

ITEM N° 90 : INFECTIONS NASO-SINUSIENNES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une rhinosinusite aiguë
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

INTRODUCTION

Infection d'origine virale ou bactérienne d'une ou plusieurs cavités sinusiennes
Diagnostic différentiel souvent difficile avec rhinopharyngite virale

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1. REPARTITION DE L'ATTEINTE SINUSIENNE EN FONCTION DE L'AGE.

- La rhinosinusite maxillaire est la plus fréquente et possible à partir de 3 ans. L'ethmoïdite, survient chez le petit enfant, les sinusites frontale et ethmoïdale se voient surtout chez l'adulte mais peuvent se voir à partir de 10 ans pour la sinusite frontale et 15 ans pour la sinusite sphénoïdale.

1.2. EPIDEMIOLOGIE MICROBIENNE

- Trois bactéries dominent pour les sinusites frontales et maxillaires : *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*.
- Ces germes peuvent être porteurs de mécanismes de résistance vis à vis de certains antibiotiques. Ethmoïdites : *Staphylococcus* sp ou *H. influenzae b*.

2. PHYSIOPATHOLOGIE

- La plupart des sinusites aiguës purulentes compliquent une infection virale des VAS (Voies Aériennes Supérieures).
- Risque de complications en cas de localisations frontales, ethmoïdales, et sphénoïdales.

I. DIAGNOSTIQUER UNE RHINOSINUSITE AIGUË

1. CHEZ L'ADULTE

1.1. SINUSITE AIGUË MAXILLAIRE

1.1.1 Clinique (Cf. T27-1 Chap. 27, E.PILLY, 2008).

Rhinorrhée purulente et douleur en regard des cavités sinusiennes, unilatérales et majorées par l'anteflexion.

Les complications peuvent être maxillaires, ostiales ou orbitaires.

1.1.2. Prélèvements microbiologiques

Lorsqu'ils sont pratiqués (rarement), ils le sont par aspiration directe du pus au niveau du méat moyen.

1.1.3. Imagerie médicale

Radiographie des sinus : indiquée si doute diagnostique ou échec de l'antibiothérapie.

Cliché panoramique dentaire : recherche d'une origine dentaire.

Le scanner n'est indiqué d'emblée qu'en cas de suspicion de sinusite sphénoïdale, si l'on suspecte une complication orbitaire ou méningée.

1.2. SINUSITE SPHENOÏDALE

Douleurs profondes et mouchage postérieur.

Scanner : examen de choix.

1.3 SINUSITE ETHMOÏDALE

Céphalées rétro orbitaires, oedème de l'angle interne de l'œil, oedème palpébral.

2. CHEZ L'ENFANT

2.1. ETHMOÏDITE AIGUË EXTERIORISÉE

2.1.1. Clinique

- Compliquée une rhinite aiguë.
- Fièvre élevée, céphalées, prostration.
- Rhinorrhée purulente.
- Œdème de l'angle interne de l'œil, puis touchant les paupières, sans atteinte oculaire.

2.1.2. Imagerie

- Scanner : diagnostic, recherche de complications.

2.2 SINUSITE MAXILLAIRE

2.2.1 Clinique

Le plus souvent banale congestion sinusienne dans le cadre d'une rhinopharyngite virale, elle guérit spontanément.

Il faut rechercher les arguments en faveur d'une sinusite bactérienne : symptômes persistants plus de 2-3 jours avec traitement symptomatique, douleur et rhinorrhée purulente, surtout si unilatérales.

Le scanner n'est indiqué que pour rechercher une complication.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

1. NE TRAITER QUE LES SINUSITES D'ETIOLOGIE BACTERIENNE

Pour limiter l'utilisation inappropriée des antibiotiques et limiter la pression de sélection.

2. ARGUMENTS EN FAVEUR DU TRAITEMENT DES SINUSITES AIGUËS

2.1 SOULAGER PLUS RAPIDEMENT LES PATIENTS

2.2 EVITER LES EXCEPTIONNELLES COMPLICATIONS GRAVES QUI FONT COURIR UN RISQUE VITAL

2.2.1 Orbitaires (ethmoïdite aiguë)

- Cellulite.
- Phlegmon.
- Abscess sous-périosté.

2.2.2. Neuroméningées (toute atteinte sinusienne)

- Méningite (pneumocoque)
- Thrombophlébite du sinus caverneux ou longitudinal supérieur (surtout staphylocoque)
- Abscess cérébral (streptocoques, anaérobies)
- Empyème sous-dural.

2.3. RISQUE D'EVOLUTION VERS LA CHRONICITE

Favorisée par :

- traitement inadapté de l'épisode aigu ;
- répétition épisodes aigus ;
- facteurs anatomiques locaux ou régionaux (granulome dentaire, amalgame dentaire dans le fond d'un sinus maxillaire, malformations, déviation septale, corps étrangers, tumeur) ;
- terrain (allergie, polyposé nasosinusienne) ;
- facteurs environnementaux (pollution, climatisation, tabagisme...).

En plus des bactéries usuelles, risque mais rare de voir apparaître : anaérobies, BGN et *Aspergillus sp.*

Bilan radiographique (standard et surtout scanner).

Sinusites maxillaires : bilan dentaire.

3. COMMENT TRAITER

3.1 CHEZ L'ADULTE

3.1.1. Antibiothérapie (Cf. T27-2 et T27-3, Chap 27, E.PILLY, 2008).

- Formes sévères: antibiothérapie d'emblée, probabiliste, *per os*, pour 7 à 10 jours (5 jours pour certains antibiotiques). Certains antibiotiques (quinolones anti-pneumococciques) ont une AMM restrictive.
- Formes subaiguës: pas d'antibiotique en première intention, traitement symptomatique et contrôle à 48-72 heures.

3.1.2. Autres traitements

- Antalgiques banals.
- Ponction de sinus : indiquée en cas de sinusite maxillaire aiguë bloquée, rebelle aux antalgiques.
- corticoïdes (prednisolone 0,8 mg/kg / 3 jours) peuvent être utiles dans les sinusites hyperalgiques (blocage ostial).
- Pulvérisations nasales de vasoconstricteurs, inhalations.

3.1.4 Si échec du traitement médical

- Après confirmation radiologique (niveau hydro-aérique)
- Ponction du sinus ± drain pour lavages.

3.1.5. Cas particulier de la sinusite sphénoïdale

- Antibiothérapie antistaphylococcique.
- Si échec : geste chirurgical.

3.2 CHEZ L'ENFANT

3.2.1 Antibiothérapie

Sinusite maxillaire : β -lactamine large spectre *per os*

Ethmoïdite aiguë : C3G injectable associée à un aminoside ou à la fosfomycine.

3.2.2. Autres traitements

AINS non recommandés

POUR EN SAVOIR PLUS