

Rhino-Sinusites (90)

Docteur Olivier CUISNIER
Octobre 2002

Pré-requis

- Physiologie des sinus
- Anatomie radiologique des sinus

Résumé

Les infections rhino-sinusiennes aiguës constituent une pathologie très fréquente en pratique quotidienne. Les sinusites aiguës traduisent en majorité une surinfection sinusienne bactérienne. La symptomatologie clinique varie en fonction de la localisation sinusienne. Elles sont le plus souvent rhinogènes, mais l'origine dentaire ou traumatique ne doit pas être méconnue. Le traitement est triple : antibiothérapie probabiliste, levée de l'obstruction ostiale, antalgique. Les complications, en particulier endocrâniennes, ne sont pas exceptionnelles et doivent être recherchées.

Index

Sinusite aiguë, cacosmie, sinusite maxillaire, sinusite frontale, sinusite ethmoïdale, sinusite sphénoïdale, antibiothérapie, complications.

1. Rappel anatomique et physiologique des sinus

1.1. Anatomie

Le groupe des sinus antérieurs se draine dans le méat moyen.

- Les **sinus maxillaires** ont une situation sous-orbitaire et leur plancher est en rapport étroit avec les prémolaires et les 2 premières molaires. Présents à la naissance, ils s'individualisent vers l'âge de 6 ans.
- Les **sinus frontaux** sont dans la région frontale (sus orbitaire médiane), leur rapport méningé est étroit. Ils apparaissent vers l'âge de 2 ans et s'individualisent vers 8 ans.
- Les **sinus ethmoïdaux** antérieurs et postérieurs sont présents à la naissance formant une rangée de cellules paranasales, leur paroi externe est formée par la lame orbitaire et le toit est en rapport avec la méninge frontale.
- Les **sinus sphénoïdaux** sont les plus postérieurs, ils sont en rapport avec le nerf optique et le canal carotidien latéralement, avec la méninge et la selle turcique en haut. Ils se drainent dans le méat supérieur.

1.2. Physiologique

Physiologiquement, les sinus sécrètent un mucus fluide drainé par les cils épithéliaux vers chacun des ostia ou canal qui font communiquer chaque sinus avec la fosse nasale. En cas de sinusite aiguë, l'agression microbienne entrave le fonctionnement ciliaire et la perméabilité des ostia est compromise par l'oedème muqueux, ce qui gêne encore plus le drainage et la ventilation de chaque sinus (hypoxie), éléments qui favorisent l'infection. Ceci explique la nécessité d'un traitement précoce antibiotique et anti-inflammatoire, parfois d'un drainage

pour tendre à rétablir la perméabilité ostiale afin d'éviter les complications méningées et orbitaires et le passage à la sinusite chronique.

2. Etiologie

Le point de départ est le plus souvent nasal à la suite d'une rhinite. Cette rhinite peut être de nature infectieuse, allergique ou inflammatoire. La cause peut être dentaire pour la sinusite maxillaire (sinusites répétées). Les causes traumatiques sont moins fréquentes.

3. Le diagnostic

C'est un diagnostic clinique (motif fréquent de consultation)

3.1. La symptomatologie est très évocatrice en cas de sinusite

A la suite d'un rhume banal, le malade se plaint d'une **douleur spontanée** pulsatile augmentée quand la tête est penchée en avant (névralgie sous-orbitaire avec irradiation dentaire) et exacerbée par la toux ou l'effort. Elle est volontiers cyclique. Il existe une **obstruction nasale** et une **rhinorrhée purulente** antérieure et postérieure à caractère unilatéral. La **fièvre** est à 38°5 associée à une altération de l'état général et une asthénie modérée. Une cacosmie plus rare peut être présente (sensation d'odeur nauséabonde).

La localisation maxillaire est la plus fréquente (douleur sous-orbitaire), la localisation frontale plus rare (douleur frontale). Les localisations frontales et maxillaires peuvent être bilatérales. L'examen consiste à rechercher la douleur à la pression sinusienne antérieure sous-orbitaire ou frontale, à faire une rhinoscopie antérieure et postérieure après mouchage et rétraction de la muqueuse. la découverte de pus dans le méat moyen en rhinoscopie antérieure et sur la queue du cornet inférieur en rhinoscopie postérieure suffit au diagnostic.

On recherche des complications méningées ou orbitaires et le traitement est prescrit sans tarder.

3.2. Les clichés radiologiques

Les clichés radiologiques ne sont pas indispensables au diagnostic initial et sont demandés en cas de rechute ou de mauvaise réponse au traitement. La tomodensitométrie (TDM) est préférée aux clichés standards (Blondeau, crâne de face et de profil, Hirtz) en cas d'évolution vers la chronicité

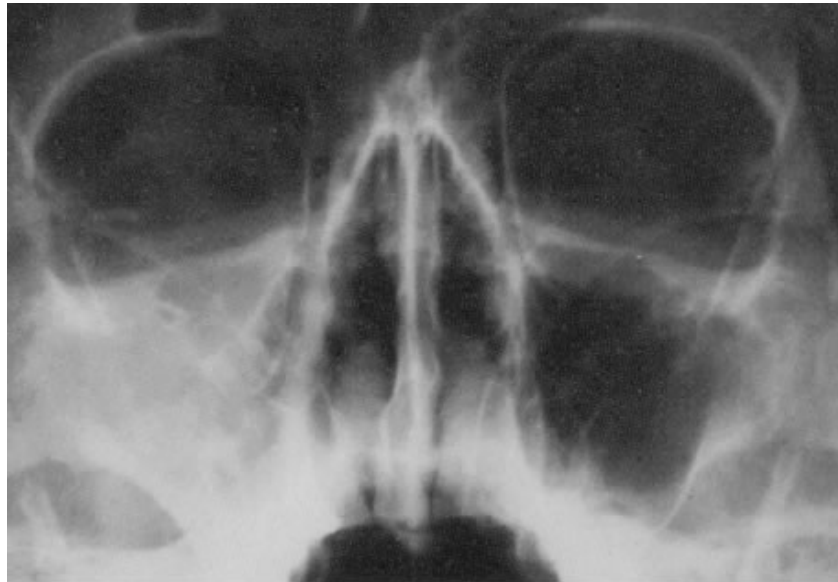


Photo : cliché radiologique en incidence de Blondeau :
Sinusite maxillaire droite
(Tous droits réservés)



Photo : TDM sans injection en coupe axiale :
Sinusite maxillaire droite
(Tous droits réservés)

4. Formes cliniques

4.1. selon la localisation

Les localisations sphénoïdales sont plus exceptionnelles. A la rhinorrhée essentiellement postérieure s'ajoutent des céphalées et une obstruction nasale.

Les localisations éthmoïdales sont rares chez l'adulte et sont plutôt l'apanage de l'enfant. La pansinusite intéresse tous les sinus d'un même côté ou bilatéralement.

4.2. La sinusite hyperalgique

La sinusite hyperalgique est une sinusite avec blocage ostial évoluant vers un empyème qui nécessite un drainage en urgence à visée antalgique.

4.3. La sinusite d'origine dentaire

La sinusite d'origine dentaire survient sans rhinite précédente et la rhinorrhée est souvent nauséabonde associée souvent à une cacosmie. Un cliché panoramique dentaire ou des tomographies dentaires peuvent retrouver le foyer dentaire molaire ou prémolaire (abcès, kyste apical). Le traitement stomatologique est indispensable.

4.4. Les formes selon le germe

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont pneumocoque, streptocoque, hémophilus influenzae, branhamella catarrhalis. Les germes anaérobies, le staphylocoque et le pyocyanique se rencontrent habituellement dans les sinusites chroniques ainsi que l'aspergillus (mycose). L'antibiothérapie est de nature probabiliste sans documentation bactériologique (sans nécessité de prélèvement au méat moyen ou intrasinusien).

4.5. Les formes compliquées sont plus fréquemment associées aux sinusites frontales, ethmoïdales ou sphénoïdales

- Extériorisation à la paroi antérieure soit à grand bruit soit insidieusement sous forme de fluctuation à l'angle supéro-interne de l'orbite pouvant évoluer vers la fistulisation.
- Complications orbito-oculaires :
 - Abscess extrapériosté de l'orbite (triade symptomatique: oedème palpébral, exophtalmie inféro-externe, chémosis)
 - Phlegmon de l'orbite (exophtalmie importante paralysie des nerfs oculomoteurs, baisse de l'acuité visuelle)
 - Thrombophlébite des veines ophtalmiques qui peut s'étendre au sinus caverneux
- Ostéomyélite bondissante des os du crâne suite à une sinusite frontale
- Complications endocraniennes surtout le fait des localisations ethmoïdales, frontales et sphénoïdales (au moindre doute une TDM cérébrale doit être demandée en urgence) :
 - Méningite suppurée ou aseptique
 - empyème extra-dural avec syndrome d'hypertension intracrânienne urgence neuro-chirurgicale
 - Abscess du cerveau
 - Thrombose du sinus longitudinal supérieur.
- Complications bronchitiques, décompensation d'un asthme

5. Diagnostic différentiel

5.1. La sinusite peut être la complication symptôme

La sinusite peut être la complication d'une tumeur naso-sinusienne bénigne (papillome inversé) ou maligne (carcinome malpighien du sinus maxillaire ou adénocarcinome de l'ethmoïde) qu'il faut savoir soupçonner par l'ancienneté de l'obstruction nasale, l'existence d'épistaxis et la notion de risque (travailleur du bois). Une TDM avec injection retrouvera la formation tumorale et l'endoscopie avec biopsie en permettra le diagnostic.

5.2. La polypose naso-sinusienne

La polypose naso-sinusienne d'origine inflammatoire ou allergique peut se compliquer de surinfection sinusienne. L'ancienneté de l'obstruction nasale, l'anosmie font évoquer le diagnostic confirmé cliniquement et par la TDM et l'étude endoscopique

6. Le traitement

6.1. Il est antibiotique commencé précocément

Le traitement antibiotique est décidé sur des notions seulement cliniques et prolongé (en règle 10 jours). L'**antibiothérapie est probabiliste** choisie sur des données épidémiologiques récentes (voir bactério). Les antibiotiques les plus utilisés actuellement dans la sinusite maxillaire sont :

- Pénicilline A + acide clavulanique
- certains macrolides ou associés (Pristinamycine),
- une céphalosporine de 2° ou 3° génération sauf Céfixime.

Pour les sinusites frontales, ethmoïdales ou sphénoïdales on peut ajouter à cette liste les quinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacine, moxifloxacine)

6.2. Un traitement adjuvant anti-inflammatoire

Un traitement anti-inflammatoire adjuvant par voie générale permet de reperméabiliser l'ostium sinusien le plus vite possible pour drainer et ventiler le sinus et enrayer le cercle inflammation-blocage ostial-infection. Les corticoïdes sont le plus largement utilisés en cure courte d'une semaine. Ils peuvent être employés en aérosols associés à une antibiothérapie locale. Des vasoconstricteurs locaux ou par voie générale vont permettre une rétraction de la muqueuse pour faciliter le drainage.

6.3. En cas d'échec du traitement antibiotique

En cas d'échec du traitement antibiotique, en cas de complication ou en cas de sinusite hyperalgique maxillaire une **ponction-drainage** s'impose sous anesthésie locale ou générale. La ponction permet de faire un prélèvement bactériologique endosinusal et la mise en place d'un drain pour des lavages avec une solution antibiotique et corticoïde.

Une autre solution plutôt utilisée dans les sinusites récidivantes ou chroniques consiste à faire une technique d'irrigation-drainage de **Proetz** administrant la solution antibiotique et corticoïde par voie nasale en créant une dépression endosinusienne.

Références

- « Sinusites maxillaires » JM Klosek, JP Fontanel *Encycl Med Chir ORL* (Paris, France) 20-430-A-10 **1994**
- « Sinusites frontales » L Amanou, T Van Den Abeelle, P Bonfils *Encycl Med Chir ORL* (Paris, France) 20-430-D-10 **2000**
- « Sinusites sphénoïdales » P Bonfils, C Paoli, M Cymes *Encycl Med Chir ORL* (Paris, France) 20-430-E-10 **1993**
- Recommandations de l'AFSSAPS : « antibiothérapie par voie générale en pratique courante » *Méd. Mal. Infect* **2001** ; 31 : 493s-507s.