

RHINOSINUSITES

DR REMICHI



PLAN

I/INTRODUCTION

I/RAPPEL ANATOMIQUE

II/RHINOSINUSITES AIGUES

A-Physiopathologie

B-Bactériologie

Rhinosinusite maxillaire aigue

Rhinosinusite frontale aigue

Ethmoïdite aigue

Sphénoïdite aigue

PLAN

III/COMPLICATIONS DES RHINOSINUSITES

IV/RHINOSINUSITES CHRONIQUES

A-Les rhinosinusites unilatérales

B-Les rhinosinusites bilatérales

PLAN

V/TRAITEMENT

A-Rhinosinusites aiguës

B-Rhinosinusites chroniques

VI/CONCLUSION

INTRODUCTION

Les sinus de la face sont des cavités aériques creusées dans l'os et communiquent avec les fosses nasales par les méats.

Etant donné que les muqueuses nasale et sinusienne sont de même type, à savoir de type respiratoire et que les sécrétions sinusiennes se drainent dans les fosses nasales à travers

des orifices ou ostia, on ne parle plus actuellement de sinusite mais plutôt de rhinosinusite.

Lorsqu'il existe une inflammation et/ou une infection, on parle alors de rhinosinusite.

Il s'agit d'un motif fréquent de consultation. En fonction du mode évolutif, il existe des rhinosinusites aiguës, chroniques et récidivantes.

Le traitement est d'abord toujours médical ; le traitement chirurgical sera proposé pour les formes chroniques unilatérales.

I- RAPPEL ANATOMIQUE

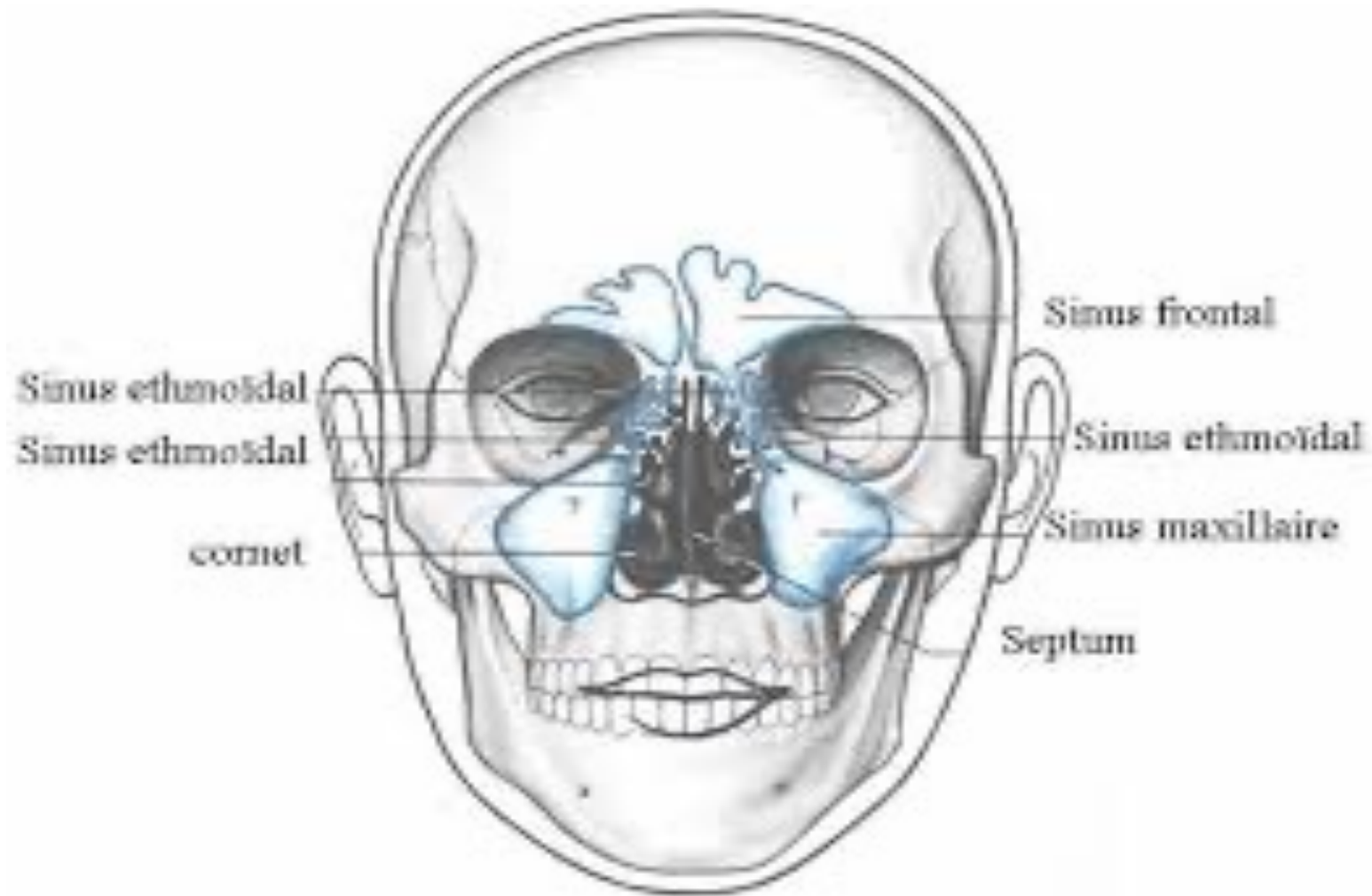
Les sinus sont des cavités aériennes, qui communiquent avec les FN par l'intermédiaire d'un ostium.

On les divise habituellement en deux groupes:

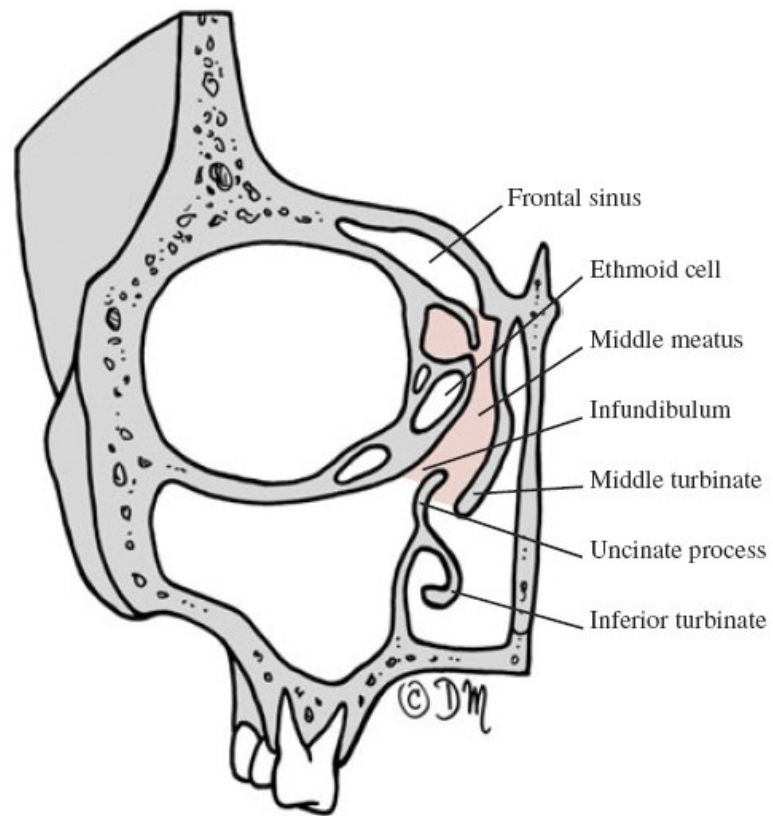
a- complexe sinusien antérieur = éthmoïde. antérieur + sinus frontal. et maxillaire. : se draine par le méat **moyen**.

b- complexe sinusien postérieur = éthmoïde postérieur + sphénoïdal se draine par le méat **supérieur**.

I- RAPPEL ANATOMIQUE



I- RAPPEL ANATOMIQUE



I- RAPPEL ANATOMIQUE

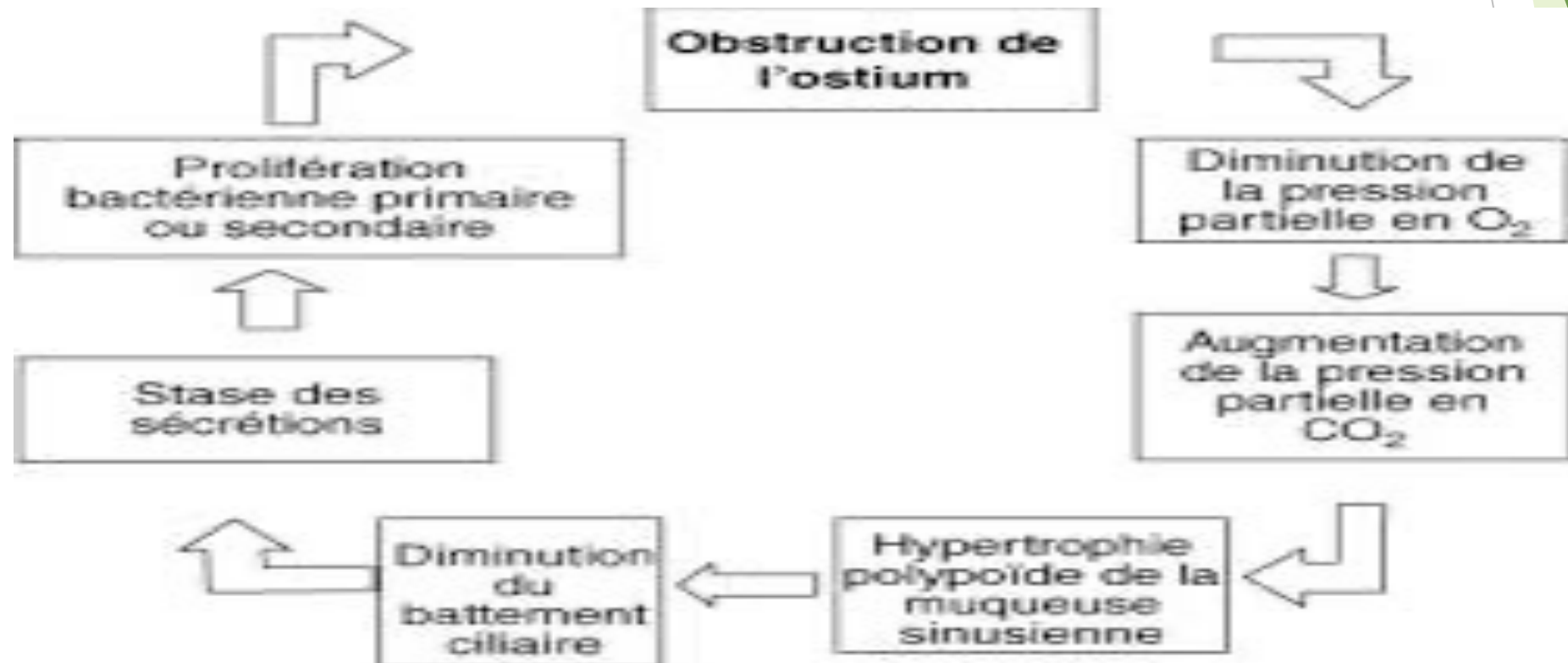
☐ Selon leur développement embryologique on distingue:

- Dès la naissance : sinus éthmoïdaux.
- A partir l'âge de 5 ans : sinus maxillaires.
- Les sinus sphénoïdaux : développement achevé vers l'âge de 15 ans.
- Les sinus frontaux : développement achevé vers l'âge de (15 – 20) ans.



II- RHINOSINUSITES AIGUES

A- PHYSIOPATHOLOGIE



II- RHINOSINUSITES AIGUES

Sinusite odontogène

Caries dentaires(dents antrales) :

Processus carieux _ pulpite _ nécrose pulpaire (toxines du Strepto bêta hémolytique du groupe A, collagénase, lysozymes)

Pathologie périapicale des dents antrales:

- ✓ Desmodontite septique (inflammation du ligament alvéolodentaire) _ ostéite du plancher et constitution d'une collection sous-muqueuse
- ✓ Ouverture de cette collection dans la cavité sinusienne : brutale (empyème), progressive (sinusite suppurée)

II- RHINOSINUSITES AIGUES

B- BACTERIOLOGIE

Prédominance du streptocoque pneumoniae et de l'hémophilus influenzae.

On retrouve les anaérobies surtout dans les formes dentaires. Plus rares sont le staphylocoque doré, le Branhamella catarrhalis,

II- RHINOSINUSITES AIGUES

RHINOSINUSITE MAXILLAIRE AIGUE

1- Signes d'appel

Au décours d'une rhinopharyngite virale, surviennent des douleurs sous-orbitaires intenses, augmentant d'intensité à l'antéflexion, irradiant à toute l'hémiface et associées à une obstruction nasale homolatérale, à une rhinorrhée antérieure volontiers purulente.

Il existe un fébricule associé.

2- L'examen clinique

à la palpation de la joue réveille une douleur vive.

La rhinoscopie antérieure au spéculum nasal montre des rhinorrhées est actuellement supplantée par l'examen des fosses nasales sous optique à la fibre souple, ou au mieux rigide.

Cette endoscopie va mettre en évidence les éléments suivants :

- une raie purulente qui s'écoule du méat moyen ;
- un œdème de l'apophyse unciforme et/ou ;
- des glaires choanales.

II- RHINOSINUSITES AIGUES

3- Le bilan paraclinique

a) Imagerie

La radiographie des sinus ou Blondeau (incidence nez-menton plaque) peut montrer :

- ▶ une opacité totale
- ▶ opacité du bas-fond sinusien est fonctionnelle et non pathologique
- ▶ opacité en cadre témoigne d'une hypertrophie en cadre de la muqueuse sinusienne qui n'est pas toujours pathologique ;
- ▶ opacité avec niveau hydro-aérique est la seule qui est synonyme d'infection sinusienne.

La radiologie face haute montre surtout les cellules ethmoïdales antérieures.

Le scanner naso-sinusien n'a pas d'indication dans la forme aigue.

b) Les prélèvements des fosses nasales à visée bactériologique n'ont pas d'indication dans la forme aigue non encore traitée

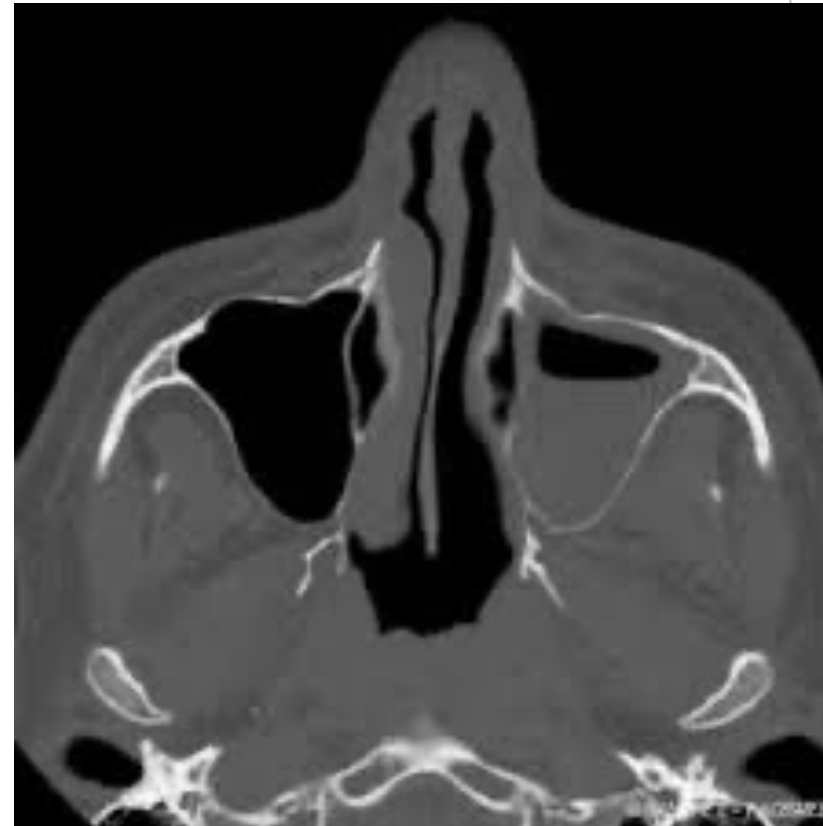
II- RHINOSINUSITES AIGUES

- Rx blondeau



II- RHINOSINUSITES AIGUES

► Image scanographique



II- RHINOSINUSITES AIGUES

Rhinosinusite maxillaire aigue d'origine dentaire : la douleur est de siège dentaire et d'irradiation sous-orbitaire. L'atteinte est unilatérale.

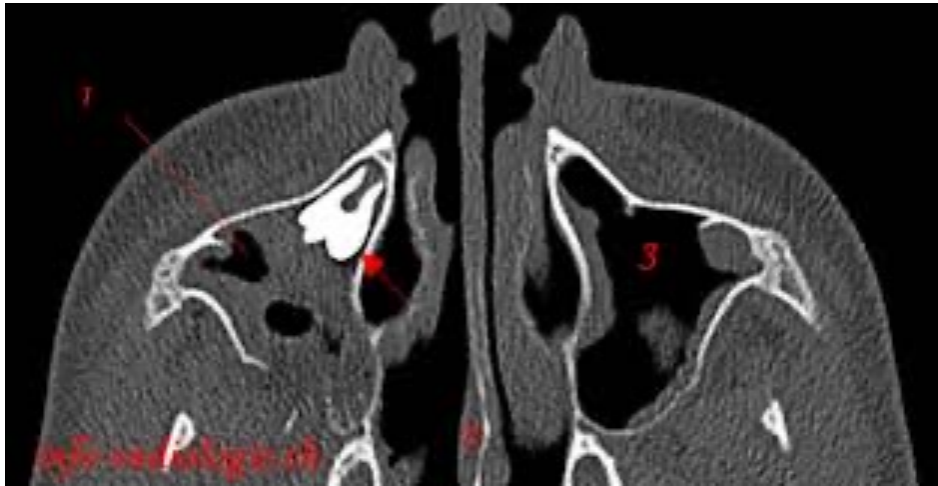
La rhinorrhée est volontiers fétide et le malade se plaint d'une cacosmie.

On peut dans ce cas-là bien précis demander un cliché rétro-alvéolaire ou un orthopantogramme pour mettre en évidence la lésion dentaire causale, au niveau d'une dent sinusienne

La TDM est l'examen de référence

II. RHINOSINUSITES AIGUES

Sinusite d'origine dentaire par migration dentaire



II- RHINOSINUSITES AIGUES

LA RHINOSINUSITE FRONTALE AIGUE

La douleur est sus-orbitaire ; déclenchée par la palpation de la paroi antérieure du sinus frontal.

La rhinorrhée antérieure est purulente.

On parle de sinusite bloquée quand la douleur est très importante et qu'il n'existe pas de sécrétions qui s'écoulent du canal naso-frontal.

L'obstruction nasale est importante.

Il existe aussi une photophobie et un larmoiement.

Les données de l'endoscopie nasale sont les mêmes que pour la rhinosinusite maxillaire aigue.

Le scanner naso-sinusien ne sera demandé qu'en cas de suspicion de complication.

II- RHINOSINUSITES AIGUES

LA RHINOSINUSITE OU ETHMOÏDITE ANTERIEURE AIGUE

Chez l'adulte, elle est rarement isolée : elle rentre plutôt dans le cadre d'une sinusite ethmoïdo-frontale ou fronto-maxillaire ou carrément dans le cadre d'une pansinusite.

Chez l'enfant, l'éthmoïdite aigue représente la complication classique de la rhinopharyngite aigue avant l'âge de 5 ans. Les signes cliniques sont surtout orbitaires

II- RHINOSINUSITES AIGUES

Cliniquement Elle se manifeste par :

- un œdème de l'angle interne de l'œil et de la racine du nez, qui doit systématiquement faire suspecter le diagnostic ;
- une rhinorrhée purulente ipsilatérale sans infection oculaire (conjonctivite) ;
- des céphalées frontales ;
- dans un contexte fébrile ($> 39^{\circ}\text{C}$) et d'altération de l'état général.

L'hospitalisation est indispensable pour mettre en route le traitement, faire les examens nécessaires au diagnostic de certitude et assurer une surveillance efficace.

II- RHINOSINUSITES AIGUES

complications orbitaires : existe plusieurs stades selon la classification de Chandler 1970

I. Cellulite pré-septale œdème palpébral, chémosis

II. Cellulite post-septale oed palp, trble oculo-mot, BAV, exophtalmie

III. Abscess sous-périosté

IV. Abscess orbitaire (intra-conique) atteinte globe oculaire et nerf optique

V. Thrombose du sinus caverneux latéral dans les 24-48 h en l'absence de traitement

L'ethmoïdite réalise donc une véritable urgence thérapeutique, compte tenu du risque de diffusion locale (orbite, endocrâne) et générale de l'infection.

II- RHINOSINUSITES AIGUES

- ▶ L'éthmoldite aigue



II- RHINOSINUSITES AIGUES

LA SPHENOÏDITE AIGUE

Le diagnostic de sphénoïdite aigue

est souvent retardé car la symptomatologie passe inaperçue.

Le traitement doit être institué en urgence car il y a risque majeure de complications

Les signes d'appel sont :

- la fièvre
- les céphalées : céphalées rétro-orbitaires, irradiant au vertex, volontiers insomniantes car à paroxysmes nocturnes et rebelles à tout antalgique.
- Une céphalée atypique et fébrile doit faire réaliser une TDM

II- RHINOSINUSITES AIGUES

La rhinorrhée est postérieure.

L'existence d'une paralysie oculo-motrice est un signe avant-coureur d'une complication.

III- COMPLICATIONS DES RHINOSINUSITES

1/ Passage à la chronicité: L'apanage des sinusites aiguës maltraitées et non-traitées.

2/ Complications ophtalmologiques: Type cellulite orbitaire, uvéite et névrite optique rétro-bulbaire.

3/ Mucocèle ethmoïdo-frontale: C'est une formation kystique secondaire à l'obstruction chronique, idiopathique ou post traumatique, du canal naso-frontal. La mucocèle augmente progressivement de volume et érode l'os du voisinage vers l'orbite (exophtalmie), le cerveau (abcès du cerveau ou méningite)

Traitement: Chirurgical par ablation du mucocèle par voie PLN (para-latéro-nasale) et Drainage – Calibrage du canal nasofrontal

III- COMPLICATIONS DES RHINOSINUSITES

4/ Complications osseuses: Type Ostéomyélite, siégeant au niveau du sinus frontal.

Traitement: Antibiothérapie générale et éventuellement Ablation des fragments osseux atteints.

5/ Complications méningo-encéphaliques:

- Méningite purulente: Incrimine le Streptocoque, le Pneumocoque et le Staphylocoque doré. L'existence d'une méningite à l'un de ces germes impose un examen ORL à la recherche d'une porte d'entrée.

- Abscès du cerveau (sous-dural ou extra-dural): Complication de la sinusite aiguë frontale.

- Thrombophlébite du sinus caverneux: Complication des sinusites sphénoïdale et ethmoïdale. Associant altération de l'état général, fièvre, céphalées, ophtalmoplégie et mydriase.

Traitement: Antibiothérapie générale + drainage des sinus atteints.

IV- RHINOSINUSITES CHRONIQUES

Définition : c'est la persistance des signes cliniques, endoscopiques et scanographiques après un traitement médical bien conduit

A-Les rhinosinusites chroniques unilatérales

- rhinogène par dysperméabilité ostiale
- dentaire
- mycotique truffe aspergillaire
- corps étranger, rhinolithiase
- pathologie tumorale bénigne ou maligne au niveau des sinus, des fosses nasales ou du cavum



IV- RHINOSINUSITES CHRONIQUES

B-Les causes des rhinosinusites chroniques bilatérales
polyposes naso-sinusiennes



V-TRAITEMENT

A) traitement antibiotique

1) choix de l'antibiotique

Débuté précocement, il est probabiliste et basé sur les données épidémiologiques récentes.

Les antibiotiques les plus utilisés :

- dans les sinusites maxillaires :

- * pénicilline A+ acide clavulanique

- * certains macrolides

- * une céphalosporine de 2^{ième} ou 3^{ième} génération

- dans les sinusites frontales, ethmoidales ou sphénoïdales : même antibiotiques + quinolones actives sur le pneumocoque (lévofloxacine, moxifloxacine).

2) durée de l'antibiothérapie : prolongée, en règle 10 jours.

V-TRAITEMENT

B) traitement anti-inflammatoire

- par voie générale : la corticothérapie permet de reperméabiliser l'ostium

C) Vasoconstricteurs

Par voie générale ou locale afin de permettre la rétraction de la muqueuse, ce qui facilite le drainage

Éviter d'utiliser des décongestionnants sous forme de vaporisateurs nasaux durant plus de trois jours, car ils entraînent une sinusite de rebond.

V-TRAITEMENT

D) Soins maison

Favoriser l'évacuation des sécrétions nasales avec les moyens de base :se moucher, boire beaucoup d'eau, utiliser un humidificateur, inhaler de la vapeur ou encore une solution saline.

E) En cas d'échec du traitement antibiotique

Dans ce cas ou s'il existe une complication ou une sinusite hyperalgique une ponction –drainage s'impose sous anesthésie locale ou générale. Elle permet de réaliser un prélèvement bactériologique endosinusal et la mise en place d'un drain pour des lavages

F) Dans les sinusites récidivantes ou chroniques :traitement endoscopique ou chirurgie

VI- CONCLUSION

Le diagnostic de rhinosinusite est un diagnostic clinique et endoscopique.

Le scanner naso-sinusien sera demandé à la moindre suspicion de complication et pour établir un diagnostic topographique.

Le traitement est d'abord toujours médical, basé sur l'antibiothérapie