

Guide pratique pour améliorer le diagnostic de la rhinite en soins primaires

La rhinite est une pathologie très répandue et touche toutes les tranches d'âge. Elle altère considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent, et dérange leurs cohabitants. Le sous-diagnostic et les erreurs diagnostiques sont fréquents, ce qui est source de traitement insuffisant ou inapproprié, de répercussions économiques et de risques potentiels pour la santé.¹

La plupart des patients atteinte de rhinite traitent leur affection de manière épisodique, soit par automédication, soit par des médicaments conseillés en pharmacie. Beaucoup sous-estiment et négligent leurs symptômes et souvent ne les rapportent pas à leur médecin généraliste (MG). Cependant, comme il s'agit d'une pathologie courante et d'une comorbidité fréquente qui interfère avec la prise en charge d'autres affections, elle doit être reconnue et traitée de manière appropriée dans le cadre des soins primaires.

L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Les prévalences globales médianes de la rhinite allergique (RA) et de la rhinite non allergique (RNA) sont respectivement de 18 % et de 12 %, et semblent augmenter avec le temps.² La rhinite allergique touche environ 500 millions de personnes dans le monde³, avec des variations géographiques considérables.⁴

La rhinite se voit à tous les âges, mais elle est plus fréquemment symptomatique chez les enfants et les adolescents.⁵ La RA est plus fréquente que la RNA et ses symptômes sont plus persistants et sont plus souvent modérés à sévères.³ Dans la RA, les symptômes nasaux et oculaires fréquents et sévères, associés à des troubles du sommeil, entraînent une diminution notable de la qualité de vie⁴ avec un fardeau économique important en raison du coût des médicaments, des consultations médicales, de l'absentéisme, du présentéisme, de l'impact sur les performances scolaires et professionnelles et sur les membres de la famille.⁶⁻⁸

QU'EST-CE QUE LA RHINITE ET QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

La rhinite est une inflammation de la muqueuse nasale, caractérisée par au moins deux symptômes, présents pendant plus d'une heure par jour la plupart du temps :

1. écoulement nasal (rhinorrhée)
2. nez bouché/congestionné (congestion)
3. éternuements
4. prurit nasal
5. Maux de gorge
6. prurit oculaire*

Il existe trois sous-groupes distincts de rhinite largement reconnus : la rhinite allergique (RA), la rhinite non allergique et non infectieuse (RNNI) et la rhinite infectieuse.¹⁰ La RA désigne une rhinite avec des symptômes déclenchés par une réponse immuno-médiée après exposition à des

Tableau 1: Classification de la rhinite allergique (durée et gravité)^{20,21}

Intermittent < 4 jours par semaine ou < 4 semaines consécutives	Léger (toutes les caractéristiques suivantes) - Sommeil normal - Travail et scolarité normaux - Activités quotidiennes normales - Aucun symptôme gênant
Persistant > 4 jours par semaine et > 4 semaines consécutives	Modéré/grave (une ou plusieurs caractéristiques) - Troubles du sommeil - Problèmes au travail et à l'école - Altération des activités quotidiennes - Symptômes gênants

allergènes, tandis que la RNNI désigne une rhinite avec des symptômes sans allergie.¹¹ Parfois, les deux types de rhinite (RNNI et RA) coexistent (rhinite mixte). Il est important d'identifier la cause de la rhinite pour la traiter efficacement.

La rhinite allergique (RA) est causée par des aéroallergènes, y compris des allergènes professionnels. Selon l'Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) : <https://www.euroforea.eu/aria/>, la rhinite est classée selon la durée et la gravité des symptômes (tableau 1). Au moins 50 % des patients présentent des symptômes persistants et 40 à 60 % souffrent d'une RA modérée à sévère, ce qui a un impact considérable sur leur qualité de vie. L'approche diagnostique de la RA est la même quel que soit l'âge. La RA apparaît généralement vers l'âge de 4 à 6 ans, avec un pic d'incidence entre 14 et 16 ans, mais elle peut survenir à tout moment de la vie.^{12,13} La RA est moins fréquente chez les enfants, à l'exception de la RA en rapport avec l'infection.

La RA est souvent sous-diagnostiquée ou associée à des erreurs diagnostics, et elle est fréquemment non traitée.¹⁴ Comme les symptômes sont similaires à ceux d'autres affections, en particulier virales (par exemple, rhume, rhinosinusite, grippe, COVID-19, RNA), les personnes atteintes de RA peuvent penser qu'elles ont une infection ou une autre affection respiratoire.^{15,16}

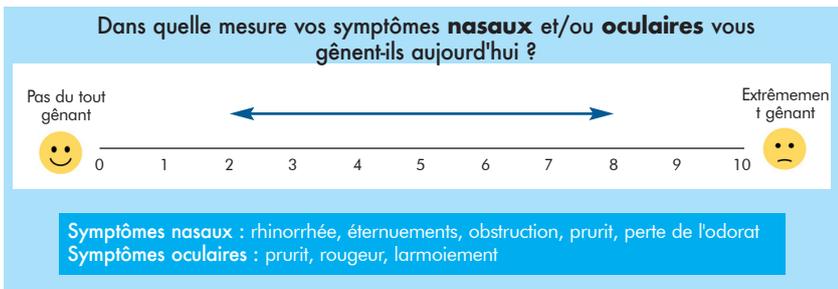
Cela peut les amener à s'attendre à ce que leur médecin généraliste leur prescrive des antibiotiques¹⁷ (voir ci-dessous). En outre, les patients souffrant de RA se fient souvent à leur propre diagnostic et se soignent eux-mêmes avec des médicaments en vente libre dans les pharmacies communautaires ou en ligne pour soulager leurs symptômes sans consulter leur médecin généraliste.¹⁸ Cela peut entraîner une surconsommation de médicaments, l'absence de diagnostic établi, un traitement inadéquat, une mauvaise observance du traitement et une mauvaise auto-prise en charge.¹⁹ Les patients qui demandent des médicaments conseil en vente libre dans les pharmacies offrent au pharmacien l'occasion d'évoquer une rhinite probable et de conseiller ou orienter les patients vers une consultation de soins primaires; où le diagnostic peut être établi sur la base des antécédents personnels et familiaux, d'un examen physique et, dans certains cas, sur un avis spécialisé.

La gravité des symptômes de la RA et de la RAN est souvent évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (figure 1), qui va de 0 (pas gênant) à 10 (extrêmement gênant). Un score de 5 ou plus indique une maladie modérée à sévère. L'utilisation d'une EVA pour évaluer la gravité de la rhinite permet de mesurer tout changement après le traitement.

L'utilisation d'une EVA pour évaluer la gravité de la rhinite permet de mesurer tout

* C'est le signe d'une conjonctivite allergique, présente chez 50% des patients qui ont une rhinite allergique.

Figure 1 - Échelle visuelle analogique



Adapté de : Sousa-Pinto B, et al. Validité, fiabilité et réactivité des échelles visuelles analogiques de surveillance quotidienne dans MASK-air®. Clin Transl Allergy. 19 septembre 2021 ; 11(7) : e12062. doi : 10.1002/ct2.12062

Table 2: Diagnostic différentiel de la rhinite

Rhinite	Allergique	Non allergique	
		Non Infectieux	Infectieux
	Rhinite allergique (RA)	Rhinite non allergique	Virus respiratoires COVID Rhume
Causes	Réaction immunitaire aux allergènes	Divers : pharmacologique, utilisation chronique de décongestionnants	Infection
Apparition	Au début de la vie	Tout âge	Tout âge
Durée	Intermittente/persistante	Intermittente/ persistante	Intermittent, épisodique
Antécédents familiaux	Rhinite, dermatite atopique, asthme	Sans rapport	Si un membre de la famille est infecté
Comorbidités	Conjonctivite allergique, asthme, dermatite atopique		
Facteurs déclenchants	Extérieur : pollens d'arbres, herbes, fleurs, et moisissures (le changement climatique peut augmenter les niveaux d'allergènes) Intérieur : acariens, cafards, squames animales et moisissures	- additifs alimentaires (capsaïcine, épices, sulfites alimentaires salicylates, causes professionnelles - changements hormonaux (THS, prémenstruel) - excitation sexuelle - alcool	
Facteurs aggravants	- infection virale, - fumée de tabac, - irritants environnementaux : smog, pollution atmosphérique		

changement après le traitement. La rhinite non allergique (tableau 2) est déclenchée par divers facteurs qui inflament ou irritent la muqueuse nasale, comme certains médicaments (aspirine, AINS), des ingrédients alimentaires (capsaïcine, épices, sulfites et salicylates alimentaires), des hormones (préménstruelles, contraception orale, hormonothérapie), les produits chimiques (parfums, laques, cosmétiques, antitranspirants/déodorants, agents de blanchiment et produits d'entretien ménager), la sciure de bois, la fumée de cigarette, les facteurs professionnels et le smog.²² Des maladies systémiques peuvent également provoquer des symptômes nasaux (troubles auto-immuns, déficits en immunoglobulines, dyskinésie ciliaire) ainsi que des malformations anatomiques du nez telles qu'une déviation de la cloison nasale.²³ Les infections, en particulier les infections virales respiratoires, sont une cause fréquente de RNA, tout comme le manque de sommeil, la fatigue, le stress et le froid extrême. Dans la rhinite mixte, la RNA peut être compliquée par la présence d'une RA.

Une douleur sinusale, une rhinosinusite bactérienne aiguë et une otite moyenne peuvent survenir avec n'importe laquelle de ces formes de rhinite. Cela est dû à une production excessive de mucus associée à une obstruction des ostiums sinusaux et/ou de la trompe d'Eustache, entraînant une augmentation de la pression dans les sinus/l'oreille moyenne, ce qui provoque la douleur. En général, la rhino-sinusite bactérienne aiguë survient après une infection virale et s'aggrave 5 à 7 jours après l'apparition des symptômes. Elle se caractérise par des douleurs sinusales, une fièvre supérieure à 38 °C et souvent des symptômes systémiques tels que maux de tête, douleurs musculaires, fatigue, frissons et transpiration. Les antibiotiques inutiles peuvent faire plus de mal que de bien,

mais les stéroïdes nasaux topiques peuvent être bénéfiques.^{24,25} Il est essentiel d'identifier la cause sous-jacente de la rhinite pour poser un diagnostic correct et mettre en place une prise en charge appropriée. La RNA est principalement traitée en éliminant le facteur déclenchant, tandis que la RA peut être traitée efficacement à l'aide d'une gamme de traitements pharmacologiques une fois diagnostiquée avec précision.

COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC?

Anamnèse

Il est essentiel de détailler les antécédents personnels et familiaux pour évaluer la RA. Les questions doivent porter sur le type de symptômes, leur apparition, leur durée et leur fréquence, les expositions éventuelles, les facteurs aggravants, les causes d'amélioration et la saisonnalité [voir l'encadré « Questions » ci-dessous]. L'anamnèse doit également évaluer les affections associées telles que la conjonctivite allergique, l'asthme, la dermatite atopique, les troubles respiratoires du sommeil, la rhinosinusite et l'otite moyenne.

Questions pour aider à identifier la RA :

- Pouvez-vous identifier un facteur ou un endroit qui favorise vos symptômes ? Par exemple, l'exposition à la poussière domestique ou au pollen, le contact avec des animaux, certaines tâches au travail, à la maison ou à l'école, ou l'exposition à des produits chimiques.
- Quels sont les symptômes qui vous gênent le plus ? (vérifiez si vous présentez un rhinorrhée, des éternuements, des démangeaisons nasales, une congestion nasale, une perte de l'odorat, des yeux larmoyants ou qui démangent).
- Depuis combien de temps présentez-vous ces symptômes ? Avez-vous présenté les mêmes symptômes à la même période l'année dernière ?
- Un membre de votre famille a-t-il déjà présenté des symptômes similaires ?
- A-t-il déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique (que les patients peuvent appeler rhume des foins), de conjonctivite allergique, d'asthme ou de dermatite atopique ?
- Est-ce que vos symptômes ont tendance à apparaître et disparaître, ou sont-ils permanents ? Pouvez-vous associer vos symptômes à une saison ou à une période particulière de l'année ?
- Votre écoulement nasal est-il clair et aqueux ?
- Avez-vous une respiration sifflante ou êtes-vous essoufflé ? (« Oui » peut indiquer un asthme, mais peut également indiquer une difficulté à respirer par le nez).
- Avez-vous mal aux oreilles ou avez-vous des maux de tête ? (« Oui » peut indiquer une otite moyenne ou une rhinosinusite. Ceci n'est pas dû à une infection bactérienne, mais est dû à l'association d'une production accrue de mucus, associée à une diminution du drainage, entraînant une pression (douleur) dans l'oreille moyenne ou dans les sinus (voir ci-dessus).

Examen physique

L'examen peut trouver des sécrétions claires et collantes avec des cornets inférieurs pâles et enflés. Une respiration buccale, des renflements fréquents et/ou un raclement de gorge sont souvent notables, ainsi que d'autres signes tels que des cernes sous les yeux (« cernes allergiques »), un pli cutané infraorbitaire et un pli nasal transversal (dû au « salut allergique », plus fréquent chez les

◀ enfants). Il est important d'exclure d'autres causes d'obstruction nasale, telles qu'une déviation importante de la cloison nasale, des polypes ou des masses sinusales ; et, en particulier chez les enfants, des corps étrangers, caractérisés par un écoulement nasal unilatéral malodorant. Les sinus peuvent être sensibles au toucher chez les personnes présentant des symptômes chroniques.

spécifiques, car celles-ci ne se trouvent que dans la muqueuse nasale. Les tests sériques (SigE) sont fréquemment disponibles en soins primaires, ne nécessitent pas de techniciens qualifiés et ne nécessitent pas l'arrêt des antihistaminiques. Les tests cutanés doivent être réalisés et interprétés par un professionnel qualifié. Ils sont rarement disponibles en soins primaires, mais les résultats sont immédiats. Ces tests sont à réserver aux cas d'incertitude diagnostique ou de non-réponse au traitement, mais aussi lorsque l'immunothérapie allergénique est envisagée.^{28,29}

Signaux d'alerte

Certains « signaux d'alerte » nécessitent une attention immédiate et indiquent la nécessité de consulter un otorhino-laryngologiste et/ou un allergologue. Il s'agit le plus souvent d'une obstruction nasale unilatérale persistante, d'un écoulement strié de sang persistant, d'un écoulement nasal malodorant, d'une douleur sinusale persistante ou de polypes nasaux (suggérés par une congestion nasale sévère et persistante et une anosmie). Ces signes suggèrent des affections sous-jacentes plus graves qui nécessitent une évaluation plus approfondie.

Évaluation

Si l'anamnèse et l'examen clinique suggèrent une RA, et que cela est confirmé par une réponse positive à un traitement empirique par un antihistaminique H1 non sédatif et/ou un glucocorticoïde nasal (ou une association fixe de glucocorticoïde nasal et d'antihistaminique nasal dans les cas modérés à sévères), il est possible de confirmer l'allergène en se basant sur les antécédents médicaux, à l'aide d'un dosage sérique des immunoglobulines E spécifiques (SIgE) ou d'un test cutané d'allergie; bien que ces tests soient généralement non contributifs dans le cas de la rhinite allergique isolée.^{26,27} La rhinite allergique isolée se caractérise par une bonne réponse au traitement malgré l'absence de détection d'IgE

L'imagerie radiographique n'est pas recommandée pour le diagnostic de la RA.²⁰

Références

- Braido F, Baiardini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Perception de la maladie, humeur et stratégies d'adaptation dans la rhinite allergique : existe-t-il des différences entre les classes de gravité de l'ARIA ? *Rhinology*. Mars 2014 ; 52(1) : 66-71. doi : 10.4193/Rhino13.040.
- Savouéré M, Bousquet J, Jaakkola JJK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Prévalence mondiale de la rhinite chez les adultes : revue des définitions et évolution temporelle. *Clin Transl Allergy*. Mars 2022 ; 12(3) : e12130. doi : 10.1002/clt2.12130. PMID : 35344304 ; PMCID : PMC8967272.
- Bousquet J. Rhinite allergique et son impact sur l'asthme (ARIA) mise à jour 2008 (en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, GA(2)LEN et AllerGen). *Allergy*. Avril 2008 ; 63 : 8-160.
- Akdis CA, Hellings PW, Agache I, éditeurs. Atlas mondial de la rhinite allergique et de la rhinosinusite chronique. Académie européenne d'allergie rhinite et rhinosinusite chronique ; 2015.
- Meltzer EO. Rhinite allergique : charge de morbidité, qualité de vie, comorbidités et contrôle. *Immunol Allergy Clin North Am*. Mai 2016 ; 36(2) : 235-48. doi : 10.1016/j.iac.2015.12.002.
- Bédard A, et al. Corrélation entre l'incapacité au travail, les scores de gravité de la rhinite et l'asthme à l'aide de l'application MASK-air(.). *Allergy*. Juillet 2020 ; 75(7) : 1672-1688. doi : 10.1111/all.14204. Publication électronique 22 mars 2020.
- Dierick BJH, van der Molen T, Flokstra-de Blok BMJ, Muraro A, Postma MJ, Kocks JWH, et al. Poids et aspects socioéconomiques de l'asthme, de la rhinite allergique, de la dermatite atopique et des allergies alimentaires. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Octobre 2020 ; 20(5) : 437-453. doi : 10.1080/14737167.2020.1819793.
- Smith P, Hellingens P, Scadding G, Harvey R, Carney S, Price D, et al. Impact de la rhinite allergique sur la qualité de vie liée à la santé : résultats d'une enquête australienne. *Intern Med J*. 2016 ; 46(Suppl 4) : 22. Article ASCIA-P57. doi : 10.1111/imj.57_13197.
- Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL : coût élevé de la rhinite allergique — une étude nationale suédoise basée sur un questionnaire auprès de la population. *NPJ Prim Care Respir Med*. 4 février 2016 ; 26 : 15082. doi : 10.1038/nppcr.2015.82.
- Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP. Revue de la rhinite : classification, types, physiopathologie. *J Clin Med*. 19 juillet 2021 ; 10(14) : 3183. doi : 10.3390/jcm10143183. PMID : 34300349 ; PMCID : PMC8303640.
- Savouéré M, Bousquet J, Jaakkola JJ, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Prévalence mondiale de la rhinite chez les adultes : revue des définitions et évolution temporelle. *Clin Transl Allergy*. Mars 2022 ; 12(3) : e12130.
- Hardjojo A, Shek LP, van Bever HP, Lee BW. Rhinite chez les enfants de moins de 6 ans : connaissances actuelles et défis. *Asia Pac Allergy*. Octobre 2011 ; 1(3) : 115-22. doi : 10.5415/apallergy.2011.1.3.115. Erratum dans : *Asia Pac Allergy*. Janvier 2012 ; 2(1) : 90. PMID : 22053307 ; PMCID : PMC3206246.
- Asher MJ, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Tendances mondiales de la prévalence des symptômes de l'asthme, de la rhinoconjonctivite allergique et de l'eczéma chez les enfants : Enquêtes transversales multinationales répétées ISAAC phases 1 et 3. *Lancet*. 26 août 2006 ; 368(9537) : 733-43. doi : 10.1016/S0140-6736(06)69283-0. Erratum dans : *Lancet*. 29 septembre 2007 ; 370(9593) : 1128. PMID : 16935684.
- Grønhoj Larsen C, Gyldenløve M, Linneberg A. La rhinite allergique est souvent non diagnostiquée et non traitée : résultats d'une étude menée auprès de la population générale adulte danoise. *Clin Respir J*. Oct. 2013 ; 7(4) : 354-8. doi : 10.1111/crj.12015.
- Montnèry P, Svensson C, Adelroth E, Löfdahl CG, Andersson M, Greiff L, et al. Prévalence des symptômes nasaux et leur relation avec l'asthme et la bronchite chronique/l'emphysème auto-déclarés. *Eur Respir J*. 2001 ; 17(4) : 596-603.
- Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Les symptômes liés à l'apnée obstructive du sommeil sont fréquents chez les sujets souffrant d'asthme, de bronchite chronique et de rhinite dans la population générale. *Respir Med*. 2001 ; 95(5) : 423-9.
- Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Connaissances des patients sur les infections des voies respiratoires supérieures : implications pour les attentes en matière d'antibiotiques et leur utilisation inutile. *J Fam Pract*. 1997;45(1):75-83.
- Tan R, Cvetkovski B, Kritikos V, Price D, Yan K, Smith P, et al. Identifying the hidden burden of allergic rhinitis (AR) in community pharmacy: a global phenomenon. *Asthma Res Pract*. 21 novembre 2017;3:8. doi: 10.1186/s40733-017-0036-z.
- Schreie S, Germonpré S, Mehuis E, Van Tongelen I, De Sutter A, Steurbaut S, et al. Contrôle de la rhinite et utilisation de médicaments dans un échantillon réel de patients atteints de rhinite persistante ou de rhinosinusite : une étude menée dans des pharmacies communautaires. *J Allergy Clin Immunol Pract*. Juillet 2024 ; 12(7) : 1865-76.e6. doi : 10.1016/j.jaip.2024.04.031.
- DynaMed. Rhinite allergique. Disponible à l'adresse : <https://www.dynamed.com/condition/allergic-rhinitis#GUID-5F4112FD-1A2F-4207-892A-0023F2708CA9>
- Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. Directive ARIA 2019 : traitement de la rhinite allergique dans le système de santé allemand. *Allergol Select*. 30 décembre 2019;3(1) : 22-50. doi : 10.5414/ALX02120E. PMID : 32176226 ; PMCID : PMC7066882.
- Baroody FM, Gevaert P, Smith PK, Ziaie N, Bernstein JA. Rhinopathie non allergique : revue complète de la classification, du diagnostic et du traitement. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 ; 12(6) : 1436-47.
- Schatz M, Zeiger RS, Falkoff RJ. Manifestations nasales des affections systémiques. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1er avril 1987 ; 7(1) : 159-74.
- Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellingens PW, et al. Document de position européen sur la rhinosinusite et les polypes nasaux 2020. *Rhinology*. 20 février 2020 ; 58(Suppl 29) : 1-464.
- Ryan D. Prise en charge de la rhinosinusite aiguë en soins primaires : changement de paradigmes et rôle émergent des corticostéroïdes intranasaux. *Prim Care Respir J*. Septembre 2008 ; 17(3) : 148-55. doi : 10.3132/pacrj.2008.00050. PMID : 18695848 ; PMCID : PMC6619892.
- Rondón C, Campo P, Galindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prévalence et pertinence clinique de la rhinite allergique locale. *Allergy*. Octobre 2012 ; 67(10) : 1282-8. doi : 10.1111/all.12002. PMID : 22913574.
- Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, Papadopoulos NG, et al. Guide pratique des tests cutanés dans l'allergie aux aéroallergènes. *Allergy*. 2012 ; 67(1) : 18-24. doi : 10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x.
- Lignes directrices de pratique clinique : Rhinite allergique. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600.
- Kakli HA, Riley TD. Rhinite allergique. *Prim Care*. 2016 ; 43(3) : 465-75.
- EUFORIA. Guide de poche sur la rhinite allergique. Disponible à l'adresse : <https://www.euforea.eu/news/allergic-rhinitis-pocket-guide/>

Conseils pratiques:³⁰

- Certaines personnes peuvent présenter des symptômes aigus sans souffrir de RA ou de RNA, le plus souvent à la suite d'une exposition accidentelle, momentanée et non pathologique à des irritants environnementaux (par exemple, froid extrême en hiver, exposition à la fumée de cigarette ou à un parfum). Ces causes ne nécessitent généralement pas de soins médicaux et disparaissent dès que la cause est éliminée.
- Les causes environnementales de la RA varient considérablement à l'échelle mondiale, car l'exposition aux allergènes diffère d'une région à l'autre. De plus, le changement climatique rend les calendriers polliniques de plus en plus imprévisibles. Par conséquent, tous les patients doivent être évalués en fonction des conditions climatiques locales et de leur exposition aux allergènes.
- On évoque une RA (liée à l'exposition à des allergènes) lorsqu'on observe au moins deux des symptômes suivants pendant plus d'une heure par jour la plupart des jours :
 - Écoulement nasal
 - Éternuements, en particulier paroxystiques
 - Obstruction nasale
 - Démangeaisons nasales
 - Symptômes oculaires tels que démangeaisons, rougeurs ou larmolements (pensez à une conjonctivite allergique)
- Symptômes moins évocateurs d'une RA :
 - unilatéralité des symptômes
 - Sécrétions claires
 - Douleurs faciales ou nasales
 - Épistaxis récurrentes
 - Troubles de l'odorat (anosmie)
 - Rhinorrhée postérieure (écoulement nasa postérieur) avec mucus épais
 - Rhinorrhée isolée
 - Ronflements / apnée du sommeil

Auteurs : Dermot Ryan, Ee Ming Khoo, Fletcher Charlton, Ian Charlton, Jaime Correia de Sousa, Juan Trujillo, Kerstin Romberg, Luis Carvalho, Osman Yusuf, Siân Williams
 Réviseurs : Bárbara Kong-Cardoso, Mário Morais-Almeida (WAO president)
 Rédacteur : Ian Wright

Recommandé par l'Organisation Mondiale de l'Allergie (WAO) - www.worldallergy.org

Déclaration de financement : Ce guide pratique a été financé par une subvention éducative accordée par ALK-Abelló, qui a pris en charge les frais de développement, de mise en page, d'impression et autres coûts associés, mais n'a pas contribué à la conception ni au contenu de ce document.

Ce guide pratique a un caractère consultatif ; il est destiné à un usage général et ne doit pas être considéré comme applicable à un cas spécifique. Pour plus d'informations, veuillez consulter le site : <https://www.ipcrg.org/DTH19>

 Licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives.

LIPCRG est un organisme caritatif enregistré [SC No 035056] et une société à responsabilité limitée par garantie (Company No 256268). Adresse de communication : 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Écosse, Royaume-Uni.



Aides de bureau IPCRG

Les aides de bureau IPCRG sont des fiches d'information d'utilisation facile élaborées par l'IPCRG en collaboration avec des cliniciens, des patients et des formateurs cliniques :

- Elles fournissent des conseils pratiques et un soutien aux cliniciens travaillant en soins primaires sur différents aspects du diagnostic et de la prise en charge des maladies respiratoires.
- Elles sont toutes fondées sur des données probantes et fournissent des liens vers des ressources supplémentaires.



www.ipcr.org/desktophelpers

DESKTOP HELPER No. 12 March 2022
COPD and Mental Health: Holistic and Practical Guidance for Primary Care

DESKTOP HELPER No. 8 January 2018
Improving care for women with COPD: guidance for primary care

DESKTOP HELPER No. 11 January 2021 1st edn
Remote respiratory consultations

DESKTOP HELPER No. 10 October 2019
USO RACIONAL DE LA MEDICACIÓN INHALADA EN PACIENTES EPOC CON COMORBIDAD MÚLTIPLE: GUÍA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

DESKTOP HELPER No. 7 July 2017
Reabilitação Pulmonar na comunidade

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
Um Guia de Referência: O que é essencial saber sobre a reabilitação pulmonar para ajudar as pessoas com falta de ar a respirar melhor, a sentir-se bem e a fazer mais!

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
QUAL É A ESSÊNCIA DA REABILITAÇÃO PULMONAR?

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
QUAL SEU PAPEL NO DESENVOLVIMENTO E NA ATUALIZAÇÃO DE RECURSOS DE SAÚDE EM COMUNIDADES?

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
QUAL SEU PAPEL NA OTIMIZAÇÃO DO USO DE RECURSOS EM REABILITAÇÃO PULMONAR?

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
QUAL SEU PAPEL NA OTIMIZAÇÃO DO USO DE RECURSOS EM REABILITAÇÃO PULMONAR?

DESKTOP HELPER No. 13 July 2017
QUAL SEU PAPEL NA OTIMIZAÇÃO DO USO DE RECURSOS EM REABILITAÇÃO PULMONAR?