



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Revue française d'allergologie xxx (2014) xxx-xxx

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Pollinoses d'arbres : quels traitements ?

Treatment of tree pollen allergy

J.-M. Perotin*, D. Jorge, F. Lavaud

Service des maladies respiratoires et allergiques, CHU de Reims, 45, rue Cognacq-Jay, 51092 Reims cedex, France

Résumé

Les principales pollinoses d'arbre en France sont liées au bouleau dans le Nord-Est et au cyprès et à l'olivier dans le Sud. Leur traitement repose sur trois axes. Le traitement symptomatique, adapté à la sévérité de la rhinite et de l'asthme, est codifié par les recommandations internationales ARIA et GINA et fait intervenir principalement les antihistaminiques, oraux ou locaux, et les corticostéroïdes intranasaux et/ou inhalés. Les mesures d'éviction individuelles et collectives sont souvent difficiles à mettre en place. L'immunothérapie spécifique a fait la preuve de son efficacité pour les pollens de fagales, l'olivier et le cyprès. Des études sont en cours portant sur les vaccinations à partir d'allergènes recombinants. Une éducation thérapeutique doit s'associer à l'ensemble de ces traitements.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Pollen ; Allergie ; Allergènes ; Traitement

Abstract

Tree pollen allergy is mainly related to birch pollen in North-East France and olive and cypress pollen in Southern France. Treatment depends on three axes. Symptomatic treatment, which depends on the severity of the rhinitis and the asthma, is based on the international ARIA and GINA guidelines, which recommend principally oral or local antihistamines and intranasal and/or inhaled corticosteroids. Recommendations given to individuals and groups for pollen avoidance are often difficult to set up. Specific allergen immunotherapy has been shown to be a safe and effective treatment for fagales, olive and cypress pollens. Immunotherapy based on recombinant allergens is currently being studied. Adherence to treatment can be improved by patient education.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Allergy; Tree pollen; Allergy; Allergens; Drug treatment; Specific allergen immunotherapy

1. Introduction

Les pollinoses concernent 10 à 20 % de la population générale européenne, 18 % des adultes, 11 à 27 % des adolescents en France [1]. Les principales espèces d'arbre en cause sont le bouleau au Nord est de la France, l'olivier et le cyprès en région méditerranéenne [2]. Le traitement des pollinoses d'arbres repose sur trois éléments : un traitement symptomatique classique, des mesures d'éviction individuelle et collective bien souvent complexes à mettre en place et l'immunothérapie spécifique.

2. Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique des pollinoses d'arbre ne diffère pas de la prise en charge habituelle des pollinoses et repose sur les recommandations ARIA [3] et GINA [4]. Il sera débuté dès les premiers symptômes et avant l'apparition du pic pollinique, jusqu'à la fin de l'exposition.

Le traitement symptomatique de la rhinite allergique dépend du rythme et de la sévérité de la rhinite, déterminés selon la classification ARIA. La rhinite est ainsi décrite comme intermittente si les symptômes surviennent moins de 4 jours par semaine ou moins de 4 semaines consécutives, ou persistante en cas de symptômes présents au moins 4 jours par semaine et pendant au moins 4 semaines consécutives. La rhinite est décrite comme légère en cas d'absence de conséquence sur le sommeil,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jmperotin-collard@chu-reims.fr (J.M. Perotin).

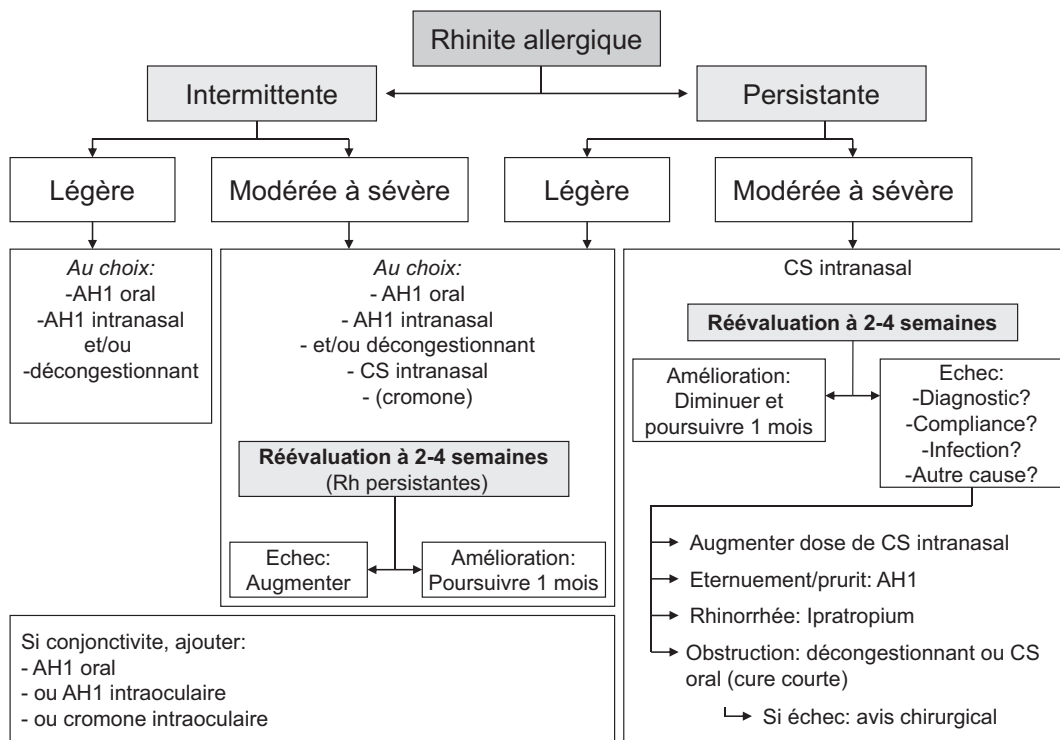


Fig. 1. Traitement symptomatique de la rhinite allergique, d'après ARIA. AH1 : antihistaminique ; CS : corticostéroïde.

sur l'activité professionnelle ou scolaire et sur les loisirs, les symptômes étant décrits comme acceptables par le patient. En cas de retentissement nocturne ou sur l'activité diurne, la rhinite est considérée modérée à sévère.

Le traitement adapté à cette classification repose principalement sur les antihistaminiques oraux de nouvelle génération, les antihistaminiques locaux par voie intranasale et la corticothérapie intranasale (Fig. 1). Les antihistaminiques et cromones intraoculaires peuvent être utilisés en cas de conjonctivite associée. L'ipratropium peut être proposé en deuxième intention en cas de rhinorrhée importante. Les décongestionnants locaux ne doivent être proposés qu'en cas d'obstruction très sévère et en cure courte de moins de 5 jours. La corticothérapie injectable retard n'a pas sa place dans le traitement de la pollinose.

Lorsqu'un asthme est associé, son traitement est similaire à l'asthme non allergique, reposant selon les recommandations internationales sur les notions de sévérité initiale et de contrôle,

le traitement étant adapté par paliers en fonction du contrôle (Tableau 1, Fig. 2). Le traitement médicamenteux repose principalement sur la corticothérapie inhalée et les bronchodilatateurs de courte durée d'action pris à la demande, parfois associés à un bronchodilatateur de longue durée d'action ou un antagoniste des récepteurs des leucotriènes. La corticothérapie orale en cure courte doit être réservée aux exacerbations d'asthme.

3. Éviction

L'éviction pollinique est souvent difficile à mettre en place. Des conseils pratiques d'éviction individuelle pourront être donnés aux patients, comme éviter de s'exposer lors des pics polliniques, ne pas faire sécher le linge en extérieur, ne pas sortir les cheveux mouillés, fermer soigneusement les fenêtres, se laver les cheveux le soir, éventuellement utiliser un aspirateur muni d'un filtre HEPA [5,6]. Les alertes de début

Tableau 1
Critères d'évaluation du contrôle de l'asthme, d'après GINA.

Caractéristiques	Asthme contrôlé (tous les critères sont présents)	Asthme partiellement contrôlé (au moins un critère présent)	Asthme non contrôlé
Symptômes diurnes	Aucun (≤ 2 par semaine)	> 2 par semaine	≥ 3 critères d'asthme partiellement contrôlé
Limitation des activités	Aucune	Présente	
Réveils ou symptômes nocturnes	Aucun	Présents	
Recours au traitement de secours	Aucun (≤ 2 par semaine)	> 2 par semaine	
Fonction respiratoire (DEP ou VEMS)	Normal	$< 80\%$ de la valeur prédite ou de la meilleure valeur individuelle	

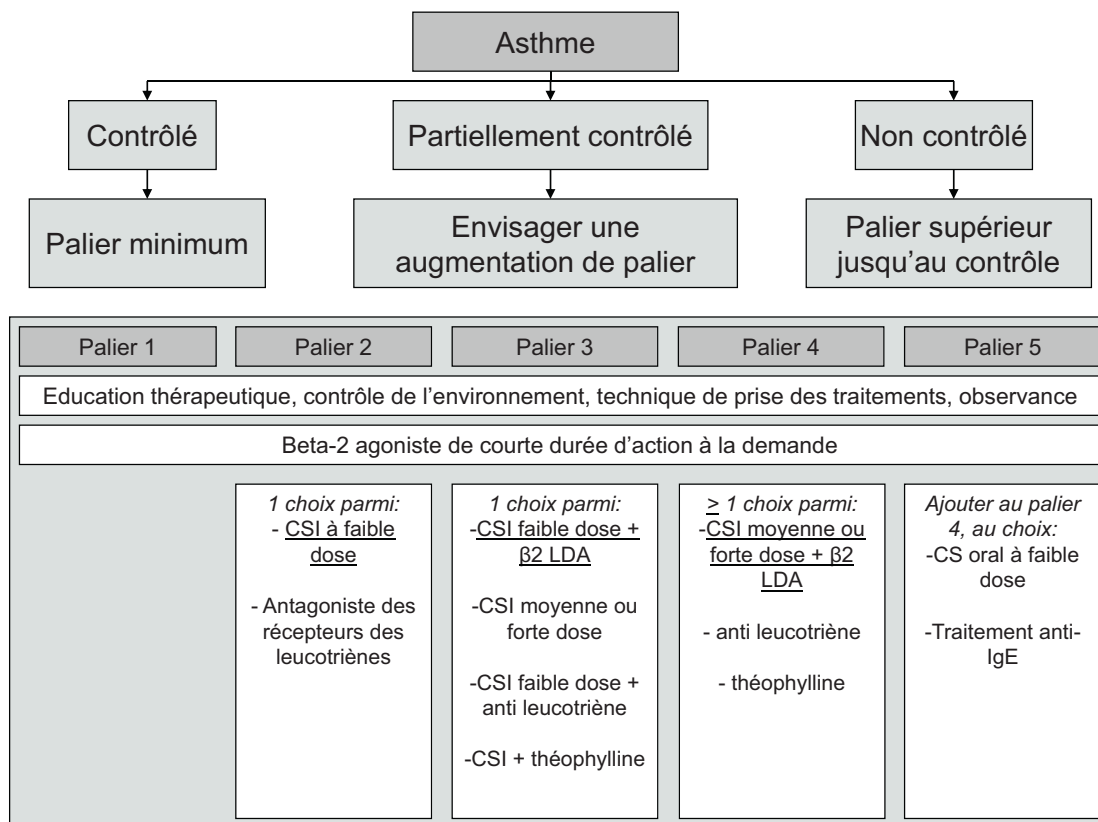


Fig. 2. Traitement symptomatique de l'asthme, d'après GINA. CSI : corticostéroïde inhalé ; B2 LDA : bêta 2 agoniste de longue durée d'action.

de pollinisation et de pic pollinique émises par différents organismes dont le réseau RNSA pourront permettre au patient d'adapter son comportement.

Une prise de conscience des collectivités locales du problème de santé publique lié aux pollinoses d'arbres est nécessaire afin de mettre en place des mesures d'éviction collectives. Des mesures ont été proposées, en particulier pour le cyprès, comme l'élimination des arbres malades, producteurs de plus grandes quantités de pollens, la taille des haies à l'automne, une limitation de la plantation d'arbres d'ornement à fort potentiel allergisant à proximité des zones d'habitation [6].

4. Immunothérapie spécifique (ITS)

Comme les ITS aux pneumallergènes, l'ITS aux pollens d'arbres est indiquée en deuxième intention en cas de non-contrôle des symptômes sous traitement symptomatique ou en vue de diminuer ce traitement. Ses contre-indications principales sont une maladie auto-immune ou un déficit immunitaire, un cancer, un asthme sévère ou mal contrôlé (VEMS < 70 %), une grossesse à l'initiation de l'ITS [7].

Si l'efficacité de l'ITS sous-cutanée (SC) et SL a été clairement démontrée dans la rhinite allergique saisonnière et l'asthme, avec un impact sur la qualité de vie, les scores de symptômes et de traitements et sur la diminution des coûts de soins de santé [8,9], la voie sublinguale est actuellement très

majoritairement utilisée. D'autres voies d'administration, intralympatique, intranasale, sont en cours d'étude [10,11].

L'ITS au pollen de bouleau a été largement documentée [12]. Ses conséquences sur les allergies alimentaires associées ne sont actuellement pas clairement déterminées [13]. L'efficacité des ITS au pollen d'aulne, de noisetier, de frêne, d'olivier et de cyprès a également été montrée mais moins largement étudiée [6,7]. En dehors de recommandation consensuelle, des schémas de traitement pré- et co-saisonniers sont habituellement utilisés, débutés 2 à 3 mois avant le début de pollinisation et jusqu'en fin de période de pollinisation.

Les avancées de l'allergologie moléculaire a permis de guider la prescription de ces ITS, en particulier en cas de multisensibilisation. On a ainsi vu ces dernières années le développement de vaccins à partir d'allergènes recombinants (en particulier r Bet v1), de molécules hybrides ou de protéines de fusion recombinantes, actuellement en cours d'étude et dont l'efficacité et la tolérance semblent être prometteurs [14-16].

5. Conclusion

Si de nombreuses avancées ont été faites dans le domaine de l'immunothérapie spécifique des pollinoses d'arbres, l'élément majeur d'efficacité de ces traitements reste l'observance thérapeutique, qui ne pourra être améliorée que par une éducation thérapeutique qui s'inscrira dans une relation

médecin-patient réaliste avec des objectifs thérapeutiques raisonnables [17].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Guillam MT, Segala C. Pollens et effets sanitaires : synthèse des études épidémiologiques. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2008;48:9-14.
- [2] D'Amato G, Cecchi L, Bonini S, Nunes C, Annesi-Maesano I, Behrendt H, et al. Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. *Allergy* 2007; 62(9):976-90.
- [3] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008;63:8-160.
- [4] Global Initiative for Asthma. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2011.
- [5] Massot O. Éviction des pneumallergènes, de l'utile à l'accessoire : une industrie florissante. *Rev Fr Allergol* 2013;53:108-12.
- [6] Gaussorgues R, Demoly P. Environnement et allergies : la pollinose des Cupressacées. *Rev Fr Allergol* 2013;53:65-8.
- [7] Zuberbier T, Bachert C, Bousquet PJ, Passalacqua G, Walter Canonica G, Merk H, et al. GA² LEN/EAACI pocket guide for allergen-specific immunotherapy for allergic rhinitis and asthma. *Allergy* 2010;65(12): 1525-30.
- [8] Dretzke J, Meadows A, Novielli N, Huissoon A, Fry-Smith A, Meads C. Subcutaneous and sublingual immunotherapy for seasonal allergic rhinitis: a systematic review and indirect comparison. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(5):1361-6.
- [9] Hankin CS, Cox L, Bronstone A, Wang Z. Allergy immunotherapy: reduced health care costs in adults and children with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(4):1084-91.
- [10] Hylander T, Latif L, Petersson-Westin U, Cardell LO. Intralymphatic allergen-specific immunotherapy: an effective and safe alternative treatment route for pollen-induced allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131(2):412-20.
- [11] McDonald S, Hilton MP, Khalil H, Dowley A. Local nasal immunotherapy for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD007599. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007599>.
- [12] Lavaud F, Fore M, Fontaine JF, Pérotin JM, de Blay F. Allergie au pollen de bouleau. *Rev Mal Respir* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2013.08.006>.
- [13] Bohle B. The impact of pollen-related foods allergens on pollenallergy. *Allergy* 2007;62:3-10.
- [14] Pauli G, Larsen TH, Rak S, Horak F, Pastorello E, Valenta R, et al. Efficacy of recombinant birch pollen vaccine for the treatment of birch-allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(5):951-60.
- [15] Pichler U, Hauser M, Hofer H, Himly M, Hoflehner E, Steiner M, et al. Allergen-hybrids – next generation vaccines for Fagales pollen immunotherapy. *Clin Exp Allergy* 2013. <http://dx.doi.org/10.1111/cea.12250> [Epub ahead of print].
- [16] Marth K, Breyer I, Focke-Tejkl M, Blatt K, Shamji MH, Layhadi J, et al. A nonallergenic birch pollen allergy vaccine consisting of hepatitis PreS-fused Bet v 1 peptides focuses blocking IgG toward IgE epitopes and shifts immune responses to a tolerogenic and Th1 phenotype. *J Immunol* 2013;190(7):3068-78.
- [17] Passalacqua G, Baiardini I, Senna G, Canonica GW. Adherence to pharmacological treatment and specific immunotherapy in allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2013;43(1):22-8.