

ATTITUDE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE

<p>Information au patient (accord professionnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Justifier le choix thérapeutique (recours ou non à l'antibiothérapie) ➤ Expliquer le traitement symptomatique ➤ Informer sur les modes évolutifs ➤ Inciter à revenir en consultation en cas d'aggravation ou de persistance des symptômes
<p>Rhinosinusite aiguë ne nécessitant pas une antibiothérapie</p> <p>CHEZ L'ADULTE (pendant 3 à 5 jours) : traitement symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mouchage et lavage des fosses nasales ➤ Antalgique seul ou associé à un vasoconstricteur <i>per os</i> ➤ Vasoconstricteur (associé ou non à un corticoïde) local <p>CHEZ L'ENFANT : traitement symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavage des fosses nasales et mouchage ➤ Antalgique (antipyrétique) <i>per os</i> ➤ Vasoconstricteur local possible (Rhinofluimucil® après 30 mois)
<p>Rhinosinusite aiguë nécessitant une antibiothérapie</p> <p>CHEZ L'ADULTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traitement symptomatique (accord professionnel) <ul style="list-style-type: none"> Lavage des fosses nasales et mouchage Antalgique seul ou associé à un vasoconstricteur <i>per os</i> Vasoconstricteur (associé ou non à un corticoïde) local ➤ Antibiotique recommandé en 1ère intention (grade B) : voir page 3 ➤ Corticoïde <i>per os</i> pour les formes hyperalgiques (grade B) : 1mg/kg/jour d'équivalent Prednisone pendant 3 jours <p>CHEZ L'ENFANT :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Traitement symptomatique (accord professionnel) <ul style="list-style-type: none"> Lavage des fosses nasales et mouchage Antalgique (antipyrétique) <i>per os</i> Vasoconstricteur local (Rhinofluimucil®) après 30 mois ➤ Antibiotique recommandé en 1ère intention (grade B) : voir page 3
<p>Echec de la première stratégie (accord professionnel)</p> <p>Réévaluation clinique Evaluation de l'observance Adaptation thérapeutique Avis spécialisé à envisager</p>
<p>Rhinosinusite compliquée</p> <p>Avis spécialisé (accord professionnel fort)</p>

RECOMMANDATION POUR LA PRATIQUE CLINIQUE :

Rhinosinusites infectieuses aiguës

<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les différentes situations cliniques relevant ou non de l'antibiothérapie ➤ Décrire la prise en charge de ces situations cliniques en ambulatoire ➤ Savoir dépister les complications et connaître leur prise en charge immédiate
<p>POPULATION CONCERNÉE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Adultes et enfants (> 30 mois) Sont exclues les RSIA acquises et/ou prises en charge en milieu hospitalier et les RSIA des sujets immunodéficients
<p>CONTEXTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Au moins 90 % des RSIA (en particulier maxillaires) sont d'origine virale. Cependant, la crainte d'une infection bactérienne pourtant peu fréquente conduit encore trop souvent à la prescription d'antibiotiques.
<p>MESSAGES-CLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le diagnostic est clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Préciser les circonstances de survenue et l'évolution des symptômes - Repérer les signes évocateurs de complications : signes ophtalmologiques (ex : œdème palpébral...), neurologiques (ex : signes méningés...) - En dehors des complications, pas d'examen complémentaire (imagerie, biologie...) ➤ Le traitement est avant tout symptomatique ➤ L'antibiothérapie ne doit pas être systématique ➤ Lorsque les critères en faveur d'une infection bactérienne sont réunis, l'antibiothérapie est prescrite conformément aux recommandations
<p>SUIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le patient doit être informé de l'évolution naturelle et des symptômes nécessitant une réévaluation

<p>RSIA de l'adulte ne nécessitant pas une antibiothérapie</p> <p>Douleur spontanée diffuse, bilatérale, peu intense Signes rhinologiques diffus, bilatéraux : Congestion nasale, rhinorrhée claire, colorée ou purulente Aucun examen complémentaire nécessaire Évolution favorable en moyenne en 10 jours</p>
<p>RSIA de l'adulte nécessitant une antibiothérapie</p> <p>Deux au moins des 3 signes homolatéraux non résolutifs après 72h de traitement Douleur faciale localisée spontanée, unilatérale, pulsatile, augmentant en antéflexion Mouchage franchement purulent, plus abondant Congestion nasale persistante ou s'aggravant Aucun examen complémentaire nécessaire pour les localisations maxillaires</p>
<p>RSIA de l'enfant ne nécessitant pas une antibiothérapie</p> <p>Forme subaiguë, évolution supérieure à 10 jours Rhinorrhée séreuse, muqueuse ou mucopurulente Congestion nasale modérée, fièvre < 39° Toux nocturne, état général conservé Forme aiguë sans signe de gravité, évolution inférieure à 10 jours Aucun examen complémentaire nécessaire</p>
<p>Rhinosinusite aiguë de l'enfant nécessitant une antibiothérapie</p> <p>Forme aiguë sévère Apparition rapide de symptômes de forte intensité : Rhinorrhée très purulente, congestion nasale majeure Fièvre élevée, état général altéré Signes oculaires possibles Forme subaiguë sur terrain particulier (asthme, cardiopathie, drépanocytose) Forme persistante plus de 10 jours malgré un traitement symptomatique La radiographie des sinus est inutile</p>
<p>Rhinosinusites aiguës compliquées</p> <p>Sinus ethmoïdal, frontal et sphénoïdal plus souvent en cause Pas de terrain spécifique, ni de facteurs favorisants Blocage ostial : maxillaire ou frontal, douleurs intenses insomniantes Signes orbitaires : œdème palpébral, exophtalmie, troubles oculomoteurs Signes neuroméningées : céphalées intenses, raideur nuque, somnolence... Signes d'abcès sous cutanés : œdème inflammatoire dans les régions jugale, frontale ou temporale La tomodensitométrie doit être discutée</p>

Antibiothérapie de 1^{ère} intention des rhinosinusites aiguës de l'adulte

Localisation et Bactérie suspectée		Molécules au choix	Posologie quotidienne	Durée (jours)
Maxillaire*		Amoxicilline – acide clavulanique Céfuroxime axétil <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> **, <i>M. catharralis</i> , <i>S. aureus</i> , Anaérobies ***	1g x 2 250 mg x 2 200 mg x 2 200 mg x 2 1 g x 2 800 mg x 1	7 à 10 j 5 j 5 j 5 j 4 j 5 j
Ethmoïdale	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> <i>H. influenzae</i> Anaérobies	Amoxicilline – acide clavulanique Pristinamycine Levofloxacine Moxifloxacine	1g x 3 1 g x 2 à 3 500 mg x 1 400 mg x 1	7 à 14 j (accord professionnel)
Frontale	<i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> **	Amoxicilline – acide clavulanique Pristinamycine Cefpodoxime proxétil Levofloxacine Moxifloxacine	1g x 3 1 g x 2 à 3 200 mg x 2 500 mg x 1 400 mg x 1	
Sphénoïdale	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Anaérobies	Amoxicilline – acide clavulanique Levofloxacine Moxifloxacine	1g x 3 500 mg x 1 400 mg x 1	

Antibiothérapie de 1^{ère} intention des rhinosinusites aiguës de l'enfant

Localisation	Bactérie suspectée	Molécules au choix	Posologie quotidienne	Durée (jours)
Maxillaire*	<i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> ** <i>S. aureus</i>	Amoxicilline – acide clavulanique Cefpodoxime proxétil Pristinamycine (> 6 ans)	80 mg/kg/j 8 mg/kg/j 50 mg/kg/j	7 à 10 j
Ethmoïdale	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> <i>H. influenzae</i>	Amoxicilline – acide clavulanique Pristinamycine (> 6 ans)	80 mg/kg/j 50 mg/kg/j	7 à 14 j

* l'origine virale est prédominante, moins de 10% des sinusites maxillaires ont une origine bactérienne

** 30% des souches ont une sensibilité diminuée à la pénicilline

*** origine dentaire