCA

**Salbutamol Ventoline<sup>®</sup>** : 0,15 à 0,30 mg/kg

**Ventoline** dosette : 1,25 mg; 2,5mg et 5 mg

**GRAPP : Posologie simplifiée (avis d'experts)**

**< 16 kg      2,5 mg**

**> 16 kg      5 mg**

**Terbutaline Bricanyl<sup>®</sup>** : 0,20 mg/kg  $\approx$  0,1 ml/kg

Maximum = 2 ml Unidose 5 mg/2ml

**Nébulisation intermittente ou continue**



## stéroïdes :

### Indiqués crise d'asthme modérée / sévère

#### Orale

- prednisone ou prednisolone : 1 à 2 mg/kg/j (Max 60mg/j)

- Bétaméthasone = 0,15 à 0,30 mg/kg/j

- Durée 5j

#### IV

Méthylprednisolone +++ 1-2mg/kg dose de charge (AAG)

puis 1mg/kg/6-8h

HSHC 5mg/kg/4h

# CORTICOIDES

- ❑ Pas d'indication et pas d'efficacité des CSI dans la crise d'asthme même à forte dose à la place de la corticothérapie orale ou en complément
- ❑ Innocuité en cas d'association permettant de laisser le ttt de fond en cas de crise

# AUTRES MEDICAMENTS

## ***Anticholinergiques:***

Crise grave = bénéfice probable non systématiques.

## ***Les antibiotiques***

Non systématiques même crise fébrile

facteur déclenchant = virus +++ , germes atypiques = 4,5%

***Hydratation*** 1,6 à 2,2 l/m<sup>2</sup>/j

***Aminophylline intraveineuse***

***Le sulfate de magnésium***

***L'Heliox***

***Les mucolytiques et mucorégulateurs***

## LEGERE A MODEREE (Au domicile ou aux urgences)

### *Evaluation de la sévérité*

*Crise légère*

*Crise modérée*

**BDCA/ch.d'inhalation**

**1 bouffée/2-4 kg**

**Max 10-15 bouffées**

**À répéter toutes les 20 mn**

**BDCA : même chose**

**+**

**corticoïdes : si facteur  
de risque**

**Réévaluation à H<sub>1</sub>**

# ÉVALUATION DE LA CRISE D'ASTHME

## Évaluation de la réponse H1

Excellente  
Ex normal

Traitement de consolidation  
BDCA: 200 à 400 µg 3 à 4 fois/j  
Durée : 7-15 jours  
±  
Corticoides: 1mg/kg/j  
Durée 5 j  
Discuter le TTT de fond

Réponse incomplète ou mauvaise  
ou crise d'asthme d'emblée sévère

Continuer les BDCA  
Corticoides si non prescrits  
Prise en charge en milieu hospitalier

# Crise d'asthme sévère

3 à 6 nebulisations toutes les 20 mn sous 6 litres/mn d'O2.

Salbutamol à 0,5 % : 0,03 ml/kg (minimum 0,3 ml, max 1 ml)

Terbutaline : bricanyl 0,1 ml/kg (max = 2 ml)

±

Dipromure d'ipratropin : Atrovent = 250 mcg

+

Corticoïdes : 2 mg/kg/j équivalent prednisone sans dépasser 60 mg/j

Oxygénothérapie : Sat ≥ 94 %

**Surveillance (clinique, DEP)**

**Observation pendant 2 à 4 heures**

Amélioration

Traitement de consolidation

Pas d'amélioration ou amélioration insuffisante

**GDS**  
**RX thorax**  
**surveillance**

Hospitalisation

Poursuivre les nebulisations/4h ou plus rapprochées

Corticoïdes per os ou IV

Methylprednisolone 1mg/kg/6h

O2

Hydratation IV

Pas d'antibiotiques

**Réévaluation de la prise en charge**

Aggravation réanimation

# Traitement de fond

Peu ou pas de symptômes (diurnes et nocturnes)

Peu de crises d'asthme

Pas de recours aux urgences

Minimiser les besoins en  $\beta_2$  agonistes de secours

Pas de limitation des activités physiques et sportives

Une fonction respiratoire subnormale

Pas ou peu d'effets secondaires liés aux traitements

## Quels enfants traiter ?

“Ttt dépend de la **sévérité de l’asthme**

“Dés que l’asthme est au moins persistant léger →  
traitement de fond

“ Une crise d’asthme sévère impose un traitement de fond  
même si c’est une première crise



## de sévérité de l'asthme GINA 2006

Stade	Symptômes diurnes	Symptômes nocturnes	Exacerbation	VEMS	$\Delta$ DEP
Intermittent	$\leq 1/\text{sem}$	$\leq 2\text{j}/\text{mois}$	Brèves	$>80\%$	$<20\%$
<b>Persistant léger</b>	$>1/\text{sem}$ $<1/\text{jour}$	$>2/\text{mois}$	Affectant activités +sommeil	$>80\%$	20-30%
<b>Persistant modéré</b>	Quotidien	$>1/\text{sem}$	Affectant activités +sommeil	60-80%	$>30\%$
<b>Persistant sévère</b>	continus	fréquents	fréquentes	$<60\%$	$>30\%$

## Quels traitements?

- Contrôle de l'environnement
- Médicaments selon la sévérité de l'asthme +++, de la réponse du traitement du contrôle de l'asthme (GINA 2008) et de l'âge
- Éducation de l'enfant et sa famille
- Surveillance régulière (médecin traitant, consultations spécialisés → asthme sévère)



Allergie France © 2003-2004



Protégez les enfants: **ne leur faites pas respirer votre fumée**



# Corticothérapie inhalée

## Pierre angulaire du traitement de fond

Efficacité clinique prouvée

Effet CI dépend de :

- Molécule Malade (variabilité interindividuelle)
- Facteurs exogènes (tabac, virus, bactéries...)

## CORTICOIDES INHALÉS : Doses chez l'enfant

■ Posologies recommandées (en  $\mu\text{g}/\text{j}$ ):

Médicament	Doses « faibles »	Doses « moyennes »	Doses « fortes »
Béclométasone	250	500	> 500
Budésonide	200	400	> 400
Fluticasone	100	200 – 250	> 250

# Tolérance BONNE !!!

- **Axe cortico-surrénalien :**

Aux doses thérapeutiques usuelles faible ou moyenne, le niveau de freination est faible , pas de retentissement clinique

- **Métabolisme osseux**

Pas de retentissement pour des doses faibles à moyennes

- **Croissance**

CI à posologies moyennes et recommandées : résultats rassurants taille finale=taille cible

Ralentissement transitoire possible : 1<sup>ère</sup> année de traitement

*Agertoft, pederson N Engl J Med 2000*

*Kelly et al, Pediatrics 2008*

*Murray et al, Lancet 2006*

- **Effets locaux**
- Relativement fréquents 60% ∇ l'âge de l'enfant
- Dépend du système d'inhalation:  
Toux, dermite péribuccale, hypertrophie de la langue
- Candidose rare



## LES $\beta_2$ AGONISTES LP

- AMM > 4 ans
- Jamais seuls toujours associés à CI
- Asthme non contrôlé par CI à dose faible à modérée seuls ( $\leq 500 \mu\text{g}/\text{j}$ ) ou d'emblée en cas d'asthme modéré ou sévère
- Protection du BIE
- Contrôle des symptômes nocturnes
- Bonne tolérance



## CI-BDLA

- Amélioration des symptômes
- Amélioration de la fonction respiratoire (DEP, VEMS)
- amélioration de la qualité de vie
- Diminution du recours aux beta 2 mimétiques de courte durée d'action
- Diminution nombre d'exacerbations sévères
- Salmétérol-fluticasone même efficacité clinique et fonctionnelle ttt combiné ou associé




*Tal et al Pediatr Pulmonol 2002*

*Zimmerman et al Pediatr Pulmonol 2004*

*Van den berg et al Pediatr Pulmonol 2000*

molécule	Nom commercial	système
formotérol	foradil	Inhaler 12µg
salmétérol	sérévent	Spray 25µg Diskus 50 µg Poudre (plaquettes) 50µg
Budésonide + formotérol	symbicort	Turbuhaler 100/6,200/6,400/12µg
Fluticasone + salmétérol	sérétide	Spray 50/25, 125/25,250/25µg Diskus 100/50,250/50,500/50µg

# Méthode d'inhalation choisir ?

	2-3ans	5-6ans	8-9ans
<p>Pas de coopération</p> 	<p>Faible coopération</p>	<p>Bonne coopération Débit inspiratoire <math>\geq 30\text{ml/min}</math></p>	<p>Coordination Main-poumon</p>
	<p>Aérosol-doseur + chambre d'inhalation</p>		
<p>Aérosol-doseur + chambre d'inhalation + masque facial</p>			<p>Inhalateur de poudre</p>
<p>ou</p>			<p>ou</p>
			
<p>Nébulisation en l'absence D'amélioration</p>			<p>Aérosol-doseur autodéclenché</p>
			<p>Aérosol-doseur</p>

## Autres traitements

### **THEOPHYLLINE**

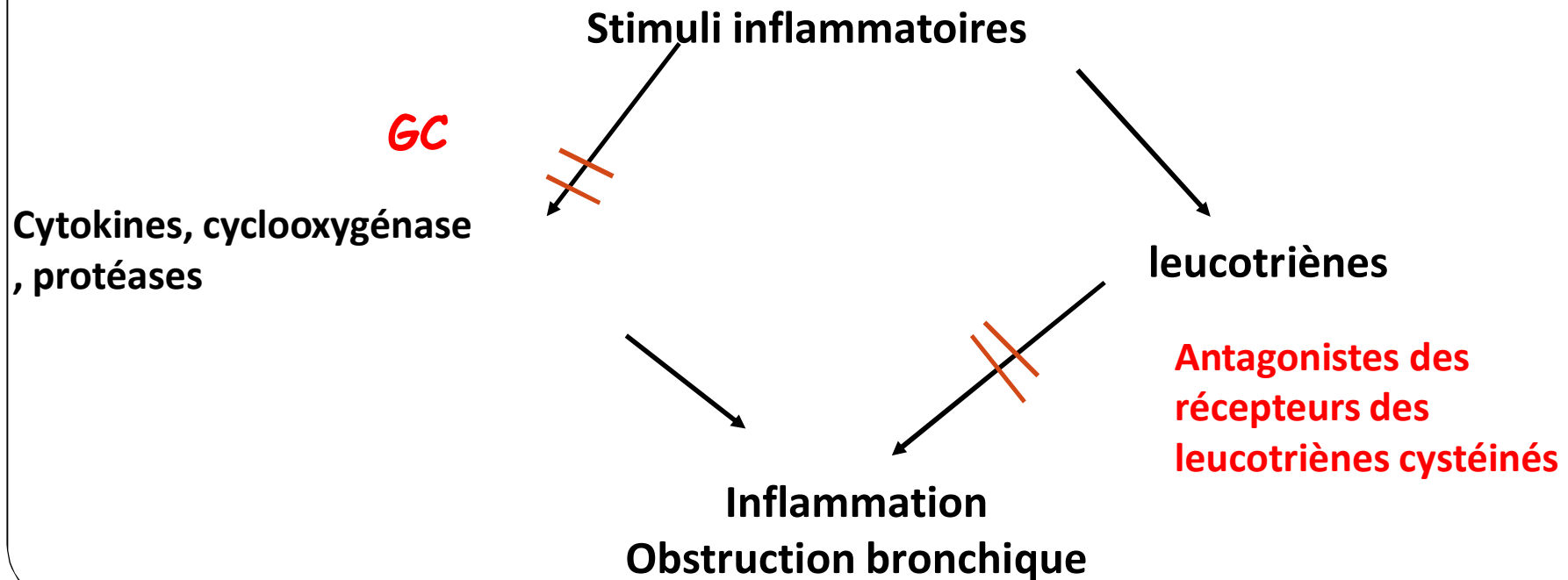
- Intérêt limité
- si CI impossibles ou en association avec les CI

### **LES CROMONES**

place limitée

# Leucotriènes

- Nouvelle classe médicament anti-asthmatiques  
Molécules: **Montelukast +++ singulair\***  
Zafirlukast-pranlukast
- Antagoniste de récepteur aux leucotriènes



## **ACTION anti-inflammatoire , Bronchodilatatrice**

### **Protection du bronchospasme induit/exercice**

*Kemp et al. J Pediatrics 1998*

- Étude **PREVIA** (prevention of viral induced asthma) 2-5ans, durée: 12mois
- Prévention de l'asthme induit par les virus par le Montelukast:
- Moins d'exacerbations
- Période moyenne avant la survenue d'exacerbations plus longue
- Moins de recours aux corticoïdes
- Bonne tolérance

- *Traitement additif* de l'asthme persistant léger à modéré insuffisamment contrôlé par les corticoïdes inhalés.
- Traitement préventif de l'AIE
- En monothérapie

Mauvaise adhésion aux corticoïdes inhalés

Présentation

- Cp à 5 mg, 10 mg
- Sachets à 4 mg.

## ALIZUMAB : Xolair

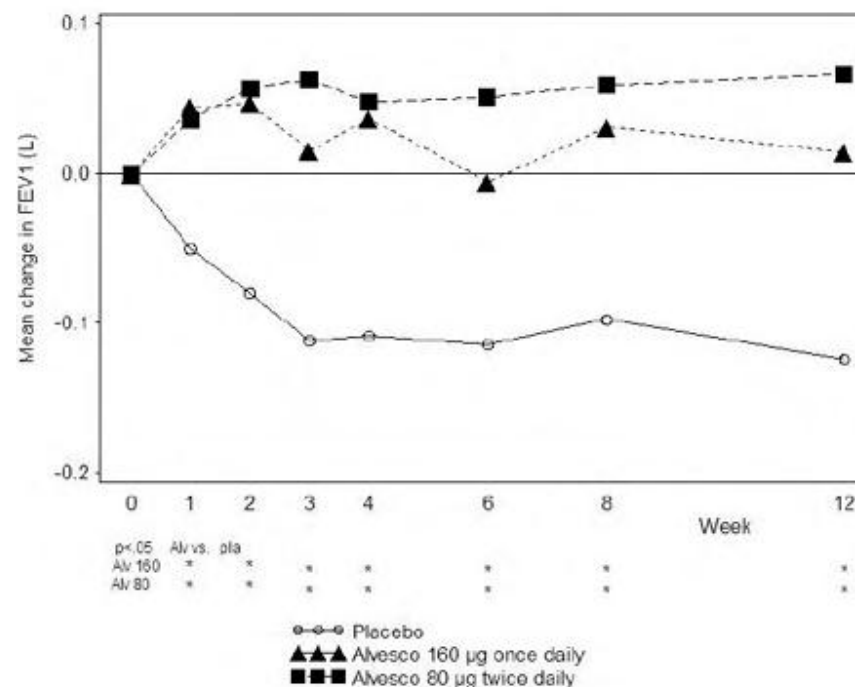
- *Enfants > 12 ans*
- Traitement de 2<sup>ème</sup> intention
- Indications :
  - Asthme Allergique
  - Asthme persistant sévère **mal contrôlé**
  - IgE totales : 30-700 UI/ml
- Mode d'administration : voie sous cutanée
- Résultats : données limitées



# BUDÉSONIDE: CORTICOÏDE INHALÉ, ALVESCO®

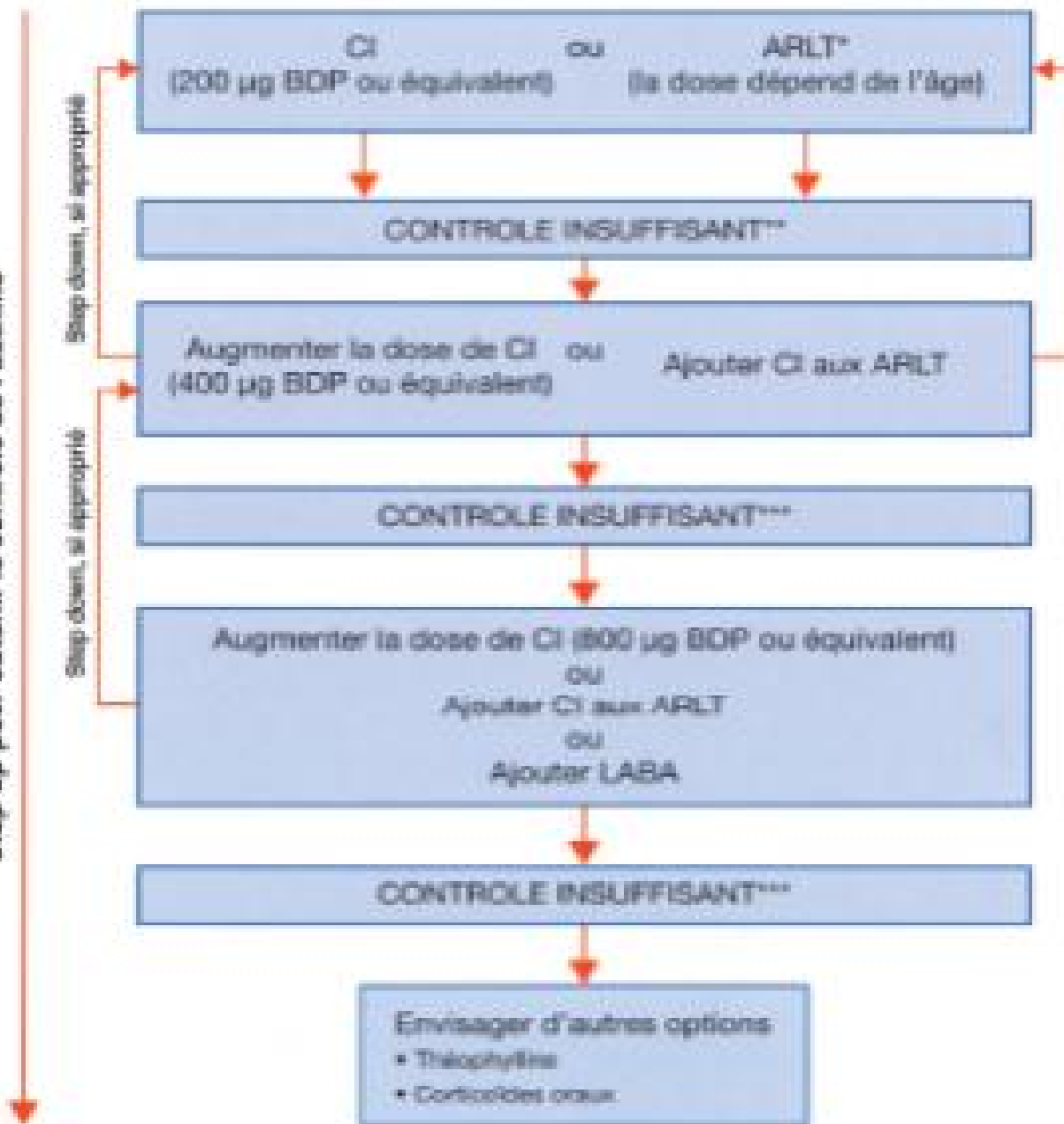


- Pro-médicament converti en métabolite actif dans le poumon
- ↑ Dépôt pulmonaire
- ↓ Effets indésirables
- 100µg ≈ 125 µg fluticasone  
≈ 200µg budésonide
- Pourrait être utilisé en une seule prise



2007

Step up pour obtenir le contrôle de l'asthme



## thérapie spécifique

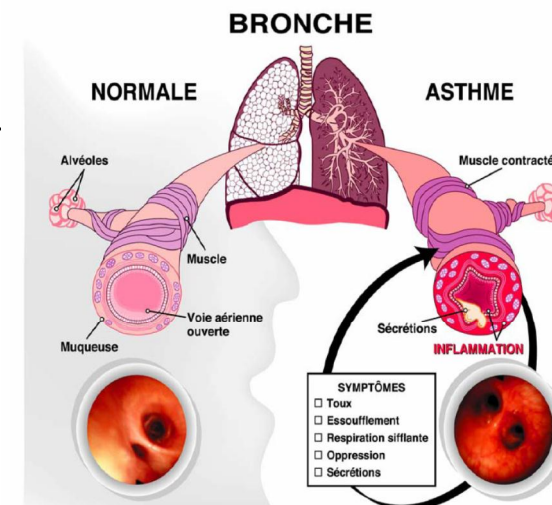
- Mise en place d'une tolérance immunitaire spécifique aux allergènes environnementaux (voie sous cutanée ou muqueuse )
- Traitement de fond de l'allergie
- Indication:  
rhinite de gravité moyenne à sévère et/ou  
asthme léger à modéré stabilisé  
secondaires à une monosensibilisation par un  
allergène perannuel ou saisonnier mais invalidant

## Adaptation et suivi du traitement

- Asthme stabilisé depuis au moins 3 mois dégression CI par palier de 25% à 50%
- Asthme stabilisé ttt par monodose (fluticasone ou budesonide)
- Retirer le ttt associé cas par cas
- EFR 1 fois/an minimum
- DEP à domicile
- Consultation spécialisée en cas d'asthme modérée non équilibré ou sévère

# Améliorer l'observance

- **Éduquer:**
  - Informer sur la maladie et les traitements
  - Technique d'autocontrôle et automédication (enfant+paren
- **Communiquer:**
  - Répondre aux questions, identifier des motivations
  - Fournir des instructions écrites plan d'action
  - Discuter du traitement en détail
- **Négocier:**
  - Laisser l'enfant choisir son système d'inhalation
  - Adapter la fréquence des prises
  - Établir les objectifs du traitement avec l'enfant et sa famille
- **Rendre plus facile:** Disponibilité du médecin
- **Individualiser:** Famille difficile: nouvelles par téléphone.



## Relation RA / Asthme:

« one airway, one disease »

La RA n'est pas une pathologie grave MAIS elle:  
Elle altère la vie sociale des patients  
Elle affecte l'apprentissage scolaire  
Les coûts induits par la rhinite sont élevés

## • Prévalence de la RA en augmentation

### Dans la population générale:

- 20 à 30% (= 3 fois la prévalence de l'asthme)

### Chez l'enfant:

- Cohorte de Tucson (USA):
  - 35% des enfants suivis à 13 ans ont une RA
- ISAAC:
  - FR (Phase I): RA pollinique = 16,7% (enfants de 10 à 17 ans)
  - TN (Phase III) : RA = 23% ( 13 – 14 ans)

### **Chez l'enfant asthmatique: Très peu d'études ++**

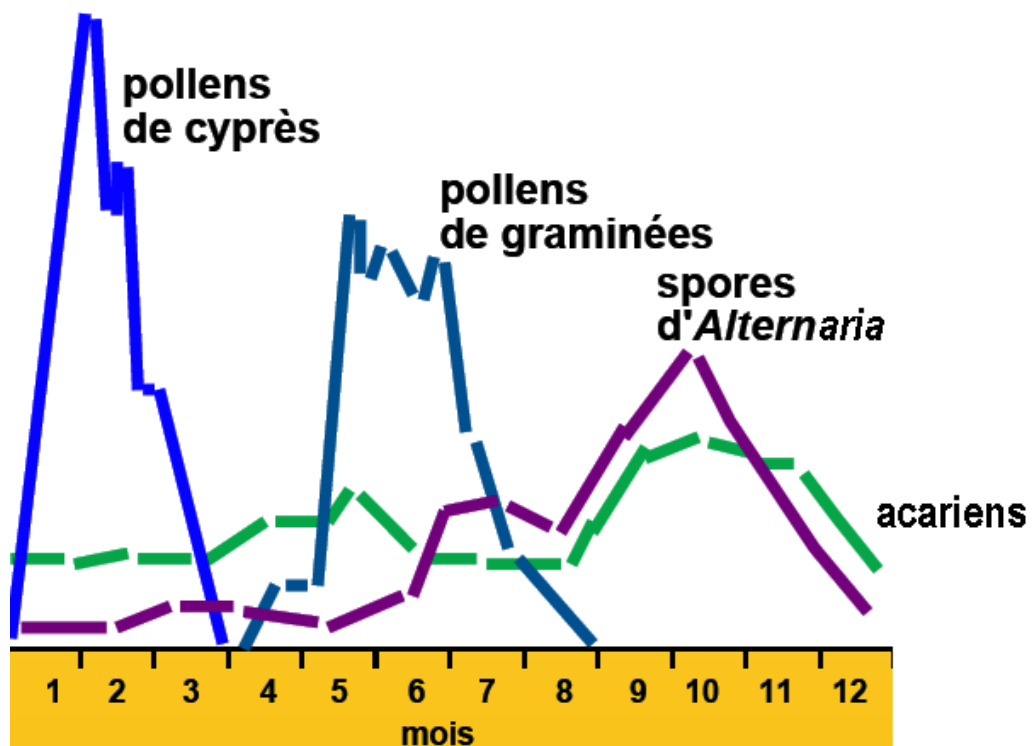
- *Hamouda, Clin Exp Allergy 2008:*
  - 404 enfants asthmatiques (3 – 18 ans)
  - Prévalence RA = 58,7%
  - Plus fréquente chez  $\geq 6$  ans

- **Rechercher la rhinite allergique chez tout enfant asthmatique**
- **Signes cliniques :**
  - Prurit nasal
  - Éternuements
  - Rhinorrhée
  - Obstruction nasale
- **L'interrogatoire**
  - Antécédents d'atopie familiale ou personnelle
  - Éventuel facteur déclenchant
  - La périodicité des manifestations



## Diagnostic positif

- Bilan allergologique:
  - Tests cutanés allergologiques ++



# Classification

- Ancienne classification:
  - RA saisonnière (pollens, moisissures)
  - RA perannuelle (acariens, phanères d'animaux, moisissures, blattes)
- Nouvelle classification ARIA:

Intermittente	Persistante
<ul style="list-style-type: none"> <li>. <math>\leq 4</math> jours / semaine</li> <li>. <u>ou</u> <math>\leq 4</math> semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <math>&gt; 4</math> jours / semaine</li> <li>. <u>et</u> <math>&gt; 4</math> semaines</li> </ul>
Légère	Modérée à sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>. sommeil normal</li> <li>. activités sociales et loisirs normaux</li> <li>. activités prof. et/ou scolaires normales</li> <li>. symptômes peu gênants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. sommeil perturbé et/ou</li> <li>. activités sociales et loisirs perturbés et/ou</li> <li>. activités prof. et/ou scolaires perturbées et/ou</li> <li>. symptômes gênants</li> </ul>

# Traitement

- Eviction allergénique
- Antihistaminique
- cromones
- Corticoïdes locaux
- Immunothérapie

# Traitement

## Consensus OMS – ARIA 2001

- RA Intermittente Légère :
  - **Antihistaminiques oraux** ou intra-nasaux  
et/ou
  - Vasoconstricteurs intra-nasaux, Vasoconstricteurs oraux  
(sauf petits enfants)
  - **Si conjonctivite associée +++ :**
    - AH1 oral ou intra-oculaire  
ou **chromones intra-oculaires**

# Traitement

## Consensus OMS – ARIA 2001

- RA Intermittente modérée à sévère / RA persistante légère :  
(*sans ordre imposé*)
  - **Antihistaminiques oraux** ou intra-nasaux  
et/ou
  - Vasoconstricteurs intra-nasaux, Vasoconstricteurs oraux (sauf  
petits enfants)  
et/ou
  - **Glucocorticoïdes intra-nasaux**

Réévaluation après 2 à 4 semaines +++



- RA persistante modérée à sévère:
  - Le traitement doit être progressif:
    - **Glucocorticoïdes intra-nasaux** = 1<sup>ère</sup> étape
  - Réévaluation après 2 à 4 semaines et ajouter si besoin:
    - Anti-histaminiques oraux si éternuement/prurit ++
    - Glucocorticoïdes oraux et/ou vasoconstricteurs si obstruction nasale trop importante
    - Anticholinergiques si rhinorrhée importante

# Immunothérapie

- L'ITS permet d'influencer l'histoire naturelle de la maladie allergique et en particulier de réduire le risque du passage de la rhinite à l'asthme et de diminuer le risque de survenue de nouvelles sensibilisations
- Traitement long 3 à 5 ans
- Une désensibilisation ne sera mise en route que si le diagnostic de l'allergène en cause est certain et que l'éviction complète de l'allergène est impossible
- Voie sous cutanée ou mieux voie sublinguale

Merci pour



votre attention