

ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT : SINUSITE

1. Définition clinique

La sinusite aiguë purulente correspond à une infection d'une ou plusieurs cavités sinusiennes de la face par des bactéries. Il en existe différentes formes selon leur localisation :

- les sinusites aiguës maxillaires : les plus fréquentes ;
- les sinusites frontales et autres localisations plus rares (ethmoïdale, sphénoïdale) : ne doivent pas être méconnues du fait d'un risque plus élevé de complications.

PARTICULARITES DES SINUSITES CHEZ L'ENFANT

Elles tiennent à la *pneumatisation progressive des sinus de la face* et à la grande fréquence chez l'enfant des rhinopharyngites virales qui de plus, peuvent précéder ces sinusites. La pneumatisation progressive des sinus de la face explique que la sinusite maxillaire n'apparaît le plus souvent qu'à partir de l'âge de 3 ans et la sinusite frontale à partir de 10 ans. Des sinusites sphénoïdales peuvent exister dès 3-5 ans. L'ethmoïdite aiguë extériorisée ne se voit guère que chez les jeunes enfants.

2. Diagnostic de la sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

Le diagnostic est essentiellement clinique. La difficulté est d'éviter de porter le diagnostic de sinusite par excès devant une rhinopharyngite.

Les arguments en faveur d'une sinusite maxillaire aiguë purulente sont la présence, dans les suites d'une rhinopharyngite, d'au moins deux des trois critères majeurs suivants :

- la persistance ou l'augmentation des douleurs sinusiennes infra-orbitaires malgré un traitement symptomatique (antalgique, antipyrétique, décongestionnant) prescrit pendant au moins 48 heures ;
- le caractère unilatéral de la douleur
et/ou son augmentation quand la tête est penchée en avant
et/ou son caractère pulsatile
et/ou son acmé en fin d'après-midi et la nuit
- augmentation de la rhinorrhée et caractère continu de la purulence (+++ si unilatérale).

La présence de critères mineurs, s'ils sont associés aux signes précédents, renforce la suspicion diagnostique :

- la fièvre qui persiste au-delà du troisième jour d'évolution de la sinusite ;
- l'obstruction nasale, les éternuements, la gêne pharyngée, la toux, s'ils persistent au-delà de 10 jours.

En première intention ni l'imagerie, ni les prélèvements bactériologiques ne sont indiqués.

Cependant :

- une imagerie (scanner) est recommandée si suspicion de sinusite maxillaire aiguë purulente compliquée et/ou suspicion de sinusite sphénoïdale ou ethmoïdale ou frontale ;
- un prélèvement bactériologique (ponction ou prélèvement au méat moyen) est souhaitable pour les sinusites compliquées ou survenant chez un patient immunodéprimé ou ayant reçu une antibiothérapie récente ;
- avis odontologique est nécessaire dans le cas particulier d'une sinusite maxillaire unilatérale sans contexte de rhinite, surtout si la rhinorrhée est fétide.

Des signes cliniques faisant suspecter une sinusite compliquée (syndrome méningé, exophtalmie, œdème palpébral, troubles de la mobilité oculaire, douleurs insomniantes) imposent l'hospitalisation, les prélèvements bactériologiques, l'imagerie et l'antibiothérapie parentérale urgente.

PARTICULARITES DES SINUSITES CHEZ L'ENFANT

Apparition très rapide d'un œdème palpébral débutant à l'angle interne de l'œil dans un contexte fébrile : ce sont les formes dites aiguës sévères des sinusites.

⇒ **Imagerie en urgence** et le plus souvent une hospitalisation pour un traitement par voie parentérale.

Le tableau observé est parfois celui d'une rhinopharyngite s'améliorant en quelques jours puis se ré-aggravant vers le 6-7^{ème} jour avec fièvre, exacerbation de la rhinorrhée, de la congestion nasale et de la toux.

Ni une radiographie standard, ni un scanner, ne doivent être demandés systématiquement chez l'enfant suspect de sinusite maxillaire, mais seulement en cas de doute diagnostique devant un tableau atypique. Un scanner est indiqué pour les sinusites sphénoïdales, ethmoïdales ou pour les sinusites compliquées

3. Traitement des sinusites aiguës

3.1. Chez l'adulte

3.1.1. Indications de l'antibiothérapie

En cas de diagnostic incertain, l'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée. Dans ce cas, une réévaluation est nécessaire en cas de persistance anormale ou d'aggravation de la symptomatologie sous traitement symptomatique.

Une antibiothérapie doit être envisagée :

- lorsque le diagnostic de sinusite aiguë maxillaire purulente est établi sur les critères définis ci-dessus ;
- en cas d'échec d'un traitement symptomatique initial ou en cas de complications ;
- en cas de sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire homolatérale de l'arc dentaire supérieur.

L'antibiothérapie est indiquée sans réserve en cas de sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale.

Localisation	Choix de l'antibiothérapie
Maxillaire	AMOXICILLINE en première intention Si échec : amoxicilline-acide clavulanique <ul style="list-style-type: none">➤ <i>En cas de sinusite d'origine dentaire</i> : Amoxicilline/Acide clavulanique➤ <i>En cas d'allergie aux pénicillines sans Cl aux céphalosporines</i> : Céfotiam, Cefpodoxime, Céfuroxime-axétil➤ <i>En cas de Cl aux β-lactamines</i> : pristinamycine, télichromycine*➤ <i>En cas de situation clinique sévère susceptible de complications graves</i> (après documentation bactériologique) : lévofloxacine ou moxifloxacine** (fluoroquinolone anti-pneumococcique)
Frontale	Amoxicilline/Acide clavulanique ou Fluoroquinolone anti-pneumococcique : Lévofloxacine ou Moxifloxacine**
Ethmoïdale	
Sphénoïdale	

* En comparaison aux autres antibiotiques, la télichromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé

** La moxifloxacine est réservée au traitement des sinusites radiologiquement et/ou bactériologiquement documentées lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

3.1.2. Traitement symptomatique associé

Les antalgiques en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours) et lavages de nez peuvent être proposés.

Les corticoïdes par voie orale peuvent être utiles en cure courte (durée maximale : 7 jours), en traitement adjuvant à une antibiothérapie efficace uniquement dans les sinusites aiguës hyperalgiques.

Dans les formes hyperalgiques, résistant au traitement un avis ORL est souhaitable pour discuter notamment l'indication de ponction-drainage maxillaire.

3.2. Chez l'enfant

Le traitement antibiotique est indiqué d'emblée dans les situations suivantes :

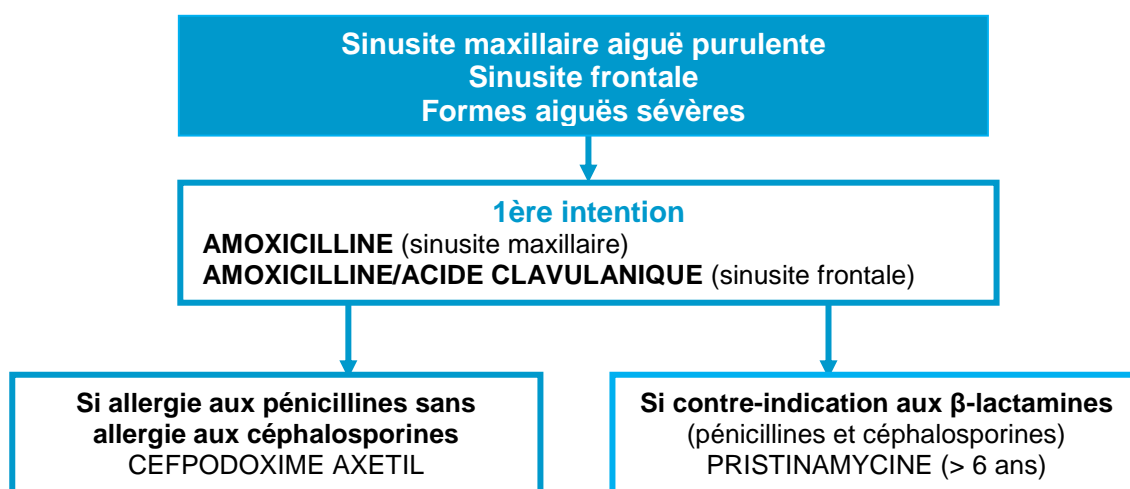
- formes aiguës sévères de sinusite maxillaire ou frontale, évoquant une sinusite purulente ;
- tableau de rhinopharyngite se prolongeant au-delà de 10 jours sans signe d'amélioration ou se réaggravant secondairement.

Pour les enfants sans facteurs de risque, le bénéfice de l'antibiothérapie est controversé et deux attitudes sont licites :

- soit une surveillance sous traitement symptomatique avec réévaluation à 3-4 jours ;
- soit la prescription d'antibiotiques d'emblée.

NB : En cas de rhinopharyngite, l'antibiothérapie ne prévient pas la survenue de sinusite.

3.2.1. Antibiothérapie recommandée



3.2.2. Traitement symptomatique associé

Un traitement antalgique-antipyrétique est recommandé en fonction des symptômes présentés (Se reporter à la mise au point de l'Afssaps : *Prise en charge de la fièvre chez l'enfant de janvier 2005*).

L'utilisation des corticoïdes peut cependant être discutée au cas par cas dans les sinusites hyperalgiques.

SCHÉMA D'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS ANTIBIOTIQUES

Antibiotiques	Posologies	Durée
β-lactamines		
Amoxicilline	Enfant > 30 mois : 80-90 mg/kg/j en 2 prises (sans dépasser la posologie adulte)	7 à 10 jours
	Adulte Sinusites maxillaires aiguës : 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises	7 à 10 jours
Amoxicilline acide clavulanique	Adulte Sinusites frontales 2 ou 3 g/j en 2 ou 3 prises Autres formes de sinusites : 3 g/j en 3 prises Enfant : Sinusite frontale : 80 mg/kg/j (dose exprimée en amoxicilline) en 3 prises	7 à 10 jours
C2G : Céfuroxime-axétil	Adulte : 500 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle	5 jours
C3G : Céfotiam	Adulte : 400 mg/j en 2 prises à 12 heures d'intervalle	5 jours
C3G : Cefpodoxime	Adulte : 400 mg/j en 2 prises en 12 heures d'intervalle	5 jours
	Enfant : 8 mg/kg/j en 2 prises	8 à 10 jours
Macrolides		
Télithromycine	Adulte : 800 mg/j en une prise	5 jours
Pristinamycine	Adulte : 2 g/j en 2 prises	4 jours
Fluoroquinolones actives sur le pneumocoque		
Lévofloxacine	Adulte : 500 mg/j en une prise	8 à 10 jours
Moxifloxacine	Adulte : 400 mg/j en une prise	8 à 10 jours

POINTS CLEFS

- Les arguments en faveur d'une sinusite maxillaire aiguë purulente sont, dans les suites d'une rhinopharyngite, d'au moins deux des trois critères majeurs suivants :
 - persistance ou augmentation des douleurs sinusiennes
 - caractère unilatéral de la douleur
 - augmentation de la rhinorrhée et caractère continu de la purulence.

- En première intention ni l'imagerie, ni les prélèvements bactériologiques ne sont indiqués

- **Traitement de la sinusite maxillaire aiguë de l'adulte**
 L'**amoxicilline**, à la dose de 2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises quotidiennes, est à privilégier en première intention.
 La durée du traitement des sinusites maxillaires aiguës purulentes est habituellement de 7 à 10 jours

- **Traitement de la sinusite maxillaire aiguë de l'enfant**
 L'**amoxicilline**, à la dose de 80-90 mg/kg/j en 2 à 3 prises quotidiennes, **est à privilégier en première intention.**
 La durée du traitement est classiquement de 8 à 10 jours

Sources

[1] Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Novembre 2011. SPILF-SFP-GPIP.