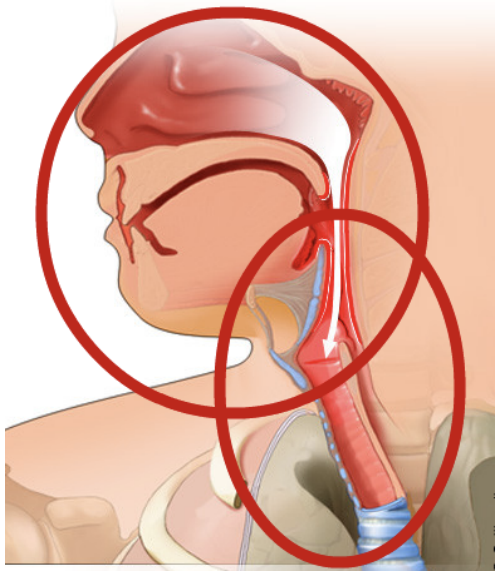
Atelier 4
Rhinite et toux chroniques à bilan allergologique négatif



9e Congrès Francophone d'Allergologie

Palais des Congrès
Porte Maillot Paris
15 – 18 avril 2014

Conflits d'intérêt

Intérêts financiers : Néant

Liens durables ou permanents : Néant

Interventions ponctuelles : MSD, Stallergènes

Intérêts indirects : Néant

1ère partie de l'atelier - Brainstorming
Comment exclure la rhinite allergique

Clinical characteristic	*Allergic rhinitis*	*Nonallergic rhinitis*
Ancillary studies	Positive skin tests	Negative skin tests
Exacerbating factors	Allergen exposure	Irritant exposure, weather changes
Family history of allergies	Usually present	Usually absent
Nasal eosinophilia	Usually present	Present in patients with nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome
Nature of symptoms		
Congestion	Common	Common
Postnasal drip	Not prominent	Prominent
Pruritus	Common	Rare
Rhinorrhea	Common	Usually uncommon, but may be present in some patients
Sneezing	Prominent	Usually not prominent, but may predominate in some patients
Other allergic symptoms	Often present	Absent
Physical appearance of nasal mucosa	Variable, described as pale, boggy, and swollen	Variable, erythematous
Seasonality	Seasonal variation	Usually perennial, but symptoms may worsen during weather changes.

Diagnosing Rhinitis : Allergic vs. Nonallergic *DAVID M. QUILLEN, M.D., and DAVID B. FELLER. American Family Physician www.aafp.org/afp*
Volume 73, Number 9 , May 1, 2006

1ère partie de l'atelier - Brainstorming
Comment exclure la rhinite allergique

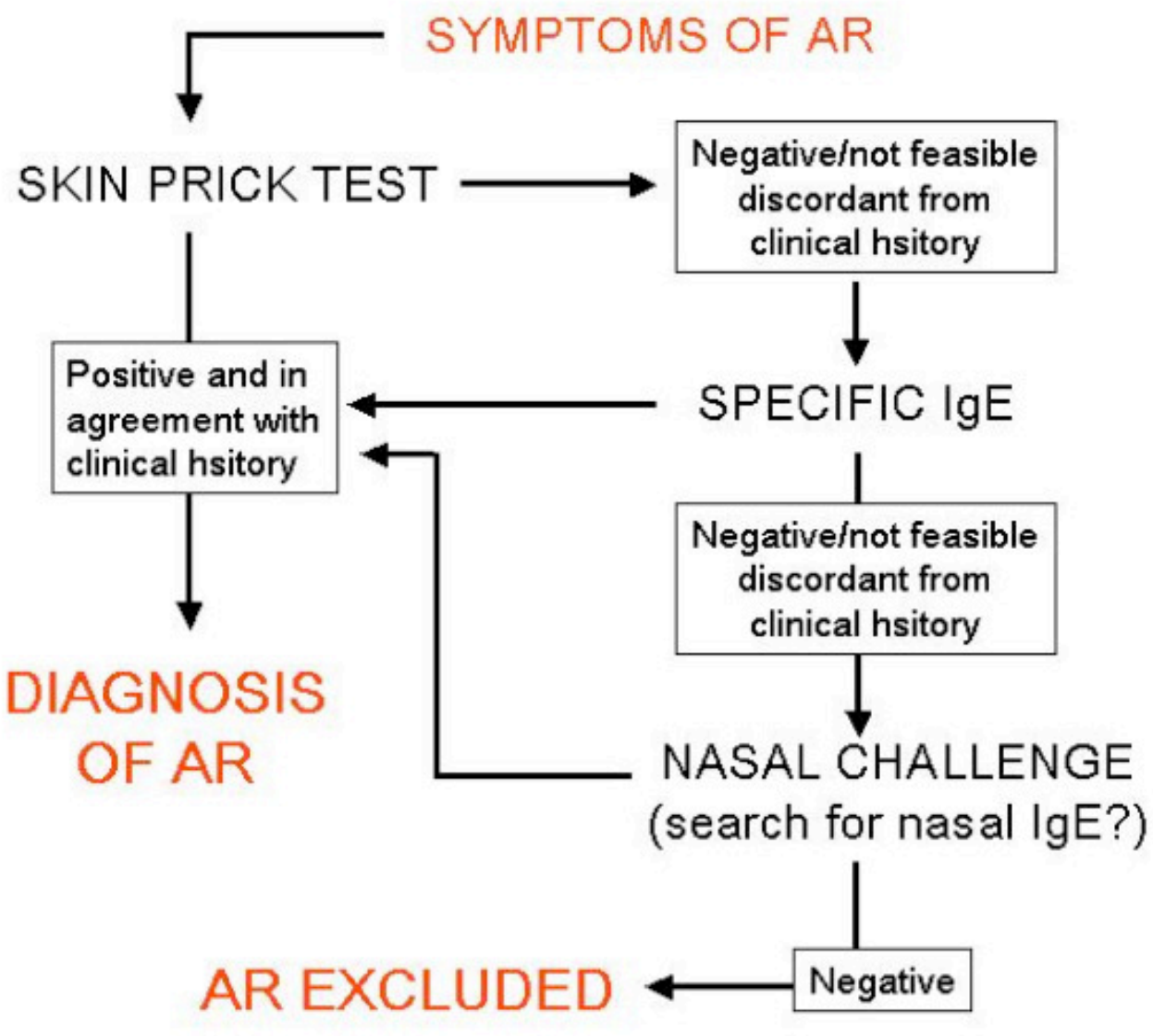
Value of different methods for diagnosis of allergic rhinitis

	Sensitivity	Specificity	Time	Skills
Medical history	+++	+++	20-30 minutes	Allergology training
Total serum IgE	+	-	several days	Clinical chemistry
Specific serum IgE	+++	+++	several days	Clinical chemistry
Skin prick test	++++	+++	15 minutes	Trained paramedic
Intracutaneous test	++++	+++	15 minutes	Trained paramedic
Blood eosinophilia	+	-	2 hours	Haematology
Nasal eosinophilia	++	-	2 hours	Haematology
Nasal provocation	++++	+++	1 hour	Medical professional

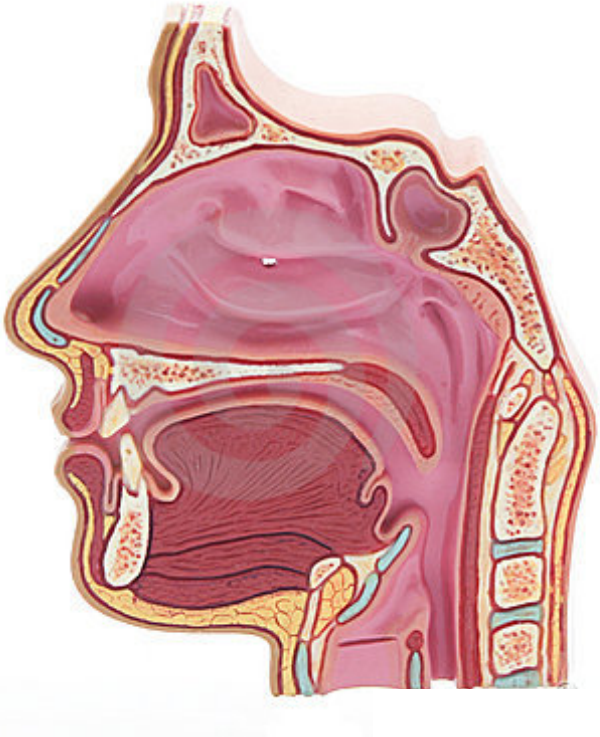
Management of allergic rhinitis
P. Van Cauwenberge, H. Van Hoecke B-ENT, 2005, 1, Suppl. 1, 45-64
Based on the ARIA guidelines and the EAACI Consensus Statement on the Treatment of Allergic Rhinitis

1ère partie de l'atelier - Brainstorming
Algorithme décisionnel : Comment exclure la rhinite allergique

*AR = allergic rhinitis



Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper. *Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG, Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.*
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2



La rhinite chronique non allergique

Cas clinique

Dr. Masy Nadine
ORL

Patiente Brigitte G, âgée de 60 ans

Antcdts personnels révélés par la patiente : a été traitée pour 2 néos du sein en 2008 et 2011

Antcds familiaux révélés par la patiente : Sa nièce Bénédicte M . est allergique (39 ans). Aucune autre allergie familiale connue.

Symptômes : Nez bouché en permanence depuis 3 ans , bilatéralement , mais souvent plus fort à gauche qu'à droite
Le nez se bouche sans raison connue, par périodes de 10 minutes, puis se débouche.

Les symptômes sont **aggravés** en position couchée .

A reçu de l'Avamys (fluticasone furoate) qui l'aide un peu, mais le spray lui donne des saignements de nez , et elle l'a donc abandonné.

Parfois accompagné de sensation d'oreille bouchée à gauche et acouphènes sifflants dans l'oreille gauche, qui dure quelques secondes .

Questions

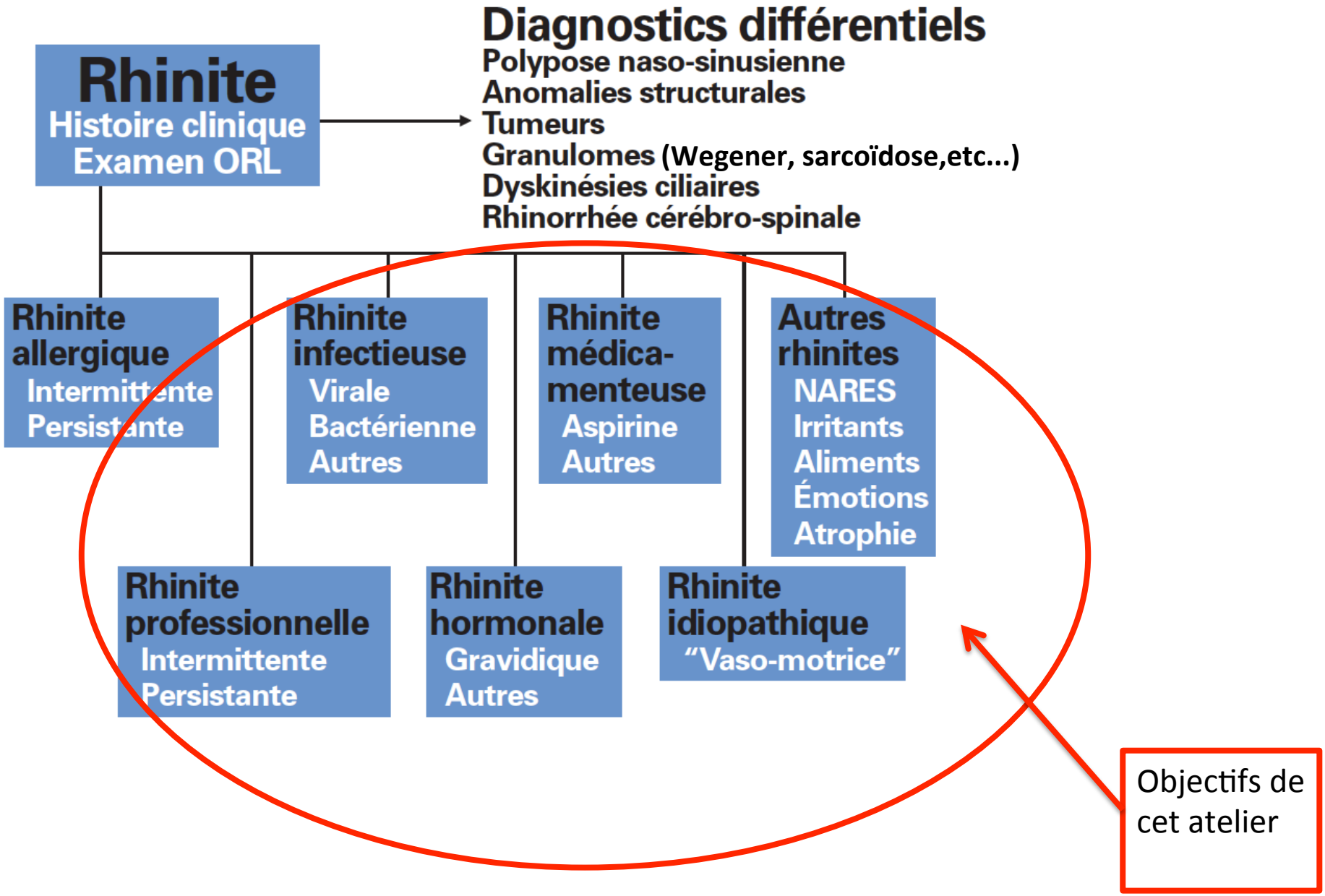
- L’anamnèse est-elle suffisante, et si non, quelles questions complémentaires allez-vous poser à la patiente ?

- Comment va se dérouler votre examen clinique ?

- Quels sont les éléments physiopathologiques pouvant orienter vers le diagnostic ?

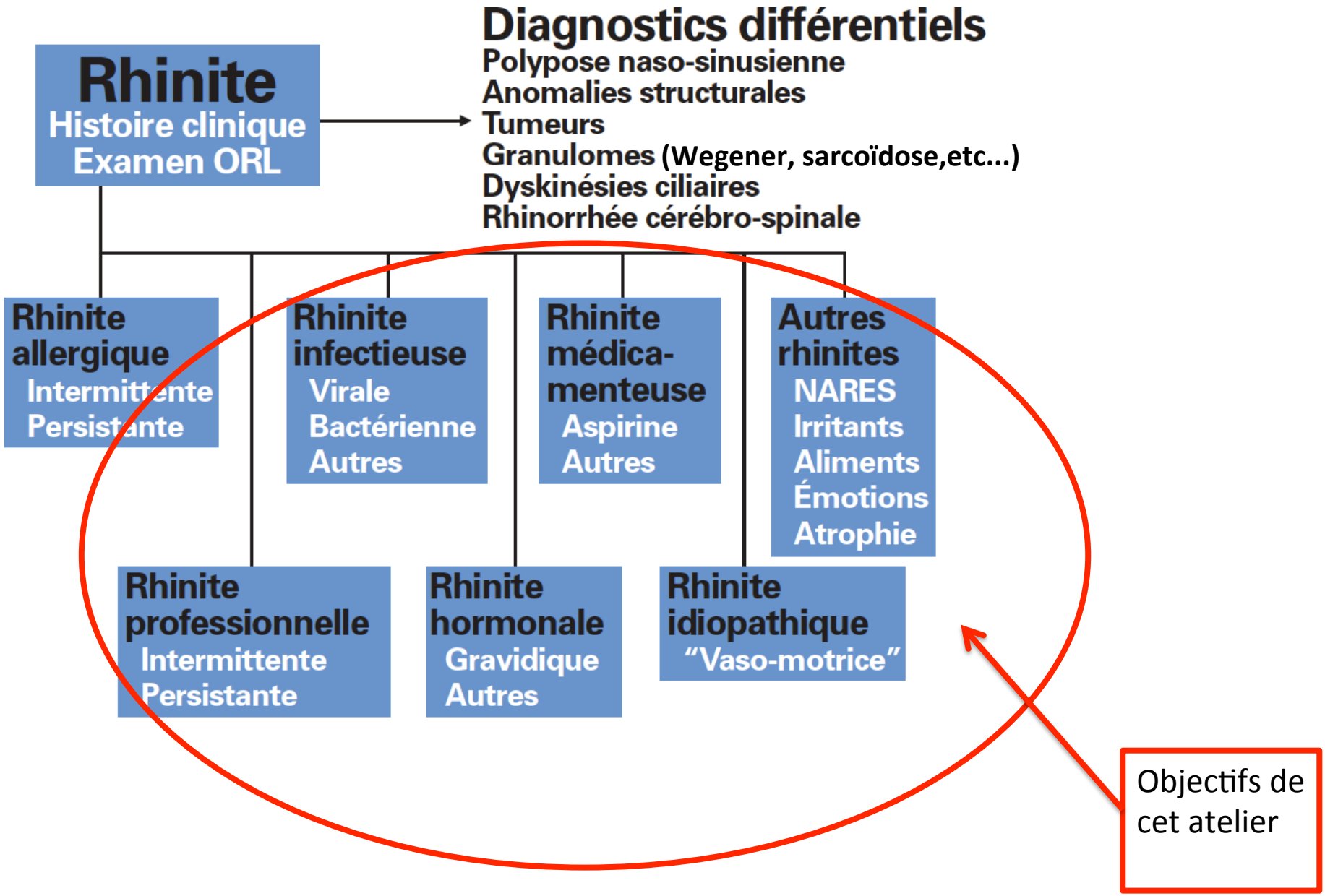
- Quelle prise en charge ?

Classification des rhinites



Classification des rhinites selon le consensus international de l'OMS (ARIA).

Classification des rhinites



Classification des rhinites selon le consensus international de l'OMS (ARIA).

Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters

Table 1. Important Historical Points in the Evaluation of Rhinitis

- Symptoms: magnitude, duration, timing in relation to exposure (ie, early and/or late-phase allergic reactions), effects on daily living
- Triggers/seasonality
- Environment, including home, job and school or day care for children
- History of other allergic symptoms (eg, asthma, conjunctivitis, eczema)
- Past medical history, including trauma
- Feeding history in young children
- Past treatment experience
- Current treatment
- Family history, including allergic diseases
- Review of systems

Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, et al.
Diagnosis andmanagement of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters
In Allergy, Asthma and Immunology
.American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;81(pt 2):492.

Anamnèse de la rhinite :
autres symptômes repris dans la littérature

Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, et al.
Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters
In Allergy, Asthma and Immunology
.American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;81(pt 2):492.

TRUC MEMOTECHNIQUE

« ADORESA »

Anosmie ou autre trouble de l'odorat
Douleur
Obstruction
Rhinorrhée
Eternuement
Saignement
Asthme

Anamnèse dans la rhinite médicamenteuse

Groupe médicamenteux	Exemples
Nasal vasoconstrictors	Oxymetazoline, xylometazoline, ephedrine
ACE inhibitors	Benazepril, captopril, cilazapril, nalapril, fosinopril, lisinopril, perindopril, ramipril, quinapril, trandolapril
Antihypertensiva	Guanfacine, reserpine, hydralazine, methyldopa, guanethidine
α-Adrenoceptor antagonists	Prazosin, phentolamine
B-Blockers (also intraocular)	Carvedilol, propranolol, sotalol, tertatolol, timolol, alprenolol, oxprenolol, pindolol, atenolol, betaxolol, bisoprolol, esmolol, metoprolol, nebivolol, acebutolol, celiprolol
Oral contraceptives	
Aspirin and other NSAIDs	
Psychotropics	Chlorpromazine, thioridazine, chlordiazepoxide, amitriptyline, perphenazine, alprazolam
Immunosuppressives	Cyclosporin, mycophenolic acid

Idiopathic rhinitis, the ongoing quest. *van Rijswijk et al. Allergy 2005: 60: 1471–1481*

Anamnèse dans la rhinite irritative :

Questionnaire de Cincinnati

CINCINNATI IRRITANT INDEX SCALE

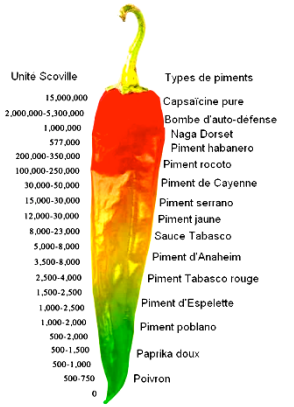
Instructions: Please rate on a scale of 0 to 10 the degree to which the following irritants cause or aggravate any upper respiratory symptoms or headaches.
"0" means that the irritant has no effect on creating or aggravating upper respiratory symptoms or headache, and "10" means that the irritant has a maximal effect. If it does not provoke the disease at all, write "0".
If you avoid the irritant because it aggravates your symptoms, please rate what your reaction was when you were exposed to the irritant in the past.
Upper respiratory symptoms may include the following: stuffy nose; runny nose; itching of the nose; sneezing; itchy, red, watery eyes; postnasal drainage.

1. Perfume	
2. Hair spray	
3. Cosmetics (including aftershave lotion)	
4. Antiperspirants/deodorants	
5. Fresh newsprint	
6. Cooking/frying odors	
7. Bleach (Clorox)	
8. Soap powders (ie, laundry soap)	
9. Ammonia (i.e., Lysol, Windex)	
10. Household cleaners (ie, Tilex, Comet)	
11. Christmas tree odors or Pine-Sol	
12. Varnish	
13. Solvents (turpentine, alcohol, nail polish remover)	
14. Paints	
15. Sawdust	
16. Crude oil (gasoline, diesel, kerosene)	
17. Periods of high air pollution	
18. Cold air	
19. Weather (rain, dampness, temperature changes)	
20. Tobacco smoke/wood smoke (burning logs)	

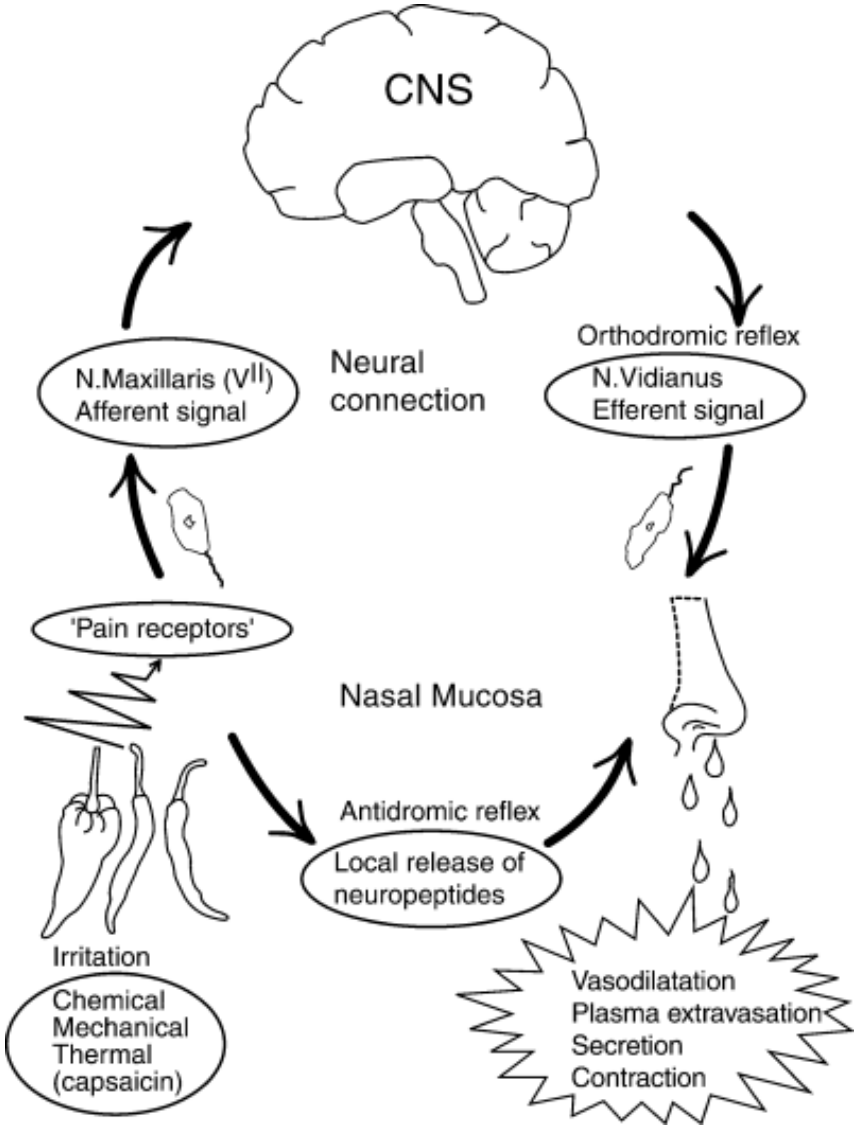
Characteristics of Nonallergic Vasomotor Rhinitis
Jonathan A. Bernstein MD, WAO Journal • June 2009; 2:102–105

E-mail: Jonathan.Bernstein@uc.edu

Anamnèse dans la rhinite gustatrice



Echelle de Scoville et ses exemples de piments



Idiopathic rhinitis, the ongoing quest. *van Rijswijk et al. Allergy 2005: 60: 1471–1481*

Anamnèse dans la rhinite alimentaire

Trop d'apport
en histamine

Alimentation
histamino-libératrice

Histamine-Rich Foods:

Fermented alcoholic beverages, especially wine, champagne and beer
Fermented foods: sauerkraut, vinegar, soy sauce, kefir, yogurt, kombucha, etc
Vinegar-containing foods: pickles, mayonnaise, olives
Cured meats: bacon, salami, pepperoni, luncheon meats and hot dogs
Soured foods: sour cream, sour milk, buttermilk, soured bread, etc
Dried fruit: apricots, prunes, dates, figs, raisins
Most citrus fruits
Aged cheese including goat cheese
Nuts: walnuts, cashews, and peanuts
Vegetables: avocados, eggplant, spinach, and tomatoes
Smoked fish and certain species of fish: mackerel, mahi-mahi, tuna, anchovies, sardines

Histamine-Releasing Foods:

Alcohol
Bananas
Chocolate
Cow's Milk
Nuts
Papaya
Pineapple
Shellfish
Strawberries
Tomatoes
Wheat Germ
Many artificial preservatives and dyes

Pfisterer M., Mayer I.: Histamin-Intoleranz – aktueller Stand der Technik von Diagnose und Therapie; EHK (2008)
Maintz L., Novak N.: Histamine and histamine intolerance; AM J Clin Nutr (2007)

Anamnèse dans la rhinite alimentaire

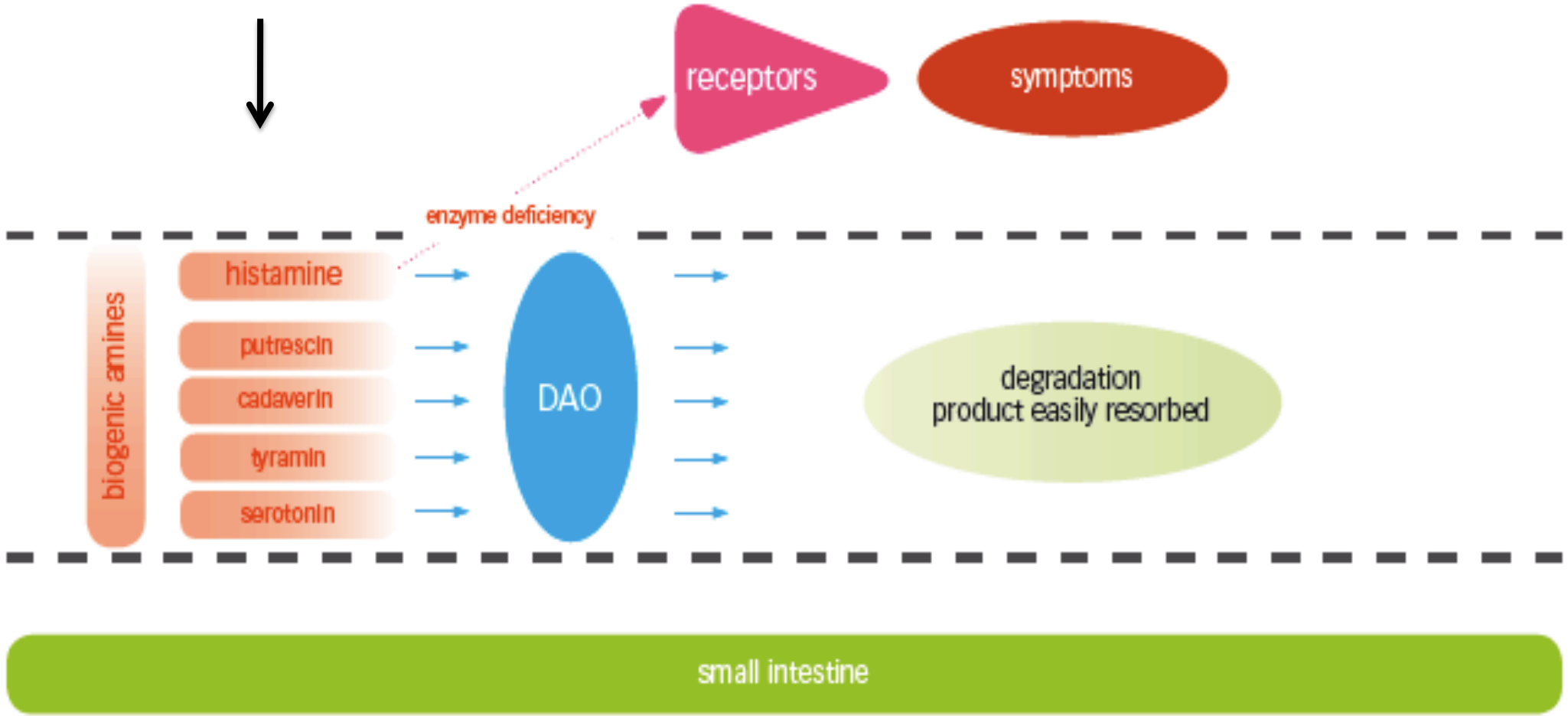
Trop d'apport en histamine

Alimentation histamino-libératrice

Pfisterer M., Mayer I.: Histamin-Intoleranz – aktueller Stand der Technik von Diagnose und Therapie; EHK (2008)

Maintz L., Novak N.: Histamine and histamine intolerance; AM J Clin Nutr (2007)

Development of symptoms



DAO inhibiting drugs

Active substance	Effect
Acemitacin	antirheumatic
Acetylcysteine (ACC, NAC)	expectorant
Acriflavine	antiseptic agent
Ambroxol	expectorant
Aminophylline	asthma therapy
Amitryptyline	antidepressant
Quinidine	cardiac arrhythmia
Chloroquine	antirheumatic agent, malaria therapy
Cimetidine	H2 Antagonist, ulcer agent
Clavulanic acid	antibiotic
D-Cycloserine	antibiotic
Diazepam	Tranquilizer
Dihydralazine vasodilator	vasodilator
Furosemide	diuretic
Haloperidol	antipsychotic
Isoniazid	antibiotic, tuberculosis therapy
Metamizole	analgesic
Metoclopramide	gastro intestinal tract
Neomycin	antibiotic
Pancuronium	muscle relaxant
Propafenone	cardiovascular therapy
Theophylline	asthma agent
Verapamil	cardiovascular therapy

1. Pfisterer M., Mayer I.: Histamin-Intoleranz – aktueller Stand der Technik von Diagnose und Therapie; EHK (2008)

2. Maintz L., Novak N.: Histamine and histamine intolerance; AM J Clin Nutr (2007)

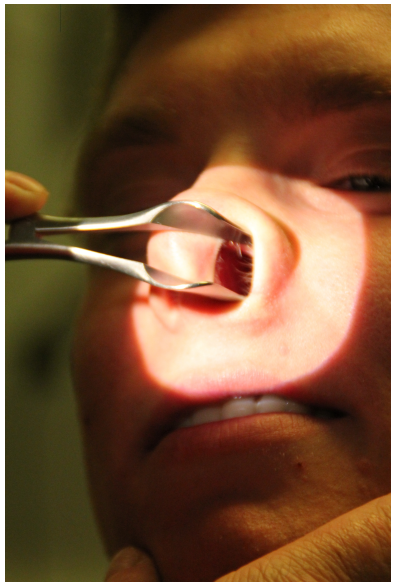
Questions

- L’anamnèse est-elle suffisante, et si non, quelles questions complémentaires allez-vous poser à la patiente ?

- Comment va se dérouler votre examen clinique ?

- Quels sont les éléments physiopathologiques pouvant orienter vers le diagnostic ?

- Quelle prise en charge ?



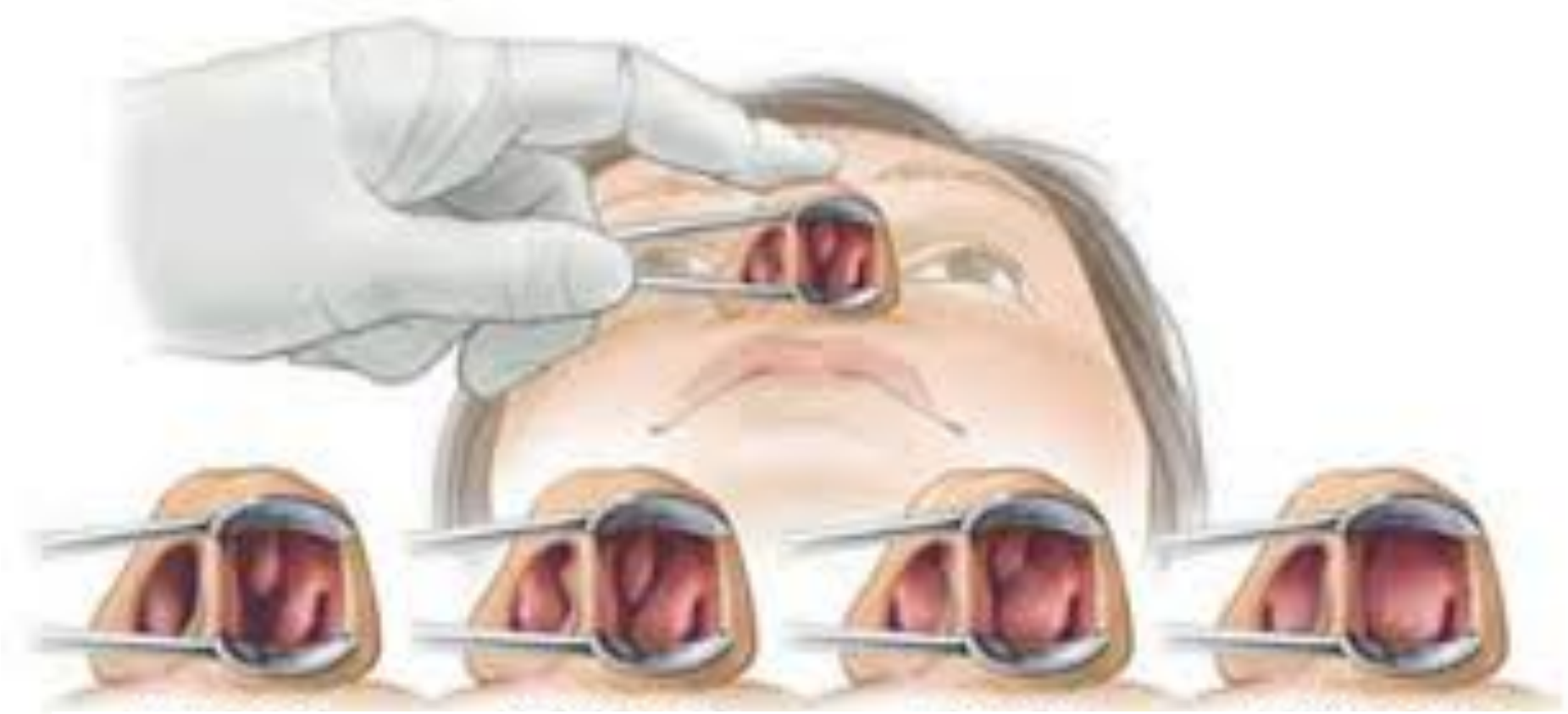
Examen clinique : Rhinoscopie antérieure

Cornet inf. D

Cloison

Cornet inf. G

Degré de congestion des cornets inférieurs



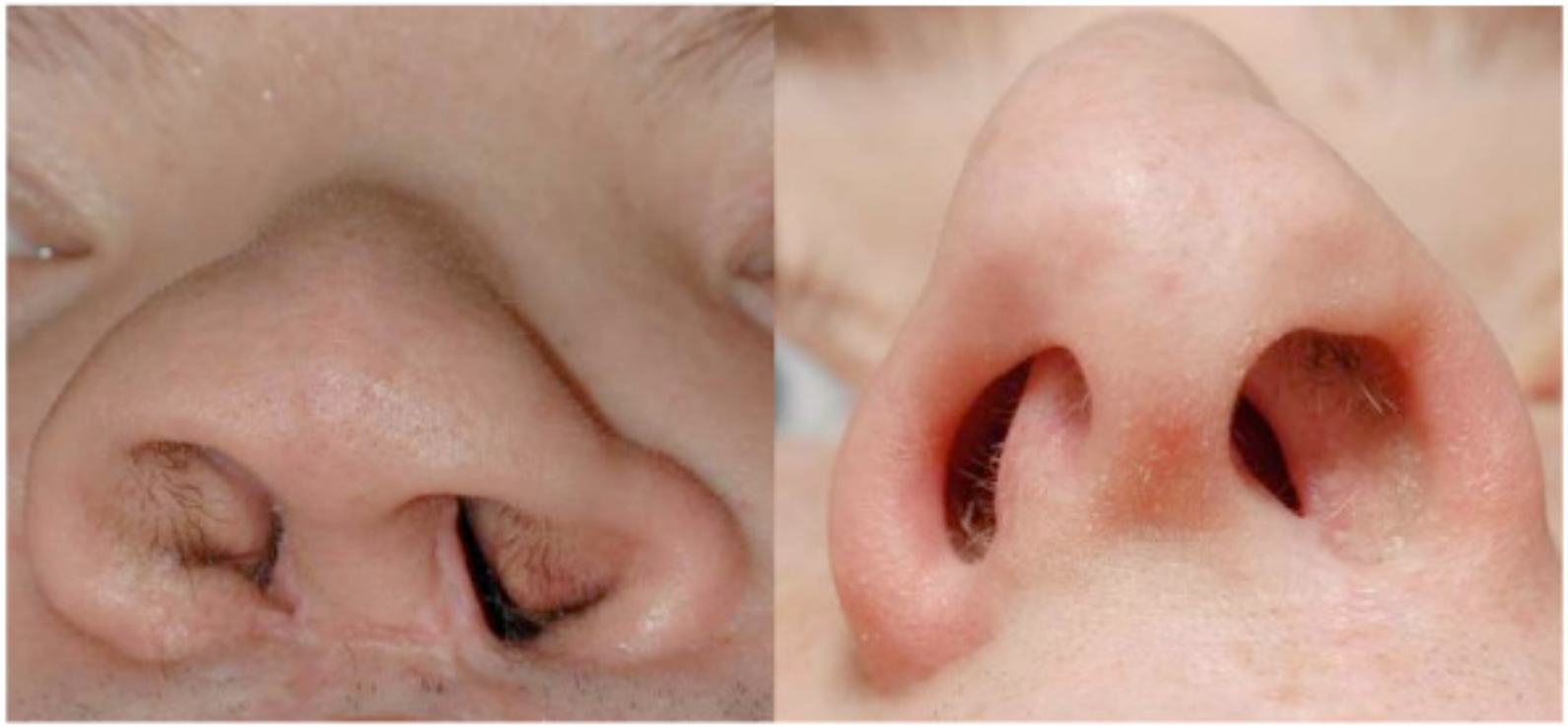
Normal Modéré Sévère Obstructif

Test du miroir

Evaluation de la condensation d'air expiré

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

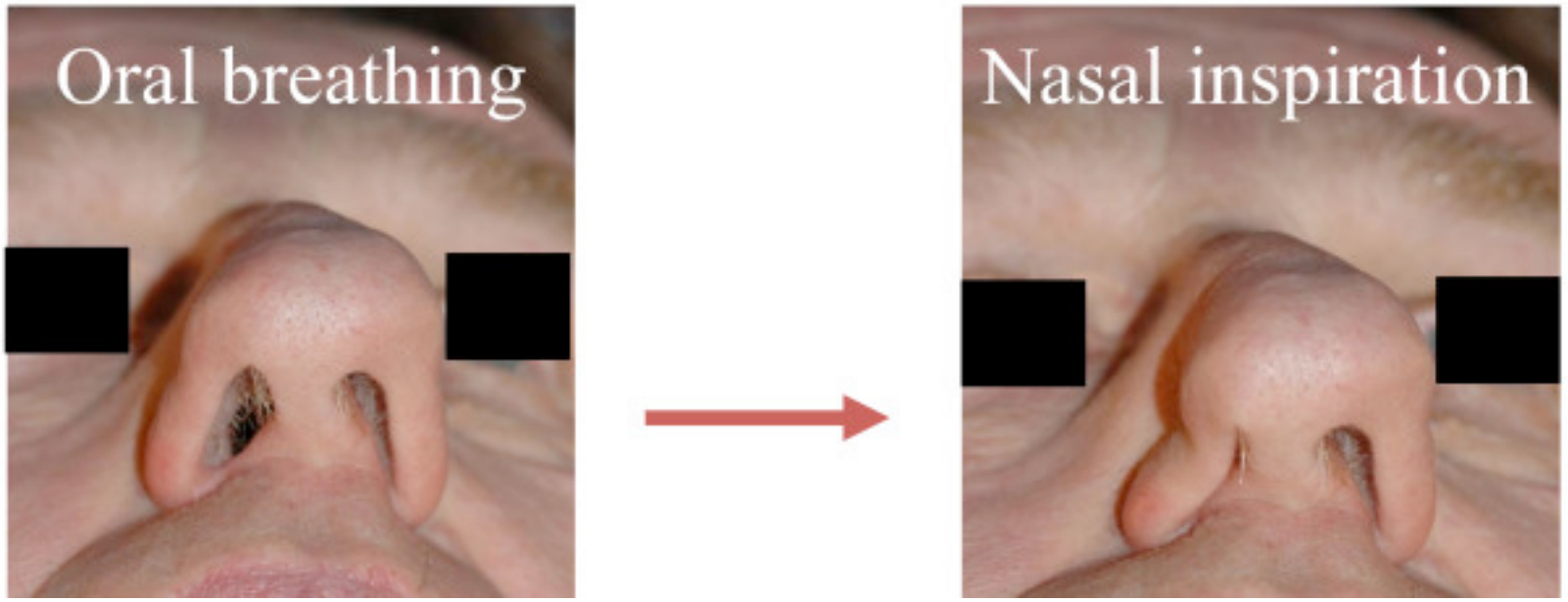
Examen de la valve



Recherche d'une distorsion anatomique de la valve narinaire

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

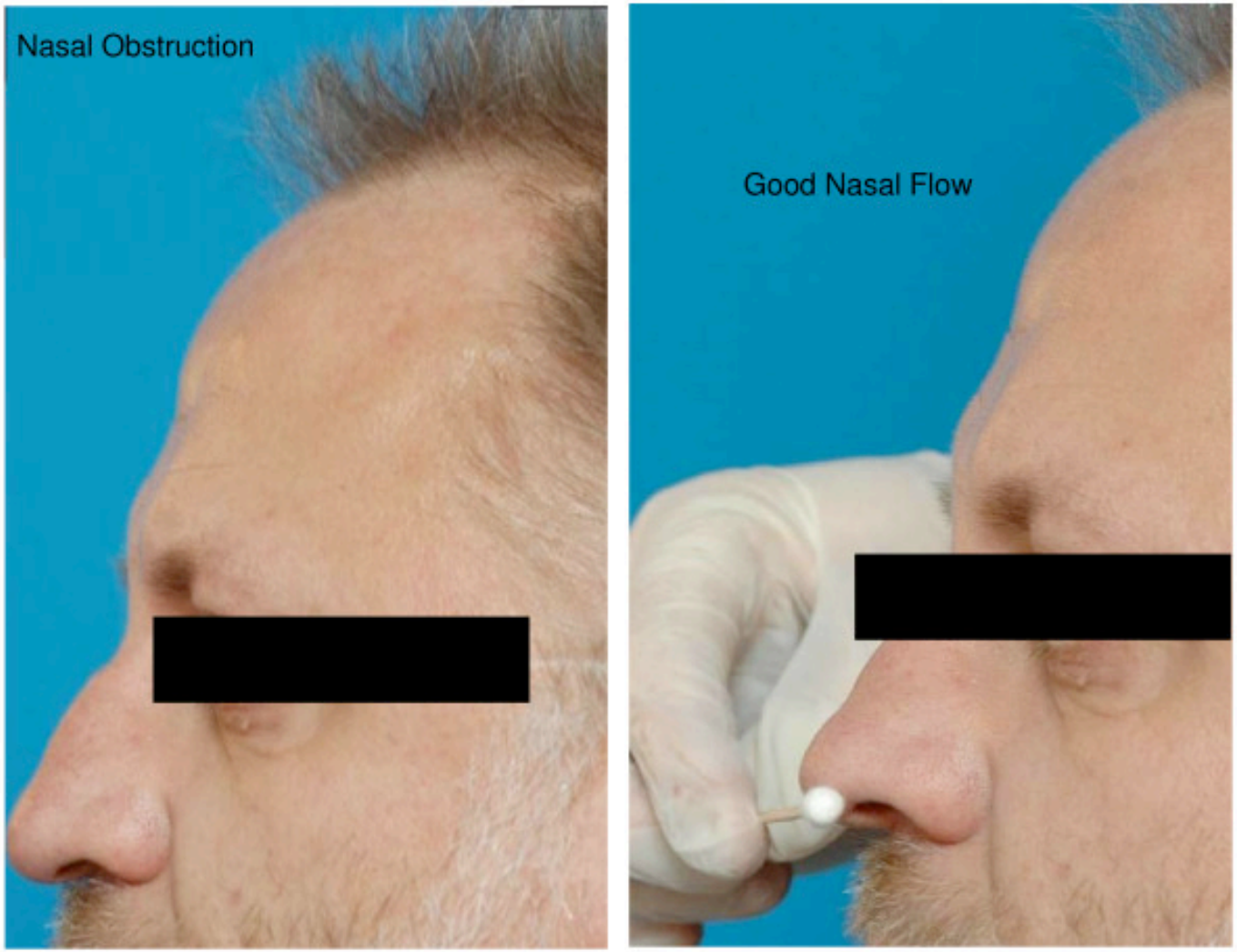
Examen de la valve



Recherche d'un collapsus de la valve à l'inspiration

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

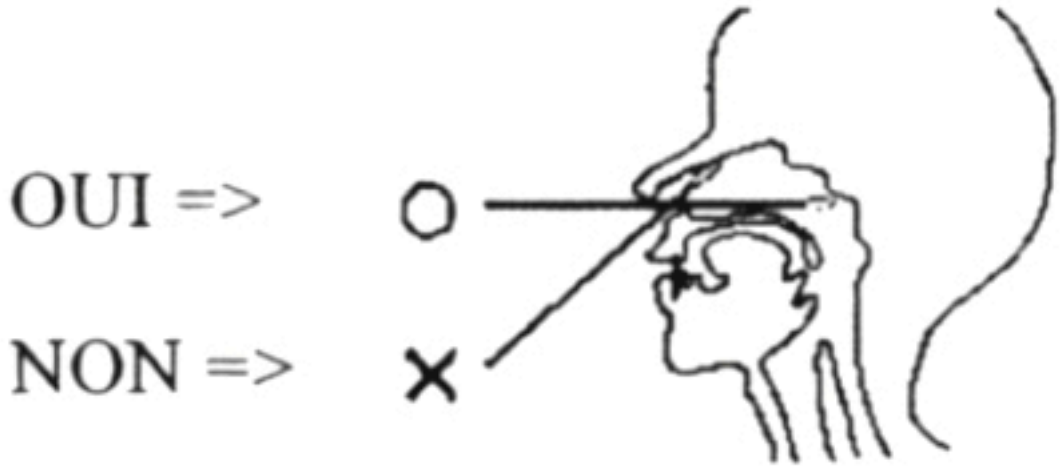
Tip elevation test (T.E.T)



Amélioration de la perméabilité nasale
en redressant la pointe tombante

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

Recherche d'éosinophilie nasale par frottis ou brossage



La rhinite non allergique à éosinophiles ou NARES :

◆ se caractérise par une proportion d'éosinophiles élevée dans les sécrétions nasales (> 20 % des éléments cellulaires).

◆ représente probablement plus de 15 % des rhinites chroniques

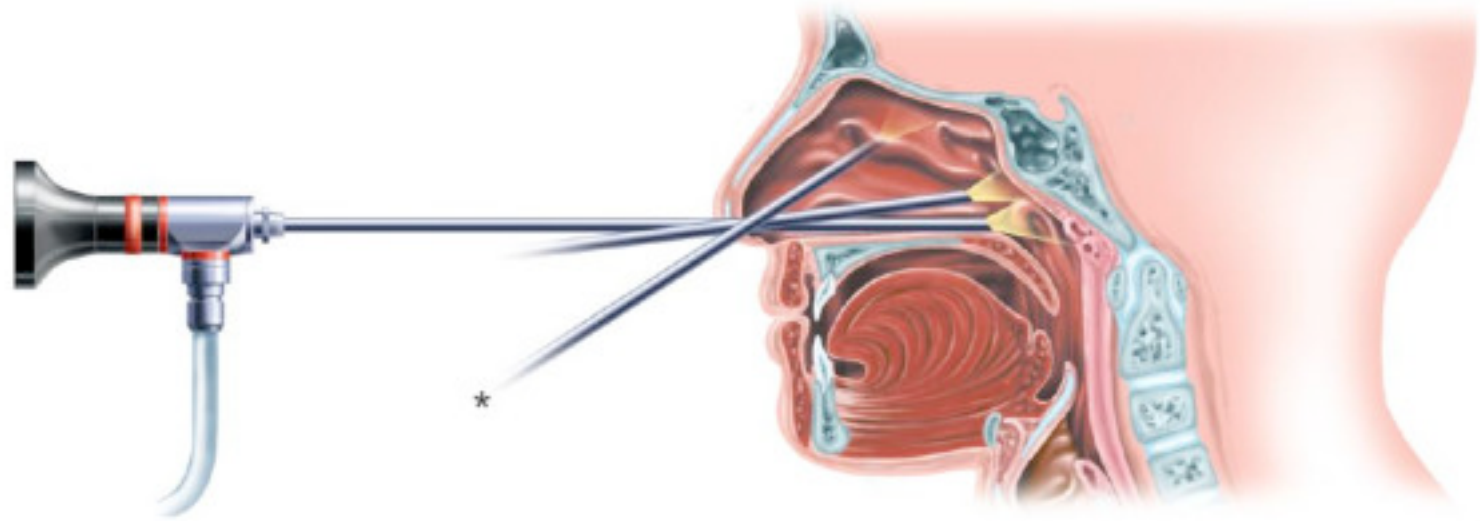
◆ pathologie du sujet jeune

◆ Un asthme doit être systématiquement recherché.

◆ Peut évoluer vers la polypose

Ellis A, Keith P. Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome. Curr AllergyAsthma Rep 2006;6:215-20.

Endoscopie (si disponible au cabinet ou à l'hôpital)



Examen des cornets et des ostia sinusiens, ainsi que du rhinopharynx

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

PNIF : Peak nasal inspiratory flow
Examen facile, peu coûteux

Mesure du flux inspiratoire nasal (peak flow meter)

Mean PNIF (L/min) :

Homme 137

Femme 115

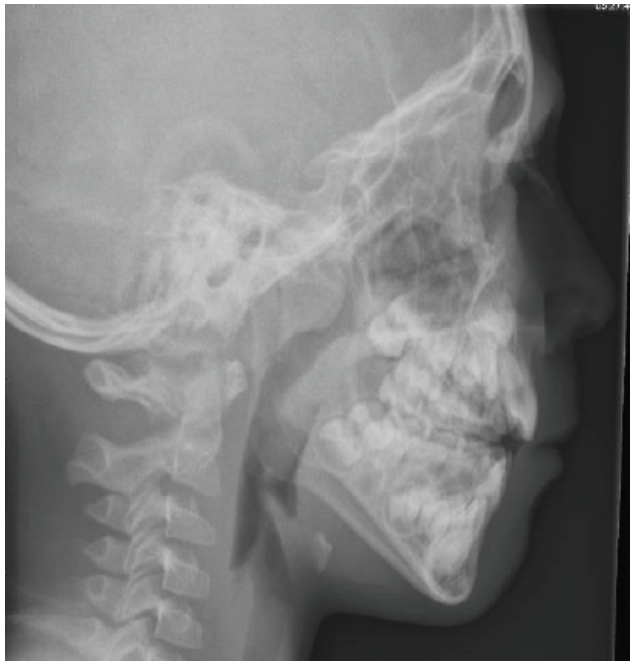
(Gaincarlo et al.)

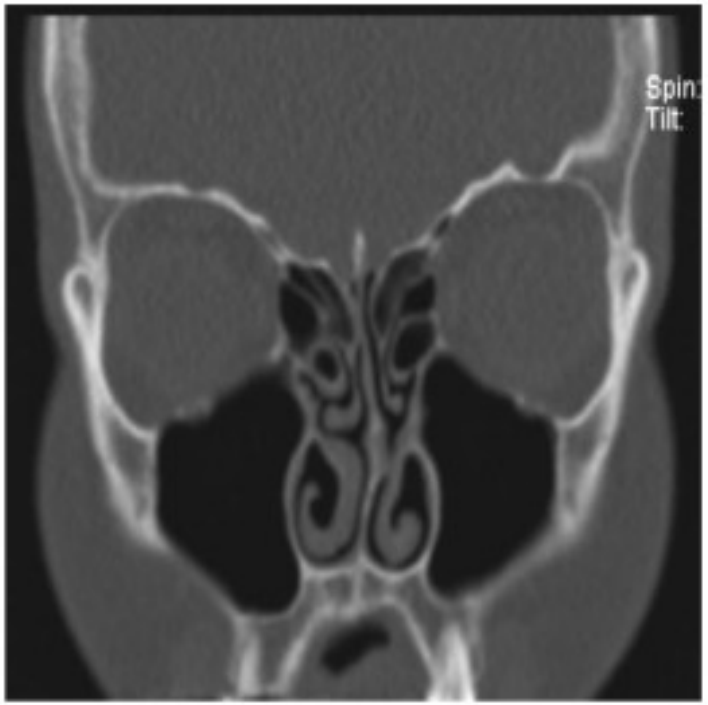
Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

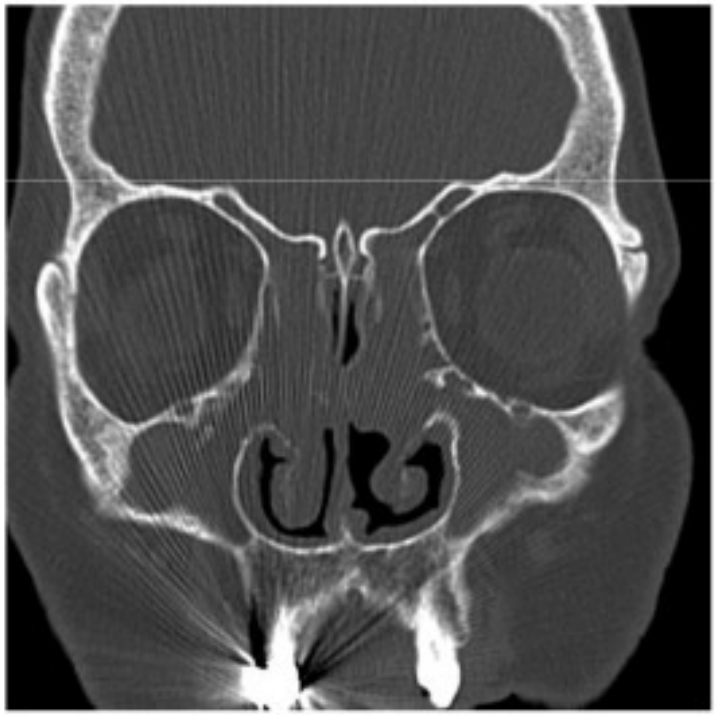
La rhinométrie acoustique
La rhinomanométrie
(si disponible au cabinet ou à l'hôpital)

Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

Imagerie :
La radiographie standard
La tomodensitométrie







Diagnostic tools in Rhinology EAACI position paper.
Scadding G, Hellings P, Alobid I, Bachert C, Fokkens W, van Wijk RG,
Gevaert P, Guilemany J, Kalogjera L, Lund V, Mullol J, Passalacqua G, Toskala E, van Drunen C.
Clin Transl Allergy. 2011 Jun 10;1(1):2

Examen physique complémentaire : Guidelines (Joint Task Force)

Physical Examination Findings That Suggest Rhinitis

General

Constitutional symptoms suggest allergic rhinitis.
Mouth versus nose breathing is a symptom of chronic congestion.

Eyes

Allergic shiners (i.e., dark areas under the eyes) suggest allergic rhinitis.
Conjunctivitis suggests allergic rhinitis.

Ears

Air fluid levels can suggest chronic congestion.

Nose

A deviated or perforated septum and polyps are structural causes of rhinitis.
Purulent or bloody discharge can be a sign of sinusitis.
Fiberoptic visualization can detect structural causes of rhinitis.

Mouth

Enlarged tonsils and pharyngeal postnasal discharge are associated with nonallergic rhinitis.

Neck

Lymphadenopathy suggests an infectious cause of rhinitis.

Chest

Allergic or atopic disease (e.g., asthma) supports the diagnosis of allergic rhinitis.

Skin

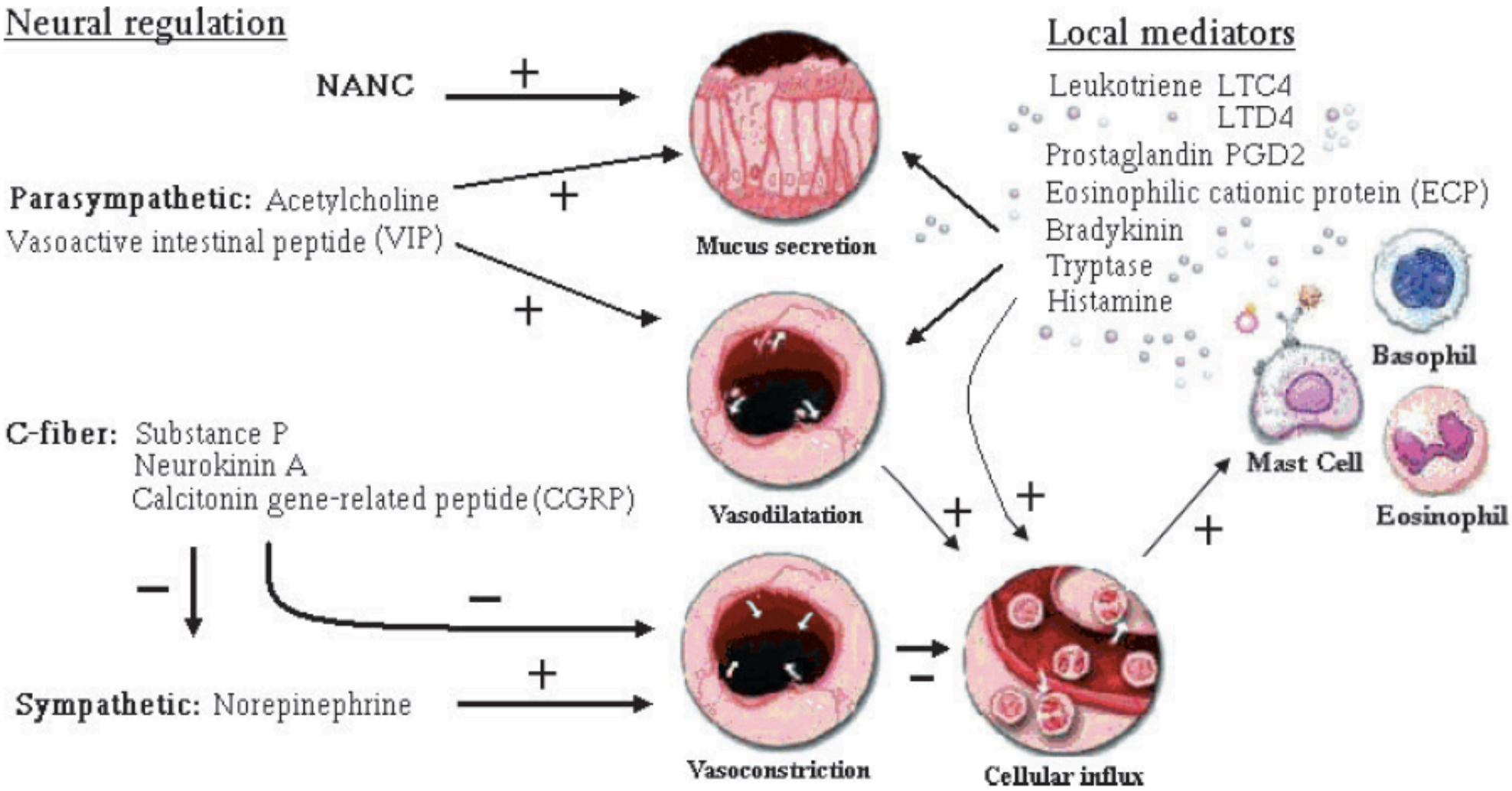
Allergic or atopic disease (e.g., eczema) supports the diagnosis of allergic rhinitis.

Diagnosis and managementof rhinitis: complete guidelines of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology.
Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, et al. Ann AllergyAsthma Immunol 1998 ; 81 : 478-518

Questions

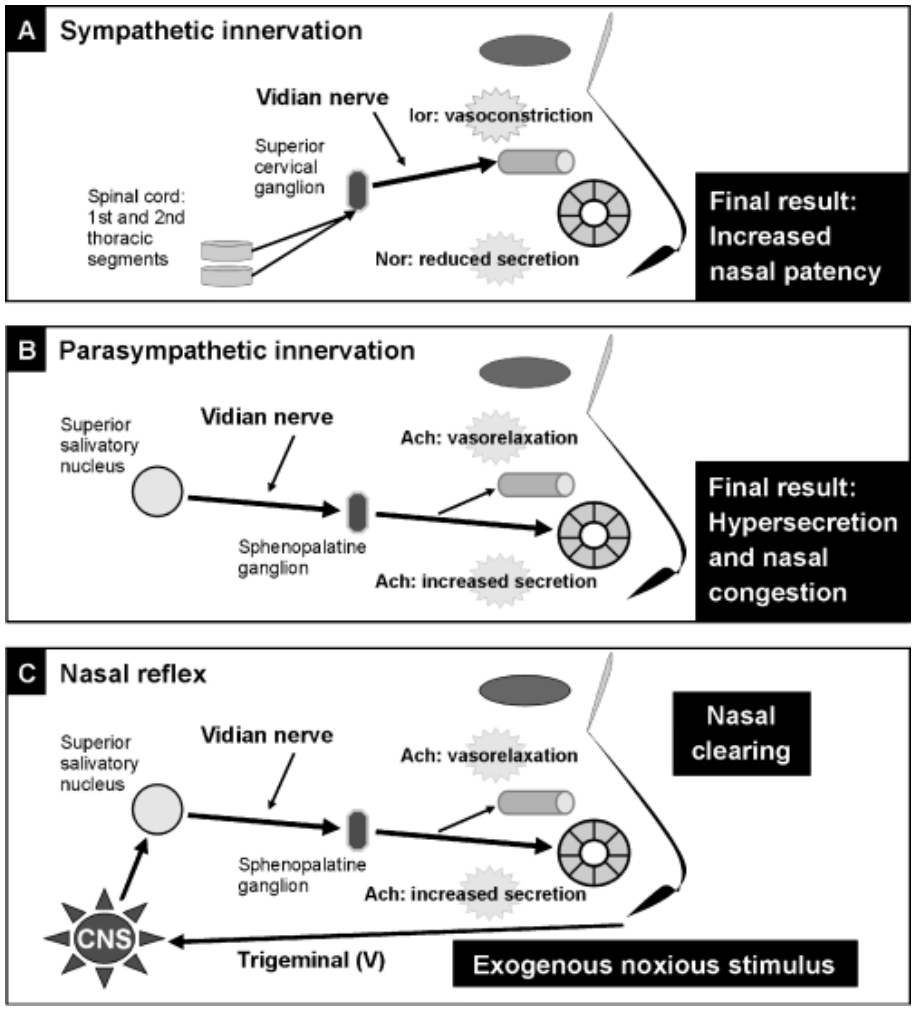
- L’anamnèse est-elle suffisante, et si non, quelles questions complémentaires allez-vous poser à la patiente ?
- Comment va se dérouler votre examen clinique ?
- Quels sont les éléments physiopathologiques pouvant orienter vers le diagnostic ?
- Quelle prise en charge ?

Principe de la congestion nasale



Evidence-based recommendations regarding the differential diagnosis and assessment of nasal congestion: using the new GRADE system . E. van Spronsen1, K. J. A. O. Ingels,A. H. Jansen, K. Graamans,W. J. Fokkens. Allergy 2008: 63: 820–833

Principe de la congestion nasale



Mechanisms of vasomotor rhinitis. R. Garay. ***Allergy.*** *Volume 59, Issue 76, January 2004, Pages: 4–10*

Sur base de la discussion, quel est votre diagnostic ?

Patiente Brigitte G . âgée de 60 ans

- **Le diagnostic final est celui d'une rhinite chronique par prise de ß-bloquants**

- Prise de Carvedilol et de Co-bisoprolol depuis 3 ans
  - *Co-bisoprolol = fumarate de bisoprolol 2,5mg + hydrochlorothiazide 6,25mg*

- La patiente ne l'avait pas révélé lors de l'anamnèse.
  Il fallait donc creuser l'anamnèse.

Bibliographie intéressante :

- ***Kaufman HS. Timolol-induced vasomotor rhinitis: a new iatrogenic syndrome. Arch Ophthalmol 1986;104:967.159.***

- ***Mechanisms of vasomotor rhinitis. R. Garay. Allergy. 2004: 59: 4-10***

Questions

- L’anamnèse est-elle suffisante, et si non, quelles questions complémentaires allez-vous poser à la patiente ?
- Comment va se dérouler votre examen clinique ?
- Quels sont les éléments physiopathologiques pouvant orienter vers le diagnostic ?
- Quelle prise en charge ?

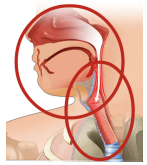
Prise en charge

Pharmacotherapy for nonallergic, noninfectious rhinitis :

- **Management should be directed by the underlying cause**
- **Where this is not obvious, saline douches and/or topical corticosteroids should be tried first**
- **If symptoms continue, further investigation should be undertaken to exclude possible differential diagnoses.**
- **For persistent obstruction, topical antihistamine then short-term topical decongestants may be considered**
- **For watery rhinorrhoea, ipratropium may help**
- **There are adult controlled study data to suggest that capsaicin may reduce symptoms**

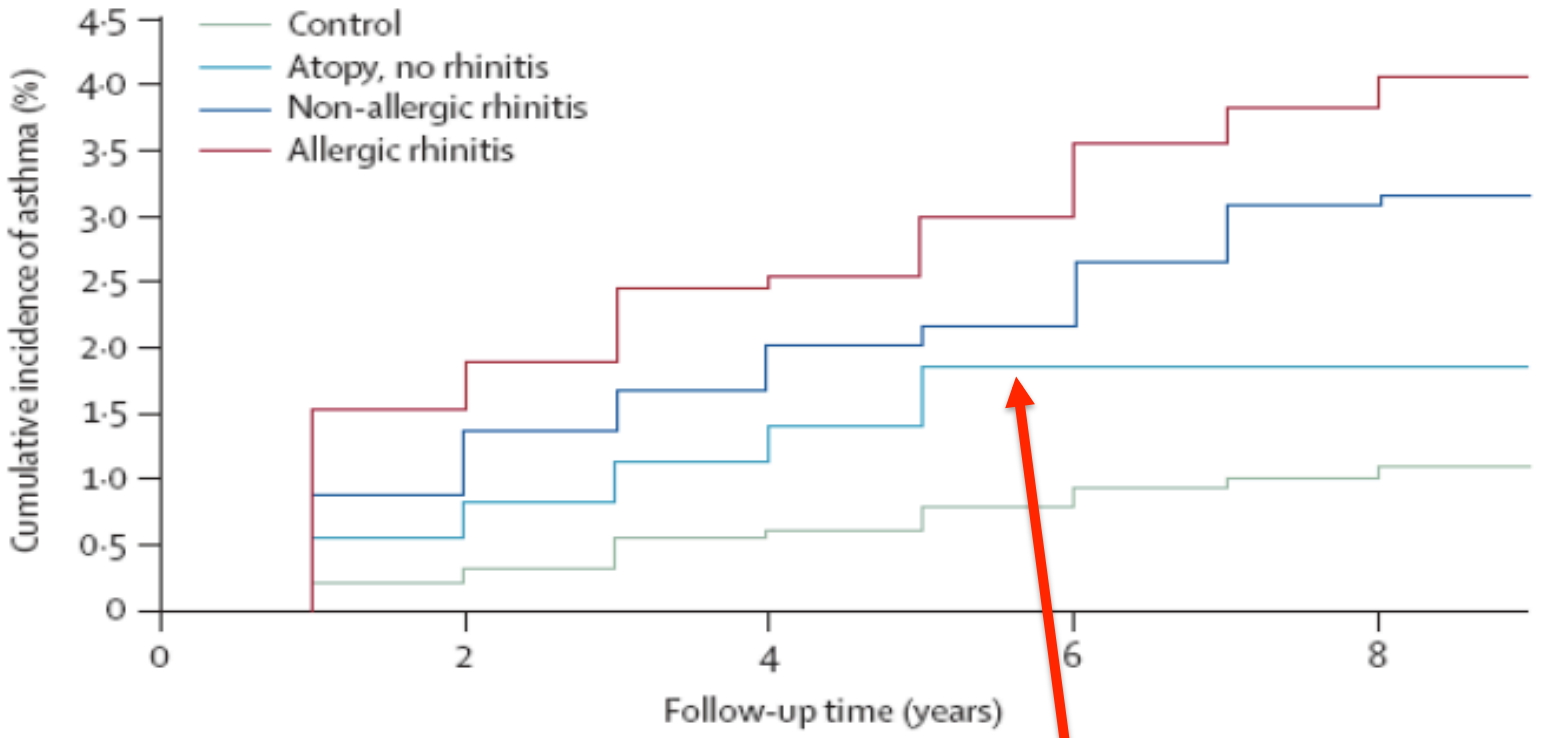
Molecular and clinical pharmacology of intranasal corticosteroids: clinical and therapeutic implications. H. Derendorf and E. O. Meltzer. Allergy. Volume 63, Issue 10, October 2008, pages 1292-1300

Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW, Papadopoulos NG, Rotiroti G, Scadding G, Timmermans F,Valovirta E. Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2013; 68: 1102–1116



Pourquoi est-il nécessaire de bien diagnostiquer et traiter la rhinite non allergique ?

La rhinite, même en l'absence d'atopie est prédictive d'un excès de risque relatif d'asthme



Number at risk

Control	3163	3158	3153	3064	2967
Atopy, no rhinitis	704	701	698	669	642
Non-allergic rhinitis	1377	1396	1358	1268	1199
Allergic rhinitis	1217	1208	1194	1093	1038

Probability of developing asthma, % (95% CI)

Control	0	0·2 (0·1–0·5)	0·5 (0·3–0·9)	0·8 (0·5–1·2)	1·0 (0·7–1·5)
Atopy, no rhinitis	0	0·6 (0·2–1·5)	1·1 (0·6–2·3)	1·9 (1·1–3·2)	1·9 (1·1–3·2)
Non-allergic rhinitis	0	0·9 (0·5–1·5)	1·7 (1·1–2·5)	2·2 (1·5–3·1)	3·1 (2·3–4·1)
Allergic rhinitis	0	1·6 (1·0–2·4)	2·5 (1·7–3·5)	3·0 (2·2–4·1)	3·8 (2·9–5·1)

Shaaban R, Zureik M, Soussan D, Neukirch C, Heinrich J, Sunyer J, et-al. Rhinitis and onset of asthma : a longitudinal population-based study. Lancet. 2008;372:1049-57

Prévalence de la rhinite non allergique

Etude de Settipane Russell Anthony (Wakefield, USA) :

- prevalence of pure allergic rhinitis in the adult population with symptoms is 43 %
- combination **allergic rhinitis and non allergic rhinitis** is 34 % percent
- **pure non allergic rhinitis** is 23 %

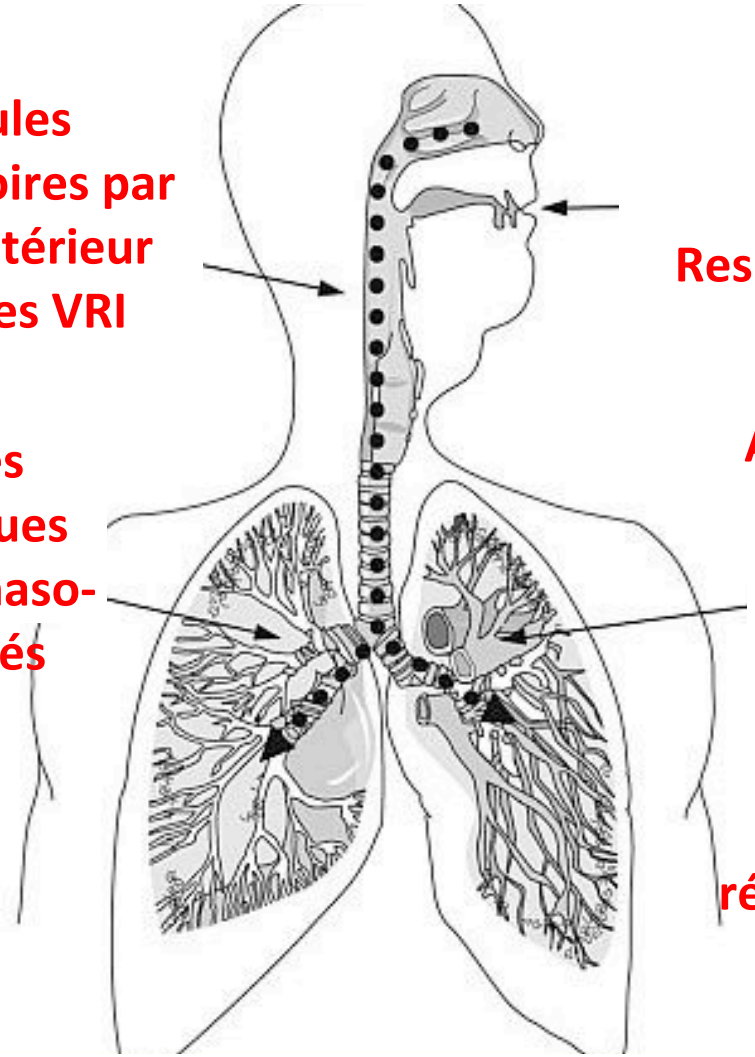
Settipane RA, Lieberman P. Update on nonallergic rhinitis.Ann Allergy Asthma Immunol 2001;86:494-507

Mastin T. Recognizing and treating non-infectious rhinitis. J Am Acad Nurse Pract2003;15:403.

Pourquoi est-il nécessaire de bien diagnostiquer et traiter la rhinite ?

Particules inflammatoires par jetage postérieur dans les VRI

Réflexes bronchiques d'origine naso-pharyngés



Respiration buccale

Absorption par voie ***systémique*** de médiateurs inflammatoires d'origine rhino-sinusiens engendrant des réactions bronchiques

Mechanisms of pathologic relationships between upper and lower airways
Meltzer EO. Allergy Asthma Proc 2005;26:336–340

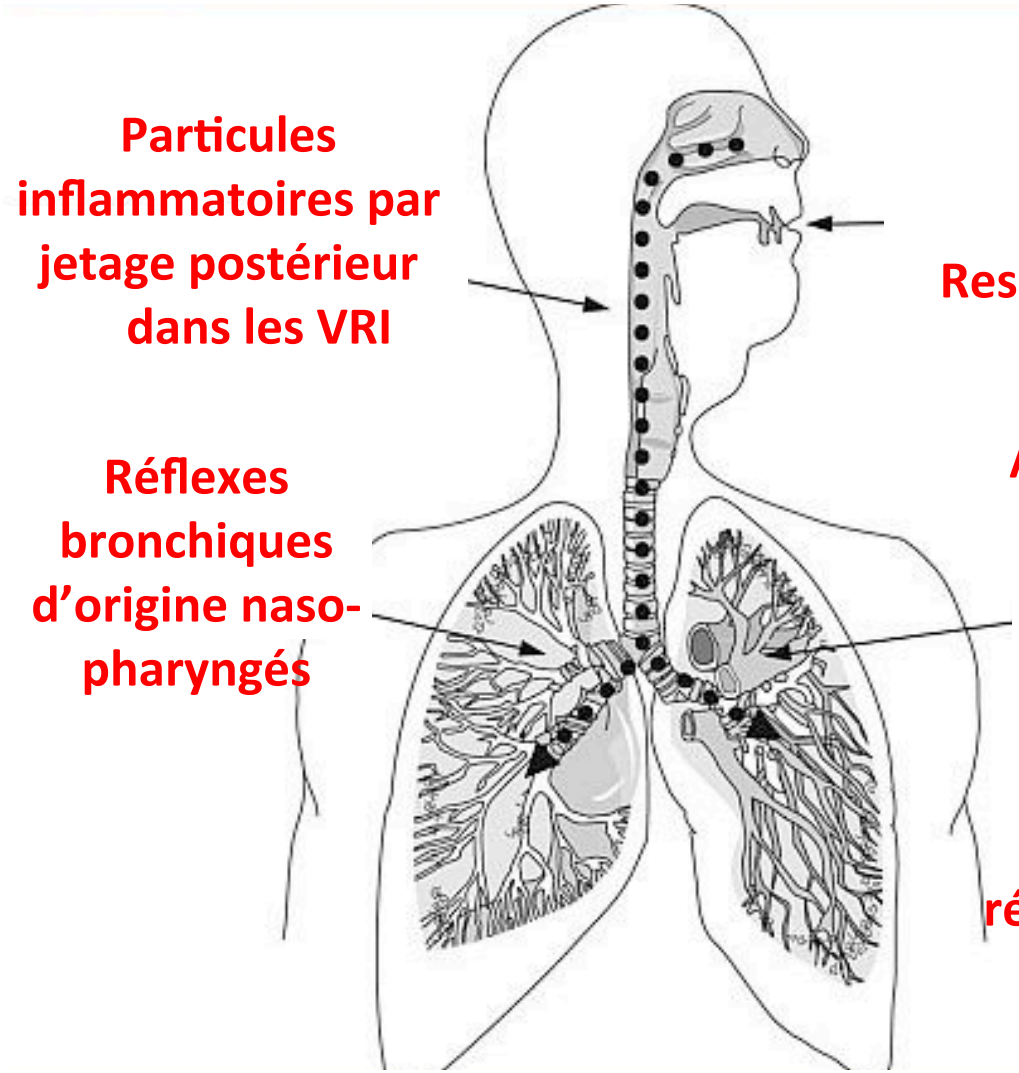
Pourquoi est-il nécessaire de bien diagnostiquer et traiter la rhinite ?

Particules inflammatoires par jetage postérieur dans les VRI

Respiration buccale

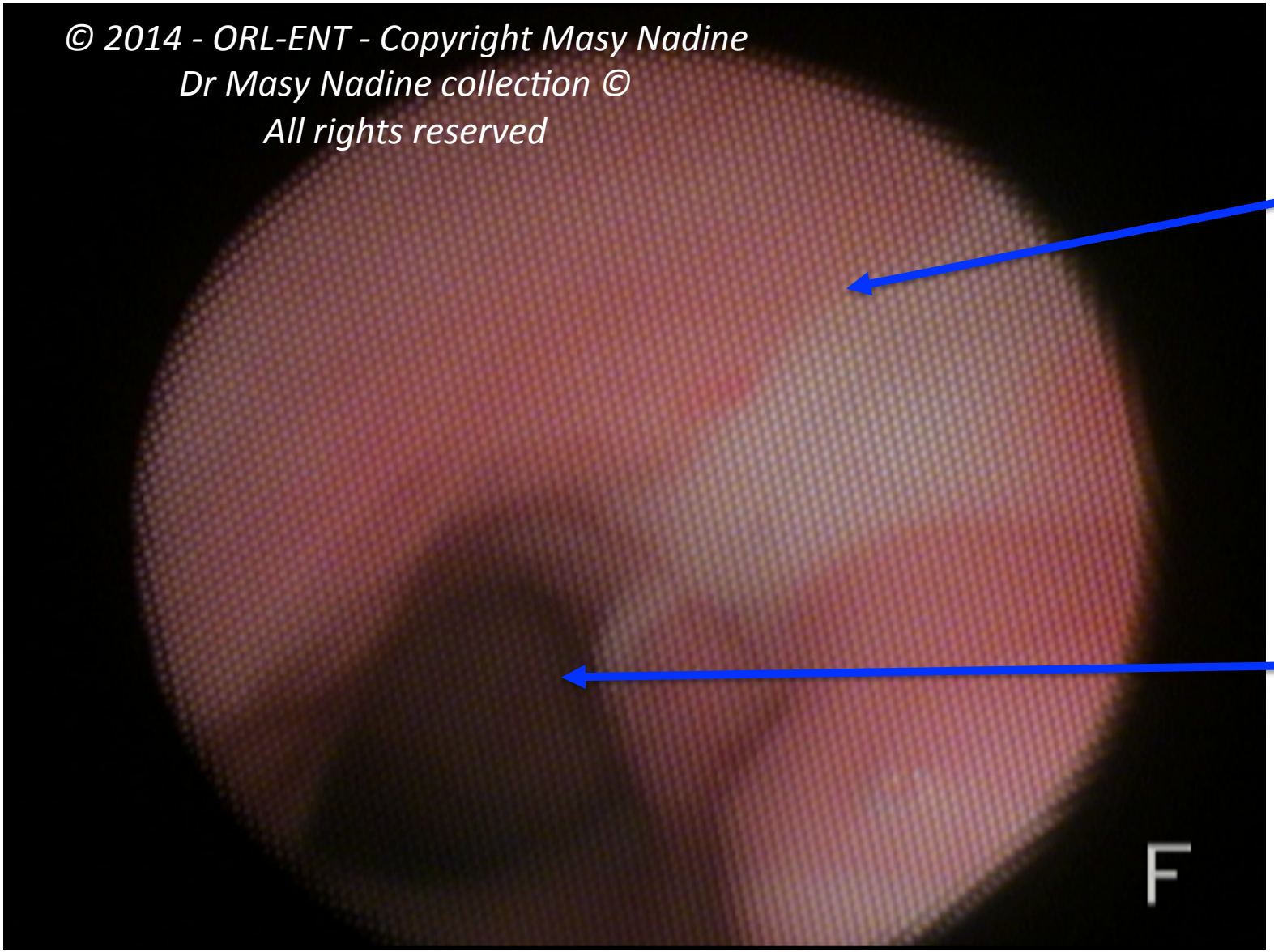
Réflexes bronchiques d'origine naso-pharyngés

Absorption par voie *systémique* de médiateurs inflammatoires d'origine rhino-sinusiens engendrant des réactions bronchiques



Mechanisms of pathologic relationships between upper and lower airways
Meltzer EO. Allergy Asthma Proc 2005;26:336–340

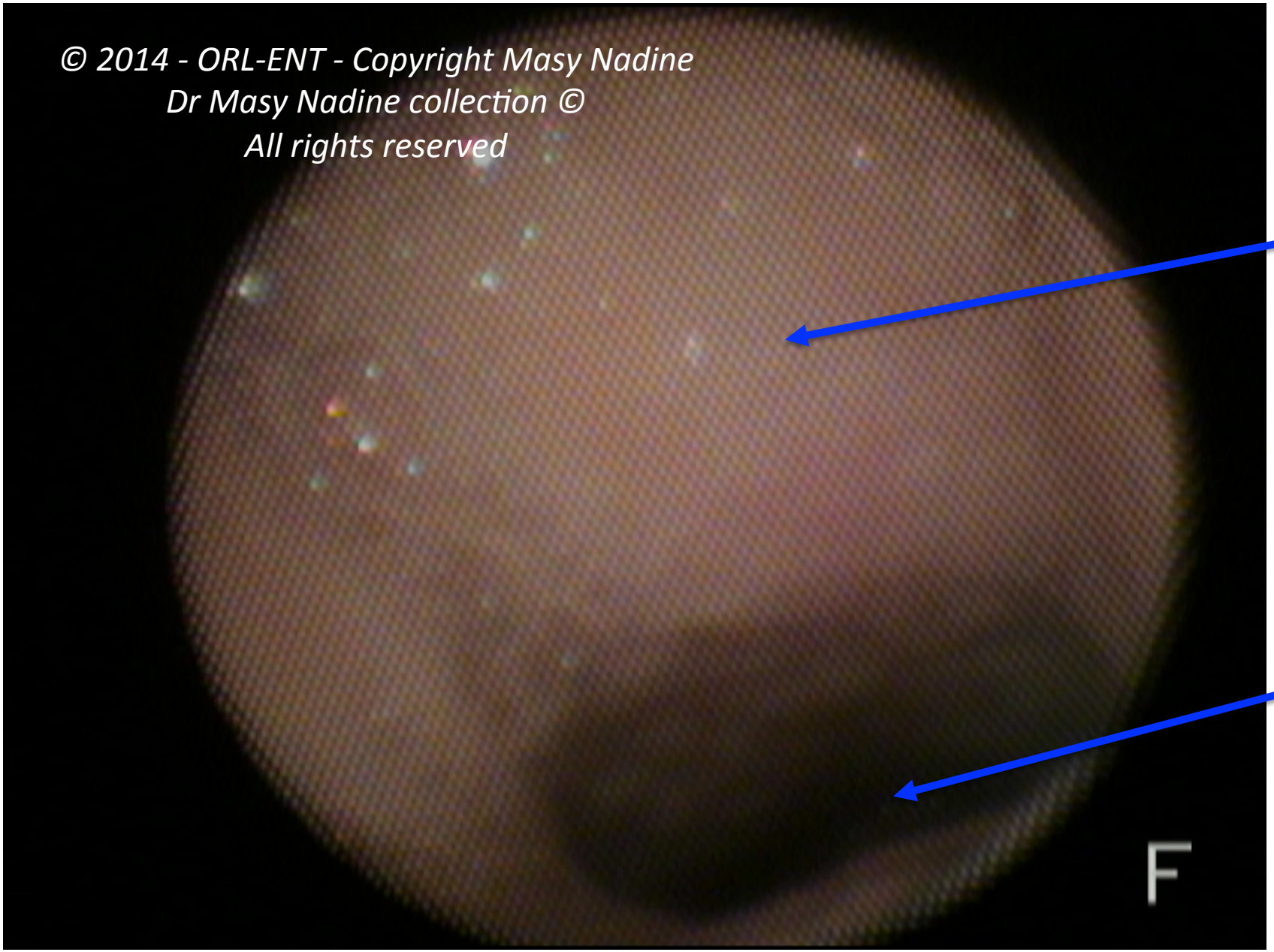
Le jetage postérieur muco-purulent



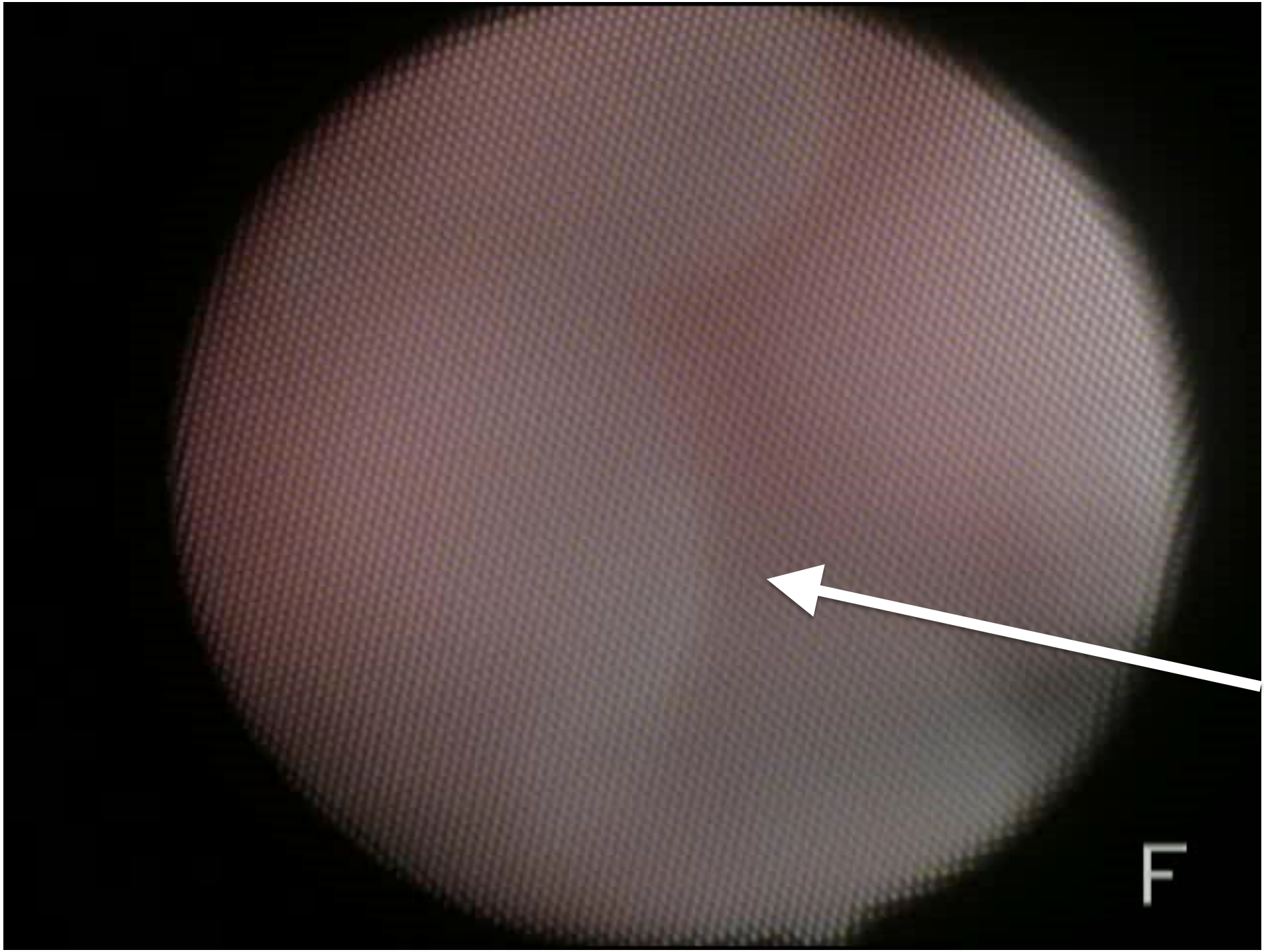
Jetage postérieur

Larynx

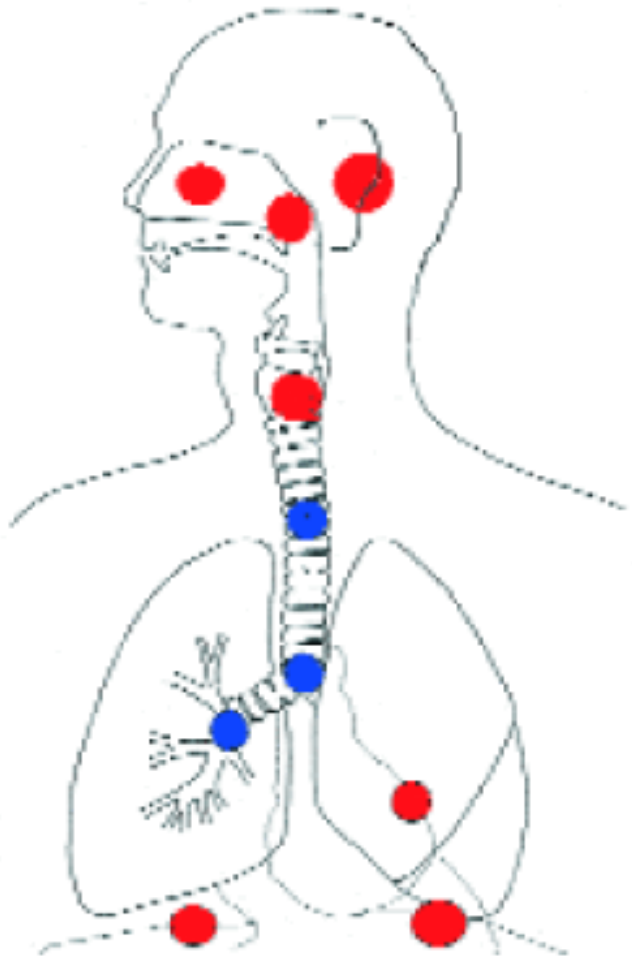
Le jetage postérieur aqueux



Film : le réflexe de toux



Complications du jetage postérieur



Localisation des récepteurs de la toux :

- Sphère respiratoire
- Sphère digestive et ORL

Adapté de Irwin RS et al. Cough : A comprehensive review. Ach Intern Med 1977; 137:1186-91 et coll.

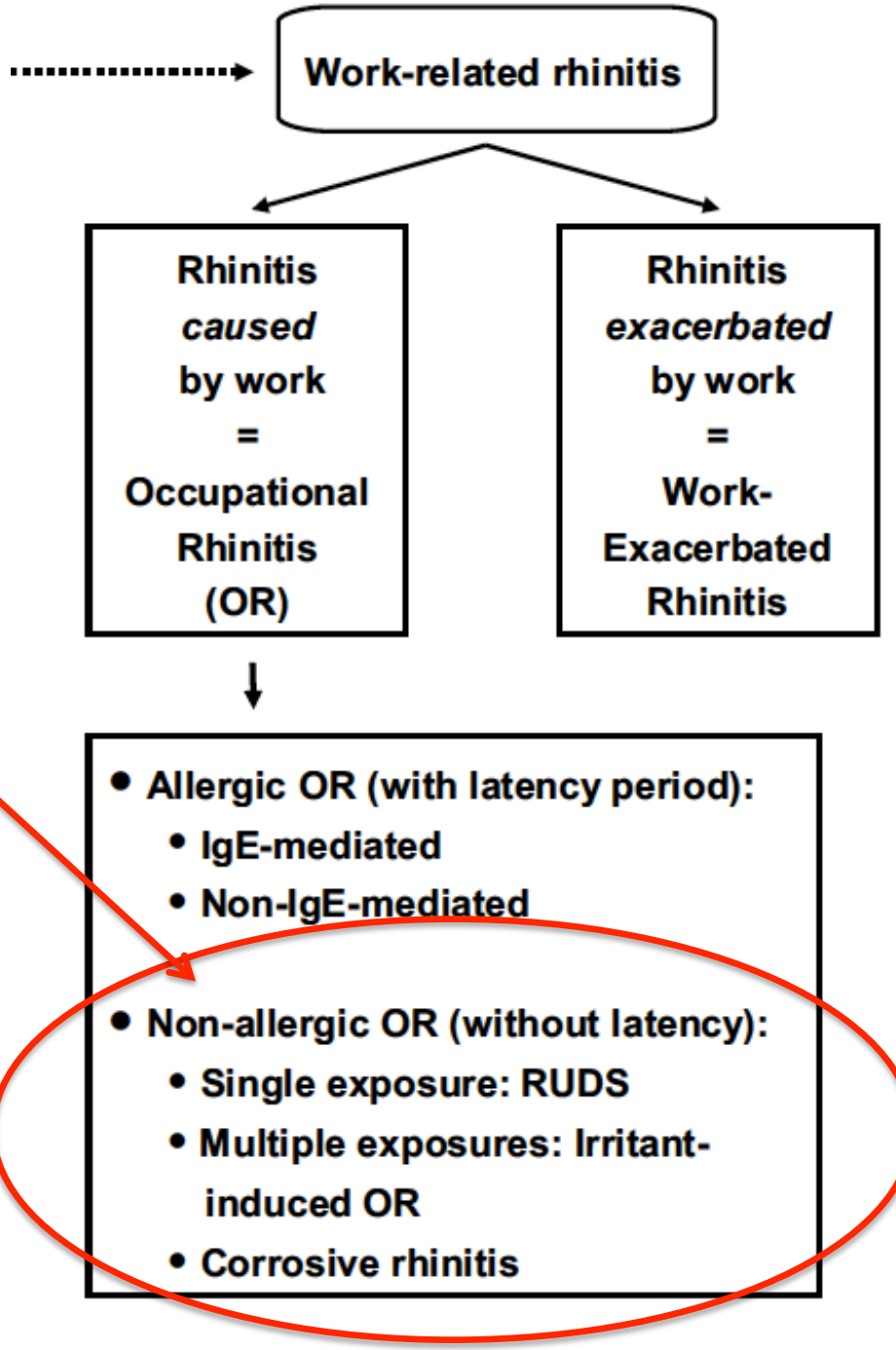
Définition de la rhinite chronique

D'un commun accord, le groupe de travail de la SFORL a défini les rhinites chroniques

- comme des atteintes chroniques **non mécaniques** des structures nasales (muqueuse et éléments associés)
- **à l'exclusion des atteintes infectieuses des structures sinusiennes.**
- La durée de l'atteinte chronique a été établie à une période d'**au moins 12 semaines consécutives ou non par an**
- Les manifestations rhinologiques de maladies systémiques telles que sarcoïdose, Wegener,VIH, lymphomes…, bien que parfois révélatrice de l'affection, ne font pas l'objet de cette recommandation de la SFORL

Extrait de « Recommandation pour la pratique clinique.
Prise en charge des rhinites chroniques, Société Française d'ORL » »
Les recommandations officielles sont en ligne sur le site www.orl-france.org

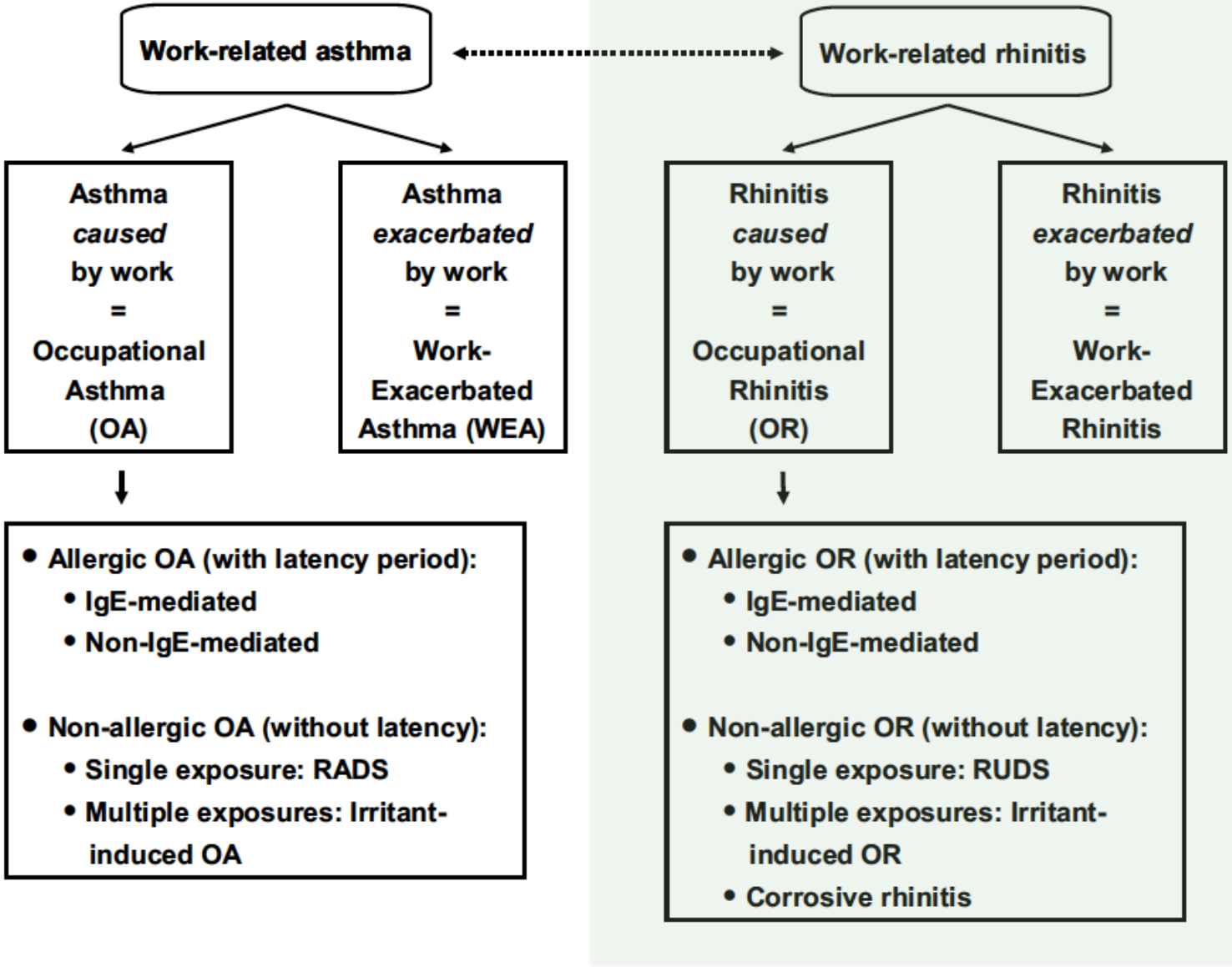
La rhinite non allergique professionnelle



RUDS = Reactive Upper Airways Dysfunction
(Equivalent du syndrôme d'irritation bronchique)

EAACI position paper on occupational rhinitis (Review)Gianna Moscato, Olivier Vandenplas, Roy Gerth Van Wijk R et al. Respiratory Research 2009, 10:16

La rhinite non allergique professionnelle



EAACI position paper on occupational rhinitis (Review)Gianna Moscato, Olivier Vandenplas, Roy Gerth Van Wijk R et al. Respiratory Research 2009, 10:16

Valeur des examens
dans le diagnostic positif des rhinites chroniques

	Histoire	Examen endonasal	Endoscopie nasale	Tests cutanés	Tests multiallergéniques	Provocation nasale	Cytologie nasale	Biopsie nasale	Bacterio	Radiographie sinus	TDM Naso sinusienne
Allergie	+++	++	+	+++	+	+	0	0	0	0	0
RIE	+++	++	++	+++	++	0	++	0	0	0	++
Médicament	+++	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Prof. non allergique	+++	++	++	+++	+	++	0	0	0	0	+
Grossesse	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Age	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Positionnelle	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentaire	+++	++	++	++	+	+	0	0	0	0	0
Atrophique	+++	+++	+++	0	0	0	0	++	++	0	++

0 : pas d'intérêt
+ : informatif
++ : recommandé
+++ : indispensable.

RIE : rhinite inflammatoire à éosinophiles ; TDM : tomodensitométrie

Recommandations cliniques 2005 de la SFORL pour prise en charge des rhinites chroniques

Algorithme décisionnel de la rhinite chronique non allergique

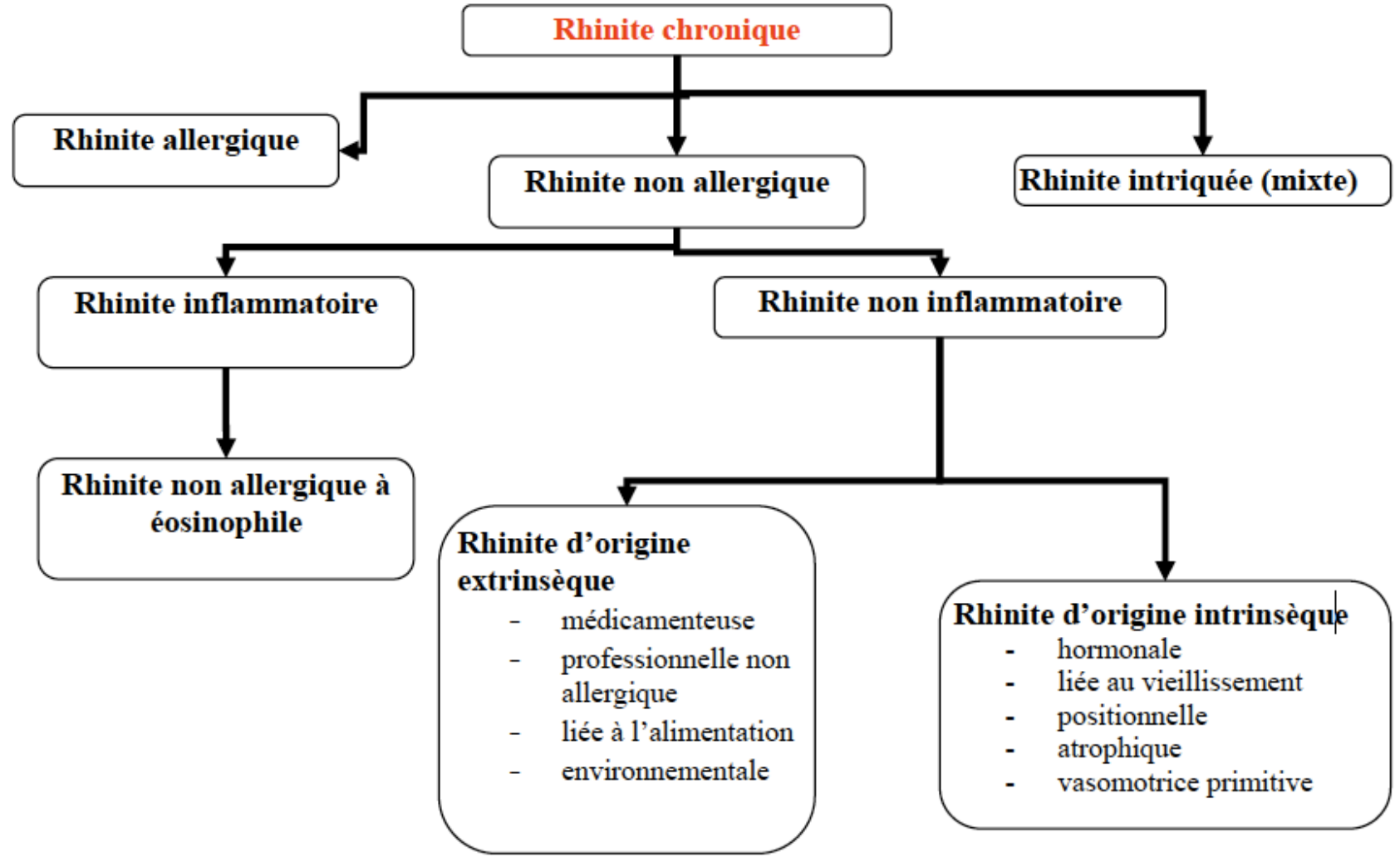


Schéma adapté de « Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge des rhinites chroniques, Société Française d'ORL » »

Algorithme décisionnel

ON = obstruction nasale
ttt = traitement
CS = corticostéroïdes

Le plus souvent
Adulte > enfant
- **ON nasale persistante** ou **intermittente**
Parfois due à
- de fortes odeurs
-Air froid ou changement de t° humidité, pression atmosphérique
-Émotions fortes, stress, alcool
- Changements hormonaux .

Rhinite vaso-motrice

- CS topiques **et/ou** AH1 topiques(intra-nasaux)
- Pseudo-éphédrine

Rhinorrhée profuse après ingestion d'aliments chaud, épicés, ou d'alcool .

Souvent liée à l'âge
> 65 ans

Rhinite gustative sécrétoire

Rhinite sénile

Ipratropium topique 3 x/ j

ON, rhinorrhée post. **muco-purulente**,

Parfois : céph.frontales tr de l'olfaction, toux.

Rhinite infectieuse

Traitement local si viral, ttt antibactérien local (ex. mupirocine) si suspicion d'infection bactérienne

-Adulte
-ON
- rhinorrhée profuse

Eosinophilie sécrétoire.
IgE totales et spécifiques nles
Prick tests normaux

Non-allergic rhinitis with eosinophilia syndrome (NARES)

CS topiques intra-nasaux

ON liée au **cycle menstruel**
- Qques jours avant et/ou pdt les menstruations

ON liée à la **grossesse**
- commence au 2e trimestre
- congestion importante
- disparaît lors de la 2e Semaine de postpartum

-Autres pathologies hormonales
-**Acromégalie**, , **hypothyroïdie**

Rhinite hormonale

- Sérum physiologique (lavages ou spray)
Dilatateur externe nasal si ON nocturne de la grossesse
- CS intra-nasaux (bien que ne montrent pas assez d'effet dans les études)
- Pseudo-éphédrine
  - sauf au 1er trimestre
  - sauf si HTA

ON sévère, due à un effet rebound par abus de vasocontricteurs locaux

Oxymétazoline, phénylephrine etc....

Rhinite médicamenteuse par abus de vaso-constricteurs

CS intra-nasaux **et/ ou** CS oraux

avec diminution et suppression progressive des vaso-constricteurs locaux sur 3 à 7 jours

ON depuis la prise orale de certains médicaments vaso-dilatateurs et/ou autres :

IEC
ß-bloquants
Aspirine
AINS

Rhinite médicamenteuse

Suppression de la cause et si impossible, CS intra-nasaux **et/ ou** CS oraux

Pseudo-éphédrine mais agit à l'encontre de la vasodilatation

ON due à l'ingestion de certains alliments
-non toxique
- non alliergique
- non immunologique
- ENZYMATIQUE (voie de la DAO)

Rhinites par histamino-libération (déséquilibre entre apport d'histamine exogène / déficit en DAO)

Eviction de l'aliment causal

Prise de DAO (Daosin®) avant le repas

ON due à la position couch

Rhinite positionnelle

Recherche d'une cause anatomique (le plus souvent sans cause précise)

Radiofréquence turbinale si pas de défaut anatomique précis

The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter Joint Task Force on Practice*; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA,Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CC, Schuller D,Spector SL, Tilles SA: **Joint Task Force on Practice**; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.. J Allergy Clin Immunol 2008, 122(2 Suppl):S 1-84*

Algorithme décisionnel (suite)

ON = obstruction nasale
ttt = traitement
CS = corticostéroïdes

En cas d'exposition professionnelle

Symptômes purement **subjectifs**

-Après exposition professionnelle à des irritants spécifiques .

-Typiquement liés à certaines odeurs

- Pas de congestion ou d'inflammation objective évidente

Rhinite par désagrément

-Eviction de la cause,
-sérum phy
- CS nasaux
- AH1 nasaux.

Symptômes rhinitiques

-Après exposition professionnelle à des irritants spécifiques
-(ex. fumée de cigarette, climatisation,,...)
- Congestion et /ou inflammation de la muqueuse

- Sans signes immunologiques ni allergiques

Rhinite irritative

-Eviction de la cause,
-sérum phy
- CS nasaux
- AH1 nasaux.

Symptômes rhinitiques

-Après exposition professionnelle à une trop grande concentration de gaz irritants

-ex. Gaz chimiques solubles

- Congestion et inflammation de la muqueuse importante

- Ulcérations de la muqueuse

Rhinite corrosive

Eviction de l'agent causal

Symptômes rhinitiques

- Avec réaction IgE médiée par exposition professionnelle

-ex. Isocyanates

Allergie

-Eviction de la cause,
-sérum phy
- CS nasaux
- AH1 nasaux nasal.

Allergie = HORS DU SUJET DE L'ATELIER

Non professionnelle

Symptômes rhinitiques

-Après exposition à des irritants spécifiques
-(ex. fumée de cigarette, odeurs fortes, CPAP, climatisation,...)

- Congestion et inflammation de la muqueuse

- Sans signes immunologiques ni allergiques

Rhinite environnementale

-Eviction de la cause
-Humidificateur si CPAP
-sérum phy
- CS nasaux
- AH1 nasaux

En cas de rhinite croûteuse

-Atrophie progressive de la muqueuse nasale
- Peut être accompagné de rhinorrhée malodorante
-Peut être accompagné d'une colonisation de la muqueuse par du Klebsiella ozaenae ou d'autres pathogènes.

Parfois sur antécédents de chirurgie nasale (post-turbinectomie)

Infectieuse (ex. K. Ozenae)

Rhinite atrophique primaire

-Sérum phy, lubrification
-(pommades grasses)
- AB topiques si rhinorrhée muco-purulente
- > 2 jours
- AB oraux si surinfection aigüe
-Contrôle par rhinoscopie 2x/ an si les symptômes persistent

Post-chirurgie
Post sinusite chronique
Post-irradiation

Rhinite atrophique secondaire

En cas de prurit nasal ou généralisé, éternuements et/ou rhinorrhée

Symptômes rhinitiques

-Rhinorrhée
- Prurit nasal ou généralisé
-Eternuements

- Congestion et inflammation de la muqueuse

- Sans signes immunologiques ni allergiques

Dosage tryptase nasale et sanguine

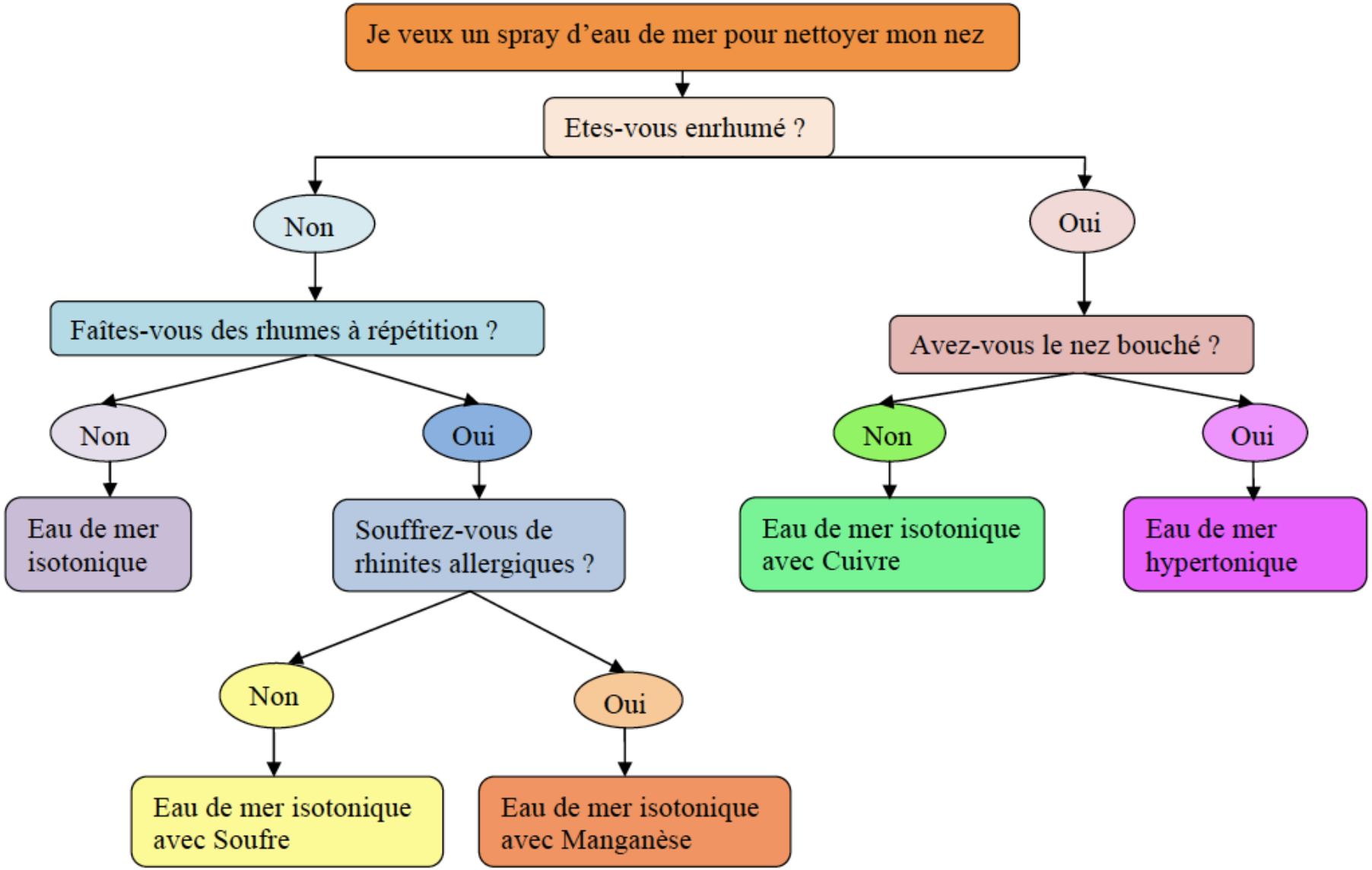
Rhinite de la mastocytose
Non-allergic mastocytosis-associated rhinitis (NAMAR)

-Anthistaminiques per os
-AH1 nasaux
-Ipratropium si
-rhinorrhée

The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter
Joint Task Force on Practice*; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA,Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CC, Schuller D,Spector SL, Tilles SA:* ***Joint Task Force on Practice****; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.*
J Allergy Clin Immunol 2008, 122(2 Suppl):S1-84

Non-allergic, mastocytosis-associated rhinitis R. Dollner, E. Taraldsrud, K. Iversen, T. Osnes, B. Kristensen and M. F. KramerClinical & Experimental AllergyVolume 43, Issue 4, April 2013, Pages: 406–412

Traitements : Choix du soluté d'eau de mer



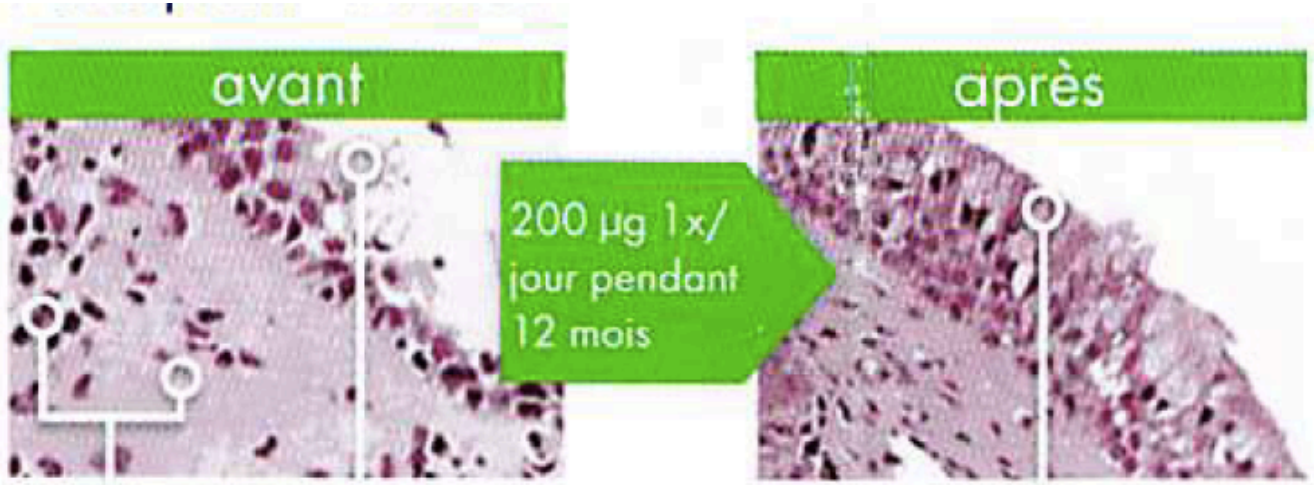
PETIT M., *Le moniteur, n°74, Cahier II du n° 2795 (26/09/09)*

Traitements : corticoïdes locaux

Agent	Trade Name(s)	Dose Per Inhalation	Base Initial Adult Dosage*
Beclomethasone dipropionate	Beconase® Beconase AQ® Vancenase Pockethaler®	42 μg	1–2 sprays per nostril 2×/day
	Vancenase AQ Double Strength®	84 μg	1–2 sprays per nostril 1×/day
Budesonide	Rhinocort®	32 μg	2 sprays per nostril 2×/day or 4 sprays per nostril 1×/day
Flunisolide	Nasarel® Nasalide®	25 μg	2 sprays per nostril 2×/day
Fluticasone propionate	Flonase®	50 μg	2 sprays per nostril 1×/day or 1 spray per nostril 2×/day
Mometasone	Nasonex(AQ)®	50 μg	2 sprays per nostril 1×/day
Triamcinolone acetonide	Nasacort® Nasacort AQ®	55 μg	2 sprays per nostril 1×/day
Dexamethasone sodium phosphate	Dexacort®	84 μg	2 sprays per nostril 2–3×/day

Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, et al.
Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;81(pt 2):492.

Traitements : corticoïdes locaux



Cellules inflammatoires éosinophiles

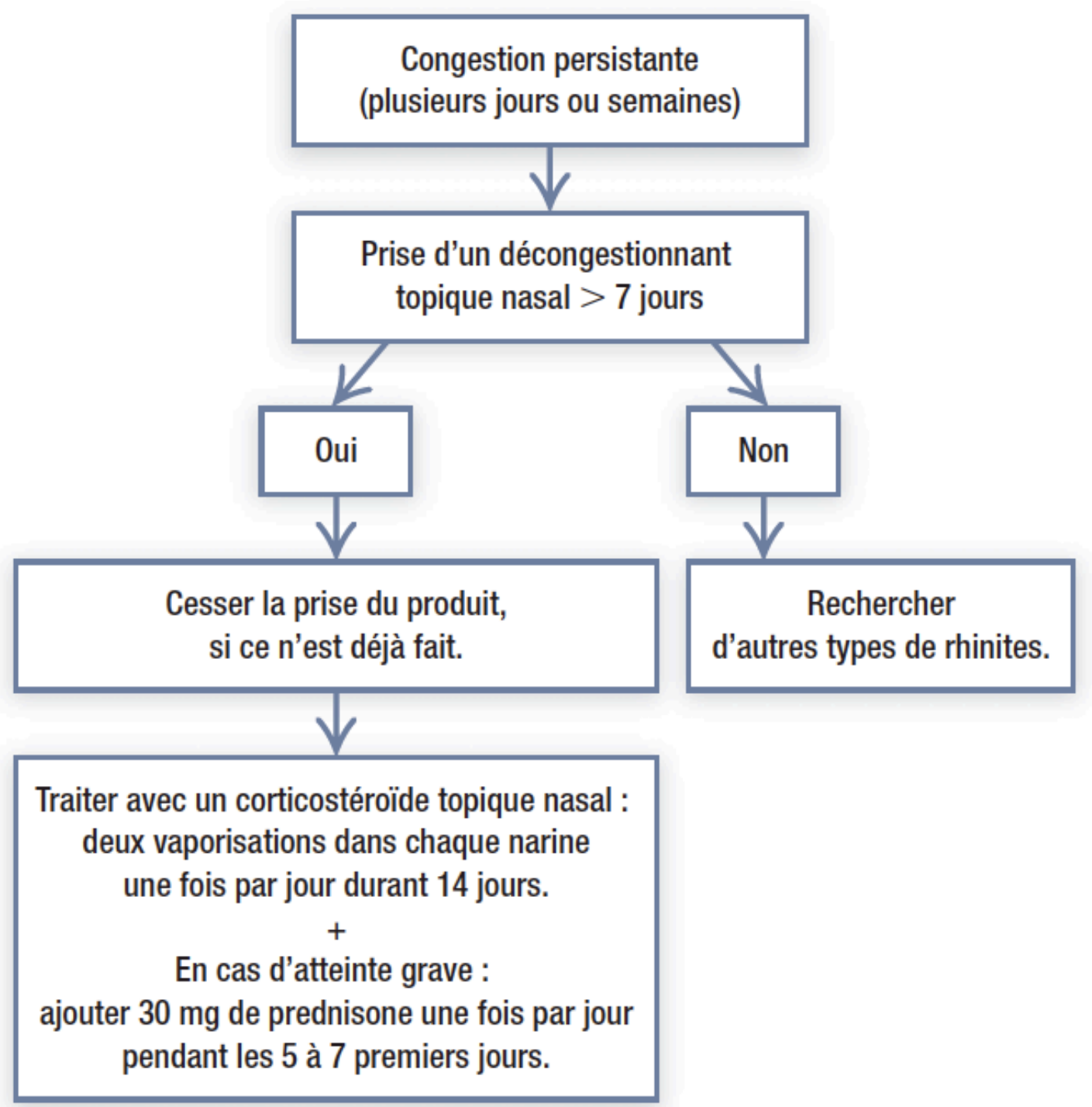
Muqueuse endommagée

Muqueuse en bonne santé

La muqueuse nasale avec des cellules enflammées chez un patient allergique chronique avant le traitement avec Mométasone

La muqueuse nasale du même patient après 12 mois de traitement avec Mométasone n'est plus endommagée et ne démontre aucune inflammation

Algorithme pour le traitement de la rhinite médicamenteuse



Adaptation en français d'après : *Diagnosis and managementof rhinitis: complete guidelines of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, et al.*
Ann AllergyAsthma Immunol 1998 ; 81 : 478-518

Et pour les sportifs en compétition… quel traitement?

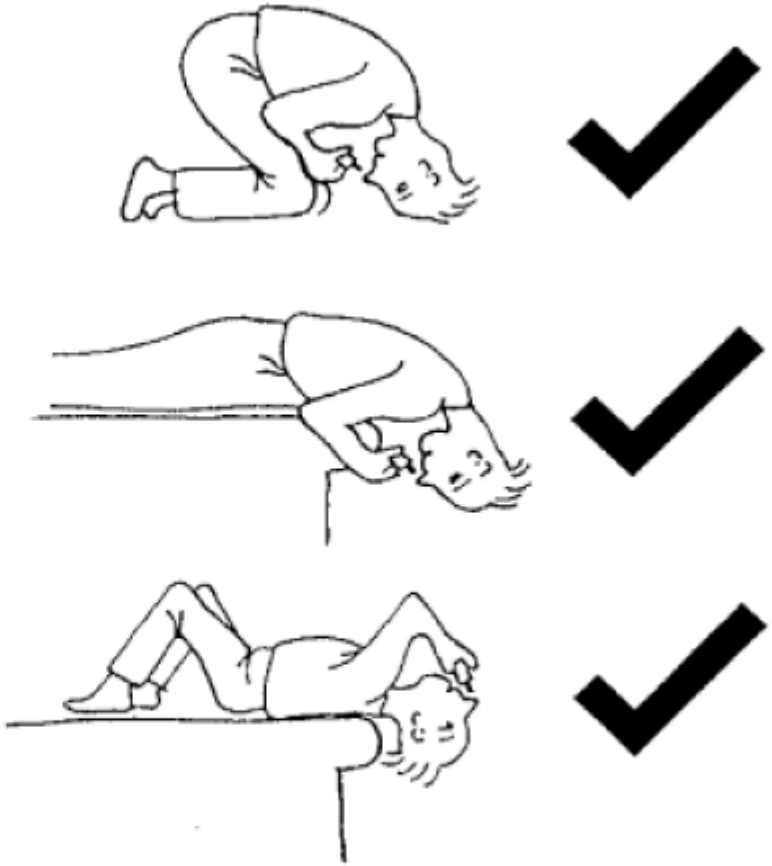
Les listes de produits prohibés évoluent constamment : http://www.santesport.gouv.fr

Class of substance	Agents
Vasoconstrictors These agents may be found in many single or combination agent OTC and prescriptions used for allergy URIs, and cough,	Desoxyephredrine (oral or nasal) Ephedrine (oral or nasal) Ma Huang (herbal ephedrine) Phenylephrine (oral) Phenylpropanolamine (oral or nasal) Propylhexedrine (oral or nasal) Pseudoephedrine (oral or nasal)
Stimulants Caffeine in any form leading to urinary levels of >12 mcg/mL	Equivalent to 6–8 cups of coffee, 4 vivarin tablets, or 8 No Doz tablets 2–3 hr before testing
Corticosteroids	The use of corticosteroids is banned except for topical use (ear, eye, and skin), inhalation therapy (allergic rhinitis and asthma), and local or intra-articular injections. Physicians prescribing topical, inhalational, and intraarticular corticosteroids must send written notification of the indication to the USOC (USOC Drug Control Program, Medical Notifications, One Olympic Plaza, Colorado Springs, CO 80909). Taking corticosteroids (prednisoine, methylprednisolone, cortisone) orally or intravenously is banned.
Narcotic analgesics	All narcotics except codeine and dihydrocodone

Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, et al.
Diagnosis andmanagement of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters In Allergy, Asthma and Immunology
.American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998;81(pt 2):492.

Traitements locaux

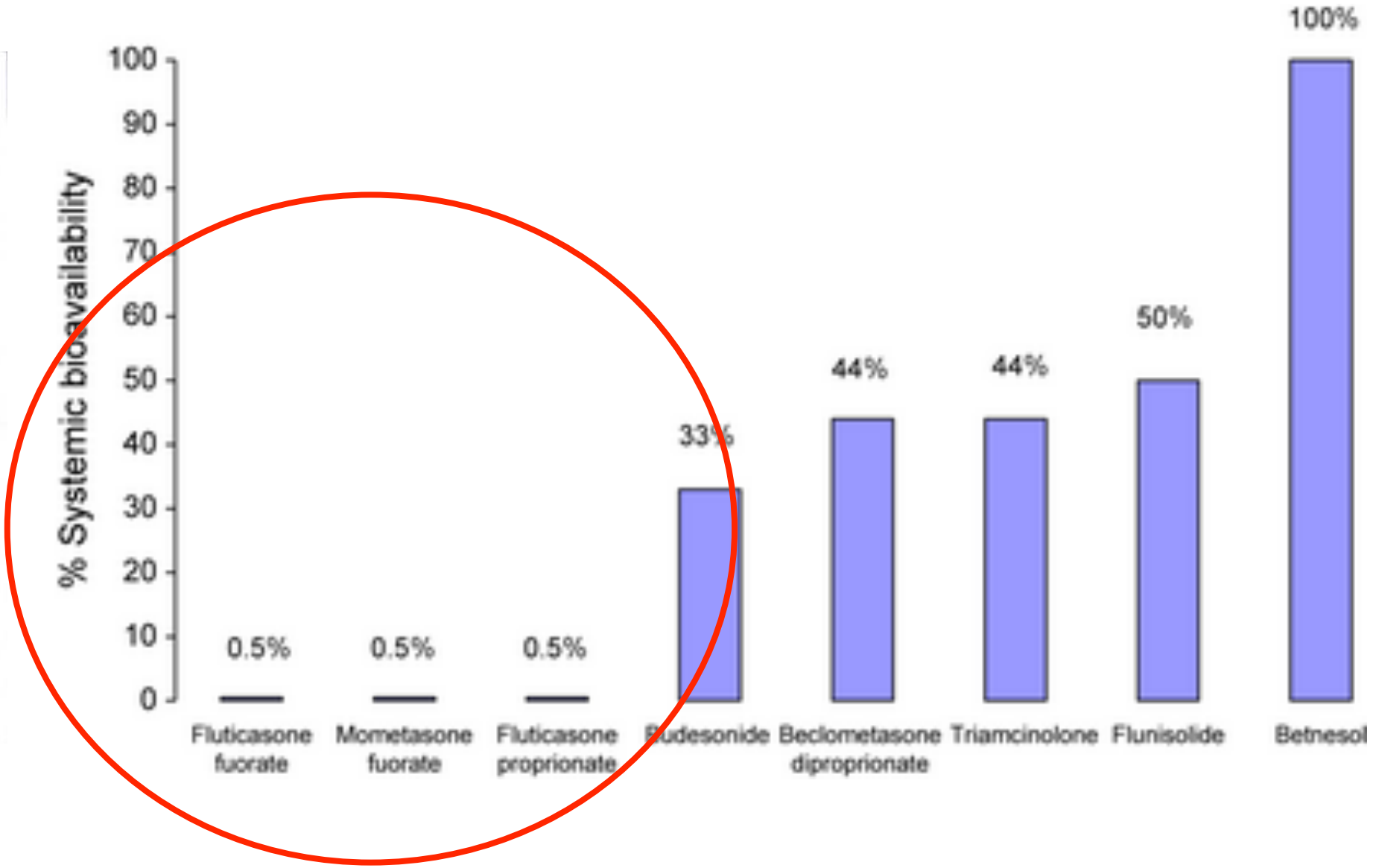
Wrong



Choose any position you feel comfortable with

BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis
G. K. Scadding, S. R. Durham, et al.
Clinical and Experimental Allergy, 38 : 19–42

La biodisponibilité des corticosteroïdes intranasaux
(absorption par l'organisme)
est minime pour les nouvelles générations de corticoïdes locaux



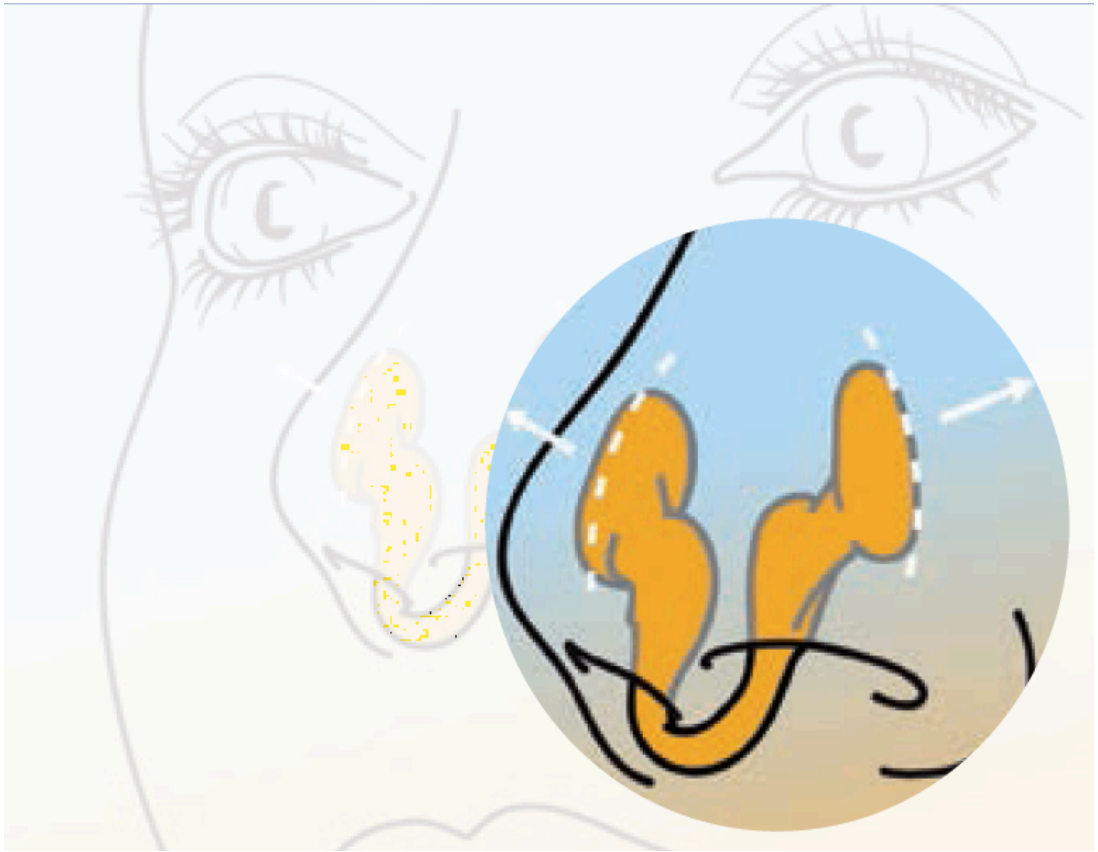
Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology**Allergy**
Volume 68, Issue 9, September 2013, Pages: 1102–1116, G. Roberts, M. Xatzipsalti, L. M. Borrego, A. Custovic, S. Halken, P. W. Hellings, N. G. Papadopoulos, G. Rotiroti, G. Scadding, F. Timmermans and E. Valovirta

“ The primary treatments for nonallergic rhinitis syndromes may vary and include ...”

- ❑ avoidance of aggravating irritants that may precipitate symptoms
- ❑ intranasal antihistamines
- ❑ intranasal corticosteroids
- ❑ decongestants and exercise to relieve congestion
- ❑ anticholinergics to relieve rhinorrhea
- ❑ institution of intranasal corticosteroids and discontinuation of nasal decongestant sprays in rhinitis medicamentosa
- ❑ antibiotics and supportive measures to relieve ostiomeatal complex obstruction in bacterial rhinosinusitis.

The diagnosis and management of rhinitis: An updated practice parameter
Dana V. Wallace, MD (Chief Editor),Mark S. Dykewicz, MD (Chief Editor),David I. Bernstein, MD (Co-Editor),Joann Blessing-Moore, MDet al .
J ALLERGY CLIN IMMUNOL VOLUME 122, NUMBER 2
The Journal of Allergy and Clinical Immunology
Volume 122, Issue 2, Supplement , Pages S1-S84 , August 2008

Les dilatateurs narinaires



Diagnostic différentiel de la rhinite chronique non allergique

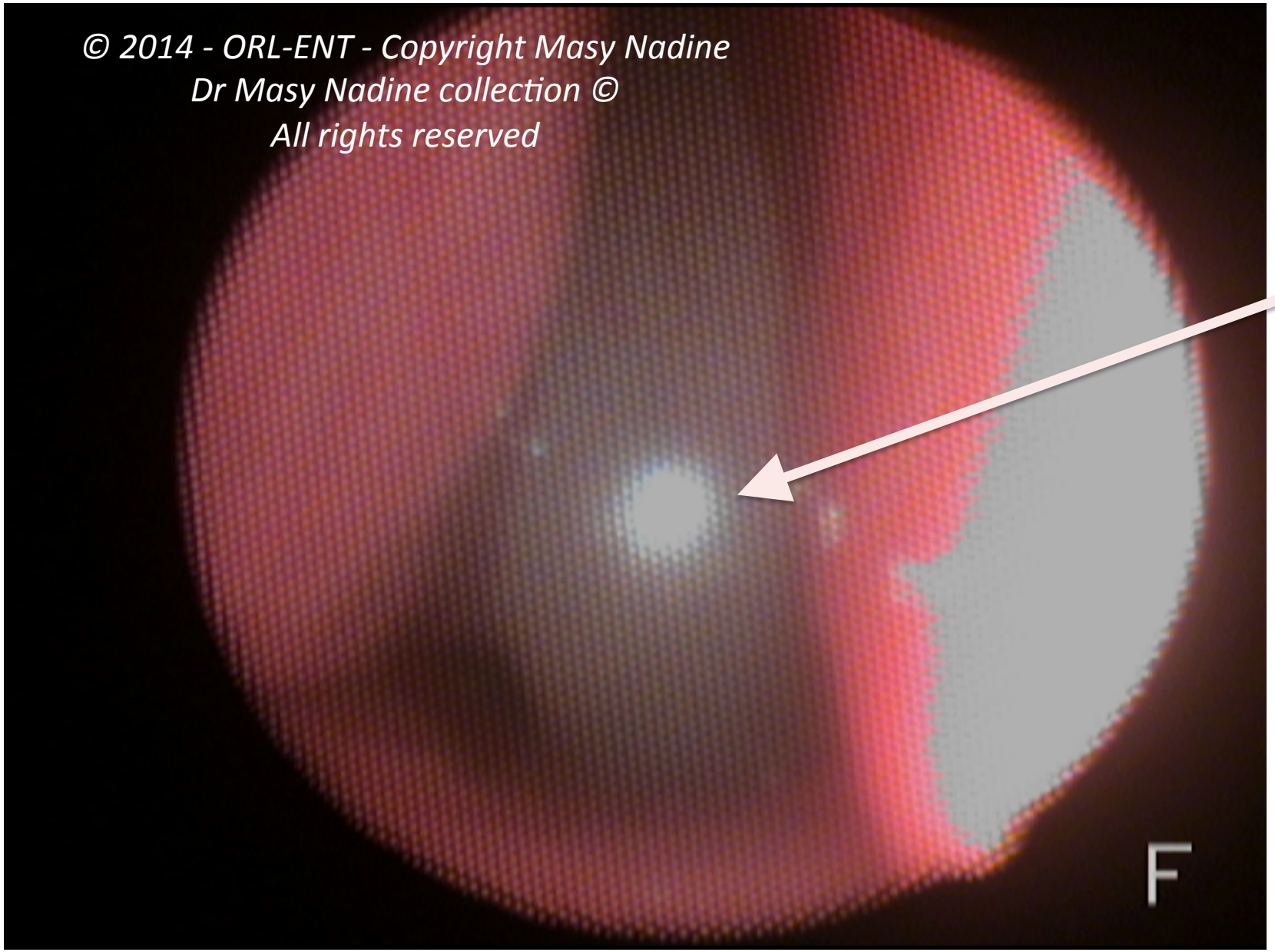
Table 3 Conditions that Mimic Rhinitis Symptoms

Nasal polyps
Anatomic abnormalities: E.g. Trauma or nasal tumors (Benign or Malignant)
Autoimmune: e.g. Sjogren syndrome, SLE, Relapsing polychondritis, Churg-Straus syndrome or Wegener granulomatosis
Metabolic: e.g. Hypothyroidism or acromegaly.
CSF Rhinorrhea
Primary Ciliary Dyskinesia
Cystic fibrosis
Immunodeficiency

Adapted from Wallace et al [21].

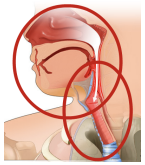
The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter
***Joint Task Force on Practice**; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.*
*Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA,Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CC, Schuller D,Spector SL, Tilles SA: **Joint Task Force on Practice**; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.*
J Allergy Clin Immunol 2008, 122(2 Suppl):S 1-84

Diagnostic différentiel de la rhinite chronique non allergique



Dr **M**asy **N**adine
ORL

Messages à emporter



- Influence du nez sur les bronches
- Il est impératif de faire le diagnostic au niveau du nez
- Il est impératif de traiter le nez

- L'anamnèse et la rhinoscopie sont primordiales

- Si échec :
  - Se poser la question de l'observance
  - Se reposer la question du diagnostic
  - Se poser la question d'une pathologie associée

The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter
Joint Task Force on Practice*; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.*
Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA,Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CC, Schuller D,Spector SL, Tilles SA: ***Joint Task Force on Practice****; American Academy of Allergy; Asthma & Immunology; American College of Allergy; Asthma and Immunology; Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology.*
J Allergy Clin Immunol 2008, 122(2 Suppl):S 1-84

Conclusion

Si échec :

Se poser la question du maillon manquant

Nécessité de réfléchir sur base de l'algorithme décisionnel