

Mots clés :

Aiguë ; Antibac-
tériens ;
Infections des
voies respira-
toires supé-
rieures ; Sinu-
site [*Antibacteria*
Is Agents; *Sinu-*
sitides; *Acute*;
Respiratory Tract
Infections]

Particularités de la sinusite chez l'enfant

La sinusite bactérienne est, après l'otite moyenne aiguë, l'une des indications les plus habituelles de l'antibiothérapie chez l'enfant. Comme chez l'adulte, il s'agit d'une *rhino-sinusite* le plus souvent consécutive à une infection virale respiratoire haute¹⁻³. Les cultures de prélèvements nasaux ou nasopharyngés ou l'imagerie n'apportent aucun renseignement sur le contenu réel du sinus infecté. Si le diagnostic est fait théoriquement par ponction au trocart du sinus atteint, difficile à bien des titres³, il repose en pratique sur ce que rapportent les parents et l'examen clinique, qui ne différencie évidemment pas ce qui est viral de ce qui est bactérien. L'indication de l'antibiothérapie est donc pratiquement toujours une décision « au mieux », en situation d'incertitude.

Particularités anatomiques

Les sinus de la face se développent jusqu'à 20 ans. Les sinus *maxillaires* et *ethmoïdes*, présents à la naissance, sont le plus souvent en cause : ethmoïdite extériorisée, rare et de pronostic grave (entre 6 mois et 5 ans), plus souvent sinusite maxillaire (après 3 ans, ces sinus se développant rapidement les 4 1^{ères} années de la vie). Les sinus *frontaux* apparaissent sur les radiographies vers 6 à 8 ans et évoluent sur 8 à 10 ans (80% des adultes ont des sinus frontaux bilatéraux, 1 à 4% une agénésie et le reste une hypoplasie unilatérale) ; les sinusites frontales touchent des enfants de plus de 10 ans, avec les mêmes caractéristiques que chez l'adulte. Les sinus *sphénoïdes* se développent au cours des deux 1^{ères} années, sont généralement pneumatisés vers 5 ans et atteignent leur taille finale vers 12 ans.

Histoire naturelle des sinusites de l'enfant

L'infection respiratoire initiale provoque une inflammation des muqueuses nasales et sinusiennes. Elle guérit le plus souvent spontanément. L'obstruction fonctionnelle ou mécanique du méat sinusal entraîne parfois (0,5 à 5% des cas dans une revue systématique⁴) une stagnation et une contamination des sinus paranasaux^{1,3}. En 2010, la sinusite bactérienne secondaire est due 1 fois sur 3 à *streptococcus pneumoniae*, 1 fois sur 3 à *Haemophilus Influenzae* puis *Moraxella* (8-10%), ce qui est un peu différent de la situation chez l'adulte (*Bibliomed* 663)¹. En dehors de rares cas (nourrisson avant 3 mois, tableau clinique grave chez le petit enfant) nécessitant une hospitalisation et un traitement spécifique (niveau de preuves : études de cohortes)^{2,4}, la « probabilité bactérienne » est habituellement évaluée, comme chez l'adulte (niveau de preuve faible à modéré¹), sur 3 critères : *sévérité, persistance, ou aggravation secondaire*

des symptômes (notamment congestion nasale, écoulement purulent et douleur de la face)¹. Selon les données des essais randomisés, la décision la plus habituelle devrait être... d'attendre sous surveillance⁴. L'utilisation d'antalgiques est logique bien que non évaluée, de même que celle des corticoïdes par voie nasale chez les enfants les plus âgés (bénéfice modeste, surtout en cas d'atopie)⁴.

Antibiothérapie : repères pour la décision

Le choix empirique de l'*amoxy-clav* à dose standard en 1^{ère} intention est une recommandation forte (niveau de preuve modéré)^{1,2} du fait de l'écologie bactérienne actuelle. En cas de vomissements, l'*IDSA (Infectious Diseases Society of America)* recommande une injection unique de ceftriaxone (50mg/kg/j) puis antibiothérapie orale 24 heures après¹.

Des doses plus importantes (*amox* 90mg/kg/j, *clav* 6,4 mg/kg) peuvent être nécessaires s'il y a infection sévère, hospitalisation ou antibiothérapie récentes, ou immunodéficience (niveau de preuve modéré, à confirmer par de nouvelles études)¹.

Ni les macrolides, ni l'association *TMP-sulfaméthoxazole*, ni les céphalosporines (toutes générations) ne peuvent être recommandés en raison des résistances accrues du pneumocoque¹. L'*IDSA* recommande la lévofloxacine chez les enfants ayant une allergie prouvée à la pénicilline (contre-indiquée par l'AMM Française jusqu'à la fin de la croissance) ou une association clindamycine/ céphalosporine de 3^{ème} génération (recommandation faible, niveau de preuve modeste)¹.

Il y a controverse sur la durée du traitement chez l'enfant : 10 à 14j ? (*IDSA*, niveau de preuve au mieux modeste¹) 7 à 10j ? (Affsaps : accord professionnel²), pas de preuves cohérentes au dessus de 7j⁴ ?

Que conclure pour notre pratique ?

La sinusite de l'enfant a quelques particularités à connaître par rapport à celle de l'adulte : particularités anatomiques, histoire naturelle, médicaments.

Il existe peu de données permettant de « décider sur preuves »... Comme le souligne la revue systématique de Morris⁴, il y a au total très peu de complications graves attendues et il n'est donc pas aisé d'apporter la preuve de l'efficacité « cliniquement significative » d'un traitement.

Au total, moins (d'antibiotiques), c'est mieux... La gravité du tableau clinique conditionne la décision immédiate. En dehors de ce cas, l'attente avec réévaluation est la meilleure solution en informant les parents de l'évolution prévisible et des signes de complications qui doivent faire reconsulter.

Références

- 1- Chow AW et al. *IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults*. *CID*. 2012;54:e72-e112.
- 2- Affsaps. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes*. Octobre 2005.
- 3- Wald ER. *Acute Otitis Media and Acute Bacterial Sinusitis*. *Clin Infect Dis*. 2011;52:S277-S283.
- 4- Morris PS. *Upper Respiratory Tract Infections*. In: *Pediatric clinics of North America*. 2009. doi:10.1016/j.pcl.2008.11.001