

Cas Clinique

S Abgrall
Avril 2018

- Femme, 75 ans,
- Antécédent :
 - diabète de type 2 ancien équilibré,
- Aux urgences:
 - fièvre à 38,3°C
 - douleurs rétro-orbitaires
 - profondes,
 - intenses par moment,
 - persistantes,
 - depuis 2 jours,
 - arthralgies et myalgies diffuses.
- Examen clinique
 - rhinorrhée purulente postérieure

Quelle est votre prise en charge initiale ?

Quelle est votre prise en charge initiale ?

- Paracétamol 1gx3 à 4/j; surveillance
- Suspicion d'infection virale rhinopharyngée et sinusienne (diffuse ou localisée)
 - Car myalgies/arthralgies
 - Subfébrile
 - Histoire récente
 - Rhinorrhée purulente postérieure -> sinusite

Etiologie des sinusites

- Atteinte sinusienne virale fréquente lors des rhinopharyngites (virales) 98-99,5%
 - Rhinovirus, adénovirus, coronavirus, influenza, para-influenza, VRS, métapneumovirus...
- Sinusite bactérienne aiguë
 - Complication rare <1% des rhinopharyngites virales
 - Germes chez l'adulte:
 - S pneumoniae, H influenzae d'abord
 - M catarrhalis, S aureus
 - Anaérobies rarement en cause (foyer dentaire et sinusite maxillaire)

- Après 2 jours de traitement -> urgences:
 - T° 38,5°C
 - Douleurs plus intenses
 - Vomissement le matin
- Examen clinique
 - FC 100/mn, TA 12/7, FR 20/mn, Sat 95%
 - Rhinorrhée purulente postérieure
- ATCD récents de céphalées récurrentes
 - rétro-orbitaires...
 - Moins intenses

Quelle est votre prise en charge aux urgences?

Quelle est votre prise en charge aux urgences?

- Suspicion de sinusite bactérienne car
 - fièvre persistante, douleurs plus importantes
- Hospitalisation car
 - vomissement, personne âgée isolée
- Perfusion
- Scanner de la face car
 - Suspicion de sinusite sphénoïdale compte tenu de la localisation des douleurs
- Endoscopie nasale si possible => diagnostic, prélèvements
- Examen neurologique attentif avec
 - recherche de signe de localisation, de syndrome méningé
- Antibiothérapie par augmentin IV 1gx3/j

Antibiothérapie des sinusites

- Sinusite maxillaire aiguë -> amoxicilline
- Amoxicilline + ac clavulanique si:
 - Échec du traitement de sinusite maxillaire
 - Sinusite maxillaire d'origine dentaire
 - Sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale
- Céphalo 2^{ème} ou 3^{ème} génération orale
 - si allergie à la pénicilline isolée
- Pristinamycine ou télithromycine
 - si allergie aux bêta-lactamines
- Lévofloxacine
 - pour les cas les plus sévères documentées (bacterio/radio) avec allergie aux bêta-lactamines
- Durée 5 jours (sinusite maxillaire non compliquée)

- Anamnèse racontée le soir:
 - Absence le matin avec confusion, DTS
- Positivité de deux hémocultures (en 12H00)
 - Cocci à Gram positif en amas.

Que faites-vous dans l'immédiat?

Que faites-vous dans l'immédiat?

- Scanner cérébral sans injection
 - si pas encore fait
- Ponction lombaire
- EEG
- Antibiothérapie anti-staphylococcique
 - LCR négatif
 - On laisse augmentin en augmentant les doses (2gx3/j)
 - si LCR montrant méningite
 - Vancomycine (DC 15 mg/kg sur 1h puis 40 mg/kg/j)
 - Corticothérapie par dexaméthasone

TABLE 4.2. Specific antibiotic in-hospital treatment for community-acquired bacterial meningitis^a

Microorganism	Standard treatment	Alternatives	Duration
<i>Staphylococcus aureus</i> Methicillin sensitive	Flucloxacillin, nafcillin, oxacillin	Vancomycin, linezolid, rifampicin, [*] fosfomicin, [*] daptomycin ^b	At least 14 days
Methicillin resistant	Vancomycin [†]	Trimethoprim/sulfamethoxazole, linezolid, rifampicin, [*] fosfomicin, [*] daptomycin	At least 14 days
Vancomycin resistant (MIC >2.0 µg/mL)	Linezolid [‡]	Rifampicin, [*] fosfomicin, [*] daptomycin ^b	At least 14 days

^aRecommendations must be in accordance with the results of the susceptibility testing.

^bBased on case reports.

^cCeftriaxone dose 2 g q12h and cefotaxime 2–3g q6h.

^dAdding an aminoglycoside can be considered.

^eMust not be used in monotherapy.

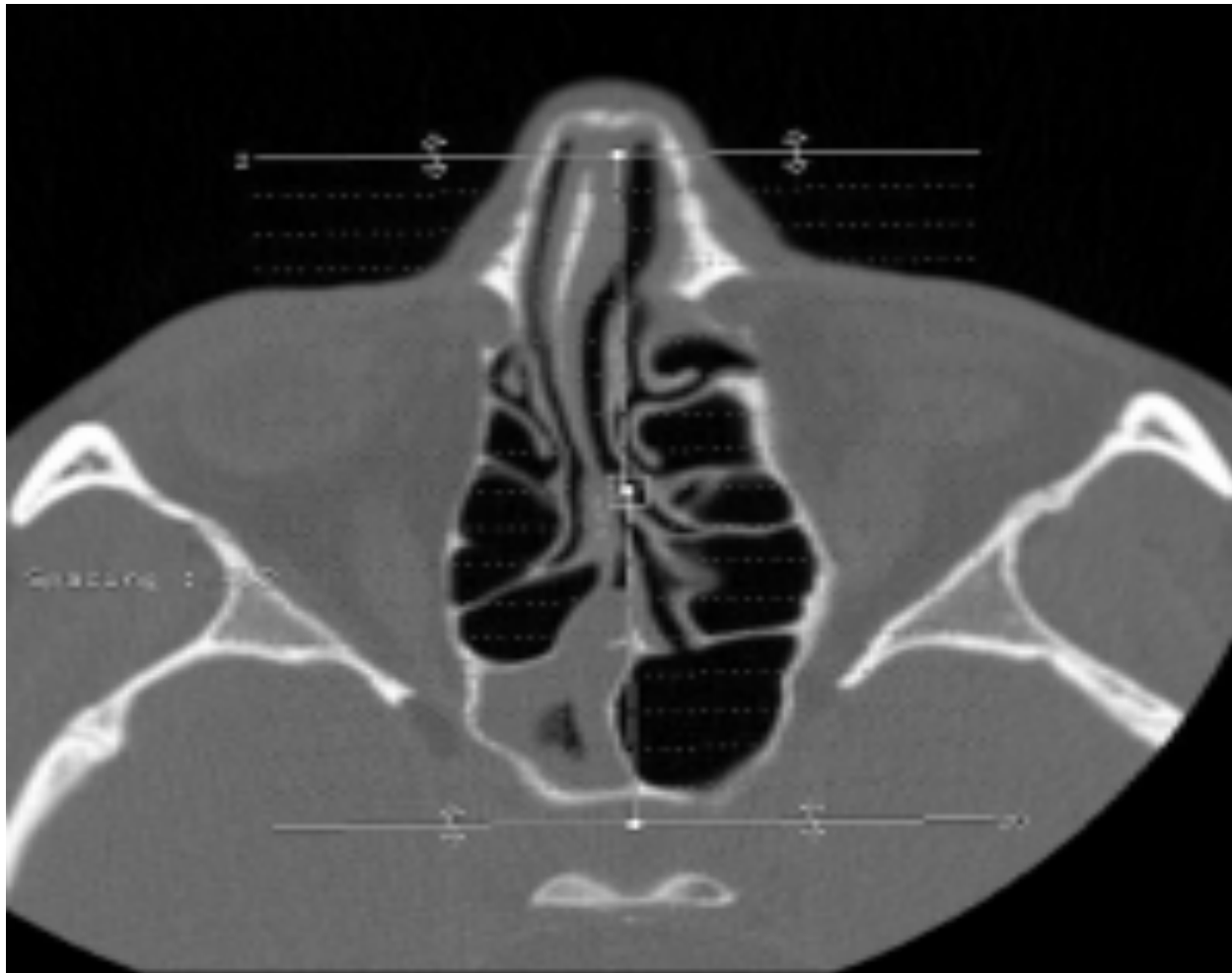
^fAddition of rifampicin can be considered.

Que faites vous le lendemain si les résultats des examens précédents sont positifs? Pourquoi?

Que faites vous le lendemain si les résultats des examens précédents sont positifs? Pourquoi?

- Bactériémie et méningite à Staphylocoque doré
- Echographie cardiaque trans-oesophagienne
 - Recherche d'une endocardite
- IRM cérébrale
 - Recherche d'une thrombophlébite cérébrale (sinus longitudinal supérieur)
- Hémodocultures sous traitement

- Résultat du scanner cérébral



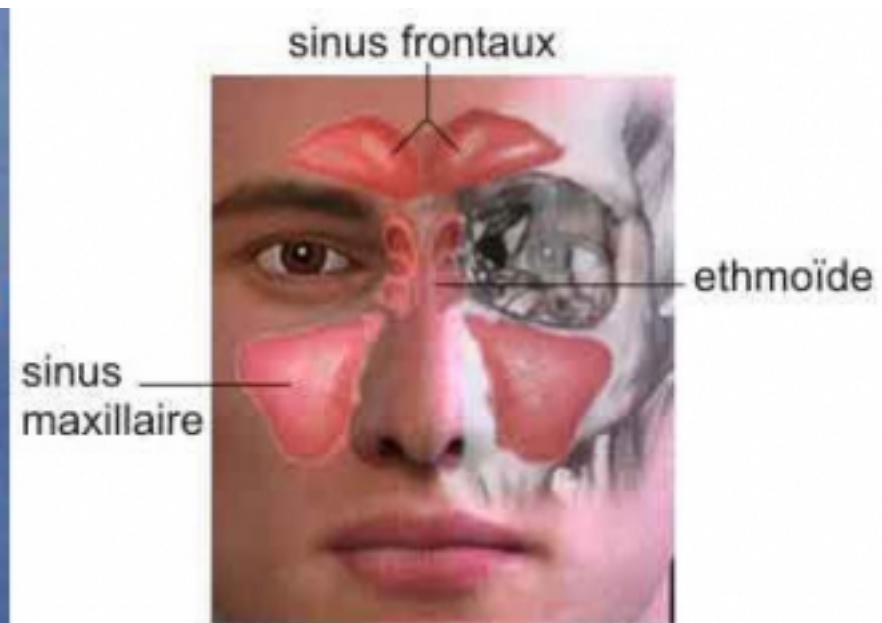
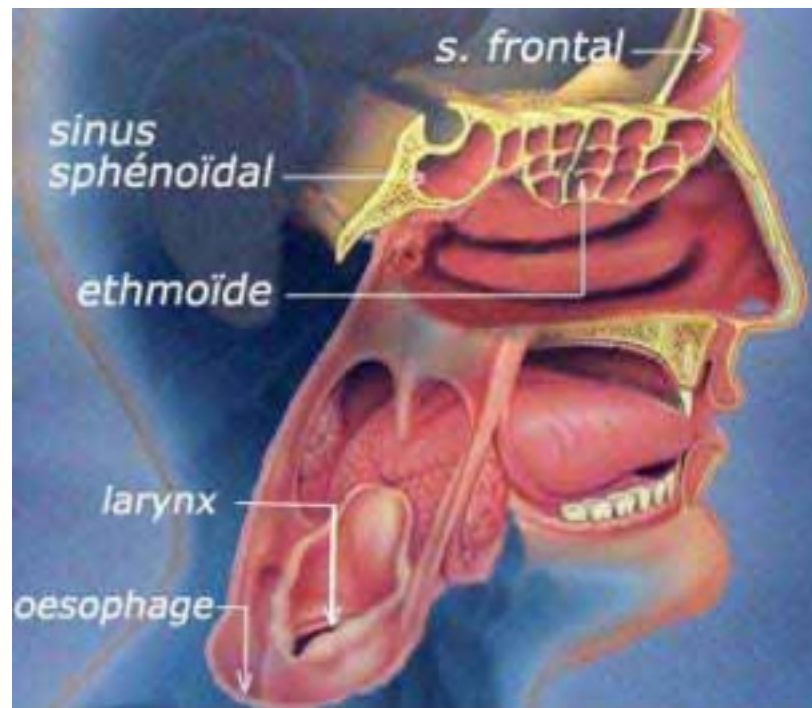
Quel est votre diagnostic?

- Sinusite sphénoïdale

Symptomatologie

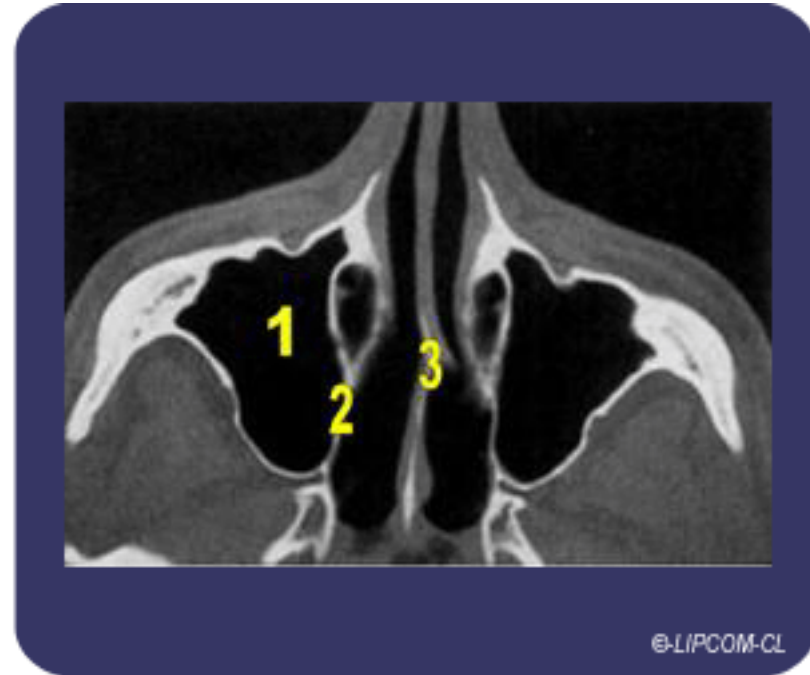
Localisation	Symptomatologie
Maxillaire	Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit
Frontale	Céphalée sus-orbitaire
Ethmoïdale	Comblement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral. Céphalée rétro orbitaire
Sphénoïdale	Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intra-crânienne. Ecoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue

Quelles sont les autres structures du même type anatomique de la face?

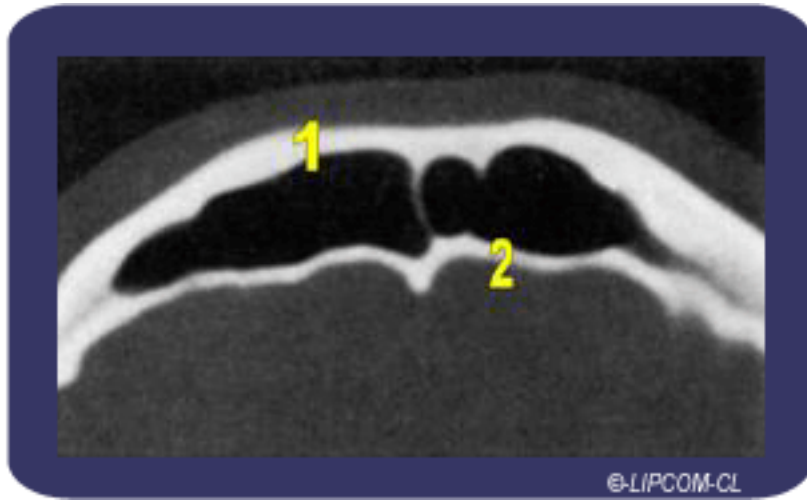




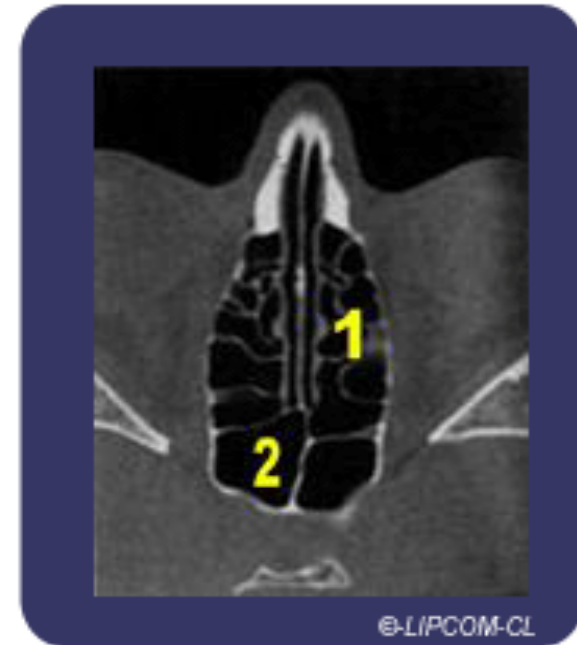
Scanner normal des sinus de l'adulte.
Coupe frontale passant par les sinus ethmoïdaux et maxillaires
(1 : cornet inférieur droit , 2 : cornet moyen droit, 3 : méat moyen gauche assurant le drainage et l'aération du sinus maxillaire gauche).



Coupe axiale passant au niveau des sinus maxillaires
(1 : sinus maxillaire droit, 2 : cloison intersinus nasale droite, 3 : cloison nasale).



Coupe axiale passant par le sinus frontal
(1 : paroi antérieure, 2 : paroi postérieure).



Coupe axiale passant par les sinus ethmoïdaux
(1 : sinus ethmoïdal gauche, 2 : sinus sphénoïdal droit)

Quelles sont les complications spécifiques pour chacune en cas d'infection bactérienne?

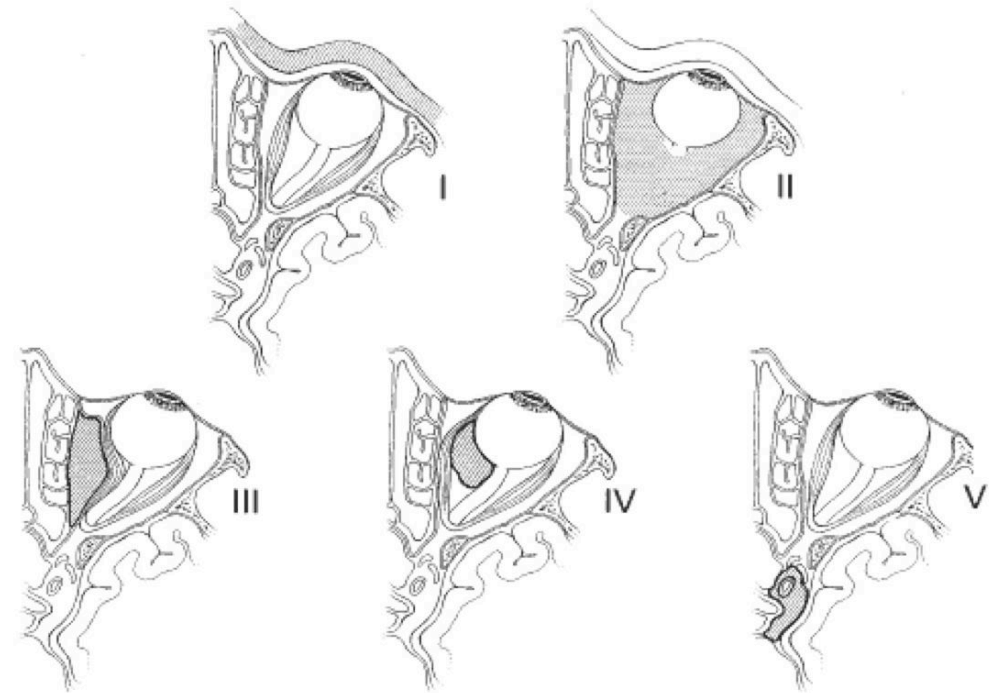
Quelles sont les complications spécifiques pour chacune en cas d'infection bactérienne?

- Maxillaire
 - Peu/pas de complication sauf sinusite maxillaire bloquée hyperalgique
- Complications orbitaires (Ethmoïdite aiguë surtout)
 - Cellulite orbitaire/intra-orbitaire, abcès
 - Abcès sous-périosté
 - Uvéite antérieure/postérieure, kératite inflammatoire, NORB, paralysie oculomotrice

- Complications endocraniennes (Sinusite frontale, sphénoïdale, ethmoïdale)
 - Méningite bactérienne
 - Abscès cérébral/empyème sous-dural
 - Thrombophlébite du sinus caverneux
 - Ptosis, myosis, exophtalmie, œdème palpébral
 - Thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur
 - Atteinte de la selle turcique
 - Risque d'insuffisance anté-hypophysaire

Complications oculo-orbitaires

Type de complication
Cellulite préseptale (I)
Cellulite orbitaire (II)
Abcès sous-périosté (III)
Abcès orbitaire (IV)
Thrombose du sinus caverneux (V)



Répartition des patients selon la classification de Chandler



Figure 1 : TDM du massif facial en coupe axiale : infiltration palpébrale droite (↓) (stade I de Chandler)



Figure 2 : TDM du massif facial en coupe sagittale :
infiltration de la graisse périorbitaire (↓) (Stade II de
Chandler) associée à un abcès frontal (★)



Figure 3 : TDM du massif facial en coupe coronale : cellulite de la graisse extraconique (←) (stade II de Chandler) compliquant une sinusite ethmoïdo-maxillaire

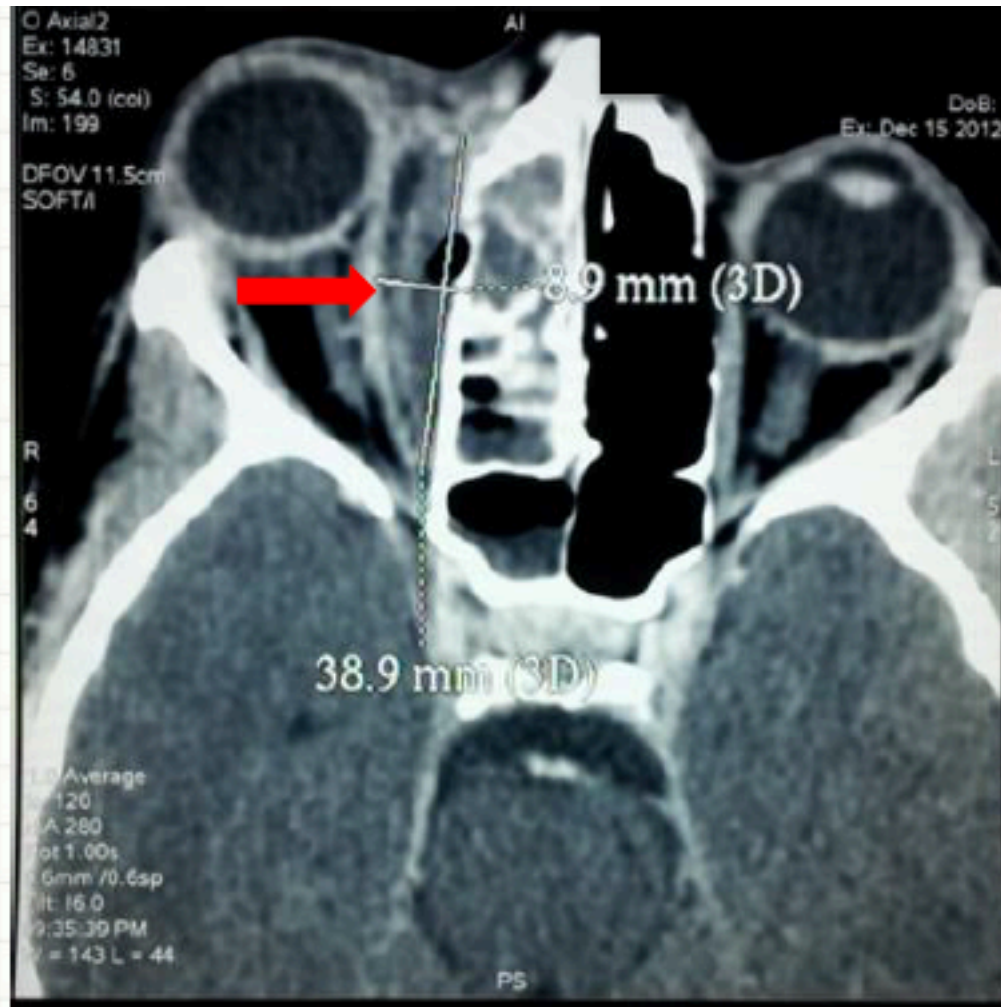


Figure 4 : TDM du massif facial en coupe axiale : abcès sous périoste interne (→) (stade III de Chandler) compliquant une ethmoïdite



Figure 5: TDM du massif facial en coupe frontale : abcès intra-orbitaire (★) (stade IV de Chandler)

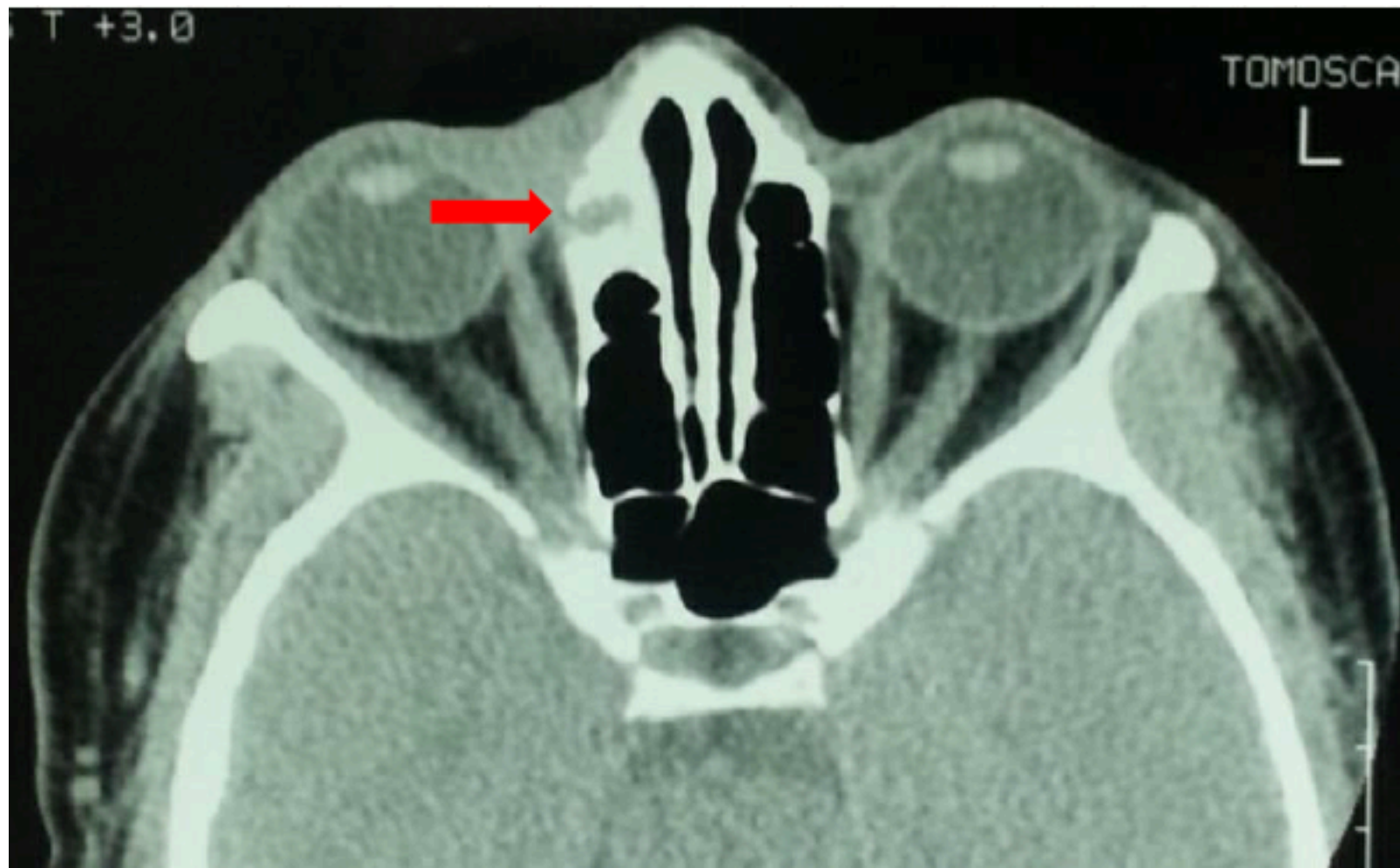


Figure 6 : TDM du massif facial en coupe axiale : ethmoïdite compliquée d'une lyse de la paroi interne de l'orbite droit (→)

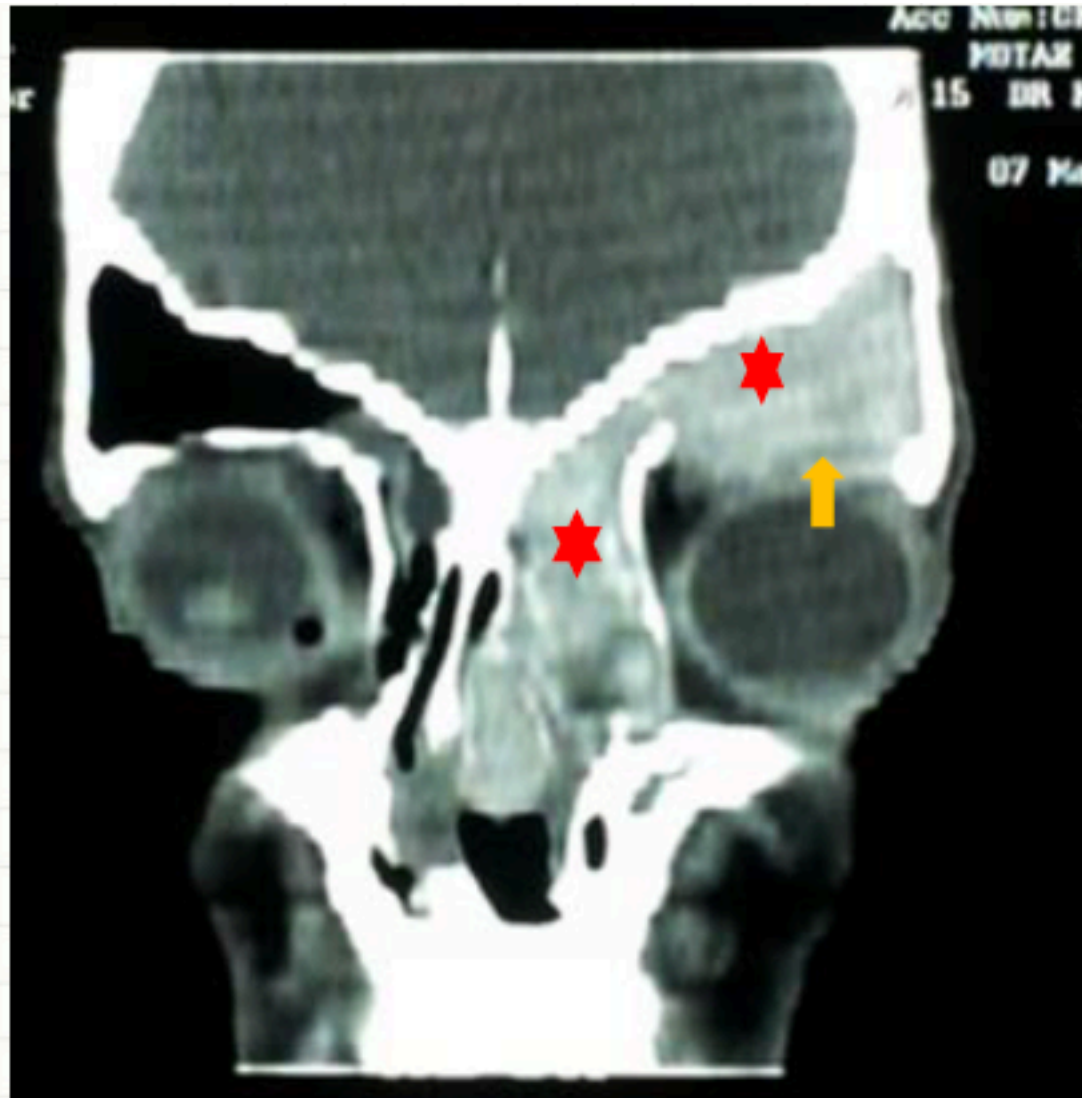


Figure 7 : TDM du massif facial en coupe coronale : sinusite fronto-ethmoïdale (★) compliquée d'une lyse de la paroi supérieure de l'orbite (↑)



Figure 8 : TDM du massif facial en coupe axiale : sinusite maxillaire compliquée d'un abcès jugal (←)

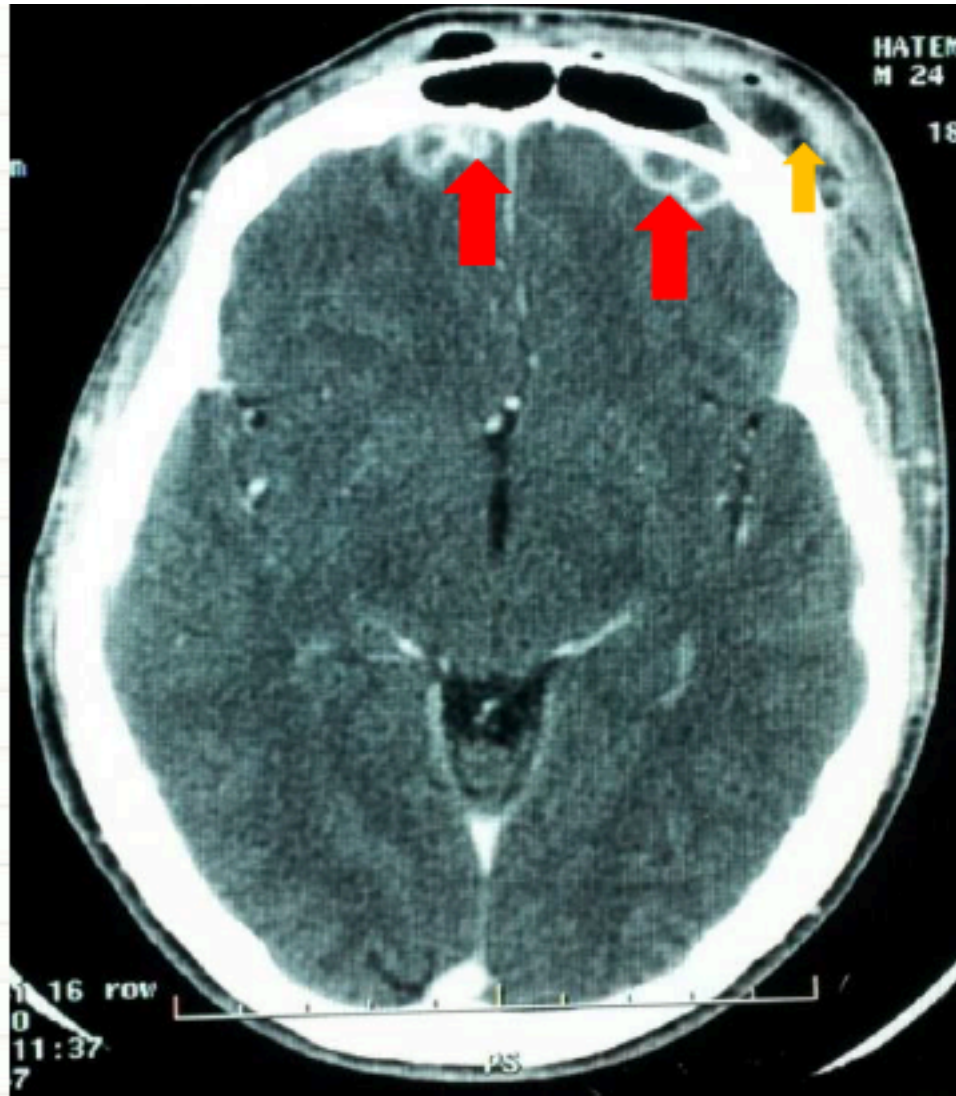


Figure 9 : TDM cérébrale montrant des empyèmes sous duraux frontaux bilatéraux (↑) et un abcès sous cutané frontal (↑)

- Antibiogramme: SASM, sensible à tout sauf érythromycine R

Quelle antibiothérapie? Quelle durée?

Quelle antibiothérapie? Quelle durée?

- Cloxacilline 200 mg/kg/j -10-15 jours
- Corticoïdes cure courte 5-6 jours

Sensibilité des germes habituellement rencontrés

- Pneumocoque

- Toutes souches invasives (CNR) / pas de données sinusites

- 47% en 2001 -> 32% en 2008 de souche de Se ↓ ou R à péni
- 18% ↓ Se à amoxicilline, 10% Se ↓ à cefotaxime
- 0,6% R à amoxicilline, 0,2% R cefotaxime
- 30% R à érythro, pas de R à télithromycine (2008)
- 0,1% R à levofloxacin (2008)

- Haemophilus

- CNR / pas de données sinusites

- 32% 2001 -> 15% 2009 R amoxicilline (B-lactamase)
- 18% 2001 -> 16% 2009 BLNAR (souches R ampi sans prod B-lact)
- Se naturellement ↓ aux macrolides
- R rare aux FQ

Quels germes les plus fréquents
habituellement?

Quels germes les plus fréquents habituellement?

- Sinusite maxillaire
 - S pneumoniae d'abord, et H influenzae
 - Sinon autres Strepto, M Catarrhalis, S aureus
 - Anaérobies si foyer dentaire
- Autres sinusites
 - Ethmoïdites : S aureus, Streptocoques
 - Sphénoïdites : Staphylocoques, anaérobies
- Patients immunodéprimés
 - Mycose (aspergillose)

- J7 antibiothérapie:
 - Fièvre persistante
 - Hémocultures toujours positives en 48h00 (J5 AB)

Que préconisez-vous?

Que préconisez-vous?

- Refaire ETO
- Drainage chirurgical : sphénoïdectomie endonasale
- Risque chirurgical :
 - Effraction orbitaire
 - Effraction du toit de l'ethmoïde
 - Hémorragies

Points-clés

- La sinusite bactérienne aiguë est une complication rare des rhinopharyngites
- Les sinusites qui se compliquent sont les sinusites ethmoïdale, frontale, sphénoïdale
- Documentation microbiologique en cas d'échec de traitement ATB, si immunosuppression ou si complications
- Le bénéfice de l'antibiothérapie est modeste dans la sinusite aiguë non compliquée : amélioration dans les 15j sans ATB