

ITEM N° 90 INFECTIONS NASO-SINUSIENNES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE.

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une rhino-sinusite aiguë.
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

INTRODUCTION

Infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes.
Diagnostic différentiel souvent difficile avec rhinopharyngite virale

1. EPIDEMIOLOGIE

1-1. REPARTITION DE L'ATTEINTE SINUSIENNE EN FONCTION DE L'AGE.

- En dehors de l'ethmoïdite, qui survient chez le petit enfant, la sinusite maxillaire (la plus fréquente), frontale et sphénoïdale, se voit chez l'adulte, plus rarement l'enfant au delà de 8-10 ans.

1-2. EPIDEMIOLOGIE MICROBIENNE

- Trois bactéries dominent : *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*.
- Ces germes sont fréquemment résistants.
- Ethmoïdites : *Staphylococcus* sp ou *H. influenzae* b.

2. PHYSIOPATHOLOGIE

- La plupart des sinusites aiguës purulentes compliquent une infection virale des VAS.
- Risque de complications en cas de localisations frontales, ethmoïdales, et sphénoïdales.

I. DIAGNOSTIQUER UNE RHINO-SINUSITE AIGUE

1. CHEZ L'ADULTE

1.1. SINUSITE AIGUË MAXILLAIRE

1.1.1 Clinique

Rhinorrhée purulente et douleur, unilatérales.
Les complications peuvent être maxillaires, ostiales ou orbitaires.

1.1.2. Prélèvements microbiologiques

Aspiration directe du pus au niveau du méat moyen.

1.1.3. Imagerie médicale

Radiographie des sinus : indiquée si doute diagnostique ou échec de l'antibiothérapie.
Cliché panoramique dentaire : recherche d'une origine dentaire.

1.2. SINUSITE SPHENOÏDALE

Douleurs profondes et mouchage postérieur.
Scanner : examen de choix

1.3 SINUSITE ETHMOÏDALE

Céphalées rétro orbitaires, oedème de l'angle interne de l'œil, oedème palpébral.

2. CHEZ L'ENFANT

2.1. ETHMOÏDITE AIGUË

2.1.1. Clinique

- Complique une rhinite aiguë
- Fièvre élevée, céphalées, prostration.
- Rhinorrhée purulente
- Œdème de l'angle interne de l'œil, puis touchant les paupières, sans atteinte oculaire.

2.1.2. Imagerie

- Scanner : diagnostic, recherche de complications.

2.2 SINUSITE MAXILLAIRE

2.2.1 Clinique

Le plus souvent banale congestion sinusienne dans le cadre d'une rhinopharyngite virale : guérit spontanément.

Il faut rechercher les arguments en faveur d'une sinusite bactérienne : symptômes persistants plus de 2-3 jours avec traitement symptomatique, douleur et rhinorrhée purulente, surtout si unilatérales.

Le scanner est indiqué surtout pour rechercher une complication.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

1. NE TRAITER QUE LES SINUSITES D'ETIOLOGIE BACTERIENNE

Pour limiter l'utilisation inappropriée des antibiotiques, limiter la pression de sélection.

2. ARGUMENTS EN FAVEUR DU TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUES

2.1 SOULAGER PLUS RAPIDEMENT LES PATIENTS.

2.2 EVITER LES EXCEPTIONNELLES COMPLICATIONS GRAVES QUI FONT COURIR UN RISQUE VITAL

2.2.1 Orbitaires (ethmoïdite aiguë).

- Cellulite.
- Phlegmon.
- Abscesses sous-périosté.
-

2.2.2. Neuroméningées (toute atteinte sinusienne).

- Méningite (pneumocoque)
- Thrombophlébite du sinus caverneux ou longitudinal supérieur (surtout staphylocoque)
- Abscesses cérébraux (streptocoques, anaérobies)
- Empyème sous-dural.

2.3. RISQUE D'EVOLUTION VERS LA CHRONICITE

Favorisée par :

- traitement inadapté épisode aigu
- répétition épisodes aigus
- Facteurs anatomiques locaux ou régionaux (granulome dentaire, amalgame dentaire dans le fond d'un sinus maxillaire, malformations, déviation septale, corps étrangers, tumeur)
- Terrain (allergie, polyposse nasosinusienne),
- Facteurs environnementaux (pollution, climatisation, tabagisme,...)

En plus des bactéries usuelles, risque d'anaérobies, de BGN et d'*Aspergillus sp.*

Bilan radiographique (standard et surtout scanner).

Sinusites maxillaires : bilan dentaire.

3. COMMENT TRAITER

3.1 CHEZ L'ADULTE

3.1.1. Antibiothérapie (CF T2 et T4, chap 16, E.PILLY, 2004).

Situations évocatrices : antibiothérapie d'emblée, probabiliste, per os, pour 7 à 10 jours (5 jours pour certains antibiotiques). Certains antibiotiques (quinolones anti-pneumococques) ont une AMM restrictive.

Situations douteuses : pas d'antibiotique en première intention, traitement symptomatique et contrôle à 48-72 heures.

3.1.2. Autres traitements

- Antalgiques banaux
- Ponction de sinus : contre-indiquée en phase aiguë.
- Anti-inflammatoires stéroïdiens pendant 5 j dans les sinusites hyperalgiques (blocage ostial).
- Pulvérisations nasales de vasoconstricteurs, inhalations. (Les traitements locaux, seuls, sont inefficaces.)

3.1.4 Si échec du traitement médical

- Après confirmation radiologique (niveau hydro-aérique)
- Ponction du sinus ± drain pour lavages.

3.1.5. Cas particulier de la sinusite sphénoïdale

- Antibiothérapie antistaphylococcique
- Si échec : geste chirurgical.

3.2 CHEZ L'ENFANT

3.2.1 Antibiothérapie

Sinusite maxillaire : bétalactamine large spectre per os

Ethmoïdite aiguë : C3G injectable associée à un aminoside ou à la fosfomycine.

3.2.1.3. Autres traitements

AINS non recommandés

QUIZZ

1. L'aspect purulent d'une rhinorrhée affirme le diagnostic de sinusite aigue
2. La sinusite frontale est la localisation la plus fréquente des sinusites de l'adulte
3. *S. aureus* résistant à la méthicilline est une bactérie fréquemment isolée des sinusites maxillaires aigues de l'adulte
4. Chez l'enfant, les sinusites aigues sont souvent d'origine virale
5. La bilatéralité des douleurs est un argument fort en faveur d'une sinusite maxillaire aigue
6. Le scanner des sinus est l'examen à demander en cas de suspicion de sinusite maxillaire
7. L'antibiothérapie est indiquée chez l'adulte au cours des sinusites maxillaires, même en cas de situation douteuse, compte tenu du risque de complication
8. Une quinolone antipneumococcique peut être prescrite en première intention, si le diagnostic de sinusite maxillaire aigue est certain
9. La survenue d'une éthmoïdite chez l'enfant justifie une hospitalisation
10. La survenue d'une sinusite sphénoïdale chez l'adulte peut justifier un traitement par quinolone antipneumococcique

Item 90 DOSSIER CLINIQUE 1

Monsieur Bellérophon PILLY, 45 ans, est hospitalisé aux urgences pour syndrome méningé fébrile le 1^{er} octobre 2003.

Antécédents :

- tabagisme chronique, éthylisme modéré
- un épisode de sinusite aiguë 2 ans auparavant
- ne suit habituellement aucun traitement

Histoire de la maladie

- Début le 10 septembre 2003, soit 3 semaines auparavant, par un rhume banal. Automédication par paracétamol et gouttes nasales à base de cortisone.
- Le 20 septembre, soit au dixième jour d'évolution du rhume, Bellérophon PILLY consulte aux urgences pour persistance d'une rhinorrhée avec une sensation d'obstruction nasale, et de douleurs faciales.
- Vous avez accès au dossier médical informatisé du patient, dans lequel il est noté :
- *Consultation du 20 septembre 2003 :*
- *« Se plaint de rhinorrhée depuis environ 12 jours, avec obstruction nasale majorée depuis 5 jours. Douleurs spontanées sous orbitaire gauche et droite, majorées la nuit, pulsatiles. Rhinorrhée purulente bilatérale. Température 38,5°C ».*
- *Examen : douleur provoquée à la pression des arcades sous orbitaire des 2 côtés, rhinorrhée purulente postérieure.*
- *En somme : sinusite maxillaire aiguë banale compliquant un rhume.*
- *Prescription :*
- *Erythromycine : 1g matin et soir pendant 7 jours*
- *Voltarène 50 mg : 1 comprimé x 3 pendant 7 jours*
- Bellérophon PILLY a suivi scrupuleusement le traitement. Son état ne s'est pas amélioré. Depuis 48 heures, les céphalées se sont majorées, avec survenu ce matin de vomissements.

A l'entrée aux urgences le 1^{er} octobre 2003

- **Signes généraux :**
 - Température 39°C
 - Fréquence cardiaque : 110 bpm
 - TA : 130-90 mmHg
- **Examen physique :**
 - Raideur méningée
 - Conscience normale
 - Douleur provoquée à la pression des sinus maxillaires et frontaux.
 - Mouchage purulent bilatéral, rhinorrhée postérieure à l'examen laryngé direct.
 - Pendant l'examen, Bellérophon PILLY présente deux vomissements en jet.
- **Examens complémentaires :**
 - **NFS :**
 - Erythrocytes : $5,00 \times 10^{12}$
 - Hémoglobine : 150 g/l
 - Leucocytes : $20\,000 \times 10^9$
 - Polynucléaires neutrophiles
 - Plaquettes : 250×10^9
 - CRP : 290 mg/l
 - **PL :**
 - Aspect trouble
 - Proteinorachie : 0,90 g/l
 - Glycorachie : 1,4 $\mu\text{mol/l}$
 - Leucocytes : 48 éléments/ml
 - PNN : 73%
 - Examen direct négatif à la coloration de Gram
 - Créatinine : 110 $\mu\text{mol/l}$
 - Urée : 5 $\mu\text{mol/l}$
 - Glycémie : 5,4 $\mu\text{mol/l}$

1 Quel est le diagnostic que vous posez pour ce patient ?

2 Quels arguments retenez-vous en faveur ou contre le diagnostic de sinusite aigue chez ce patient lors de la consultation du 20 septembre ?

3 Bellérophon PILLY a été traité par macrolide et AINS : quel est votre sentiment au sujet de cette prescription ? Argumentez votre réponse

4 Le chef de service reproche au médecin qui a effectué la consultation initiale du 20 septembre de ne pas avoir prescrit de quinolone antipneumococcique. Qu'en déduisez-vous ?

5 L'examen tomodensitométrique réalisé montre un aspect de sinusite maxillaire et frontale bilatérale, avec un empyème sous dural. Une bi-antibiothérapie parentérale est débutée. Quel(s) autre(s) geste(s) thérapeutique(s) faut-il envisager ?

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2004

Chapitres 16 p. 149-153