

VASOCONSTRICTEURS EN CAS DE CONGESTION NASALE

Pour le traitement symptomatique de la congestion nasale, on administre parfois des vasoconstricteurs par voie orale ou nasale. Leur utilisation doit se faire avec prudence, surtout en ce qui concerne les vasoconstricteurs par voie orale, en raison des effets indésirables cardiaques et/ou neurologiques potentiellement graves. En cas d'administration par voie nasale, des problèmes tels qu'une rhinite médicamenteuse ou un surdosage peuvent survenir, surtout en cas d'utilisation chronique. De plus, la prudence s'impose de manière générale chez les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires et en période de grossesse. Les associations médicamenteuses ont un rapport bénéfice/risque défavorable, sauf chez certains patients atteints de rhinite allergique.

Les vasoconstricteurs sont sympathomimétiques. Des effets indésirables cardio-vasculaires tels que hypertension et tachycardie, éventuellement associés à une angine de poitrine, un accident vasculaire cérébral et une ischémie myocardique, peuvent survenir, surtout en cas de surdosage. Des effets indésirables neurologiques graves tels qu'agitation, convulsions, hallucinations et anxiété sont également décrits. En 2011, 15 cas d'effets indésirables graves ont été rapportés en France suite à l'usage de vasoconstricteurs par voie orale ou nasale. Dans un quart de ces cas, il était question d'un usage prolongé, d'un surdosage ou du non-respect des contre-indications. En Belgique, certains vasoconstricteurs (à usage oral ou nasal) sont en vente libre; d'autres préparations peuvent être obtenues sur demande écrite du patient, à l'exception de l'association tramazoline + dexaméthasone (Dexa Rhinospray®), qui ne peut être obtenue que sur prescription.

Vasoconstricteurs à usage oral

Les vasoconstricteurs à usage oral (pseudoéphédrine, phényléphrine) ont un rapport bénéfice/risque moins favorable que les vasoconstricteurs par voie nasale. Par ailleurs, même à doses thérapeutiques, des effets indésirables cardio-vasculaires et neurologiques parfois sévères peuvent apparaître.

Un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible a été décrit dans de rares cas suite à l'usage de pseudoéphédrine [voir Folia de janvier 2013].

La plus grande prudence s'impose avec ces préparations, surtout chez les personnes âgées; chez les enfants de moins de 12 ans, elles sont contre-indiquées. Elles sont également contre-indiquées en cas de troubles du rythme cardiaque, d'hypertension sévère, de cardiopathies ischémiques et d'antécédents de maladies vasculaires cérébrales. La pseudoéphédrine est contre-indiquée durant le premier trimestre de la grossesse en raison d'une suspicion de tératogénicité; la pseudoéphédrine et la phényléphrine exercent une activité alpha-adrénergique et sont déconseillées durant toute la grossesse en raison du risque de réduction du débit sanguin utéro-placentaire, de tachycardie et d'irritabilité chez le fœtus.

Les associations contenant des antihistaminiques H₁ ne se justifient que dans la congestion nasale d'origine allergique [voir Fiche de transparence « Rhume des foins »] et il convient de tenir compte des effets anticholinergiques et sédatifs liés aux antihistaminiques H₁ (ceci en particulier avec la diphenylpyramine, la chlorphénamine). L'association de pseudoéphédrine et de paracétamol n'est pas rationnelle.

Vasoconstricteurs à usage nasal

Les vasoconstricteurs à usage nasal (éphédrine, phényléphrine, naphazoline, oxymétazoline, tramazoline, xylométazoline) peuvent aussi être associés à un risque d'effets indésirables systémiques, surtout chez les enfants. Ces préparations ne peuvent pas être utilisées fréquemment et surtout pas de manière prolongée (maximum 5 jours) en raison d'un rebond de la congestion nasale à l'arrêt du traitement et du risque de rhinite médicamenteuse. Les symptômes de rhinite médicamenteuse ne sont plus contrôlés à doses normales de sorte qu'il existe un risque de surdosage à long terme.

L'éphédrine, la phényléphrine, la naphazoline et la tramazoline à usage nasal sont contre-indiquées chez les enfants de moins de 7 ans en raison de leur marge thérapeutique-toxique étroite [voir Folia de mars 2013]. Chez les bébés et les enfants de moins de 7 ans, lorsqu'un vasoconstricteur s'avère réellement nécessaire, il est recommandé d'utiliser des formes nasales de xylométazoline et d'oxymétazoline, destinées aux bébés ou à l'usage pédiatrique, étant donné qu'avec ces principes actifs, aucun effet indésirable grave n'a été rapporté jusqu'à présent. Chez les patients dans cette catégorie d'âge, il convient de bien respecter la posologie maximale.

En ce qui concerne l'usage de vasoconstricteurs à usage nasal en période de grossesse, il n'existe pas de consensus. Les expérimentations animales ne suggèrent pas d'effets tératogènes ni d'autres effets nocifs, mais on ne dispose pas de suffisamment de données chez l'homme pour pouvoir garantir leur innocuité durant le premier trimestre. Bien que l'incidence des effets indésirables systémiques soit probablement faible avec les préparations nasales, il est recommandé d'utiliser les vasoconstricteurs à usage nasal avec prudence en période de grossesse

lorsque le fonctionnement utéro-placentaire est déjà menacé. Si le fonctionnement utéro-placentaire est normal, l'usage occasionnel de vasoconstricteurs par voie nasale est considéré comme inoffensif. Les associations d'un vasoconstricteur à usage nasal à des antibiotiques à usage local ou à des corticostéroïdes sont déconseillées. Avec l'association à usage nasal de xylométazoline + bromure d'ipratropium (Otrivine Duo®), il convient d'être attentif aux effets indésirables anticholinergiques. En effet, cette association a fait l'objet ces 3 dernières années de 7 cas d'effets indésirables graves (principalement rétention urinaire, troubles visuels, tachycardie et douleurs abdominales) rapportés au Centre Belge de Pharmacovigilance. Cette préparation est contre-indiquée chez les patients de moins de 18 ans et chez les patients qui présentent une contre-indication aux anticholinergiques; la prudence s'impose particulièrement chez les personnes âgées [voir Intro 6.2.3. dans le Répertoire].

Recommandations

Vu le risque d'effets indésirables, les conseils suivants peuvent être donnés aux patients souffrant de congestion nasale. Il est recommandé en première intention de se rincer le nez avec une solution saline, de boire suffisamment d'eau, d'élever la tête du lit, d'éviter les fumées irritantes, et de renouveler et humidifier suffisamment l'air dans la maison. Si l'on envisage quand même d'utiliser un vasoconstricteur, il est important d'en respecter les contre-indications. Les formes nasales sont à préférer aux formes orales. Chez les enfants, il convient d'utiliser des sprays à usage nasal adaptés et faiblement dosés (usage pédiatrique) contenant de la xylométazoline ou de l'oxymétazoline. On s'efforcera en outre d'en limiter l'usage, aussi bien en termes de durée (maximum 5 jours) que de fréquence (par

ex. seulement avant le coucher), et l'on veillera à ne pas dépasser la posologie maximale. Il convient de privilégier les sprays doseurs, libérant une quantité déterminée, aux gouttes nasales non dosées. Lorsqu'un traitement prolongé s'avère néanmoins nécessaire, par ex. en cas de rhinite allergique saisonnière, il peut être préférable d'instaurer au plus vite un trai-

tement par des corticostéroïdes à usage nasal, par ex. une semaine avant la période critique [voir la Fiche de transparence « Rhume des foins »].

Note

Les noms de spécialité et la liste des références peuvent être consultés sur www.cbip.be

USAGE RATIONNEL DES ANTIBIOTIQUES DANS LES INFECTIONS AIGUES DES VOIES RESPIRATOIRES EN PREMIERE LIGNE

Comme chaque année dans le numéro des Folia d'octobre, nous attirons l'attention sur l'usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires, et ceci à la lumière de publications récentes. Le présent article se penche sur la place des antibiotiques dans la prise en charge de la toux aiguë, et sur la toxicité cardio-vasculaire des macrolides. Une bonne source d'information sur la place des antibiotiques dans les affections rencontrées en pratique ambulatoire est le « Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire », édité par la Commission belge de Coordination de la Politique Antibiotique (*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* ou BAPCOC), dont la troisième édition est disponible sur www.bapcoc-ambulatorycare.be

Toux aiguë

Comme déjà mentionné antérieurement, la toux aiguë en elle-même n'est pas une indication d'antibiothérapie, sauf lorsqu'elle est le symptôme d'une infection des voies respiratoires basses. Bien que les campagnes de sensibilisation à l'égard du grand public et des prescripteurs organisées par BAPCOC depuis plusieurs années aient entraîné une diminution

de l'usage des antibiotiques en pratique ambulatoire, leur utilisation notamment en raison d'une toux aiguë reste élevée, et peut être à l'origine d'effets indésirables et de l'apparition de résistances. Les auteurs d'un article paru récemment estiment que cet usage excessif d'antibiotiques en cas de toux aiguë pourrait s'expliquer entre autres par la divergence qui existe entre d'une part les attentes du patient qui espère être guéri en quelques jours, et d'autre part l'évolution de la toux qui, selon les données de la littérature, persiste en moyenne 18 jours en l'absence de traitement. Il est donc important d'expliquer au patient qu'une toux persistant 2 à 3 semaines n'est pas inquiétante et qu'une antibiothérapie n'est à envisager qu'en présence d'une aggravation de l'état général ou de symptômes d'alarme tels qu'une fièvre élevée ou l'apparition d'une dyspnée¹.

La toux persistant après une infection aiguë des voies respiratoires supérieures est généralement due à un écoulement nasal postérieur ou à une hyperréactivité bronchique. En ce qui concerne le traitement symptomatique de l'écoulement nasal postérieur, nous renvoyons à l'article sur le bon usage des vasoconstricteurs dans ce même numéro des Folia ainsi qu'à celui sur les médicaments contre la toux

1 *Ann Fam Med* 2013;11:5-13 (doi :10.0370/afm.1430)