



# Rhinosinusite aiguë chez l'adulte

Mars 2010

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*
<b>1<sup>re</sup> intention</b>		
<b>Amoxicilline</b>	500 mg aux 8 heures	10 jours
<b>En cas d'allergie<sup>†</sup></b>		
<b>Triméthoprim-sulfaméthoxazole</b> (Septra DS <sup>MC</sup> générique)	160-800 mg aux 12 heures	10 jours
<b>Céfuroxime axétil</b> (Ceftin <sup>MC</sup> )	250 mg aux 12 heures	7 jours
<b>Clarithromycine</b> (Biaxin Bid <sup>MC</sup> ) (Biaxin XL <sup>MC</sup> )	500 mg aux 12 heures ou 1 000 mg aux 24 heures	7-14 jours
<b>2<sup>e</sup> intention<sup>†</sup></b>		
<b>Amoxicilline-clavulanate de K</b> (Clavulin <sup>MC</sup> )	500 mg aux 8 heures ou 875 mg aux 12 heures	10 jours
<b>Lévofloxacine</b> (Levaquin <sup>MC</sup> )	500 mg aux 24 heures	10 jours
<b>Moxifloxacine</b> (Avelox <sup>MC</sup> )	400 mg aux 24 heures	7 jours

### Indications pour une thérapie de 2<sup>e</sup> intention

- Suspicion de résistance élevée
- Antibiothérapie dans les 3 derniers mois<sup>‡</sup>
- Non-réponse à une antibiothérapie de 1<sup>re</sup> intention après 72-96 heures de traitement<sup>‡</sup>
- Patient immunosupprimé
- Sinusite frontale ou sphénoïdale

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

† En cas d'allergie de type-1 à la pénicilline, les céphalosporines ne sont pas une option de traitement. 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.

