

Sinusites sévères à l'adolescence

Catherine Weil-Olivier

Université Paris VII

JNI Bordeaux 2006

Des recommandations disponibles

Savoir penser sinusite bactérienne

« **Devant un tableau clinique de rhinopharyngite,**
les **signes classiquement évocateurs** d'une sinusite bactérienne

sont :

- Un fièvre élevée persistante au delà de 3 J
- Une toux diurne ou nocturne (parfois émétisante)
- Des céphalées plus ou moins localisées
- Une sensation de tension de la face
- Un œdème ou un érythème du visage
- Une mauvaise haleine
- Une douleur à la pression des points sinusiens
- Une rhinorrhée postérieure muqueuse ou mucopurulente »

Donner aux signes et symptômes une valeur ?

Tableau 3. Importance des signes et symptômes associés à une sinusite aiguë bactérienne.

Signes majeurs	Signes mineurs
Douleurs maxillaires irradiant dans les dents	Congestion nasale
Écoulement nasal purulent (antérieur ou postérieur)	Anosmie
Écoulement postérieur persistant	Voix nasillarde
Écoulement nasal sanguinolent	Céphalées
Absence de réponse aux décongestionnants locaux	Toux
Douleurs maxillaires lors des mouvements	Expectorations
Diaphanoscopie asymétrique	Température
Douleurs à la pression des sinus	Douleurs pharyngées

Chez l'enfant : sinusite aiguë / subaiguë ?

Une distinction utile ?

Tableau 1 : Signes des sinusites aiguës purulentes chez l'enfant [2].

	Sinusite aiguë sévère	Sinusite subaiguë (>10 j)
Température	> 39°C	< 39° C
Toux	+/-	++
Obstruction nasale	+	+
Rhinorrhée	Purulente	Claire ou purulente
Céphalées, douleurs faciales	+	+
Oedème péri-orbitaire	+/-	0

Des difficultés chez l'enfant

Chez les enfants, deux études ont examiné la valeur diagnostique des symptômes cliniques²⁶. Ici aussi, il n'existe pas de tableau clinique précis. Jannert a comparé l'image radiologique aux plaintes et aux symptômes de 175 enfants. Un rhume préalable, un écoulement nasal ou nasopharyngal purulent et une douleur faciale (spontanée ou à la pression) constituent des signes majeurs: si au moins deux de ces trois signes sont présents, la probabilité d'une radiographie anormale des sinus est de 75%. Van Buchem a examiné 169 enfants qui présentaient une rhinorrhée; il n'a trouvé aucun lien entre l'anamnèse et l'examen clinique et le résultat de la radiographie, de l'échographie et de la ponction sinusale. Dans les deux études, peu de jeunes enfants ont été inclus: seulement 9 parmi les 175 enfants dans l'étude de Jannert et aucun parmi les 169 enfants dans l'étude de van Buchem n'étaient âgés de moins de 2 ans.

Recommandations belges

www.health.fgov.be/antibiotics/fr/rhinosinmed.pdf

Un diagnostic radiologique ?

★ L'incidence de Blondeau

Seule incidence suffisante dans la majorité des cas

Chez les jeunes enfants, la radiographie conventionnelle n'est pas fiable. Le but du CT scan est de confirmer le diagnostic et d'exclure des complications intra-orbitales.
Chez les jeunes enfants, une radiographie conventionnelle n'est pas fiable.
Chez les enfants de plus de 6 ans, l'utilisation de la radiologie traditionnelle peut parfois s'avérer utile en vue d'exclure le diagnostic.

★ L'examen tomодensitométrique

Est un peu plus sensible que la Rx standard

Permet d'éviter certains pièges (hypoplasie de sinus maxillaire)

Manque de spécificité

Un examen par CT scan n'est recommandé que chez l'enfant très gravement à toxiquement malade, dans la maladie aiguë sans amélioration avec des médicaments dans les 48 à 72 heures, en cas d'immunodépression ou en cas de suspicion de complications.

Quelle confirmation microbiologique ?

En l'absence de prélèvement bactériologique, cas de loin le plus fréquent, le traitement sera probabiliste.

Tableau 1. Sinusites aiguës: fréquence et type des agents retrouvés lors d'une sinusite bactérienne aiguë acquise dans la communauté.

Fréquents

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus influenzae

Moraxella catarrhalis

Occasionnels

Bactéries anaérobies

Streptococcus pyogenes

Autres streptocoques

Staphylococcus aureus

Quel traitement chez l'enfant?

Tableau 2 : Indications et posologies des antibiotiques (ayant l'AMM) recommandés dans les sinusites aiguës de l'enfant.

(Accord professionnel)

Classes et/ou molécules antibiotiques		Libellé de l'indication thérapeutique	Posologies
Amoxicilline-acide clavulanique (8/1) (voie orale)		Sinusites de l'enfant de plus de 30 mois	80 mg/kg/jour en 3 prises, sans dépasser la posologie de 3 g/jour
Céphalosporines (voie orale)	C3G Cefpodoxime-proxetil	Sinusites de l'enfant	8 mg/kg/jour répartis en 2 administrations à 12 heures d'intervalle
Pristinamycine		...infections dues aux germes sensibles, principalement dans leurs manifestations ORL ...	50 mg/kg/jour en 2 ou 3 prises; dans les infections sévères, cette posologie peut être portée à 100 mg/kg/jour.

Dans cette pathologie, l'utilité des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses anti-inflammatoires n'est pas démontrée.

Traiter qui ?

- L'examen clinique et la radiographie ne permettent que rarement d'identifier les sujets qui bénéficieront d'une antibiothérapie. L'examen radiologique est donc inutile dans le bilan initial.
- L'antibiothérapie ne devrait être considérée que chez les sujets avec des symptômes sévères (présence de 4 ou 5 signes cliniques simultanés) ou ceux avec des symptômes persistant plus de 7 jours.
- Les traitements courts (5 ou 7 jours) avec des antibiotiques avec un spectre restreint et ciblé doivent être privilégiés.

Forum Med Suisse N° 36 3 septembre 2003 Laurent Kaiser

Chez....

des enfants avec écoulement persistant ou chez des enfants plus âgés avec rhinosinusite confirmée par radiologie, les antibiotiques semblent diminuer le risque d'écoulement persistant à court et moyen terme. Leur efficacité est cependant faible et environ 8 enfants doivent être traités avec des antibiotiques pour obtenir une guérison supplémentaire (disparition de l'écoulement). L'antibiothérapie n'a montré aucun avantage à long terme.

Histoire clinique 1

Jeune fille de 15 ans.

J0 : fatigue

congestion nasale chronique (Traitée à l'année avec Flonase)
exacerbée récemment,

coryza vert, céphalée héli-crânienne D

douleur faciale droite +++ irradiant dans les dents du
maxillaire supérieur

J4 : fièvre à 39-40°C.

J5 : le Médecin diagnostique une **sinusite** et prescrit des AINS.

Histoire clinique 1

J7 : Consulte aux urgences.

temp : 39°C, Nuque souple. Céphalée++ hémicrânienne D

Congestion nasale+++ avec sécrétions verdâtres +++.

Douleur ++ à la palpation (joue , aire sinusale maxillaire, frontal)

Examen neurologique normal

Lab : 28 200 leuco/mm³.

Radio : **Voile maxillaire et frontal droit complet**

Admise avec les diagnostics suivants:

1. sinusite maxillaire et frontale sévère évoluant depuis 1 semaine
2. possibilité de complication intracrânienne : abcès cérébral ou thrombose de sinus caverneux.

CT-SCAN(sans injection) : normal hormis **pan sinusite Dte.**

Traitée avec cefuroxime IV.

J8-9 Bonne réponse clinique : chute de la température
diminution de la symptomatologie.

Histoire clinique 1

J11 : retour au domicile avec cefuroxime p.os 500 pour 10 J.

J13 : **convulsion TC généralisée**, persistante à l'arrivée aux urgences. Pas de fièvre.

Cessation rapide de la convulsion avec lorazepam IV.

Se réveille lentement, demeure confuse

Hémiplégie gauche (bras + jambe).

Transfert en soins pédiatriques intensifs (Ottawa).

Diagnostic : **Abcès cérébral droit**, non visible sur le CT initial sans injection et non couvert avec le cefuroxime.

M1 : Guérison sans séquelles

Histoire clinique 2

Garçon 11 ½ ans sans ATCD particuliers

- **J0** : fièvre à 40°C, d'apparition brutale, céphalées frontales
 - **J2** : **vient aux urgences.**
Fièvre persistante élevée, isolée. Examen normal
Admis
 - **J3** examen clinique normal,
apyrexie, sortie sans traitement
- Mais CRP 152mg/l et Rx sinus prévue en externe

Histoire clinique 2

- **J4-J5** : va bien, retour à l'école
- **J6** : **Coma** pendant la nuit
Ramené aux urgences : coma profond
Transféré en REA
Pansinusite, méningite à pneumocoque
- **J8** : **Décès** en REA, décérébré

Histoire clinique 3

Garçon 13 ans sans ATCD particuliers

- **J0** céphalées subfébriles
- **J3** persistance ; **consulte aux urgences**
Céphalées frontales,
Raideur de nuque en fin de course.
Admis PL : 200 éléments/mm³, PN
pas de germe (ex direct, culture)
Traité comme une méningite purulente

Histoire clinique 3

- **J5** : amélioration clinique insuffisante, trouble du comportement
Ct-scan : **pan-sinusite**, probable **thrombophlébite du sinus caverneux sur abcès cérébral**

Transfert en neuro-chirurgie : drainage de l'abcès.

Germe anaérobie. Adaptation du traitement antibiotique

- **J40** : Guérison sans séquelles

Une prévention possible ?

3 Prévention des complications

▪ Complications de rhinosinusite aiguë

Les complications survenant par la propagation de l'infection vers des structures environnantes: ostéite frontale ou maxillaire et cellulite du tissu supérieur, complications orbitaires (cellulite péri-orbitaire, abcès sous périosté, cellulite orbitaire, abcès orbitaire), complications intracrâniennes (thrombose du sinus caverneux, méningite, abcès cérébral).

Chez les enfants, il convient d'être surtout attentif à une complication orbitaire avec ethmoïdite aiguë, qui s'accompagne typiquement d'un oedème et/ou d'une rougeur palpébrale dans les phases initiales.



Toutes les complications sont sévères, mais particulièrement rares⁴⁷.

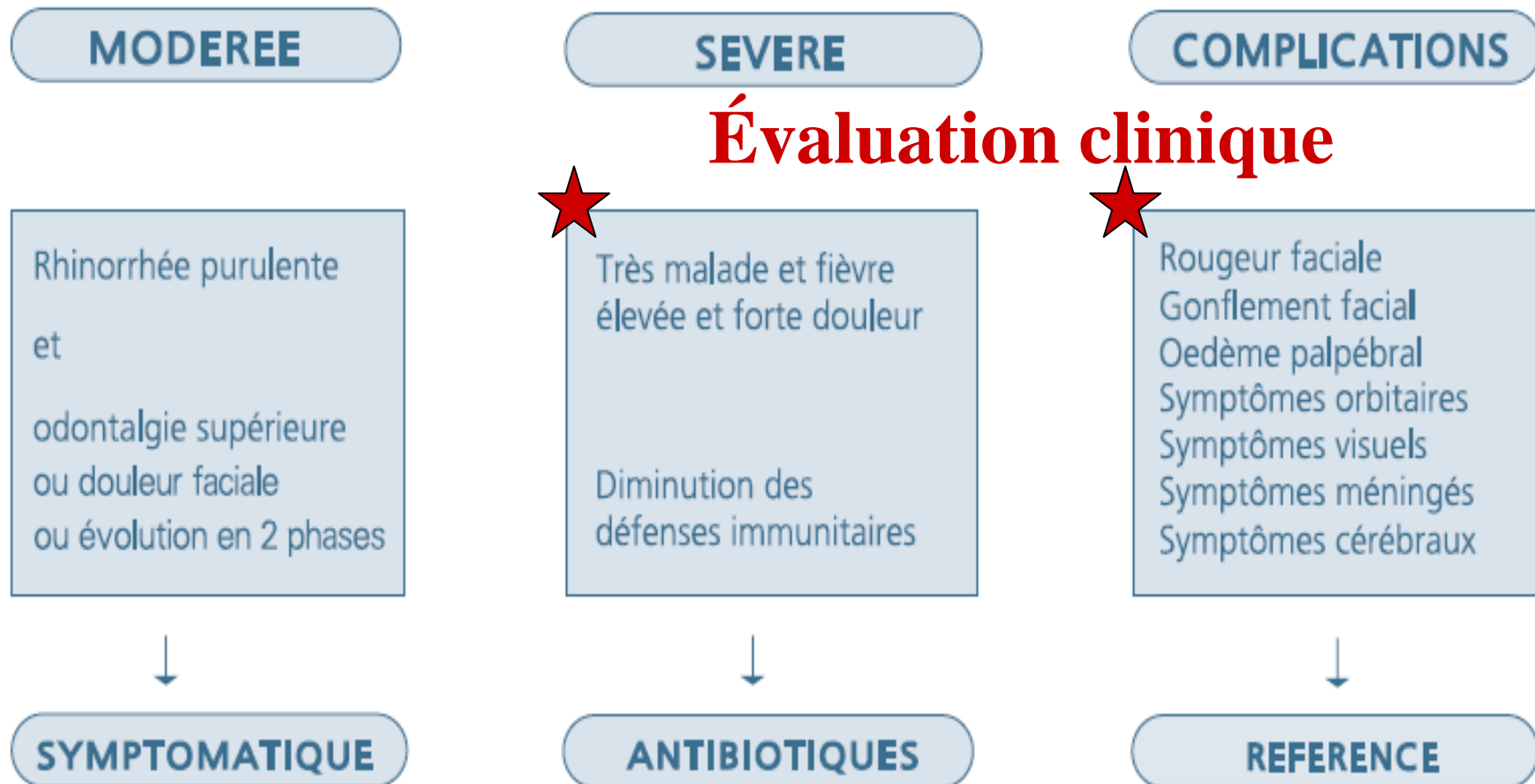
Recommandations belges

www.health.fgov.be/antibiotics/fr/rhinosinmed.pdf

Comment éviter ces histoires graves ?

Prise en charge chez les enfants plus âgés et chez les adultes

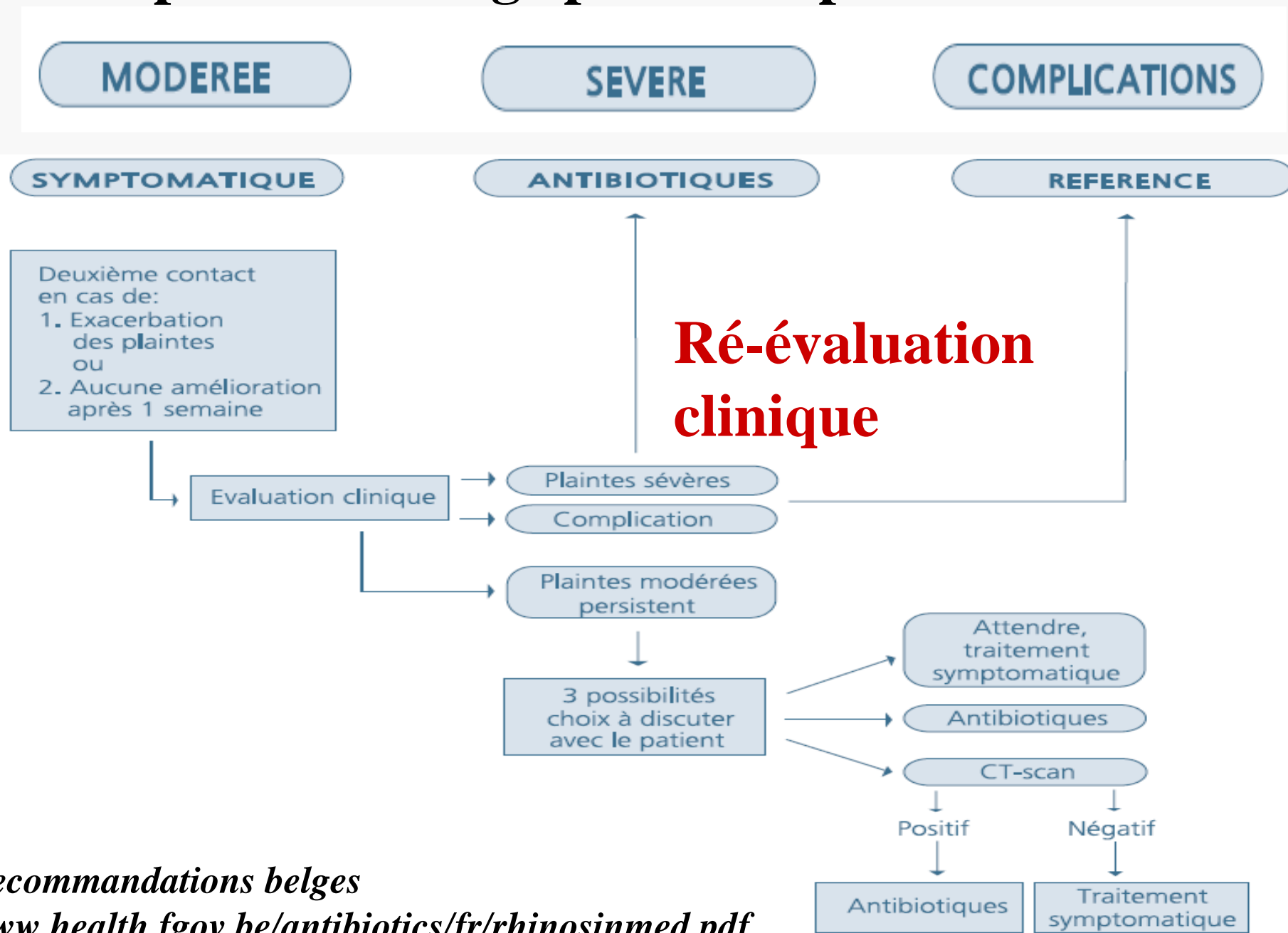
Une prise en charge pondérée par la sévérité



Recommandations belges

www.health.fgov.be/antibiotics/fr/rhinosinmed.pdf

Une prise en charge pondérée par la sévérité



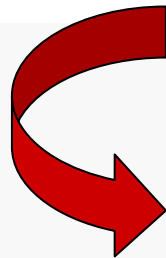
Recommandations belges

www.health.fgov.be/antibiotics/fr/rhinosinmed.pdf

Conclusion : un diagnostic difficile

★ Chez les enfants, tout comme chez les adultes, le diagnostic de rhinosinusite aiguë s'établit sur simple base clinique, à savoir chez les enfants présentant des symptômes des voies respiratoires supérieures soit persistants, soit graves.

★ Il est cliniquement impossible d'établir un diagnostic avec certitude et celui-ci n'est pas nécessaire pour instaurer le traitement.



- **Y penser**
- **Revoir le patient
histoire en 2 temps, subaiguë**

Recommandations belges

www.health.fgov.be/antibiotics/fr/rhinosinmed.pdf

Conclusion

★ Les sinusites bactériennes **une affaire de bons sens et de bonnes pratiques**

- L'examen clinique et la radiographie ne permettent que rarement d'identifier les sujets qui bénéficieront d'une antibiothérapie. L'examen radiologique est donc inutile dans le bilan initial.
- L'antibiothérapie ne devrait être considérée que chez les sujets avec des symptômes sévères (présence de 4 ou 5 signes cliniques simultanés) ou ceux avec des symptômes persistant plus de 7 jours.
- Les traitements courts (5 ou 7 jours) avec des antibiotiques avec un spectre restreint et ciblé doivent être privilégiés.

★ Une **vigilance** suivie pour déceler (éviter ?) les sinusites sévères, les complications graves