

Sinusite aiguë de l'adulte : quand les symptômes persistent...

Mots clés :
Aiguë ; Anti-
bactériens ;
Sinu-
site [Antibacte-
rials Agents;
Sinusitides;
Acute]

La décision de traiter par antibiotique une rhinosinusite aiguë de l'adulte repose sur des critères empiriques de probabilité : fièvre persistante et/ou élevée, douleur et écoulement purulent provenant du sinus atteint, aggravation secondaire ; une CRP au dessus de 25 est un argument supplémentaire (*Bibliomed* 663 et 666). Mais combien de temps faut-il poursuivre une stratégie qui n'apporte pas d'amélioration ? Existe-t-il de signes de dangerosité particulière et pour quelles sinusites faut-il demander sans tarder un avis complémentaire ? Les récentes recommandations de l'*Infectious Diseases Society of America*, résumées dans ce *Bibliomed*, argumentent les réponses à ces questions¹.

Quel délai avant de changer d'antibiotique ?

La réponse clinique à l'antibiothérapie est attendue en général vers J3-J5. Ce constat est observé surtout dans des études contrôlées chez l'enfant. Il est confirmé par des études bactériologiques chez des patients traités par fluoroquinolones respiratoires (ce type d'études n'existe pas pour d'autres antibiotiques) : les cultures de prélèvements du sinus maxillaire ou du méat moyen par endoscopie ont montré 97% d'éradication de toutes les bactéries de référence à J3 dans des sinusites bactériologiquement documentées ; la corrélation entre éradication des bactéries et résolution clinique est excellente dans d'autres études (médiane du temps de résolution clinique de 1 à 3 jours, 88% de tous les symptômes étant complètement disparus à J5). Bien que les preuves soient donc de niveau modéré, il est fortement recommandé de changer la stratégie de 1^{ère} ligne (rappelons qu'il s'agit dans cette recommandation de l'amoxycycline-clavulanate) si les symptômes s'aggravent après 48-72 heures d'antibiothérapie, ou ne s'améliorent pas à J3-J5. L'âge ou la présence de comorbidités peut exiger plus de temps : le jugement clinique reste toujours primordial¹.

Echecs du traitement de 1^{ère} ligne

Plusieurs causes d'échec sont possibles: résistance bactérienne, antibiothérapie à dose insuffisante, causes non infectieuses (allergies, malformations...). Les rares essais randomisés dans ce domaine suggèrent que le schéma thérapeutique de 2^{ème} ligne doit utiliser un antibiotique à plus large spectre d'activité et dans une autre classe, actif contre les pneumocoques, *Haemophilus* résistant à l'ampicilline et autres germes respiratoires producteurs de β -lactamase. Si la symptomatologie persiste ou s'aggrave malgré 72 heures de ce traitement de 2^{ème} ligne, un avis spécialisé doit être envisagé (voir ci-

dessous). C'est en particulier l'indication d'une culture de prélèvements endosinusiens. Mais il faudrait de nouvelles études pour argumenter ces choix¹.

Quelles sont les indications de l'imagerie ?

L'imagerie doit être réservée aux récurrences ou complications, notamment suppuratives. Elles sont rares (4 à 11% des enfants hospitalisés pour sinusite), principalement liées à une cellulite orbitale et une extension intracrânienne (1/95 000 hospitalisations aux USA est due à une sinusite associée à un abcès du cerveau). Scanner et IRM ont considérablement amélioré la décision et les résultats chez ces patients. La tomodensitométrie montre mieux les atteintes osseuses ou anatomiques, l'IRM l'atteinte des tissus mous chez les patients suspects de complications intracrâniennes. La supériorité attribuée au scanner vs IRM ne repose que sur des séries de cas et de petites études rétrospectives observationnelles. Compte tenu des évolutions techniques actuelles, ces avis peuvent changer¹.

Quand y a-t-il urgence à avis spécialisé ?

La recommandation française de 2005 signalait le cas particulier de la sinusite maxillaire d'origine dentaire, et le risque de complications plus élevé en cas de sinusites frontales, ethmoïdales, sphénoïdales². L'accès à des moyens diagnostiques (imagerie, endoscopie, immunologie) ou thérapeutiques (chirurgie) devient rapidement nécessaire si les symptômes évoquent une infection grave. Une aggravation clinique rapide et des manifestations orbitales ou intracrâniennes suggèrent des complications suppuratives nécessitant une approche multidisciplinaire en urgence. C'est en particulier le cas lorsqu'une immunodépression ou des comorbidités compliquent le choix de l'antibiothérapie ou prédisposent à des infections à germes inhabituels¹.

Que conclure pour notre pratique ?

La difficulté du diagnostic de sinusite bactérienne explique un certain nombre d'excès thérapeutiques discutables et dangereux. L'*IDSA* suggère que chaque praticien se pose à propos de ses patients traités pour sinusite 4 questions¹ :

1. Combien répondent aux critères – même imparfaits – d'une sinusite bactérienne (*Bibliomed* 663) ?
2. Même question en ce qui concerne le choix de l'antibiotique (*Bibliomed* 666).
3. Idem pour la durée de traitement (*Bibliomed* 666).
4. Pour quels patients en échec thérapeutique initial persistant (*voir ci-dessus*) y a-t-il eu culture avant changement stratégique ?

Ces 4 questions pourraient être pour des groupes de médecins le « fil rouge » d'une réflexion productive sur leurs propres pratiques.

Références

- 1- Chow AW et al. *IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults*. *CID*. 2012;54:e72-e112.
- 2- Afssaps. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes*. Octobre 2005.