

Sinusite aiguë de l'adulte : bactérienne ou virale ?

Mots clés :

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

La sinusite aiguë est la conséquence d'une inflammation des muqueuses respiratoires hautes, *rhinosinusite* plutôt puisque toutes ces muqueuses réagissent avec des symptômes communs¹ que l'on retrouve chez 90% des patients atteints d'infections respiratoires hautes². Or, la majorité des virus en cause peut entraîner une sinusite aiguë légère à modérée. Ce n'est donc généralement pas le diagnostic de rhinosinusite qui pose problème, mais plutôt son étiologie¹⁻⁵ : virale, les antibiotiques sont inutiles ; bactérienne, ils peuvent – parfois – accélérer la guérison. La rhinorrhée purulente habituelle pendant quelques jours n'est pas nécessairement d'origine bactérienne. Des publications récentes¹⁻³ ou plus anciennes^{4,5} apportent des données factuelles utiles pour la décision.

Une pathologie extrêmement banale

Selon les données épidémiologiques nord-américaines de 2009^{m1}, l'étiologie virale des infections respiratoires hautes est la plus fréquente : en moyenne 6 épisodes annuels chez les jeunes enfants (6-35 mois) dans des études prospectives longitudinales, 2 à 3 chez les adultes. La rhinosinusite atteint environ 1 adulte sur 7 chaque année, 2 hommes pour 1 femme (plutôt entre 45 et 74 ans). Une surinfection bactérienne est relativement rare, <2% des cas chez l'adulte, environ 5% chez l'enfant. Seul le prélèvement endosinusal, inenvisageable en pratique courante, peut affirmer le diagnostic de sinusite bactérienne (concentration bactérienne en UFC, unités formant colonies, $\geq 10^4$ UFC/ml)⁴.

Qu'apporte l'examen clinique ?

La notion traditionnelle de critères cliniques *majeurs* et *mineurs*^{1,4} concernant la douleur et ses caractéristiques, la purulence de la rhinorrhée et différents signes d'accompagnement est peu discriminatoire et repose sur peu d'études. Au total, 3 tableaux cliniques, après un début brutal évoquant une sinusite, sont plutôt en faveur d'une infection bactérienne (niveau de preuve faible à modéré¹) : symptômes persistant plus de 10 jours sans amélioration clinique ; symptômes sévères ou fièvre élevée (≥ 39) et écoulement nasal purulent ou douleur faciale (à prédominance unilatérale) dès les 3 à 4 premiers jours ; aggravation secondaire (fièvre, céphalées, augmentation de l'écoulement nasal) après 5-6j d'une virose respiratoire haute d'abord améliorée par le traitement symptomatique.

Que conclure pour notre pratique ?

Les rhinosinusites aiguës légères à modérées sont une pathologie très fréquente en médecine générale, sélectionnée pour cette raison dans la récente enquête de la *National Physicians Alliance* (22 000 adhérents aux USA) dans la liste des pratiques à améliorer en médecine générale³. **La plupart sont virales en milieu ambulatoire** alors que plus de 80% sont traitées par antibiotiques (près de 6 milliards de \$ annuels aux USA). Les données ci-dessus permettent de conclure que qualité et sécurité (et coûts...) seraient améliorés simplement en évitant les antibiotiques en début d'évolution de la maladie.

Mais de nombreuses autres questions se posent : Quand débiter un traitement antibiotique, avec quelle molécule, pour combien de temps et à quelle dose ? Des « traitements adjuvants » sont-ils possibles ? Que faire en cas d'insuffisance de réponse au traitement choisi (traitements de deuxième ligne, demande d'avis spécialisé) ? Nous reviendrons sur ces points.

Examens radiologiques ?

La radiographie des sinus est inutile (et déconseillée) chez les patients atteints de sinusite non compliquée¹. Elle peut être utile en cas de doute diagnostique ou d'échec d'une 1^{ère} antibiothérapie, scanner seulement en cas de suspicion de sinusite sphénoïdale ou complication d'une autre sinusite, notamment frontale⁴. La spécificité des examens radiologiques est faible (0,6 à 0,8)^{1,5} : si la radiologie normale exclut le diagnostic de sinusite, des anomalies des radiographies standard (niveaux liquides compris), scanner ou IRM, sont présentes chez des adultes atteints d'un simple rhume¹. En outre, dans la plupart des essais randomisés évaluant l'antibiothérapie, il est montré que l'imagerie n'évalue pas de façon fiable l'histoire naturelle des sinusites bactériennes ou l'efficacité thérapeutique¹.

Quelles sont les bactéries en cause ?

Il y a eu des changements notables de l'écosystème bactérien ces 10 dernières années. Constante remarquable : on ne met en évidence aucune bactérie dans environ 40% des sinusites « présumées bactériennes ». *Streptococcus Pneumoniae* et *Haemophilus Influenzae* étaient surtout en cause avant 2000 comme en 2010, mais *Moraxella* et *Staphylococcus aureus* apparaissent en 2010 chacun dans près de 15% des sinusites bactériennes¹. Les études les plus récentes montrent une forte prévalence de germes producteurs de β -lactamase (27 à 50% selon les zones géographiques, Europe et USA confondus), ce qui pose la question du choix de l'antibiothérapie.

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- The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" Lists in Primary Care. Meeting the Responsibility of Professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171:1385-90.
- 4- Afssaps. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes. Octobre 2005.
- 5- Lindbæk M, Hjortdahl P. The clinical diagnosis of acute purulent sinusitis in general practice – a review. *BJGP*. 2002;52:491-5.