

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

I. Pathologie rhinosinusienne aiguë

II. Sinusites aiguës :

Objectifs pédagogiques

-- Les objectifs nationaux du Bulletin Officiel --

Diagnostiquer une rhino-sinusite aiguë.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

-- Les objectifs du Collège Français des Enseignants d'ORL --

Savoir poser le diagnostic d'une sinusite aiguë sur les caractères de la douleur, l'obstruction nasale, la rhinorrhée unilatérale, les données de la rhinoscopie, la radiographie, les signes généraux.

Savoir reconnaître une ethmoïdite, en particulier, chez le nourrisson et l'enfant.

Reconnaître les complications de voisinage des rhino-sinusites (orbito-oculaire, crâniennes).

Savoir qu'une rhinite séreuse chronique, une obstruction nasale chronique et des éternuements sont en faveur d'un syndrome allergique naso-sinusal.

Connaître les limites de l'examen radiologique standard des sinus ; Connaître les indications de l'examen tomodensitométrique et de l'IRM et savoir en rédiger la demande

Savoir prescrire le traitement symptomatique d'une rhinite aiguë épidémique

Connaître les germes habituels impliqués dans la sinusite aiguë pour prescrire une antibiothérapie probabiliste

Connaître les modalités de surveillance au cours d'une sinusite aiguë et la place de l'imagerie

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 ».

Pour sa forme typique, tout au début le sujet éprouve un sentiment de lassitude vague, une sensation de frissonnement, de pesanteur de la tête et parfois des

courbatures. Dans les heures qui suivent, ce sont des troubles variables suivant que le rhume se localise d'abord au cavum ou prend le nez d'emblée. Dans le premier cas, c'est une sensation de sécheresse, de cuisson, de brûlure dans le rhinopharynx. Dans le second cas, c'est une sensation de picotement nasal qui provoque bientôt des éternuements fréquents, du larmoiement, puis la rhinorrhée entre en scène.

L'obstruction nasale s'installe, unilatérale, bilatérale ou à bascule. L'écoulement parfois très abondant d'un liquide séreux, incolore, filant irritant la lèvre supérieure et les orifices narinaux, oblige le malade à des mouchages incessants. Le sujet se plaint de céphalées frontales et d'une sensation de plénitude dans toute la face et les oreilles. Il n'y a en général peu ou pas de température.

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.

2) Formes cliniques

a) Rhinite aiguë du nourrisson

Cette rhinite touche l'enfant de moins de 6 mois, à respiration nasale exclusive. La symptomatologie varie de la simple obstruction nasale bilatérale intermittente à la détresse respiratoire imposant une hospitalisation.

Les diagnostics différentiels sont les atrésies de choanes, les hypoplasies des orifices piriformes ou les autres malformations de la face. L'examen des fosses nasales retrouve un œdème de la muqueuse avec des cornets inférieurs tuméfiés jouxtant le septum nasal.

b) Rhinopharyngite de l'enfant

Les signes cliniques associent une respiration buccale bruyante à une fièvre rarement supérieure à 38.5°C. L'examen clinique permet de retrouver une rhinorrhée antérieure mucopurulente bilatérale, une rhinorrhée postérieure visible sous la forme d'un épais tapis de muco-pus sur la paroi postérieure du pharynx, une discrète rougeur de la muqueuse pharyngée, des adénopathies cervicales bilatérales inflammatoires et douloureuses. L'otoscopie complète le diagnostic en retrouvant un tympan dépoli, modestement rétracté, parfois d'aspect inflammatoire mais il n'y a pas d'otalgie.

c) Rhinite allergique

Les rhinites allergiques périodiques ou intermittentes peuvent se manifester comme une rhinite aiguë. Le trépied clinique repose sur l'association obstruction nasale, rhinorrhée claire abondante, éternuements en salves. S'associent souvent une conjonctivite allergique et un prurit palatin. Il n'y a pas de facteur infectieux. L'allergie peut favoriser des épisodes de rhinites aiguës ; l'interrogatoire recherchera alors une exposition à un ou des allergènes, qu'il faudra confirmer par des tests allergologiques spécifiques.

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.

Figure 90-2

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^{ème} 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.

Figure 90-5

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 :

La douleur est ici de siège frontal, sus orbitaire, parfois héli-crânienne, intense, pulsatile, associée à une rhinorrhée et une obstruction nasale. Les sinusites frontales ne doivent pas être méconnues du fait d'un risque plus élevé de complications.

Photo 90-4

b) Sinusite sphénoïdale :

De siège douloureux plus aléatoire (céphalées occipitales ou du vertex), leur diagnostic est difficile : il faut savoir y penser. L'examen nasofibroscopique permet d'objectiver un écoulement muco-purulent à l'ostium du sinus sphénoïdal. Le diagnostic repose sur le scanner.

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.
- Formes compliquées :
Deux complications sont à rechercher systématiquement :
 - Suppuration intra-orbitaire suspectée devant l'un des trois signes suivants : mydriase paralytique, anesthésie cornéenne, ophtalmoplégie partielle ou complète.
 - Thrombophlébite intracrânienne : fièvre oscillante avec frissons et syndrome méningé.

Le caractère tardif et souvent irréversible de ces lésions impose de faire un scanner systématique dès le diagnostic d'ethmoïdite évoqué pour rechercher une collection orbitaire. La présence d'une collection sur l'imagerie ou la présence d'une ophtalmoplégie, d'une disparition du réflexe photomoteur, d'une baisse d'acuité visuelle imposent le drainage chirurgical de l'abcès et de l'ethmoïdite.

Figure 90-3

Ces signes imposent l'hospitalisation en urgence, la réalisation de prélèvements bactériologiques et la mise en route d'une antibiothérapie parentérale à large spectre double ou triple associant Céphalosporines de troisième génération et Métronidazole. L'adjonction de la Fosfomycine est recommandée en cas de suspicion d'infection à staphylocoque.

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 rhinosinusite chronique.

Toute rhinosinusite chronique peut donner des poussées de surinfections aiguës. Parmi les sinusites chroniques bilatérales, citons la polypose 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 :

Le tableau clinique se différencie de la forme commune par l'intensité de la douleur et l'absence d'amélioration malgré le traitement médical. La douleur est soulagée immédiatement par une ponction du sinus par voie méatale inférieure pour une sinusite maxillaire bloquée et par voie frontale antérieure pour une sinusite frontale bloquée (clou de Lemoine).

4) Formes compliquées :

- Complications oculo-orbitaires : cellulite palpébrale, abcès orbitaire sous périosté, cellulite orbitaire (cf. ethmoïdite aiguë de l'enfant).
- Complications cérébro-méningées : Abcès cérébraux, méningites, empyèmes sous duraux, 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.

1) Indications de l'antibiothérapie :

- Sinusite maxillaire aiguë bactérienne : l'antibiothérapie est indiquée si 2 des 3 critères majeurs définis ci-dessus sont retrouvés, en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial, en cas de sinusite d'origine dentaire.
- Sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale : l'antibiothérapie est indiquée.

Tableau 90-1

2) 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^{ère} 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 Céfotiam-Héxétil.
- Pristinamycine, notamment en cas d'allergie aux β -lactamines.

- Télithromycine peut être proposé en alternative.

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 dans les sinusites maxillaires, après documentation bactériologique et/ou radiologique.

- La durée du traitement des sinusites maxillaires aiguës purulentes est classiquement de 7 à 10 jours. Le céfuroxime-Axétil, le Cefpodoxime-Proxétil et la Télithromycine ont démontré leur efficacité en traitement de 5 jours, la Pristinamycine en 4 jours.