

Les rhinosinusites

Dr BELHADJKACEM

Faculté de médecine de SBA

INTRODUCTION 1

- **Les sinusites sont :** une inflammation de la muqueuse d'un ou de plusieurs sinus de la face.
- Le terme **rhinosinusite (RS)** est actuellement préféré à celui de sinusite car cette pathologie se manifeste toujours au niveau nasal
- motif fréquent de consultation ORL en particulier chez l'adulte
- L'évolution est habituellement favorable mais elle peut être à l'origine de complications méningo-encéphaliques et ophtalmologiques graves.
- Progrès diagnostique par l'avènement de l'endoscopie et de la tomodensitométrie
- Progrès thérapeutique grâce à l'antibiothérapie et à l'apparition de nouvelles techniques de chirurgie endonasale

INTRODUCTION 2

- De la naissance jusqu'à 2 ans, le seul sinus fonctionnel est l'éthmoïde, donc la seule sinusite à cette âge est l'éthmoïdite.
- Le sinus maxillaire s'individualise vers l'âge de 6 ans.
- Le développement tardif des sinus frontaux et sphénoïdaux fait que leurs atteintes ne se voit qu'après 9 ans.

Etude clinique

Type de description : sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

5-1 Signes fonctionnels

Le tableau fait suite à une rhinite aiguë et associe :

Douleur unilatérale pulsatile, sous-orbitaire, irradiante vers l'arcade dentaire et/ou l'orbite et le front,

Son exacerbation lors des mouvements de la tête et à l'antéflexion est évocatrice de l'origine sinusienne.

Elle constitue le symptôme et le signe d'appel le plus constant.

- Rhinorrhée unilatérale purulente.
- Obstruction nasale

À la différence de la rhinite aiguë où les signes sont bilatéraux, c'est le caractère ou le renforcement unilatéral de ces signes qui orientent vers le diagnostic de sinusite maxillaire aiguë.

5-2 Signe généraux

La douleur est inconstamment associée à une fièvre comprise entre 38° et 39°C.

5- 3 Examen clinique :confirme le diagnostic par:

- La mobilisation de la tête du patient vers le bas confirme le caractère positionnel de la céphalée et l'origine sinusienne.
- douleur provoquée à la pression de la face antérieure du sinus maxillaire
- La rhinoscopie antérieure :une fosse nasale congestive tapissée de sécrétions mucopurulentes.
- nasofibroscopie, :pus au niveau du méat moyen
- L'examen de l'oropharynx :traînée mucopurulente sur la paroi postérieure du pharynx.
- L'examen de la cavité buccale :cherche à éliminer un foyer infectieux dentaire.

5-4 Examens complémentaires

5-4-1 la radiologie

- nez-menton plaque (incidence de Blondeau) et nez-front-plaque (face haute)

: une opacité totale ou un niveau liquide au niveau du sinus maxillaire considéré.

- les clichés rétro-alvéolaires ou un orthopantomogramme : Quand une origine dentaire est suspectée

- Un **scanner des sinus** ne sera réalisé que lorsqu'une complication est suspectée.

5-4-2 Prélèvement bactériologique

prélèvement bactériologique avec antibiogramme : indispensable dans les formes compliquées ou survenant sur un terrain particulier

6- Formes cliniques

6-1 Formes topographiques

6-1-1 Sinusites frontales aiguës

Les rapports anatomiques étroits entre le sinus frontal, l'orbite et les structures méningo encéphaliques sont à l'origine des complications potentielles de cette localisation.

- douleur intense sus-orbitaire, augmentée par la pression au niveau de l'angle interne du sourcil.**
- l'inspection de la peau en regard du sinus frontal à la recherche d'une fistulisation débutante,**
- radiographies des sinus: opacité complète du sinus frontal ou une image avec niveau liquide.**
- La TDM n'est réalisée qu'en cas de suspicion de complications.**

6-1-2 Sinusite sphénoïdale aigue

- Les sphénoïdites aiguës font encourir le risque de complications visuelles ou méningoencéphaliques du fait de la proximité du nerf optique, de l'artère carotide interne et de l'encéphale.
- céphalées profondes, rétro orbitaires irradiant vers le vertex, intenses et souvent majorées la nuit, responsables d'insomnies.
- Nasofibroscopie: coulée purulente dans la partie postérieure de la fosse nasale au-dessus de la choane.
- scanner des sinus en urgence : si contexte fébrile , affirme le diagnostic , précise une extension aux structures avoisinantes.

6-1-3 Ethmoïdite aiguë

- Contrairement à l'enfant cette forme est rare chez l'adulte dans sa forme isolée.
- plus souvent : sinusite ethmoïdo-maxillaire ou ethmoïdofronto-maxillaire.
- Les céphalées sont fronto-orbitaires pulsatiles.
- Le diagnostic est confirmé par la TDM des sinus injectée.

6-1-4 Pansinusite

- Correspond à l'atteinte de plusieurs sinus de façon concomitante.
- Il peut s'agir d'une sinusite éthmoïdo-frontale mais le plus souvent éthmoïdo-fronto-maxillaire.

6-2 Formes symptomatiques

6-2-1 Sinusite bloquée ou hyperalgique

- collection purulente bloquée au niveau du sinus maxillaire ou sinus frontal.
- douleur intense liée au blocage fonctionnel de l'ostium.
- Dans ce cas, la rhinorrhée purulente a disparu et non retrouvée à l'examen endoscopique du méat moyen.
- radiographies ou scanner des sinus : opacité totale du sinus en question,
- L'histoire clinique, l'intensité de la douleur, l'échec des traitements médicaux, et la positivité de l'imagerie conduisent à poser l'indication d'une ponction drainage du sinus en urgence à côté de la prise en charge médicale.

La ponction drainage du sinus entraîne une disparition rapide de la douleur,

6-2-2 forme fluxionnaire ou extériorisée

- La sinusite maxillaire aigue banale ne s'extériorise jamais.
- La sinusite éthmoïdale s'extériorise chez l'enfant.
- La sinusite frontale aigue peut s'extérioriser au dessus du sourcil par un oedème.

6-3 Formes évolutives

6-3-1 formes récidivantes

Les épisodes aigus se répètent plusieurs fois par an, mais avec une résolution complète des signes cliniques et radiologiques après chaque épisode.

6-3-2 formes chroniques

- Les sinusites chroniques se caractérisent par la persistance des signes : cliniques, endoscopiques et tomodensitométriques malgré un traitement médical bien contrôlé et ce pendant au moins 3 mois.

- Le diagnostic est posé devant des arguments :

- **Cliniques** : rhinorrhée postérieure muqueuse ou mucopurulente, obstruction nasale, pesanteur faciale , toux chronique
- asthénie chronique, difficultés de concentration ,signes visuels mineurs comme un léger flou visuel.
- La fièvre est habituellement absente.
- douleurs dentaires orientent vers une étiologie dentaire.
- Hyposmie, anosmie peuvent se voir.

-L'endoscopie des fosses nasales :

explorer les méats sinusiens notamment le méat moyen, véritable carrefour de la pathologie inflammatoire et infectieuse chronique des sinus.

on peut retrouver :

- un comblement du méat moyen par des sécrétions purulentes,
- un oedème de la muqueuse, un polype du méat moyen, voire une polypose nasale.
- L'endosco **permet de réaliser le bilan de malformations anatomiques nasales** : déviation septale, inversion de courbure du cornet moyen, pneumatisation du cornet moyen.

Faire des prélèvements bactériologiques et cytologiques

- **scanner des sinus** : est systématique en matière de sinusite chronique , pour faire le bilan des lésions préchirurgical
- Ainsi le diagnostic de sinusite chronique fait, un diagnostic étiologique s'impose à la recherche d'une cause immuno-allergique, dentaire ou inflammatoire locale.

6-4 Ethmoïdite aiguë de l'enfant

- rare, mais de pronostic potentiellement grave.
- **La forme oedémateuse** : un oedème palpébral douloureux prédominant à l'angle interne de l'orbite et à la paupière supérieure
fièvre est élevée (39 à 40 °C).
- L'origine ethmoïdale de cette cellulite palpébrale peut être établie sur les arguments suivants :
 - ☐ absence de pus conjonctival (élimine une dacryocystite ou une conjonctivite)
 - ☐ suppuration nasale homolatérale, parfois sanguinolente ;
 - ☐ opacité éthmoïdo-maxillaire à prédominance unilatérale sur le scanner
- La maladie est au sinus mais le danger est à l'oeil.
- Une surveillance de l'état général, neurologique et surtout ophtalmologique est obligatoire.
- Les signes de gravité sont : immobilité oculaire, mydriase, anesthésie cornéenne.

Devant pareil tableau, il faut demander :

- un examen ophtalmologique, un scanner sinusien et un scanner cérébral avec injection de produit de contraste à la recherche d'une éventuelle complication intraorbitaire ou intracrânienne.

- Les données fournies par le scanner sinusien permettront de situer l'éthmoïdite selon la classification de Chandler :

□ Groupe I ou cellulite préseptale :

oedème palpébral supérieur sans atteinte de la mobilité du globe ou de l'acuité visuelle, sans exophtalmie qui signerait une pathologie rétro septale.

□ **Groupe II ou cellulite rétroseptale, ou cellulite orbitaire séreuse diffuse :**

correspond à une infiltration diffuse de la graisse orbitaire par des cellules inflammatoires et des bactéries sans formation d'abcès.

- Cet oedème entraîne une exophtalmie caractéristique associée à un chémosis.
- peut exister une limitation des mouvements du globe.
- Le scanner avec injection de produit de contraste en urgence: collection nécessitant un drainage chirurgical urgent.

□ **Groupe III ou abcès sous-périosté :**

- correspond à la formation d'une collection de pus entre l'os et l'orbite.

Cette collection est le plus souvent médiale, mais parfois supérieure.

Son identification impose un drainage chirurgical avec réalisation de prélèvements bactériologiques.

□ **Groupe IV ou abcès intraorbitaire :**

L'abcès orbitaire résulte de l'évolution défavorable d'une cellulite orbitaire.

La collection est le plus souvent intra-conique , l'acuité visuelle est diminuée et l'évolution vers la cécité est imminente.

□ **Groupe V : thrombose du sinus caverneux**

- tableau septique avec douleur orbitaire, chémosis, exophtalmie ,ophtalmoplégie.

Le pronostic fonctionnel est alors effroyable et le pronostic vital est mis en jeu.

6-5 Formes particulières

6-5-1 Les sinusites mycosiques

- Les mycoses sinusiennes peuvent atteindre tous les sinus mais plus fréquentes dans le sinus maxillaire.
- L'agent responsable est *Aspergillus Fumigatus*.
- se présente comme une sinusite chronique.
- L'endoscopie : débris mycéliens dans les fosses nasales sous la forme d'amas gris-verts
- scanner : opacité homogène dans laquelle on individualise des concrétions de tonalité calcique.
- Dans sa forme habituelle le traitement est chirurgical car aucun antifongique n'est efficace.
- Le diagnostic est confirmé par analyse anatomopathologique plus que par mycologie

6-5-4 Sinusite aiguë sur terrain immunodéprimé

Chez les patients immunodéprimés (diabète insulino-dépendant, HIV, corticothérapie prolongée, chimiothérapies aplasiantes, hémopathies malignes et greffes de moelle, traitements immunosuppresseurs) il faut savoir évoquer les rhinosinusites aiguës fongiques invasives au tableau clinique souvent pauvre au stade de début (fièvre inexpliquée) et au pronostic très sombre.

6-5-5 Sinusite dentaire

- C'est une sinusite maxillaire, le plus souvent unilatérale avec rhinorrhée fétide, cacosmie, douleur dentaire.
- L'interrogatoire retrouve la notion de soins dentaires.
- L'origine dentaire est affirmée par l'examen stomatologique. Les dents « sinusiennes » sont la 2^{ème} prémolaire, la première et la 2^{ème} molaire au niveau de l'arc dentaire supérieur homolatéral.
- Les clichés radiologiques (orthopantomogramme, rétro alvéolaire, +/- denta scan) peuvent montrer un granulome apical ou un kyste radiculo dentaire.

6-5-6 Formes compliquées

- Les formes compliquées sont souvent rencontrées chez le sujet jeune et comportent un risque vital ou de séquelles visuelles, d'où la nécessité de les rechercher par un examen clinique systématique devant tout tableau de sinusite aiguë.
- Ces complications ne sont pas nécessairement liées à la sévérité de la sinusite aiguë, peuvent être liées à des facteurs anatomiques individuels prédisposants favorisant la propagation locorégionale d'une infection.
 - Complications oculo-orbitaires : cellulite palpébrale, abcès orbitaire sous périosté, cellulite orbitaire
 - Complications cérébro-méningées : abcès cérébraux, méningites, empyèmes sous-duraux, thrombophlébite du sinus caverneux ou du sinus longitudinal supérieur.
 - Ostéite frontale, abcès jugal.

TRAITEMENT:1

Buts

- Soulager les symptômes ; Diminuer l'inflammation ; Restaurer la ventilation des sinus
- Eradiquer l'infection ; Prévenir le passage à la chronicité et la survenue de complications.

Moyens

Traitement médical

Antibiothérapie:

- ☐ L'antibiothérapie de 1ère intention est l'amoxicilline 2-3 g/j (adulte), 80-90 mg/kg/j (enfant) durant 7 à 10 jours.
- ☐ Si allergie à la pénicilline sans allergie aux céphalosporine : céfuroxime-axétil (500mg/jour en 2 prises), cefpodoxime-proxétil (400 mg/j en 2 prises) ou céfotiam hexétil (400mg/jour en 2 prises) durant 5 jours.
- ☐ En cas d'allergie aux bêtalactamines : pristinamycine 2- 3 g/j (adulte), 50 mg/kg/j (enfant > 6 ans).
- L'association amoxicilline-acide clavulanique (2-3 g/j chez l'adulte et 80 mg/kg/j chez l'enfant) est indiquée en cas :
 - ☐ Échec de traitement d'une sinusite aiguë maxillaire par amoxicilline
 - ☐ Sinusite aiguë maxillaire d'origine dentaire
 - ☐ Sinusite frontale ou éthmoïdale ou sphénoïdale
- Les fluoroquinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacin ou moxifloxacin) efficaces dans le traitement des sinusites aiguës . La levofloxacin à la dose de 500 mg/j durant 7 jours est seulement indiquée chez l'adulte, dans les situations cliniques sévères susceptible de complications graves.

TRAITEMENT:2

- Les corticoïdes par voie orale en cure courte (durée maximale : 7 jours), réduisent l'inflammation et l'oedème de la muqueuse. en traitement adjuvant à une antibiothérapie efficace uniquement dans les sinusites aiguës hyperalgiques.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens pourraient favoriser la diffusion de l'infection sous forme de cellulite ou de fasciite de la face ou du cou, prélude à une possible médiastinite.
- les antiseptiques et les antibiotiques à usage local, les aérosols et inhalations, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.
- Les antalgiques en association avec des vasoconstricteurs locaux (durée maximale : 5 jours) et lavages de nez peuvent être proposés.

Les traitements adjuvants

Crénothérapie, arrêt tabac, traitement dentaire,

TRAITEMENT:3

Traitement chirurgical

indiqué si résistance au traitement bien conduit ou si sinusite bloquée Hyperalgique.

- La ponction drainage du sinus maxillaire**
- La ponction du sinus frontal ou clou de Lemoyne**
- La méatotomie moyenne : (à agrandir l'orifice naturel du sinus maxillaire, afin de permettre son aération et l'éradication des lésions affectant le sinus maxillaire.)**

C'est le traitement chirurgical de référence du sinus maxillaire.

Merci de votre attention