

# INFECTIONS NASO-SINUSIENNES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

## I. PATHOLOGIE RHINOSINUSIENNE AIGUE

### A. Rhinites aiguës :

#### 1) Rhinite aiguë de l'adulte : « rhume banal »

C'est une affection épidémique et contagieuse surtout fréquente en automne et en hiver dont la déclaration semble favorisée par une baisse transitoire de l'immunité (fatigue, surmenage, stress, ...). Dans le langage courant, « prendre froid » équivaut à attraper le « rhume ».

L'examen rhinologique montre une muqueuse très rouge avec une hypertrophie congestive des cornets. Après deux ou trois jours, le malaise s'atténue, les sécrétions changent d'aspect. Elles deviennent plus épaisses, colorées en jaune, avec parfois des stries sanguinolentes.

Puis quelques jours plus tard, les sécrétions se modifient à nouveau ; elles redeviennent moins épaisses, plus claires, muqueuses, puis elles diminuent de quantité ; l'obstruction nasale disparaît.

La durée, l'intensité et la gravité du rhume sont variables selon les sujets, mais en moyenne, la durée de l'évolution du rhume est de huit à vingt jours.

#### 3) Traitement :

La prise en charge d'une rhinite ou d'une rhinopharyngite non compliquée est symptomatique :

- lavages des fosses nasales au sérum physiologique associés au mouchage du nez et/ou aspirations au « mouche-bébé » ;
- antalgiques en cas de douleurs ;
- antipyrétiques en cas de fièvre ;
- vasoconstricteurs par voie nasale en l'absence de contre indication, en cas d'obstruction invalidante ;

Le traitement antibiotique par voie générale n'est pas justifié dans la rhinite ou la rhinopharyngite aiguë non compliquée, chez l'adulte comme chez l'enfant.

## II. SINUSITES AIGUËS :

Atteinte infectieuse aiguë de la muqueuse d'une ou plusieurs cavités sinusiennes.

### A. Rappel anatomique :

Les sinus paranasaux sont des cavités aériennes, creusées dans le massif facial, tapissées par une expansion de la muqueuse respiratoire et s'ouvrant dans les fosses nasales par le méat moyen pour le sinus maxillaire, l'éthmoïde antérieur et le sinus frontal. L'éthmoïde postérieur se draine dans la fosse nasale par le méat supérieur et le sphénoïde se draine par son propre ostium directement dans la fosse nasale.

Ils se développent progressivement avec l'âge : éthmoïde présent à la naissance, sinus maxillaire apparaissant à partir de 3 ans, sinus frontal après 7 ans.

### B. Physiopathologie :

L'infection des sinus se produit :

- Par voie nasale (rhinogène) à la suite d'une rhinite purulente, d'un bain en piscine ou d'un barotraumatisme. L'importance de la symptomatologie dépend de la virulence du germe et de la perméabilité ostiale. La symptomatologie peut survenir brutalement

ou à la suite d'un rhume banal. Au décours d'un rhume, les germes responsables sont :

- le pneumocoque
  - le streptocoque
  - l'haemophilus influenzae
  - Moraxella catarrhalis
  - le staphylocoque.
- Par voie dentaire : propagation d'une infection dentaire : les germes anaérobies sont alors fréquemment retrouvés.

## C. La sinusite maxillaire aiguë

C'est la plus fréquente des sinusites aiguës. Dans sa forme typique elle associe une douleur unilatérale sous orbitaire, pulsatile, accrue par l'effort et le procubitus (syndrome douloureux postural), à recrudescence vespérale, une obstruction nasale, un mouchage épais voire muco-purulent, parfois strié de sang, homolatéral, et un fébricule.

### 1) Examen clinique :

La rhinoscopie antérieure découvre du pus au méat moyen du côté douloureux. Du pus peut également être découvert en rhinoscopie postérieure.

La douleur provoquée par la pression des points sinusiens n'a pas de valeur diagnostique.

L'examen clinique s'attachera surtout à rechercher les signes d'une sinusite compliquée : syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire (extrinsèque ou intrinsèque), baisse d'acuité visuelle, douleurs insomniantes.

### 2) Diagnostic :

Un tel tableau est suffisamment évocateur, mais bien souvent tous ces éléments n'étant pas réunis, des critères diagnostiques ont dû être définis pour aider le clinicien à décider s'il existe ou non une surinfection bactérienne et s'il faut ou non prescrire des antibiotiques. Les arguments en faveur d'une surinfection bactérienne responsable de sinusite aiguë maxillaire purulente sont la présence d'au moins deux des trois critères majeurs suivants :

- Persistance voire augmentation des douleurs sinusiennes sous orbitaires, n'ayant pas régressé malgré un traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant) pris pendant au moins 48 heures.
- Type de douleur : caractère unilatéral, pulsatile, son augmentation quand la tête est penchée en avant, ou son acmé en fin de journée ou la nuit.
- Augmentation de la rhinorrhée et augmentation de la purulence de la rhinorrhée. Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il devient unilatéral.

Il existe aussi des critères mineurs qui associés aux signes précédents renforcent la suspicion diagnostique :

- Persistance de la fièvre au-delà du 3<sup>ème</sup> jour d'évolution.
- Obstruction nasale, éternuements, gêne pharyngée, toux s'ils persistent au-delà des quelques jours d'évolution habituelle de la rhinopharyngite.

La radiographie standard n'est pas indiquée si la présomption clinique est forte. Le scanner sinusien est plus adapté que les radiographies standard en cas de doute diagnostique, en cas d'échec d'une première antibiothérapie ou surtout si une complication est suspectée.

En cas de sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite, l'origine dentaire devra être recherchée. L'examen dentaire est souvent évocateur.

## D. Formes cliniques :

### 1) Selon la topographie

- a) Sinusite frontale :
- b) Sinusite sphénoïdale :
- c) L'ethmoïdite aiguë de l'enfant :

L'ethmoïdite aiguë (fièvre associée à un œdème palpébral supéro-interne douloureux et fébrile) touche le jeune enfant. Elle est rare mais de pronostic potentiellement grave. Elle doit être reconnue par le clinicien afin d'instaurer en urgence une antibiothérapie parentérale en milieu hospitalier.

- Forme oedémateuse : Tuméfaction inflammatoire de la région orbitaire : œdème palpébral prédominant à l'angle interne de l'orbite et à la paupière supérieure, sans pus conjonctival, douloureux avec une fièvre élevée (39 à 40°C).

La responsabilité de la sinusite dans cette cellulite palpébrale peut être établie sur les arguments suivants : absence de pus conjonctival (élimine une dacryocystite ou une conjonctivite), suppuration nasale unilatérale, parfois hémorragique mais inconstante, opacité ethmoïdo-maxillaire sur l'examen scannographique.

Elle nécessite une hospitalisation d'urgence.

- Forme collectée périorbitaire:

Le pus se collecte dans l'orbite, entre le périoste et l'os planum, entraînant une exophtalmie sans trouble visuel ni trouble de la motilité oculaire.

Il faut éliminer :

- l'exceptionnelle ostéomyélite du maxillaire supérieur : œdème prédominant à la paupière inférieure, tuméfaction gingivale et palatine.
- La staphylococcie maligne de la face consécutive à un furoncle de l'aile du nez ou de la lèvre supérieure.
- L'érysipèle de la face : affection streptococcique de la face.

### 2) Formes récidivantes ou trainantes:

Une forme récidivante unilatérale doit faire rechercher une cause dentaire ou une cause loco-régionale (tumeur, mycose, anomalie anatomique – intérêt de l'imagerie par scanner, voire IRM). Une forme trainante au-delà de trois mois définit une rhino-sinusite chronique.

Toute rhinosinusite chronique peut donner des poussées de surinfections aiguës. Parmi les sinusites chroniques bilatérales, citons la polyposse rhino-sinusienne, véritable état inflammatoire de la muqueuse respiratoire, associant des polypes des fosses nasales à point de départ ethmoïdal (responsable d'une anosmie et d'une obstruction nasale) et un asthme ou une hyperréactivité bronchique qu'il faudra savoir rechercher.

### 3) Formes hyperalgiques : sinusite bloquée maxillaire ou frontale :

### 4) Formes compliquées :

- Complications oculo-orbitaires : cellulite palpébrale, abcès orbitaire sous périoste, cellulite orbitaire (cf. ethmoïdite aiguë de l'enfant).
- Complications cérébro-méningées : Abcès cérébraux, méningites, empyèmes sous duras, thrombophlébite du sinus caverneux.

## E. Traitement :

Il associe une antibiothérapie, une corticothérapie en cure courte par voie générale (0.8mg/kg/j pendant 3j AFSSAPS), des décongestionnants et des antalgiques.

En cas de sinusite récidivante, il faut traiter la cause.

## Antibiothérapie recommandée :

Les principales bactéries impliquées dans les sinusites sont Haemophilus Influenzae et Streptococcus Pneumoniae avec une forte proportion de souches résistantes aux antibiotiques. En considérant les AMM et l'évolution des résistances bactériennes, l'antibiothérapie de 1<sup>ère</sup> intention comporte l'un des antibiotiques suivants administré par voie orale :

Amoxicilline-Acide Clavulanique : 1g\*3/j ou 80mg/kg/j en 3 prises chez l'enfant.

Cephalosporines de deuxième génération : Céfuroxime-Axétil ou de troisième génération : Cefpodoxime-Proxétil ou Céftiam-Héxétil.

Pristinamycine, notamment en cas d'allergie aux  $\beta$ -lactamines.

Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (Lévofoxacine, Moxifloxacine) doivent être réservées aux situations cliniques les plus sévères et susceptibles de complications graves telles que les sinusites frontales, sphénoïdales ou en cas d'échec d'une première antibiothérapie

- La durée du traitement des sinusites maxillaires aiguës purulentes

Amoxicilline-Acide Clavulanique 7 à 10 jours.

Le céfuroxime-Axétil, le Cefpodoxime-Proxétil 5 jours,

La Pristinamycine en 4 jours.