

Sinusites aiguës de l'adulte : place de l'antibiothérapie

S. Blanchi

Maladies infectieuses et tropicales

CH Le Mans

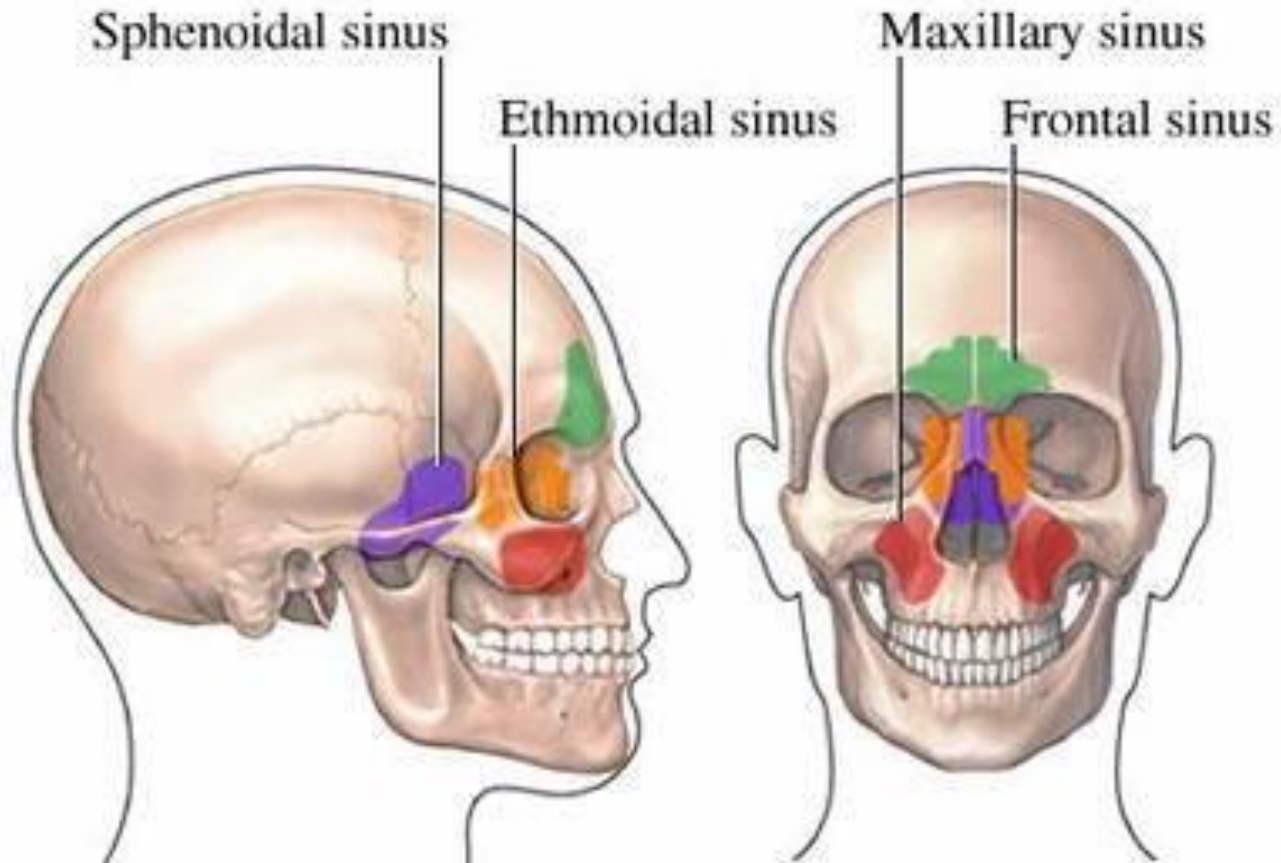
Le 23 mai 2019

Journée d'infectiologie mancelle

Définition

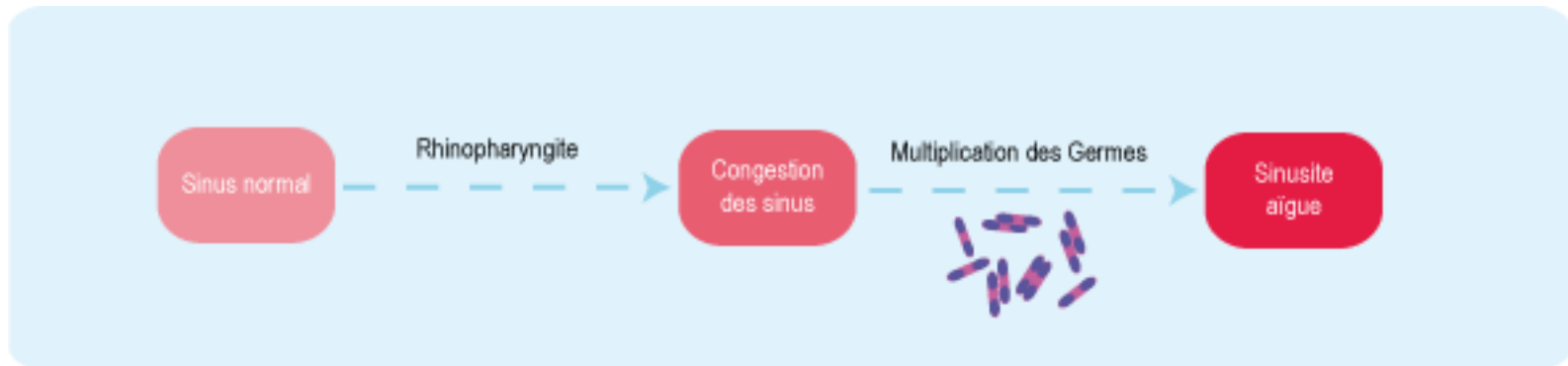
- Inflammation de la muqueuse nasale + muqueuse des sinus aériens de la face :
 - Allergènes
 - Facteurs environnementaux
 - Infections virus, bactéries, champignons
- Localisation **maxillaire** la plus fréquente.
- **Aigue < 4 semaines** versus chronique > 12 semaines.

Définition



Physiopathologie

- **Rhinopharyngite** => réduction de diamètre de l'ostium et diminution de transport mucociliaire.



- Par **voie dentaire** pour les sinusites maxillaires (souvent unilatérales et chroniques).

Epidémiologie

- **13,4%** de la population >18 ans non institutionnalisée au USA en 2008 ont eu un diagnostic de RSA dans les 12 mois précédents.
IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults 2012
- 12% en 2012.
AAO-HNS Clinical Practice Guideline (Update): Adult Sinusitis 2015
- Etiologie **virale 90 à 98%. (0,5 à 2% USA)**
- Surinfection bactérienne 2 à 10%.

Surveillance Atlas of Infectious Diseases

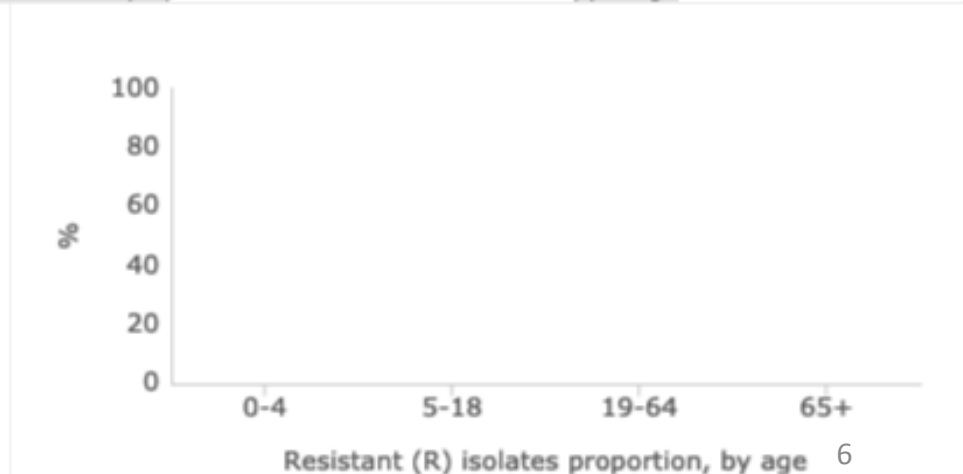
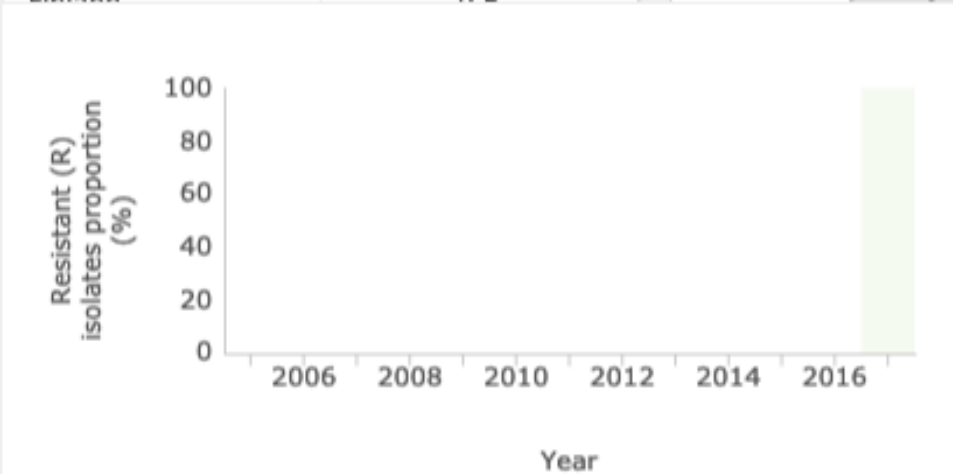
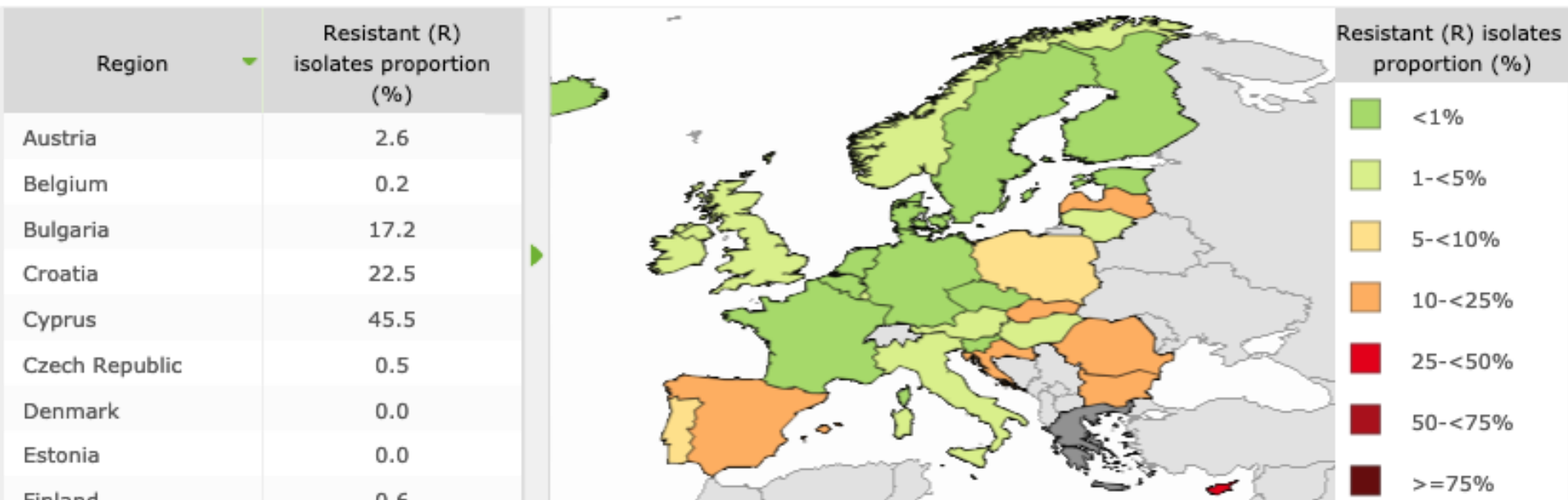
Antimicrobial resistance ^{FO}_{DI}

Streptococcus pneumoniae ^{FO}_{DI}

Penicillins ^{FO}_{DI}

Resistant (R) isolates proportion ^{FO}_{DI}

▶ ◀ 2017 ^{FO}_{DI} ▶▶



Epidémiologie

- *Haemophilus influenzae* :
 - 80% sensibles à l'amoxicilline
 - Béta lactamase, sensible à amoxicilline + acide clavulanique
- *Moraxella catharallis*, anaérobies,
Staphylococcus aureus sensibles à amoxicilline + acide clavulanique.

Diagnostic de la RSA maxillaire virale

- Congestion nasale.
- Rhinorrhée séreuse, colorée ou purulente.
- Pesanteur faciale.
- Céphalées diffuses, modérées, sans facteur déclenchant ni aggravant.
- +/- Fièvre, malaise général, toux, éternuements pendant les 48 premières heures.

Diagnostic de la RSA maxillaire virale

- Examen des fosses nasales (otoscope).
- **Pas d'examen complémentaire** dans les formes simples.

Diagnosis of acute rhinosinusitis in primary care: a systematic review of test accuracy Br J Gen Pract. 2016

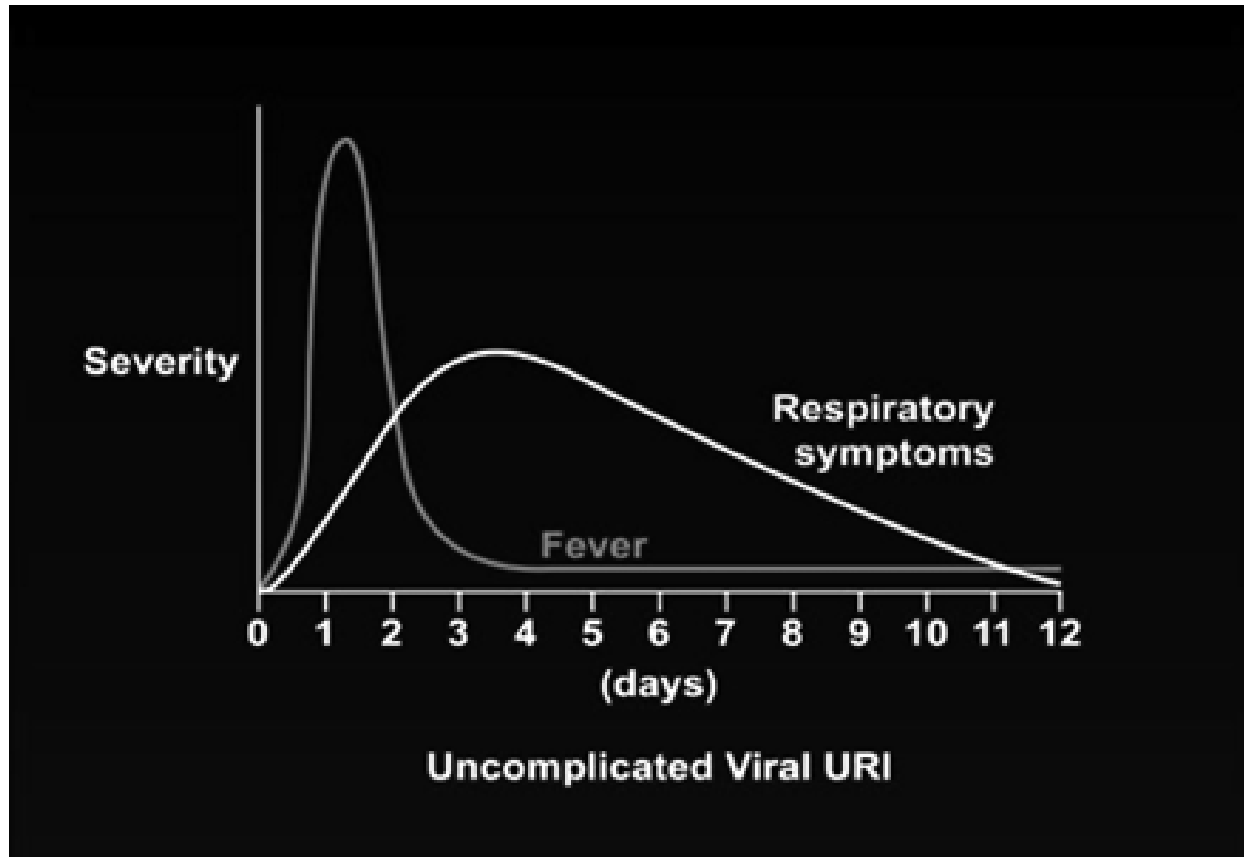
Prise en charge de la RSA maxillaire virale

- Traitements symptomatiques :
 - Irrigation nasale
 - Antalgiques/antipyrétiques
 - Pas d'efficacité démontrée des AINS, corticoïdes locaux ou généraux, vasoconstricteurs et dangereux!!!
- Réévaluation à 48/72h du traitement.

Quand suspecter une RSA maxillaire bactérienne?

- Persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique prescrit pendant au moins 48 heures.
- Caractère unilatéral de la douleur et/ou son augmentation quand la tête est penchée en avant, et/ou son caractère pulsatile et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit.
- Augmentation de la rhinorrhée et caractère continu de la purulence.

Figure 2. Schematic characterization of the natural history and time course of fever and respiratory symptoms ...



Quand suspecter une RSA maxillaire bactérienne?

- 3 situations cliniques :
 - Symptômes > 10j sans amélioration
 - Fièvre élevée et rhinorrhée purulente initiale > 72h
 - Amélioration initiale puis aggravation brutale au 5^{ème} ou 6^{ème} jour

IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults 2012

Quand suspecter une RSA maxillaire bactérienne?

- Symptômes > 10 jours.
- Rhinorrhée purulente.
- Douleur importante unilatérale (particulièrement si douleur dentaire et de la mâchoire).
- Fièvre.
- Détérioration secondaire après une amélioration initiale.

NICE Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing 2017

Quand suspecter une RSA maxillaire bactérienne?

- Rhinoscopie pour confirmer écoulement purulent.
- **Pas d'examen complémentaire** dans les formes non compliquées :
 - Radiographie des sinus sensibilité de 76% et spécificité 79%.

AA0HNS Clinical Practice Guideline (Update): Adult Sinusitis 2015

- Si suspicion d'étiologie dentaire : spécialiste.

Prise en charge d'une RSA maxillaire bactérienne

- Dans les formes aiguës : **différer le traitement antibiotique** pendant 48 à 72 heures.

HAS Sinusite de l'adulte2016

NICE Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing 2017

AAO/HNS Clinical Practice Guideline (Update): Adult Sinusitis 2015

- Antibiothérapie par **amoxicilline 3g par jour pendant 7 jours**.
- En cas d'échec de l'amoxicilline : amoxicilline + acide clavulanique 1g trois fois par jour pendant 7 jours.

HAS Sinusite de l'adulte2016

Prise en charge d'une RSA maxillaire bactérienne

- En cas d'allergie à la pénicilline sans contre-indication aux céphalosporines : céfotiam hexétil, 400 mg/j, ou cefpodoxime proxétil, 400 mg/j, ou céfuroxime axétil, 500 mg/j, pendant 5 jours.
- En cas de contre-indication aux bêtalactamines : pristinamycine, 2 g/j, pendant 4 jours.

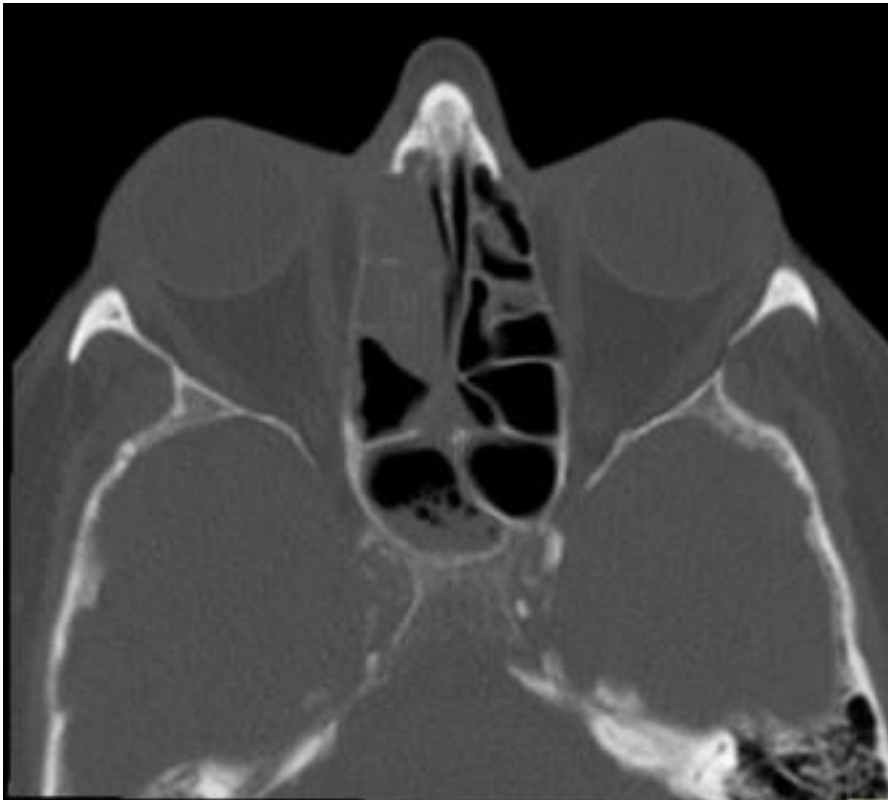
HAS Sinusite de l'adulte2016

Rhinosinusite aiguë « compliquée »

- **Localisations autre que maxillaire.**
- Frontale
 - Céphalées sus-orbitaires.
- Ethmoïdale
 - Comblement de l'angle interne de l'œil,
 - Oedème palpébral,
 - Céphalée rétro-orbitaire ;
- Sphénoïdale
 - Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler une douleur d'hypertension intracrânienne.

Rhinosinusite aigue « compliquée », prise en charge.

- **TDM sinus** pour confirmation du diagnostic.



Rhinosinusite aigue « compliquée », prise en charge.

- **TDM sinus** pour confirmation du diagnostic.
- Prélèvements microbiologiques si échec antibiothérapie ou complication.
- Antibiothérapie immédiate
 - En première intention **Amoxicilline + acide clavulanique pendant 7 jours.**

Rhinosinusite aigue « compliquée »

- Terrain : **immunodéprimé et surtout chez le patient neutropénique**
 - Imagerie systématique (TDM).
 - Prélèvements microbiologiques systématiques.

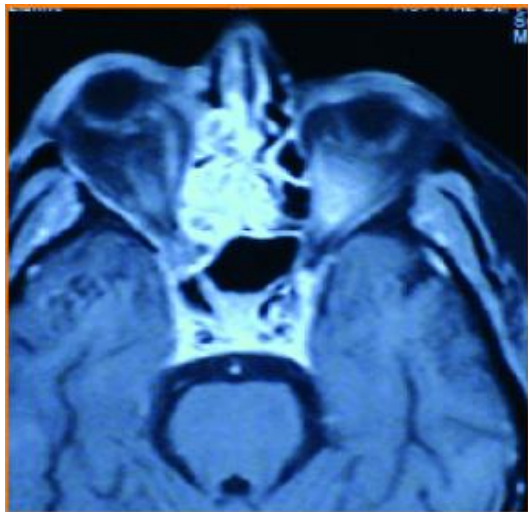


Fig. 1. L'IRM montre un comblement des cellules ethmoïdales à droite avec exophtalmie sur cellulite périorbitaire et œdème rétroorbitaire droit sans signes d'abcès.

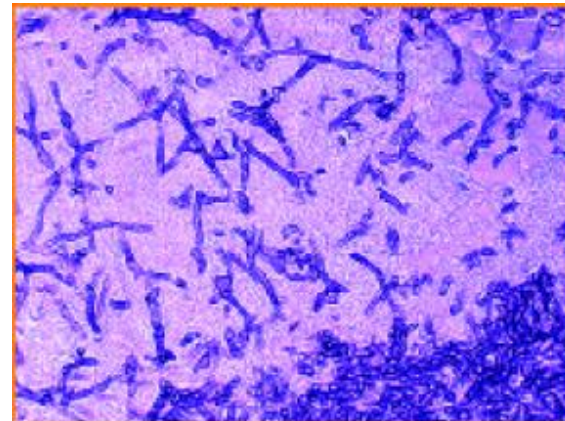


Fig. 2. Éléments mycéliens d'aspect polymorphe et de taille variable, s'embranchant souvent à 90° et dont les branches sont de calibre plus fin que l'hyphe parentale.

Cette image histologique est caractéristique d'une infection à zygomycètes.

Complications

- **Rares** : 2,5 à 4,3 par million de personnes années (International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: rhinosinusitis).

Complications

- **Complications orbitaires (éthmoidite) :**
 - Dermo-hypodermite périorbitaire ou orbitaire
 - Phlegmon
 - Abscès sous-périosté
 - Névrite optique
 - Paralysies oculomotrices
- Signes d'alerte : œdème de la paupière supérieure, exophtalmie, troubles de l'oculomotricité et baisse de l'acuité visuelle.
- TDM en urgence.

Complications

- **Complications neuroméningées :**
 - Méningite (essentiellement due au pneumocoque)
 - Thrombophlébite septique du sinus caverneux ou longitudinal supérieur
 - Abscès cérébral (streptocoques, anaérobies)
 - Empyème sous-dural (complicant une sinusite frontale)
- **Signes d'alerte :**
 - Déficit neurologique, coma, crises comitiales, méningites
- **TDM cérébrale +IV ou IRM cérébrale**

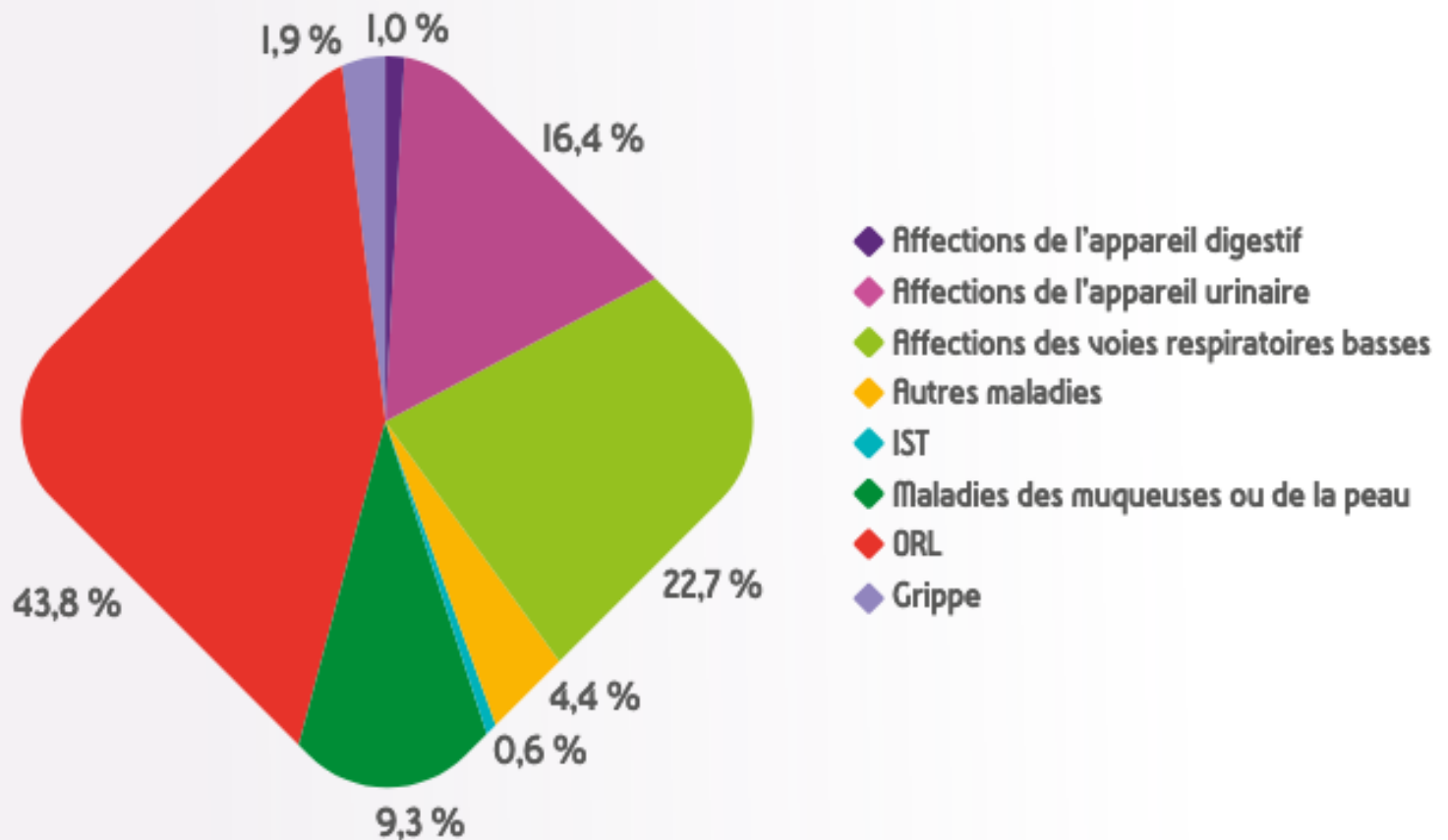
Conclusion



France = 3^{ème} rang européen pour la consommation des antibiotiques en ville

Conclusion

Figure 5. Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville



Source ANSM

Conclusion

- Infection souvent **bénigne**.
- Durée des symptômes **3 à 4 semaines**.
- **Etiologie virale >90%**.
- Diagnostic clinique.
- Si étiologie bactérienne suspectée et forme peu sévère **différer l'antibiothérapie**.
- **Amoxicilline** en première intention dans les formes non compliquées.

Merci pour votre attention