

Les rhinosinusites

Rhinosinusitis

S. Hassid

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital Erasme

RESUME

La rhinosinusite est une pathologie rencontrée de plus en plus fréquemment et dont les répercussions financières sur la société sont importantes. Une meilleure compréhension de la RSA a modifié notre approche clinique nous conduisant à diminuer notre recours à l'imagerie, à limiter notre prescription d'antibiotiques et à augmenter l'utilisation des corticoïdes intranasaux. Le but de cet article est de présenter les nouvelles lignes de conduite proposées par le groupe de travail européen qui a travaillé sur la rhinosinusite et la polypose nasale (EPOS 2012) afin de faciliter la prise en charge de la RSA en médecine générale.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 257-61

ABSTRACT

Rhinosinusitis is an important health problem which is increasing in frequency and which has a large financial repercussion on society . Better understanding of ARS management has modified our clinical approach leading us to minimize unnecessary use of radiological investigations, overuse of antibiotics, and improve the under utilisation of nasal corticosteroids. The goal of this article is to present important new guidelines mainly based on the European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 (EPOS 2012) in order to facilitate ARS management in general practice.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 257-61

Key words : acute rhinosinusitis, guidelines, general practice

INTRODUCTION

La rhinosinusite est un réel problème de santé publique suivant exactement la même évolution que la rhinite allergique. Toutes les recommandations présentées dans cet article sont basées sur les principes de l'*Evidence Based-Medicine* dont les bases sont reprises dans le tableau¹. Pour des raisons de facilité de lecture, les catégories et puissances ne seront pas mentionnées mais peuvent être retrouvées dans les références bibliographiques.

Dans cet article, il sera question uniquement de pathologies aiguës liées à l'adulte.

CLASSIFICATION ET DEFINITIONS

Le terme rhinosinusite (RS) est actuellement préféré à celui de sinusite dans la mesure où cette pathologie se manifeste toujours au niveau nasal.

Tableau : Les catégories d'évidence et la puissance des recommandations.

Catégories d'évidence

- Ia Evidence from meta-analysis of randomised controlled trials
- Ib Evidence from at least one randomised controlled trial
- Ila Evidence from at least one controlled study without randomisation
- Ilb Evidence from at least one other type of quasi-experimental study
- III Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies, and case-control studies
- IV Evidence from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities, or both

Puissance des recommandations

- A Directly based on category I evidence
- B Directly based on category II evidence or extrapolated recommendation from category I evidence
- C Directly based on category III evidence or extrapolated recommendation from cat II evidence

Définition de la RS

- La RS est définie par :
- une inflammation du nez et des sinus paranasaux

caractérisée par au moins deux symptômes dont un doit obligatoirement être nasal (obstruction, congestion ou rhinorrhée antérieure/postérieure) :

- ± douleur/pression au niveau de la face
- ± hypo ou anosmie et
- des signes endoscopiques de :
 - polypes nasaux, et/ou
 - pus provenant du méat moyen et/ou un œdème de la région méatique et/ou
- une modification du CT-scan au niveau muqueux.

Durée de la RS

La RS aiguë (RSA) a une durée < 12 semaines, la RS chronique (RSC) ≥ 12 semaines.

La RSA comprend la RSA virale (rhume banal) dont la durée est < 10 jours et post-virale : augmentation des symptômes après 5 jours ou persistance des symptômes pendant plus de 10 jours mais moins de 12 semaines.

La RS bactérienne aiguë (RSBA) se caractérise par la présence d'au moins 3 de ces éléments : rhinorrhée purulente, facialgies, fièvre > 38 °C, CRP élevée, aggravation des symptômes après une amélioration transitoire.

L'ensemble des RSA est représenté dans la figure 1.

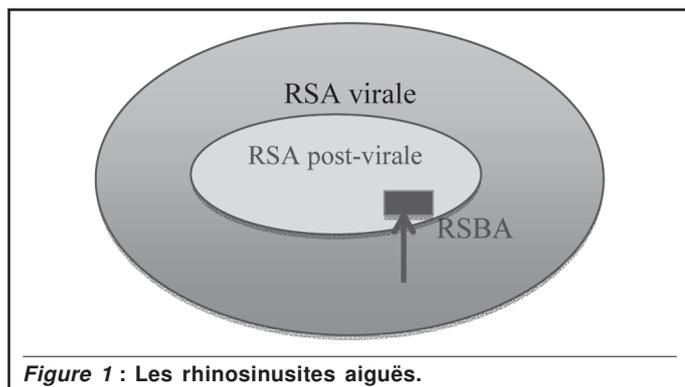


Figure 1 : Les rhinosinusites aiguës.

LES RSA

Epidémiologie et facteurs prédisposants

La RSA est une pathologie très fréquente. Sa prévalence varie de 6 à 15 % avec une prévalence de RSA récidivantes estimée à 0,035 %. L'origine de la RSA est virale avec 0,5-2,0 % de patients développant une RSBA. Les facteurs influençant sa prévalence sont la saison (plus fréquente en hiver), les variations des conditions climatiques avec une augmentation dans un environnement humide et pollué. Si les allergies et l'exposition à la fumée de cigarettes sont des facteurs prouvés prédisposant la RSA en agissant sur la mobilité et la fonction ciliaire, le rôle du reflux œsophagien est moins clair. Il est fort probable que des facteurs comme des maladies chroniques concomitantes, une santé mentale déficiente et des modifications anatomiques soient associés à une augmentation de la RSA. Dans

cette dernière catégorie, la présence d'une cellule de Haller, d'une *concha bullosa*, d'une déviation septale, d'une atrésie choanale, de polypes nasaux et d'une hypoplasie des sinus a été associée à la RSA d'une manière significative².

Physiopathologie de la RSA

RSA virale, post-virale et bactériennes : un continuum pathologique ?

Cette subdivision, quoique théorique, représente trois conditions pathologiques apparaissant successivement. Cependant, elles partagent considérablement leurs conditions inflammatoires ainsi que leur présentation clinique. En effet, une infection virale du nez et des sinus entraîne une inflammation post-virale qui à son tour augmente le risque de surinfection bactérienne. Apparaîtront alors des atteintes épithéliales avec une diminution des défenses mécaniques, humorales et cellulaires. On peut dès lors considérer que la RSA peut être induite par une infection virale ou bactérienne.

Microbiologie de la RSA

- Virus : Les rhino (50 % de toutes les rhinites virales) et coronavirus sont les plus fréquemment rencontrés chez l'adulte. Les autres virus incriminés comprennent les virus *influenza*, *parainfluenza*, *adenovirus*, virus respiratoire syncytial (VRS) et entérovirus³.
- Bactéries : Le trio infernal (Pneumocoque 26 %, *H. influenzae* 28 % et *Moraxella catarrhalis* 6 %) ainsi que le Staphylocoque doré 8 % sont les plus fréquemment rencontrés⁴.

Mécanismes inflammatoires dans la RSA

- Invasion de l'hôte par les micro-organismes : Les cellules épithéliales représentent la première barrière rencontrée par les micro-organismes. Le mucus provenant des *goblet cells* empêche leur adhérence à ce niveau. Ils sont alors capturés par le mucus et éliminés par le mouvement muco ciliaire. Ensuite intervient la création d'un écosystème déterminé par des paramètres comme le pH ou la pression partielle en O₂ qui diminuent progressivement. Seuls les micro-organismes nécessitant cet environnement peuvent survivre et infecter le corps humain. Les virus qui sont nécessairement intracellulaires, utilisent les cellules de l'hôte pour leur réplication. Pour ce faire, ils utilisent une interaction intermoléculaire relativement spécifique entre leur nucléocapside (virus nus) ou la membrane virale (virus enveloppés) et les molécules de la membrane cellulaire de l'hôte qui agit comme récepteur. Cette interaction intermoléculaire explique la spécificité de certains virus par rapport à leur organe cible⁵. Toutes ces modifications pathologiques peuvent entraîner une obstruction de l'ostium d'un sinus dans la cavité nasale formant dès lors un environnement idéal pour la colonisation

bactérienne et leur croissance⁶.

RSA et allergie

Les patients présentant une rhinite allergique à IgE ont plus de modifications de leur CT-scan des sinus pendant une simple rhinite virale que ceux non allergiques. Ceci est valable également pour la perturbation du mouvement muco-ciliaire et du flux nasal. Ceci pourrait expliquer comment l'allergie augmente le risque de RSBA⁷.

Diagnostic de la RSA

Introduction

La RSA est une affection très fréquente guérissant spontanément et ne nécessitant ni diagnostic formel ni traitement médical particulier. Quand un patient consulte, il le fera par le biais de son médecin traitant. Habituellement, le médecin généraliste considérera cette affection comme étant bactérienne plutôt qu'inflammatoire conduisant dès lors à une prescription d'antibiotiques. Le rôle des *guidelines* reprises ici est de préciser les conditions d'investigation et de traitement de la RSA⁸. La méconnaissance de la nature inflammatoire de la RSA concerne surtout le risque de complications septiques d'une pathologie éventuellement bactérienne non traitée. A ce sujet, il semble clair actuellement que les complications sont rares, se manifestent surtout au début de la maladie, avec des symptômes sévères et surtout que la prescription d'antibiotiques pour le traitement de la RSA en médecine générale n'empêche aucunement les complications. Il est donc recommandé, dans les cas de RSA non compliquées, de se baser sur des critères exclusivement cliniques pour effectuer le diagnostic et que tout examen complémentaire est superflu. La seule exception est la RSA d'origine dentaire à laquelle il faut penser dans des situations unilatérales purulentes traînantes.

Diagnostic clinique de la RSA en médecine générale

Si l'on se réfère aux chapitres précédents concernant la définition et la durée de la RS, il ressort donc qu'une RSA post-virale ne sera jamais diagnostiquée avant 10 jours d'évolution sauf si une aggravation évidente des symptômes apparaît après 5 jours. Le diagnostic de RSA se fera donc devant l'apparition aiguë d'obstruction nasale, de rhinorrhée antérieure et/ou postérieure le plus souvent mucopurulente, de douleur ou pesanteur faciale et de réduction de l'odorat. Une infection bactérienne peut être à l'origine d'une RSA (RSBA) mais dans la majorité des cas, les antibiotiques n'influencent pas le cours de la maladie. Il ressort de ce qui précède que des facteurs prédictifs d'une surinfection bactérienne peuvent être recherchés afin de diagnostiquer une RSBA. La présence d'au moins deux signes parmi les suivants, correspondent à une RSBA avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 77 %¹⁰ : rhinorrhée purulente uni/bilatérale, douleur unilatérale, présence de pus

franc dans la cavité nasale.

Diagnostics différentiels de la RSA d'un point de vue purement clinique

- Le rhume banal : disparaît en général dans les 10 jours et ne nécessite aucun traitement spécifique.
- La rhinite allergique : touche 10 à 20 % de la population adulte. Les symptômes sont les suivants : rhinorrhée claire, obstruction nasale, prurit nasal, éternuements. On ne rencontrera généralement pas de rhinorrhée purulente ni de douleur ni d'anosmie. Tests cutanés, IgE totales et RAST généralement positifs.

Complications de la RSA

Les complications septiques de la RSA sont une véritable urgence médicale, doivent être reconnues rapidement et nécessitent un transfert immédiat en milieu hospitalier.

Signes d'appel des complications de la RSA :

- Température élevée
- Oedème/érythème périorbitaire
- Exophtalmie
- Diplopie
- Ophtalmoplégie
- Diminution de l'acuité visuelle
- Céphalées frontales sévères uni ou bilatérales
- Gonflement au niveau du front
- Signes de méningite
- Autres signes neurologiques
- Diminution de l'état de conscience

Examens complémentaires

Ces examens ne sont utiles qu'en cas de diagnostic difficile, échec thérapeutique, présence de complications, patients immunodéprimés ou en soins intensifs.

- Endoscopie nasale : présence de pus au niveau de la région méatique
- CT-scan : c'est l'examen de choix ; il permet de visualiser la pathologie sinusienne mais également de mettre en évidence la majorité des complications.

Traitement de la RSA

Introduction

L'utilisation de l'*Evidence Based-Medicine* pour la prise en charge de la RSA a un impact majeur sur le traitement de cette pathologie. Il a été prouvé clairement que la RSA guérit spontanément sans antibiotiques dans la plupart des cas. Un traitement symptomatique est conseillé dans les cas où les symptômes sont légers.

Antibiothérapie dans la RSA

Etant donné ce qui précède, il faudra réserver l'antibiothérapie aux patients présentant une RSA

sévère avec température élevée et facialgies importantes surtout unilatérales. Il faudra donc mettre en balance l'effet peu important de l'antibiothérapie et les effets secondaires liés à ce traitement tant au niveau personnel que général (risque de résistance)¹¹.

Seule la RSBA sera redevable de ce traitement. On privilégiera un traitement de type amoxicilline-acide clavulanique avec une durée de 7 à 10 jours en visant essentiellement le Pneumococque et l'*Haemophilus influenzae*¹².

Corticothérapie dans la RSA

- Corticothérapie nasale : Elle est recommandée à la fois en monothérapie dans les formes légères (RSA virales et post-virales) et en association avec une antibiothérapie orale dans les formes sévères (RSBA). La dose recommandée est de 2 puffs/narine 2 x/jour¹³.

- Corticothérapie orale : Les résultats d'une récente analyse Cochrane montrent que les corticoïdes oraux en association avec une antibiothérapie orale diminuent les symptômes de la RSA à court terme¹³. On les réservera donc pour le traitement de la RSBA avec une antibiothérapie.

- AINS : La prescription d'un AINS aura comme bénéfice une diminution significative des céphalées ainsi que de la température et de la sensation d'inconfort qui l'accompagne sans modifier l'évolution de la pathologie. Par ailleurs, aucune augmentation d'effets secondaires n'a été observée¹⁴.

Un algorithme de prise en charge de la RSA en médecine générale est repris dans la figure 2⁸. Il permet la standardisation de la gestion et du traitement de cette pathologie fréquente en respectant des lignes de conduite validées sur le plan factuel.

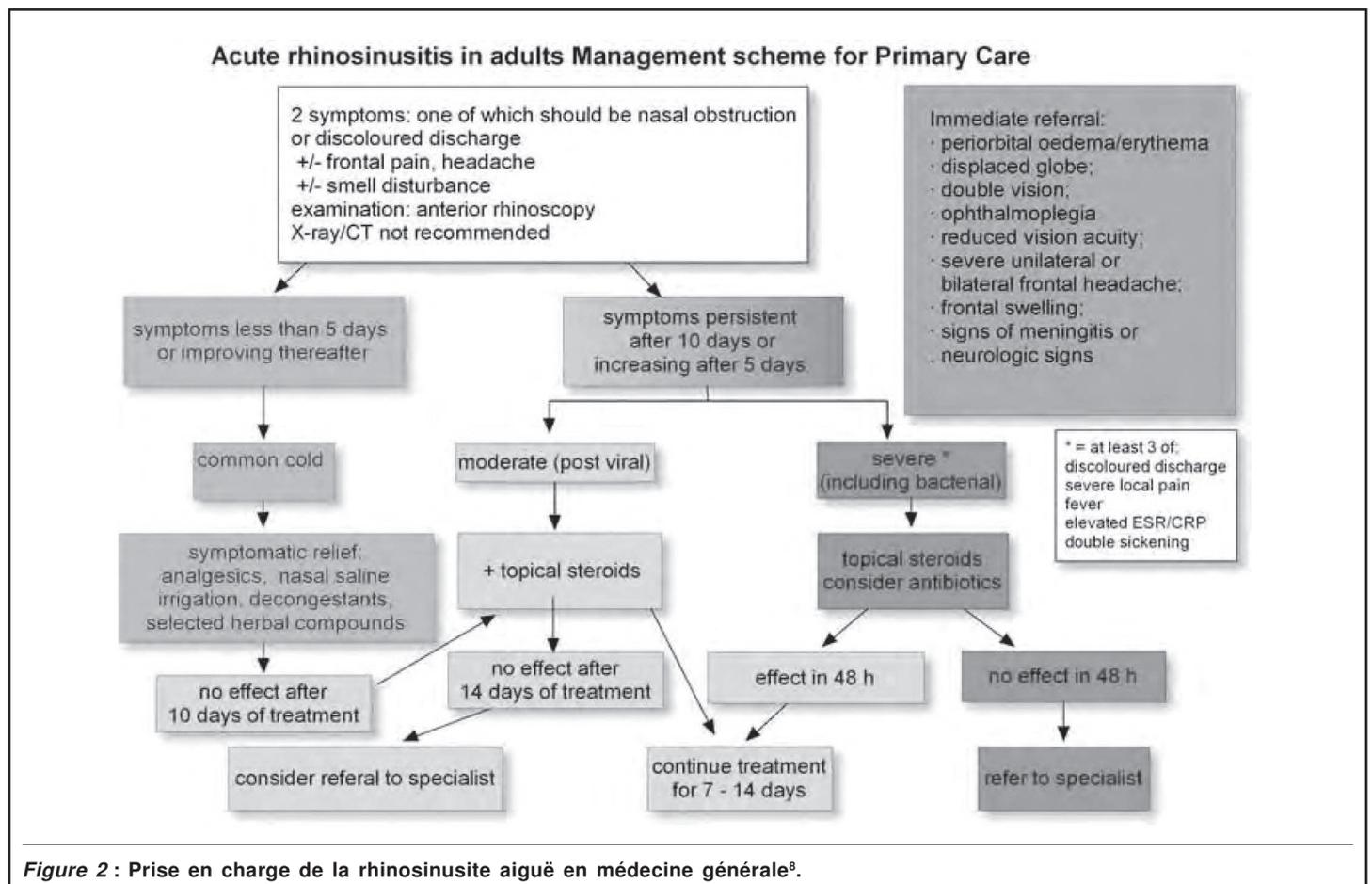


Figure 2 : Prise en charge de la rhinosinusite aiguë en médecine générale⁸.

BIBLIOGRAPHIE

1. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J : Developing clinical guidelines. West J Med 1999 ; 170 : 348-51
2. Alkire BC, Bhattacharyya N : An assessment of sinonasal anatomic variants potentially associated with recurrent acute rhinosinusitis. Laryngoscope 2010 ; 120 : 631-4
3. Heikkinen T, Jarvinen A : The common cold. Lancet 2003 ; 361 : 51-9
4. Payne SC, Benninger MS : Staphylococcus aureus is a major pathogen in acute bacterial rhinosinusitis : a meta-analysis. Clinical Infectious Diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 2007 ; 45 : 121-7
5. Papi A, Johnston SL : Rhinovirus infection induces expression of its own receptor intercellular adhesion molecule 1 (ICAM- 1) via increased NF-kappaB-mediated transcription. J Biol Chem 1999 ; 274 : 9707-20

6. Gwaltney JM, Jr, Hendley JO, Phillips CD, Bass CR, Mygind N, Winther B : Nose Supplement 23. blowing propels nasal fluid into the paranasal sinuses. *Clinical Infectious Diseases* : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2000 ; 30 : 387-91
7. Alho OP : Nasal airflow, mucociliary clearance, and sinus functioning during viral colds : effects of allergic rhinitis and susceptibility to recurrent sinusitis. *Am J Rhinology* 2004 ; 18 : 349-55
8. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J *et al.* ; EPOS 2012 : European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology* 2012 ; 50 : 1-12
9. Babar-Craig H, Gupta Y, Lund VJ : British Rhinological Society audit of the role of antibiotics in complications of acute rhinosinusitis : a national prospective audit. *Rhinology* 2010 ; 48 : 344-7
10. Berg O, Carenfelt C : Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. *Acta Otolaryngol* 1988 ; 105 : 343-9
11. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M : Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance : a cross-national database study. *Lancet* 2005 ; 365 : 579-87
12. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, MA S : Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults : background. *Ann Intern Med* 2001 ; 134 : 498-505
13. Zalmanovici A, Yaphe J : Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2009(4) : CD005149
14. Kim SY, Chang YJ, Cho HM, Hwang YW, Moon YS : Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 2009(3) : CD006362

Correspondance et tirés à part :

S. HASSID
 Hôpital Erasme
 Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
 Route de Lennik 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : sergio.hassid@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 16 juillet 2013 ; accepté dans sa version définitive le 19 juillet 2013.