

GRATUIT

Formation continue MVL

PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE



APPROUVÉ POUR
1,25 UFC

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie a accordé 1,25 UFC à cette leçon.
Dossier n° 621-0907. Non valide pour UFC après le 28 septembre 2010.

NOVEMBRE 2007

Évaluation des options de prévention et de traitement des troubles nasaux courants en pharmacie

Auteur : Edward Wassef, RPh, Pharm D

Co-auteur : Farid Wassef, RPh, B.Sc. Pharm, CCN

L'auteur, les réviseurs experts et Les Éditions Rogers déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel avec le commanditaire de ce cours de formation continue.

INTRODUCTION

Le nez, qui abrite les fosses nasales et les sinus adjacents, joue plusieurs rôles en plus d'assurer le sens de l'odorat. Il filtre les impuretés et les microbes aéroportés, et il régule l'humidité et la température de l'air afin d'optimiser l'échange d'oxygène. La rhinite et la sinusite, deux des affections nasales les plus couramment observées en pharmacie, touchent non seulement la fonction respiratoire, mais également l'état de santé général d'une personne.

Le Canada affiche l'un des taux de rhinites les plus élevés au monde. On estime que jusqu'à 40 % des enfants et environ 30 % des adultes souffrent de rhinite, les chiffres variant selon divers facteurs, dont la région où l'on vit. Les personnes souffrant de rhinite éprouvent souvent de la difficulté à respirer, à se concentrer et à dormir. La rhinite fait maintenant partie des principales maladies respiratoires chroniques en raison de sa prévalence, de son effet nuisible sur la qualité de vie et du fait qu'elle constitue un facteur de risque indépendant de l'asthme^{1,2,3}.

Environ 10 % des Canadiens souffrent de sinusite, une affection aussi inconfortable que la rhinite et qui présente des symptômes tels que difficulté à respirer, douleur et pression sinusales, céphalée et fatigue⁴.

Totalisant 500 000 cas par année au Canada dus à une complication du rhume banal, la sinusite figure parmi les 10 premiers motifs de consultation médicale⁴. En outre, on estime que les Canadiens dépensent chaque année plus de 500 millions \$ en médicaments en vente libre contre la toux, le rhume, la sinusite, les allergies et les céphalées⁵.

Comme la rhinite et la sinusite sont des maladies très fréquentes, qu'elles affectent la qualité de vie et sont souvent traitées par automédication, cette leçon aidera les pharmaciens à évaluer les différentes options de prévention et de traitement, à donner de bons conseils et, conséquemment, à améliorer les résultats cliniques.

NOTIONS DE BASE DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE DES CAVITÉS NASALES ET SINUSALES

Les fosses nasales sont entourées de sinus dits paranasaux, qui sont des poches d'air situées à l'intérieur des os du visage^{6,7}. Il y a quatre sinus, chacun nommé en fonction de l'os dans lequel il se trouve : maxillaire, ethmoïde, frontal et sphénoïde⁶. Le complexe ostioméatal est la zone d'écoulement des sinus frontal, ethmoïde et maxillaire⁷. Le mucus est sécrété par le

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :



COMMENT RÉPONDRE ?

- A. Pour connaître vos résultats immédiatement, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte-réponse par courrier ou télécopieur au 416 764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Au terme de cette leçon, les pharmaciens pourront :

1. comprendre l'étiologie et la physiopathologie de la rhinite allergique et de la sinusite bactérienne.
2. distinguer la rhinite allergique de la sinusite bactérienne et déterminer les cas où il est préférable d'adresser le client à un médecin.
3. comprendre les risques et les avantages des différentes options de prévention et de traitement de la rhinite allergique et de la sinusite bactérienne.
4. conseiller les clients sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments d'ordonnance, des médicaments en vente libre et des approches non pharmacologiques utilisées pour traiter la rhinite allergique et la sinusite bactérienne.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir lu cette leçon attentivement, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse que vous croyez correcte. Encerclez la réponse correspondante sur la carte-réponse ci-jointe ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca
2. La note de passage est de 70 % (soit 14 réponses correctes sur 20). Si vous réussissez cette leçon, vos crédits seront enregistrés auprès de l'Ordre provincial compétent. (Veuillez noter que dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes d'aviser l'Ordre.)

Cette leçon est publiée par Rogers Media Limitée, One Mount Pleasant Rd., Toronto, Ontario M4Y 2Y5. Tél. : 416-764-2000. Télécopieur : 416-764-3931. Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur. © 2007

LE GROUPE PHARMACIE

Québec Pharmacie L'actualité pharmaceutique
Pharmacy Post pharmacy practice



tissu épithélial qui recouvre les sinus et la cavité nasale⁶. Le mucus procure un milieu humide et sert à emprisonner et à évacuer les particules en suspension dans l'air^{6,7}. Il contient également de l'immunoglobuline sécrétatoire A (IgA), des neutrophiles et des lymphocytes qui assurent la première ligne de défense immunologique⁶. Par un processus appelé « clairance mucociliaire », le mucus est transporté par le battement coordonné de cils de l'avant du nez jusqu'au nasopharynx, où il est dégluti ou expectoré^{6,7}. L'efficacité de la clairance mucociliaire dépend de la viscosité du mucus et de la vigueur du mouvement ciliaire⁷.

Il est difficile de faire la distinction entre la rhinite et la sinusite, car l'épithélium nasal est le prolongement de la muqueuse qui tapisse les sinus paranasaux^{7,8}. On utilise le terme « rhinosinusite » pour désigner les deux affections puisque celles-ci peuvent concerner à la fois la muqueuse nasale et les sinus paranasaux⁹.

CLASSIFICATION DE LA RHINITE ALLERGIQUE

On qualifie traditionnellement la rhinite allergique de saisonnière ou d'apériodique selon que la personne sensible à un allergène en manifeste les symptômes par cycle ou tout au long de l'année^{9,10}. Selon les recommandations ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) les types de rhinite allergique sont classifiées en fonction de la fréquence des symptômes (rhinite intermittente ou persistante) et de leur gravité (rhinite légère ou modérée)^{9,10}. Sur la base de cette nouvelle classification, la rhinite allergique intermittente décrirait des symptômes présents moins de quatre jours par semaine ou pendant moins de quatre semaines, tandis que la rhinite allergique persistante ferait référence à des symptômes qui durent plus de quatre jours par semaine pendant au moins quatre semaines^{9,10}. Une rhinite légère ne perturberait pas le sommeil, ne nuirait pas aux activités quotidiennes et aux loisirs, et ne serait pas considérée comme incommode^{9,10}. La rhinite modérée ou sévère serait quant à elle incommode, causant au moins un des problèmes suivants : perturbation du sommeil, difficulté à s'adonner aux tâches quotidiennes ou aux activités de loisirs, problèmes de concentration au travail ou à l'école¹⁰.

TYPES DE RHINITE

Les rhinites peuvent être de nombreux types : rhinite aiguë, vasomotrice, non allergique avec syndrome d'éosinophilie, atrophique, médicamenteuse, hormonale, gustative et anatomique/mécanique¹¹. Les types de virus connus qui causent la rhinite aiguë sont le rhinovirus, le coronavirus, le virus respiratoire syncytial, les virus de la grippe et l'adénovirus¹⁰. Normalement, les infections virales se résorbent spontanément et ne requièrent qu'un traitement symptomatique chez les personnes en bonne santé¹¹. La rhinite vasomotrice n'est pas causée par une infection ou un allergène particulier¹¹. Il s'agit d'une affection chronique dont la

manifestation est associée à des écarts brusques de température ou d'humidité, aux odeurs et à la lumière vive^{9,11}. La rhinite non allergique avec syndrome d'éosinophilie est caractérisée par une éosinophilie nasale sans sensibilité aux IgE^{11,12}. Les personnes atteintes présentent alors une rhinorrhée claire et des symptômes légers d'éternuement et de démangeaison nasale^{11,13}. La rhinite atrophique résulte d'une exposition constante à des irritants, ce qui entraîne une atrophie et un durcissement des cils ainsi qu'une diminution de leur motilité^{11,13}. La rhinite médicamenteuse, assez courante, découle de l'utilisation prolongée de décongestionnants en vaporisation nasale^{11,13}. Les médicaments en cause sont énumérés au tableau 1. La rhinite hormonale peut être causée par la grossesse, la prise d'anovulants, la ménopause, l'hypothyroïdie, la puberté ou l'acromégalie^{11,13}. La rhinite gustative se manifeste par une rhinorrhée claire consécutive à l'ingestion de certains aliments, comme des mets épicés, ou de certaines boissons, tel que l'alcool^{11,13}. La rhinite peut aussi être d'origine mécanique ou anatomique, du fait, par exemple, de la présence de polypes, d'une déviation de la cloison nasale, d'une palatoschisis ou d'une hypertrophie adénoïde¹. Le diagnostic d'un type particulier de rhinite est souvent ardu, car de nombreux symptômes se recoupent^{1,14}.

TYPES DE SINUSITE

La sinusite peut être aiguë, récurrente, subaiguë ou chronique selon la durée et la fréquence des épisodes^{7,8}. On parle de sinusite aiguë lorsque les symptômes d'une nouvelle infection durent moins de 4 semaines et de sinusite chronique s'ils perdurent au-delà de 12 semaines^{7,8}. La sinusite récurrente est définie par la survenue d'au moins quatre épisodes de sinusite aiguë au cours d'une année^{7,8,15}. Les infections sinusales peuvent être virales, fongiques ou bactériennes^{7,8,16}.

ÉTIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE LA RHINITE ALLERGIQUE

La rhinite allergique est la manifestation d'une hypersensibilité de la muqueuse nasale à des substances inhalées médiée par les IgE¹⁶⁻¹⁸. La réaction allergique survient en trois phases : sensibilisation, phase immédiate et phase tardive^{17,18}. Durant la phase de sensibilisation, l'organisme produit des anticorps particuliers, les IgE, qui reconnaissent précisément l'antigène auquel ils ont été exposés à une faible dose¹⁶⁻¹⁸. Les cellules présentatrices d'antigène (CPA) – macrophages, cellules dendritiques, cellules de Langerhans et lymphocytes B – phagocytent et dégradent l'antigène dans les phagolysosomes^{1,17,18}. Une partie de l'antigène s'exprime à la surface de la CPA, qui est reconnue par les lymphocytes T auxiliaires^{17,18}. Ces derniers sécrètent de l'interleukine-4 (IL-4), qui commande aux lymphocytes B de produire des IgE¹⁷. Le processus de sensibilisation est complet lorsque les IgE se lient aux mastocytes et aux cellules basophiles^{17,18}. Une réaction

immédiate s'amorce lorsque l'allergène est emprisonné dans le mucus nasal d'un individu sensibilisé, où il est reconnu par les récepteurs des IgE fixés aux mastocytes¹⁷. La libération de médiateurs nouvellement synthétisés, tels que l'histamine, la tryptase, les leucotriènes et les prostaglandines, stimule les nerfs, les glandes muqueuses et les vaisseaux sanguins, provoquant les symptômes de la rhinite allergique (tableau 2)^{1,17,18}. La phase tardive se produit plusieurs heures après l'exposition initiale¹⁸. Même s'il n'est plus exposé à l'allergène, le sujet connaît une récurrence de ses symptômes du fait de la réaction des cellules neutrophiles, éosinophiles et mononucléaires¹⁷.

Les facteurs de risque de la rhinite allergique sont l'asthme, la dermatite atopique ou eczéma, l'exposition à des allergènes et des antécédents familiaux d'allergie¹. La dermatite atopique se caractérise par un taux sérique élevé d'IgE et une éosinophilie générale qui causent l'asthme, les allergies alimentaires et la rhinite allergique^{10,19}. La dermatite atopique est souvent le premier stade d'une « progression atopique », qui est suivie de l'asthme et de la rhinite allergique chez la majorité des personnes atteintes¹⁹. On observe d'autres affections concomitantes comme la sinusite, l'otite moyenne, la polyposé nasale, les infections des voies respiratoires inférieures, la conjonctivite, l'apnée du sommeil et les occlusions dentaires¹. Le tableau 3 propose une liste des principaux allergènes intérieurs et extérieurs. Parmi les irritants possibles, notons les parfums, la pollution et la fumée de cigarette¹. La différence entre un allergène et un irritant tient au fait que l'allergène suppose une réaction médiée par les IgE, ce qui n'est pas le cas avec un irritant¹.

ÉTIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE DE LA SINUSITE BACTÉRIENNE

L'obstruction ou l'inflammation du complexe ostioméatal (OMC) entraîne une sinusite bactérienne, car l'obstruction nuit à la clairance mucociliaire^{7,8}. Divers facteurs peuvent contribuer à l'obstruction : œdème de la muqueuse, dégradation de la fonction ciliaire, anomalies structurelles et production excessive de sécrétions⁷. Le tableau 4 énumère les principaux facteurs prédisposant à la sinusite. *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* et *S. aureus* sont les bactéries le plus souvent en cause dans la sinusite bactérienne^{7,8,16}. La sinusite bactérienne causée par une bactérie anaérobie résulte habituellement d'une infection dentaire ou d'un système immunitaire déprimé⁷. *P. aeruginosa* et autres bâtonnets Gram négatifs sont généralement responsables des sinusites d'origine nosocomiale^{7,8}. Les symptômes de la sinusite bactérienne sont résumés au tableau 5. Si la sinusite bactérienne n'est pas traitée rapidement ou correctement, des complications telles qu'une cellulite, une ostéomyélite, un abcès cérébral et une méningite peuvent survenir⁷.

TABLEAU 1 : Médicaments susceptibles de causer une rhinite^{1,10,18}

- Aspirine et autres AINS
- Décongestionnants nasaux topiques*
- Hydralazine
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- Bêtabloquants
- Méthyl dopa
- Contraceptifs oraux
- Amitriptyline
- Alprazolam
- Chlorpromazine

* Si on les utilise pendant plus de cinq jours consécutifs.

TABLEAU 2 : Symptômes de la rhinite allergique^{1,18}

Symptômes physiques	Aspects concernant la qualité de vie
<ul style="list-style-type: none"> • Rhinorrhée • Congestion nasale • Démangeaison des yeux, du nez et de la gorge • Perturbation de l'odorat • Écoulement rétronasal • Toux 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du sommeil • Difficulté d'apprentissage • Baisse de productivité • Problèmes de mémoire

TABLEAU 3 : Principaux allergènes intérieurs et extérieurs¹

Intérieur	Extérieur
<ul style="list-style-type: none"> • Squames animales • Acariens de la poussière • Moisissures • Blattes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pollen d'arbres (au printemps) • Pollen de graminées (fin du printemps et l'été) • Pollen de mauvaises herbes (fin de l'été et automne)

DISTINGUER LA RHINITE DE LA SINUSITE

Comme on l'a mentionné précédemment, la muqueuse nasale se trouve à proximité des sinus paranasaux, ce qui rend la distinction entre la rhinite et la sinusite très difficile. L'objectif du diagnostic est de déterminer si les symptômes du client sont de nature allergique ou bactérienne. Pour poser un diagnostic précis de rhinite allergique ou de sinusite bactérienne, il faut tenir compte des symptômes décrits par le client et de ses antécédents familiaux, et procéder à un examen physique^{1,8,11}. Le tableau 6 résume certaines des principales différences entre la rhinite et la sinusite. Les tests diagnostiques d'allergie visent à détecter la présence d'IgE libres ou cellulaires^{1,10}. La cutiréaction par piqûre et le dosage des IgE sériques spécifiques (ou RAST) sont les méthodes le plus couramment utilisées pour identifier les allergènes^{1,20}. La cutiréaction par piqûre est le test

de référence; elle se fait rapidement et c'est l'épreuve diagnostique la plus sensible dont nous disposons^{1,10}. Le RAST exige plus de temps et coûte plus cher, mais c'est une solution de rechange pour les personnes traitées par antihistaminiques qui ne peuvent interrompre leur traitement¹⁰. La méthode privilégiée pour diagnostiquer la sinusite bactérienne est l'aspiration des sinus et la mise en culture des sécrétions, mais on y a rarement recours, car elle est douloureuse et entraîne souvent des infections iatrogéniques⁸. Selon Brooks et coll., on doit suspecter une sinusite bactérienne en présence d'au moins deux symptômes majeurs ou d'un symptôme majeur et deux symptômes mineurs (tableau 5)^{7,8}. La congestion nasale, l'écoulement purulent, de même que la douleur faciale et dentaire sont évocateurs d'une sinusite bactérienne^{7,8,21}.

TRAITEMENT DE LA RHINITE ALLERGIQUE ET DE LA SINUSITE BACTÉRIENNE

Un traitement adéquat de la rhinite allergique et de la sinusite bactérienne exige des interventions à la fois pharmaceutiques et non pharmaceutiques^{1,15,18}. Certains traitements peuvent s'appliquer aux deux affections, tandis que d'autres visent le soulagement de symptômes particuliers. Les traitements pharmaceutiques indiqués pour chaque affection sont résumés aux tableaux 7 et 8 respectivement. Le tableau 9 présente le degré d'efficacité des agents utilisés pour le soulagement symptomatique de la rhinite allergique.

Traitement non pharmaceutique

Selon les lignes directrices ARIA, la prise en charge de la rhinite allergique commence par des mesures d'évitement de l'allergène¹. L'évitement complet n'est pas toujours possible ou efficace, mais l'essentiel est d'amener le sujet à identifier l'allergène déclenchant, qu'il s'agisse de pollen, de moisissures ou de fumée de cigarette^{1,13,21}. La stratégie d'évitement peut aussi s'avérer bénéfique pour ceux qui souffrent d'allergies alimentaires¹. Voici quelques-uns des aliments susceptibles de causer une rhinite allergique : arachides, noix, poisson, œufs, lait, blé et soya. Le client pourra atténuer ses symptômes en évitant de consommer ces allergènes¹.

On peut réduire l'exposition au pollen en gardant les fenêtres fermées, que ce soit à la maison, au travail ou dans son véhicule^{18,23}. Les personnes allergiques peuvent aussi essayer de limiter leurs activités extérieures durant la saison pollinique ou encore porter un masque filtrant^{13,18}. L'emploi d'un climatiseur aide à réduire l'exposition aux acariens de la poussière, au pollen et aux moisissures^{13,22,23}. Le maintien d'une humidité relative inférieure à 50 % limite la présence des acariens et l'apparition de moisissures²². En recouvrant les matelas, sommiers et oreillers d'une enveloppe de plastique et en lavant les draps à l'eau chaude (> 55 °C) au moins

TABLEAU 4 : Facteurs pouvant entraîner une sinusite bactérienne

- Rhinite allergique
- Infection des voies respiratoires supérieures préalable
- Infections ou extractions dentaires
- Natation
- Anomalies anatomiques
- Immunodéficience
- Fibrose kystique
- Asthme

Adaptation de Brook et coll.⁸

TABLEAU 5 : Symptômes de la sinusite bactérienne

Symptôme majeurs	Symptôme mineurs
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur ou pression faciale • Obstruction nasale • Congestion faciale • Perturbation ou perte de l'odorat • Fièvre (en cas de sinusite aiguë) 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée • Fatigue • Douleur dentaire • Toux • Inconfort ou douleur à l'oreille • Halitose • Fièvre (sinusite chronique)

Adaptation de Brook et coll.^{7,8}

une fois par semaine, on limite l'exposition aux déjections d'acariens^{10,13}. Le passage de l'aspirateur et un système de filtration de l'air permettront de réduire la présence de squames animales, mais pour les personnes présentant une hypersensibilité aiguë, il pourra s'avérer nécessaire de se séparer de l'animal de compagnie^{10,13,23}.

La meilleure défense contre la sinusite bactérienne demeure une bonne hygiène personnelle, notamment le lavage adéquat des mains à l'eau savonneuse^{15,23}. Une alimentation saine, une bonne hydratation et un repos adéquat sont nécessaires pour réduire la gravité et la durée de l'infection²³. L'utilisation d'un humidificateur à injection de vapeur ou à vapeur froide peut également apporter un certain soulagement des symptômes¹⁵.

Traitement pharmaceutique**HYDRATANTS ET LUBRIFIANTS NASAUX**

Les vaporisateurs et les gels en vente libre utilisés comme hydratants et lubrifiants nasaux englobent les solutions salines, l'eau de mer hypertonique, les associations de polyéthylène glycol et de propylène glycol (PEG/PG), la gelée de pétrole et l'huile de sésame^{1,15,23,24,26}. Le fait de garder la muqueuse nasale et les sinus dégagés et bien humidifiés aide à éliminer les allergènes ou les pathogènes déclenchant et permet d'éclaircir les mucosités et donc de limiter l'obstruction^{19,14}. Le lavage à l'aide d'une solution saline contribue à éliminer les sécrétions qui contiennent les bactéries, les débris cellulaires ou les allergènes qui favorisent l'inflammation et

peuvent nuire à la fonction ciliaire^{14,15}. Les préparations à base d'eau de mer hypertonique sont également efficaces comme décongestionnants puisqu'elles favorisent l'écoulement de liquides de la muqueuse congestionnée²⁴. La plupart de ces produits en vente libre permettent d'hydrater les narines asséchées ou irritées, prévenant ainsi, à des degrés divers, la formation de croûtes^{24,26}. Par ailleurs, la gelée de pétrole ne doit être utilisée que sur une courte période, car une application prolongée peut entraîner un écoulement rétronasal susceptible de s'accumuler dans les poumons et de causer une pneumonie lipidique²⁵. L'huile de sésame est une bonne solution de rechange à la gelée de pétrole; étant inerte, elle n'est pas hydrolysée par la lipase pulmonaire, ce qui élimine le risque de pneumonie lipopide²⁶. Les effets secondaires les plus fréquents de ces préparations sont l'irritation locale ou une légère sensation cuisante^{15,24,26}.

ANTI-HISTAMINIQUES

Les antihistaminiques constituent le traitement de première intention de la rhinite allergique légère^{1,10,15,27}. L'histamine est probablement le principal médiateur de la réaction allergique inflammatoire, surtout au début¹⁰. Elle cause la plupart des symptômes d'allergie, notamment les éternuements, la démangeaison, la rhinorrhée et la sécrétion accrue de mucus^{1,10}. En bloquant les récepteurs H1, les antihistaminiques soulagent très efficacement ces symptômes (tableau 9). Ils sont cependant moins efficaces sur la congestion, ce qui explique pourquoi ils sont souvent associés à un décongestionnant^{10,15,18,28}. Les antihistaminiques agissent plus efficacement s'ils sont pris avant la période d'exposition à l'allergène et tout au long de cette période^{1,18}. Par ailleurs, ils se sont révélés peu utiles pour le traitement de la sinusite bactérienne, car leur action anticholinergique a pour effet d'assécher la muqueuse et de nuire à l'évacuation des mucosités purulentes²¹.

Les antihistaminiques de deuxième génération, tels que la cétirizine, la loratadine, la fexofénadine et la desloratadine, ont une plus grande affinité pour le récepteur H1 et une plus longue durée d'action que les antihistaminiques de première génération^{8,28}. Comme la plupart des antihistaminiques de deuxième génération traversent difficilement la barrière hémato-encéphalique, ils ont un faible – ou aucun – effet dépressur sur le système nerveux central ou effet sédatif^{0,27,28}. La cétirizine est l'antihistaminique de deuxième génération dont l'action sédatrice est la plus marquée, mais celle-ci reste quand même moindre qu'avec les produits de première génération^{18,28}. Les premiers antihistaminiques de la deuxième génération (terféndine et astémizole) ont été retirés du marché en raison du risque d'arythmie qu'ils présentaient, mais, dans le cas des produits récents, rien n'indique qu'il puisse s'agir d'un effet de classe²⁹. Contrairement aux antihistaminiques de première génération, les nouvelles

TABLEAU 6: Comparaison de la rhinite allergique et de la sinusite bactérienne par rapport au rhume banal

Signes/symptômes	Rhinite allergique	Sinusite bactérienne	Rhume
Durée	semaines/mois	jours	5–7 jours
Écoulement nasal	clair, aqueux	purulent, souvent coloré	initialement clair, puis épais, jaunâtre verdâtre
Fièvre	non	oui	rare
Éternuements	fréquents	peu fréquents	possibles au début
Toux	rare, sauf en cas d'écoulement nasal	possible en raison d'un écoulement nasal	fréquente
Douleur à la gorge	rare	aucune	légère survient au début
Prurit	fréquent : nez, palais, yeux	rare	nez et yeux : léger

Adaptation de Simmons, 1996²²

TABLEAU 7: Traitement de la rhinite allergique¹

INTERMITTENTE		PERSISTANTE	
Légère	De modérée à sévère	Légère	De modérée à sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Antihistaminique oral • Antihistaminique nasal • Décongestionnant 	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistaminique oral • Antihistaminique nasal • Décongestionnant • Corticostéroïde nasal • Cromoglycate sodique nasal • Ipratropium nasal 		<ul style="list-style-type: none"> • Corticostéroïde nasal

préparations sont sans danger pour les personnes atteintes d'un glaucome à angle fermé, d'une obstruction du col vésical, d'hyperthyroïdie, de maladie cardiovasculaire ou d'hypertrophie de la prostate¹⁸.

Les antihistaminiques sont présentés sous forme orale ou ophtalmique. Les antihistaminiques à administration intraoculaire, soit la lévocabastine, l'émédastine, l'olopatadine et le kétotifène, sont utilisés pour soulager les symptômes de conjonctivite allergique que les autres antiallergiques ne réussissent pas à apaiser¹. La lévocabastine se présente aussi en vaporisateur nasal, qu'on utilise comme les antihistaminiques oraux pour traiter les symptômes de la rhinite allergique³⁰.

DÉCONGESTIONNANTS

Les décongestionnants oraux sont généralement à base de pseudoéphédrine ou de phényléphrine. La phényléphrine et l'oxymétazoline sont utilisés comme agents topiques¹. L'effet vasoconstricteur des décongestionnants limite l'afflux sanguin et diminue l'enflure de la muqueuse associée à la congestion. Sous forme topique, ils agissent en 10 minutes, par voie orale, en 30 minutes⁹. Les décongestionnants soulagent les symptômes de congestion, que le client présente une sinusite bactérienne ou une rhinite allergique¹⁵. Une association orale composée d'un décongestionnant et

d'un antihistaminique est plus efficace pour traiter la rhinite allergique que l'un ou l'autre des agents pris seul⁹. Les effets indésirables des décongestionnants oraux sont notamment l'insomnie, la nervosité, l'anxiété, les tremblements, la tachycardie, les palpitations et une hausse de la tension artérielle^{9,15,27}. Les décongestionnants topiques peuvent causer une sensation de brûlure dans le nez, une sécheresse nasale et une rhinite médicamenteuse (congestion rebond) s'ils sont utilisés plus de cinq jours consécutifs^{1,9,10}.

STABILISATEURS DES MASTOCYTES

Les cromoglycates empêchent la dégranulation des mastocytes sensibilisés, prévenant ainsi la libération des médiateurs inflammatoires^{1,9}. Les cromoglycates topiques sont efficaces pour soulager la démangeaison, les éternuements et la rhinorrhée, mais ils n'ont pas d'effet sur la congestion nasale¹⁸. Comme dans le cas des antihistaminiques, ils doivent être administrés avant l'exposition à l'allergène et il faut continuer le traitement durant toute la saison des allergies^{9,18}. Si le traitement est amorcé après l'exposition, il faudra peut-être jusqu'à quatre semaines pour obtenir le soulagement des symptômes¹⁸. Les effets indésirables les plus fréquents des cromoglycates topiques sont les éternuements, l'irritation nasale et une perturbation du goût^{1,9}.

TABLEAU 8: Antibiotiques utilisés dans le traitement de la sinusite bactérienne chez les adultes^{8,15}

Antibiotique	Posologie	Durée (jours)
Première intention		
Amoxicilline	500 mg tid	10
Sulfaméthoxazole/triméthoprim	800/160 mg bid	10
Deuxième intention		
Céfuroxime axétil	500 mg bid	10
Amoxicilline-clavulanate	500 mg tid 875 mg bid	10
Troisième intention		
Azithromycine	500 mg le 1 ^{er} jour, puis 250 mg qd	10
Clarithromycine	500 mg bid	10
Lévofloxacine	500 mg qd	7–10
Moxifloxacine	400 mg qd	7–10

L'observance peut être problématique, car il faut prendre quatre doses du médicament par jour au début du traitement⁹. L'efficacité des cromoglycates est inférieure à celle des antihistaminiques et des corticostéroïdes intranasaux, mais ils peuvent s'avérer une bonne solution de rechange pour les femmes enceintes et les enfants^{1,18}. Les cromoglycates se présentent sous forme de vaporisateur nasal et de gouttes ophtalmiques.

CORTICOSTÉROÏDES

Les corticostéroïdes intranasaux (CSIN) constituent le traitement de première intention dans le cas des personnes présentant une rhinite allergique de modérée à sévère ou persistante et chez qui la congestion nasale est le principal symptôme^{1,9,18}. Les CSIN que l'on trouve actuellement sur le marché sont le béclo méthasone, le budésonide, le fluticasone, le mométasone et le triamcinolone¹⁵. Ce sont tous des anti-inflammatoires puissants à action locale, efficaces durant les phases de réaction allergique tant immédiate que tardive²⁷. Les CSIN aident à atténuer tous les symptômes nasaux, soit la congestion, la démangeaison, les éternuements et la rhinorrhée, mais ils sont inefficaces contre la conjonctivite allergique^{1,9,27}. Comme les CSIN réduisent l'œdème de la muqueuse nasale et l'obstruction, ils pourraient s'avérer utiles pour les personnes atteintes de sinusite bactérienne^{9,21}. Il leur faut toutefois un certain temps pour atteindre leur effet maximal; ils seront donc plus indiqués pour traiter la sinusite chronique^{15,21}.

Il faut parfois jusqu'à une semaine d'administration régulière du médicament pour obtenir l'effet maximal d'un CSIN²⁷. Pour les personnes qui souffrent à la fois de rhinite allergique et d'asthme, des études ont montré que la prise d'un CSIN permet une meilleure maîtrise de l'asthme et entraîne une réduction des visites à l'hôpital pour cause de crise d'asthme¹⁰. Les CSIN peuvent aussi améliorer les aspects touchant à la qualité de vie, tels que le sommeil, la concentration et le rendement au travail²⁷.

Bien que les préparations de CSIN soient relativement sécuritaires, certains effets indésirables ont été signalés : épistaxis, irritation nasale et perturbation du goût ou de l'odorat^{15,27}. En ce qui concerne leurs effets systémiques, les CSIN subissent un premier passage hépatique rapide, ce qui minimise le risque de suppression surrénalienne ou de fracture osseuse^{9,10,27}. Pour prévenir l'irritation de la cloison nasale, il faut conseiller au client de diriger le jet vaporisé vers les cornets nasaux (vers le fond) et non vers la cloison nasale¹⁵. Le client devrait aussi boire de l'eau ou s'en gargariser après l'administration afin de réduire le risque de candidose buccale ou d'irritation de la gorge^{1,9,10}.

ANTICHOLINERGIQUE EN VAPORISATION NASALE

L'ipratropium en vaporisation nasale à 0,03 % aide à soulager la rhinorrhée associée à la rhinite, allergique ou non^{15,31}. Bien que l'ipratropium à 0,06 % soit parfois utilisé pour le soulagement symptomatique de la rhinorrhée causée par le rhume banal, il n'est pas indiqué dans les cas de sinusite bactérienne³¹. Il est généralement réservé aux personnes qui sont affligées d'une rhinorrhée problématique et qui ne répondent pas aux antihistaminiques ni aux CSIN^{1,9}. Parmi les effets indésirables de l'ipratropium, notons la sécheresse nasale, l'épistaxis et la congestion^{1,31}. Même si l'ipratropium est un ammonium quaternaire et que son absorption générale est très faible, on doit l'employer avec prudence chez les personnes présentant un glaucome, une hypertrophie de la prostate ou une obstruction du col vésical³¹.

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES

Le montélukast et le zafirlukast sont deux puissants antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT) utilisés pour le traitement de l'asthme, mais seul le montélukast est également approuvé pour le traitement

de la rhinite allergique^{9,32}. Les personnes souffrant de rhinite allergique affichent un taux élevé de leucotriènes durant la saison pollinique ou à la suite d'une exposition à un allergène³². Comme bon nombre de personnes atteintes de rhinite allergique souffrent aussi d'asthme ou d'une autre affection atopique, le recours à un ARLT pourrait être bénéfique dans cette population. Cependant, selon une méta-analyse de Wilson et coll., un CSIN serait plus efficace qu'un ARLT pour atténuer les symptômes et améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de rhinite allergique. Cette étude a également conclu que les ARLT sont tout aussi efficaces que les antihistaminiques, mais que l'association des deux est préférable à l'un ou l'autre de ces agents pris seul³². Cela s'explique peut-être par le fait qu'étant donné que les leucotriènes ne stimulent pas les nerfs sensoriels de la muqueuse nasale, ils n'ont qu'un effet minime sur la démangeaison nasale ou les éternuements⁹. Par conséquent, même si les ARLT ont un rôle à jouer dans le traitement de la rhinite allergique, on ne devrait les utiliser qu'en cas d'échec des CSIN³².

Le montélukast est en général sans risque et bien toléré; comme il peut causer de la somnolence, on le prend habituellement au coucher³³. Quant au zafirlukast, il se prend habituellement deux fois par jour, à jeun, mais ses effets indésirables les plus fréquents sont de nature gastro-intestinale³⁴. Comme on a signalé quelques cas de troubles hépatiques liés à l'emploi du zafirlukast, la prudence est donc de mise avec les personnes présentant un problème hépatique. Il convient par ailleurs de surveiller des risques d'interactions médicamenteuses avec la warfarine, l'érythromycine, la phénytoïne, la carbamazépine et la nifédipine³⁴.

IMMUNOTHÉRAPIE (DÉSSENSIBILISATION)

Les médicaments dont il a été question jusqu'ici ne servent qu'à atténuer les symptômes. L'immunothérapie spécifique (p. ex., la vaccination) est la seule option thérapeutique qui permet de modifier l'évolution normale de la maladie¹. Elle est indiquée lorsque le client présente une allergie connue à médiation par les IgE (p. ex., pollen, herbe à poux, acariens de la poussière) qui ne peut être évitée et qui persiste malgré les autres traitements habituels¹⁵. Certains types d'immunothérapie s'appliquent toute l'année, tandis que d'autres peuvent n'être appliqués que sur une brève période, avant la saison des allergies¹. Les effets indésirables possibles de l'immunothérapie sont l'asthme, l'urticaire ou l'anaphylaxie. Il faut donc faire preuve de prudence quand on y a recours pour traiter des sujets atopiques¹.

ANTIBIOTIQUES

Bien que la sinusite soit spontanément résolutive dans environ la moitié des cas, il est indiqué de recourir aux antibiotiques pour le traitement de la sinusite aiguë^{7,8}. L'objectif du traitement est de stopper l'infection aiguë et de prévenir les complications septiques^{7,8,15}. En outre,

TABLEAU 9: Efficacité des traitements pharmaceutiques de la rhinite allergique

MÉDICAMENTS	SYMPTÔMES				
	Éternuements	Rhinorrhée	Congestion	Démangeaisons nasale	Yeux
Antihistaminique, oral	2	2	0/1	3	2
Antihistaminique, ophtal.	0	0	0	0	3
Antihistaminique, nasal	1	1	0/1	1	0
CSIN	3	3	3	2	0
SM, nasal	1	1	0/1	1	0
SM, ophtalmique	0	0	0	0	2
Décongestionnant, nasal	0	0	3	0	0
Décongestionnant, oral	0	0	2	0	0
Anticholinergique, nasal	0	3	0	0	0
Antileucotriènes	0	1	2	0	2

Effet : 3 = important; 2 = modéré; 0/1 = faible ou nul; 0 = nul
 CSIN = corticostéroïde intranasal; SM = stabilisateur des mastocytes
 Adaptation de Bousquet et coll.¹

l'administration d'un antibiotique permettra d'éviter l'évolution de la sinusite aiguë vers la sinusite chronique en réduisant rapidement l'œdème de la muqueuse et la contamination bactérienne, et en rétablissant la fonction mucociliaire et la ventilation des sinus^{7,8}. La sinusite bactérienne est habituellement traitée de manière empirique en raison du caractère invasif de la ponction de mucosités sinusales en vue de leur culture⁸. Selon des essais comparatifs, aucun antibiotique ne serait véritablement supérieur à un autre^{8,15}.

L'amoxicilline ou le cotrimoxazole sont des médicaments de première intention appropriés pour la sinusite aiguë bénigne non compliquée^{7,8,15}. Les antibiotiques à large spectre doivent être réservés aux sujets dont l'infection est sérieuse, qui souffrent d'affections concomitantes, qui présentent des facteurs de risque de résistance bactérienne ou qui n'ont pas répondu à un premier traitement^{7,15}. On peut s'attendre à un taux de guérison bactériologique d'environ 90 % après un traitement de 10 jours, bien qu'aucune étude contrôlée n'ait précisé la durée optimale de traitement⁷. L'amoxicilline est généralement bien tolérée, occasionnant surtout des troubles gastro-intestinaux¹⁵. Les macrolides, le sulfaméthoxazole-triméthoprime, les fluoroquinolones et la clindamycine sont de bonnes solutions de rechange pour les personnes allergiques à la pénicilline^{7,15}.

LE RÔLE DU PHARMACIEN

Bien des gens ne comprennent pas à quoi sert le médicament qu'on leur a prescrit, comment il doit être administré ou quels sont ses possibles effets indésirables. En tant que spécialistes de la pharmacothérapie, les pharmaciens ont la possibilité de donner de précieux

renseignements qui favoriseront l'observance thérapeutique et l'obtention de résultats optimaux. Ils peuvent également informer leurs clients sur les possibilités de traitements non médicamenteux qui pourront compléter le traitement prescrit ou soulager certains symptômes sans médication. Il est également important que le pharmacien sache reconnaître les cas où la consultation d'un médecin serait nécessaire. Dans les situations suivantes, par exemple¹⁵:

- L'allergène déclenchant est inconnu.
- Des complications sont survenues à la suite d'une infection ou d'une allergie.
- Le client a eu au moins quatre épisodes de sinusite bactérienne au cours de l'année.
- On suspecte une anomalie anatomique.
- Les symptômes persistent malgré le traitement médical.

RÉSUMÉ

Une anamnèse complète, incluant les facteurs de risque et l'historique des symptômes, peut aider le pharmacien à déterminer si son client souffre de rhinite allergique ou de sinusite bactérienne. Pour une personne aux prises avec une rhinite allergique, l'évitement de l'allergène demeure la pierre angulaire du traitement. Le maintien d'une bonne hygiène du nez par le lavage et l'emploi d'hydratants pour éliminer l'allergène ou le pathogène déclenchant contribuera à entraîner un soulagement des symptômes. Bien que les antihistaminiques et les CSIN demeurent les traitements de première intention de la rhinite allergique, ils ne sont pas nécessairement efficaces pour le traitement de la sinusite bactérienne aiguë. L'immunothérapie constitue un trai-

tement pharmaceutique intéressant pour les personnes atteintes d'une allergie connue à médiation par les IgE, mais qui n'obtiennent pas de soulagement de leurs symptômes, soit parce qu'elles ne peuvent pas éviter l'allergène, soit parce qu'elles ne répondent pas au traitement pharmaceutique. Bien que, dans de nombreux cas, la sinusite soit spontanément résolutive, l'antibiothérapie est indiquée pour prévenir les complications. En fournissant des renseignements importants, le pharmacien contribue à améliorer la qualité de vie de ses clients.

RÉFÉRENCES

- Bousquet J, van-Cauwenberge P, Khaltaev N et coll. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA): en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé. *J Allergy Clin Immunol*, 2001;108:S147-S334.
- Kremer B, Den Hartog HM, Jolles J. Relationship between allergic rhinitis, disturbed cognitive functions and psychological well-being. *Clin Exp Allergy*, 2002;32:1310-5.
- 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.
- Chen Y et coll. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. *Laryngoscope*, 2003;113(7):1199-205.
- OTC Market Report. *Pharmacy Post*, avril 2005, p4.
- Jones, N. The nose and paranasal sinuses physiology and anatomy. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 2001;51:5-19.
- Brook L. Acute and chronic bacterial sinusitis. *Infect Dis N Am*, 2007;21:427-48.
- Brooks I, Gooch WM, Jenkins SG et coll. Medical management of acute bacterial sinusitis, recommendations of a clinical advisory committee on pediatric and adult sinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2000;182(Suppl):2-20.
- Greiner AN. Pharmacologic rationale for treating allergic and nonallergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*, 2006;118(5):985-98.
- Greiner AN. Allergic rhinitis: impact of the disease and consideration for management. *Med Clin N Am*, 2006;90:17-38.
- Quillen DM, Feller DB. Diagnosing rhinitis: allergic vs. nonallergic. *Am Fam Physician*, 2006;1583-90.
- Wheeler PW. Vasomotor Rhinitis. *Am Fam Physician*, 2005;72(6):1057-62.
- Goldman. *Cecil Textbook of Medicine*, 22^e éd. Allergic Rhinosinusitis. Chapitre 268. 2004 W.B. Saunders Company.
- Jackson LL, Kountakis SE. Classification and management of rhinosinusitis and its complications. *Otolaryngol Clin N Am*, 2005;38:1143-53.
- Gray J, éditeur. *Therapeutic choices*, 4e éd. Ottawa, Ont.: Canadian Pharmacists Association, 2003.
- Meltzer EO. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol*, 2004; 114(6suppl): 155-212.
- Barodoy FM. Allergic rhinitis: broader disease effects and implications for management. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2003;128:616-31.
- Roy H. Allergic rhinitis. In: Patient self-care (PCS): respiratory conditions. 1^{re} éd. Ottawa, Ont.: Canadian Pharmacists Association; 2002: 117-28.
- Leung YM et coll. New insights into atopic dermatitis. *J Clin Invest*, 2004;113:651-7.
- Larson EB, Gendo K. Evidence-based diagnostic strategies for evaluating suspected allergic rhinitis. *Ann Intern Med*, 2004;140:278-89.
- Low DE, Desrosiers M, McSherry J et coll. A practical guide for the diagnosis and treatment of acute sinusitis. *Can Med Assoc J*, 1997;156(6 Suppl): S1-S14.
- Simons K. *Allergy and cold products*. In: Carruthers-Czyzewski, éditeur. Non-prescription drug reference for health professionals. Ottawa, Ont.: Canadian Pharmaceutical Association; 1996:80-91.
- Roy H. Upper respiratory tract infections. In: Patient self-care (PCS): respiratory conditions. 1^{re} éd. Ottawa, Ont.: Canadian Pharmacists Association; 2002: 130-42.
- Talbot AR et coll. Mucociliary clearance buffered hypertonic saline solution. *Laryngoscope*, 1997;107:500-503.
- Brown AC et coll. Exogenous lipid pneumonia due to nasal application of petroleum jelly. *Chest*, 1994;105:968-69.
- Johnson J et coll. Pure sesame oil vs. isotonic sodium chloride solution as treatment for dry nasal mucosa. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, nov 2001;127(11):1353-6.
- Prenner BM, Schenkel E. Allergic rhinitis: treatment based on patient profiles. *Am J Med*, 2006;119:230-237.
- Craig TJ et coll. The correlation between allergic rhinitis and sleep disturbance. *J Allergy Clin Immunol*, 2004;114:S139-45.
- Yap YG, Camm AJ. Potential cardiac toxicity of H1-antihistaminiques. *Clin Allergy Immunol*, 2002;17:389-419.
- Janssen-Ortho (Canada). *Livostin (levocabastine HCl)*, monographie de produit. Toronto, Ont.: 2 juin 1999.
- Boehringer-Ingelheim (Canada). *Atrovent (ipratropium bromide) nasal spray*, monographie de produit. Burlington, Ont.: 3 mars 2004.
- Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*, 2004;116:338-44.
- Merk Frosst (Canada). *Singulair (montelukast)*, monographie de produit. Kirkland, PQ: 7 juin 2007.
- AstraZeneca (Canada). *Accolate (zafirlukast)*, monographie de produit. Mississauga, Ont.: 19 juin 2006

QUESTIONS

Répondez par courrier, par télécopieur ou en ligne dans la section « FC en ligne » du site www.monportailpharmacie.ca

- 1. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la fréquence et la gravité des symptômes d'une rhinite allergique persistante légère?**
- Symptômes présents plus de quatre jours par semaine et durant plus de quatre semaines, sans perturbation du sommeil.
 - Symptômes présents moins de quatre jours par semaine ou durant moins de quatre semaines et perturbant le sommeil.
 - Symptômes présents plus de quatre jours par semaine et durant moins de quatre semaines, et perturbant le rendement au travail.
 - Symptômes inconfortables présents moins de quatre jours par semaine ou durant plus de quatre semaines.
 - Symptômes présents plus de quatre jours par semaine ou durant plus de quatre semaines et perturbant le sommeil.
- 2. Lequel ou lesquels de ces agents peut/peuvent causer une rhinite?**
- La pseudoéphédrine
 - Le ramipril
 - Les œstrogènes
 - b) et c)
 - Toutes ces réponses
- 3. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?**
- La réaction allergique se produit en deux phases.
 - Des médiateurs tels que l'histamine et les leucotriènes sont à l'origine des symptômes de rhinite allergique.
 - La réaction secondaire peut se manifester sans que se poursuive l'exposition à l'allergène.
 - b) et c)
 - Toutes ces réponses
- 4. Lequel ou lesquels des éléments suivants fait/ont partie des facteurs de risque de la rhinite allergique?**
- Le diabète
 - L'asthme
 - Des antécédents familiaux d'allergie
 - a) et b)
 - b) et c)
- 5. Lequel ou lesquels des éléments suivants fait/ont partie des facteurs pouvant causer une sinusite?**
- La rhinite allergique
 - Une infection dentaire
 - L'asthme
 - L'immunodéficience
 - Toutes ces réponses
- 6. Lequel ou lesquels des énoncés suivants sur la sinusite bactérienne est/sont vrai(s)?**
- Les bactéries anaérobies qui causent habituellement la sinusite bactérienne proviennent des voies respiratoires inférieures.
 - Les *Pseudomonas* et autres bâtonnets Gram négatifs qui causent fréquemment la sinusite bactérienne sont d'origine dentaire.
 - Certaines des complications de la sinusite bactérienne sont la cellulite, l'ostéomyélite et la méningite.
 - a) et b) seulement
 - Toutes ces réponses
- 7. Lequel ou lesquels des renseignements suivants vous inciterai(en)t à penser que votre client souffre de rhinite allergique?**
- Il a des antécédents médicaux d'eczéma, d'asthme et d'otite moyenne.
 - Sa mère souffre d'asthme.
 - Il se plaint de mal dormir, ce qui affecte son rendement au travail.
 - a) et c)
 - Toutes ces réponses
- 8. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?**
- Les muqueuses nasale et paranasale peuvent être toutes deux affectées simultanément, ce qui rend difficile la distinction entre un diagnostic de rhinite allergique et de sinusite bactérienne.
 - Le test RAST est beaucoup plus sensible que le test cutané de la piqûre pour identifier l'allergène.
 - L'aspiration des sinus et la mise en culture des sécrétions sont à la base du diagnostic de sinusite bactérienne et on les effectue systématiquement pour déterminer le traitement à prescrire.
 - La congestion nasale, la rhinorrhée claire et le mal de dents sont évocateurs de la sinusite bactérienne.
 - a) et d)
- 9. Lequel ou lesquels des signes ou symptômes suivants est/sont conforme(s) à un diagnostic de sinusite bactérienne?**
- Douleur ou pression faciale
 - Céphalée
 - Rhinorrhée aqueuse claire
 - Absence de fièvre
 - a) et b)
- L'étude de cas suivante s'applique aux questions 10 et 11.**
- Un client se présente à votre pharmacie avec une ordonnance d'amoxicilline-clavulanate à raison de 500 mg tid pendant 10 jours. Il vous dit qu'il a obtenu cette ordonnance pour « un problème nasal qui dure depuis deux jours ». En consultant son dossier, vous remarquez que, 10 ans plus tôt, il avait eu une crise d'urticaire à la suite d'un traitement par Pen VK.*
- 10. Quelle serait la conduite à tenir?**
- Ne rien faire. La réaction s'étant produite il y a longtemps, il n'y a plus à s'en inquiéter.
 - Cette allergie est préoccupante et vous appelez le médecin du client afin de modifier l'ordonnance pour de la clarithromycine 250 mg bid pendant 7 jours.
 - Cette allergie est préoccupante et vous appelez le médecin du client afin de modifier l'ordonnance pour de la moxifloxacine 400 mg une fois par jour pendant sept jours.
 - Cette allergie est préoccupante et vous appelez le médecin du client afin de modifier l'ordonnance pour du sulfaméthoxazole/triméthoprim 800/160 mg bid pendant sept jours.
 - c) ou d)
- 11. Après avoir reçu le médicament approprié, le client vous dit qu'il voudrait quelque chose pour traiter son « nez bouché ». En consultant son dossier, vous notez qu'il prend régulièrement un antiasthmatique et un antidépresseur. Que suggérez-vous à ce client pour traiter sa sinusite aiguë?**
- De la phényléphrine
 - De la chlorphéniramine
 - D'appeler son médecin afin d'obtenir une ordonnance de mométasone.
 - Vous l'informez que tout ce que vous pouvez lui recommander interagira avec son anti-dépresseur.
 - De la loratadine
- 12. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?**
- Le recours à un climatiseur aide à réduire l'exposition aux acariens de la poussière, au pollen et aux moisissures.
 - Il est préférable de réduire les activités à l'extérieur durant la saison pollinique.
 - Le fait de recouvrir les matelas, sommiers et oreillers d'une enveloppe plastifiée et de laver la literie à l'eau chaude permet de réduire l'exposition aux acariens.
 - b) et c)
 - Toutes ces réponses
- 13. Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?**
- L'utilisation régulière de gelée de pétrole afin d'atténuer la sécheresse nasale est sécuritaire.
 - Les solutions d'eau de mer hypertonique peuvent aider à réduire la congestion nasale.
 - Les hydratants et les lubrifiants nasaux, de même que le lavage nasal, contribuent à améliorer la fonction ciliaire et facilitent l'élimination des allergènes, des pathogènes et des débris cellulaires.
 - a) et b)
 - b) et c)
- 14. Une cliente se présente à votre pharmacie avec une ordonnance de fluticasone. Elle vous dit que ses allergies sont « très fortes » cette année. Lorsque vous lui demandez quels sont ses symptômes, elle répond : « Comme d'habitude : j'ai le nez**

Suite à la page suivante

QUESTIONS suite...

Répondez par courrier, par télécopieur ou en ligne dans la section « FC en ligne » du site www.monportailpharmacie.ca

qui me démange, qui coule ou qui est congestionné, mais cette année j'ai en plus les yeux qui piquent et qui pleurent; je n'arrête pas de les frotter. » En lui remettant son médicament, vous lui dites :

- a) « Ce médicament, pris selon la posologie, soulagera tous vos symptômes. »
- b) « Ce médicament soulagera tous vos symptômes nasaux, mais vous aurez besoin d'un antihistaminique en vente libre pour vos symptômes oculaires. »
- c) « Ce médicament soulagera tous vos symptômes nasaux, mais il faudra que j'appelle votre médecin pour lui suggérer de vous prescrire de l'ipratropium en vaporisateur nasal pour vos symptômes oculaires. »
- d) « Ce médicament soulagera tous vos symptômes nasaux, mais il faudra que j'appelle votre médecin pour lui suggérer de vous prescrire de l'olopatadine pour vos symptômes oculaires. »
- e) b) et d)

15) Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?

- a) Les antihistaminiques utilisés pour traiter la sinusite bactérienne contribuent à améliorer la fonction ciliaire, qui permet d'éliminer les sécrétions.
- b) Les antihistaminiques de deuxième génération n'entraînent pas de somnolence.
- c) Une association d'antihistaminique et de décongestionnant permet d'atténuer tous les symptômes de la rhinite allergique.
- d) L'utilisation régulière d'un décongestionnant

nasal est sécuritaire, car l'absorption systémique de ce type de médicament est minime.

- e) a) et d)

16) Lequel ou lesquels des énoncés suivants sur les corticostéroïdes intranasaux (CSIN) est/sont vrai(s)?

- a) Il faut parfois jusqu'à une semaine de traitement régulier pour obtenir un effet maximal.
- b) Pour prévenir l'irritation nasale, il faut conseiller de diriger le jet du vaporisateur vers la cloison nasale.
- c) Il faut recommander de boire de l'eau après l'administration des CSIN afin de prévenir l'irritation de la gorge.
- d) a) et c)
- e) Toutes ces réponses

17) L'immunothérapie est le seul traitement pharmacologique susceptible de modifier l'évolution normale de la réaction allergique.

- a) Vrai
- b) Faux

18) Lequel ou lesquels des énoncés suivants est/sont vrai(s)?

- a) Les personnes souffrant de sinusite bactérienne peuvent se rétablir sans avoir recours à des médicaments.
- b) La sinusite bactérienne se traite habituellement de manière empirique.
- c) Les antibiotiques à large spectre doivent être réservés aux personnes souffrant d'une infection

sévère ou qui sont susceptibles d'acquérir une résistance à d'autres antibiotiques.

- d) a) et b)
- e) Toutes ces réponses

19) Les antagonistes des récepteurs des leucotriènes sont un bon choix pour atténuer la rhinorrhée, les éternuements et la démangeaison nasale.

- a) Vrai
- b) Faux

20) Dans laquelle ou lesquelles des situations suivantes serait-il approprié pour le pharmacien de conseiller à son client de consulter son médecin ou de l'appeler pour lui?

- a) Le client ne répond pas à une antibiothérapie après sept jours de traitement.
- b) Le client souffre de rhinite persistante, mais n'en connaît pas la cause.
- c) Le client a eu plusieurs épisodes d'épistaxis au cours de la dernière semaine, depuis qu'on lui a prescrit un corticostéroïde intranasal.
- d) C'est le cinquième épisode de sinusite bactérienne du client au cours des 10 derniers mois.
- e) Toutes ces réponses

COMITÉ DE RÉDACTION : Évaluation des options de prévention et de traitement des troubles nasaux courants en pharmacie

AUTEURS

Edward Wassef a obtenu son doctorat en pharmacie au Massachusetts College of Pharmacy de Boston en 2004. Il est chercheur, conférencier et spécialiste de la pharmacothérapie au sein de l'équipe de soins de néphrologie, endocrinologie et santé cardiovasculaire du York Central Hospital de Richmond Hill (Ontario). Il travaille également comme pharmacien communautaire à Scarborough (Ontario), où il conseille les clients sur les affections chroniques et l'autogestion de la santé, incluant le traitement des affections nasales communes.

Farid Wassef a terminé son baccalauréat en sciences pharmaceutiques au Massachusetts College of Pharmacy de Boston en 1989. Il a également obtenu une bourse de recherche sur l'application de la médecine fonctionnelle à la pratique clinique de l'Institute for Functional

Medicine de Gig Harbor (Washington) en 1999 et un certificat en nutrition clinique de l'International and American Association of Clinical Nutritionists d'Addison (Texas) en 2001. Farid Wassef a mis sur pied un service de consultation rémunéré à l'acte axé sur le client dans une pharmacie communautaire de Stouffville (Ontario). Il a rédigé de nombreux articles évalués par les pairs ainsi que des cours de formation continue, et il a fait des exposés à des professionnels de la santé un peu partout en Amérique du Nord sur différents sujets, notamment la prise en charge clinique des affections respiratoires de nature allergique et infectieuse. En 2006, l'Association des pharmaciens du Canada lui a décerné le titre honorifique de « pharmacien de l'année » pour l'excellence des soins qu'il dispense.

RÉVISEURS

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

COORDONNATRICE DE LA FC

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Pour connaître les barèmes de la FC, communiquez avec Mayra Ramos au 416 764-3879, par télécopie au 416 764-3937 ou par courriel à mayra.ramos@rci.rogers.com. Le contenu de cette leçon, en totalité ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation écrite de l'éditeur ©2007.

POUR RÉPONDRE EN LIGNE À CETTE LEÇON DE FORMATION CONTINUE

Si vous avez déjà ouvert une session dans notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez revenir à la page «Leçons disponibles en ligne» et cliquez sur «Lien vers les questions» correspondant à cette leçon de FC.

Si vous n'avez pas encore ouvert une session, mais que vous êtes inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/index.asp>

Si vous ne vous êtes pas encore inscrit à notre PROGRAMME DE FC EN LIGNE et si vous désirez répondre aux questions en ligne, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/adduser.asp>

Pour toute question, veuillez communiquer avec :

(formation continue de Pharmacy Practice, de Pharmacy Post, du Centre Novopharm de FC sur l'observance thérapeutique, d'autres FC approuvées par le CCEPP ou de Tech Talk [anglais] ou Coin Technipharm [français])

Mayra Ramos

Fax : (416) 764-3937

Courriel : mayra.ramos@rci.rogers.com

(pour Québec Pharmacie et L'actualité pharmaceutique)

Stéphane Paradis

Fax : (514) 843-2183

Courriel : stephane.paradis@rci.rogers.com