

# La Lettre Médicale®

Sur les Médicaments et la Thérapeutique

Adaptée pour le Canada

Volume 45, N° 2

17 mai 2021

ML  
1622

**DANS CE NUMERO** (commence à la page suivante)

Médicaments contre la rhinite allergique et la conjonctivite allergique .....p. 9

## Message Important à propos du Copyright

Les publications du Medical Letter sont protégés par les règlements américains et internationaux sur le copyright. Il est interdit de transmettre, reproduire ou distribuer le contenu de La Lettre Médicale.

Il est strictement interdit de partager un mot de passe avec un non-abonné ou de distribuer le contenu de ce site à une tierce partie.

En accédant à et en lisant le contenu ci-joint, j'accepte de me conformer aux règlements américains et internationaux sur le copyright et ces conditions du Medical Letter, Inc.

**Pour plus de renseignements, cliquez sur: [Subscriptions](#), [Site Licenses](#), [Reprints](#)**

**Ou appelez le service à la clientele: 800-211-2769**

# La Lettre Médicale®

## Sur les Médicaments et la Thérapeutique

Adaptée pour le Canada

Volume 45, N° 2 (ML 1622)

17 mai 2021

ML  
1622

DANS CE NUMÉRO

Médicaments contre la rhinite allergique et la conjonctivite allergique .....p. 9

### Médicaments contre la rhinite allergique et la conjonctivite allergique

#### TABLEAUX

Traitement initial de la rhinite allergique .....	p. 9
Quelques médicaments par voie orale contre la rhinite allergique .....	p. 11
Quelques vaporisateurs nasaux contre la rhinite allergique ....	p. 12
Quelques médicaments ophtalmiques contre la conjonctivite allergique .....	p. 14
Tableau comparateur : Quelques médicaments par voie orale contre la rhinite allergique (en anglais) .....	<a href="#">en ligne</a>
Tableau comparateur : Quelques vaporisateurs nasaux contre la rhinite allergique (en anglais) .....	<a href="#">en ligne</a>

#### RHINITE ALLERGIQUE

Le choix des médicaments pour traiter la rhinite allergique dépend de la sévérité des symptômes et de leur caractère intermittent ou persistant (voir le Tableau 1)<sup>1</sup>.

**ANTIHISTAMINIQUES H<sub>1</sub>** – Les antihistaminiques H<sub>1</sub> de **deuxième génération par voie orale** (voir le Tableau 2) sont recommandés pour le traitement initial des symptômes de rhinite allergique intermittente (démangeaisons nasales, éternuements et rhinorrhée). Ils atténuent également les symptômes oculaires (prurit, larmolement, rougeur)<sup>1</sup>.

L'efficacité des antihistaminiques H<sub>1</sub> de **première génération par voie orale** tels que la diphenhydramine (*Benadryl* et génériques) est semblable à celle des médicaments de deuxième génération, mais ces médicaments ne sont pas recommandés, car ils ont un effet sédatif et perturbent le SNC.

Les antihistaminiques H<sub>1</sub> **par voie nasale** sont également recommandés pour le traitement initial des symptômes intermittents de rhinite allergique (voir le Tableau 3). Ils commencent à agir plus rapidement que les antihistaminiques H<sub>1</sub> par voie orale (~15-30 minutes c. 60 minutes) et que les corticostéroïdes par voie nasale (~12 heures). Leur efficacité dans les cas de rhinite allergique est au moins égale à celle des antihistaminiques H<sub>1</sub> par voie orale et ils sont plus efficaces pour soulager la congestion nasale. Une association à doses fixes de l'antihistaminique H<sub>1</sub> azélastine et du corticostéroïde propionate de fluticasone par voie nasale, homologuée par Santé Canada et la FDA, a davantage soulagé les symptômes chez les patients atteints de rhinite allergique saisonnière que ces médicaments administrés seuls<sup>2</sup>.

**Effets indésirables** – Les antihistaminiques H<sub>1</sub> de **deuxième génération par voie orale** ont significativement moins tendance que les antihistaminiques de première génération à altérer la fonction du SNC et à causer la sédation<sup>3,4</sup>. La fexofénadine est

Tableau 1. Traitement initial de la rhinite allergique<sup>1</sup>

Sévérité	Schémas thérapeutiques recommandés <sup>2,3</sup>
<b>Rhinite intermittente</b>	
Légère	<ul style="list-style-type: none"><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale ou AH voie nasale<sup>4</sup></li><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale + pseudoéphédrine (congestion importante)</li><li>CS voie nasale</li></ul>
Modérée/sévère	<ul style="list-style-type: none"><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale ou AH voie nasale<sup>4</sup></li><li>CS voie nasale</li><li>Association AH/CS voie nasale ou AH voie nasale + CS voie nasale</li><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale + pseudoéphédrine</li></ul>
<b>Rhinite persistante</b>	
Légère	<ul style="list-style-type: none"><li>CS voie nasale</li><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale ou AH voie nasale<sup>4</sup></li><li>AH de 2<sup>e</sup> génération voie orale + pseudoéphédrine (congestion importante)</li><li>Cromolyne sodique voie nasale</li></ul>
Modérée/sévère	<ul style="list-style-type: none"><li>Association AH/CS voie nasale ou AH voie nasale + CS voie nasale</li><li>CS voie nasale</li><li>AH voie nasale</li></ul>

AH : antihistaminique H<sub>1</sub>; CS : corticostéroïde.

1. Adapté de MS Dykewicz et coll. J Allergy Clin Immunol 2020; 146:721.

2. Pour les patients de ≥ 12 ans. Présenté en ordre de préférence.

3. Si le patient présente un œdème sévère des muqueuses ou nécessite un soulagement rapide, on peut ajouter un décongestionnant par voie nasale ou orale pendant jusqu'à 5 jours. Tous ces traitements peuvent être associés à une solution saline par voie nasale au besoin.

4. Les AH par voie orale agissent plus lentement que les AH par voie nasale (60 minutes c. ~15-30 minutes).

dépourvue d'un effet sédatif et ne perturbe pas le SNC, même à des doses supérieures aux doses recommandées. La loratadine et la desloratadine ne perturbent pas le SNC et sont dépourvues d'un effet sédatif aux doses recommandées, mais elles pourraient causer la sédation à des doses plus fortes chez certains patients. La cétirizine et la lévocétirizine (non homologuée au Canada) causeraient la sédation aux doses recommandées.

Les antihistaminiques H<sub>1</sub> de **première génération par voie orale** perturbent le SNC avec ou sans sédation. Ils perturbent l'apprentissage et la mémoire, altèrent le rendement aux examens scolaires, diminuent la productivité au travail et augmentent le risque de blessures au travail, d'accidents de la route et même d'écrasements d'avion<sup>5</sup>. Lorsque ces médicaments sont pris le soir, leurs effets indésirables sur l'éveil et le rendement psychomoteur persistent le lendemain<sup>6</sup>. L'exposition cumulative aux antihistaminiques H<sub>1</sub> de première génération dotés d'effets anticholinergiques puissants est associée à un risque accru de démence<sup>7</sup>.

Les antihistaminiques H<sub>1</sub> **par voie nasale** causent la dysgueusie, la dysosmie, l'inconfort nasal, l'épistaxis et des céphalées; ils causeraient également la somnolence.

**CORTICOSTÉROÏDES PAR VOIE NASALE** – Les corticostéroïdes par voie nasale sont les médicaments les plus efficaces en monothérapie pour prévenir et soulager les symptômes de rhinite allergique, notamment démangeaisons nasales, rhinorrhée, congestion et éternuements. Ils sont modestement efficaces pour soulager les symptômes oculaires<sup>8,9</sup>. La plupart des corticostéroïdes par voie nasale sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés une fois par jour. Leur action débute généralement en 12 heures, mais l'effet maximal se fait attendre  $\geq 7$  jours. Plusieurs corticostéroïdes par voie nasale sont commercialisés en vente libre (voir le Tableau 3).

L'association par voie nasale homologuée par Santé Canada et la FDA de l'antihistaminique H<sub>1</sub> azélastine et du corticostéroïde propionate de fluticasone soulage davantage les symptômes chez les patients atteints de rhinite allergique saisonnière que ces médicaments administrés seuls<sup>2</sup>. L'ajout d'un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale à un corticostéroïde par voie nasale ne soulage pas mieux les symptômes que la corticothérapie par voie nasale seulement<sup>1</sup>.

**Effets indésirables** – Les corticostéroïdes par voie nasale causent sécheresse légère, irritation, sensation de brûlure et saignements de la muqueuse nasale, mal de gorge et céphalées. L'atrophie de la muqueuse et la perforation de la cloison nasale ont été rapportées dans de rares cas; il faut examiner les patients périodiquement pour déceler toute modification de la muqueuse nasale. Des infections fongiques nasales et/ou oropharyngées ainsi qu'une hausse de la pression intraoculaire ont aussi été signalées occasionnellement. Les corticostéroïdes par voie nasale utilisés pendant  $\geq 12$  mois chez les enfants ont été associés à un faible ralentissement de la croissance<sup>10</sup>. On ignore si l'emploi prolongé de ces produits diminue la densité minérale osseuse.

**MONTÉLUKAST** – La libération de cystéinyl-leucotriènes dans la muqueuse nasale durant une inflammation allergique entraîne la congestion nasale. L'antagoniste des récepteurs des leucotriènes par voie orale montélukast est homologué par Santé Canada et la FDA pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière et aperiodique. Il soulage modestement les éternuements et les démangeaisons nasales, la rhinorrhée et la congestion. Dans les études cliniques, l'efficacité du montélukast s'est avérée être égale ou inférieure à celle d'un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale, et inférieure à celle d'un corticostéroïde par voie nasale<sup>11</sup>. Vu que les comportements suicidaires et autres événements neuropsychiatriques se poursuivent à l'emploi du montélukast, Santé Canada et la FDA recommandent que le montélukast soit utilisé dans le traitement de la rhinite allergique seulement lorsque les autres traitements ont été inefficaces ou n'ont pas été tolérés<sup>12</sup>.

**DÉCONGESTIONNANTS** – Le décongestionnant par voie **orale** pseudoéphédrine et les décongestionnants par voie **nasale** tels qu'oxymétazoline (*Drixoral* et génériques; *Afrin* et génériques aux É.-U.) entraînent la vasoconstriction dans la muqueuse nasale, principalement par stimulation des récepteurs alpha-1-adrénériques des sinusoides veineux. Ils ne soulagent que la congestion nasale, et non les éternuements, les démangeaisons ou la rhinorrhée, et une tolérance à leur effet décongestionnant peut apparaître. La phényléphrine (commercialisée au Canada en produits d'association seulement) (*Sudafed PE* et autres; non commercialisé au Canada) a remplacé la pseudoéphédrine dans de nombreux décongestionnants par voie orale parce que l'usage illicite de cette substance a suscité des mesures de restriction des ventes. Dans une étude avec répartition aléatoire menée en

mode ouvert auprès de 539 patients atteints de rhinite allergique saisonnière, des doses de phényléphrine jusqu'à 4 fois la dose habituelle de 10 mg ne se sont pas montrées être plus efficaces que le placebo pour soulager la congestion nasale<sup>13</sup>.

Un décongestionnant par voie orale peut être associé à un antihistaminique H<sub>1</sub> par voie orale pour soulager ponctuellement les symptômes de rhinite allergique. L'association de pseudoéphédrine et d'un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale s'est avérée être plus efficace que ses composants pris séparément<sup>1</sup>.

L'administration simultanée d'un décongestionnant par voie nasale et d'un corticostéroïde par voie nasale réduit la congestion plus rapidement qu'un corticostéroïde par voie nasale seul. Il n'est en général pas recommandé d'utiliser un décongestionnant par voie nasale pendant plus de 3 à 5 jours consécutifs en raison du risque de rhinite médicamenteuse (congestion nasale de rebond); l'emploi concomitant d'un corticostéroïde par voie nasale réduirait ce risque. Il est possible d'ajouter un décongestionnant par voie nasale pendant 4 semaines au maximum chez les patients atteints de congestion nasale réfractaire à un corticostéroïde par voie nasale seul ou à une association antihistaminique et corticostéroïde par voie nasale<sup>1</sup>.

**Effets indésirables** – Les décongestionnants **par voie orale** causent insomnie, excitabilité, céphalée, nervosité, anorexie, palpitations, tachycardie, arythmie, hypertension, nausées, vomissements et rétention urinaire. Ces médicaments doivent être utilisés avec prudence chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire, d'hypertension, de diabète, de migraine, d'hyperthyroïdie, de glaucome à angle fermé ou d'obstruction du col vésical. Les décongestionnants par voie orale ne sont pas associés à la rhinite médicamenteuse.

Les décongestionnants **par voie nasale** ont moins tendance que les décongestionnants par voie orale à causer des effets indésirables généraux, mais ils causent éternuements et picotements, brûlures, et sécheresse du nez et de la gorge. Si une rhinite médicamenteuse apparaît, elle est généralement traitée en substituant un corticostéroïde par voie nasale au décongestionnant par voie nasale<sup>14</sup>.

**CROMOLYNE SODIQUE PAR VOIE NASALE** – La cromolyne sodique par voie nasale (non commercialisée au Canada) utilisée avant l'exposition aux allergènes inhibe la dégranulation mastocytaire et la libération des médiateurs, ce qui prévient les symptômes de rhinite allergique. Le traitement doit être instauré 1 à 2 semaines avant l'exposition à l'allergène et utilisé 3 à 4 fois par jour. Administrée juste avant l'exposition épisodique à un allergène, comme une visite à un domicile où réside un chat, elle atténue la réponse allergique aiguë<sup>1</sup>. La cromolyne sodique par voie nasale est moins efficace qu'un corticostéroïde par voie nasale<sup>15</sup>. La cromolyne sodique est relativement exempte d'effets indésirables; des picotements du nez sont possibles.

**IPRATROPIUM PAR VOIE NASALE** – L'amine quaternaire antimuscarinique bromure d'ipratropium est faiblement absorbée dans la grande circulation et ne traverse pas facilement la barrière hémato-encéphalique. L'ipratropium par voie nasale est efficace pour le traitement de la rhinorrhée associée à la rhinite allergique. Il réduit aussi l'écoulement nasal lié au rhume et la rhinorrhée induite par le froid (nez du skieur). Il ne soulage pas les éternuements ni les démangeaisons ou la congestion nasale. L'ajout d'ipratropium serait bénéfique chez les patients dont la rhinorrhée n'est pas complètement maîtrisée par un corticostéroïde par voie nasale.

**Effets indésirables** – L'ipratropium cause la sécheresse des muqueuses nasale et buccale, l'épistaxis et l'irritation pharyngée,

Tableau 2. Quelques médicaments par voie orale contre la rhinite allergique

Médicament	Quelques présentations commercialisées	Posologie habituelle (adultes) <sup>1</sup>	Posologie habituelle (pédiatrique) <sup>1</sup>	Coût aux É.-U. <sup>2</sup>	Coût au Canada <sup>13</sup>
<b>Antihistaminiques H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale (y compris les associations à doses fixes avec décongestionnant par voie orale)</b>					
Cétirizine <sup>3,4</sup> – Zyrtec Allergy, Children's Zyrtec Allergy <sup>15</sup> (Johnson & Johnson)	co. à 10, 20 mg <sup>14</sup> co., caps. à 5, 10 mg <sup>14</sup> ; co. à diss. orale à 10 mg; sirop de 5 mg/5 mL <sup>16</sup>	10 mg 1 f.p.j. <sup>5</sup>	6-11 mois <sup>17</sup> : 2,5 mg 1 f.p.j. <sup>6</sup> 12-23 mois <sup>17</sup> : 2,5 mg 1-2 f.p.j. <sup>6</sup> 2-5 ans: 2,5 ou 5 mg 1 f.p.j. ou 2,5 mg 2 f.p.j. <sup>18</sup> 6-11 ans: 5 ou 10 mg 1 f.p.j.	20,00 <sup>7</sup> \$	19,10 \$
Cétirizine/pseudoéphédrine <sup>3,4</sup> – Reactine Complete Sinus and Allergy; Zyrtec-D 12 hour aux É.-U. (Johnson & Johnson)	co. ER à 5 mg/120 mg	1 co. 2 f.p.j. <sup>8</sup>	≥ 12 ans: 1 co. 2 f.p.j.	52,40 <sup>7</sup>	19,50
Desloratadine <sup>3</sup> – générique Clarinet (MSD) Aerius, Aerius Kids (Bayer)	co. à 5 mg; co. à diss. orale à 2,5, 5 mg <sup>19</sup> co. à 5 mg co. à 2,5, 5 mg; sirop de 0,5 mg/mL	5 mg 1 f.p.j.	6-11 mois <sup>17</sup> : 1 mg 1 f.p.j. <sup>6</sup> 1-5 ans: 1,25 mg 1 f.p.j. <sup>6,20</sup> 6-11 ans: 2,5 mg 1 f.p.j. <sup>20</sup>	13,70 219,00 N.D.	8,40 N.H.C. 20,80
Desloratadine/pseudoéphédrine <sup>3</sup> – Clarinet-D 12 hour (MSD) Aerius Double Action 12 hour (Bayer)	co. ER à 2,5 mg/120 mg	1 co. 2 f.p.j.	≥ 12 ans: 1 co. 2 f.p.j.	301,20 N.D.	N.H.C. 51,00
Fexofénadine <sup>3,4</sup> – Allegra 12 Hour et Allegra 24 Hour (Sanofi); Allegra Allergy, Children's Allegra Allergy (Chattem) aux É.-U.	co. à 30, 60, 180 mg <sup>21</sup> ; co. à diss. orale à 30 mg; susp. de 30 mg/5 mL	60 mg 2 f.p.j. ou 180 mg 1 f.p.j. <sup>8,22</sup>	6-23 mois <sup>17</sup> : 15 mg 2 f.p.j. <sup>9</sup> 2-11 ans <sup>17</sup> : 30 mg 2 f.p.j.	18,00 <sup>7,10</sup>	19,60
Fexofénadine/pseudoéphédrine <sup>3,4</sup> – Allegra-D (Sanofi); Allegra-D 12 hour (Chattem) aux É.-U. Allegra-D 24 hour	co. ER à 60 mg/120 mg co. ER à 180 mg/240 mg	1 co. 2 f.p.j. <sup>8</sup> 1 co. 1 f.p.j. <sup>8</sup>	≥ 12 ans: 1 co. 2 f.p.j. ≥ 12 ans: 1 co. 1 f.p.j.	41,00 31,20	28,00 N.H.C.
Kétotifène – Zaditen (Teva)	co. à 1 mg; sirop de 1 mg/5 mL	Non homologué	6 mois-3 ans: 0,05 mg/kg 2 f.p.j. > 3 ans: 1 mg 2 f.p.j.	N.D.	116,80
Lévocétirizine <sup>3,4</sup> – Xyzal Allergy 24 hour, Children's Xyzal Allergy (Chattem)	co. à 5 mg; sol. orale de 2,5 mg/5 mL	5 mg 1 f.p.j.	6 mois-5 ans: 1,25 mg 1 f.p.j. <sup>11</sup> 6-11 ans: 2,5 mg 1 f.p.j.	20,00 <sup>7</sup>	N.H.C.
Loratadine <sup>3,4</sup> – Alavert (Pfizer) Claritin, Children's Claritin (Bayer) <sup>24</sup>	co. à diss. orale à 10 mg <sup>23</sup> co. et caps. à 10 mg; co. à diss. orale à 10 mg; co. à croquer à 5 mg; sirop de 1 mg/mL <sup>25</sup>	10 mg 1 f.p.j.	2-5 ans <sup>17,26</sup> : 5 mg 1 f.p.j. ≥ 6 ans <sup>17,26</sup> : 10 mg 1 f.p.j.	9,50 <sup>7</sup> 20,00 <sup>7</sup>	N.H.C. 19,20
Loratadine/pseudoéphédrine <sup>3,4</sup> – Alavert-D 12 hour (Pfizer) Claritin Allergy and Sinus; Claritin-D 12 hour aux É.-U. (Bayer) Claritin-D 24 hour	co. ER à 5 mg/120 mg co. ER à 10 mg/240 mg	1 co. 2 f.p.j. 1 co. 1 f.p.j.	≥ 12 ans: 1 co. 2 f.p.j. ≥ 12 ans: 1 co. 1 f.p.j.	29,40 39,90 31,50	N.H.C. 38,40 N.H.C.
<b>Antagoniste des récepteurs des leucotriènes</b>					
Montélukast <sup>12</sup> – générique Singulair (Merck)	co. à 10 mg; co. à croquer à 4, 5 mg; sachets de granules de 4 mg	10 mg 1 f.p.j.	6 mois-5 ans <sup>17</sup> : 4 mg 1 f.p.j. 6-14 ans <sup>17</sup> : 5 mg 1 f.p.j.	6,90 228,30	62,10 79,30

ER : libération prolongée; N.H.C. : non homologué au Canada; N.D. : non commercialisé aux É.-U.; f.p.j. : fois par jour

- Il pourrait être nécessaire d'ajuster la dose dans les cas d'insuffisance rénale ou hépatique.
- Prix d'achat en gros approximatif ou prix publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un traitement de 30 jours à la posologie habituelle la plus faible chez les adultes; ces prix représentent les prix courants publiés et pourraient ne pas représenter les prix transactionnels réels. Source : AnalySource® Monthly 5 mars 2021. Réimprimé avec la permission de First Databank Inc. Tous droits réservés. ©2021. [www.fdbhealth.com/policies/drug-pricing-policy](http://www.fdbhealth.com/policies/drug-pricing-policy).
- En vente libre. Les produits qui contiennent de la pseudoéphédrine sont soumis à des mesures de restriction des ventes. L'association desloratadine/pseudoéphédrine est vendue sans ordonnance au Canada seulement.
- Les détaillants proposent leurs propres produits génériques en vente libre.
- La dose recommandée est de 5 mg 1 fois par jour chez les patients de ≥ 65 ans.
- Non homologué par Santé Canada ou la FDA pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière chez les enfants de < 2 ans.
- Prix approximatif sur [cvs.com](http://cvs.com) ou [walmart.com](http://walmart.com). Consulté le 1<sup>er</sup> avril 2021.
- Les produits en vente libre ne sont pas recommandés chez les adultes de ≥ 65 ans sans avoir consulté un médecin au préalable.
- Certains produits sur ordonnance sont homologués par la FDA pour le traitement de l'urticaire idiopathique chronique chez les enfants de ≥ 6 mois. Certains produits en vente libre sont recommandés chez les enfants de ≥ 2 ans. Non homologué au Canada chez les enfants de < 12 ans.
- Prix pour un traitement de 30 jours à la dose de 180 mg 1 fois par jour.
- Certains produits sur ordonnance sont homologués par la FDA pour le traitement de la rhinite allergique apériodique et de l'urticaire chronique chez les enfants de ≥ 6 mois. Certains produits en vente libre sont recommandés chez les enfants de ≥ 2 ans. Non homologué au Canada chez les enfants de < 12 ans.
- Santé Canada et la FDA recommandent d'utiliser le montélukast pour le traitement de la rhinite allergique seulement dans les cas où les autres traitements ont été inefficaces ou n'ont pas été tolérés.
- Prix d'achat en gros approximatif ou prix publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un traitement de 30 jours à la posologie habituelle la plus faible chez les adultes en fonction des prix en dollars canadiens chez un grossiste national (prix en vigueur en Ontario, avril 2021). Lorsque plusieurs présentations sont disponibles, le prix est celui de la première présentation à moins d'indication contraire.
- La cétirizine à 20 mg est vendue sur ordonnance au Canada.
- Appelé *Reactine*, *Reactine Allergie Gélules*, *Reactine Dissolution rapide*, *Reactine Vit-Dissous* au Canada.
- Commercialisé au Canada en comprimés à 5, 10 et 20 mg, en capsules à 10 mg, en comprimés à dissolution orale à 10 mg et en sirop de 5 mg/5 mL.
- Non homologué au Canada pour ce groupe d'âge.
- Au Canada : 2-6 ans : 5 mg par jour ou 2,5 mg 2 fois par jour; 6-12 ans : 10 mg 1 fois par jour.
- Commercialisé au Canada en comprimés à 5 mg seulement.
- Au Canada : 2-5 ans : 1,25 mg 1 fois par jour; 6-11 ans : 2,5 mg 1 fois par jour.
- Commercialisé au Canada en comprimés à 60 mg seulement (*Allegra 12 heures*) et en comprimés à 120 mg seulement (*Allegra 24 heures*).
- La posologie habituelle au Canada chez les adultes et les enfants ≥ 12 ans est de 60 mg 2 fois par jour ou 120 mg une fois par jour.
- Au Canada, seuls les comprimés et capsules à 10 mg sont présentés en version générique.
- Appelé *Claritin*, *Claritin Capsules liquides*, *Claritin Ultra fondants* et *Claritin pour enfants* au Canada.
- Commercialisé au Canada en comprimés et capsules à 10 mg, en comprimés à dissolution orale à 10 mg et en sirop de 1 mg/mL.
- Au Canada : ≥ 12 ans : 10 mg 1 fois par jour.

Tableau 3. Quelques vaporisateurs nasaux contre la rhinite allergique

Médicament	Quelques présentations commercialisées	Posologie habituelle (adultes)	Posologie habituelle (pédiatrique)	Coût aux É.-U. <sup>1</sup>	Coût au Canada <sup>17</sup>
<b>Antihistaminiques H<sub>1</sub></b>					
Azélastine à 0,1 % <sup>2</sup> – générique	vaporisateur-doseur (137 µg/vapo.)	1-2 vapo. par narine 2 f.p.j. <sup>3</sup>	5-11 ans : 1 vapo. par narine 2 f.p.j.	27,80 \$	N.H.C.
Azélastine à 0,15 % <sup>4</sup> – générique	vaporisateur-doseur (205,5 µg/vapo.)	1-2 vapo. par narine 2 f.p.j. ou 2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>5</sup>	6-11 ans : 1 vapo. par narine 2 f.p.j.	47,10	N.H.C.
Olopatadine à 0,1 % <sup>6</sup> – générique <i>Patanase</i> (Alcon)	vaporisateur-doseur (665 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 2 f.p.j.	6-11 ans : 1 vapo. par narine 2 f.p.j.	100,00 289,50	N.H.C. N.H.C.
<b>Corticostéroïdes</b>					
Dipropionate de béclométhasone – générique	vaporisateur-doseur (50 µg/vapo.)	1-2 vapo. par narine 2 f.p.j.	6-12 ans : 1 vapo. par narine 2 f.p.j.	N.D.	12,30 \$
<i>Beconase AQ</i> (GSK) <sup>7</sup>	vaporisateur-doseur (42 µg/vapo.)	1-2 vapo. par narine 2 f.p.j.	6-11 ans : 1-2 vapo. par narine 2 f.p.j. <sup>8</sup>	293,40	N.H.C.
<i>Qnasl</i> (Teva)	aérosol-doseur HFA (80 µg/bouffée)	2 vapo. par narine 1 f.p.j.	≥ 12 ans : 2 vapo. par narine 1 f.p.j.	257,50	N.H.C.
<i>Children's Qnasl</i>	aérosol-doseur HFA (40 µg/bouffée)		4-11 ans : 1 vapo. par narine 1 f.p.j.	257,50	N.H.C.
Budésonide <sup>9,10,18</sup> – générique <i>Rhinocort Aqua; Rhinocort Allergy; Children's Rhinocort Allergy</i> aux É.-U. (Johnson & Johnson)	vaporisateur-doseur (32 µg/vapo.) <sup>19</sup>	2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>8,11</sup>	6-11 ans : 1-2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>8,12,20</sup>	N.D. 19,00 <sup>13</sup>	10,10 11,60
Ciclésone – <i>Omnaris</i> (Covis)	vaporisateur-doseur (50 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 1 f.p.j.	≥ 6 ans <sup>14,21</sup> : 2 vapo. par narine 1 f.p.j.	294,50	28,00
<i>Zetonna</i> (Covis)	aérosol-doseur HFA (37 µg/bouffée)	1 vapo par narine 1 f.p.j.	≥ 12 ans : 1 vapo. par narine 1 f.p.j.	218,70	N.H.C.
Flunisolide – générique	vaporisateur-doseur (25 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 2 ou 3 f.p.j.	6-14 ans : 1 vapo. par narine 3 f.p.j. ou 2 vapo. par narine 2 f.p.j.	59,60	N.H.C.
Furoate de fluticasone <sup>9</sup> – <i>Flonase Sensimist Allergy Relief; Children's Flonase Sensimist Allergy Relief</i> (GSK) <i>Avamys</i> (GSK) <sup>18</sup>	vaporisateur-doseur (27,5 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 1 f.p.j. x 7 jours, puis 1-2 vapo. par narine, 1 f.p.j. <sup>11</sup>	2-11 ans : 1 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>12</sup>	24,00 <sup>13</sup>	N.H.C.
				N.D.	28,80

HFA : hydrofluoroalcane; N.H.C. : non homologué au Canada; N.D. : non commercialisé aux États-Unis; vapo. : vaporisation; f.p.j. : fois par jour

- Prix d'achat en gros approximatif ou prix publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un traitement de 30 jours à la posologie la plus faible recommandée chez les adultes (avec le plus petit format sur le marché); ces prix représentent les prix courants publiés et pourraient ne pas représenter les prix transactionnels réels. Source : AnalySource® Monthly 5 mars 2021. Réimprimé avec la permission de First Databank Inc. Tous droits réservés. ©2021. www.fdbhealth.com/policies/drug-pricing-policy.
- Homologué par la FDA pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière (≥ 5 ans) et la rhinite vasomotrice (≥ 12 ans).
- Posologie pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière. La posologie pour traiter la rhinite vasomotrice est de 2 vaporisations par narine 2 fois par jour.
- Homologué par la FDA pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière et apériodique (≥ 6 ans).
- Posologie pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière. La posologie pour le traitement de la rhinite allergique apériodique est de 2 vaporisations par narine 2 fois par jour.
- Homologué par la FDA pour le traitement de la rhinite allergique saisonnière seulement.
- Aussi homologué par Santé Canada et la FDA pour le traitement de la rhinite vasomotrice et en prévention des récurrences de polypes nasaux après ablation chirurgicale.
- La dose de 2 vaporisations par narine ne doit être utilisée que jusqu'à ce que les symptômes s'améliorent; elle doit ensuite être réduite à 1 vaporisation par narine.
- En vente libre aux États-Unis.
- Les détaillants proposent leurs propres produits génériques en vente libre.
- Les corticostéroïdes par voie nasale en vente libre ne doivent pas être utilisés quotidiennement pendant > 6 mois sans avoir consulté un médecin.
- Les corticostéroïdes par voie nasale en vente libre ne doivent pas être utilisés quotidiennement pendant > 2 mois par année chez les enfants de < 12 ans sans avoir consulté un médecin.
- Prix approximatif sur walmart.com. Consulté le 1<sup>er</sup> avril 2021.
- Non homologué par Santé Canada ou la FDA pour le traitement de la rhinite allergique apériodique chez les enfants de < 12 ans.
- Aussi homologué par la FDA en prophylaxie de la rhinite allergique saisonnière chez les patients de ≥ 12 ans (cette indication n'est pas homologuée au Canada) et le traitement de la polyposse nasale chez les patients de ≥ 18 ans.
- La posologie de la préparation à 0,03 % est de 2 vaporisations (42 µg) par narine 2 ou 3 fois par jour chez les patients ≥ 6 ans atteints de rhinite apériodique allergique ou non allergique; la posologie de la préparation à 0,06 % est de 2 vaporisations (84 µg) par narine 4 fois par jour chez les patients ≥ 5 ans atteints de rhinite allergique saisonnière.
- Prix d'achat en gros approximatif ou prix publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un traitement de 30 jours à la posologie la plus faible recommandée chez les adultes (avec le plus petit format sur le marché) en fonction des prix en dollars canadiens chez un grossiste national (prix en vigueur en Ontario, avril 2021).
- Sur ordonnance au Canada.
- Commercialisé au Canada en vaporisateur de 64 µg/vaporisation.

et l'instillation accidentelle dans l'œil hausse la pression intraoculaire.

**SOLUTION SALINE NASALE** – Les vaporisateurs et gouttes nasales de solution saline sont utilisés pour soulager la sécheresse et la congestion nasale. L'irrigation nasale au moyen d'un pot néti, d'un flacon compressible ou d'une poire à succion aide à expulser le mucus et soulage la congestion. Des solutions salines prêtes à l'emploi et autres trousseaux sont commercialisées en vente libre. Les patients doivent savoir qu'il faut utiliser de l'eau stérile, distillée ou bouillie pour préparer les

solutions d'irrigation nasale. L'eau du robinet a été associée à des méningo-encéphalites amibiennes primaires.

**OMALIZUMAB** – L'anticorps monoclonal anti-IgE omalizumab (*Xolair*) qui est homologué par la FDA pour le traitement de l'asthme allergique, des polypes nasaux et de l'urticaire chronique seulement (au Canada, homologué seulement pour le traitement de l'asthme allergique et de l'urticaire chronique) exerce un effet bénéfique proportionnel à la dose sur la rhinite allergique saisonnière. Injecté sous la peau toutes les 2 à 4 semaines, il abaisse le taux sérique d'IgE libres ainsi que le nombre de

Tableau 3. Quelques vaporisateurs nasaux contre la rhinite allergique (suite)

Médicament	Quelques présentations commercialisées	Posologie habituelle (adultes)	Posologie habituelle (pédiatrique)	Coût aux É.-U. <sup>1</sup>	Coût au Canada <sup>17</sup>
<b>Corticostéroïdes</b>					
Propionate de fluticasone <sup>9,10</sup> – <i>Flonase Allergy Relief, Children's Flonase Allergy Relief</i> (GSK)	vaporisateur-doseur (50 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 1 f.p.j. x 7 jours, puis 1-2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>11</sup>	4-11 ans <sup>21</sup> : 1 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>12</sup>	31,60 <sup>13</sup> \$	19,80 \$
Furoate de mométasone <sup>15</sup> – générique <i>Nasonex</i> (Merck)	vaporisateur-doseur (50 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 1 f.p.j.	2-11 ans <sup>22</sup> : 1 vapo. par narine 1 f.p.j.	120,00 251,40	18,60 27,20
Acétonide de triamcinolone <sup>9,10</sup> – <i>Nasacort Allergy 24 hour, Children's Nasacort Allergy 24 hour</i> (Sanofi; Chattem aux É.-U.)	vaporisateur-doseur (55 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>8,11</sup>	2-5 ans <sup>21</sup> : 1 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>12</sup> 6-11 ans <sup>21,23</sup> : 1-2 vapo. par narine 1 f.p.j. <sup>8,12</sup>	18,00 <sup>13</sup>	21,50
<b>Association antihistaminique H<sub>1</sub>/corticostéroïde</b>					
Azélastine/propionate de fluticasone <sup>6</sup> – générique <i>Dymista</i> (BGP Pharma; Meda aux É.-U.)	vaporisateur-doseur (137 µg/50 µg/vapo.)	1 vapo. par narine 2 f.p.j.	≥ 6 ans : 1 vapo par narine 2 f.p.j.	170,80 199,80	N.H.C. 105,10
<b>Stabilisateur des membranes</b>					
Cromolyne sodique <sup>9,10</sup> – <i>Nasalcrom</i> (Prestige)	vaporisateur-doseur (5,2 mg/vapo.)	1 vapo. par narine 3 ou 4 f.p.j.	≥ 2 ans : 1 vapo. par narine 3 ou 4 f.p.j.	14,40 <sup>13</sup>	N.H.C.
<b>Anticholinergique</b>					
Bromure d'ipratropium – générique	vaporisateur-doseur (21 ou 42 µg/vapo.)	2 vapo. par narine 2 à 4 f.p.j. <sup>16,24</sup>	≥ 5 ans : 2 vapo par narine 2 à 4 f.p.j. <sup>14,16,24</sup>	36,00	24,00
20. Au Canada, ≥ 6 ans : 2 vaporisations par narine une fois par jour.					
21. Non homologué dans ce groupe d'âge au Canada.					
22. Non homologué au Canada chez les enfants de < 3 ans.					
23. Au Canada : ≥ 12 ans : 2 vaporisations par narine une fois par jour.					
24. Au Canada, la posologie habituelle est de 2 vaporisations par narine deux ou trois fois par jour.					

récepteurs d'IgE sur les mastocytes et les basophiles. Dans une revue systématique et méta-analyse de 11 études totalisant 2870 patients atteints de rhinite allergique insuffisamment maîtrisée, l'injection d'omalizumab a significativement réduit le recours aux médicaments de secours, a atténué les symptômes et a amélioré la qualité de vie. Les effets indésirables ne différaient pas de ceux observés sous le placebo<sup>16</sup>. L'omalizumab est en général bien toléré, mais il a causé l'anaphylaxie chez environ 0,1 % des patients asthmatiques.

**CORTICOSTÉROÏDES PAR VOIE ORALE** – Une brève corticothérapie orale (5 à 7 jours) peut être efficace chez les patients souffrant de rhinite allergique sévère ou de rhinite médicamenteuse qui ne tolèrent pas ou ne répondent pas aux autres médicaments.

**GROSSESSE** – Dans une revue systématique et méta-analyse de 37 études incluant > 50 000 femmes, l'exposition au premier trimestre de la grossesse aux **antihistaminiques H<sub>1</sub>** n'était pas associée à une augmentation du risque de malformations majeures, de fausse-couche, de prématurité ou de faible poids à la naissance<sup>17</sup>. Parmi les antihistaminiques H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale, la loratadine et la cétirizine s'accompagnent du plus grand nombre de données étayant leur innocuité; les résultats de vastes études de cohorte laissent croire que la fexofénadine et la desloratadine seraient sans danger chez les femmes enceintes<sup>18,19</sup>.

La **solution saline nasale**, la **cromolyne sodique par voie nasale** et les **corticostéroïdes par voie nasale** sont généralement considérés être sûrs chez les femmes enceintes atteintes de rhinite allergique<sup>20</sup>.

Dans une étude de cohorte prospective, l'exposition de la mère à la triamcinolone par voie nasale au premier trimestre de la grossesse était associée à un risque accru d'anomalies respiratoires congénitales<sup>21</sup>.

Les **décongestionnants par voie orale** ne sont en général pas recommandés pour le traitement de la rhinite allergique chez les femmes enceintes; leur emploi au premier trimestre est associé à un risque accru de malformations congénitales, mais le nombre de cas rapportés est faible. Les **décongestionnants par voie nasale** ont été associés à des sténoses du pylore et à des fistules trachéo-œsophagiennes lorsqu'ils sont utilisés au premier trimestre, et à des anomalies du système collecteur rénal lorsqu'ils sont utilisés au deuxième trimestre<sup>1,22</sup>.

#### CONJONCTIVITE ALLERGIQUE

Les symptômes de conjonctivite allergique surviennent chez la plupart des patients atteints de rhinite allergique. Les symptômes tels que prurit et rougeur oculaire, larmoiements et photophobie sont fréquemment saisonniers. La prise en charge non pharmacologique consiste à identifier et à éviter l'allergène, à appliquer des compresses fraîches, à se laver les mains après un contact avec un allergène, et à éviter de se frotter les yeux et de porter des lentilles cornéennes pendant les périodes symptomatiques. La prise en charge optimale de la rhinite allergique avec un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale ou un corticostéroïde par voie nasale a également un effet bénéfique sur la conjonctivite allergique concomitante<sup>23</sup>.

**MÉDICAMENTS OPHTALMIQUES** – Les **antihistaminiques H<sub>1</sub>** ophtalmiques sont au moins aussi efficaces que les antihistaminiques H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale pour le traitement du prurit oculaire causé par la conjonctivite allergique, et ils agissent en quelques minutes. La solution ophtalmique de cétirizine à 0,24 % (non commercialisée au Canada) a montré pouvoir calmer le prurit oculaire pendant environ 8 heures<sup>24</sup>. Le kétotifène et l'olopatadine sont commercialisés en vente libre aux É.-U. (ils sont disponibles sur ordonnance au Canada; voir le Tableau 4). Les antihistaminiques H<sub>1</sub> ophtalmiques peuvent être utilisés en monothérapie chez

Tableau 4. Quelques médicaments ophtalmiques contre la conjonctivite allergique

Médicament	Quelques présentations commercialisées	Formats commercialisés	Posologie habituelle	Âge minimum	Coût aux É.-U. <sup>1</sup>	Coût au Canada <sup>8</sup>
<b>Antihistaminiques H<sub>1</sub></b>						
Alcaftadine – Lastacaft (Allergan)	sol. de 0,25 %*	3 mL	1 gtte 1 f.p.j.	2 ans	225,40 \$	N.H.C.
Azélastine – générique	sol. de 0,05 %*	6 mL	1 gtte 2 f.p.j.	3 ans	55,00	N.H.C.
Bépotastine – Bepreve (Bausch & Lomb)	sol. de 1,5 %*	5, 10 mL <sup>9</sup>	1 gtte 2 f.p.j.	2 ans <sup>10</sup>	230,10	32,50 \$
Cétirizine – Zerviate (Eyevence)	sol. de 0,24 %*	30 contenants à usage unique de 0,2 mL	1 gtte 2 f.p.j. (q8h)	2 ans	229,10	N.H.C.
Épinastine – générique	sol. de 0,05 %*	5 mL	1 gtte 2 f.p.j.	3 ans	85,50	N.H.C.
Fumarate de kétotifène <sup>2</sup> – générique Zaditor (Thea Laboratories; Novartis aux É.-U.) Alaway (Bausch & Lomb) Alaway Preservative Free	sol. de 0,025 %*	5 mL, 10 mL 5 mL 10 mL	1 gtte 2 f.p.j. (q8-12h)	3 ans	12,80 <sup>3</sup> 15,50 <sup>3</sup> 15,00 <sup>3</sup> 15,00 <sup>3</sup>	N.H.C. 29,30 N.H.C. N.H.C.
Olopatadine <sup>2,11</sup> – Patanol (Novartis); Pataday Twice Daily (Alcon) aux É.-U. générique Pataday; Pataday Once Daily aux É.-U. générique Pazeo; Pataday Once Daily Extra Strength aux É.-U.	sol. de 0,1 %* sol. de 0,2 %* sol. de 0,7 %*	5 mL 2,5 mL 2,5 mL	1 gtte 2 f.p.j. (q6-8h) <sup>12</sup> 1 gtte 1 f.p.j. 1 gtte 1 f.p.j.	2 ans <sup>10</sup> 2 ans 2 ans	19,50 <sup>3</sup> 15,00 <sup>3</sup> 22,50 <sup>3</sup> 18,00 <sup>3</sup> 24,00 <sup>3</sup>	32,70 26,10 32,70 26,10 32,70
<b>Stabilisateurs de membrane</b>						
Cromolyne sodique <sup>2,4,13</sup> – générique Opticrom (Allergan)	sol. de 4 %* <sup>14</sup>	10 mL <sup>15</sup>	1 gtte q4-6h	4 ans <sup>16</sup>	22,50 N.D.	5,10 11,00
Lodoxamide trométhamine – Alomide <sup>4</sup> (Alcon)	sol. de 0,1 %*	10 mL	1 gtte 4 f.p.j.	2 ans <sup>17</sup>	171,10	13,40
Nédocromil – Alocril (Allergan)	sol. de 2 %*	5 mL	1 gtte 2 f.p.j.	3 ans	224,50	N.H.C.
<b>Décongestionnants</b>						
Naphazoline <sup>2</sup> – Clear Eyes Allergy; Clear Eyes Maximum Itchy Eye Relief aux É.-U. (Prestige) <sup>5</sup>	sol. de 0,012 %*	15 mL	1-2 gttes jusqu'à 4 f.p.j.	6 ans	5,40 <sup>3</sup>	3,60
Tétrahydrozoline <sup>2</sup> – Visine Original; Visine A.C. <sup>5</sup> aux É.-U. (Johnson & Johnson)	sol. de 0,05 %*	15 mL	1-2 gttes jusqu'à 4 f.p.j.	6 ans	5,30 <sup>3</sup>	4,60
<b>Associations antihistaminique H<sub>1</sub>/décongestionnant</b>						
Phéniramine/naphazoline <sup>2</sup> – Naphcon-A (Alcon) Soothe Opcon A; Opcon-A aux É.-U. (Bausch & Lomb) générique Visine Allergy with Antihistamine; Visine Allergy Multi-Action aux É.-U. (Johnson & Johnson)	sol. de 0,3%/0,025 %* sol. de 0,3%/0,027 %* sol. de 0,3%/0,025 %*	15 mL 15 mL	1-2 gttes jusqu'à 4 f.p.j.	6 ans	13,80 <sup>3</sup> 10,20 <sup>3</sup> 8,30 <sup>3</sup> 9,80 <sup>3</sup>	7,90 4,50 N.H.C. 6,40
<b>Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)</b>						
Kétorolac trométhamine <sup>18</sup> – générique Acular (Allergan) Acular LS (Allergan)	sol. de 0,5 %* sol. de 0,4 % <sup>19</sup>	3, 5, 10 mL 5 mL <sup>15</sup> 5 mL	1 gtte 4 f.p.j.	3 ans <sup>20</sup> Voir réf. 7 <sup>20</sup>	14,70 275,40 N.D.	13,70 19,40 18,80
<b>Corticostéroïdes</b>						
Étabonate de lotéprednol <sup>18</sup> – générique Lotemax (Bausch & Lomb) Alrex (Bausch & Lomb)	susp. à 0,5 %* susp. à 0,2 %*	5, 10, 15 mL <sup>21</sup> 5, 10 mL <sup>9</sup>	1-2 gttes 4 f.p.j. <sup>6</sup> 1 gtte 4 f.p.j. <sup>6</sup>	Voir réf. 7 Voir réf. 7	200,80 267,10 251,10	N.H.C. 52,10 31,10
Acétate de prednisone – Pred Mild (Allergan)	susp. à 0,12 %*	5, 10 mL	1-2 gttes 2 à 4 f.p.j. <sup>6</sup>	Voir réf. 7	160,40	N.H.C.
Prednisolone – Pred Mild (Allergan)	susp. à 0,12 %*	10 mL	1-2 gttes 2 à 4 f.p.j. <sup>6</sup>	Voir réf. 7	N.D.	20,50

sol. : solution; susp. : suspension; N.H.C. : non homologué au Canada; N.D. : non commercialisé aux É.-U.; gttes : gouttes; f.p.j. : fois par jour

1. Prix d'achat en gros approximatif ou prix publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un flacon du plus petit format; ces prix représentent les prix courants publiés et pourraient ne pas représenter les prix transactionnels réels. Source : AnalySource® Monthly 5 mars 2021. Réimprimé avec la permission de First Databank Inc. Tous droits réservés. ©2021. [www.fdbhealth.com/policies/drug-pricing-policy](http://www.fdbhealth.com/policies/drug-pricing-policy).

2. En vente libre aux États-Unis. Au Canada, la cromolyne sodique est présentée en vente libre; et le kétotifène et l'olopatadine sont vendus sur ordonnance.

3. Prix approximatif sur cvs.com. Consulté le 1<sup>er</sup> avril 2021.

4. Homologué par Santé Canada et la FDA pour le traitement de la kératoconjonctivite printanière, de la conjonctivite printanière et de la kératite printanière.

5. Contient également du sulfate de zinc à 0,25 %, qui est astringent.

6. Les corticostéroïdes ophtalmiques ne doivent pas être employés > 2 semaines.

7. L'efficacité et l'innocuité n'ont pas été établies chez les enfants.

8. Prix d'achat en gros ou prix approximatif publié par le fabricant à l'intention des grossistes pour un flacon du plus petit format en fonction des prix en dollars canadiens chez un grossiste national (prix en vigueur en Ontario, avril 2021).

9. Présenté au Canada en flacons de 5 mL.

10. Au Canada, l'âge minimum est de 3 ans.

11. Sur ordonnance au Canada.

12. Au Canada, la posologie habituelle est de 2 gouttes 2 fois par jour.

13. Non homologué au Canada pour le traitement de la kératoconjonctivite printanière, de la conjonctivite printanière et de la kératite printanière.

14. Présenté au Canada en solution à 2 %.

15. Présenté au Canada en flacons de 5 et 10 mL.

16. Au Canada, l'âge minimum est de 5 ans.

17. Au Canada, l'âge minimum est de 4 ans.

18. Non homologué au Canada pour le traitement de la conjonctivite allergique.

19. Contient 0,006 % de chlorure de benzalkonium (comparativement à 0,01 % dans les autres gouttes ophtalmiques).

20. Non homologué au Canada chez les enfants.

21. Présenté au Canada en flacons de 10 mL.

les patients qui manifestent principalement des symptômes oculaires, mais ils sont généralement inefficaces pour soulager l'érythème<sup>25</sup>. Il est possible de mieux maîtriser les symptômes lorsque le traitement est instauré avant la saison pollinique plutôt que d'attendre qu'ils se manifestent.

Les **stabilisateurs de membrane** ophtalmique cromolyne, lodoxamide et nédocromil (non commercialisé au Canada) agissent plus lentement que les antihistaminiques H<sub>1</sub> ophtalmiques et sont surtout utilisés pour la prévention plutôt que pour soulager les symptômes aigus.

L'**anti-inflammatoire non stéroïdien** (AINS) topique kétorolac est moins efficace pour soulager les symptômes oculaires qu'un antihistaminique H<sub>1</sub> ophtalmique.

Les **vasoconstricteurs** ophtalmiques en vente libre, tels que la naphazoline et la tétrahydrozoline réduisent l'érythème, la congestion, le prurit et l'œdème des paupières, mais leur action est brève et ils causent brûlures et picotements. Ils ne doivent être utilisés que brièvement (< 2 semaines) ou par intermittence pour éviter l'hyperémie de rebond. L'**association antihistaminique H<sub>1</sub> et vasoconstricteur** ophtalmique en vente libre phéniramine/naphazoline cause des effets indésirables semblables.

Les **corticostéroïdes** ophtalmiques peuvent être envisagés dans les cas de conjonctivite allergique réfractaire aux autres médicaments. Le lotéprednol est rapidement inactivé dans la chambre antérieure de l'œil et est associé à un taux significativement plus faible d'augmentation de la pression intraoculaire que la prednisolone ou la dexaméthasone ophtalmique<sup>26</sup>. Le traitement par un corticostéroïde ophtalmique doit se limiter à deux semaines et, même pendant cette brève exposition, il faut surveiller la présence d'exacerbation d'une infection conjonctivale ou cornéenne virale et l'augmentation de la pression intraoculaire. Les cataractes sont à craindre sous le traitement prolongé.

**Effets indésirables** – La plupart des produits ophtalmiques commercialisés pour le traitement de la conjonctivite allergique contiennent l'agent de conservation chlorure de benzalkonium, qui peut causer des brûlures et des picotements et peut être absorbé par les lentilles cornéennes. Les patients qui ressentent picotements ou brûlures à l'emploi d'une préparation ophtalmique topique devraient la réfrigérer avant l'emploi. La FDA a homologué une préparation de kétotifène sans agent de conservation (*Alaway Preservative Free*; non homologuée au Canada). Certaines pharmacies peuvent également préparer des collyres ophtalmiques sans agent de conservation, et un nouveau filtre a été mis au point pour éliminer le chlorure de benzalkonium<sup>27</sup>.

### IMMUNOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

L'immunothérapie modifie l'histoire naturelle de l'allergie respiratoire et induit une rémission prolongée. Elle est envisagée chez les patients atteints de rhinite allergique modérée à sévère porteurs d'anticorps IgE dirigés précisément contre les allergènes cliniquement pertinents. L'immunothérapie sous-cutanée (ITSC) peut contenir tous les allergènes pertinents pour un patient donné. L'immunothérapie sublinguale (ITSL) est approuvée par Santé Canada et la FDA pour le traitement de la rhinite allergique, avec ou sans conjonctivite, induite par le pollen d'herbacées ou d'herbe à poux et les acariens<sup>28,29</sup>. L'ITSC et l'ITSL réduisent les symptômes et l'usage de médicaments chez les patients sélectionnés atteints de rhinite allergique ou de rhinoconjonctivite allergique. L'ITSC est utilisée depuis beaucoup plus longtemps et est généralement considérée être plus efficace<sup>30</sup>. Des études irréfutables avec répartition aléatoire et contrôlées pour comparer l'ITSC à l'ITSL sont nécessaires<sup>31</sup>.

### Résumé : Médicaments contre la rhinite allergique et la conjonctivite allergique

- ▶ Un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale ou un antihistaminique H<sub>1</sub> par voie nasale est préférable pour le traitement initial des symptômes intermittents de rhinite allergique.
- ▶ Les corticostéroïdes par voie nasale sont les médicaments les plus efficaces en monothérapie pour traiter les symptômes de rhinite allergique. Ils peuvent être utilisés en association avec un antihistaminique H<sub>1</sub> par voie nasale contre les symptômes modérés à sévères.
- ▶ Un antihistaminique H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale ou un corticostéroïde par voie nasale soulagent les symptômes de conjonctivite allergique lorsqu'ils sont utilisés pour le traitement de la rhinite allergique.
- ▶ Les antihistaminiques H<sub>1</sub> ophtalmiques sont au moins aussi efficaces que les antihistaminiques H<sub>1</sub> de deuxième génération par voie orale pour traiter la conjonctivite allergique.
- ▶ La brève application d'un corticostéroïde ophtalmique tel que le lotéprednol peut être envisagée dans les cas de conjonctivite allergique réfractaire aux autres médicaments.
- ▶ L'immunothérapie spécifique modifie l'histoire naturelle de l'allergie respiratoire et induit une rémission prolongée.

**Effets indésirables** – Les effets indésirables locaux de l'ITSC sont douleur, rougeur et enflure au point d'injection. L'anaphylaxie et, très rarement, le décès peuvent survenir, en particulier chez les patients dont l'asthme n'est pas maîtrisé<sup>32</sup>. L'ITSC ne s'administre que sous surveillance médicale. Après l'augmentation progressive des doses pendant quelques mois, les injections du traitement d'entretien se poursuivent en général à intervalles de 2 à 4 semaines pendant 3 à 5 ans.

L'ITSL a moins tendance que l'ITSC à causer des réactions générales graves et le patient peut prendre son traitement d'entretien à domicile. L'ITSL cause des effets indésirables locaux tels que le prurit de la bouche et des oreilles, l'œdème buccal et l'irritation de la gorge, y compris l'œsophagite à éosinophiles. Les effets indésirables généraux sont nausées et douleur abdominale légère. L'anaphylaxie est rare et aucun décès n'a été signalé<sup>32</sup>.

**Grossesse** – L'immunothérapie ne devrait généralement pas être instaurée pendant la grossesse, mais elle peut se poursuivre à une dose stable. Dans le cadre d'une étude d'observation prospective menée auprès de 155 femmes enceintes sous ITSL au cours de 185 grossesses, aucune multiplication des malformations congénitales n'a été constatée durant le suivi de 6 ans<sup>33</sup>. ■

### Contenu supplémentaire à consulter en ligne

Tableau comparateur : Quelques médicaments par voie orale contre la rhinite allergique (en anglais)

<http://medicalletter.org/TML-article-1622b>

Tableau comparateur : Quelques médicaments par voie nasale contre la rhinite allergique (en anglais)

<http://medicalletter.org/TML-article-1622c>

1. MS Dykewicz et coll. Rhinitis 2020: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2020; 146:721.
2. BM Prenner. A review of the clinical efficacy and safety of MP-AzeFlu, a novel intranasal formulation of azelastine hydrochloride and fluticasone propionate, in clinical studies conducted during different allergy seasons in the US. *J Asthma Allergy* 2016; 9:135.
3. FER Simons et KJ Simons. Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 128:1139.

4. MK Church et coll. Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper. *Allergy* 2010;65:459.
5. MP McKay et L Groff. 23 years of toxicology testing fatally injured pilots: implications for aviation and other modes of transportation. *Accid Anal Prev* 2016; 90:108.
6. Y Katayose et coll. Carryover effect on next-day sleepiness and psychomotor performance of nighttime administered antihistaminic drugs: a randomized controlled trial. *Hum Psychopharmacol* 2012; 27:428.
7. SL Gray et coll. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med* 2015; 175:401.
8. P Ratner et coll. Efficacy of daily intranasal fluticasone propionate on ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2015; 114:141.
9. Vaporisateur nasal en vente libre de furoate de fluticasone (Flonase Sensimist) contre la rhinite allergique. *Lettre Médicale* 2017; 41:e22.
10. DJ Mener et coll. Topical intranasal corticosteroids and growth velocity in children: a meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2015; 5:95.
11. M Krishnamoorthy et coll. Efficacy of montelukast in allergic rhinitis treatment: a systematic review and meta-analysis. *Drugs* 2020; 80:1831.
12. En bref – Événements neuropsychiatriques sous le montelukast. *Lettre Médicale* 2020; 44:17.
13. En bref – Phényléphrine orale contre la congestion nasale. *Lettre Médicale* 2016; 39:132.
14. J Fowler et coll. Rhinitis medicamentosa: a nationwide survey of Canadian otolaryngologists. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 48:70.
15. B Lange et coll. Efficacy, cost-effectiveness, and tolerability of mometasone furoate, levocabastine, and disodium cromoglycate nasal sprays in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95:272.
16. S Tsabouri et coll. Omalizumab for the treatment of inadequately controlled allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014; 2:332.
17. F Etwel et coll. The risk of adverse pregnancy outcome after first trimester exposure to H1 antihistamines: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf* 2017; 40:121.
18. NW Andersson et coll. Association between fexofenadine use during pregnancy and fetal outcomes. *JAMA Pediatr* 2020; 174:e201316.
19. NW Andersson et coll. Desloratadine use during pregnancy and risk of adverse fetal outcomes: a nationwide cohort study. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020; 8:1598.
20. I Pali-Schöll et coll. Allergic diseases and asthma in pregnancy, a secondary publication. *World Allergy Organ J* 2017; 10:10.
21. A Berard et coll. Intranasal triamcinolone use during pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 2016; 138:97.
22. W-P Yau et coll. Use of decongestants during pregnancy and the risk of birth defects. *Am J Epidemiol* 2013; 178:198.
23. M Shaker et E Salcone. An update on ocular allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2016; 16:505.
24. Solution ophtalmique de cétirizine contre la conjonctivite ophtalmique. *Lettre Médicale* 2020; 44:33.
25. DM Varu et coll. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology* 2019; 126:P94.
26. JD Sheppard et coll. Impact of the topical ophthalmic corticosteroid loteprednol etabonate on intraocular pressure. *Adv Ther* 2016; 33:532.
27. K-H Hsu et A Chauhan. Rapid and selective removal of preservative from ophthalmic formulations during eyedrops instillation. *Eur J Pharm Biopharm* 2015; 97:30.
28. Immunothérapie sublinguale contre la rhinite allergique. *Lettre Médicale* 2014; 38:23.
29. Acarizax – Immunothérapie sublinguale contre la rhinite allergique induite par les acariens. *Lettre Médicale* 2018; 41:199.
30. U Nurmatov et coll. Allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis: a systematic overview of systematic reviews. *Clin Transl Allergy* 2017; 7:24.
31. SR Durham et M Penagos. Sublingual or subcutaneous immunotherapy for allergic rhinitis? *J Allergy Clin Immunol* 2016; 137:339.
32. DI Bernstein et TEG Epstein. Safety of allergen immunotherapy in North America from 2008-2017: lessons learned from the ACAAI/AAAAI National Surveillance Study of adverse reactions to allergen immunotherapy. *Allergy Asthma Proc* 2020; 41:108.
33. WA Shaikh et SW Shaikh. A prospective study on the safety of sublingual immunotherapy in pregnancy. *Allergy* 2012; 67:741.

**PRÉSIDENT:** Mark Abramowicz, M.D.; **VICE-PRÉSIDENT/DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE LA RÉDACTION :** Gianna Zuccotti, M.D., M.P.H., F.A.C.P., Harvard Medical School; **RÉDACTRICE EN CHEF :** Jean-Marie Pflomm, Pharm.D.; **RÉDACTEURS ADJOINTS:** Susan M. Daron, Pharm.D., Amy Faucard, MLS, Corinne Z. Morrison, Pharm.D., Michael P. Viscusi, Pharm.D.; **RÉDACTEURS CONSULTATIFS:** Joanna Esterow, PA-C, Mordechai Sacks, DMSc, PA-C, Brinda M. Shah, Pharm.D., F. Peter Swanson, M.D.; **RÉDACTRICE CANADIENNE:** Sandra R. Knowles, BScPhm; Sharon Yamashita, Pharm.D., FCSHP, Sunnybrook Health Sciences Centre; **TRADUCTRICE:** Élise Parent, Déjà Vu Translation Services

**COLLABORATEURS À LA RÉDACTION:** Carl W. Bazil, M.D., Ph.D., Columbia University College of Physicians and Surgeons; Ericka L. Crouse, Pharm.D., B.C.P.P., C.G.P., F.A.S.H.P., F.A.S.C.P., Virginia Commonwealth University; Vanessa K. Dalton, M.D., M.P.H., University of Michigan Medical School; Eric J. Epstein, M.D., Albert Einstein College of Medicine; Jane P. Gagliardi, M.D., M.H.S., F.A.C.P. Duke University School of Medicine; David N. Juurlink, BPhm, M.D., Ph.D., Sunnybrook Health Sciences Centre; Richard B. Kim, M.D., University of Western Ontario; Franco M. Muggia, M.D., New York University Medical Center; Sandip K. Mukherjee, M.D., F.A.C.C., Yale School of Medicine; Dan M. Roden, M.D., Vanderbilt University School of Medicine; Esperance A.K. Schaefer, M.D., M.P.H., Harvard Medical School; Neal H. Steigbigel, M.D., New York University School of Medicine; Arthur M. F. Yee, M.D., Ph.D., F.A.C.R., Weill Medical College of Cornell University

**DIRECTRICE-RÉDACTRICE EN CHEF ET DIRECTRICE, CONTENU:** Susie Wong; **ADJOINTE À LA RÉDACTION:** Karrie Ferrara

**DIRECTRICE DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES COMMANDES:** Cristine Romatowski; **DIRECTRICE EXÉCUTIVE DES VENTES:** Elaine Reaney-Tomaselli **DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE LA COMMUNICATION COMMERCIALE:** Joanne F. Valentino; **ÉDITRICE INTÉRIMAIRE:** Jean-Marie Pflomm, Pharm.D.

Fondée en 1959 par Arthur Kallet et Harold Aaron, M.D.

**Droit d'auteur avertissement:** The Medical Letter est une organisation à but non lucratif qui fournit des recommandations impartiales sur les médicaments aux professionnels de la santé. Le processus de rédaction utilisé pour ses publications est basé sur une révision de la littérature publiée et non publiée, surtout les études cliniques contrôlées, et les opinions de ses consultants. The Medical Letter ne vend pas de publicité ni ne reçoit aucun soutien commercial. Aucune partie de cette publication ne peut être ni reproduite ni transmise par quelque moyen que ce soit sans une permission écrite préalable. Les rédacteurs ne garantissent pas que toutes les informations contenues dans cette publication sont entièrement exactes et complètes. Ils n'assument aucune responsabilité en ce qui concerne des dommages-intérêts provenant d'une erreur, d'une inexactitude ou d'une omission.

#### Services d'abonnement

**Adresse:**  
The Medical Letter, Inc.  
145 Huguenot St. Ste. 312  
New Rochelle, NY 10801-7537

**Service à la clientèle:**  
Tél: 800-211-2769 ou 914-235-0500  
Téloc.: 914-632-1733  
Courriel: custserv@medicalletter.org  
www.medicalletter.org

**Permissions:**  
Pour reproduire une portion de ce numéro, demandez une autorisation préalable à:  
permissions@medicalletter.org

**Abonnements (É.-U.):**  
1 an - 159 \$; 2 ans - 298 \$;  
3 ans - 398 \$. 65 \$ par année pour les étudiants, internes, résidents et associés aux É.-U. et au Canada.  
Réimpressions - 45 \$/article ou numéro

**Questions sur la licence d'utilisation du site:**  
Courriel: SubQuote@medicalletter.org  
Tél.: 800-211-2769  
Tarif spécial pour les groupes d'abonnement.

Connectez-vous:  

Copyright 2021. ISSN 1532-8120

La Lettre Médicale

# The Medical Letter®

## Continuing Medical Education Program

[medicalletter.org/cme-program](http://medicalletter.org/cme-program)

Earn up to 52 Credits per Year for Free

### Choose CME from *The Medical Letter* in the format that's right for you!

- ▶ **Issue-based CME** – Each activity is based on a single issue of *The Medical Letter*. Read the issue, answer 10 post-activity questions, and submit answers online. Earn 2 credits/activity. Free to active subscribers of *The Medical Letter*. Nonsubscribers: \$15/2 credits.
- ▶ **Comprehensive Activities** – Available online or in print to Medical Letter subscribers. Earn 26 credits upon successful completion of a 130-question post-activity exam. Comprehensive activities are offered every January and July (total 52 credits per year). \$79.50/activity or \$74.50/activity with AutoRenew.

#### ACCREDITATION INFORMATION:

**ACCME:** The Medical Letter is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to provide continuing medical education for physicians. The Medical Letter designates this enduring material for a maximum of 2 AMA PRA Category 1 Credits™. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity. This CME activity was planned and produced in accordance with the ACCME Essentials and Policies.

**ABIM MOC:** Successful completion of this CME activity, which includes participation in the evaluation component, enables the participant to earn up to 2 MOC points in the American Board of Internal Medicine's (ABIM) Maintenance of Certification (MOC) program. Participants will earn MOC points equivalent to the amount of CME credits claimed for the activity. It is the CME activity provider's responsibility to submit participant completion information to ACCME for the purpose of granting ABIM MOC credit. Your participation information will be shared with ABIM through PARS.

**AAFP:** The AAFP has reviewed The Medical Letter Continuing Education Program, and deemed it acceptable for AAFP credit. Term of approval is from 01/01/2021 to 12/31/2021. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity. Credit approval includes the following session(s): 2.00 Enduring Materials, Self-Study AAFP Prescribed Credit(s) – The Medical Letter Continuing Education Program - Issue 1622.

**AAPA:** This activity has been reviewed by the AAPA Review Panel and is compliant with AAPA CME Criteria. Term of approval begins 01/01/2021. Term of approval is for one year from this date. Approval for 2021 is pending at this time. This activity is designated for 52.00 AAPA Category 1 CME credits. PAs should only claim credit commensurate with the extent of their participation.



**ACPE:** The Medical Letter is accredited by the Accreditation Council for Pharmacy Education as a provider of continuing pharmacy education.



**AOA:** This activity, being ACCME (AMA) accredited, is acceptable for Category 2-B credit by the **American Osteopathic Association (AOA)**.

The **American Nurses Credentialing Center (ANCC)** and the **American Academy of Nurse Practitioners (AANP)** accept **AMA PRA Category 1 Credit™** from organizations accredited by the ACCME.

**Physicians in Canada:** Members of **The College of Family Physicians of Canada** are eligible to receive Mainpro-M1 credits (equivalent to AAFP Prescribed credits) as per our reciprocal agreement with the American Academy of Family Physicians.

#### MISSION:

The mission of The Medical Letter's Continuing Medical Education Program is to support the professional development of healthcare providers including physicians, nurse practitioners, pharmacists, and physician assistants by providing independent, unbiased drug information and prescribing recommendations that are free of industry influence. The program content includes current information and unbiased reviews of FDA-approved and off-label uses of drugs, their mechanisms of action, clinical trials, dosage and administration, adverse effects, and drug interactions. The Medical Letter delivers educational content in the form of self-study material.

The expected outcome of the CME program is to increase the participant's ability to know, or apply knowledge into practice after assimilating, information presented in materials contained in *The Medical Letter*. The Medical Letter will strive to continually improve the CME program through periodic assessment of the program and activities. The Medical Letter aims to be a leader in supporting the professional development of healthcare providers through Core Competencies by providing continuing medical education that is unbiased and free of industry influence. The Medical Letter does not sell advertising or receive any commercial support.

#### GOAL:

Through this program, The Medical Letter expects to provide the healthcare community with unbiased, reliable, and timely educational content that they will use to make independent and informed therapeutic choices in their practice.

#### DISCLOSURE:

##### Principal Faculty for this Activity:

Mark Abramowicz, M.D., President: no disclosure or potential conflict of interest to report.  
Jean-Marie Pflomm, Pharm.D., Editor in Chief: no disclosure or potential conflict of interest to report.  
Brinda M. Shah, Pharm.D., Consulting Editor: no disclosure or potential conflict of interest to report.

In addition to the Principal Faculty above, the following have also contributed to this activity:  
Amy Faucard, MLS, Associate Editor: no disclosure or potential conflict of interest to report.

#### LEARNING OBJECTIVES FOR THIS ACTIVITY:

Activity participants will read and assimilate unbiased reviews of FDA-approved and off-label uses of drugs and other treatment modalities. Activity participants will be able to select and prescribe, or confirm the appropriateness of the prescribed usage of, the drugs and other therapeutic modalities discussed in *The Medical Letter* with specific attention to clinical trials, pathophysiology, dosage and administration, drug metabolism and interactions, and patient management. Activity participants will make independent and informed therapeutic choices in their practice.

Upon completion of this activity, the participant will be able to:

1. Explain the current approach to the management of a patient with allergic rhinitis and/or allergic conjunctivitis.
2. Discuss the pharmacologic options and treatment regimens available for patients with allergic rhinitis and/or allergic conjunctivitis and compare them based on their efficacy, dosage and administration, and potential adverse effects.
3. Determine the most appropriate therapy given the clinical presentation of an individual patient.

#### CREDIT:

Participants who complete this activity and achieve a score of 70% or higher on the post-activity exam will be awarded 2 credits.

**Privacy and Confidentiality:** The Medical Letter guarantees our firm commitment to your privacy. We do not sell any of your information. Secure server software (SSL) is used for commerce transactions through VeriSign, Inc. No credit card information is stored.

**IT Requirements:** Windows 7/8/10, Mac OS X+; current version of Microsoft IE/Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome, Safari, or any other compatible web browser; high-speed connection.

**Have any questions?** Call us at 800-211-2769 or 914-235-0500 or e-mail us at: [custserv@medicalletter.org](mailto:custserv@medicalletter.org)

Questions on next page

# The Medical Letter®

## Online Continuing Medical Education

DO NOT FAX OR MAIL THIS PAGE

To earn credit, go to: [medicalletter.org/CMEstatus](https://www.medicalletter.org/CMEstatus)

Note: The participant should read the post-activity questions prior to beginning the activity. After careful review of the text, tables, and cited references, the participant should take time to reflect on how the newly acquired knowledge will be applied to clinical practice, affect patient care, and improve outcomes.

### Issue 1622 Post-Activity Questions

(Correspond to questions #71-80 in Comprehensive Activity #84, available July 2021)

#### Drugs for Allergic Rhinitis and Allergic Conjunctivitis

- Which of the following is recommended for initial treatment of mild, intermittent allergic rhinitis without major congestion?
  - an oral second-generation or intranasal H<sub>1</sub>-antihistamine
  - an oral decongestant
  - an intranasal decongestant
  - montelukast
- Which of the following has the most rapid onset of action?
  - an oral H<sub>1</sub>-antihistamine
  - an intranasal H<sub>1</sub>-antihistamine
  - an intranasal corticosteroid
  - intranasal cromolyn sodium
- Which of the following oral second-generation H<sub>1</sub>-antihistamines may cause sedation at recommended doses?
  - loratadine
  - desloratadine
  - fexofenadine
  - cetirizine
- Which of the following is the most effective monotherapy for relief of allergic rhinitis symptoms?
  - an oral second-generation H<sub>1</sub>-antihistamine
  - an intranasal H<sub>1</sub>-antihistamine
  - an intranasal corticosteroid
  - an oral decongestant
- The FDA recommends that montelukast be prescribed for allergic rhinitis only when other treatments have been ineffective or intolerable because of continued reports of:
  - suicidal behavior and other neuropsychiatric events
  - hepatotoxicity
  - renal toxicity
  - anaphylaxis
- Which of the following decongestants was not more effective than placebo for relief of nasal congestion in a study in patients with allergic rhinitis?
  - phenylephrine
  - pseudoephedrine
  - oxymetazoline
  - all of the above
- Intranasal ipratropium is effective for treatment of which of the following symptoms of allergic rhinitis?
  - rhinorrhea
  - nasal itching
  - nasal congestion
  - sneezing
- Which of the following ocular symptoms of allergic conjunctivitis are ophthalmic H<sub>1</sub>-antihistamines generally not effective in relieving?
  - itching
  - erythema
  - tearing
  - photophobia
- Immunotherapy should be considered for patients with allergic rhinitis who have:
  - moderate/severe symptoms and specific IgE antibodies to clinically relevant allergens
  - mild intermittent symptoms
  - allergic conjunctivitis in addition to allergic rhinitis
  - rhinitis medicamentosa
- Which of the following statements about subcutaneous immunotherapy (SCIT) and sublingual immunotherapy (SLIT) is true?
  - SCIT has been used much longer than SLIT
  - SCIT is generally considered to be more effective than SLIT
  - Unlike SCIT, SLIT maintenance therapy can be self-administered at home
  - all of the above

ACPE UPN: Per Issue Activity: 0379-0000-21-622-H01-P; Release: April 8, 2021, Expire: April 7, 2022  
Comprehensive Activity 84: 0379-0000-21-084-H01-P; Release: July 2021, Expire: July 2022