

Les corticostéroïdes intranasaux dans la rhinite non allergique

Les corticostéroïdes intranasaux sont-ils efficaces pour le traitement de la rhinite non allergique et provoquent-ils des effets secondaires? + Anne-Catherine Vanhove^{1,2}, Trudy Bekkering¹, Patrik Vankrunkelsven¹

Contexte

On sait que les corticoïdes intranasaux sont efficaces en traitement de la rhinite allergique, mais leur effet sur la rhinite non allergique est moins bien établi. La rhinite non allergique touche environ 10 à 20 % de la population, provoquant des plaintes caractéristiques telles que nez bouché, écoulement post-nasal et éternuements fréquents. On en distingue plusieurs phénotypes en fonction du facteur déclencheur (tabagisme, hormones, médicaments...), mais les mécanismes qui la sous-tendent restent inconnus et les traitements existants s'avèrent donc souvent peu efficaces. Les corticostéroïdes intranasaux sont l'un des plus fréquemment prescrits, et cette revue Cochrane s'est penchée sur leur efficacité.

Critères de sélection pour les études

Cette revue a inclus des études comparant l'utilisation de corticostéroïdes intranasaux sous forme de sprays ou de gouttes pour le nez à un placebo ou à d'autres traitements actifs, quels que soient le dosage, la fréquence ou la durée du traitement étudié. Les principaux critères d'évaluation étaient la gravité des plaintes (mesurée au moyen des scores de symptômes rapportés par le patient) et la survenue d'effets secondaires importants tels qu'une épistaxis.

En collaboration avec le Cebam, Cochrane Belgium (<http://belgium.cochrane.org>) Consultez cette revue Cochrane dans son intégralité sur la Cebam Digital Library for Health (www.cebam.be/fr/cdlh)

1. Cochrane Belgium, Cebam (Centre belge d'Evidence-Based Medicine)
2. CEBaP (Centre d'Evidence-Based Practice) de la Croix-Rouge de Flandre

Synthèse des résultats

La revue a inclus 34 études portant sur un total de 4.452 adultes et enfants de plus de 12 ans. La majorité des patients souffraient d'une rhinite chronique en présence de tests d'allergie négatifs, mais il n'était pas possible de distinguer les différents phénotypes ou causes pathophysiologiques de la rhinite non allergique. Quelques études se concentraient néanmoins sur une forme spécifique. La majorité étaient réalisées dans un contexte de 2^e ou 3^e ligne ambulatoire. La dose de corticostéroïdes allait de 50 µg à 2.000 µg par jour. Plusieurs études avaient été sponsorisées par l'industrie.

Treize études seulement ont comparé les corticostéroïdes intranasaux à un placebo en s'appuyant sur diverses échelles pour mesurer les scores symptomatiques rapportés par les patients. Il est possible que les corticostéroïdes intranasaux améliorent la gravité des plaintes en comparaison avec un placebo dans le cadre d'un suivi pouvant atteindre 4 semaines (DMS*: -0,74 (IC 95 %** : -1,15 à -0,33); 131 participants, 4 études, faible niveau de preuve). L'analyse de la différence entre les scores avant le traitement et jusqu'à quatre semaines après donne également à penser que les corticostéroïdes intranasaux pourraient abaisser légèrement les scores symptomatiques rapportés par les patients (DMS : -0,15 (IC 95 % : -0,25 à -0,05); 1.465 participants, 4 études, faible niveau de preuve). La très faible fiabilité des preuves disponibles ne permet toutefois pas d'établir si les corticostéroïdes intranasaux améliorent également les scores symptomatiques lorsque le suivi est supérieur à 4 semaines. Il est probable que les corticostéroïdes soient associés à un risque accru d'épistaxis ou saignements de nez (31 pour 1.000 sous placebo vs 65 pour 1.000 sous corticostéroïdes intranasaux (IC 95 % : 39-111); 1.174 participants, 4 études, niveau de preuve modéré), mais le risque d'autres effets secondaires est vraisemblablement faible ou nul (niveau de preuve modéré). D'après les auteurs, le nombre d'études disponibles était trop faible pour établir un éventuel impact des corticostéroïdes sur la qualité de vie ou sur la mesure objective de la circulation de l'air dans le nez.

Les 21 autres études comparaient les corticostéroïdes intranasaux à d'autres traitements actifs tels que antihistaminique intranasal, capsaïcine, bromure d'ipratropium ou les lavages nasaux au moyen d'une solution saline. Il n'existait pour chacune de ces comparaisons qu'une ou une poignée d'études. Les auteurs de la revue estiment donc qu'il n'est pas certain que l'effet des corticostéroïdes intranasaux diffère de celui de ces autres traitements.

Conclusion

Les corticostéroïdes intranasaux sont probablement associés à un risque accru d'épistaxis et pourraient avoir un modeste effet sur les symptômes rapportés par les patients jusqu'à 4 semaines après traitement en comparaison avec un placebo. Lorsque le suivi s'étalait jusqu'à 3 mois, cet effet était toutefois incertain. Les études comparant les corticostéroïdes intranasaux à d'autres traitements sont trop peu nombreuses pour pouvoir en tirer des conclusions.

Implications pour la pratique

À ce stade, nous disposons de peu de preuves scientifiques pour étayer le recours aux corticostéroïdes intranasaux dans la rhinite non allergique. +

Référence : Segboer C, Gevorgyan A, Avdeeva K, Chusakul S, Kanjanaumporn J, Aumjaturapat S, Reeskamp LF, Snidvongs K, Fokkens W. Intranasal corticosteroids for non-allergic rhinitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 11. Art. No. : CD010592.

* DMS : différence moyenne standardisée
** IC : intervalle de confiance

