

4 Rhinite aiguë non-allergique

Quel est le traitement de premier choix?

Ralitza Gauthier, Jérôme Berger, Olivier Bugnon

Le traitement symptomatique d'une rhinite aiguë non-allergique ne nécessite pas forcément de prise de médicament. Dans le cas contraire, un vasoconstricteur nasal représente le premier choix de traitement. Si une rhinite médicamenteuse est soupçonnée, le pharmacien devrait proposer son aide pour entreprendre un sevrage.

Des mesures comme le rinçage de nez avec une solution saline, une hydratation suffisante, une surélévation de la tête de lit, l'éviction de la fumée et l'aération et l'humidification des lieux de vie sont souvent suffisantes pour venir à bout d'une rhinite aiguë non-allergique.

Si la congestion nasale affecte la qualité de vie, un traitement médicamenteux peut être souhaité par le patient. Un vasoconstricteur nasal représente alors un premier choix de traitement compte tenu de son bref délai d'action. Mais il convient :

- de favoriser une forme topique (afin de limiter les effets indésirables systémiques), de préférence un spray (sauf s'il est mal accepté);
- de respecter la posologie et la durée maximale de cinq à sept jours de traitement;
- et de conseiller une pause de deux semaines entre deux cycles d'administration afin de prévenir une rhinite médicamenteuse.

A retenir

Divers médicaments, certains remboursés par l'assurance de base, sont à disposition sans différence notable en termes d'efficacité. Si lors d'un conseil officinal un vasoconstricteur nasal semble un choix adéquat, préférer la xylométazoline ou l'oxymétazoline pour leur efficacité rapide et leur longue durée d'action, ainsi que les spécialités sans chlorure de benzalkonium.

Les vasoconstricteurs nasaux sont efficaces!

La rhinosinusite aiguë infectieuse (d'une durée inférieure à 12 semaines) est un motif fréquent de plainte. D'étiologie virale ou bactérienne, elle se traduit par une réaction inflammatoire, associée à une vasodilatation régionale, une exsudation plasmatique et un œdème. L'obstruction nasale qui en découle altère générale-

ment la qualité de vie, notamment le sommeil [1].

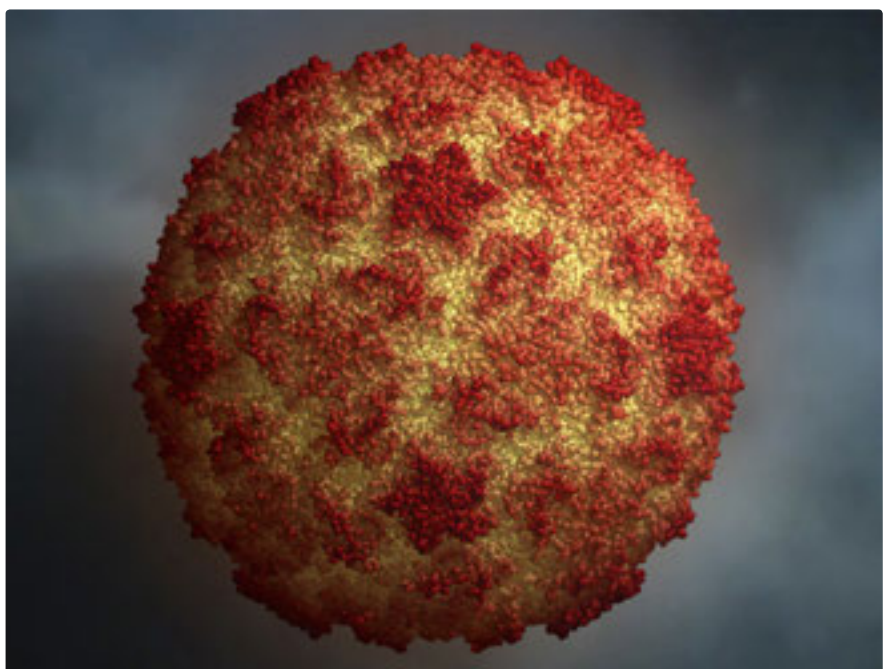
Les vasoconstricteurs nasaux sont couramment employés dans le traitement de la rhinosinusite aiguë infectieuse. Leur efficacité symptomatique sur la décongestion de la muqueuse a été démontrée par plusieurs études. Toutefois, l'utilisation des vasoconstricteurs reste sans vertu thérapeutique sur l'évolution et la durée de la congestion nasale [2, 3].

D'un point de vue physiopathologique, le réseau vasculaire de la muqueuse nasale est entouré de récepteurs adrénergiques α et β . Leur stimulation par les vasoconstricteurs est faite de manière directe (e.g. xylométazoline, oxymétazoline) ou indirecte (e.g. pseudoéphédrine, phényléphrine) en induisant la libération de noradrénaline, ce qui induit un effet vasoconstricteur, anti-œdémateux et anti-sécrétoire [3].

Délai et durée d'action: avantage xylométazoline et oxymétazoline

Les vasoconstricteurs nasaux se différencient surtout par leur délai et durée d'action, ainsi que par leur mode de remboursement. Le tableau 1 résume les spécialités prises en charge par l'assurance de base, ainsi que leur mode d'administration et leur délai et durée d'action [5, 6, 7].

Le seul vasoconstricteur à usage systémique remboursé est la pseudoéphédrine, mais uniquement en association avec un antihistaminique H1 (la diphenhydramine) et la caféine. Or, les médicaments combinant plusieurs molécules ont un rapport bénéfice/risque jugé comme défavorable dans cet usage (p.ex. compte tenu des effets anti-cholinergiques et sédatifs de la diphenhydramine dans ce cas) [8]. Les décongestionnants nasaux combinés devraient donc être réservés aux patients ne supportant pas l'application nasale et ne présentant pas de contre-indications aux composants de la préparation combinée.



En se répliquant dans l'épithélium des voies respiratoires supérieures, les rhinovirus (ici le sérotype 16) provoquent une rhinite.

© www.virology.wisc.edu

Spray ou gouttes?

Il convient de préférer les sprays doseurs qui libèrent une quantité déterminée, assurent une bonne répartition sur la muqueuse nasale et limitent le risque d'ingestion par rapport aux gouttes nasales [10].

Les gouttes présentent de plus l'inconvénient en termes d'hygiène de remettre dans la solution la pipette qui a été en contact avec la muqueuse nasale après chaque utilisation. Elles sont toutefois généralement moins chères que les sprays et certains patients préfèrent employer cette forme.

Effets indésirables limités lors d'un usage adéquat d'une forme topique

L'effet sympathomimétique des décongestionnants nasaux confère à cette classe de médicaments un large profil d'effets indésirables. Toutefois, environ deux tiers des effets indésirables et des cas de mauvaise utilisation des vasoconstricteurs concernent les formes orales [8].

Les effets indésirables graves sont souvent liés à un surdosage. Il s'agit principalement de troubles neurologiques centraux (céphalées, convulsions et accidents vasculaires cérébraux) et cardiovasculaires (palpitations, crises hypertensives et tachycardie).

Des troubles systémiques telles que tremblements, agitations, insomnies liées aux effets stimulants centraux, rétention urinaire, crise de glaucome par fermeture d'angle sont également décrits [11]. Ces effets indésirables sont majoritairement dus à :

→ la prise d'une même substance présente dans plusieurs spécialités (surdosage);

→ la présence de contre-indications, notamment une hypertension artérielle mal équilibrée, une insuffisance coronarienne sévère, un risque d'accident vasculaire cérébral, un risque de convulsions;

→ des interactions médicamenteuses avec des IMAO, des antidépresseurs tricycliques, des antihypertenseurs;

→ une rhinite médicamenteuse (cf. plus loin).

Un usage adéquat – en respectant les posologies et les durées de traitement – permet de limiter ces risques d'effets indésirables lors d'un usage topique [12].

Peu d'alternatives ont une efficacité démontrée

Une hydratation suffisante, une humidification de l'air et/ou l'utilisation de solutions de rinçage nasal peuvent être proposés comme alternatives ou en complément des vasoconstricteurs nasaux. Ces solutions activent la clairance muco-ciliaire, éliminent les sécrétions nasales et conduisent ainsi à l'amélioration des symptômes, sans toutefois influencer leur durée [13].

Une efficacité légèrement plus élevée pour les solutions de lavage par rapport aux sprays a été mise en évidence. Dans le traitement d'une rhinosinusite aiguë, la concentration hyperosmotique de certaines solutions ne présente pas un avantage notable par rapport aux solutions iso-osmotiques [14].

Les corticostéroïdes topiques peuvent constituer une alternative aux décongestionnants nasaux par leur effet anti-inflammatoire et anti-œdémateux sur la muqueuse nasale. Mais à ce jour, leur efficacité par rapport aux décongestionnants nasaux et leurs bénéfices en monothérapie

pie n'ont pas été clairement démontrés [15]. Ils présentent toutefois l'avantage d'une faible absorption et ont donc peu d'effets indésirables systémiques.

En Suisse, les seules molécules indiquées dans le traitement des rhino-sinusites non-complicées sont le furoate de mométasone et le budésonide (tous deux disponibles uniquement sur prescription médicale). Elles présentent l'inconvénient majeur d'un délai d'action beaucoup plus long que les vasoconstricteurs nasaux, avec p.ex. une durée médiane de 36 heures pour le furoate de mométasone. Le seul corticostéroïde nasal disponible sans prescription médicale (liste C) est la béclo-métasone (Beconase®), mais son indication est limitée au traitement de la rhinite allergique saisonnière à partir de 18 ans [6].

D'autres substances (antihistaminiques, cromoglycate de sodium, anticholinergiques) ont une action modérée ou nulle sur l'obstruction nasale et ne constituent pas une alternative reconnue aux vasoconstricteurs nasaux [16].

Xylométazoline ou oxymétazoline: premier choix en cas de grossesse ou allaitement

Une congestion nasale chronique (rhinite de grossesse) apparaît fréquemment durant la grossesse et disparaît spontanément dans les deux semaines après l'accouchement. Cette dernière serait due à l'élévation du taux sérique en estrogènes et à l'augmentation du volume sanguin. Les femmes enceintes devraient être systématiquement informées de la guérison spontanée de la rhinite de grossesse et l'utilisation des vasoconstricteurs nasaux serait donc à proscrire dans cette indication afin de limiter le risque de rhinite médicamenteuse.

Tableau 1: Vasoconstricteurs remboursés par l'assurance de base en Suisse et leur durée d'action.

	Principe actif	Spécialités	Galénique	BKC*	Délai d'action (minutes)	Durée d'action (heures)
Non-combinés Topique	Xylométazoline	Spray Nasal Neo Spirig HC® Rinosedin®	Spray Spray/Gouttes	Non Oui	5–10	10
	Oxymétazoline	Nasivine Pur®	Spray/Gouttes	Non	5–10	10
	Phenylephrine	Spray nasal Spirig enfants® (hors commerce)	Spray	Non	15–20	2–6
Combinés per os	Pseudoephedrine, Dimenhydrinate, Caféine	Rhinocap®	Capsules	Non pertinent	30	4–6

* BKC: chlorure de benzalkonium [9].

6 L'eau saline constitue le traitement de premier recours pour soulager les symptômes de congestion nasale chez la femme enceinte ou allaitante. Si l'utilisation d'un vasoconstricteur nasal est nécessaire, l'oxymétazoline et la xylométazoline en usage topique sont les deux molécules à privilégier, en respectant un usage adéquat.

Un effet tératogène n'est pas attendu pour ces vasoconstricteurs. Le passage de la xylométazoline et de l'oxymétazoline dans le lait maternel n'est pas connu, mais leur faible absorption systémique permet tout de même une utilisation occasionnelle [17, 18].

Rôle important du pharmacien d'officine dans la prévention de la rhinite médicamenteuse

L'effet rebond (exacerbation des symptômes traités à l'arrêt du médicament) et la tachyphylaxie (baisse rapide de l'effet lors d'administration répétée) sont des effets indésirables des vasoconstricteurs topiques et caractérisent la rhinite médicamenteuse. L'incidence de la rhinite médicamenteuse semblerait plus fréquente chez les jeunes et les adultes d'âge moyen, ainsi que chez les femmes enceintes [19]. Les seuls signes distinctifs d'une rhinite médicamenteuse sont le gonflement et la coloration rouge intense de la muqueuse, associés à une utilisation prolongée d'un vasoconstricteur topique.



L'usage d'un vasoconstricteur nasal ne devrait pas dépasser sept jours. Au-delà, des altérations de la muqueuse nasale surviennent, exposant au risque de rhinite médicamenteuse.

© nito/Fotolia

Une utilisation prolongée (plus de sept jours) conduit à des altérations de la muqueuse nasale, telles qu'une perte ciliaire et une hyperplasie des cellules mucipares avec production accrue de mucus. La sévérité de la rhinite médicamenteuse semble proportionnelle à la dose, durée et fréquence d'utilisation, ainsi qu'à la forme galénique (probablement moins fréquent avec les vasoconstricteurs oraux) et à la présence de chlorure de benzalkonium comme agent conservateur [19,20].

Les altérations de la muqueuse nasale sont souvent réversibles dans les deux semaines suivant l'arrêt du vasoconstricteur nasal [21]. Pour permettre la restitution de la muqueuse et du transport mucociliaire, une période de «wash-out» d'au moins 10 à 15 jours devrait être respectée entre deux cycles d'utilisation de vasoconstricteurs [21].

Ces différentes recommandations (durée de traitement maximale et période de «wash-out») sont basées sur une utilisation correspondant à trois à quatre applications par jour. Nous n'avons pas trouvé de recommandation en cas d'administration moins fréquente. Au vu des facteurs influençant la rhinite médicamenteuse, il semblerait logique d'envisager qu'une application moins fréquente (p.ex. uniquement le soir au coucher) permette une utilisation pendant une durée légèrement supérieure à sept jours.

Désaccoutumance aux vasoconstricteurs nasaux: plusieurs pistes

Lors d'une rhinite médicamenteuse, la recherche d'une cause sous-jacente à l'usage prolongé d'un vasoconstricteur (allergie, grossesse, polypes nasaux ou utilisation d'autres médicaments pouvant induire une rhinite médicamenteuse) devrait être envisagée [22].

L'arrêt d'un vasoconstricteur est souvent difficile pour les patients en raison des symptômes toujours présents et gênants. Pour soutenir les patients et soulager les symptômes sans recours à un vasoconstricteur nasal, plusieurs pistes sont évoquées.

Diminution progressive de la concentration du vasoconstricteur nasal

Elle implique le passage progressif à un dosage «enfant», puis «nourrisson» avant l'arrêt définitif du vasoconstricteur to-

pique. Aucune étude n'étant disponible, il n'est pas possible de recommander un schéma dégressif précis, ni d'en évaluer l'efficacité [22].

Arrêt brutal du vasoconstricteur nasal

Il est conseillé dans diverses études [22]. Il conduit souvent à un gonflement rebond et à une congestion nasale, en particulier durant la première semaine suivant l'arrêt. Pour pallier à ce problème et laisser le temps à la muqueuse nasale de se régénérer, divers traitements ont été étudiés et proposés séparément ou en association:

- lavages avec une solution physiologique. Dans le cadre de la désaccoutumance aux vasoconstricteurs nasaux, il serait préférable de recourir aux solutions hypertoniques compte tenu de leur action anti-œdémateuse plus marquée et de la stimulation plus forte de la fréquence de battement ciliaire [14].
- administration nasale de corticostéroïdes topiques une à deux fois par jour, selon les caractéristiques du produit. Le choix du corticostéroïde aurait peu d'influence car leur efficacité clinique est jugée similaire [23]. Il serait préférable de débiter leur administration une semaine avant la date prévue d'arrêt du vasoconstricteur, puisque leur effet maximal n'est atteint qu'au bout de quelques jours [24]. Pour une efficacité optimale, il est également conseillé de poursuivre le traitement durant une à six semaines après la disparition des symptômes de rhinite médicamenteuse [19].
- autres traitements possibles: corticostéroïdes oraux ou en injection dans les cornets, chirurgie nasale et dans une moindre mesure les vasoconstricteurs oraux et les antihistaminiques (topiques ou oraux) [22]. ■

Adresse de correspondance

Dr Jérôme Berger, Pharmacien chef adjoint
Centre de pharmacie communautaire
Policlinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
E-Mail: jerome.berger@hospvd.ch

Références

- [1] Clin Allergy Immunol. 2007; 19: 383-7.
 [2] Am J Rhinol 2008; 22(5): 491-6.
 [3] Clin Ther; 2007; 29(6): 1057-70.
 [4] Pharmacotherapy 1993; 13:110-5.
 [5] www.listedesspecialités.ch (consulté en octobre 2015).
 [6] www.swissmedicinfo.ch (consulté en octobre 2015).
 [7] Eur J Clin Pharmacol, 2011; 67; 19–23.
 [8] ANSM, Rapport, Compte rendu de la commission nationale de pharmacovigilance, 2012.
 [9] Pharma-News; 2013; 109; 9.
 [10] pharManuel; 2015; 54.
 [11] Rev Prescrire 2011; 31 (338); 299–307.
 [12] Treat Respir Med; 2005; 4; 21-9.
 [13] Jessica C. et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections, Cochrane Acute Respiratory Infections Group, Published Online: 17.03.2010.
 [14] Otolaryngol Head Neck Surg. 2014; 150(1): 16–21.
 [15] Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 21(1); 31-8.
 [16] Rev Prescrire; 2013; 33(351); 25.
 [17] J Am Acad nurse Pract 2002; 14; 527-30.
 [18] Médicaments, grossesse et lactation, J.-F. Delaloye et al., 4^e éd.; Médecine et Hygiène; 2015.
 [19] Eur Arch Otorhinolaryngol 2009; 266: 623-5.
 [20] Graf Respir Med 2001; 95: 728-33.
 [21] Expert Opin Drug Saf 2006; 5: 783-90.
 [22] im@il-Offizin; 2012; 18.
 [23] J Laryngol Otol. 2003; 117(11): 843–845.
 [24] J All Clin Immun, 1999; 104(4), 144-49.

Akute nicht-allergische Rhinitis

Welche Therapie ist die 1. Wahl?

Ralitza Gauthier, Jérôme Berger, Olivier Bugnon

Die symptomatische Behandlung einer akuten nicht-allergischen Rhinitis macht nicht unbedingt den Einsatz eines Medikaments nötig. Wenn doch, stellt ein nasaler Vasokonstriktor die Therapie der 1. Wahl dar. Besteht der Verdacht auf eine medikamenteninduzierte Rhinitis, so sollte der Apotheker seine Unterstützung für einen Entzug anbieten.

Massnahmen wie das Spülen der Nase mit einer Salzlösung, die Sicherstellung einer ausreichenden Hydratation, das Hochstellen des Kopfteils im Bett, das Meiden von Tabakrauch und das Lüften und Befeuchten der Wohnung sind oftmals genügend, um einer akuten nicht-allergischen Rhinitis beizukommen.

Beeinträchtigt die nasale Kongestion aber die Lebensqualität, so wünschen viele Patienten eine Pharmakotherapie. Ein nasaler Vasokonstriktor stellt in diesem Fall wegen des schnellen Wirkungseintritts eine Therapie der Wahl dar; allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- einer topischen Form (zur Einschränkung systemischer UAW), in erster Linie einem Nasenspray (ausser bei schlechter Akzeptanz), den Vorzug geben
- Dosierung und maximale Applikationsdauer von fünf bis sieben Tagen einhalten
- Unterbruch von zwei Wochen zwischen zwei Anwendungszyklen, zur Verhinderung einer Rhinitis medicamentosa.

Hinweis

Diverse Medikamente, ohne nennenswerte Unterschiede punkto Wirksamkeit, die zum Teil von der Grundversicherung vergütet werden, stehen zur Verfügung. Erweist sich in einem Beratungsgespräch in der Offizin ein nasaler Vasokonstriktor als adäquate Wahl, so sollen Xylometazolin und Oxymetazolin wegen des sofortigen Wirkungseintritts und der langen Wirkungsdauer sowie Präparate ohne Benzalkoniumchlorid bevorzugt werden.

Nasale Vasokonstriktoren sind wirksam!

Die akute infektiöse Rhinosinusitis (mit einer Dauer von weniger als 12 Wochen) gibt oft Anlass zu Beschwerden. Von viraler oder bakterieller Ätiologie, manifestiert sie sich durch eine entzündliche Reaktion, verbunden mit einer regionalen Vasodilatation, einer plasmatischen Exsudation und einem Oedem. Die nasale Obstruktion, die dadurch entsteht, beeinträchtigt im Allgemeinen die Lebensqualität, namentlich das Schlafverhalten [1].

Nasale Vasokonstriktoren sind in der Behandlung der akuten infektiösen Rhinitis geläufig. Ihre symptomatische Wirkung betreffend das Abschwellen der Nasenschleimhaut wurde in mehreren Studien bewiesen. Trotzdem bleibt die Anwendung von Vasokonstriktoren ohne therapeutischen Einfluss auf den Verlauf und die Dauer der nasalen Kongestion [2,3].

Aus pathophysiologischer Sicht ist das vaskuläre Netz der Nasenmukosa umgeben von adrenergen Rezeptoren α und β . Deren Stimulation mittels Vasokonstriktoren erfolgt direkt (z.B. mit Xylometazolin und Oxymetazolin) oder indirekt (z.B. mit Pseudoephedrin und Phenylephrin), indem die Freisetzung von Noradrenalin induziert wird, was einen vasokonstriktorischen, anti-oedematösen und anti-sekretorischen Effekt auslöst [3].

Wirkungseintritt und -dauer: Vorteil von Xylometazolin und Oxymetazolin

Die nasalen Vasokonstriktoren unterscheiden sich untereinander vor allem durch ihren Wirkungseintritt und ihre Wirkungsdauer sowie punkto Vergütung durch die Krankenkasse. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die von der Grundversicherung übernommenen Spezialitäten und deren Verabreichungsmodus,

8 Tabelle 1: in der Schweiz von der Grundversicherung übernommene Vasokonstriktoren und deren Wirkungsdauer

	Wirkstoff	Spezialitäten	Galenik	BKC*	Wirkungseintritt (Minuten)	Wirkungsdauer (Stunden)
nicht kombiniert topisch	Xylometazolin	Spray Nasal Neo Spirig HC® Rinosedin®	Spray Spray/Tropfen	nein ja	5–10	10
	Oxymetazolin	Nasivin Pur®	Spray/Tropfen	nein	5–10	10
	Phenylephrin	Spray nasal Spirig enfants® (Ausser Handel)	Spray	nein	15–20	2–6
kombiniert per os	Pseudoephedrin, Dimen-hydrinat, Koffein	Rhinocap®	Kapseln	unrelevant	30	4–6

* BKC: Benzalkoniumchlorid [9]

Wirkungseintritt und Wirkungsdauer [5,6,7].

Der einzige Vasokonstriktor zur systemischen Anwendung, der von der Versicherung übernommen wird, ist Pseudoephedrin, allerdings nur in Kombination mit einem H1-Antihistaminikum (Diphenhydramin) und Koffein. Präparate, die mehrere Wirkstoffe kombinieren, weisen aber in dieser Indikation eine als ungünstig beurteilte Nutzen/Risiko-Bilanz auf (z.B. hinsichtlich der anti-cholinergen und sedativen Effekten von Diphenhydramin in diesen Fällen) [8]. Kombinierte Präparate zur Abschwellung der Nasenmukosa sollten aus diesem Grund reserviert bleiben für Patienten, für die eine nasale Applikation nicht in Frage kommt und die keine Kontraindikation für die

einzelnen Inhaltsstoffe des Kombinationspräparats aufweisen.

Spray oder Tropfen?

Dosiersprays sollten bevorzugt werden, da sie im Gegensatz zu den Nasentropfen eine bestimmte Wirkstoffmenge freisetzen, eine gleichmässige Verteilung auf der Nasenschleimhaut gewährleisten und das Risiko für ein Verschlucken begrenzen [10].

Tropfen weisen zudem betreffend Hygiene einen Nachteil auf, da die Pipette, die mit der Schleimhaut in Kontakt war, nach jeder Anwendung wieder in die Flüssigkeit getaucht wird. Allerdings sind sie im Allgemeinen billiger als Sprays; gewisse Patienten bevorzugen diese galenische Form.

Begrenzte unerwünschte Wirkungen bei sachgemässer Anwendung topischer Formen

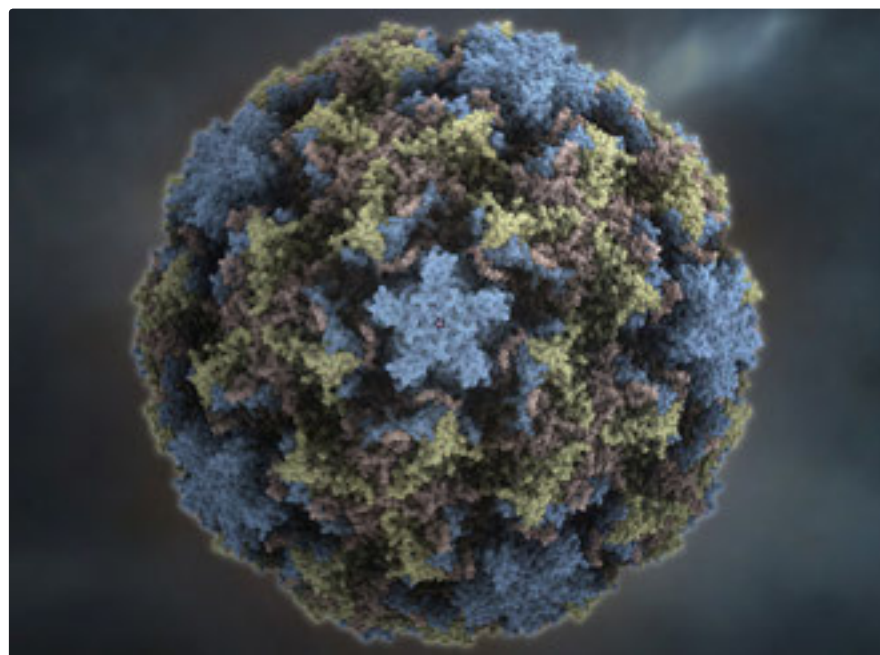
Der sympathomimetische Effekt der nasalen Dekongestiva führt bei dieser Medikamentenklasse zu einem breiten UAW-Profil. Ungefähr zwei Drittel der unerwünschten Wirkungen und unsachgemässen Anwendungen von Vasokonstriktoren betreffen allerdings orale Formen [8].

Schwerwiegende UAW treten oft im Zusammenhang mit einer Überdosierung auf. Es handelt sich in erster Linie um zentrale neurologische (Kopfschmerzen, Konvulsion und zerebrale Insulte) und kardiovaskuläre Störungen (Palpitationen, hypertensive Krise und Tachykardie).

Systemische Störungen wie Zittern, Agitation, Insomnie durch zentrale stimulierende Effekte, Harnverhaltung und Engwinkelglaukom-Anfälle sind ebenfalls beschrieben [11]. Diese unerwünschten Wirkungen werden meistens verursacht durch:

- simultane Einnahme mehrerer Spezialitäten mit dem gleichen Wirkstoff (Überdosierung)
- bestehende Kontraindikationen, namentlich schlecht kontrollierte Hypertonie, schwere Koronarinsuffizienz, erhöhtes Risiko für zerebrale vaskuläre Ereignisse und Konvulsionen
- medikamentöse Interaktionen mit MAOI, trizyklischen Antidepressiva, Antihypertonika
- medikamenteninduzierte Rhinitis.

Eine sachgemässe Anwendung – unter Einhaltung der Dosierung und der Behandlungsdauer – erlaubt eine Begrenzung der Risiken für unerwünschte Wirkungen bei topischer Anwendung [12].



Die Rhinoviren sind Krankheitserreger, die hauptverantwortlich für Schnupfen und Erkältungen sind. Es wurden über 100 Serotypen beschrieben (hier Rhinovirus 3).

© www.virology.wisc.edu

Wenige Alternativen mit erwiesener Wirksamkeit

Genügende Hydratation, Luftbefeuchtung und/oder die Durchführung von Nasenspülungen können als Alternativen oder zusätzlich zu den nasalen Vasokonstriktoren empfohlen werden. Die Spülungen aktivieren die mukoziliäre Clearance, eliminieren die Nasensekrete und führen dadurch zur Linderung der Symptome, ohne aber deren Dauer zu beeinflussen [13].

Eine leicht stärkere Wirksamkeit für Spüllösungen verglichen mit den Nasensprays konnte nachgewiesen werden. In der Behandlung einer akuten Rhinosinusitis bringt die hyperosmotische Konzentration gewisser Lösungen, verglichen mit isosmotischen Spülungen, keinen entscheidenden Vorteil [14].

Topische Kortikosteroide können durch ihre entzündungshemmende und antiödematöse Wirkung auf die Nasenschleimhaut eine Alternative zu den nasalen Dekongestiva darstellen. Bisher konnten aber ihre Wirksamkeit versus abschwellende Nasensprays und ihr Nutzen als Monotherapie nicht klar gezeigt werden [15]. Sie weisen aber den Vorteil einer geringen Absorption und somit ein tiefes Risiko für systemische UAW auf.

In der Schweiz sind einzig Mometasonfuroat und Budesonid (beide rezeptpflichtig) zur Behandlung der unkomplizierten Rhinosinusitis indiziert. Sie weisen als grossen Nachteil einen sehr viel späteren Wirkungseintritt als die nasalen Vasokonstriktoren auf, mit beispielsweise einer medianen Dauer von 36 Stunden für Mometasonfuroat. Das einzige ohne Rezept erhältliche nasale Kortikoid (Liste C) ist Beclometason (Beconase®), dessen Indikation aber beschränkt ist auf die Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis ab 18 Jahren [6].

Weitere Wirkstoffe (Antihistaminika, Natriumcromoglicat, Anticholinergika) haben einen bescheidenen oder gar keinen Einfluss auf die nasale Obstruktion; sie gelten nicht als anerkannte Alternative zu den nasalen Vasokonstriktoren [16].

Xylometazolin oder Oxymetazolin: 1. Wahl in Schwangerschaft und Stillzeit

Eine chronische nasale Kongestion (Schwangerschaftsrhinitis) tritt während der Schwangerschaft häufig auf und verschwindet spontan innert zweier Wochen

nach der Geburt. Sie wird wahrscheinlich verursacht durch die erhöhte Serumkonzentration der Östrogene und die Zunahme des Blutvolumens. Schwangere sollten systematisch über die spontane Heilung der Schwangerschaftsrhinitis informiert werden; die Anwendung nasaler Vasokonstriktoren sollte in dieser Indikation vermieden werden, um einer Rhinitis medicamentosa vorzubeugen.

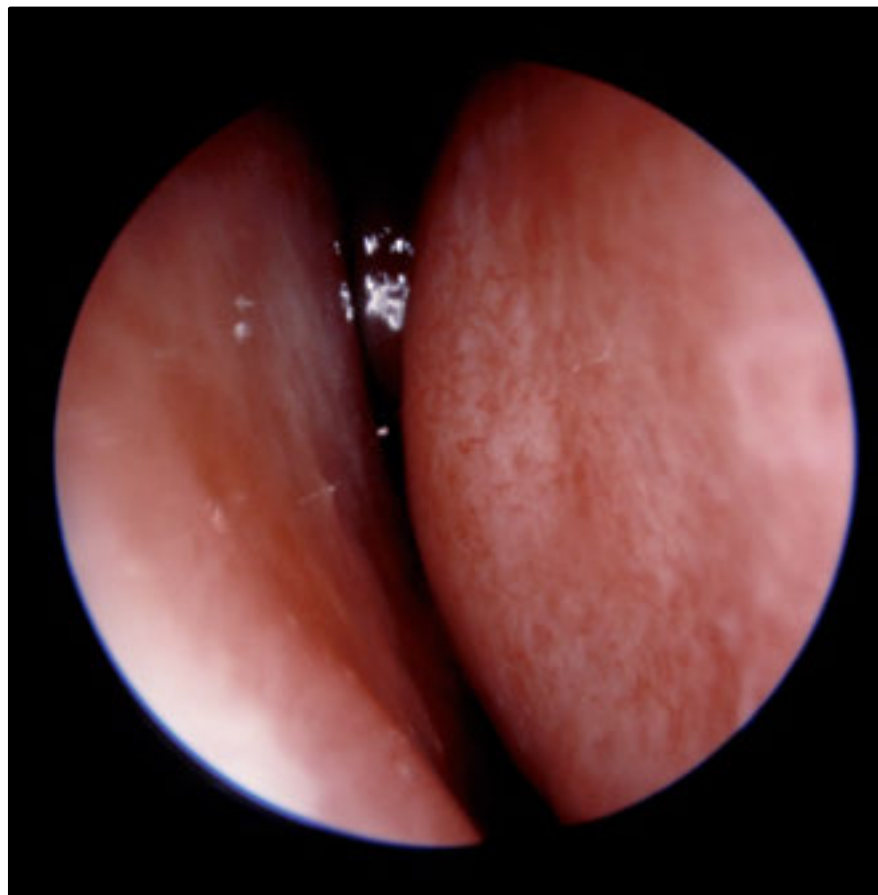
Salzwasserspülungen sind die Behandlung der Wahl zur Linderung der Symptome einer verstopften Nase bei schwangeren und stillenden Frauen. Wird die Anwendung eines nasalen Vasokonstriktors unvermeidlich, so sind Oxymetazolin und Xylometazolin zum topischen Gebrauch, unter Berücksichtigung einer adäquaten Verwendung, die zwei vorzuziehenden Wirkstoffe.

Es wird kein teratogener Effekt für diese Vasokonstriktoren erwartet. Über den Übergang von Xylometazolin und Oxymetazolin in die Muttermilch ist nichts bekannt, aber deren spärliche systemische Absorption erlaubt trotzdem eine gelegentliche Anwendung [17,18].

Wichtige Rolle des Offizinapothekers in der Prävention der medikamenteninduzierten Rhinitis

Der Reboundeffekt (Exazerbation der behandelten Symptome beim Absetzen des Medikaments) und die Tachyphylaxie (schneller Wirksamkeitsrückgang bei wiederholter Anwendung) sind typische unerwünschte Wirkungen der topischen Vasokonstriktoren und Charakteristika der Rhinitis medicamentosa. Deren Inzidenz scheint höher zu sein bei Jugendlichen und Erwachsenen mittleren Alters sowie Schwangeren [19]. Die einzigen eruierbaren Anzeichen einer medikamenteninduzierten Rhinitis sind ein Anschwellen und eine intensive Rötung der Schleimhaut unter einer längeren Anwendung eines topischen Vasokonstriktors.

Ein längerdauernder Gebrauch (über sieben Tage) führt zu Veränderungen an der Nasenmukosa wie Zilienverlust und Hyperplasie der schleimbildenden Zellen mit einer gesteigerten Mukusproduktion. Der Schweregrad der Rhinitis medicamentosa scheint proportional zu sein zur



Die eruierbaren Anzeichen einer medikamenteninduzierten Rhinitis sind ein Anschwellen und eine intensive Rötung der Schleimhaut.

© rhinitis.hawkelibrary.com

Dosis, zur Dauer und zur Anwendungsfrequenz sowie zur galenischen Form (möglicherweise weniger häufig unter oralen Vasokonstriktoren) und zum Einsatz von Benzalkoniumchlorid als Konservans [19,20].

Die Veränderungen an der Nasenschleimhaut erweisen sich oft innert zweier Wochen nach Absetzen des nasalen Vasokonstriktors als reversibel [21]. Zur Restitution der Mukosa und der mukoziliären Clearance sollte zwischen zwei Vasokonstriktor-Anwendungszyklen eine «wash-out»-Periode von mindestens 10–15 Tagen eingehalten werden [21].

Diese Empfehlungen (maximale Behandlungsdauer und «wash-out»-Phase) basieren auf einer Anwendung von drei bis vier Applikationen pro Tag; es fanden sich keine für eine weniger häufige Anwendung. Angesichts der Faktoren, die die medikamenteninduzierte Rhinitis beeinflussen, scheint es logisch, dass eine seltenere Applikation (beispielsweise nur abends beim Zubettgehen) eine leicht längere Anwendungsdauer als sieben Tage ermöglichen könnte.

Entwöhnung von nasalen Vasokonstriktoren: mehrere Vorgehen

Bei einer medikamenteninduzierten Rhinitis sollte ein Screening auf die Ursachen, die der verlängerten Anwendungsdauer zu Grunde liegen (Allergie, Schwangerschaft, Nasenpolypen oder die Einnahme anderer Medikamente, die eine Rhinitis induzieren können) ins Auge gefasst werden [22].

Das Absetzen des Vasokonstriktors erweist sich wegen der ständig vorhandenen und störenden Symptome oft als schwierig für die Betroffenen. Zur Unterstützung der Patienten und zur Linderung der Symptome, ohne auf einen nasalen Vasokonstriktor zurückgreifen zu müssen, kommen mehrere Vorgehensweisen in Frage:

Progressive Senkung der Konzentration des nasalen Vasokonstriktors

Sie besteht in einer schrittweisen Reduktion, erst auf eine «Kinder»-, dann auf eine «Säuglings»-Dosis, bis zum definitiven Absetzen des topischen Vasokonstriktors. Da keine einzige Studie zur Verfügung steht, ist es weder möglich, ein präzises degressives Schema vorzuschlagen, noch dessen Wirksamkeit zu evaluieren [22].

Unvermitteltes Absetzen des nasalen Vasokonstriktors

Dieses Vorgehen wird in diversen Studien empfohlen [22]. Das unvermittelte Absetzen führt häufig zu einem Rebound-Anschwellen und zu einer nasalen Kongestion, insbesondere in der ersten Woche nach dem Stopp. Um diese Reaktion zu mildern und der Nasenschleimhaut Zeit zur Regenerierung zu lassen, wurden mehrere Behandlungen untersucht und vorgeschlagen, entweder allein oder kombiniert:

- Spülungen mit physiologischer Lösung: Im Rahmen einer Entwöhnung von nasalen Vasokonstriktoren sind hypertontische Lösungen wegen der ausgeprägteren antioedematösen Wirkung und der stärkeren Stimulation der Zilientätigkeit vorzuziehen [14].
- Nasale Verabreichung topischer Kortikosteroide ein- bis zweimal pro Tag, je nach Eigenschaften des Präparats: Die Wahl des Kortikoids hat offensichtlich keinen grossen Einfluss, da deren klinische Wirksamkeit als vergleichbar beurteilt wird [23]. Wenn möglich, soll mit der Verabreichung des Kortikoids eine Woche vor dem geplanten Absetzen des Vasokonstriktors begonnen werden, da der maximale Effekt erst nach einigen Tagen erreicht wird [24]. Für eine optimale Wirksamkeit wird ebenfalls ein Fortführen der Behandlung während einer bis sechs Wochen nach dem Verschwinden der Symptome der Rhinitis medicamentosa empfohlen [19].
- Weitere mögliche Behandlungen: Orale oder als Injektion in die Nasenmuschel verabreichte Kortikosteroide, chirurgische Interventionen und, in selteneren Fällen, orale Vasokonstriktoren und Antihistaminika (topisch oder oral) [22]. ■

Referenzen

- [1] Clin Allergy Immunol. 2007; 19; 383-7
- [2] Am J Rhinol 2008; 22(5); 491-6
- [3] Clin Ther; 2007; 29(6); 1057-70
- [4] Pharmacotherapy 1993; 13:110-5
- [5] www.spezialtaetenliste.ch (konsultiert Oktober 2015)
- [6] www.swissmedinfo.ch (konsultiert Oktober 2015)
- [7] Eur J Clin Pharmacol, 2011; 67; 19–23
- [8] ANSM, Rapport, Compte rendu de la commission nationale de pharmacovigilance, 2012
- [9] Pharma-News; 2013; 109; 9
- [10] pharManuel; 2015; 54
- [11] Rev Prescrire 2011; 31 (338); 299–307
- [12] Treat Respir Med; 2005; 4; 21-9
- [13] Jessica C. et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections, Cochrane Acute Respiratory Infections Group, Published Online: 17.03.2010
- [14] Otolaryngol Head Neck Surg. 2014; 150(1): 16–21
- [15] Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 21(1); 31-8
- [16] Rev Prescrire; 2013; 33(351); 25
- [17] J Am Acad nurse Pract 2002; 14; 527-30
- [18] Médicaments, grossesse et lactation, J.-F. Delaloye et al. 4e éd.; Médecine et Hygiène; 2015
- [19] Eur Arch Otorhinolaryngol 2009; 266: 623-5
- [20] GrafRespir Med 2001; 95: 728-33
- [21] Expert Opin Drug Saf 2006; 5: 783-90
- [22] im@il-Offizin; 2012; 18
- [23] J Laryngol Otol. 2003; 117(11): 843–845
- [24] J All Clin Immun, 1999; 104(4), 144-49

Korrespondenzadresse

Dr. Jérôme Berger, Pharmacien chef adjoint
Centre de pharmacie communautaire
Policlinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
E-Mail: jerome.berger@hospsvd.ch