PrimaryCare

Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 39 von «PrimaryCare» erschienen.

Sinusite aiguë

Article extrait du livre «Ambulante Medizin – Evidenz auf einen Blick», qui sera publié par l'Institut de médecine générale de Bâle IHAM*B* (à paraître en automne 2006)

Peter Tschudi

Définition

Inflammation d'une ou plusieurs cavités sinusales, pratiquement toujours après une infection virale des voies respiratoires proximales. Meilleure définition: «rhinosinusite virale avec ou sans infection bactérienne concomitante».

Epidémiologie de la rhinosinusite aiguë

- L'un des dix diagnostics les plus fréquents en médecine ambulatoire.
- Deux cent fois plus souvent virale que bactérienne.
- L'un des cinq motifs les plus fréquents de prescription d'antibiotiques.
- Proportion de guérison spontanée de 60–80% [1].

Pathogènes

0,2–2% seulement des rhinosinusites sont compliquées par une infection bactérienne.
Les pathogènes les plus fréquents de la rhinosinusite bactérienne aiguë sont: *H. influenzae, S. pneumoniae, Moraxella catarrhalis* (rarement d'autres streptocoques, anaérobes et *Staph. aureus*).

Anamnèse et signes cliniques

- Signes aspécifiques: obstruction nasale, douleurs frontales et/ou maxillaires, toux, «postnasal drip», diminution de l'odorat et du goût, fièvre, fatigue.
- Les sécrétions purulentes ne sont pas un signe spécifique de la rhinosinusite bactérienne.
- Une surinfection bactérienne est en tout temps possible lors d'une infection virale, mais plus probable si les symptômes typiques d'un refroidissement persistent encore après dix jours ou s'aggravent après 5–7 jours.

Tableau 1
Prévalence et valeur prédictive positive des symptômes dans la sinusite maxillaire aiguë, évaluées par ponction antrale (n = 150) [2].

Symptômes	Prévalence	Valeur prédictive positive
Rhinorrhée purulente à prédominance unilatérale	48%	50%
Douleur à prédominance unilatérale	37%	41%
Obstruction nasale unilatérale	21%	<5%
Examen clinique		
Douleur à la percussion des sinus	43%	<5%
Pus dans le cavum nasal	41%	17%
Pus sortant des ostia	4%	100%

Diagnostic

Le diagnostic de la rhinosinusite aiguë avec infection bactérienne concomitante est problématique, car:
- les symptômes et la clinique ne sont pas spécifiques,
- l'imagerie (TC coronaire, IRM, Rx semiaxiale) donne souvent des résultats faux positifs et n'est pas recommandée pour la confirmation du diagnostic,
- un diagnostic exact ne peut être posé que par la ponction sinusale (goldstandard).

Rhinoscopie antérieure

Les patients chez lesquels la rhinoscopie antérieure montre du pus peuvent éventuellement profiter d'une antibiothérapie [3].

Laboratoire

L'intérêt de la CRP, de la vitesse de sédimentation et de la numération des leucocytes pour la pose du diagnostic n'est pas évident. Il n'y a aucun rapport entre CRP, leucocytes et guérison rapide sous antibiotiques.
Chez les patients souffrant de rhinosinusite aiguë importante à la TC, une CRP supérieure à 50 mg/l peut mettre sur la voie d'une rhinosinusite bactérienne [3].

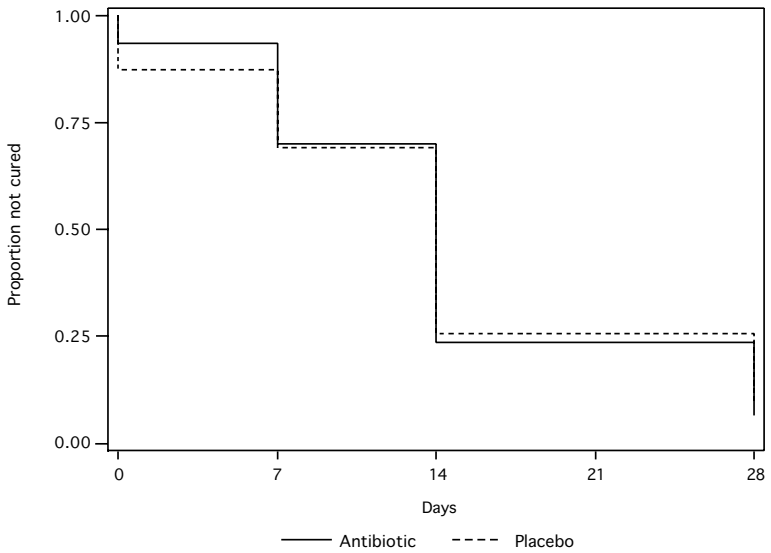

Figure 1
Etude BASINUS: Proportions de guérison de la rhinosinusite aiguë.

Traitement

La proportion de guérison de la rhinosinusite aiguë après 7, 14 et 28 jours de follow-up est identique avec et sans antibiotique (preuve dans l'étude BASINUS chez 252 patients ambulatoires ayant une rhinosinusite aiguë purulente au cours des hivers de 1997 à 2001 par 26 médecins de famille de la région bâloise et les policliniques ORL et médicale universitaires de Bâle [4]).
Un éventuel bénéfice de l'antibiothérapie pour les patients ayant du pus à la rhinoscopie est un *raccourcissement de la durée des douleurs* de ½–1 jour [3].
Les antibiotiques doivent être utilisés chez des patients ayant un écoulement nasal purulent persistant et des algies faciales ou des tensions sans amélioration après 7 jours, ou chez ceux souffrant d'une grave maladie, indépendamment de sa durée.
Cinq études randomisées en double aveugle, antibiotiques contre placebo dans la rhinosinusite aiguë de l'adulte (Cochrane Collaboration [5]):
– avec antibiotiques: «degree of benefit is relatively small»;
– sans antibiotiques: symptômes améliorés ou disparus chez 69% après 2 semaines.

Antibiotiques de première intention: amoxicilline plus acide clavulanique et amoxicilline.

Traitement symptomatique

Spray nasal avec alpha-adrénergiques à court terme, paracétamol et AINS. Le bénéfice de l'administration topique de stéroïdes dans la rhinosinusite aiguë n'est pas clair. Preuves insuffisantes de l'intérêt des fumigations et roboratifs.

Complications de la rhinosinusite aiguë

Complications graves extrêmement rares (abcès cérébral et périorbitaire, méningite, thrombose sinusale). Les abcès cérébraux peuvent se développer malgré une antibiothérapie adéquate. Aucun chiffre précis sur l'incidence de ces abcès.

Conclusions

■ Bénéfice minime des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë diagnostiquée cliniquement.
■ La proportion de guérison est la même avec et sans antibiotiques.
■ L'expectative est justifiée pendant les sept premiers jours dans la rhinosinusite aiguë non compliquée.
■ Antibiotiques indiqués chez les patients
– ayant un écoulement nasal purulent persistant et des algies faciales/tensions sans amélioration après sept jours;
– souffrant d'une grave maladie, indépendamment de sa durée.

Références

1 Alberta Clinical Practice Guidelines www.amda.ab.ca
2 Berg O, Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. Acta Otolaryngol 1988;105:343–9.
3 Young J, Bucher HC, Tschudi P, Periat P, Hugenschmidt C, Welge-Lussen A. The clinical diagnosis of acute bacterial rhinosinusitis in general practice and its therapeutic consequences. J Clin Epidemiol 2003;566:377–84.
4 Bucher HC, Tschudi P, Young J, Periat P, Welge-Lussen A, Zust H, et al. Effect of amoxicillin/clavulanate in clinically diagnosed, acute rhinosinusitis: a placebo controlled double-blind randomised trial in general practice. Arch Intern Med 2003;163:1793–8.
5 Snow V, Mottur-Pilson C, Hickner JM. Principles of appropriate antibiotic use for acute sinusitis in adults. Ann Intern Med 2001;134: 495–7.
6 Guidelines. Prinzipien der Diagnose und Behandlung von Infekten der oberen Luftwege. Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel peter.tschudi@unibas.ch und Institut für Klinische Epidemiologie Universität Basel bucherh@uhbs.ch.

Dr Peter Tschudi
Institut für Hausarztmedizin IHAM*B*
Petersgraben 4
4031 Bâle
peter.tschudi@unibas.ch