

Sinusite aiguë de l'adulte : quand et comment traiter ?

Mots clés :

Aiguë ; Antibactériens ; Infections des voies respiratoires supérieures ; Sinusite [Antibacterials Agents; Sinusitides; Acute; Respiratory Tract Infections]

La majorité des rhinosinusites aiguës de l'adulte sont d'origine virale et ne nécessitent pas de traitement antibiotique. Une fièvre persistante et/ou élevée, une douleur et un écoulement purulent provenant du sinus atteint, ou une aggravation secondaire sont des critères empiriques d'une étiologie bactérienne probable justifiant une antibiothérapie d'emblée (recommandation forte, mais sur des preuves de niveau faible à modéré¹) ; dans le cas contraire, elle n'est pas indiquée durant la première semaine d'évolution² (*Bibliomed* 663). Mais que peut-on en attendre et que choisir comme antibiothérapie de première ligne ? La question est dominée, comme dans les otites, pharyngites ou bronchites, par le développement massif de souches bactériennes résistantes associé à l'utilisation accrue des antibiotiques, notamment en France³.

Que peut-on attendre de l'antibiothérapie ?

Cinq revues systématiques ou méta-analyses (17 études chez l'adulte) ont été publiées depuis 2005¹. La plus grande difficulté porte sur le diagnostic étiologique : à défaut de prélèvement des sinus dans ces études, le diagnostic d'imagerie souvent utilisé (scanner compris) est peu sensible et spécifique de l'étiologie bactérienne ; de nombreux patients avaient donc probablement une rhinosinusite virale. Globalement, le bénéfice de l'utilisation des antibiotiques est modeste : il faut traiter 13 patients (9 à 22) pour qu'un 14^{ème} en bénéficie (5 seulement dans les études pédiatriques) ; environ 65% des patients s'améliorent sous placebo dans les 7 jours, ce qui pourrait signifier qu'ils n'avaient qu'une infection virale et que le bénéfice de l'antibiothérapie aurait été amplifié s'il s'agissait de réelles sinusites bactériennes. C'est bien ce point qui est décisif : aucun critère clinique ou radiologique ne différencie valablement une sinusite virale d'une sinusite bactérienne en médecine générale. Des études observationnelles ont cependant montré qu'une CRP < 25 était un argument supplémentaire pour ne pas prescrire d'antibiotique in⁴.

Quels antibiotiques en 1^{ère} intention ?

En 2005, l'Afssaps recommandait (accord professionnel) plusieurs β-lactamines (dont l'association amoxicilline-acide clavulanique) ou, en cas de contre-indication, la pristinamycine ou la télichromycine, pour une durée habituelle de 7 à 10 jours (grade C), sauf AMM particulière de certains antibiotiques. En 2012, le *guideline*

Américain de l'IDSA¹ recommande l'association amoxiclav plutôt que l'amoxicilline seule (faible niveau de preuves, recommandation faible) et, en cas de suspicion de pneumocoque (tableau sévère, patient âgé, immunodéficience...) à la dose renforcée de 2gx2/j (preuves modérées, recommandation faible). Cette association est toujours préférable à une fluoroquinolone respiratoire (levo ou moxifloxacin) (preuves modérées, recommandation faible).

Les macrolides, l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole et les céphalosporines de 2^{ème} ou 3^{ème} génération sont déconseillés du fait de nombreuses résistances (preuves modérées). La doxycycline reste une alternative possible (preuves modérées, recommandation faible), de même que les fluoroquinolones en cas d'allergie aux β-lactamines.

La durée de traitement recommandée est de 5 à 7 jours et non 10 à 14 jours (preuves modérées, recommandation faible).

Existe-t-il des traitements adjuvants ?

Sont à éviter (preuves modérées, recommandation forte) : les antibiotiques locaux (instillation nasale, aérosol...), les décongestionnants oraux ou locaux, ou les traitements antihistaminiques.

Sont recommandées (preuves modérées, recommandation faible) : les irrigations nasales de sérum salé iso ou hypertonique et instillations nasales de corticoïdes, s'il y a antécédents de rhinite allergique (en dehors de ce cas, les données sont contradictoires⁴).

Que conclure pour notre pratique ?

A ce jour, il n'est pas possible, en médecine générale, de distinguer de façon fiable une sinusite virale d'une sinusite bactérienne. Aucun test ne peut identifier les patients qui pourraient bénéficier d'un traitement antibiotique. Le dosage de la CRP pourrait aider à réduire la prescription antibiotique⁴.

Les études randomisées ne montrent pas de bénéfice clinique significatif de l'antibiothérapie dans les sinusites diagnostiquées sur la base de symptômes et observations cliniques. La différence *statistiquement* significative entre J7 et J15 par rapport au placebo est de faible ampleur (7 à 14%). Les effets indésirables (diarrhée...) sont plus fréquents. La surutilisation des antibiotiques fait croître les résistances aux antibiotiques et augmente les coûts de santé^{2,3}. L'analyse de ces données incite à la plus grande parcimonie dans la prescription... Les sinusites ne répondant pas à cette stratégie de première ligne feront l'objet d'un prochain Bibliomed.

Références

- 1- Chow AW et al. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *CID*. 2012;54:e72-e112.
- 2- Smith SR et al. Treatment of Mild to Moderate Sinusitis. *Arch Intern Med*. 2012;172:510-3.
- 3- Herman Goossens H et al. for the ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365:579-87.
- 4- Lindbaek M. Acute Sinusitis—To Treat or Not to Treat? *JAMA*. 2007;298:2543-4.
- 5- Afssaps. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Octobre 2005.