

Cas Clinique

S Abgrall / B Rammaert

Avril 2016

- 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 ?

- 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?

- 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 7-10 jours

- 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?

- 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) ou daptomycine 10 mg/kg/j si clairance abaissée ou peut se discuter d'emblée (personne âgée)
 - + RFP?
 - Corticothérapie par dexaméthasone

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)
- Hémocultures sous traitement

- Résultat du scanner cérébral



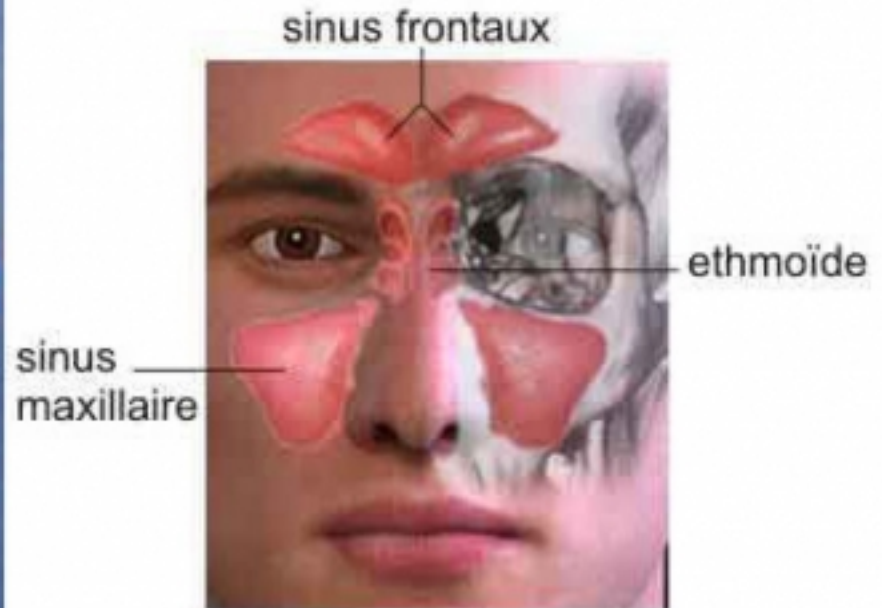
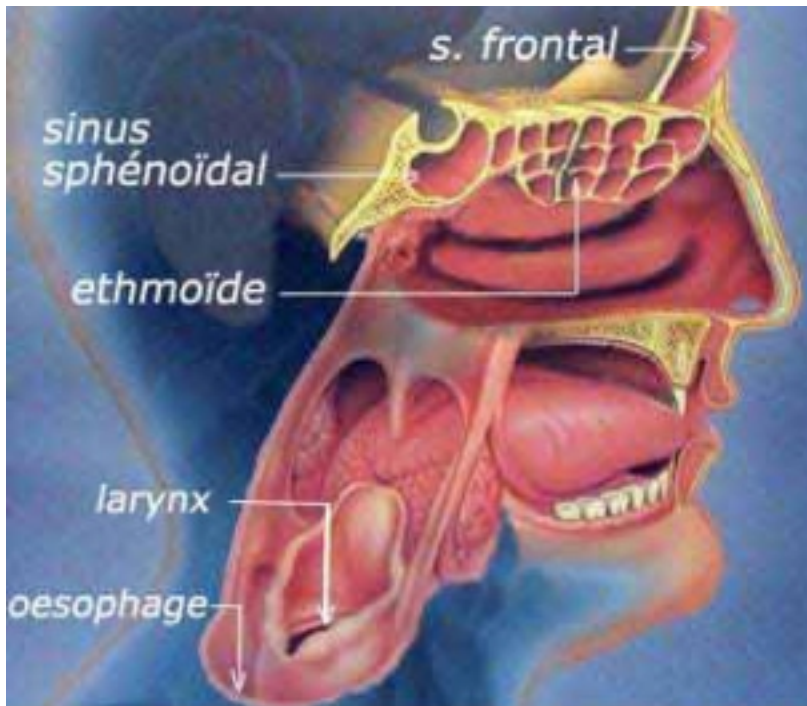
Quel est votre diagnostic?

- Sinusite sphénoïdale

Symptomatologie

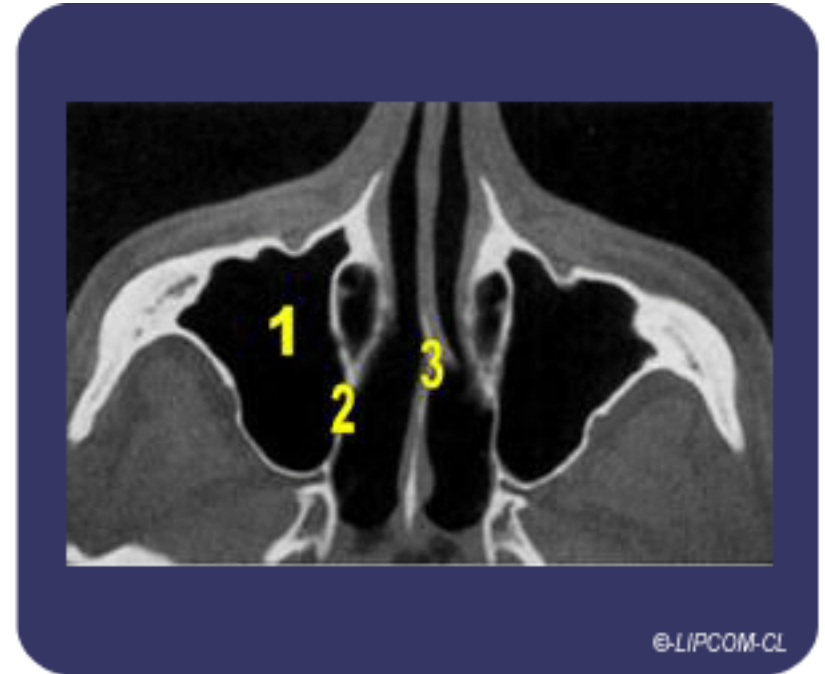
Localisation	Symptomatologie
Maxillaire	Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit
Frontale	Céphalée sus-orbitaire
Ethmoïdale	Comblement de l'angle interne de l'œil, œdème palpébral. 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. Écoulement 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?

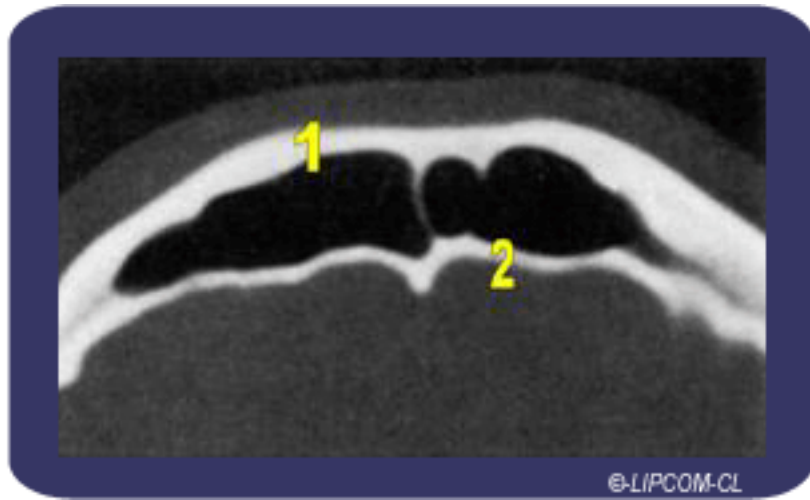




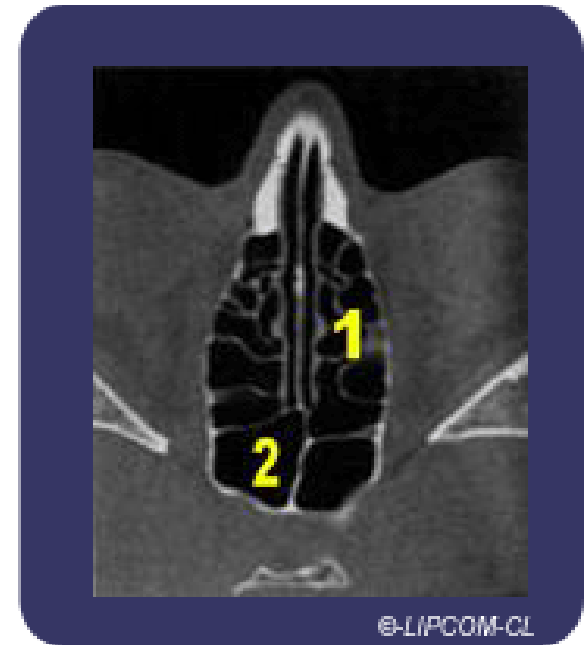
Scanner normal des sinus de l'adulte.
Coupe frontale passant par les sinus
ethmoïdaux et maxillaires
(1 : cornet inférieur droit , 2 : cornet
moyen droit, 3 : méat moyen gauche
assurant le drainage et l'aération du
sinus maxillaire gauche).



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?

- 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
 - Abscess 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

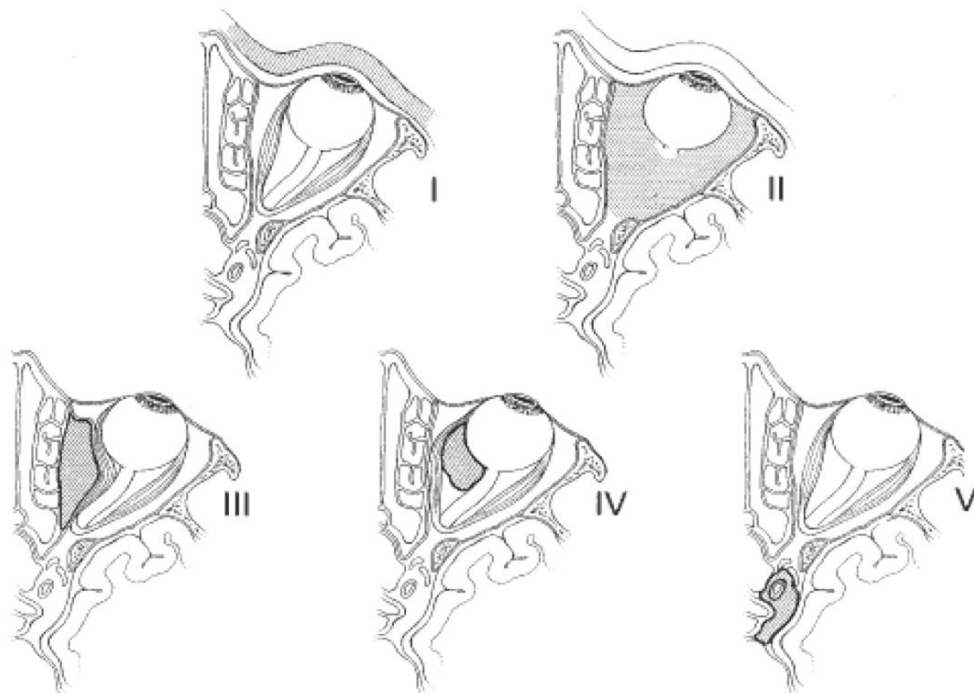
Cellulite préseptale (I)

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 (★)

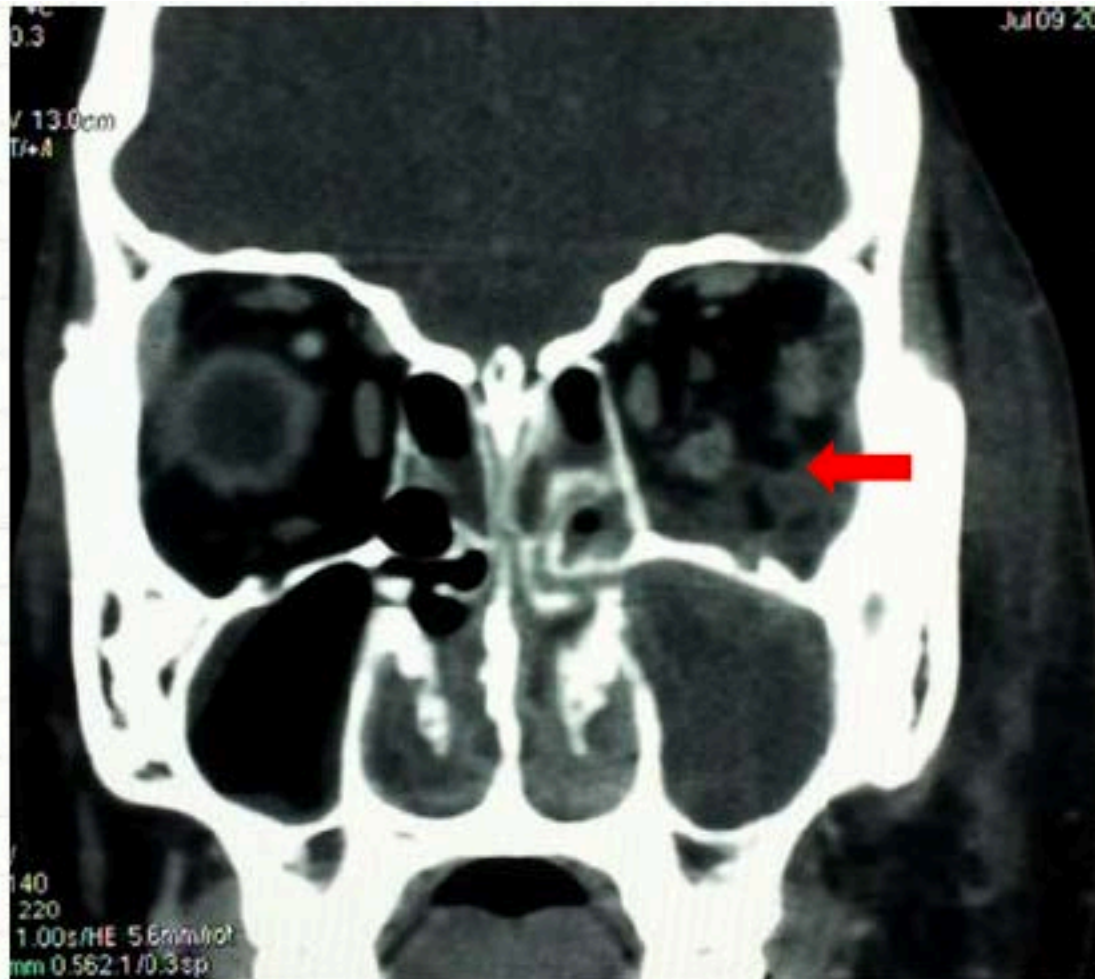


Figure 3 : TDM du massif facial en coupe coronale : cellulite de la graisse extraconique (←) (stade II de Chandler) compliquant une sinusite ethmoïdo-maxillaire

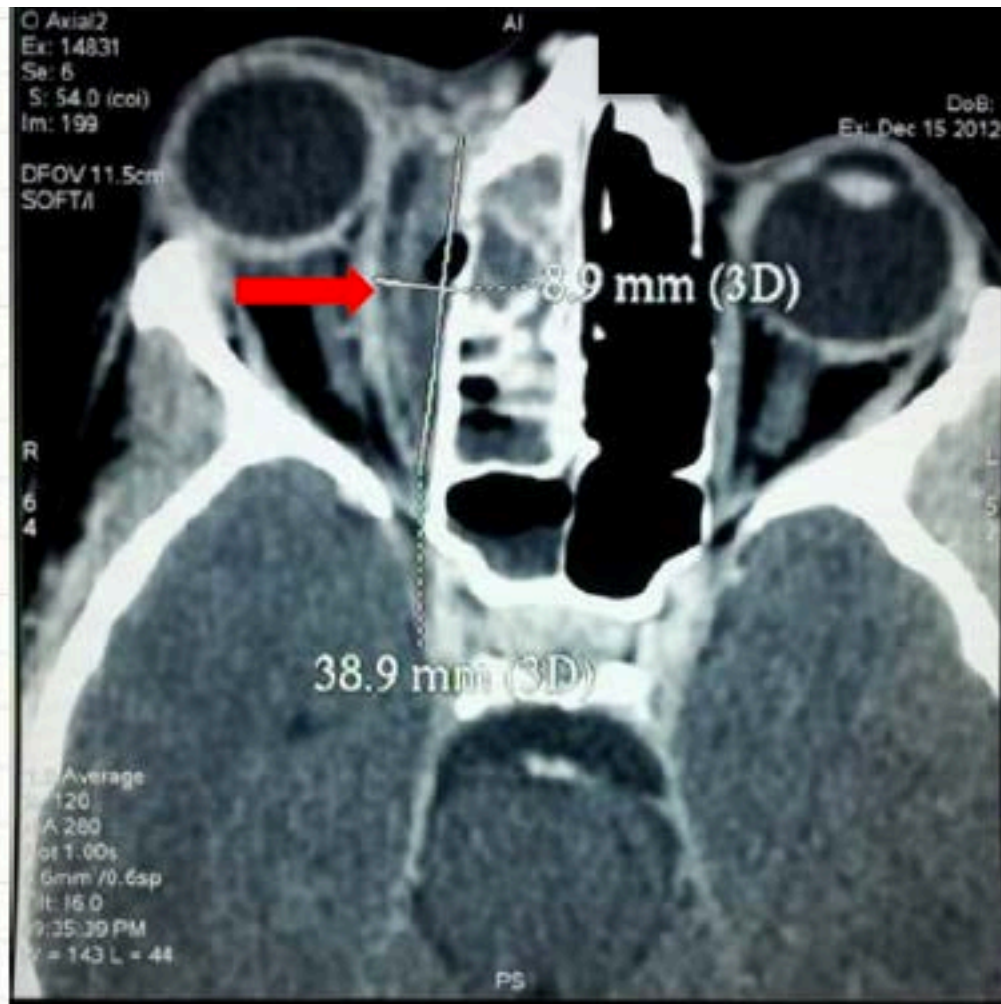


Figure 4 : TDM du massif facial en coupe axiale : abcès sous périoste interne (→) (stade III de Chandler) compliquant une ethmoïdite



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

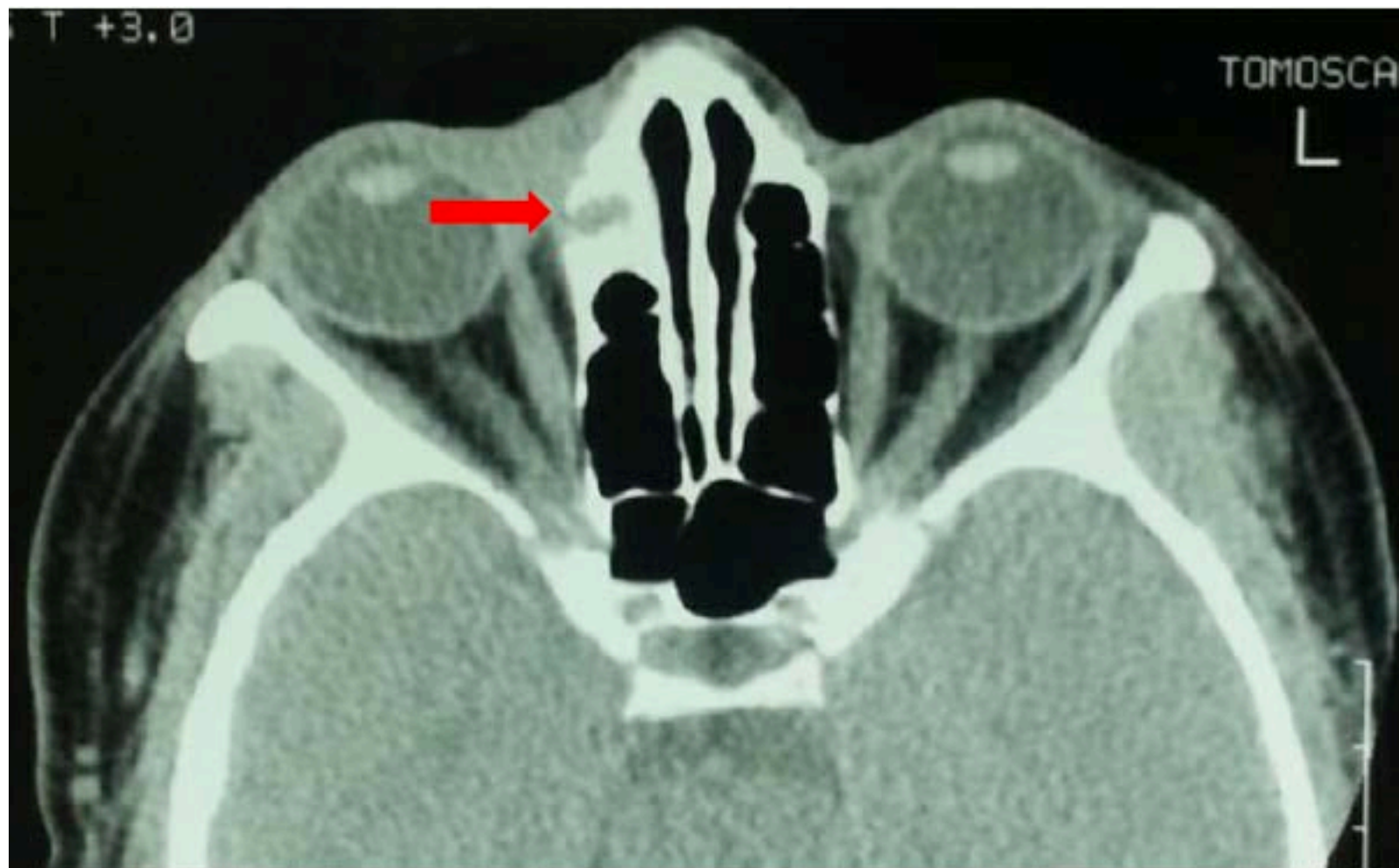


Figure 6 : TDM du massif facial en coupe axiale : ethmoïdite compliquée d'une lyse de la paroi interne de l'orbite droit (→)

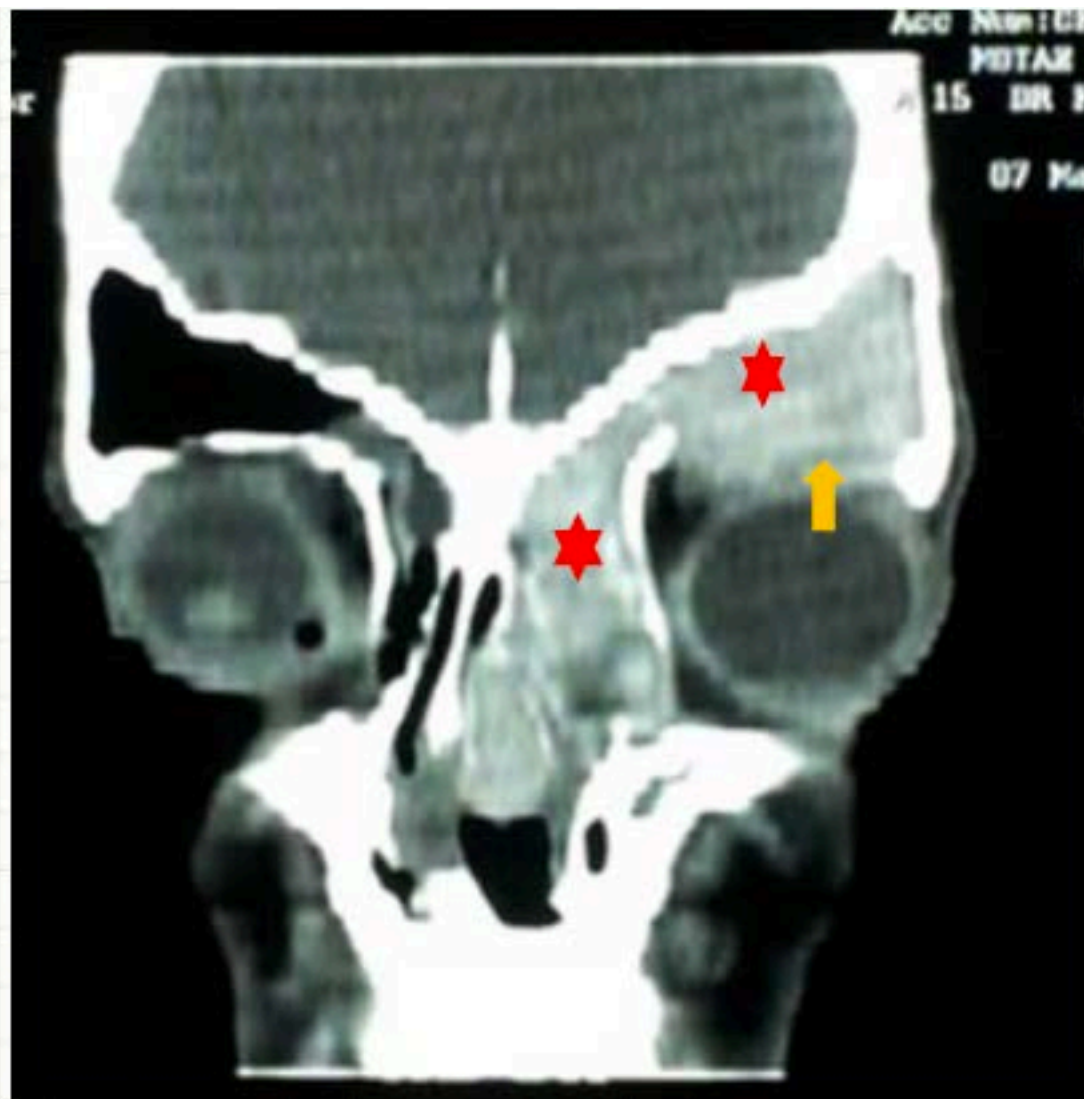


Figure 7 : TDM du massif facial en coupe coronale : sinusite fronto-ethmoïdale (★) compliquée d'une lyse de la paroi supérieure de l'orbite (↑)



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

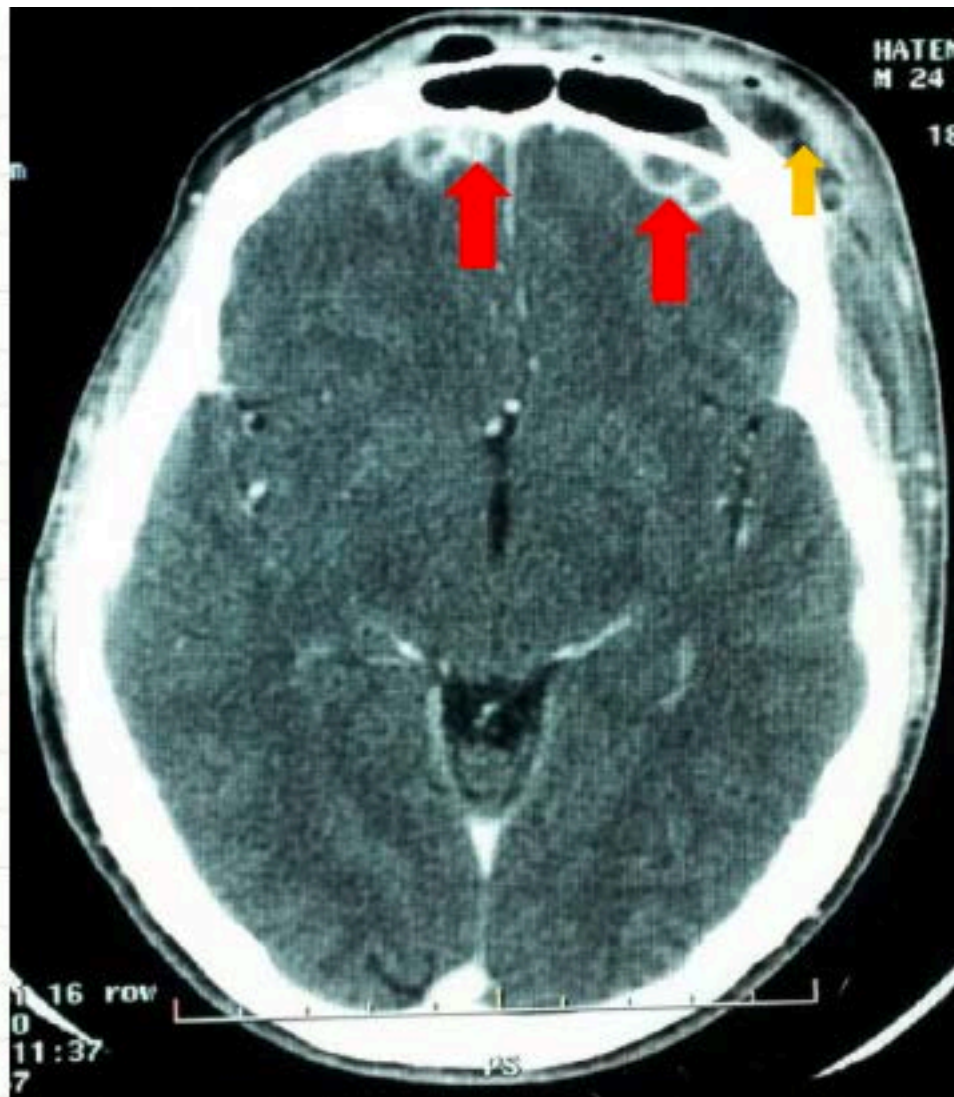


Figure 9 : TDM cérébrale montrant des empyèmes sous duraux frontaux bilatéraux (↑) et un abcès sous cutané frontal (↑)

- Antibiogramme: SAMS, sensible à tout sauf érythromycine R

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 levofloxacine (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?

- 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?

- 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