

# Les antihistaminiques pour la rhinosinusite allergique

Betsy Thomas BScPharm Anthony Train MBChB MSc CCFP G. Michael Allan MD CCFP FCFP

## Question clinique

Les antihistaminiques (AH) par voie orale améliorent-ils les symptômes chez les adultes souffrant de rhinosinusite allergique?

## Résultats

Les AH oraux réduisent les symptômes de rhinosinusite de 10 à 30 % par rapport au placebo sur une période de 2 à 12 semaines. Tous les AH semblent avoir une efficacité comparable. Un plus grand nombre de patients obtiennent une amélioration modérée ou plus grande avec les corticostéroïdes intranasaux (CI) (environ 80 %) en comparaison du recours aux AH (environ 60 %). Il ne semble pas y avoir de différences significatives entre les AH et les antagonistes des récepteurs des leucotriènes ou lors de l'ajout d'un AH à l'usage d'un CI.

## Données probantes

Les résultats étaient statistiquement significatifs, à moins d'indications contraires.

- Les antihistaminiques contre placebo sur une période de 2 à 12 semaines :
  - Une revue systématique (7 ERC, 1218 patients)<sup>1</sup> a fait valoir que pour les scores d'obstruction nasale évaluée par les patients (échelle de 0 à 3), point de repère=1,65, le placebo a amélioré les symptômes de 16 % et les AH, de 48 %.
  - Une revue systématique (5 ERC, 3329 patients)<sup>2</sup> sur la bilastine (AH plus récent) a révélé une valeur de l'effet sur les scores des symptômes totaux=0,26, ce qui est semblable à une amélioration des symptômes de 10 à 16 % par rapport au placebo<sup>3</sup>.
- Des antihistaminiques contre d'autres AH :
  - Les revues systématiques n'ont montré aucune différence statistique ou clinique dans les scores totaux ou nasaux<sup>2,4</sup>.
- Des antihistaminiques contre d'autres agents :
  - Deux revues systématiques (de 5 à 16 ERC, 990 à 2267 patients) ont comparé des CI avec des AH sur une période de 2 à 8 semaines<sup>5,6</sup>. Les scores des symptômes nasaux totaux se sont améliorés davantage avec les CI (51 c. 31 %). La proportion de sujets ayant obtenu un contrôle modéré ou meilleur<sup>7</sup> était plus élevée avec les corticostéroïdes intranasaux (78 %) qu'avec les AH (58 %); nombre de sujets à traiter=5.
  - Une revue systématique (13ERC, 5066 patients)<sup>8</sup> sur les AH avec un CI par rapport au CI seul sur une période

de 2 à 6 semaines a constaté que les antihistaminiques n'ajoutaient pas de bienfaits cliniquement significatifs.

-Deux revues systématiques (9 à 14 études à méthodes mixtes, 4458 à 5781 patients) sur les AH par rapport aux antagonistes des récepteurs des leucotriènes sur une période de 1 à 12 semaines n'ont cerné aucune différence cliniquement significative<sup>9,10</sup>.

## Contexte

- Des données sur les événements indésirables sont rarement signalées et difficiles à interpréter<sup>11</sup>. Certains AH pourraient avoir moins d'effets sédatifs : par exemple, la bilastine (3 %) contre la cétirizine (7 %)<sup>2</sup>.
- Les coûts estimés pour un approvisionnement de 30 jours : cétirizine 10 mg, desloratadine 5 mg ou fexofénadine 120 mg, 25 \$; bilastine 20 mg, 45 \$; mométasone 50 µg ou béclo méthasone 50 µg, 25 \$; fluticasone 50 µg, 40 \$<sup>12</sup>.

## Mise en application

Les antihistaminiques ont une efficacité comparable, et le choix devrait donc se fonder sur le coût et le profil des effets secondaires. Les patients qui consultent en soins primaires ont habituellement des symptômes de rhinosinusite de modérés à graves, et un plus grand nombre de patients bénéficieront probablement plus des corticostéroïdes nasaux que des AH<sup>13</sup>. L'amélioration avec les corticostéroïdes nasaux peut prendre plusieurs jours, et il peut falloir jusqu'à 2 semaines pour qu'ils atteignent leur plein effet<sup>13</sup>.

**Betsy Thomas** est experte en données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada. Le **D<sup>r</sup> Anthony Train** est professeur adjoint au Département de médecine familiale à l'Université Queen's à Kingston (Ontario). Le **D<sup>r</sup> G. Michael Allan** est directeur des Programmes et du soutien à la pratique au Collège des médecins de famille du Canada.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Références

1. Hore I, Georgalas C, Scadding G. Oral antihistamines for the symptom of nasal obstruction in persistent allergic rhinitis—a systematic review of randomized controlled trials. *Clin Exp Allergy* 2005;35(2):207-12. Erratum dans : *Clin Exp Allergy* 2005;35(4):547.
2. Singh Randhawa A, Mohd Noor N, Md Daud MK, Abdullah B. Efficacy and safety of bilastine in the treatment of allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Front Pharmacol* 2022;12:731201.
3. Bachert C, Kuna P, Sanquer F, Ivan P, Dimitrov V, Gorina MM et coll. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs desloratadine 5 mg in seasonal allergic rhinitis patients. *Allergy* 2009;64(1):158-65.
4. Xiao J, Wu WX, Ye YY, Lin WJ, Wang L. A network meta-analysis of randomized controlled trials focusing on different allergic rhinitis medications. *Am J Ther* 2016;23(6):e1568-78.
5. Juel-Berg N, Darling P, Bolvig J, Foss-Skiftesvik MH, Halken S, Winther L et coll. Intranasal corticosteroids compared with oral antihistamines in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy* 2017;31(1):19-28.
6. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998;317(7173):1624-9.

7. Schoenwetter W, Lim J. Comparison of intranasal triamcinolone acetonide with oral loratadine for the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. *Clin Ther* 1995;17(3):479-92.
8. Du K, Qing H, Zheng M, Wang X, Zhang L. Intranasal antihistamine is superior to oral H<sub>1</sub>antihistamine as an add-on therapy to intranasal corticosteroid for treating allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2020;125(5):589-96.e3. Publ. en ligne du 7 juill. 2020.
9. Xu Y, Zhang J, Wang J. The efficacy and safety of selective H1-antihistamine versus leukotriene receptor antagonist for seasonal allergic rhinitis: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(11):e112815.
10. Feng Y, Meng YP, Dong YY, Qui CY, Cheng L. Management of allergic rhinitis with leukotriene receptor antagonists versus selective H1-antihistamines: a meta-analysis of current evidence. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2021;17(1):62.
11. Bender BG, Berning S, Dudden R, Milgrom H, Tran ZV. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(4):770-6.
12. *Allergy & sinus*. Toronto, ON: Shoppers Drug Mart Corporation; 2022. Accessible à : <https://shop.shoppersdrugmart.ca/>. Réf. du 28 juillet 2022.
13. Small P, Keith PK, Kim H. Allergic rhinitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2018;14(Suppl 2):51.

---

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

*Can Fam Physician* 2022;68:e268-9. DOI: 10.46747/cfp.6809e268

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **September 2022** issue on **page 670**.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans le *MFC* sont une adaptation d'articles révisés par des pairs qui se trouvent à <http://www.toolsforpractice.ca> et résument les données médicales probantes susceptibles de modifier la pratique des soins primaires. Coordonnés par le Dr **G. Michael Allan** et la Dr<sup>e</sup> **Adrienne J. Lindblad**, les articles sont élaborés par l'équipe du groupe PEER (Patients, Expérience, Évidence, Recherche) et soutenus par le Collège des médecins de famille du Canada et ses sections de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Vos commentaires sont les bienvenus à [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca).