

La rhinite allergique

D. Chateau-Waquet

La rhinite allergique est la plus fréquente des rhinites et gâche la vie de 25 % des Français. Les médecins généralistes ne le savent pas et les malades qui en souffrent perdent confiance. Ils n'en parlent même plus et consultent, souvent trop tard, lorsque la gêne respiratoire, les troubles du sommeil et la fatigue perturbent leur vie quotidienne et leurs performances.

Le rôle préventif du médecin généraliste est possible. Il peut intervenir pour repérer la rhinite allergique et prendre en charge le diagnostic et le traitement afin de contrer l'évolution de la maladie et ses effets délétères sur la qualité de vie des patients. La marche de l'allergie en justifie le diagnostic précoce à tous les âges de la vie. Il est démontré que la prise en charge des patients atteints de rhinite allergique permet de prévenir le développement de nouvelles allergies et l'apparition secondaire d'un asthme.

C'est pourquoi, quel que soit le motif de consultation, le rôle préventif du médecin est d'intervenir pour repérer un type de patient allergique et faire le diagnostic pour décider un traitement adapté. Les critères sémiologiques et chronologiques permettent d'argumenter le diagnostic de la rhinite allergique. Le bilan allergologique apporte la preuve de l'allergie qui permet de guider une prise en charge centrée sur le patient.

REPÉRER UN TYPE DE PATIENT ALLERGIQUE

TYOLOGIE (gr. *tupos*, caractère, et *logos*, science) : étude des traits caractéristiques dans un ensemble de données, en vue d'y déterminer des types, des systèmes. Une classification suivant des critères médicaux permet donc d'identifier une typologie de patients.

Attention : aucune typologie n'a de valeur scientifique reconnue.

Type suspect d'allergie

C'est un patient qui consulte pour une rhinite ou une rhinoconjonctivite en relation avec un allergène et qui n'a pas d'autre affection. L'exemple le plus fréquent est une rhinite saisonnière aux pollens avec prurit, éternuements, rhinorrhée, obstruction nasale. Les critères sémiologiques et chronologiques permettent d'argumenter le diagnostic. Le bilan allergologique apportera la preuve pour guider la prise en charge.

Type allergique latent

C'est un patient qui consulte pour un autre motif et qui n'a pas d'allergie respiratoire connue ni de dermatite atopique. Il a éventuellement un antécédent de bronchiolite dans la petite enfance (les infections à VRS favorisent le développement de l'asthme et de l'allergie). L'intervention du médecin consulté révèle une rhinite légère ou modérée, aiguë ou persistante dont l'évolution est saisonnière ou non. Les critères sémiologiques et chronologiques permettent d'argumenter le diagnostic. Si le bilan allergologique est positif à un ou plusieurs allergènes dont la pertinence est établie, il apportera la preuve pour guider la prise en charge.

Type atopique connu

C'est un patient qui consulte pour un tableau actuel de rhinite allergique, intermittente ou persistante, isolée ou associée à un asthme allergique, une dermatite atopique ou à d'autres signes occasionnels d'allergie. Les critères sémiologiques et chronologiques permettent d'argumenter le diagnostic. Si le bilan allergologique est positif

à un ou plusieurs allergènes dont la pertinence est établie, il apportera la preuve pour guider la prise en charge.

Type non atopique

C'est un patient qui consulte pour une rhinite aiguë, intermittente ou persistante, isolée ou associée à des symptômes respiratoires, cutanés ou digestifs évocateurs d'une allergie. Il n'a aucun antécédent personnel ou familial de maladie atopique : ni dermatite atopique de l'enfance, ni asthme infantile, ni rhinite saisonnière. Les critères sémiologiques et évolutifs permettent d'argumenter le diagnostic. Le bilan allergologique aux allergènes de l'environnement habituel est négatif.

ARGUMENTER LE DIAGNOSTIC POUR UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

Actuellement, les manifestations aiguës de la rhinite allergique sont souvent traitées comme un rhume banal alors qu'elles constituent un premier signal d'alarme de l'allergie respiratoire. Un traitement symptomatique est utile, mais il ne suffit pas, car le risque est l'entrée insidieuse dans une pathologie respiratoire chronique complexe.

Au long cours, la rhinite allergique persistante échappe au diagnostic. Il faut savoir que la rhinite allergique professionnelle est également sous-diagnostiquée. Pour une prise en charge efficace, tous les acteurs concernés doivent être vigilants et convaincus que la rhinite allergique n'est pas toujours saisonnière et que c'est une maladie sérieuse.

Quel que soit le motif de consultation : écouter le malade, l'examiner, penser à l'allergie. 30 % des rhinites persistantes sont aller-

riques = risque d'apparition d'un asthme x 8.

Le diagnostic clinique

IL est nécessaire de repérer la typologie de l'allergique grâce aux données de l'interrogatoire et d'un examen clinique complet

- Inventaire des signes cliniques évocateurs d'une rhinite allergique
- Chronologie des symptômes
- Exposition allergénique intérieure et extérieure, professionnelle
- Pollution chimique et tabagisme
- Résultats d'un bilan allergologique précédent
- Antécédents personnels et familiaux d'atopie : indicateurs intéressants mais facultatifs (les antécédents d'allergie médicamenteuse ne sont pas contributifs) :
 - rhume des foins
 - asthme
 - dermatite atopique (eczéma)
 - allergie alimentaire
- Examen clinique qui apporte les arguments du diagnostic de la rhinite, d'une conjonctivite, d'une dermatite atopique, d'un asthme et d'une maladie nasosinusienne ou dentaire associés.
- Examen de la muqueuse nasale à l'aide d'un spéculum nasal qui permet de préciser les caractéristiques de la rhinite.

Repérer une rhinite allergique quel que soit le motif de consultation

1. Repérer les signes évocateurs de l'allergie respiratoire chez l'enfant et chez l'adulte :

- Rhinorrhée claire, bilatérale ou à bascule, abondante, intermittente ou persistante
- Prurit nasal, oculaire, vélopalatin et des conduits auditifs
- Éternuements souvent en salves
- Conjonctivite, paupières collées le matin
- Toux spasmodique, asthme
- Obstruction nasale
- Raclements de gorge
- Respiration par la bouche avec sécheresse des lèvres

- Troubles de l'odorat, du goût
- Troubles du sommeil
- Ronflement

2. Parmi eux, certains symptômes sont aussi des signes de l'allergie alimentaire : éternuements, rhinite, larmolement, rhinoconjonctivite, asthme, isolés ou associés à des signes cutanés (dermatite atopique, urticaire), un syndrome oral, des signes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales).

3. Les signes occasionnels de l'allergie méritent également d'être reconnus : une otite sérumqueuse, une perte d'appétit, un syndrome néphrotique.

4. De même que des signes occasionnels qui ont été rapportés mais non démontrés : une migraine, des troubles psychologiques, des neuropathies, un syndrome d'hyperréactivité (ou d'hyperkinésie), un syndrome de fatigue chronique, une dysurie, une arthrite, des maladies vasculaires auto-immunes.

Les diagnostics différentiels

Les rhinites intermittentes (dites "saisonniers")

Ce sont les allergies les plus fréquentes dans le monde. Elles sont dues à des allergènes extérieurs (80 % en France), principalement les pollens de graminées, d'herbacées et d'arbres. Les allergènes intérieurs de la poussière de maison, les acariens, les phanères des animaux domestiques et les moisissures sont responsables d'allergies qui se déclenchent toute l'année, de même que les rhinites allergiques professionnelles, rythmées par les temps et lieux d'exposition aux allergènes. L'allergie fait le lit de multiples infections ORL, et inversement. En particulier, chez un petit enfant, le savoir et y penser, c'est parfois remettre en question une décision d'antibiothérapie dans les rhinites récurrentes. Les rhinites aiguës,

même fébriles, sont repérées grâce à des petits signes : une discrète conjonctivite bilatérale avec les paupières collées au réveil, le prurit nasal. Le signe du salut de l'allergique est un élément sémiologique curieux : le frottement répété provoque un pli horizontal de la peau au-dessus de la pointe du nez.

Les rhinites allergiques persistantes

Ce sont des rhinites inflammatoires prouvées à des pneumallergènes ou, plus rarement démontré, à des aéro-allergènes chimiques et à des trophallergènes. Ces rhinites allergiques, chez l'enfant comme chez l'adulte, sont IgE dépendantes ou non. Elles évoluent souvent en fond continu entre deux épisodes aigus de rhinites ou rhinoconjonctivites, ou rhinopharyngites, ou rhinobronchites parfois infectées. Le bilan allergologique s'impose. Ces rhinites sont la pérennisation des réactions inflammatoires tant que persiste le contact avec l'allergène.

Les rhinites intriquées

Elles constituent un groupe hétérogène mal défini d'évolution perannuelle. L'endoscopie nasale permet de repérer une infection, une déviation de cloison ou une polypose nasosinusienne. Les diagnostics et la prise en charge sont difficiles. Ces rhinites peuvent être liées à des facteurs intrinsèques comme dans les rhinites positionnelles, vasomotrices primitives, hormonales (grossesse, par exemple), ainsi que dans les rhinites liées au vieillissement, à un reflux laryngo-pharyngé ou gastro-œsophagien, à l'obésité, au stress. De nombreux facteurs extrinsèques sont également reconnus dans les rhinites médicamenteuses (aspirine, AINS, alphabloquants, décongestionnants nasaux), les rhinites liées à certains aliments riches en amines vaso-actives (tyramine, histamine) ou contenant des sulfites et autres additifs, les rhinites professionnelles dont plus de 450 sont recensées, et le tout venant des rhinites liées à la qualité de l'air et à la pollution de l'environnement.

Conséquences médicales et sociales des rhinites allergiques persistantes

- **Handicap pour le patient :**
 - Troubles sensoriels (goût, odorat, audition)
 - Troubles du sommeil
 - Baisse des performances intellectuelles et physiques
- **Handicap pour la société :**
 - Absentéisme
 - Perte de productivité
 - Dépenses de santé : maladie, arrêts de travail

ALLERGIE, UN DIAGNOSTIC À NE PAS MANQUER...

Le rhume des foins — coryza spasmodique périodique — est le modèle de la rhinite allergique. C'est une rhinite saisonnière due aux pollens de graminées.

La crise de rhinite allergique associe :

- une rhinorrhée claire, bilatérale, abondante, intermittente ou persistante ;
- un prurit nasal, oculaire, vélopalatin et des conduits auditifs ;
- une obstruction bilatérale ou à bascule ;
- des éternuements souvent en salves.

L'évolution saisonnière de mi-mai à mi-juillet caractérise la rhinite aux pollens de graminées. Mais, en juillet/août, rien ne ressemble plus à une pollinose qu'une allergie à certaines moisissures atmosphériques et, en septembre/octobre, une rhinite allergique aux acariens de la poussière de maison... et, tout au long de l'année, l'évolution d'une crise de rhinite allergique est stéréotypée. Elle survient chez des patients sensibilisés, lors de l'exposition à l'allergène. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, lorsque l'évolution devient pérenne, la rhinite précède l'asthme qui est en moyenne quatre fois plus fréquent. À retenir ! Les rhinites vasomotrices et les rhinites allergiques ont en commun la triade : éternuements, rhinorrhée claire, obstruction bilatérale à bascule.

La classification des rhinites allergiques, ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), proposée par des organismes comme l'OMS, repose sur des facteurs de durée (intermittente ou persistante) et de sévérité (légère, modérée, sévère) (1).

- Les facteurs de durée :
 - une rhinite est classée intermittente lorsqu'elle se répète moins de quatre jours par semaine ou moins de quatre semaines consécutives par an ;
 - une rhinite est classée comme persistante lorsqu'elle survient plus de quatre jours par semaine et plus de quatre semaines consécutives par an.
- Les facteurs de sévérité :
 - une rhinite est dite légère si elle n'est pas accompagnée des symptômes suivants : troubles du sommeil, gêne entraînant une diminution des activités sociales, sportives, professionnelles ou scolaires, symptômes invalidants ;
 - une rhinite est dite modérée à sévère lorsque le patient souffre d'au moins un des troubles cités.

Après la période de crises, une rhinite doit être explorée par un bilan allergologique et une EFR (exploration fonctionnelle respiratoire) qui permettra de rechercher une éventuelle obstruction bronchique liée à un asthme. En effet, un asthme allergique infraclinique associé peut évoluer à bas bruit lors d'une rhinite allergique persistante.

PROUVER L'ALLERGIE

Le bilan allergologique mené par l'allergologue

L'enquête allergologique confronte l'histoire, les signes de l'allergie et la chronologie évolutive en rapport avec l'exposition allergénique. L'examen clinique et la recherche de causes non allergiques complètent le bilan. La réalisation de tests cutanés est recommandée pour prouver l'allergie et guider la prise en charge. Ils sont réalisés par un allergologue dans "les règles de l'art", et dans des conditions

permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'une réaction anaphylactique.

Le bilan allergologique est programmé selon le type de patient, l'histoire clinique, le rythme et l'évolution des symptômes, l'âge, les antécédents personnels et familiaux et les facteurs environnementaux (conditions de vie, cadre professionnel, exposition aux animaux, tabagisme actif ou passif).

Il n'y a pas de limites d'âge pour souffrir d'une rhinite allergique ni pour effectuer les tests cutanés dont l'indication est pertinente chez le nourrisson comme chez les patients âgés.

Habituellement, les tests cutanés ne sont pas douloureux. Ils sont effectués par l'allergologue à l'aide d'extraits standardisés. L'utilisation d'aliments frais ("extraits natifs") est utile en cas d'allergie alimentaire (à retenir : une rhinoconjonctivite peut être le signe d'une allergie alimentaire). Certains traitements en cours sont susceptibles de modifier la réactivité aux allergènes et seront interrompus quelques jours auparavant selon les recommandations de l'allergologue. Les résultats des tests sont évalués par comparaison avec la réactivité cutanée non spécifique du patient (tests témoins contrôlés positif et négatif).

La relation de cause à effet est établie lorsque l'éviction de l'allergène incriminé permet la guérison. Elle n'est pas toujours réalisable. En cas de doute, il est habituel de faire un test de provocation nasale (TPN) couplé à une rhinomanométrie. Les critères d'évaluation mesurés sont les signes cliniques et l'exploration de la fonction nasale avant et après la pulvérisation locale de l'allergène.

Les recommandations pour la prescription des tests sériques

Les tests sériques recherchent une hypersensibilité IgE dépendante et ne permettent pas de faire le diagnostic d'une rhinite allergique. Compte tenu du nombre élevé de

prescriptions de dosages d'IgE spécifiques et de la variabilité des pratiques, et afin de rationaliser ces dernières, l'HAS a édité des recommandations en octobre 2005 (2).

Le dosage des IgE totales n'est pas un marqueur fiable du terrain atopique chez l'enfant au-delà de 3 ans comme chez l'adulte où il est réservé à d'autres situations immunopathologiques. En revanche, chez l'enfant de moins de 3 ans seulement, ce dosage des IgE totales est utile dans la recherche d'un terrain atopique.

Les tests sériques d'orientation diagnostique peuvent être utilisés si l'histoire clinique fait suspecter une réaction ORL ou bronchique allergique.

- Règles générales pour la prescription des tests sériques d'orientation :
 - préciser le format du test : test global ou test multiple ;
 - préciser la nature des allergènes testés : respiratoires, alimentaires, mixtes respiratoires et alimentaires ;
 - ne pas faire référence à la dénomination commerciale (Phadiatop®, Mast-*cla*®, Alatop®, etc.).
- Pour orienter le diagnostic de rhinite allergique, prescrire :
 - un test d'orientation global respiratoire en cas de manifestations respiratoires ORL ou bronchiques quel que soit l'âge du patient ;
 - un test d'orientation global alimentaire (lait, œuf, blé, arachide, poisson, noisette) pour dépister les trophallergènes les plus courants de l'enfant qui présente des signes d'allergie respiratoire. Ce test est intéressant dans cette indication chez l'enfant de moins de 3 ans. Au-delà de cet âge chez l'enfant et chez l'adulte, le dépistage des allergènes alimentaires a peu d'intérêt, car les manifestations respiratoires allergiques ne dépendent pas prioritairement des trophallergènes. De plus, les sensibilisations polliniques peuvent conduire à des tests positifs par co-réactivité sans signification clinique.

Les tests unitaires ne sont pas utiles en première intention pour le diagnostic, les tests cutanés étant plus fiables quel que soit l'âge du patient

- Les tests unitaires sont néanmoins utiles :
 - en cas de discordance entre les manifestations cliniques et les résultats des tests cutanés ;
 - en complément des tests cutanés : pour confirmer un mécanisme IgE dépendant si une immunothérapie spécifique ITS est envisagée ;
 - en première intention, en cas d'impossibilité à réaliser les tests cutanés (dermatose évolutive, traitement antihistaminique impossible à arrêter) ou en cas de tests ininterprétables (dermographisme, peau aréactive) si la sémiologie et la chronologie des manifestations permettent d'argumenter le choix des tests unitaires prescrits.
- Recommandations pour la prescription d'un dosage d'IgE spécifique (test unitaire) :
 - la désignation de l'allergène doit être précise ;
 - des termes imprécis comme pollens, pollens d'arbres, poussière de maison, acariens, moisissures, etc. ne doivent plus être employés ;
 - seul le nom commun (dactyle, bouleau, chat...) ou latin (dermatophagoïdes *pteronysinus*, *aspergillus*...) doit figurer sur l'ordonnance ;
 - la référence commerciale ne doit pas être utilisée.

La présence d'IgE spécifiques révélée par un test cutané ou par un dosage sérique indique la sensibilisation au produit testé. Cette sensibilisation n'implique pas pour autant une allergie à ce produit. La prescription des tests sériques pour le diagnostic des allergies respiratoires est indiquée lorsque les tests cutanés ne sont pas réalisables (dermatoses étendues), c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas être prescrits lorsque les tests sont réalisables (2).

LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE

La prescription de corticoïdes injectables dans le traitement des pollinoses n'est pas dénuée d'effets secondaires indésirables graves et ne repose sur aucune étude expérimentale contrôlée.

Les traitements symptomatiques sont les traitements de première intention. Ils permettent de soulager le malade et de calmer la crise. Le plus souvent bien tolérés, les antihistaminiques sont efficaces aussi bien *per os* que par voie nasale ou en collyre. Les cromones par voie nasale et en collyre sont efficaces lorsque l'inflammation n'est pas encore importante. Lorsque la rhinite est résistante à ces traitements, les corticoïdes locaux ou *per os* sont utiles. Les critères d'efficacité doivent être évalués par le médecin avec le patient à la fin du traitement, car l'amélioration des signes cliniques ne suffit pas. La marche de l'allergie, à tous les âges de la vie, dépend d'un dysfonctionnement immunitaire et la prise en charge ponctuelle ne suffit pas.

L'immunothérapie spécifique des allergènes (ITS) est indiquée dans la prise en charge globale de l'allergique (3). Dans le cadre de la rhinite allergique, l'OMS recommande une immunothérapie spécifique des allergènes (ITS) assez précoce pour éviter la polysensibilisation. Le traitement par l'éviction est efficace mais souvent difficile à réaliser. L'ITS ou désensibilisation spécifique est le seul traitement étiologique de la rhinite allergique.

La désensibilisation spécifique traditionnelle est une immunothérapie spécifique ITS aux allergènes. Elle a prouvé son efficacité dans des études contrôlées contre placebo dans au moins 2/3 des cas, à condition que l'on respecte les indications et les protocoles. Dans l'allergie respiratoire (rhinite et asthme), l'ITS est indiquée lorsque la preuve de l'allergie IgE dépendante est faite. Elle n'est pas

limitée aux allergènes inévitables ni aux allergies mal contrôlées par les traitements symptomatiques. Le recours à l'immunothérapie ne doit pas diminuer sous prétexte que ces derniers sont de plus en plus efficaces, ni parce qu'il existe un risque d'effets secondaires de l'ITS.

L'ITS aux allergènes est l'administration de doses progressivement croissantes d'extraits allergéniques spécifiques déterminés par le bilan allergologique préalable. Le choix de la prescription par voie injectable ou par voie sublinguale est possible pour certains allergènes. Les types de protocole et les modalités du suivi de l'ITS aux allergènes sont individuels et prescrits par l'allergologue.

La décision pour l'ITS doit être partagée entre le médecin traitant, le patient et l'allergologue : c'est un critère de qualité. Les données actuelles de la science, les contraintes pour le patient et pour le médecin traitant doivent être clarifiées.

Les données actuelles de la science reconnaissent l'ITS aux allergènes comme le seul traitement étiologique efficace. Il est capable de modifier l'évolution naturelle de l'allergie en réduisant le développement de nouvelles sensibilisations et le risque d'évolution vers un asthme. Le résultat n'est pas une suppression de la sensibilisation déjà acquise, mais un détournement de la réponse immunitaire vers des voies qui ne se manifesteront plus par des symptômes d'allergie.

CONDUIRE L'ITS INJECTABLE DANS LES RÈGLES DE L'ART

L'environnement spécifique est celui de la consultation au cabinet du médecin dans des conditions permettant rapidement la reconnaissance et le traitement d'une réaction anaphylactique grave. La consultation permettra de décider la réalisation du protocole selon la prescription de l'allergologue.

Avant l'injection

Il faut contrôler l'état général du patient selon des critères déjà repérés et qui lui sont spécifiques. Par exemple, chez un asthmatique, l'auscultation pulmonaire sera systématique, éventuellement associée à une mesure du débit expiratoire de pointe (DEP). La PA habituelle du patient doit être notée sur le carnet de suivi ainsi que la meilleure valeur du DEP. Si le DEP est < 80 % de la meilleure valeur du patient, ou en cas d'altération de l'état de santé, l'injection sera décalée de quelques jours. Dans tous les cas, les réactions survenues dans les jours suivant les injections sont notées sur le carnet de suivi, ainsi que les événements intercurrents et les nouvelles prescriptions médicamenteuses. La prise de bêtabloquant, même en collyre, est une contre-indication à l'injection. Il faut disposer d'une trousse d'urgence en cas de choc anaphylactique et de crise d'asthme. Avec les mêmes exigences pour la sécurité du patient, l'injection pourra être réalisée par une infirmière sous la surveillance directe du médecin. Le flacon d'allergènes est strictement réservé à un individu identifié sur l'étiquette et il convient de le contrôler à chaque fois.

Après l'injection

Le patient doit être gardé en observation durant 30 minutes au terme desquelles le médecin vérifie son état et la réaction locale. Une réaction au site d'injection > 5 cm nécessite la prise d'un traitement antihistaminique. La pratique sportive est déconseillée pour le reste de la journée.

Le consentement éclairé du patient

L'ITS par injection sous-cutanée reste la base du traitement. Certains médecins l'ignorent, y sont hostiles... et refusent même la prescription et la prise en charge d'une ITS injectable pour leur patient. C'est une erreur ! Le rôle préventif du médecin est de penser à l'allergie et de reconnaître, comme les patients qui en souffrent, que la rhinite

allergique est une maladie sérieuse. Les injections sont peu douloureuses et, le plus souvent, l'appréhension du début de traitement ne dure pas. Comme de nombreux traitements efficaces, il est contraignant pour le médecin et pour le patient qui donne son consentement.

L'ITS par voie sublinguale permet la prise des doses à domicile par le patient ou sous la surveillance des parents d'enfants allergiques. Chez l'enfant, d'autres études sont nécessaires avant utilisation en routine. Par ITS sublinguale, les résultats sont moins constants et il faut savoir que derrière une apparente simplicité, ce traitement ne doit pas être banalisé. Les meilleures conditions pour son application doivent être réunies : c'est-à-dire respecter strictement les consignes et comprendre que ce n'est pas un traitement anodin bien que le mode de traitement ressemble à l'homéopathie.

Ces deux modalités de traitement des allergies par ITS injectable et sublinguale comportent des risques et des effets secondaires lorsqu'ils échappent au contrôle médical régulier.

Le parcours de soins

Les allergologues sont des praticiens expérimentés pour réaliser le bilan allergologique, poser l'indication et guider le suivi de l'ITS. Dans le parcours de soins, le malade est adressé à l'allergologue par son médecin traitant. La prise en charge globale des allergies est la règle d'or pour la qualité des soins dont l'objectif principal est la qualité de vie durable du patient.

Outils pour l'EPP : auto-évaluation rétrospective sur dossiers

L'actualisation des pratiques est concentrée sur trois points clés issus de références récentes. Le document ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) (1) est le travail d'un groupe d'experts qui s'est réuni à Genève, fin 1999, et qui a établi des recommandations pour la prise en charge de cette pathologie. L'HAS a également édité des recommandations en

novembre 2005 : “Les indications du dosage des IgE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques” (2). Enfin, des conclusions sur l’ITS ont été publiées en 1999 (3).

Les critères et les indicateurs de la qualité :

1. Pour le diagnostic des allergies respiratoires, les dosages d’IgE spécifiques unitaires ne doivent pas être prescrits lorsque les tests cutanés sont réalisables : les tests unitaires ne doivent pas être prescrits en première intention.

2. Une rhinite allergique doit être explorée par un bilan allergologique comportant des tests

cutanés : le compte-rendu de l’allergologue est dans le dossier.

3. Après la période de crise, l’examen clinique recherchera une rhinite persistante : les arguments du diagnostic post-crise ou l’avis d’un ORL sont dans le dossier.

4. Pendant et après la période de crise, une EFR (exploration fonctionnelle respiratoire) recherchera un asthme infraclinique : les résultats d’EFR et la meilleure valeur actuelle du débit expiratoire de pointe (DEP) sont dans le dossier.

Références

1. Bousquet J., Van Cauwenberge P., Bachert C., Canonica G.W., Demoly P.,

Durham S.R., Fokkens W., Lockey R., Meltzer E.O., Mullol J., Naclerio R.M., Price D., Simons F.E., Vignola A.M., Warner J.O. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI). “Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA)”. *Allergy*, 2003 Mar ; 58 (3) : 192-7.

2. Anaes,” Indications du dosage des IgE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques”, octobre 2005 (www.anaes.fr, section “Publications, allergologie-immunologie”).

3. Bousquet J., Lockey R., Mailing H.J. “Immunothérapie des allergènes : traitement vaccinal des maladies allergiques”. *Rev Fr Allergol*, 1999 ; 39 : 385-444.