



# Rhinosinusite aiguë chez l'enfant

Octobre 2009

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

## GÉNÉRALITÉS

### **VIRUS : majorité des cas de rhinosinusite aiguë et accompagne un rhume banal**

- Les enfants contractent en moyenne de 6 à 8 infections virales des voies respiratoires supérieures (IVRS) par année et celles-ci durent en moyenne 7 jours.
- 0,5 à 5 % des IVRS se compliquent d'une rhinosinusite aiguë bactérienne.

### **Pathogènes les plus fréquemment associés à une rhinosinusite bactérienne sont semblables à ceux associés à l'otite moyenne aiguë :**

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes*

#### **Résistance aux antibiotiques :**

- *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline est plus fréquent chez les enfants :
  - Âgés < 2 ans
  - Fréquentant la garderie
  - Ayant reçu une antibiothérapie dans le dernier mois

## DIAGNOSTIC

- Symptômes de la rhinosinusite bactérienne **chevauchent** ceux de la rhinosinusite virale

#### **Basé sur des critères cliniques :**

- Symptômes **persistants** (≥ 10 jours) ou aggravation des symptômes après 5 à 7 jours :
  - ♦ Rhinorrhée purulente associée à :
    - ✓ Congestion nasale
    - ✓ Toux persistante (souvent exacerbée la nuit)
    - ✓ Irritabilité
    - ✓ Plus rarement : céphalée, douleur faciale, fièvre
- Symptômes **graves** :
  - ♦ Température ≥ 39 °C
  - ♦ Atteinte significative de l'état général ou toxicité systémique, œdème/rougeur périorbitaire : suspecter la présence de complications (référence urgente)

#### **Radiographie :**

- **Peu utile** chez les jeunes enfants ou dans les cas de rhinosinusite non compliquée
- Opacification complète ou niveau hydro-aérique : **seuls bons critères diagnostiques** de la rhinosinusite aiguë
- Épaississement de la muqueuse seul : **pas un critère** de rhinosinusite aiguë

# PRINCIPES DE TRAITEMENT

- La majorité des rhinosinusites sont d'origine virale : pas de traitement antibiotique.
- La majorité des cas de rhinosinusite aiguë guérissent spontanément sans traitement antibiotique.
- Le traitement antibiotique doit être réservé pour la rhinosinusite aiguë bactérienne.
- **Prévention :**
  - Hygiène nasale quotidienne et accrue lors des épisodes d'IVRS
  - Éradication du tabagisme à la maison
  - Investigation en allergie pour identifier spécifiquement la présence d'allergènes si suspicion d'une rhinite allergique
- Traitement de support pour le soulagement des symptômes :
  - Analgésique/antipyrétique
  - Solution salinée nasale
  - Décongestionnant topique (MAX 3 jours consécutifs) : utilité non démontrée chez l'enfant
- Les enfants présentant une sinusite compliquée (atteinte de l'orbite ou du système nerveux central) doivent être évalués en milieu spécialisé.
- La durée optimale de traitement n'a pas été déterminée en pédiatrie : 10 à 14 jours d'antibiothérapie et un minimum de 5 jours après la disparition des symptômes.

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

### Antibiothérapie initiale de la rhinosinusite bactérienne chez l'enfant

		Antibiotique*	Posologie quotidienne orale <sup>†</sup>	Posologie maximale orale
<b>Traitement de 1<sup>re</sup> intention</b>		<b>Amoxicilline<sup>‡</sup></b>	90 mg/kg/jour ÷ BID	1 000 mg BID
<b>Traitement de 2<sup>e</sup> intention</b> Antibiothérapie en cas d'échec de traitement après 48 à 72 heures		<b>Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin<sup>MC</sup>)<sup>§</sup></b>	90 mg/kg/jour ÷ BID	1 000 mg BID
Antibiothérapie en cas d'allergie à la pénicilline	Si allergie non de type I à la pénicilline	<b>Cefprozil (Cefzil<sup>MC</sup>)</b>	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
		<b>Céfuroxime axétil (Ceftin<sup>MC</sup>)</b>	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
	Si allergie de type I à la pénicilline	<b>Clarithromycine (Biaxin<sup>MC</sup>)</b>	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
		<b>Clindamycine (Dalacin C<sup>MC</sup>)</b>	20-30 mg/kg/jour ÷ TID	450 mg TID

\* Les antibiotiques sont 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.

† La dose quotidienne doit être répartie selon l'intervalle recommandé.

‡ Une dose habituelle d'amoxicilline (50 mg/kg/jour) peut être envisagée chez l'enfant qui ne présente pas de facteurs de risque de résistance aux antibiotiques.

§ La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin<sup>MC</sup>) est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Certains cliniciens préfèrent utiliser une combinaison d'amoxicilline (45 mg/kg/jour) et d'amoxicilline-clavulanate de K (45 mg/kg/jour) afin de diminuer les effets secondaires digestifs.

### RÉFÉRENCES

American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. Pediatrics. 2001;108:798-808.

Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European position paper on nasal polyps 2007. Rhinology 45; Suppl 20, 1-139.

Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surgery. 2004;130 Suppl 1:1-45.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.