



Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'enfant

Janvier 2005

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

GÉNÉRALITÉS

VIRUS : majorité des cas de rhinosinusites et accompagne un rhume banal

- Les enfants contractent en moyenne de 6 à 8 infections virales des voies respiratoires hautes par année qui durent en moyenne de 5 à 7 jours
- 0,5 à 2 % vont se compliquer d'une surinfection bactérienne

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

• <i>Streptococcus pneumoniae</i>	25 - 30 %
• <i>Haemophilus influenzae</i>	15 - 20 %
• <i>Moraxella catarrhalis</i>	15 - 20 %
• Streptocoque β -hémolytique du groupe A	2 - 5 %
• Pas de pathogène isolé	20 - 35 %

- Résistance aux antibiotiques :
 - *S. pneumoniae* résistant à la pénicilline est plus fréquent chez les enfants :
 - âgés < 2 ans OU
 - qui fréquentent la garderie OU
 - qui ont reçu une antibiothérapie dans le dernier mois (25 %)
 - *H. influenzae* producteurs de β -lactamases : 30 - 40 %
 - *M. catarrhalis* : > 95 % des souches sont productrices de β -lactamases

DIAGNOSTIC

- Symptômes de la rhinosinusite bactérienne **chevauchent** ceux de la rhinosinusite virale
- Épaississement de la muqueuse seule : **pas un critère** de rhinosinusite aiguë
- Basé sur des critères cliniques :
 - symptômes **persistants** (≥ 10 jours) :
 - rhinorrhée purulente (≥ 10 jours) en association avec :
 - congestion nasale
 - toux nocturne
 - irritabilité
 - plus rarement : céphalée, douleur faciale, fièvre
 - symptômes graves :
 - température $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ET
 - rhinorrhée purulente depuis au moins 3 à 4 jours chez un enfant cliniquement malade
- Radiographie :
 - non requise chez l'enfant ≤ 6 ans
 - non requise de façon routinière chez l'enfant plus âgé et l'adolescent
 - opacification complète ou niveau hydro-aérique : **seuls bons critères diagnostiques** de la rhinosinusite
- Si température élevée ou toxicité systémique : envisager la présence de complications

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- **Traitement de support** pour le soulagement des symptômes :
 - Analgésiques - antipyrétiques
 - Solution salinée nasale
 - Décongestionnant topique (MAX 5 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 ou un minimum de 5 jours après la disparition des symptômes

VIRUS (MAJORITÉ DES CAS) • PAS D'ANTIBIOTIQUE

Antibiothérapie initiale de la rhinosinusite bactérienne chez l'enfant

Antibiotique	Posologie quotidienne orale*	Posologie maximale orale
1^{re} intention		
Amoxicilline	80 - 90 mg/kg/jour ÷ BID†	1000 mg BID
Si allergie de type I à la pénicilline :		
Clarithromycine (Biaxin®)	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
Si allergie non de type I à la pénicilline‡ :		
Cefprozil (Cefzil®)	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
Céfuroxime axétil (Ceftin®)§	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID

Antibiothérapie en cas d'échec de traitement après 72 heures

Antibiotique	Posologie quotidienne orale*	Posologie maximale orale
2^e intention		
Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®)¶	90 mg/kg/jour ÷ BID	1000 mg BID
Si allergie de type I à la pénicilline‡ :		
Clarithromycine (Biaxin®)	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
Clindamycine (Dalacin®)	20 - 30 mg/kg/jour ÷ TID	450 mg TID
Si allergie non de type I à la pénicilline‡ :		
Cefprozil (Cefzil®)	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
Céfuroxime axétil (Ceftin®)§	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID

* 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

‡ Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique sans égard à leur efficacité. Une seule marque de commerce a été inscrite bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux

§ Le céfuroxime (Ceftin®) en suspension est peu utilisé en raison de son mauvais goût

¶ La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®) 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.
Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surgery 2004; 130: supplément 1: 1-45.