

Module 15 : Système nerveux –Tête et cou

Item 90 : Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte

Objectifs pédagogiques :

Diagnostiquer une rhinosinusite aiguë

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

- **Auteur : Professeur E. SERRANO**

Clinique des Voies Respiratoires -Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Hôpital LARREY

Version : 2008

PLAN

- 1 INTRODUCTION
- 2 RHINOSINUSITES AIGUES BANALES
 - 2-1 Rhinosinusite maxillaire aiguë
 - 2-1-1 *L'étape diagnostique*
 - 2-1-2 *L'examen clinique*
 - 2-1-2-1 *La rhinoscopie antérieure*
 - 2-1-2-2 *L'examen de la cavité buccale*
 - 2-2 Rhinosinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire
 - 2-3 Traitement des rhinosinusites aiguës
 - 2-3-1 *Les traitements locaux*
 - 2-3-2 *L'antibiothérapie*
 - 2-3-3 *La corticothérapie par voie générale*
 - 2-3-4 *L'adjonction d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien*
 - 2-3-5 *Le traitement de la dent en cause*
- 3 RHINOSINUSITES AIGUES DE L'ENFANT
 - 3-1 Définition
 - 3-2 L'ethmoïdite aiguë
- 4 RHINOSINUSITES AIGUES A RISQUES
 - 4-1 *Rhinosinusite aiguë bloquée*
 - 4-2 *Rhinosinusite frontale aiguë*
 - 4-3 *Rhinosinusite sphénoïdale*
 - 4-4 *Rhinosinusite sur terrains particuliers*
 - 4-4-1 Les rhinosinusites maxillaires nosocomiales
 - 4-4-2 Rhinosinusite aiguë sur terrain immuno-déprimé
- 5 RHINOSINUSITES CHRONIQUES
 - 5-1 Physiopathologie
 - 5-2 Motifs de consultation
 - 5-3 Signes d'examen
 - 5-4 Conduite à tenir
 - 5-4-1 Imagerie
 - 5-4-2 Bilan immuno-allergologique :
 - 5-4-3 Bilan bactériologique :
 - 5-4-4 Bilan dentaire :
 - 5-4-5 Bilan inflammatoire :
 - 5-4-6 Bilan bronchique :
 - 5-5 Traitement
 - 5-5-1 Traitement médical
 - 5-5-1-1 le syndrome inflammatoire
 - 5-5-1-1-1 *La corticothérapie*
 - 5-5-1-1-2 *Les autres traitements médicaux*
 - 5-5-1-2 le syndrome infectieux
 - 5-5-1-3 le terrain.
 - 5-5-2 Traitement chirurgical
- 6 BIBLIOGRAPHIE

1 INTRODUCTION

L'inflammation de la muqueuse d'une ou de plusieurs des cavités sinusiennes de la face réalise le tableau de rhinosinusite aiguë. Il s'agit d'une affection très fréquente survenant à tout âge, posant en général peu de problème diagnostique. Le traitement est essentiellement médical et reste probabiliste dans la majorité des cas. La fréquence et la bénignité de ces rhinosinusites aiguës ne doivent pas faire méconnaître certaines évolutions compliquées graves.

Les rhinosinusites aiguës sont le plus souvent d'origine rhinogène. La contamination se fait par voie aérienne. L'œdème muqueux retentit sur les fonctions de drainage et d'aération de l'ostium sinusien, créant ainsi toutes les conditions de survenue d'une infection de la cavité sinusienne. Certaines rhinosinusites maxillaires aiguës sont d'origine dentaire.

La rhinosinusite chronique est une entité clinique dont la définition est encore imprécise. Toutefois, elle correspond à l'inflammation ou à l'infection d'une ou plusieurs des cavités sinusiennes de la face dont on distingue les formes infectieuses et les formes inflammatoires qui, en pratique, peuvent être souvent associées.

La persistance de signes fonctionnels rhinologiques, de signes endoscopiques et de signes scanographiques après traitement médical, est à l'origine d'un inconfort nasal chronique qui justifie une exploration.

2 RHINOSINUSITES AIGUES BANALES

2-1 Rhinosinusite maxillaire aiguë

Le plus souvent unilatérale, survenant dans les suites d'une "rhume" banal, elle représente la forme habituelle des rhinosinusites aiguës.

2-1-1 *L'étape diagnostique* est essentiellement clinique avec :

- Une douleur de siège jugal avec irradiation dentaire ou oculaire. Cette douleur est augmentée par l'antéflexion et l'effort. Elle est soulagée par le mouchage, mais cependant mal calmée par les antalgiques banals.
- Une rhinorrhée purulente homolatérale antérieure ou postérieure dont l'importance est inversement proportionnelle à la douleur.
- Les signes généraux sont modestes se résumant le plus souvent à un fébricule et à une asthénie.

2-1-2 *L'examen clinique* permet de retrouver un point douloureux jugal à la palpation au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire.

2-1-2-1 *La rhinoscopie antérieure* permet de retrouver les signes classiques d'infection : muqueuse rouge, pus dans la fosse nasale et plus particulièrement au niveau du méat moyen : voie de drainage du sinus maxillaire.

2-1-2-2 *L'examen de la cavité buccale* peut montrer des sécrétions purulentes sur la paroi postérieure de l'oro-pharynx.

A ce stade, les examens paracliniques ne sont pas utiles et le traitement probabiliste peut être entrepris.

2-2 Rhinosinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire

Ces rhinosinusites surviennent dans les suites immédiates d'une infection dentaire et parfois d'un soin dentaire.

Dans ce cas, la symptomatologie volontiers unilatérale est caractérisée par la fétidité de la rhinorrhée accompagnée de cacosmie, traduisant la colonisation à anaérobies.

L'examen clinique dentaire, éventuellement complété *par un bilan radiologique et une consultation dentaire spécialisée*, sont justifiés à la recherche d'une pathologie apicale, de la migration endomaxillaire d'un matériel d'obturation ou d'une communication bucco sinusienne.

2-3 Traitement des rhinosinusites aiguës

Le traitement d'une rhinosinusite aiguë est essentiellement médical et doit être local et général. L'objectif est triple : lutter contre l'infection, la douleur et éviter le passage à la chronicité.

2-3-1 *Les traitements locaux* visent à lutter contre la congestion de l'ostium pour assurer un drainage correct et restaurer l'aération du sinus. A cet effet, les lavages des fosses nasales au sérum physiologique et les vasoconstricteurs locaux sont généralement utilisés. Les autres thérapeutiques, notamment les antiseptiques et les antibiotiques à usage local, les aérosols et inhalations, n'ont à ce jour pas fait la preuve de leur efficacité.

2-3-2 *L'antibiothérapie* par voie générale systématique est aujourd'hui de mise devant une rhinosinusite aiguë. Elle est habituellement probabiliste tenant compte des germes généralement impliqués dans les rhinosinusites aiguës et de leur niveau de résistance (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*. Chez l'adulte :

- **L'antibiothérapie n'est pas recommandée** en cas de symptômes rhinologiques diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique.
- **L'antibiothérapie est recommandée en cas de :**
 - symptomatologie typique, notamment : unilatéralité des signes, douleurs infra-orbitaire, rhinorrhée...
 - échec d'un traitement symptomatique initial ou complications,
 - association à une infection dentaire homolatérale supérieure,
 - (sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale).

- en première intention : amoxicilline-acide clavulanique (7 à 10 jours), céfuroxime-axétil (5 jours), cefpodoxime-proxétil (5 jours), céfotiam-hexétil (5 jours) ;
- notamment en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : pristinamycine (4 jours), télithromycine (5 jours).

Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacine, moxifloxacine) sont réservées aux situations susceptibles de complications graves (sinusites frontales, sphénoïdales, ethmoïdales, pansinusite) ou en cas d'échec d'une 1ère antibiothérapie, après documentation bactériologique et/ou radiologique. (*Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, octobre 2005 Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires*).

2-3-3 *La corticothérapie par voie générale* est usuellement prescrite en cures courtes afin de lutter plus rapidement contre l'œdème et par là même contre les phénomènes douloureux. Le bien-fondé de cette attitude reste encore à démontrer.

2-3-4 *L'adjonction d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien* n'est légitime que si une corticothérapie per os n'a pas été prescrite. Leur intérêt par rapport à un traitement antalgique n'a pas été démontré.

2-3-5 *Le traitement de la dent en cause* doit être envisagé parallèlement au traitement médical des rhinosinusites d'origine dentaire.

3 RHINOSINUSITES AIGUES DE L'ENFANT

3-1 Définition

Les cavités sinusiennes de la face sont en général ébauchées dès la naissance et leur développement se fait progressivement dans le temps jusqu'à l'âge adulte. Le sinus ethmoïdal se développe pendant la vie intra-utérine et la cavité est donc déjà présente dès la naissance. Puis les sinus maxillaires voient leur cavité se développer au cours des premières années de la vie et sont, en général, bien visibles sur les radiographies standards à partir de l'âge de trois ans en moyenne. Le développement des sinus frontaux et sphénoïdaux est plus tardif, mais ils sont parfois déjà visibles, notamment en tomodensitométrie, dès l'âge de cinq ans.

Les cavités sinusiennes de la face sont tapissées par un épithélium de type respiratoire, en continuité avec l'épithélium des fosses nasales, ce qui explique l'atteinte constante des sinus au cours de toute rhinopharyngite. La participation sinusienne est habituelle au cours des infections des voies aériennes supérieures de l'enfant. Il ne s'agit que d'un épiphénomène banal, qui ne doit pas être interprété comme une complication sinusienne ou une authentique sinusite, dans la plupart des cas.

Les rhinosinusites aiguës sont essentiellement ethmoïdo-maxillaires, avec comme forme compliquée rare mais grave : l'ethmoïdite aiguë.

3-2 Les rhinosinusites aiguës

Chez l'enfant (à partir de 3 ans) :

L'antibiothérapie est recommandée :

- dans les formes aiguës sévères (fièvre > 39°C, céphalées, rhinorrhée purulente et parfois oedème péri-orbitaire) ;
- dans les formes prolongées (durée des symptômes de la rhinopharyngée et de la toux \geq 10 jours sans tendance à l'amélioration) en présence de facteurs de risque tels que : asthme, cardiopathie, drépanocytose homozygote.

En première intention : amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j d'amoxicilline), cefpodoxime-proxétel (8 mg/kg/j) ; si contre-indication aux bêta-lactamines : pristinamycine (50 mg/kg/j) à partir de 6 ans.

La durée du traitement est classiquement de 7 à 10 jours.

Ne sont pas ou plus recommandés : pénicillines A, macrolides, C1G2, cotrimoxazole.

(Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, octobre 2005 Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires).

3-3 L'ethmoïdite aiguë

L'ethmoïdite aiguë réalise la complication sinusienne des rhinosinusopharyngites aiguës chez le nourrisson ou chez le jeune enfant.

On distingue deux stades :

- *le stade fluxionnaire* : tout commence par une rhino-sinuso-pharyngite banale, peu fébrile, puis survient un oedème palpébral unilatéral, débutant au niveau de la paupière supérieure et de l'angle interne de l'œil. Rapidement, l'oedème palpébral devient bilatéral, sans conjonctivite associée. Un oedème conjonctival ou chémosis et une discrète protrusion du globe oculaire peuvent être notés. La fièvre est constante et la rhinoscopie peut retrouver une rhinorrhée purulente.

- *le stade suppuré* : plusieurs tableaux cliniques peuvent être distingués : abcès sous-périosté, phlegmon orbitaire, cellulite orbitaire. Dans tous ces cas, la fièvre est élevée, la douleur est intense, le chémosis est majeur et l'exophtalmie souvent irréductible. La présence d'une immobilité du globe oculaire, d'une mydriase ou d'une anesthésie cornéenne constitue des signes de gravité qui mettent en jeu le pronostic visuel et vital.

La radiographie des sinus en incidence de face objective une asymétrie de ventilation des cellules ethmoïdales avec une opacité du côté atteint. La radiographie standard ne peut cependant pas faire la distinction entre stade fluxionnaire et stade suppuré, ce qui doit rester le souci majeur du praticien car le stade suppuré nécessite impérativement un drainage chirurgical. En cela l'apport du scanner des sinus, demandé en urgence, est irremplaçable, permettant de visualiser la collection.

Le diagnostic différentiel se pose avec la dacryocystite aiguë, mais, dans ce cas, la tuméfaction reste limitée à l'angle interne de l'œil et la pression fait sourdre du pus aux points lacrymaux. La radiographie simple en incidence de face, voire le scanner, montrent en règle générale, l'intégrité des cellules ethmoïdales.

L'hospitalisation de l'enfant est en général souhaitable devant la gravité des complications potentielles orbitaires et neuro-méningées.

Dans les formes collectées, un drainage chirurgical est indiqué en urgence. L'antibiothérapie doit tenir compte des deux germes le plus souvent en cause dans l'ethmoïdite aiguë du nourrisson (*Haemophilus influenzae* et staphylocoque doré). Administrée par voie parentérale, une céphalosporine de troisième génération, éventuellement associée à la fosfomycine et à un imidazolé dans les formes sévères, est le plus souvent de mise pendant sept à dix jours. Une antibiothérapie par voie orale, en général par amoxicilline-acide clavulanique, est prescrite en relais pendant une durée de trois semaines. La prescription d'anti-inflammatoires stéroïdiens ou non est controversée. La désinfection rhino-pharyngée et la prescription d'un collyre antiseptique sont systématiques.

L'évolution est en règle générale satisfaisante. Un contrôle tomodensitométrique à distance de l'épisode aigu est en général recommandé.

4 RHINOSINUSITES AIGUES A RISQUES

4-1 Rhinosinusite aiguë bloquée

La rhinosinusite maxillaire aiguë bloquée est une forme évolutive particulière marquée par le caractère bruyant de la symptomatologie douloureuse liée au blocage fonctionnel de l'ostium.

Dans ce cas, la rhinorrhée purulente a pratiquement disparu et peut ne pas être retrouvée à l'examen endoscopique du méat moyen.

L'imagerie prend ici toute sa place avec une opacité totale du sinus maxillaire sur les radiographies des sinus en incidence de Blondeau ou à l'examen tomodensitométrique.

L'histoire clinique, l'intensité de la symptomatologie douloureuse en échec des traitements médicaux, et la positivité de l'imagerie conduisent à poser l'indication d'un drainage chirurgical en urgence à côté de la prise en charge médicale. La ponction drainage du sinus maxillaire entraîne une disparition rapide des phénomènes douloureux.

4-2 Rhinosinusite frontale aiguë

Les rapports anatomiques étroits existant entre le sinus frontal, l'orbite et les structures méningo-encéphaliques sont à l'origine des complications potentielles de cette localisation.

Le tableau des rhinosinusites frontales aiguës est comparable à celui des rhinosinusites maxillaires aiguës avec une douleur plus intense, ici sus-orbitaire, augmentée par la pression au niveau de l'émergence du nerf sus-orbitaire.

L'examen de la cavité nasale n'a aucune particularité. Une attention particulière doit être donnée à l'inspection de la peau en regard du sinus frontal à la recherche d'une fistulisation débutante.

Les radiographies des sinus retrouvent une opacité complète du sinus frontal ou une image avec niveau liquide.

Le traitement doit être instauré immédiatement afin de prévenir la survenue de complications. Devant la résistance thérapeutique ou une évolution défavorable, s'impose une hospitalisation en urgence pour la réalisation d'un examen tomodensitométrique des sinus (à la recherche d'une complication), et pour la réalisation d'un éventuel geste chirurgical de drainage.

4-3 Rhinosinusite sphénoïdale

Les sphénoïdites aiguës font encourir le risque de complications visuelles ou méningo-encéphaliques du fait de la proximité du nerf optique, de l'artère carotide interne et de l'encéphale.

Le tableau clinique est dominé par des céphalées profondes, rétro orbitaires irradiant vers le vertex, intenses et souvent majorées la nuit, responsables d'insomnies.

La rhinoscopie antérieure au spéculum n'est pas contributive. Seule l'endoscopie nasale permettra de retrouver une inflammation du récessus sphéno-ethmoïdal.

Le caractère inhabituel de ce tableau clinique dans un contexte fébrile doit amener la réalisation en urgence d'un examen tomodensitométrique des sinus, qui seul permettra d'affirmer le diagnostic et de préciser une éventuelle extension aux structures avoisinantes.

Le traitement médical doit être instauré immédiatement. Les fluoroquinolones de 2^{ème} génération, actives sur le *S Pneumoniae* (levofloxacin, moxifloxacin) sont également indiquées en première intention dans ces sinusites frontales ou sphénoïdales susceptibles de complications graves. La chirurgie endoscopique du sinus sphénoïdal est réservée aux formes bloquées hyperalgiques ou compliquées (méningite, abcès du cerveau, thrombophlébite du sinus caverneux, cellulite orbitaire).

4-4 Rhinosinusite sur terrains particuliers

4-4-1 Les rhinosinusites maxillaires nosocomiales

Les rhinosinusites maxillaires nosocomiales sont souvent dues à la présence de la sonde d'intubation naso-trachéale et de la sonde d'alimentation naso-gastrique. La présence de signes généraux infectieux motive souvent la demande de clichés radiologiques dont l'interprétation est difficile. La flore est généralement polymicrobienne avec présence fréquente de *Pseudomonas aeruginosa*. La prise en charge thérapeutique passe par

l'ablation si possible des sondes endonasales, le drainage chirurgical et la mise en route d'une antibiothérapie à large spectre.

4-4-2 *Rhinosinusite aiguë sur terrain immunodéprimé* (infection à VIH, diabète, patient âgé, déficit immunitaire...)

Elle pose des problèmes spécifiques et notamment le problème d'une évolution potentiellement défavorable. Le diagnostic précis demande en règle générale un prélèvement bactériologique, un examen tomodensitométrique des sinus et surtout le concours d'un bactériologiste, d'un interniste et d'un infectiologue permettant d'optimiser la prise en charge thérapeutique sinusienne et générale.

5 RHINOSINUSITES CHRONIQUES

5-1 Physiopathologie

Les rhinosinusites chroniques sont des affections dont les mécanismes déclenchants sont encore mal connus.

Dans les formes purement inflammatoires, l'épithélium respiratoire est riche en polynucléaires éosinophiles. De nombreuses cellules et de nombreux médiateurs sont suspectés d'entretenir l'inflammation au sein de la muqueuse nasale. Le facteur déclenchant est rarement retrouvé, une rhinosinusite chronique pouvant parfois survenir après un épisode aigu incomplètement résolu ou après une infection virale. L'œdème et l'hypertrophie et la muqueuse sinusienne ont pour conséquence une obstruction des voies de drainage des sinus et une accumulation des sécrétions avec altération de la fonction muco-ciliaire. Il est difficile de faire la part respective de l'infection, de l'inflammation et des variations anatomiques du méat moyen dans tous les cas de rhinosinusite chronique. Les rhinosinusites chroniques oedémateuses sont dans la plupart des cas des formes bilatérales intéressant essentiellement les sinus ethmoïdaux et les sinus maxillaires. Plus récemment, l'étiologie fongique des rhinosinusites chroniques oedémateuses a été évoquée devant la mise en évidence de cultures fongiques positives dans plus de 90 % des patients présentant des rhinosinusites chroniques oedémateuses avec accumulation de polynucléaires éosinophiles autour des filaments mycéliens. Cette hypothèse fait actuellement l'objet de débats et de controverses.

Dans les formes infectieuses chroniques, une origine dentaire (granulome péri-apical, dépassement de pâte dentaire, communication bucco-sinusienne) ou mycosique doit être recherchée. Les formes suppuratives bilatérales doivent faire évoquer une diathèse infectieuse (déficit immunitaire, diabète).

5-2 Motifs de consultation

Les rhinosinusites chroniques sont définies par la persistance de symptômes rhinologiques au-delà de trois à quatre mois, malgré un traitement adapté :

- obstruction nasale

- jetage postérieur :
- la rhinorrhée, purulente ou muco-purulente est parfois au premier plan, antérieure ou postérieure ;
- l'hyposmie, voire l'anosmie, doit être recherchée.

Les pathologies inflammatoires ou infectieuses chroniques sont peu douloureuses au sens strict du terme, en dehors des épisodes de surinfection et génèrent plutôt une sensation de pesanteur faciale.

Ces signes peuvent être diversement associés.

Les rhinosinusites chroniques se distinguent des rhinosinusites aiguës récidivantes caractérisées par quatre épisodes aigus ou plus par an avec résolution complète des signes cliniques et radiologiques entre chaque épisode.

5-3 Signes d'examen

L'endoscopie des fosses nasales doit s'attacher à explorer les méats sinusiens, et notamment le méat moyen, véritable carrefour de la pathologie inflammatoire et infectieuse chronique des sinus.

L'examineur peut retrouver un comblement du méat moyen par des sécrétions purulentes, un oedème de l'apophyse unciforme, un oedème de la bulle, un polype du méat moyen, voire une polypose nasale constituée.

L'endoscopie permet également de réaliser le bilan de malformations anatomiques nasales : déviation septale, inversion de courbure du cornet moyen, pneumatisation du cornet moyen.

Enfin, la palpation de la muqueuse ainsi que des prélèvements bactériologiques et cytologiques sont également possibles.

5-4 Conduite à tenir

5-4-1 Imagerie

Tout le monde s'accorde à l'heure actuelle, pour reconnaître à l'examen tomodensitométrique sa supériorité dans l'exploration radiologique des rhinosinusites chroniques. Cependant, l'interprétation des images rencontrées ne doit pas être faite en dehors du contexte clinique et des données endoscopiques.

Certaines images radiologiques sont évocatrices (opacité localisée à un sinus, opacité cerclante, opacité totale d'un sinus). Des lyses osseuses sont fréquentes au niveau de l'ethmoïde dans les polyposes naso-sinusiennes.

5-4-2 Bilan immuno-allergologique :

Particulièrement indiqué dans les rhinosinusites chroniques à forme œdémateuse, avec ou sans polypose, il comprend au minimum la réalisation de tests cutanés allergologiques, éventuellement complétés par le dosage des

IgE spécifiques. Les tests de dépistage, tels Phadiatop[®] ou Alatop[®] peuvent être indiqués en première intention. Souvent mise en avant, l'allergie est rarement retrouvée (10 à 15 % des cas).

5-4-3 Bilan bactériologique :

Le prélèvement bactériologique sous guidage endoscopique au méat moyen est indiqué dans les rhinosinusites chroniques à forme suppurative.

5-4-4 Bilan dentaire :

Une infection dentaire apicale doit être recherchée, surtout dans les formes unilatérales. La proximité des apex dentaires des cavités sinusiennes explique la fréquence relative de l'origine dentaire dans les rhinosinusites chroniques suppurées. Parfois, le passage de produit d'obturation dentaire dans la cavité sinusienne pérennise le phénomène et favorise les surinfections mycosiques.

5-4-5 Bilan inflammatoire :

L'existence d'une hyperéosinophilie sécrétoire est un reflet de l'inflammation locale au sein de la muqueuse nasale. En effet, le polynucléaire éosinophile, cellule en principe absente des sécrétions nasales chez le sujet normal, est recruté au sein de la réaction inflammatoire et joue un rôle actif dans la genèse et l'entretien de l'inflammation muqueuse chronique.

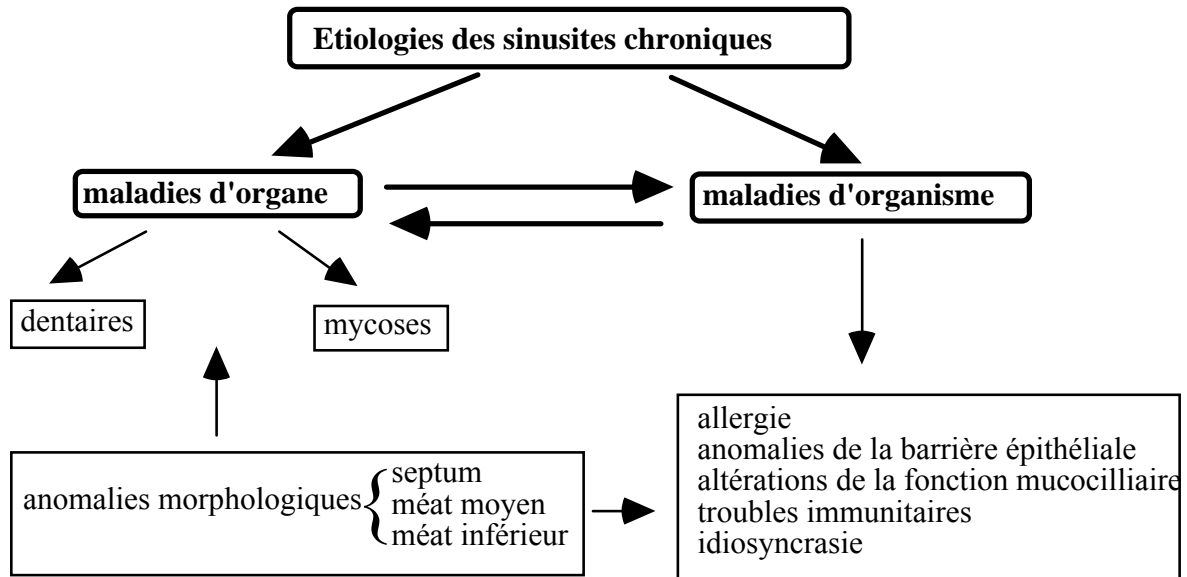
La cytologie nasale consiste à recueillir, à l'aide d'un écouvillon, des sécrétions nasales prélevées au niveau du méat moyen.

5-4-6 Bilan bronchique :

L'interrogatoire doit rechercher des signes cliniques d'hyperréactivité bronchique : toux chronique, dyspnée d'effort, sibilants nocturnes. Au moindre doute, une exploration fonctionnelle respiratoire s'impose avec éventuellement un test de provocation au Carbachol[®] à la recherche d'une hyperréactivité bronchique infraclinique. En effet, l'association d'un syndrome d'hyperréactivité bronchique à une rhinosinusite chronique, témoigne d'une inflammation de la muqueuse des voies aériennes dans son ensemble et constitue donc dans ce cas, une maladie générale.

Au terme de ce bilan, on peut distinguer :

- les rhinosinusites chroniques en rapport avec une maladie du sinus lui-même (maladie d'organe: rhinosinusite dentaire ou mycosique) ;
- les rhinosinusites chroniques en rapport avec une pathologie de terrain (maladie d'organisme).



5-5 Traitement

5-5-1 Traitement médical

Le traitement des rhinosinusites chroniques est le plus souvent médical en première intention. Il a pour objectif de réguler les fonctions sécrétoires et inflammatoires de la muqueuse naso-sinusienne, et comprend trois orientations :

5-5-1-1 le syndrome inflammatoire

5-5-1-1-1 La corticothérapie

Par voie orale, la corticothérapie ne se conçoit qu'en cures courtes (moins d'une semaine) à la dose de 1mg/kg/j d'équivalent prednisone. La monoprise matinale et l'absence de dégression des doses est de règle. Le bon sens et la pratique autorisent trois à quatre prescriptions de ce type par an. Cependant, il faut préciser que ce traitement n'a fait l'objet d'aucune validation dans cette indication.

Par voie locale, la corticothérapie constitue la base du traitement de fond des rhinosinusites chroniques oedémateuses. Plusieurs molécules sont disponibles, le plus souvent en deux prises. Cependant la durée optimale de traitement n'est pas précisée bien qu'il ne semble pas exister d'effet iatrogène sur la muqueuse des fosses nasales lors d'une utilisation prolongée.

5-5-1-1-2 Les autres traitements médicaux

Toute thérapeutique pouvant diminuer l'état inflammatoire de la muqueuse nasale doit être prise en compte. Il en est ainsi pour les antihistaminiques, les lavages des fosses nasales au sérum physiologique, les aérosolthérapies qui trouvent ici un intérêt notamment afin de diminuer les traitements par voie orale, les cures thermales notamment dans les stations à eau chlorobicarbonatée sodique plus particulièrement orientées vers les pathologies inflammatoires. Tous ces traitements méritent cependant d'être évalués dans cette indication. L'arrêt du tabac doit également être fortement recommandé.

5-5-1-2 le syndrome infectieux

Les prélèvements obtenus au cours des rhinosinusites chroniques sont souvent polymicrobiens. *S aureus*, *S pneumoniae*, et *H influenzae* sont les germes prédominants auxquels viennent se rajouter des germes Gram - et des germes anaérobies. La prescription de quinolones en association avec l'amoxicilline - acide clavulanique est alors licite.

5-5-1-3 le terrain.

Traitement de l'allergie

Cures thermales et climatiques

Immunomodulateurs

Eviction des médicaments contenant de l'acide acétyl salicylique

5-5-2 Traitement chirurgical

L'indication chirurgicale d'une rhinosinusite chronique se pose devant :

- les rhinosinusites chroniques unilatérales dentaires ou fongiques
- l'existence d'un dysfonctionnement ostial sévère, aggravé ou non par des anomalies anatomiques
- la persistance de signes cliniques malgré un traitement médical bien conduit, surtout s'il existe une polypose invalidante obstructive, anosmiante, résistant aux diverses thérapeutiques.

Des indications précises reposant sur des bilans fonctionnels et morphologiques complets sont des éléments fondamentaux pour l'obtention de bons résultats.

6 BIBLIOGRAPHIE

LUND V.J., KENNEDY D.W. Quantification for staging sinusitis. *Annals of Otolaryngology and Laryngology* 1995 suppl 17-21

PONIKAU JU, SHERRIS DA, KERN EB, HOMBURGER HA, FRIGAS E, GAFFEY TO, ROBERTS GD. The diagnosis and incidence of allergic fungal sinusitis. *Mayo Clinic Proc.* 1999;74:877-84.

SERRANO E, PERCODANI J, URO-COSTE E, YARDENI E, ABBAL M, LINAS MD, RECCO P, DELISLE MB. Value of investigation in the diagnosis of allergic fungal rhinosinusitis : results of a prospective study. *Journal of Laryngol Otol* 2001 ;115:184-189

DESSI P, TRIGLIA JM, TOMASI M, ZANARET M, CANNONI M. Prise en charge médico-chirurgicale de la rhinosinusite maxillaire chronique de l'adulte. *Acta otorhinolaryngologica belg.* 1992, 46, 279-85.

GEHANNO P, PESSEY JJ . Inventaire bactériologique lors des rhinosinusites aiguës et chroniques. Conséquences thérapeutiques. *La Revue du Praticien*, n° spécial, déc. 1994, 21-2.

SERRANO E., ARRUE Ph., PERCODANI J., PESSEY J.J. Facteurs morphologiques et rhinites. *Rev Fr Allergol* 1998;38(7):611-617

FERGUSON BJ. Eosinophilic mucin rhinosinusitis: a distinct clinicopathological entity. *Laryngoscope* 2000;110:799-813

JANKOWSKI R, BRUHIER N.
Rhinosinusites maxillaires d'origine dentaire.
JF ORL, 1993, 42, 207-12.

KLOSSEK JM, FONTANEL JP, BESSON JM et al.
Aspergillose du sinus maxillaire et chirurgie fonctionnelle.
JF ORL, 1992, 41, 281-84.

