



Rhinosinusites infectieuses aiguës (RSIA)

TABLEAUX CLINIQUES

Définition de la rhinosinusite infectieuse aiguë RSIA

La sinusite ou rhinosinusite aiguë = infection d'origine virale ou bactérienne se traduisant par une réaction inflammatoire muqueuses nasosinusiennes. Le terme de sinusite doit être remplacé par le terme de rhinosinusite. Formes aiguës secondaires infection virale, la survenue d'une infection bactérienne est d'environ 0,5 à 2 % des cas. Rhinosinusite maxillaire + fréquente, autres localisations plus rares : frontales, ethmoïdales, sphénoïdales. Formes aiguës : installation des troubles en moins de 72 heures et résolution de l'épisode avec un traitement adapté intervient avant 3 semaines (consensus professionnel fort). Si évolution > 12 semaines = forme chronique.

Interrogatoire

Infections virales + fréquentes. Mais rechercher arguments en faveur d'une infection bactérienne (grade C). Après rhinopharyngite banale, non résolutive spontanément après quelques jours, des symptômes sinusiens diffus et bilatéraux qui durent depuis plusieurs jours (grade C). Evolution jusqu'à 10 jours reste compatible avec une étiologie virale si la symptomatologie évolue favorablement à cette période (grade C).

Quatre types de complications :

- Blocage ostial, concerne surtout a rhinosinusite maxillaire, plus rarement le sinus frontal.
- Complications neurologiques : déficits, coma, crises comitiales, méningites, survenant dans le contexte rhinosinusiens.
- Complications oculaires : œdème des paupières, de la conjonctive, paralysies oculomotrices, ptosis, cécité.
- Complications sous-cutanées, à type d'abcès, engendrant œdème, rougeur, douleur, dans les régions jugale, frontale ou temporale.

RSIA de l'adulte ne relevant pas de traitement antibiotique

Symptomatologie

Congestion nasale, rhinorrhée séreuse, colorée ou purulente. Pesanteur faciale souvent présente, parfois associée à des céphalées diffuses, modérées, sans facteur déclenchant ni aggravant. Fièvre, malaise général, toux, éternuements peuvent être observés.

Examen clinique

Examen fosses nasales recommandé pour confirmer la congestion, la présence et la nature des sécrétions (qui peuvent être sereuses, colorées, voire purulentes). La douleur provoquée par la pression des points sinusiens n'a pas de valeur diagnostique (grade C).

Examens complémentaires non nécessaires

Traitement symptomatique pendant 3 à 5 jours

- Mouchage et lavage des fosses nasales.
- Antalgique seul ou associé à un vasoconstricteur per os.
- Vasoconstricteur (associé ou non à un corticoïde) local.

RSIA non compliquée de l'adulte relevant d'un traitement antibiotique

Symptomatologie

Diagnostic RSA purulente est essentiellement clinique.

En faveur origine bactérienne, 2 au moins des 3 critères majeurs suivants doivent être présents (AFSSAPS 2005) :

1. Persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes localisées malgré un traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques, décongestionnants) prescrit pendant 72 heures.
2. Le type de la douleur :
 - son caractère unilatéral
 - et/ou son augmentation tête penchée en avant
 - et/ou son caractère pulsatile
 - et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit.
3. Augmentation de la rhinorrhée et l'augmentation de la purulence de la rhinorrhée (grade C). Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il devient unilatéral.

La présence de critères mineurs, s'ils sont associés aux signes précédents, renforce la suspicion diagnostique. Ces critères sont :
 - Fièvre persistante au 3ème jour d'évolution
 - Obstruction nasale, les éternuements, la gêne pharyngée, la toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

Interrogatoire

Recherche les symptômes évocateurs d'une infection bactérienne et précise leur mode évolutif. Ils sont apparus dans l'évolution d'une RSIA :
 Soit, dans les 72 premières heures.
 Soit, malgré un traitement symptomatique (inférieur ou égal à 10 jours).

Traitement

Traitement symptomatique +
 - Antibiotique recommandé en 1ère intention .
 - Corticoïde per os pour les formes hyperalgiques 1mg/kg/jour d'équivalent Prednisone pendant 3 jours

Localisation et Bactérie suspectée	Molécules au choix	Posologie quotidienne	Durée (jours)
Maxillaire (l'origine virale est prédominante, moins de 10% des sinusites maxillaires ont une origine bactérienne) H. influenzae, S. pneumoniae (30% de souches sensibilité diminuée à la pénicilline) M. catharralis, S. aureus, Anaérobies (origine dentaire)	- Amoxicilline-acide clavulanique - Céfuroxime axétil - Cefpodoxime proxétil - Céfétiham hététil - Pristinamycine - Télithromycine	1g x 2 250 mg x 2 200 mg x 2 200 mg x 2 1 g x 2 800 mg x 1	7 à 10j 5j 5j 5j 4j 5j
Ethmoïdale S. aureus S. pyogenes H. influenzae Anaérobies	- Amoxicilline-acide clavulanique - Pristinamycine - Levofloxacin - Moxifloxacin	1g x 3 1 g x 2 à 3 500 mg x 1 400 mg x 1	7 à 14 jours
Frontale H. influenzae S. pneumoniae	- Amoxicilline-acide clavulanique - Pristinamycine - Cefpodoxime proxétil - Levofloxacin - Moxifloxacin	1g x 3 1 g x 2 à 3 200 mg x 2 500 mg x 1 400 mg x 1	
Sphénoïdale S. aureus S. pyogenes Anaérobies	- Amoxicilline-acide clavulanique - Levofloxacin - Moxifloxacin	1g x 3 500 mg x 1 400 mg x 1	

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
Ethmoïdal	Comblement de l'angle interne de l'oeil, oedème palpébral. Céphalée rétro-orbitaire
Sphénoïdal	Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intracrânienne. Écoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue