

RECOMMANDATIONS
POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**“ LES THERAPEUTIQUES PERIOPERATOIRES*
EN CHIRURGIE ENDONASALE** ”**

***LES SOINS DISPENSES ENTRE J-15 ET J+90
**A L'EXCLUSION DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE
ET DES TUMEURS MALIGNES**

TEXTE COURT

OCTOBRE 2001



COMITE D'ORGANISATION

Dr Olivier CHASSANY, Méthodologiste, PARIS ;
Dr Philippe CONTENCIN, ORL, PARIS ;
Pr. Jean-Michel KLOSSEK, ORL, POITIERS ;
Pr. Roger PEYNEGRE, ORL, PARIS ;
Pr. Elie SERRANO, ORL, TOULOUSE ;
Pr. Olivier STERKERS, ORL, CLICHY.

GROUPE DE TRAVAIL

Dr Béatrix BARRY, ORL, PARIS ;
Dr Cécile BEBEAR, Bactériologiste,
BORDEAUX ;
Dr Didier BOUCCARA, ORL, PARIS ;
Dr Jean-Jacques BOUTET, ORL, NANTES ;
Dr Didier BRUNSCHWIG, ORL, BAGNERES
DE BIGORRE ;
Dr Laurent CASTILLO, ORL, NICE ;
Pr André COSTE, ORL, CRETEIL ;
Pr. Louis CRAMPETTE, ORL,
MONTPELLIER ;
Dr Jean DARRAS, ORL, LILLE ;
Pr. Christian DUBREUIL, ORL, PIERRE-
BENITE ;
Dr Marc DURAND, ORL, SAINT-
ETIENNE ;
Dr David EBBO, ORL, ISSY-LES-
MOULINEAUX ;
Dr Martine FRANCOIS, ORL Pédiatre,
PARIS ;

Pr. Patrick FROEHLICH, ORL, LYON ;
Pr. Laurent GILAIN, ORL, CLERMONT-
FERRAND ;
Dr Joëlle HUTH, ORL PERIGUEUX ;
Pr. Jean-Michel KLOSSEK, ORL,
POITIERS ;
Pr. Gérard LENOIR, Pédiatre, PARIS ;
Dr François LIARD, Généraliste, TOURS ;
Pr. Jean-Paul MARIE, ORL, ROUEN ;
Dr Stéphane ORSEL, ORL, LIMOGES ;
Dr Josiane PERCODANI, ORL,
TOULOUSE ;
Dr Gilles ROGER, ORL Pédiatre, PARIS ;
Pr. Elie SERRANO, ORL, TOULOUSE ;
Pr. Jean-Paul STAHL, Infectiologue,
GRENOBLE ;
Pr. Dominique STOLL, ORL, BORDEAUX ;
Pr. Vladimir STRUNSKI, ORL, AMIENS ;
Dr Thierry VAN DEN ABBEELE, ORL,
PARIS.

GROUPE DE LECTURE

Dr Jean-Jacques BRAUN, ORL,
STRASBOURG ;
Dr Alain CANUT, Anesthésiste,
TOULOUSE ;
Dr Olivier CHASSANY, Méthodologiste,
PARIS ;
Dr Philippe CONTENCIN, ORL, PARIS ;
M. Jean-Christophe CRUSSON, cadre
infirmier, PARIS ;
Dr Michel DAVID, Généraliste,
MONTPELLIER ;
Pr. Patrick DESSI, ORL, MARSEILLE ;
Pr. Éréa-Noël GARABEDIAN, ORL Pédiatre,
PARIS ;
Dr José GARCIA-MACÉ, Généraliste,
CORMEILLES EN PARISIS ;
Pr. Jean-Marc GARNIER, Pédiatre,
MARSEILLE ;
Pr. Roger JANKOWSKI, ORL, NANCY ;
Dr Annie LEFEBVRE, Généraliste, SAINT-
EPAIN ;

Dr Philippe LERAULT, ORL,
VERSAILLES ;
Dr Gueric MASSÉ, Généraliste, REIMS ;
Dr Isabelle MOSNIER, ORL, COLOMBES ;
Pr. Roger PEYNEGRE, ORL, CRETEIL ;
Pr. Emile REYT, ORL, GRENOBLE ;
Dr Michel RUGINA, ORL, CRETEIL ;
Dr Olivier SPARFEL, ORL, QUIMPER ;
Pr. Olivier STERKERS, ORL, PARIS ;
Pr. Manuel TUNON DE LARA,
Pneumologue, PESSAC ;
Dr Gilles VAILLES, ORL, NICE ;
Dr Richard VERICEL, ORL, ANTONY.

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

I. La place de l'antibiothérapie

La chirurgie endonasale est une chirurgie propre contaminée et, dans certaines situations infectieuses, il s'agit d'une chirurgie contaminée ou septique.

I.1 Antibiothérapie par voie générale

I.1.1 Antibiothérapie préopératoire

En l'absence d'études comparatives dans la littérature portant sur l'intérêt d'une antibiothérapie préopératoire, les recommandations sont les suivantes (accord professionnel) :

- En l'absence de signe patent d'infection rhinosinusienne (absence d'argument clinique, absence de pus dans les fosses nasales) : il n'y a pas lieu de prescrire une antibiothérapie préopératoire.
- En cas de signes préexistants d'infection rhinosinusienne chronique : il n'y a pas lieu de prescrire une antibiothérapie préopératoire.
- En cas d'infection rhinosinusienne aiguë avec signes généraux : il est recommandé d'effectuer un prélèvement bactériologique dans la mesure du possible, et de prescrire un antibiotique. La date d'intervention sera réévaluée en parallèle.
- Sur certains terrains particuliers (mucoviscidose, immunodépression, chimiothérapie, radiothérapie, valvulopathie), l'attitude sera dictée par les recommandations en vigueur dans ces différentes situations cliniques.
- Dans certains cas particuliers (ethmoïdite, sphénoïdite, mucocèle surinfectée, aspergillose invasive ou mucormycose), l'état général du patient ou le risque local, notamment oculaire, nécessite en urgence un traitement anti-infectieux, le plus souvent probabiliste. Dans cette situation d'urgence, pour les infections bactériennes, le choix de l'antibiotique sera guidé par le risque propre, adapté à la sévérité de l'infection et aux risques de complications orbitaires ou méningées. Il pourra s'agir d'une association amoxicilline/acide clavulanique, d'une céphalosporine de deuxième (céfuroxime-axétil) ou troisième génération (cefepodoxime-proxétil, céfotiam-hexétil), d'une synergistine (pristinamycine), de

nouvelles fluoroquinolones actives sur le pneumocoque ou d'une association clindamycine-aminoside en cas d'allergie aux β -lactamines.

I.1.2 Antibiothérapie peropératoire

- Il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander une antibiothérapie prophylactique systématique en l'absence de signe patent d'infection (absence d'argument clinique et/ou de pus dans les fosses nasales) ou de terrain particulier. (accord professionnel)
- L'antibioprophylaxie est recommandée dans certaines situations particulières, indépendamment du type de chirurgie, pour couvrir un risque infectieux à distance du site opératoire notamment dans le cadre d'une pathologie cardiaque (pathologie cardiaque ou prothèse valvulaire, cardiopathie congénitale), d'une prothèse articulaire ou d'une immunodépression. Les antibiotiques recommandés sont l'amoxicilline ou un glycopeptide en cas d'allergie à la pénicilline. (accord professionnel)

Dans la chirurgie endonasale avec méchage obstructif, les experts recommandent une antibiothérapie prophylactique (amoxicilline / acide clavulanique, céfazoline 2 g), en suivant les indications de la SFAR. En complément de cette recommandation, le groupe souligne la nécessité de ne poursuivre l'antibiothérapie que pendant la durée du méchage afin de diminuer le risque de sélection des souches résistantes, tout en soulignant l'intérêt d'une étude épidémiologique, tant sur la prévention des complications que sur l'impact écologique de cette attitude. Cependant, l'abstention de traitement antibiotique chez le patient méché demeure une possibilité acceptable.

- Il est recommandé de prescrire une antibiothérapie en cas d'infection patente (signes généraux et pus dans les fosses nasales), sur un terrain particulier (mucoviscidose), et dans certains cas particuliers (ethmoïdite, sphénoïdite, mucocèle surinfectée, aspergillose invasive ou mucormycose). (accord professionnel)

I.1.3 Antibiothérapie postopératoire

En l'absence de signe patent d'infection constaté au cours de l'intervention ou de complication infectieuse postopératoire, il n'est pas recommandé d'utiliser des antibiotiques dans la période postopératoire (grade B). En cas de méchage obstructif, si l'antibiothérapie a été instaurée, elle est arrêtée après le déméchage.

- Dans certaines situations exceptionnelles liées au terrain (immunodépression, mucoviscidose, radiothérapie), une antibiothérapie postopératoire peut cependant être justifiée, au mieux après la pratique systématique d'un prélèvement.

- En cas d'infection patente découverte en préopératoire ou en peropératoire, le groupe recommande la poursuite d'un antibiotique adapté en durée et en dose à la pathologie et aux résultats des prélèvements. (accord professionnel)
- En cas de survenue d'une infection dans les 90 jours postopératoires, le groupe recommande un prélèvement et une antibiothérapie adaptée au contexte clinique. (accord professionnel)

I.2 Antibiothérapie locale

Une antibiothérapie locale n'est pas recommandée dans la chirurgie endonasale. (accord professionnel)

I.3 Antibiothérapie et complications de la chirurgie endonasale

I.3.1 Rhinorrhées cérébro-spinales

En l'absence d'étude prospective randomisée et devant le risque de décapiter les signes cliniques d'une méningite et de sélectionner des germes résistants, la prescription d'antibiotiques n'est pas recommandée et ce d'autant qu'il n'y a aucune diffusion de l'antibiotique dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) non inflammatoire. (accord professionnel)

La présence d'une brèche méningée ne justifie pas en elle-même la modification de l'attitude préalablement définie. En revanche, la réparation de la brèche et la surveillance neurologique prolongée du patient sont indispensables. (accord professionnel)

I.3.2 Effraction orbitaire

En l'absence de donnée, le groupe recommande de ne pas prescrire d'antibiotiques en cas d'effraction orbitaire (pas d'emphysème, de trouble visuel ou de trouble de la mobilité). En revanche, lorsqu'une reprise chirurgicale est décidée, la prescription d'une antibioprofylaxie est recommandée. (accord professionnel)

II. La place des anti-inflammatoires

Les traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas fait la preuve d'une quelconque efficacité en période périopératoire en chirurgie endonasale. Seuls sont utilisés les anti-inflammatoires stéroïdiens. (accord professionnel)

II.1 En préopératoire

- Dans les pathologies infectieuses : aucun élément ne permet de recommander à ce jour l'utilisation de corticoïdes. (accord professionnel)
- Dans les pathologies inflammatoires : aucune étude disponible ne valide la corticothérapie locale ou générale préopératoire dans la préparation de l'intervention. Toutefois, dans la pratique courante, certains experts proposent une corticothérapie *per os* (prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j ou équivalent, en cure courte) dans la semaine précédant l'intervention.

II.2 En peropératoire

Quelle que soit la pathologie, il n'y a pas d'indication à prescrire ou poursuivre une corticothérapie locale ou générale. (accord professionnel)

II.3 En postopératoire

- Dans les pathologies infectieuses : la prescription systématique de corticoïdes locaux ou généraux n'est pas recommandée. (accord professionnel)
- Dans les pathologies inflammatoires, hors polypose : la prescription d'une corticothérapie locale ou générale est guidée par l'intensité de la réaction inflammatoire et la pathologie initiale. (accord professionnel)
- Dans la polypose : il n'existe pas d'étude permettant de définir la nécessité ou la date de la reprise de la corticothérapie locale. (accord professionnel)

II.4 Cas particuliers

II.4.1 Chez le patient asthmatique

Les experts recommandent pour la décision d'une corticothérapie périopératoire une concertation pluridisciplinaire. (accord professionnel)

II.4.2 Complications de la chirurgie endonasale

➤ Complications orbitaires

Il est recommandé une corticothérapie intraveineuse à forte dose (3 à 5 mg/kg jour de dexaméthasone) associée aux autres mesures spécifiques classiques adaptées à la gravité du dommage (grade B)

➤ Fuite de liquide céphalo-rachidien

Malgré l'absence d'étude référencée, l'arrêt de la corticothérapie est impératif en cas de fuite de LCR constatée en peropératoire ou en postopératoire plus ou moins immédiat.

II.4.3 Les mycoses

➤ Les sinusites fongiques invasives

Elles ne sont pas, en tant que telles, une indication de corticothérapie, en particulier dans la période périopératoire. L'arrêt ou la poursuite d'une corticothérapie déjà instaurée, en fonction du contexte immunitaire, doit être discutée selon les cas. (accord professionnel)

➤ Les balles fongiques

En pré- ou postopératoire, il n'y a aucune publication prouvant l'utilité d'un traitement anti-inflammatoire stéroïdien par voie locale ou générale. Le groupe ne recommande donc pas leur utilisation systématique en pré- ou peropératoire mais à discuter en fonction de l'intensité de la réaction inflammatoire postopératoire. (accord professionnel)

➤ Les sinusites fongiques allergiques

Il n'y a aucune étude clinique randomisée permettant de valider l'intérêt et les modalités du traitement corticoïde dans la prise en charge périopératoire des sinusites fongiques allergiques. (accord professionnel)

II.4.4 Cas particulier de la mucoviscidose

Les données publiées ne permettent pas d'établir de recommandations mais rendent nécessaire une discussion multidisciplinaire pour l'indication d'une corticothérapie en postopératoire. (accord professionnel)

II.4.5 Cas particulier de l'enfant

➤ Les malformations

Aucun essai clinique n'est disponible dans cette indication.

➤ Les rhinosinusites chroniques inflammatoires et infectieuses

- En peropératoire

Le groupe ne recommande pas leur utilisation systématique mais à discuter en fonction de l'intensité de la réaction inflammatoire per- et postopératoire. Il semble cependant que leur utilisation améliore la période de cicatrisation. (grade B)

- En postopératoire

La recommandation est d'envisager une corticothérapie en fonction de l'intensité de la réaction inflammatoire postopératoire de la muqueuse. (accord professionnel)

III. La place des traitements locaux autres que antibiotiques et anti-inflammatoires

III.1 Période préopératoire

Aucun élément bibliographique ne permet de retenir comme technique de préparation à l'intervention la pratique de lavages des fosses nasales, de séances d'aérosolthérapie ou de drainage-lavage des sinus maxillaires. Le groupe ne recommande pas de préparation spécifique à l'intervention en dehors d'une hygiène nasale par mouchage. (accord professionnel)

III.2 Période peropératoire

III.2.1 Désinfection du champs opératoire

En dehors des règles d'usage et des recommandations générales applicables à l'antisepsie chirurgicale, il n'y a pas d'études spécifiques à ce jour disponibles pour la désinfection du champs opératoire dans la chirurgie endonasale. (accord professionnel)

III.2.2 Préparation des fosses nasales

La préparation des fosses nasales est effectuée par la majorité des auteurs. Pour obtenir un effet vasoconstricteur et anesthésiant, plusieurs produits sont disponibles :

- Adrénaline,
- Chlorhydrate de cocaïne à 33 %,
- Solution de Bonain,

- Xylocaïne adrénalinée à 1% ou 2 %,
- Xylocaïne naphazolinée.

Il n'y a pas d'étude aujourd'hui qui démontre la supériorité d'un produit par rapport aux autres, ni d'un mode d'administration (spray, cotonnettes imbibées, injection...). En cas d'utilisation de ces produits, le groupe recommande de respecter les contre indications et les concentrations adaptées à l'âge et aux antécédents du patient. (accord professionnel)

III.2.3 Pansement local

Chez l'adulte comme chez l'enfant, aucune recommandation concernant le type de pansement à utiliser ne peut être effectuée en l'état actuel des connaissances. Aucune preuve sur la qualité de la cicatrisation par l'utilisation de matériel de calibrage n'est apportée par l'analyse de la littérature. La mise en place de pommade au niveau des cavités chirurgicales opérées n'est pas recommandée en cas de suspicion d'effraction orbitaire. En l'absence de risque hémorragique, il est également possible de laisser la fosse nasale libre en fin d'intervention. (accord professionnel)

III.3 Période postopératoire

Les objectifs des traitements postopératoires sont au nombre de quatre :

- Nettoyer les fosses nasales,
- Diriger et favoriser la cicatrisation,
- Eviter les infections locales,
- Prévenir la récurrence de la pathologie.

Le lavage des fosses nasales en postopératoire est recommandé et utilisé par la majorité des auteurs. Le sérum physiologique est le plus souvent utilisé. Il peut être hypertonique ou isotonique. Il est utilisé tiède ou à température ambiante. L'adjonction au sérum physiologique d'un produit mucolytique ou antiseptique n'est pas recommandée (grade B) . Il n'existe aucune donnée permettant de fixer la date de début, le volume et la fréquence des lavages à effectuer. Il est recommandé de poursuivre les lavages jusqu'à la fin de la cicatrisation. (accord professionnel)

L'intérêt de l'utilisation locale de produits tels que le furosémide, la capsaïcine, l'alpha-dornase ou l'acide acétylsalicylique reste à démontrer. En l'absence de donnée suffisante, l'aérosolthérapie et les soins thermaux n'ont pas d'indication dans la période postopératoire. (accord professionnel)

L'intérêt et les modalités d'un nettoyage instrumental des cavités opératoires n'ont fait l'objet d'aucune évaluation.

IV. Les autres traitements

IV.1 Antalgiques

Dans la période préopératoire, la chirurgie endonasale ne requiert aucune prescription antalgique spécifique.

Dans la période peropératoire, la prescription obéit au protocole anesthésique précisé dans la conférence de consensus de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (Conférence de consensus 1997).

Dans la période postopératoire, la prescription n'est pas systématique et doit être adaptée aux symptômes et aux soins locaux, après avoir identifié les mécanismes de la douleur. L'utilisation d'acide acétylsalicylique et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas recommandée du fait du risque hémorragique et d'hypersensibilité. Il faut leur préférer le paracétamol et les morphiniques d'action rapide. (accord professionnel)

IV.2 Traitement anti-reflux gastro-œsophagien

L'incidence du reflux gastro-œsophagien chez les enfants pris en charge pour une pathologie sinusienne chronique peut atteindre 63 %. Cette incidence justifie une démarche diagnostique et thérapeutique spécifique. (grade C)

IV.3 Anti-hémorragiques

La prescription de traitements visant à réduire les hémorragies per- et postopératoires n'a pas fait l'objet d'étude dans la littérature. Il n'y a pas d'indication, en dehors d'une anomalie congénitale ou acquise de l'hémostase. (accord professionnel)

IV.4 Traitements divers

Aucune étude n'est disponible sur l'intérêt d'initier pendant la période périopératoire les thérapeutiques suivantes :

- Anti-histaminiques,
- Immunomodulateurs,
- Vasoconstricteurs oraux,
- Vasodilatateurs,
- Homéopathie...

Références

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse, analyse de décision, ...) ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (essais comparatifs randomisés de faible puissance ou non randomisés bien menés, études de cohorte, ...) ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (essais comparatifs comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas, ...) ;
- En l'absence de littérature, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible ; cependant l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine, ...).

Les présentes recommandations ont été réalisées avec le soutien des partenaires suivants :

- AstraZeneca
- Belolab
- Bouchara Recordati
- GlaxoSmithKline
- Zambon France