



Rhinosinusite aiguë chez l'adulte

Octobre 2009

Ce *guide clinique* est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

VIRUS : majorité des rhinosinusites et accompagne un rhume banal

- De 0,5 à 2 % des rhinosinusites virales vont se compliquer d'une surinfection bactérienne.

Pathogènes responsables de 70 % des rhinosinusites bactériennes aiguës :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*

Autres pathogènes plus rarement isolés :

- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes*
- *Staphylococcus aureus*

DIAGNOSTIC

- Symptômes de la rhinosinusite bactérienne **chevauchent** ceux de la rhinosinusite virale
- Questionnaire repose sur l'identification des symptômes principaux :
 - Douleur faciale ou dentaire unilatérale
 - Histoire de rhinorrhée verdâtre antérieure ou postérieure
 - Obstruction/congestion nasale
- Rhinosinusite bactérienne aiguë :
 - Différenciation par rapport à la sinusite virale basée essentiellement sur la durée et la gravité des symptômes
 - Symptômes graves/atteinte de l'état général
 - Aggravation des symptômes après 5 à 7 jours
 - Persistance des symptômes sans amélioration pendant **AU MOINS 7** jours
 - Si température élevée ou atteinte importante de l'état général : suspecter la présence de complications et référer immédiatement
 - Signaux d'alarme : céphalée intense, gonflement/rougeur périorbitaire, irritation méningée, etc.
- Examen du nez (avec spéculum nasal ou otoscope) :
 - Rechercher la présence de sécrétions purulentes entre le cornet moyen et la paroi latérale du nez (méat moyen)
 - Un décongestionnant topique peut améliorer la visualisation
 - Sensibilité à la palpation/percussion du sinus
- Radiographie : non requise de façon routinière
 - R-X simple des sinus à envisager si diagnostic clinique indéterminé :
 - ♦ Sinus maxillaire : vue de Waters est préférable
 - ♦ Autres sinus : vues PA et latérales
 - Opacification complète ou niveau hydro-aérique : **seuls bons critères diagnostiques** de la rhinosinusite

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- La majorité des rhinosinusites sont virales : pas de traitement antibiotique.
- La rhinosinusite se résorbe habituellement d'elle-même à l'intérieur de 10 à 14 jours.
- L'observation attentive est une option de traitement valable chez les patients ayant une atteinte peu sévère.
- Tout patient présentant une rhinosinusite peut bénéficier d'un traitement de support pour le soulagement des symptômes :
 - Analgésique/antipyrétique
 - Solution salinée nasale/irrigation nasale
 - Décongestionnant oral ou topique (MAX 3 jours consécutifs pour éviter la congestion de rebond)
 - Corticostéroïde topique : traitement adjuvant probablement utile chez les patients ayant une composante allergique ou des épisodes récurrents
- L'efficacité des antibiotiques est modeste dans la rhinosinusite bactérienne aiguë non sévère quant au soulagement des symptômes et les effets secondaires sont à considérer.
- Généralement, un traitement d'une durée de plus de 10 jours ne confère pas d'avantages dans la rhinosinusite aiguë.
- Le traitement de première intention est l'amoxicilline, sauf en cas d'allergie.

L'azithromycine n'a pas d'indication pour la rhinosinusite bactérienne aiguë.

Traitement pour les patients en bonne santé présentant une rhinosinusite bactérienne aiguë non compliquée

Antibiotique	Posologie orale	Durée*
1^{re} intention		
Amoxicilline	500 mg aux 8 heures	10 jours
En cas d'allergie[†]		
Triméthoprim-sulfaméthoxazole (Septra DS ^{MC} générique)	160-800 mg aux 12 heures	10 jours
Céfuroxime axétil (Ceftin ^{MC})	250 mg aux 12 heures	7 jours
Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) (Biaxin XL ^{MC})	500 mg aux 12 heures ou 1 000 mg aux 24 heures	7-14 jours
2^e intention[†]		
Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC})	500 mg aux 8 heures ou 875 mg aux 12 heures	10 jours
Lévofloxacine (Levaquin ^{MC})	500 mg aux 24 heures	10 jours
Moxifloxacine (Avelox ^{MC})	400 mg aux 24 heures	7 jours

Indications pour une thérapie de 2^e intention

- Suspicion de résistance élevée
- Antibiothérapie dans les 3 derniers mois[‡]
- Non-réponse à une antibiothérapie de 1^{re} intention après 72-96 heures de traitement[‡]
- Patient immunosupprimé
- Sinusite frontale ou sphénoïdale

* Selon l'avis de conformité octroyé à ces produits.

† Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

‡ Dans ce cas, on devrait utiliser une classe différente d'antibiotiques.

RÉFÉRENCES

- Ahovuo-Saloranta A, Borisenko OV, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane Database Syst Rev (2) 2008;CD000243.
- Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, et al. Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surgery. 2004;130:1-45.
- Desrosiers M, Frankiel S, Hamid QA, et al. Acute bacterial sinusitis in adults: Management in the primary care setting. J Otolaryngol. 2002;31 Suppl 2:S2-S14.
- Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Sep;137 Suppl 3:S1-31.
- Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. Lancet. 2008;371:908-14.
- Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

