

République Algérienne Populaire et Démocratique

Université Ferhat ABBAS – Sétif

Faculté de Médecine

Département de Médecine

Année Universitaire : 2020/2021

6^{ème} Année Médecine

SINUSITES ET COMPLICATIONS

2020-2021

Dr DERADJ SALAH EDDINE

I-DEFINITION

II-RAPPELS

III-ETIOPATHOGENIE

IV-CLINIQUE

V-FORMES CLINIQUES

VI-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

VII-EVOLUTION /COMPLICATION

VIII-TRT

CONCLUSION

I. DEFINITION:

**La sinusite est une atteinte inflammatoire aigue ou chronique de la muqueuse d'un ou de plusieurs sinus de la face*

tableaux différents selon : l'age ; la localisation et L'étiologie.

***CLASSIFICATION :**

- *Sinusite aiguë : < 4 sem*
- *Sinusite aiguë récurrente : 4 épisodes de sinusite aiguë /an,*
- *Sinusite chronique : > 12 semaines*

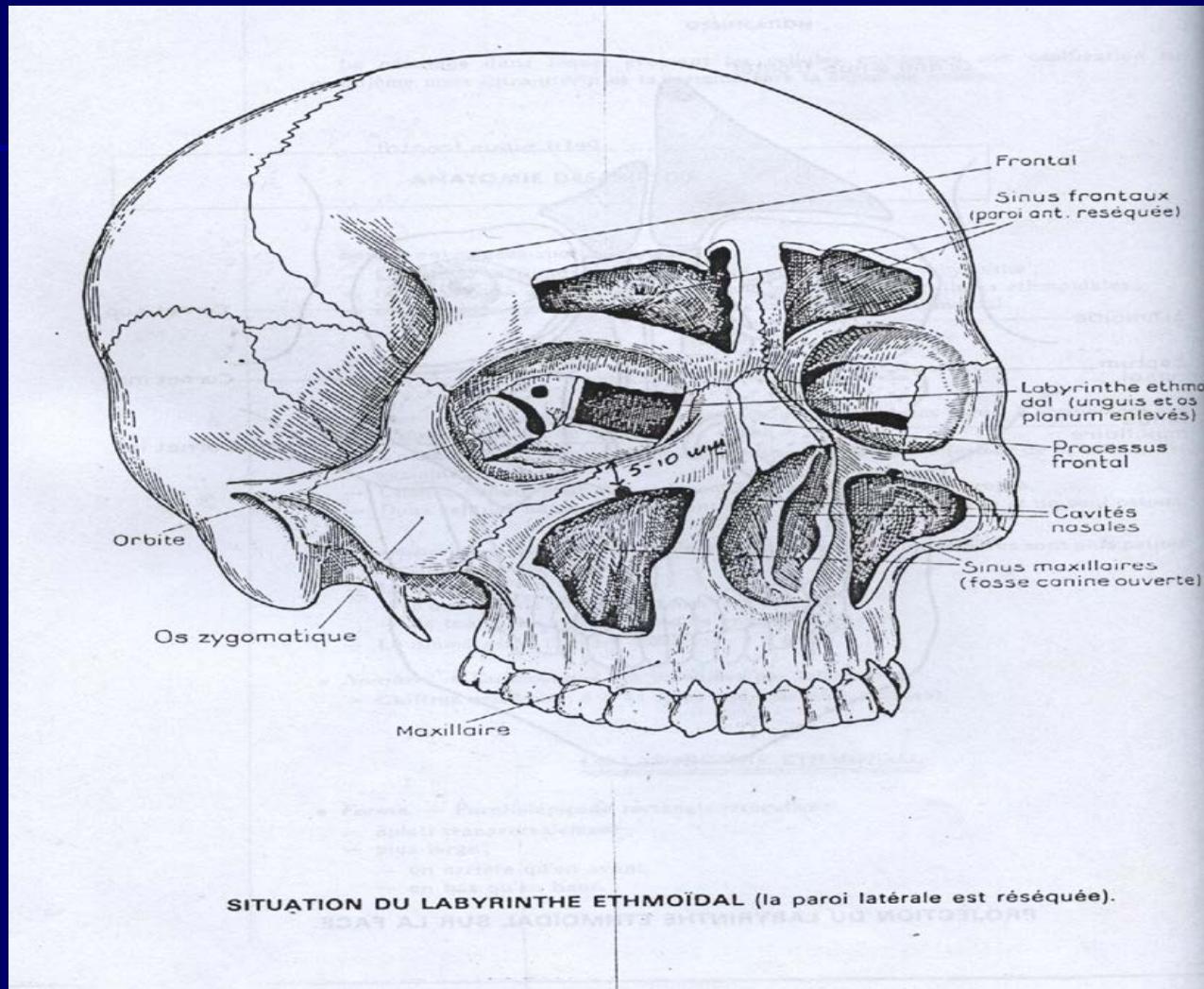
**souvent rhinogènes , mais l'origine dentaire ou traumatique ne doit pas être méconnue.*

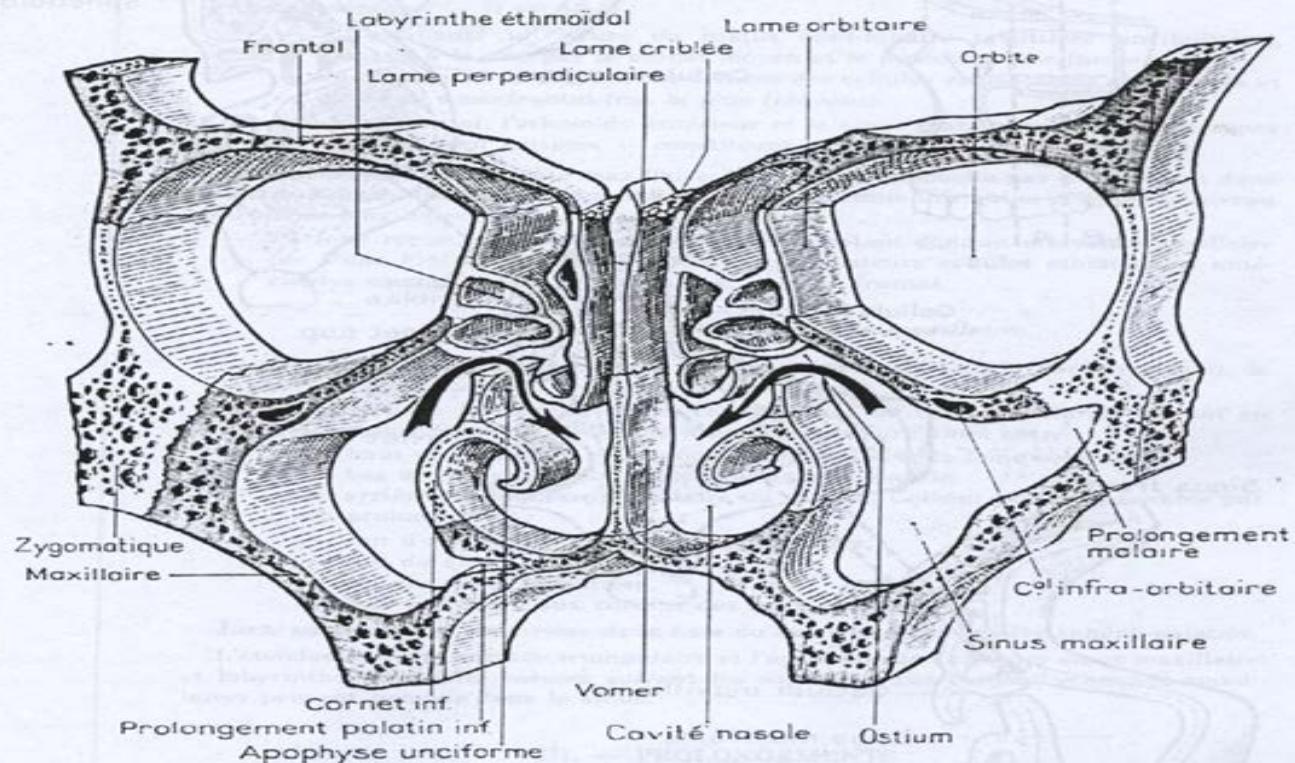
**Le traitement est triple : antibiothérapie probabiliste, levée de l'obstruction ostiale, antalgique.*

**Les complications, en particulier endocrâniennes et orbitaires ne sont pas exceptionnelles et doivent être recherchées*

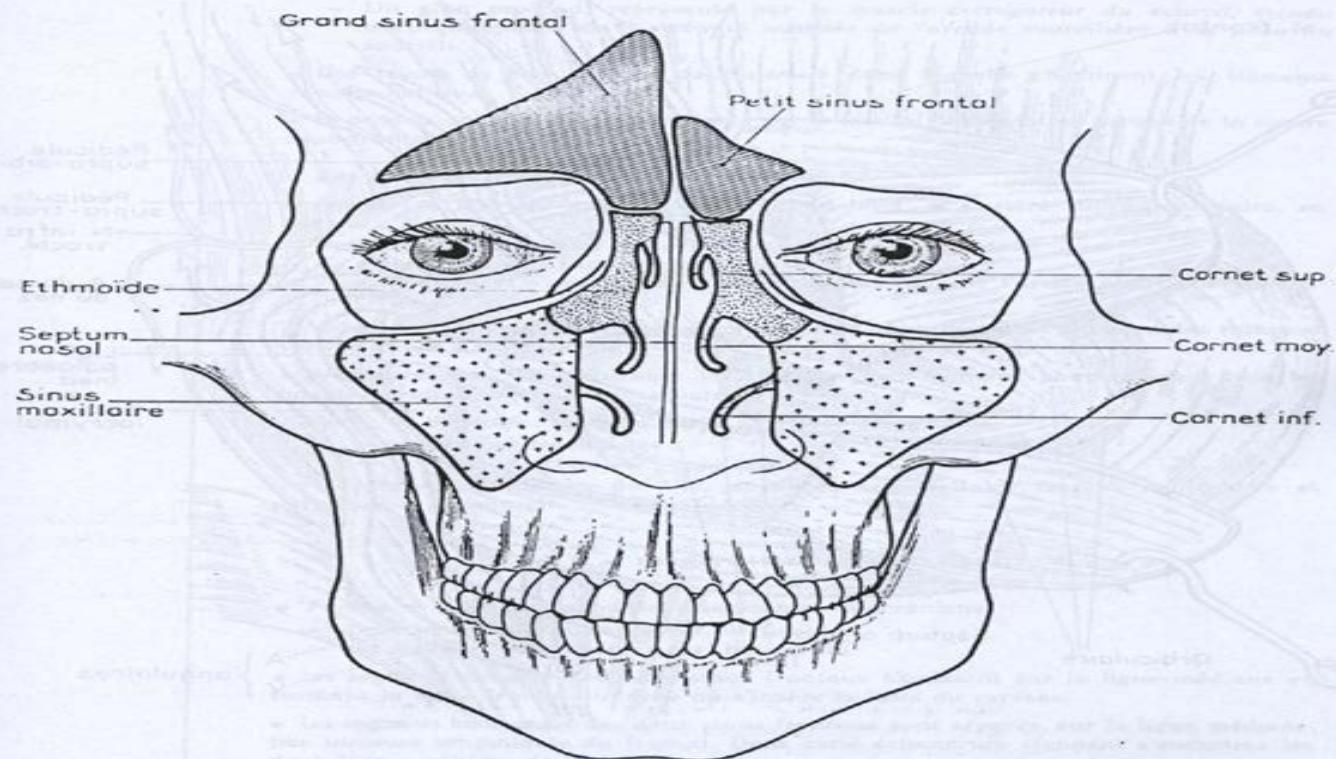


II.RAPPELS.

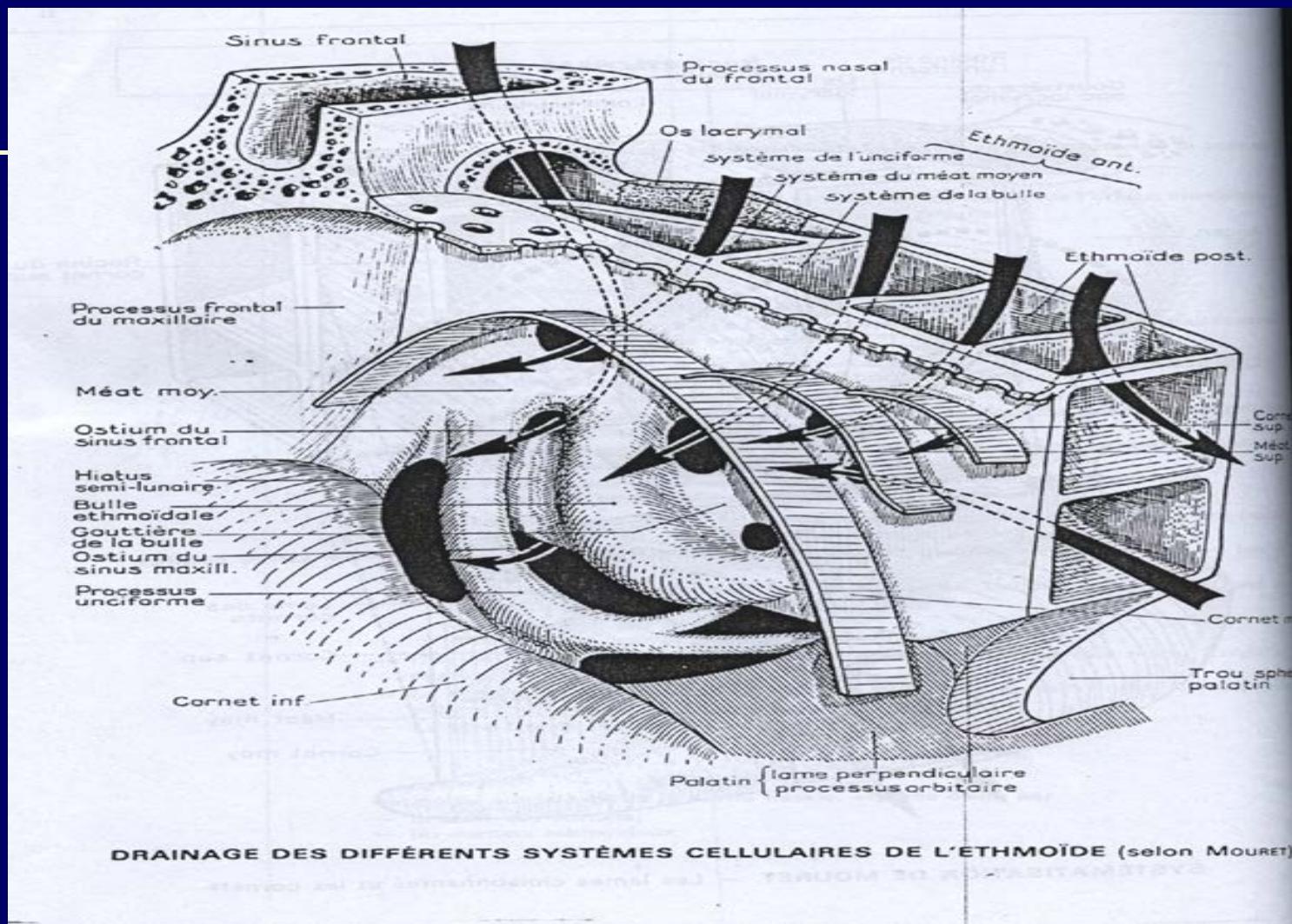


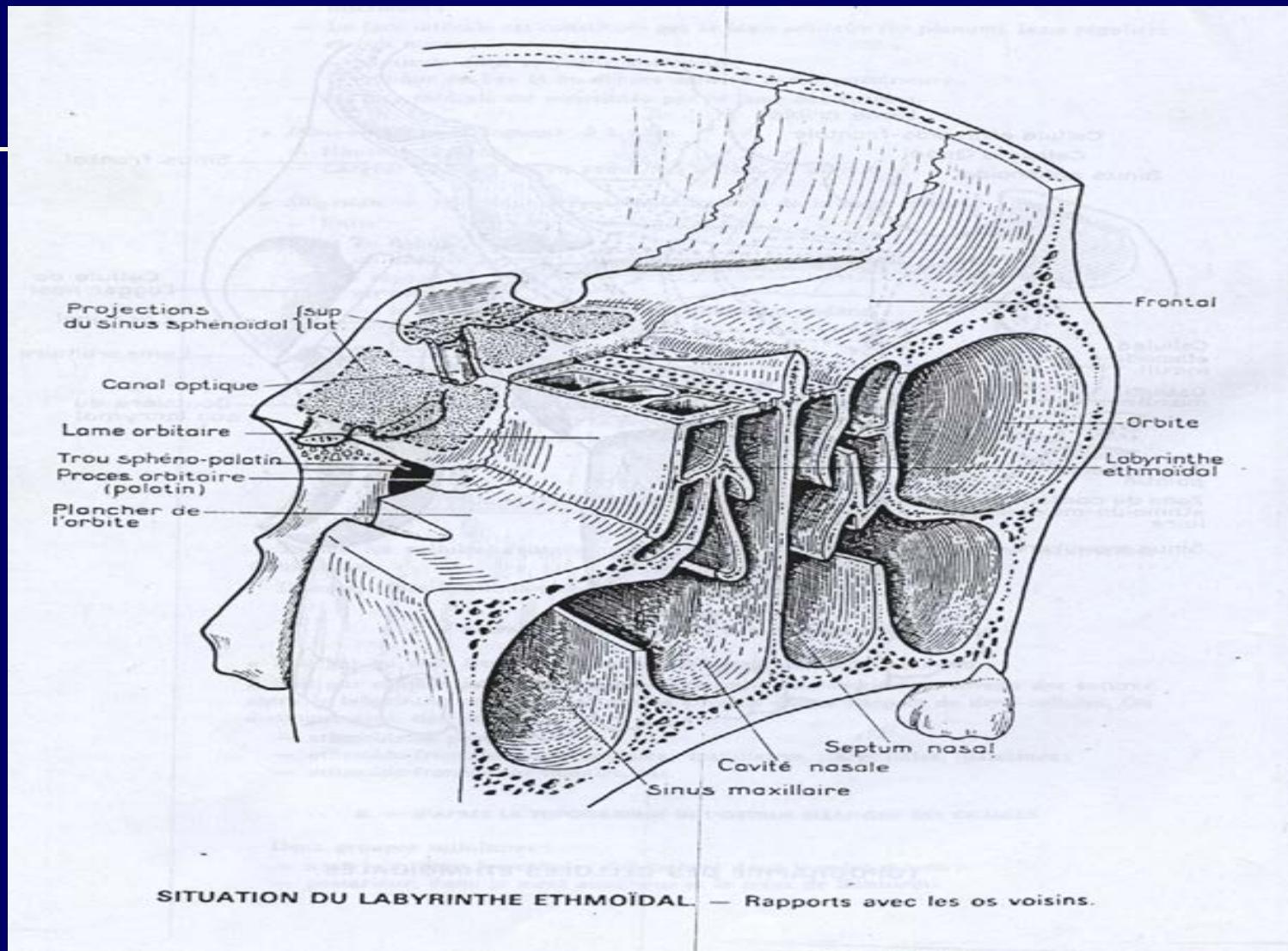


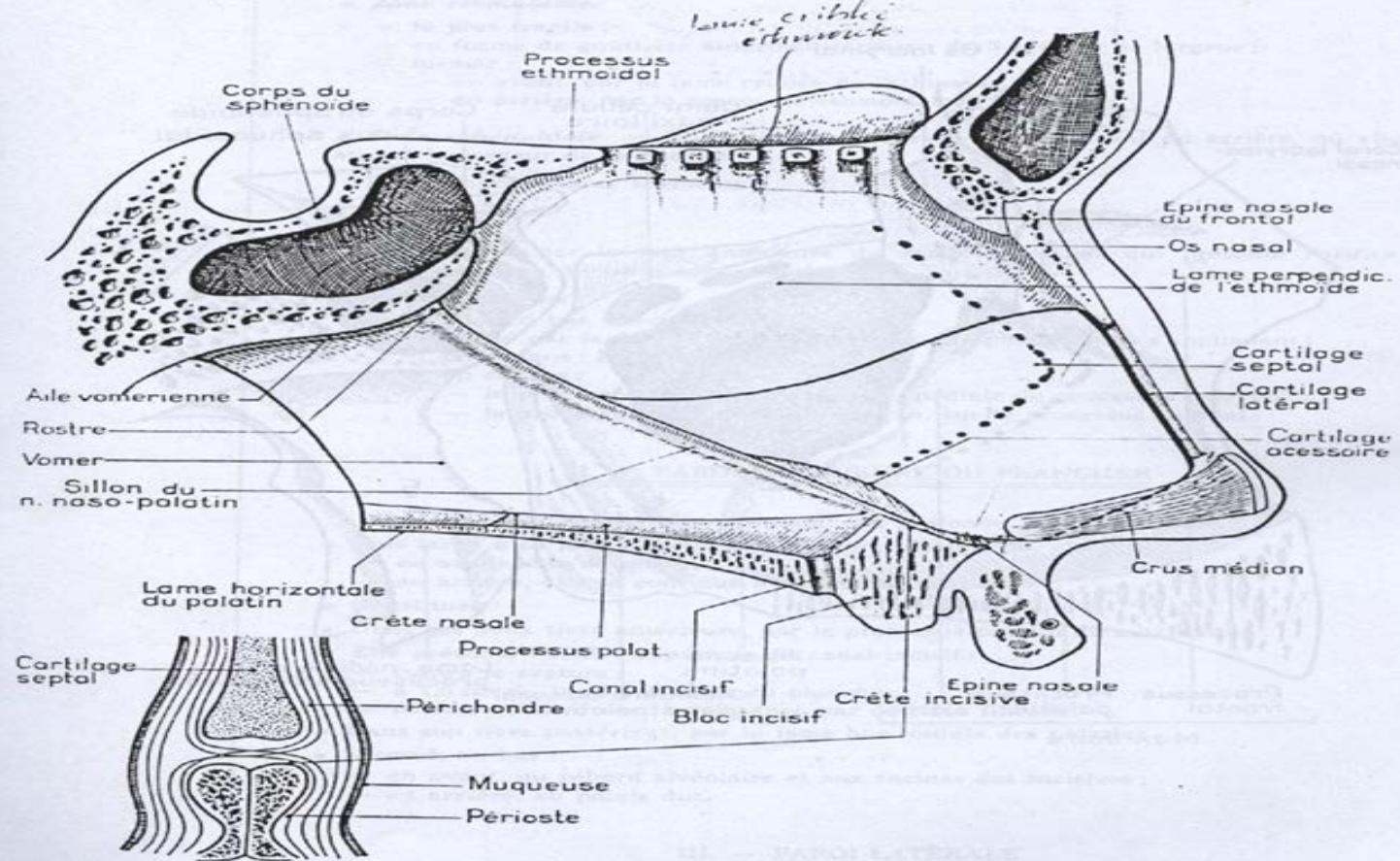
SITUATION DE L'OSTIUM MAXILLAIRE.



PROJECTION DES SINUS FRONTAUX SUR LA PAROI ANTÉRIEURE.







SQUELETTE DU SEPTUM NASAL
Articulation chondro-osseuse inférieure.

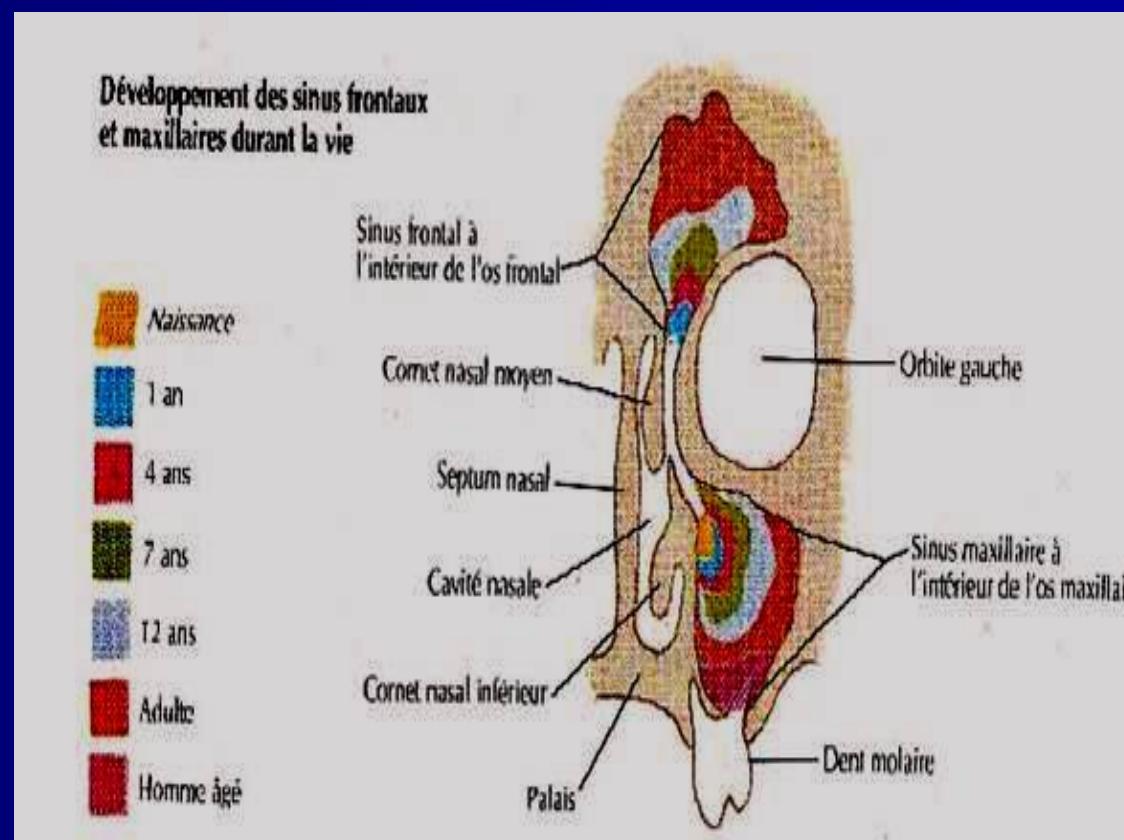
Embryologique

* Les cellules ethmoïdales: présentes à la naissance ; arrêt du Dvp vers 12 ans

*Le sinus frontal ne mérite ce nom que lorsqu'il s'individualise des autres cellules ethmoïdales : vers 8 ans.

*Le sinus maxillaire : RX à 6ans

*Le sinus sphénoïdale : 15 ans



2. Anatomique:

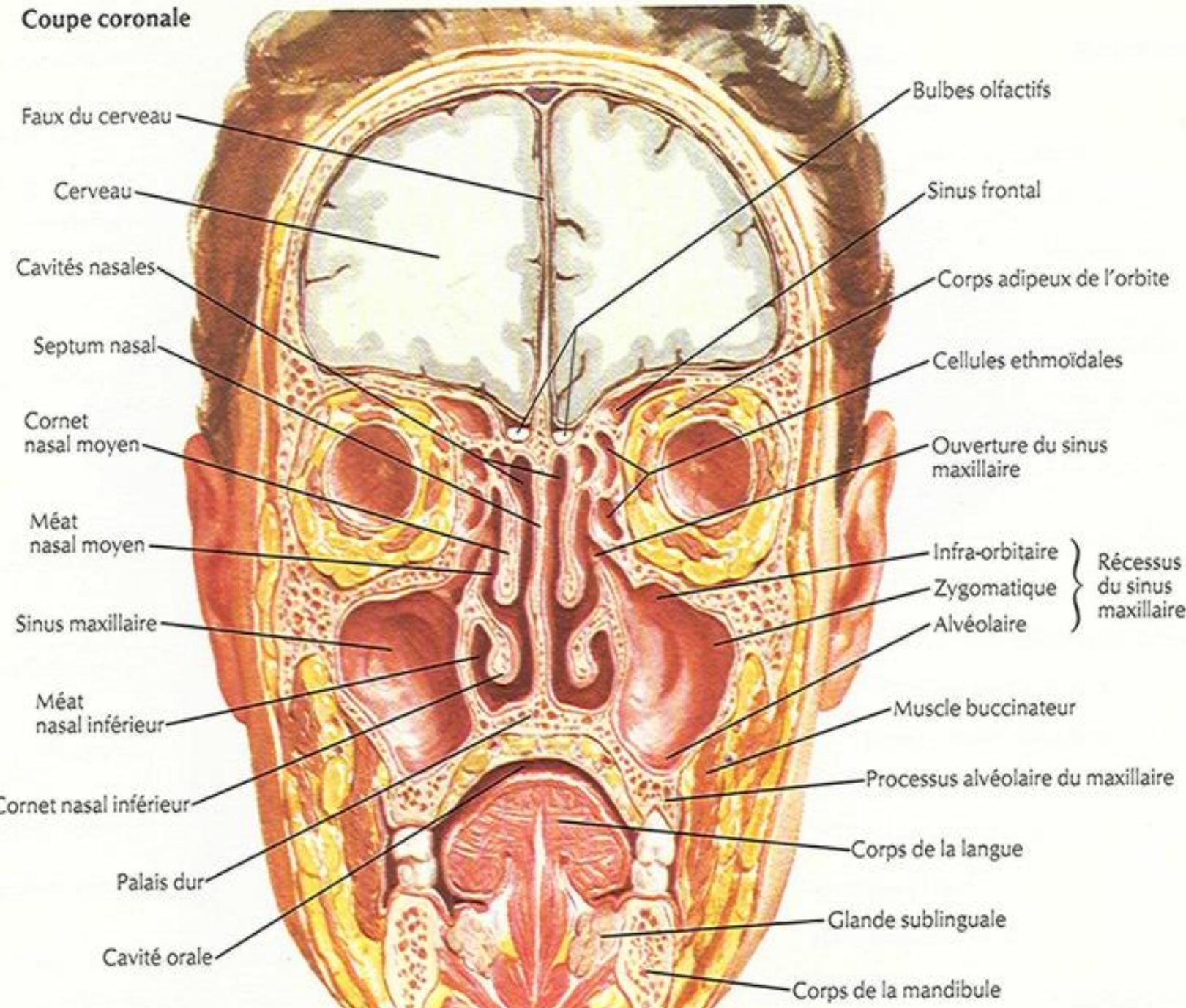
les sinus sont des cavités aérienne, qui communiquent avec les FN par l'intermédiaire de l'ostium.

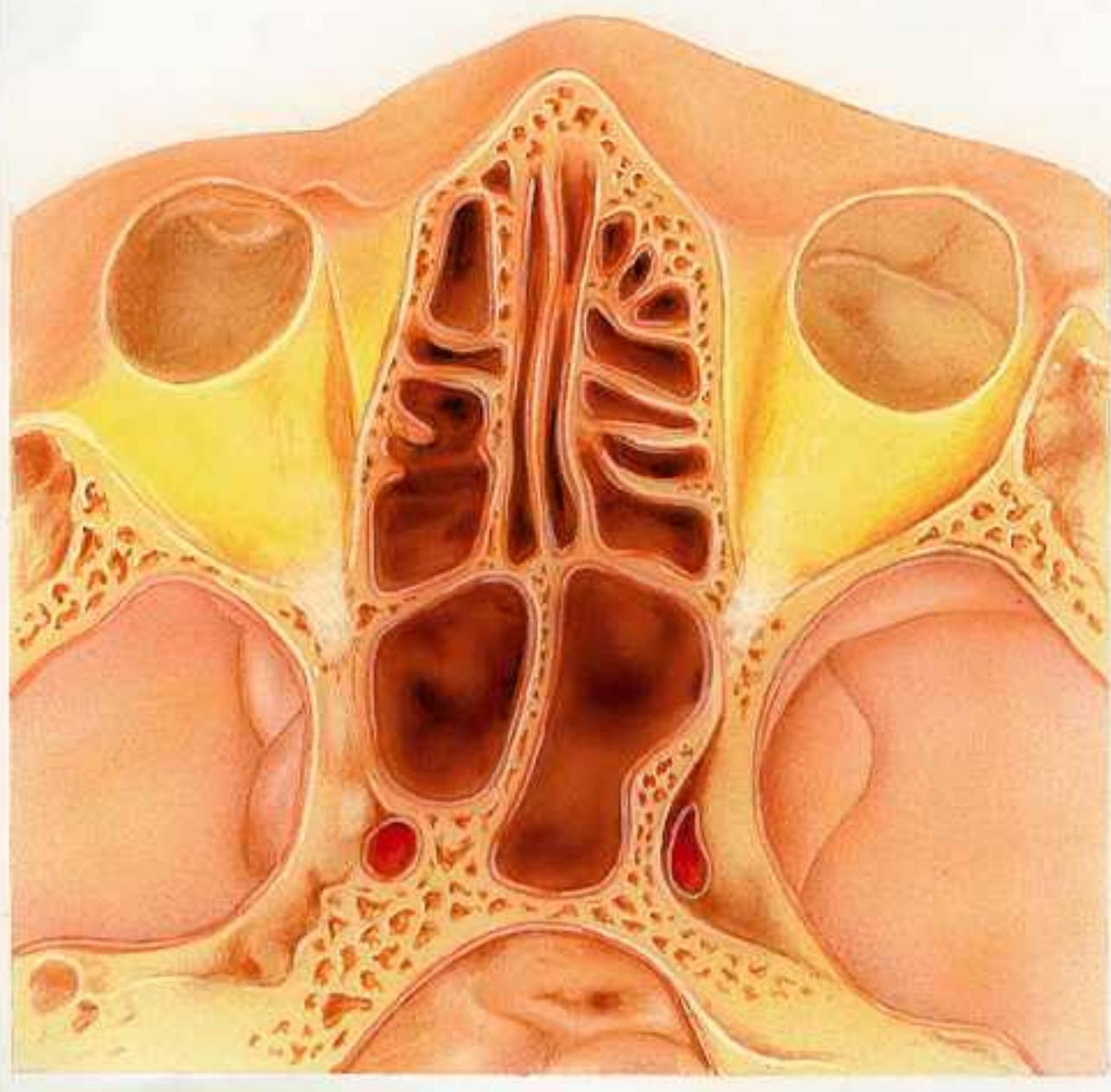
on les divisent habituellement en deux groupes:

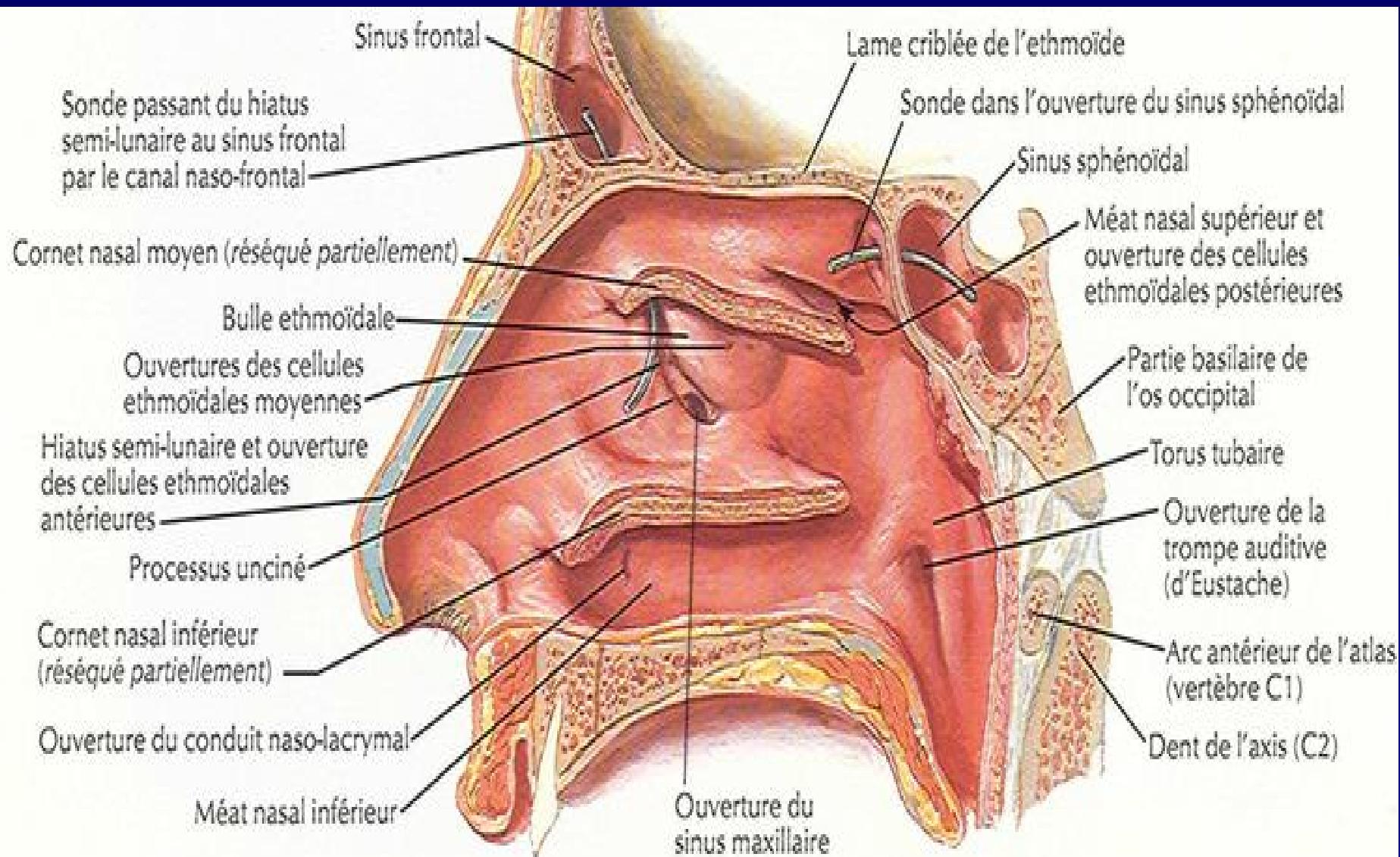
a- cpx. sinusiens ant.= ethm. Ant.+ front. et max. : se draine par le meat moyen.

b- cpx. sinusien post. = ethm. Post. + sphen: se draine par le meat supérieur.

Coupe coronale

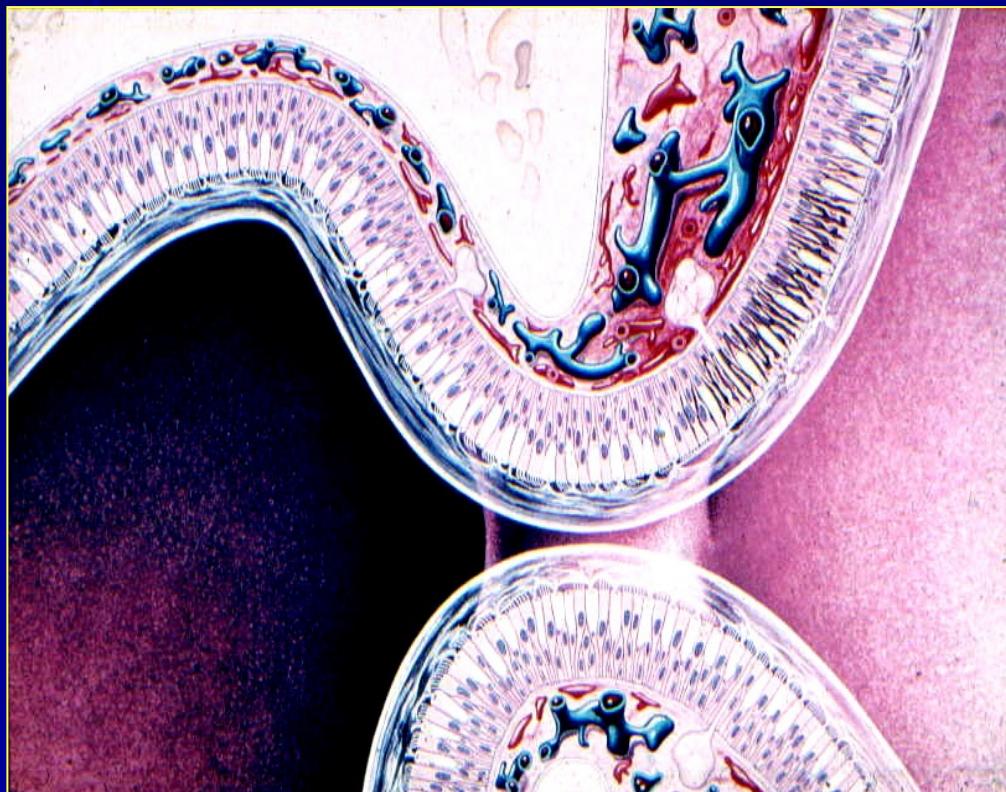






3. Histologique:

Les sinus sont tapissé par une muqueuse de type respiratoire

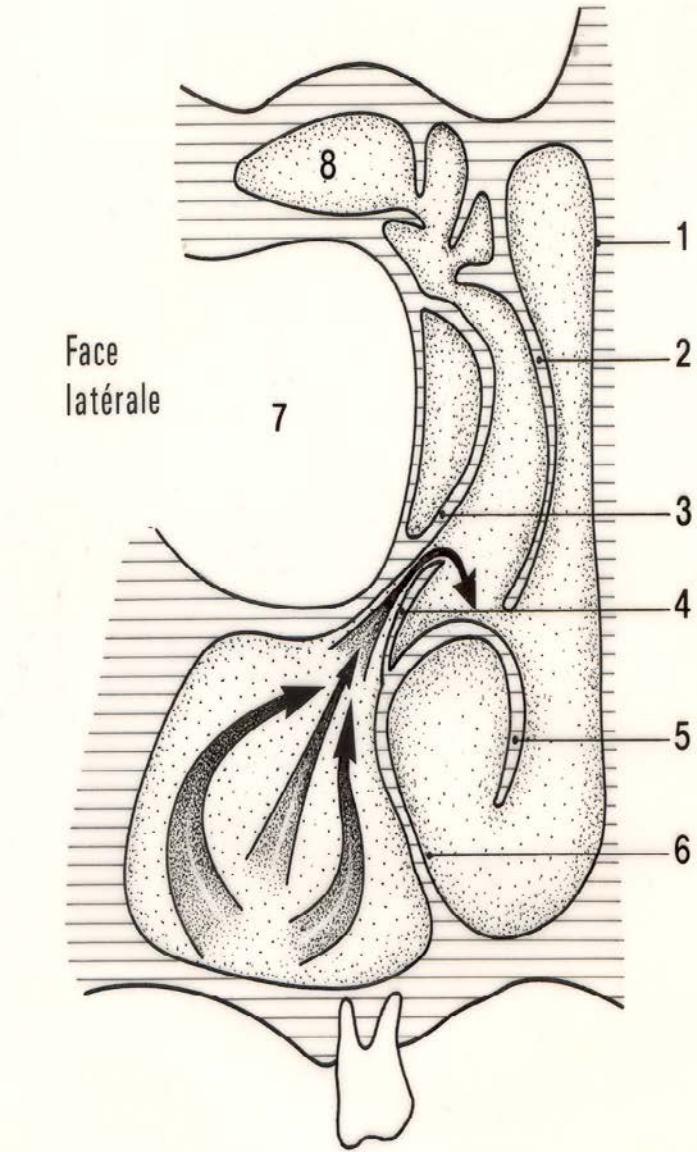


4. physiologique:

rôle des sinus =

- a- dim. Masse osseuse → dim. poids crane.
- b- réchauffement + humidification de l'air
- c- augm. Résonance de la voix.
- d. amortissement des chocs.

Physio de la muqueuse :
tapis muco-ciliaire



III. ETIOPATHOGENIE

1- EPIDEMIOLOGIE:

- frequente**
- age: adulte++**
- sex. ratio:1**

facteurs favorisants :

► Facteurs altérant le drainage et l'aération sinusienne :

- Obstacles anatomiques: déviation septale, concha-bullosa, hypertrophie des cornets inférieurs
- Hypertrophie adénoïdienne.
- Corps étrangers.

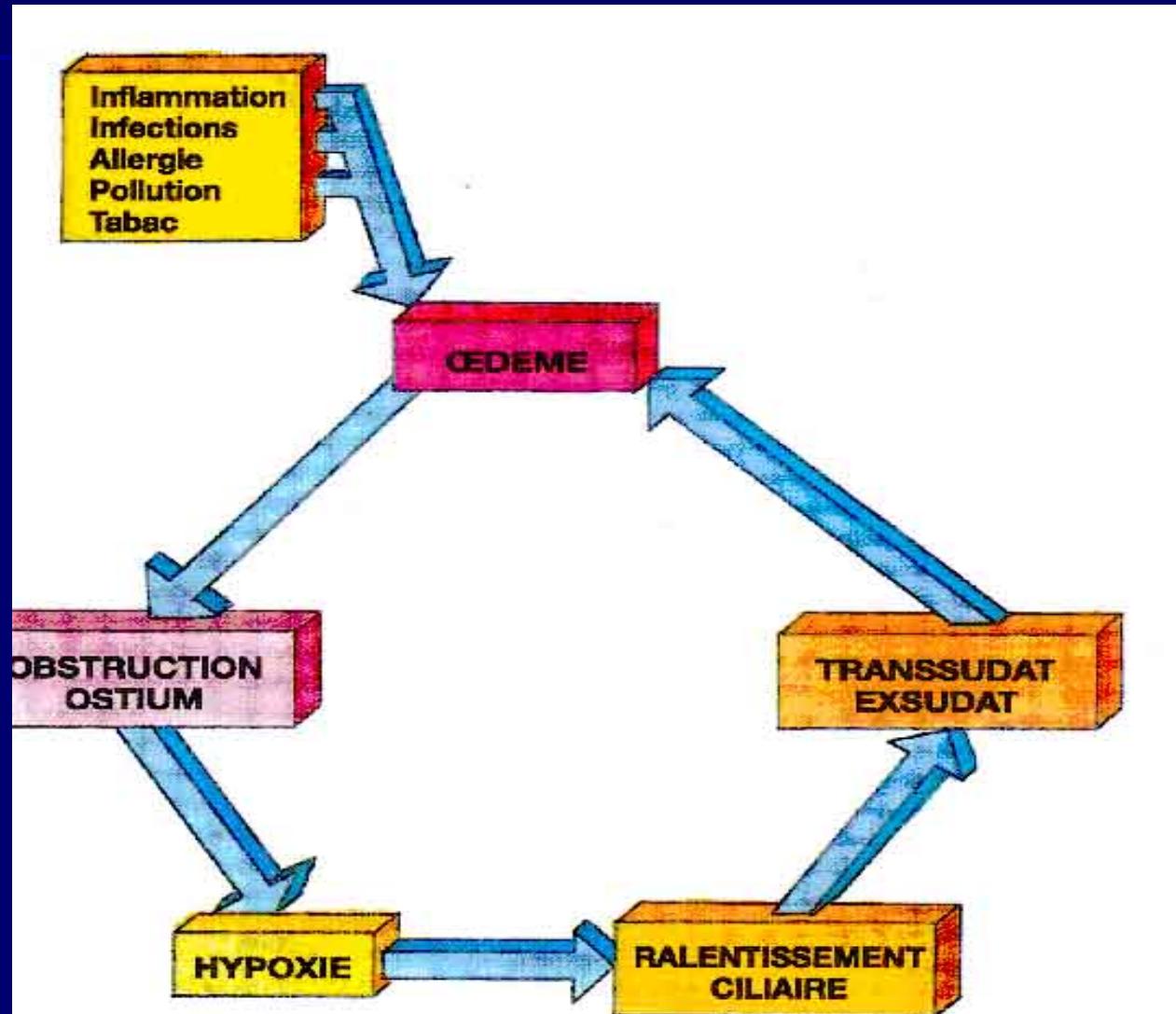
► Facteurs altérant la muqueuse sinusienne :

- Les infections des VAS récidivantes
- L'allergie
- RGO
- Pollution, tabagisme passif.

► Facteurs altérant les moyens de défense :

- Anomalie du mucus (mucoviscidose)
- Dyskinésie ciliaire primitive: maladie des cils immobiles, Sd Kartagener.
- Déficit en IgAs.

2.Pathogénie: Dysfct. De l'ostium sinusien



Mécanisme
physiopathologique de la
Sinusite aigue

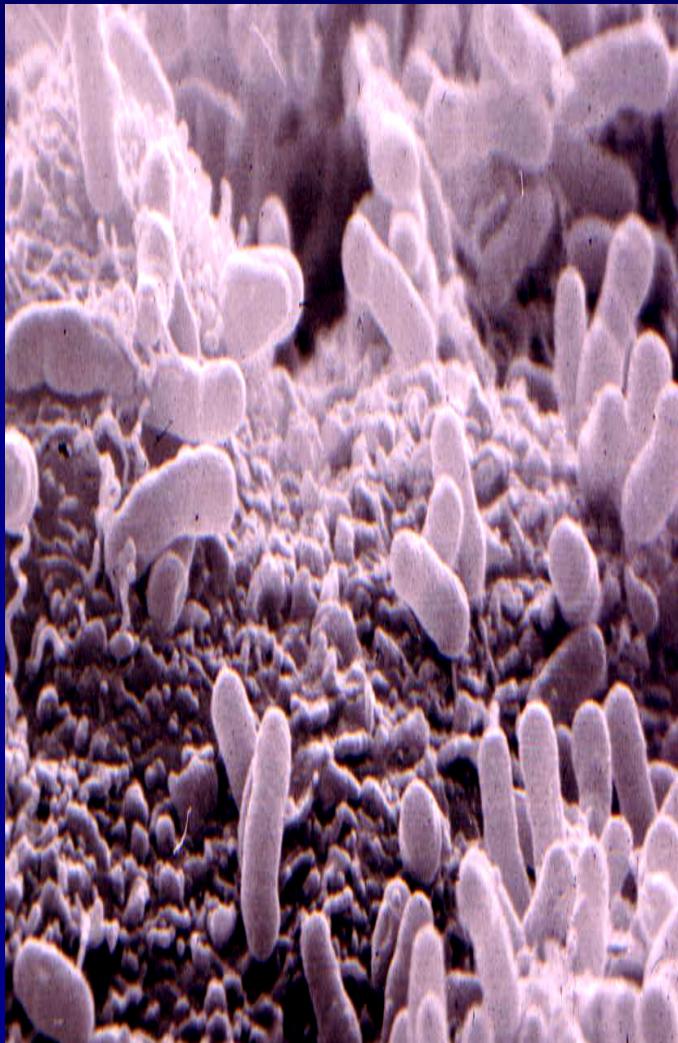
3.Bactério:

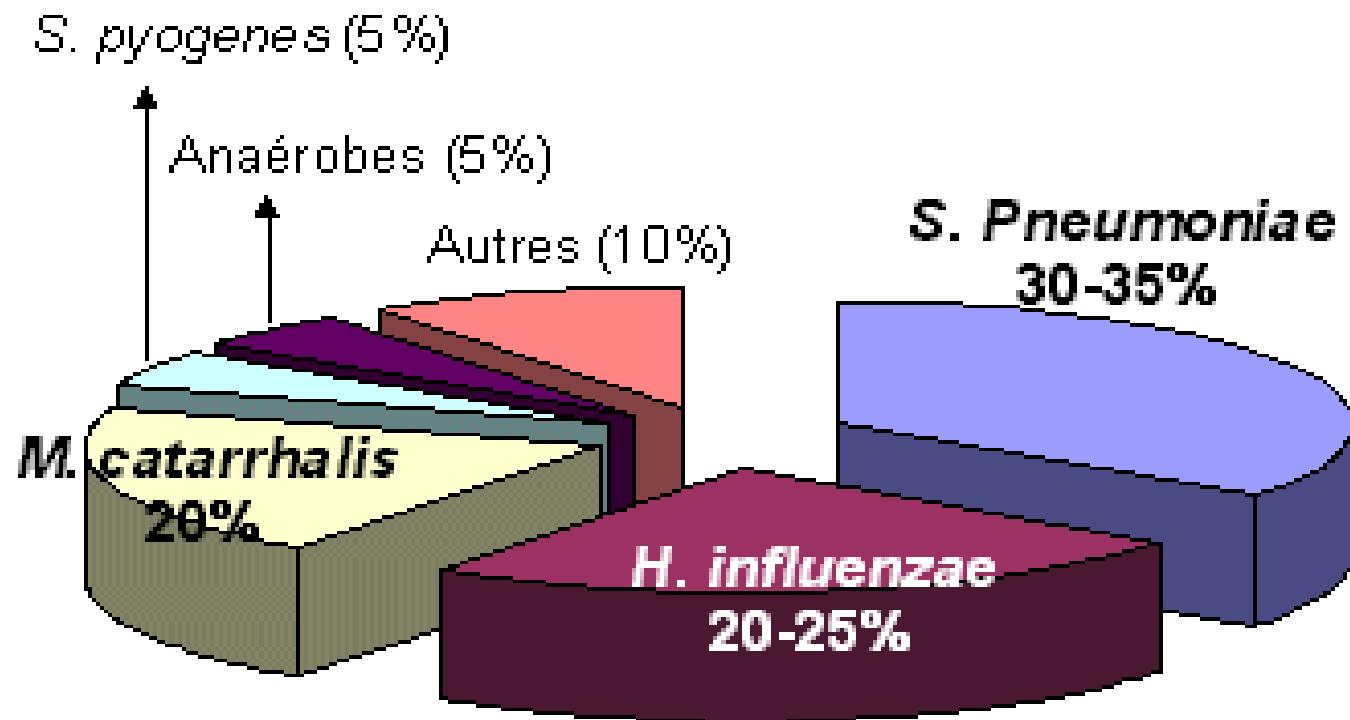
S. communautaire= germe les + isolées.
(pneum, H. infl., moraxella).

S. nosocomiales= p. aerogénosa, staph auréus, Klebsiella.

les sinusites aigues sont mono microbienne

les sinusites chroniques poly microbienne.





4. Etiologies:

■ Infectieuses :

1. S d'origine dent : suspectée devant un tableau de **S maxi** sans contexte de rhinite.

Premiere molaire et la deuxième prémolaire sup.

Germes: svt poly-microbiens (anaérobie).

2. S rhinogene succède à une rhinite aigue , en générale répond bien au TRT

■ Non infectieuses :

-Déficit en fer

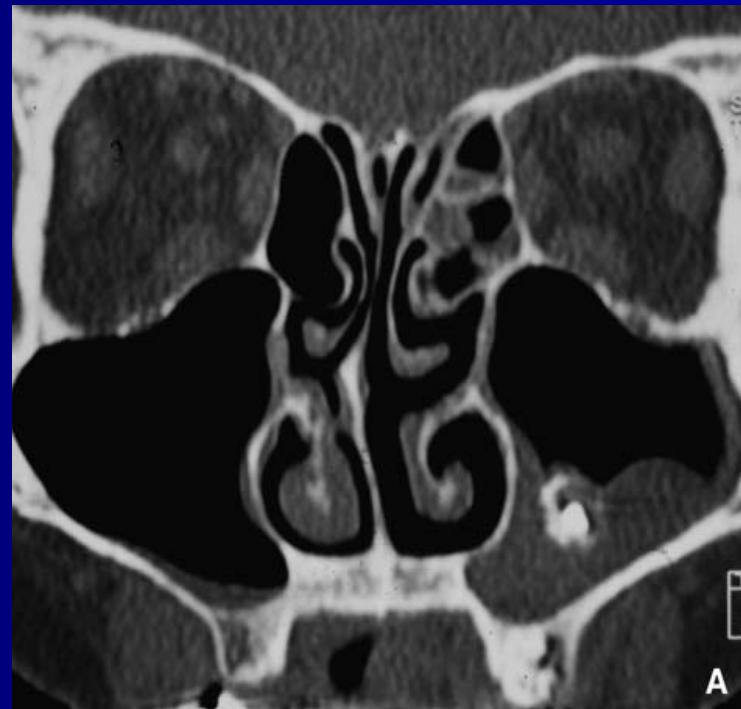
-Avitaminoses A – C – D

-Déficit immunitaire

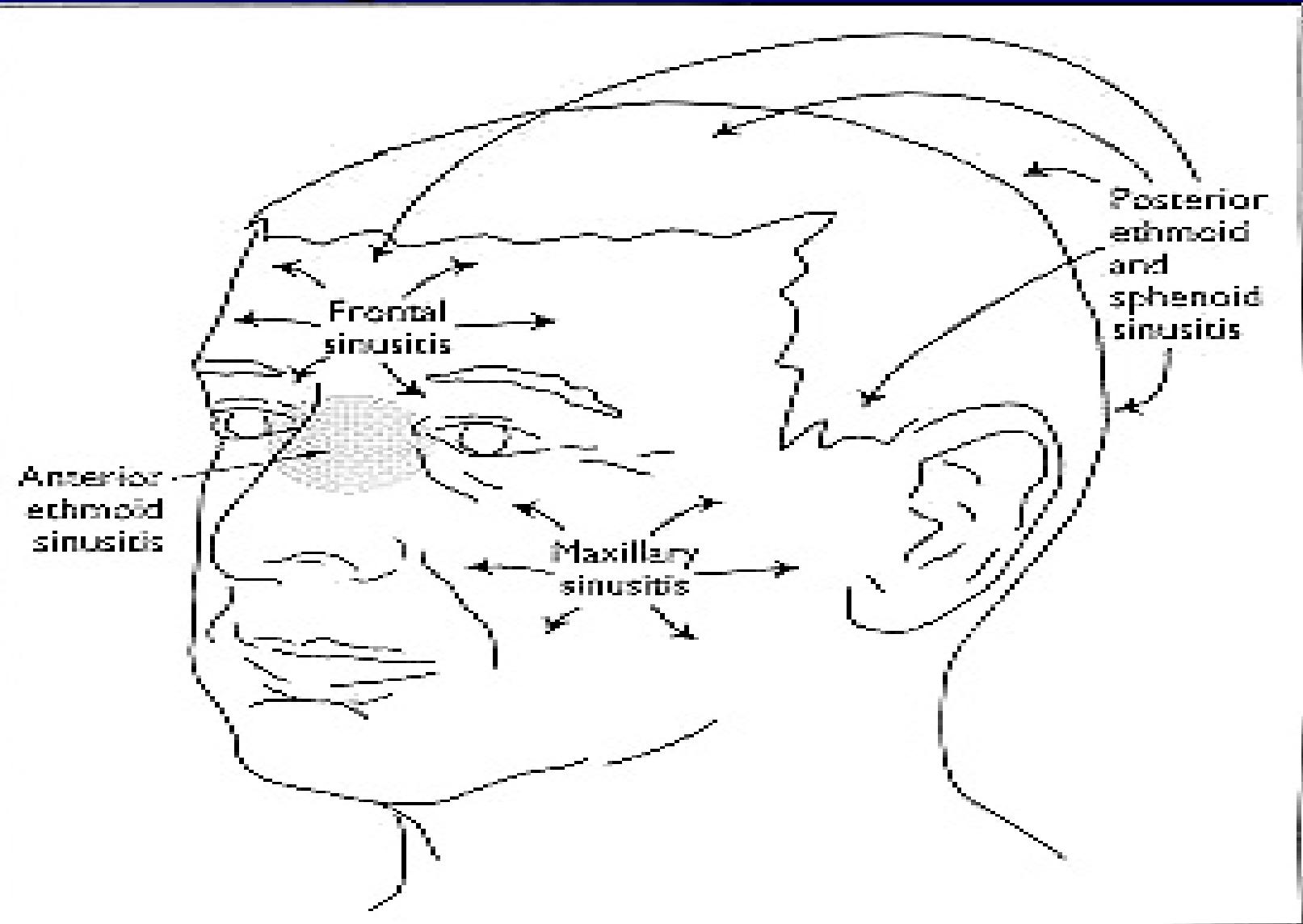
-Maladie des cils immobiles

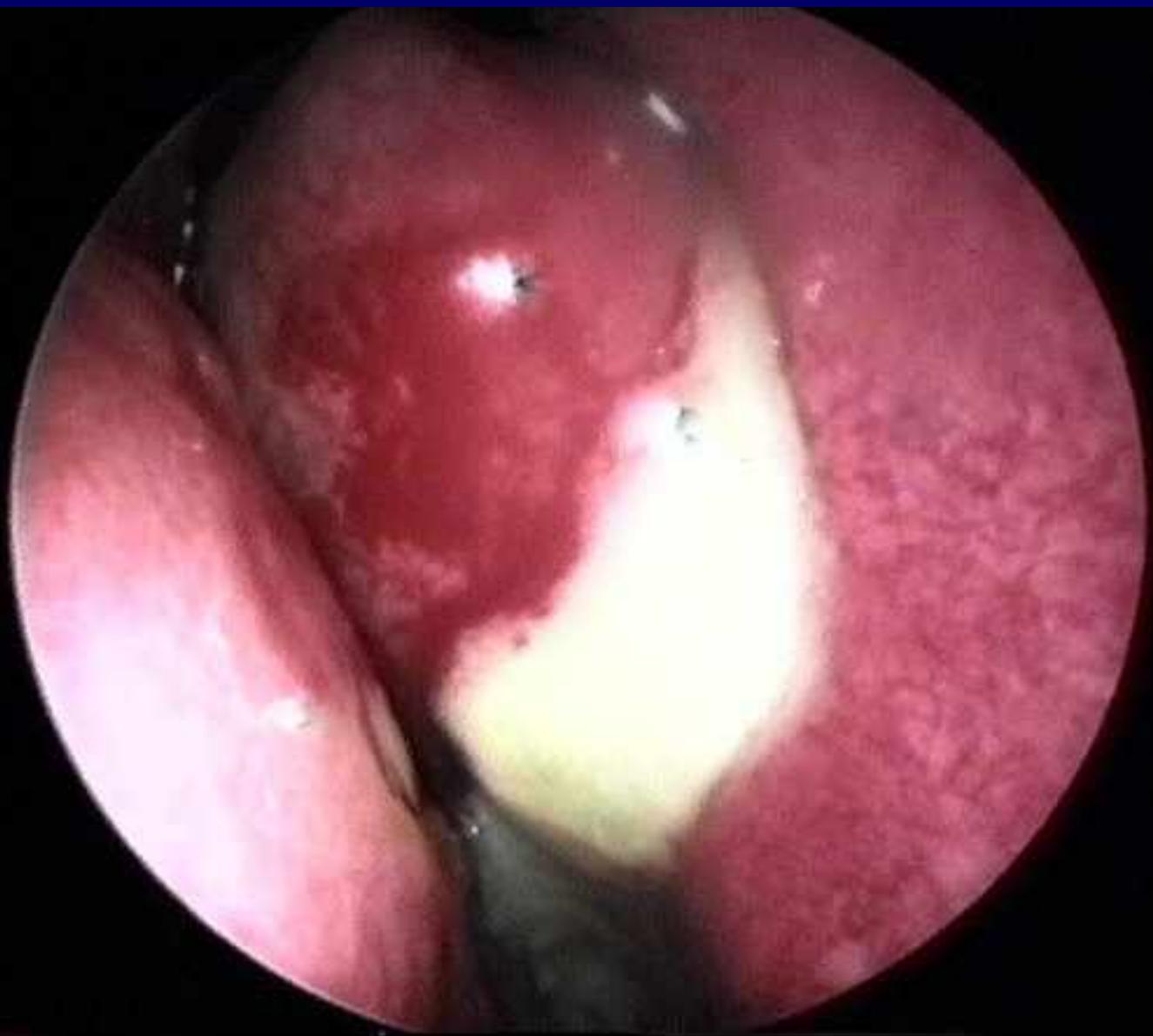
-Mucoviscidos

- **D'origine fongique**: en générale responsable d'une sinusite chronique, se voit surtout chez des patients immunodéprimés: aspergillus

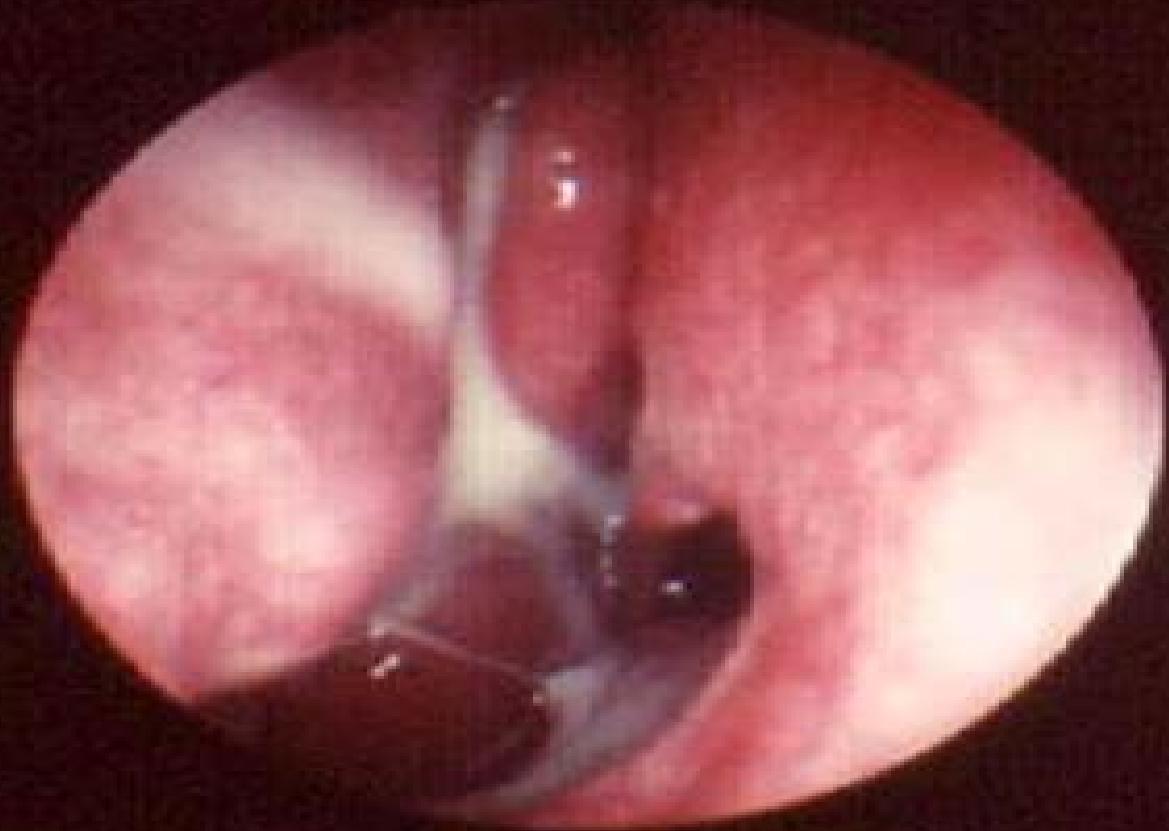


IV-CLINIQUE:





sinusite



Des examens complémentaires : ?

- RX inutile si présomption clinique forte.
- Utile en cas de doute diagnostique ou en cas d'échec d'une 1 ère ATB thérapie
 - images évocatrices :
 - niveau hydro aérique.
 - opacité de tout un sinus.

Scanner: sauf si suspicion d'une S Sphénoïdale ou de cpc.

Ponctions des sinus+ ATB gramme :

échec TRT.

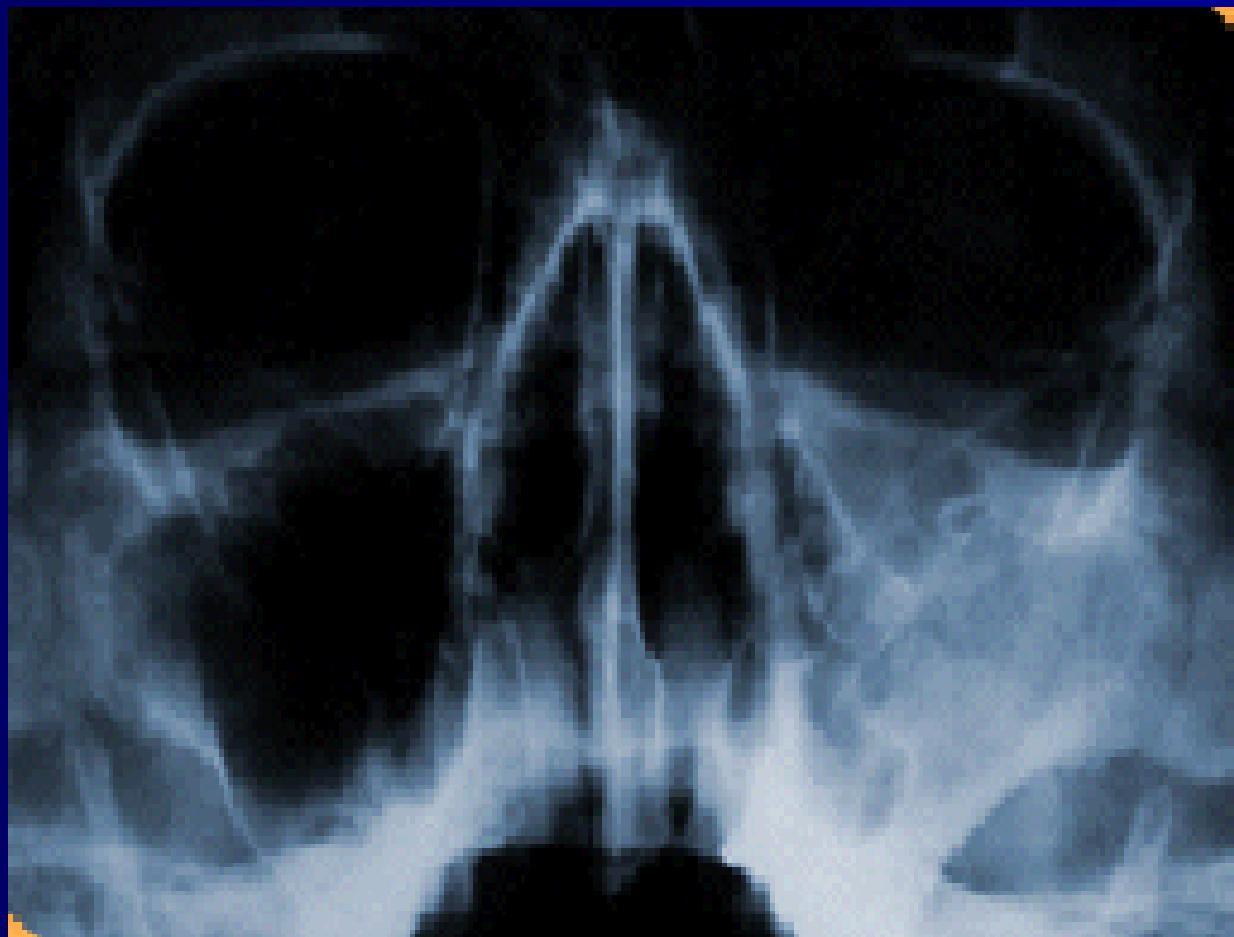
patient immunodéprimé.

suspicion de S nosocomiale.

Incidence nez-front-plaque



Incidence nez-menton-plaque: Blondeau





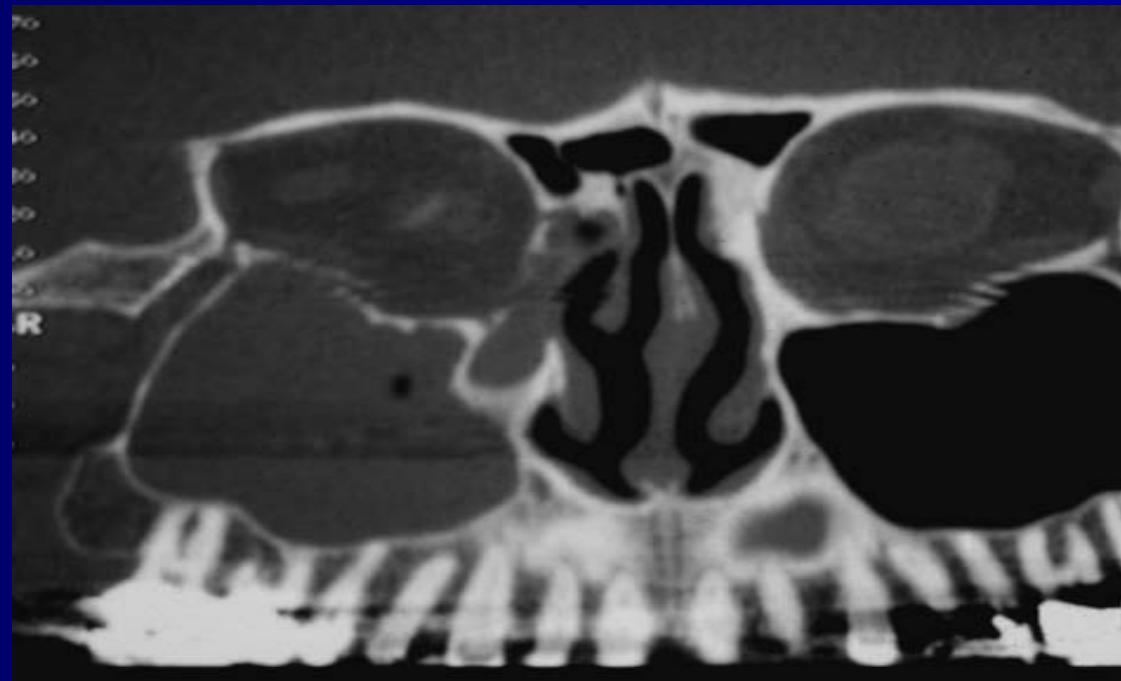
l'origine dentaire

- sinusite maxillaire unilatérale sans rhinite => RX ciblée.



PANORAMIQUE DENTAIRE

Dentascan : opacité complète du sinus maxillaire droit et relation avec les apex dentaires.



Les sinusites de l'enfant

- « De la naissance jusqu'à 2 ans, le seul sinus développé et fonctionnel est l'ethmoïde. La seule sinusite que l'on peut rencontrer à cet âge est donc l'ethmoidite.
- Le sinus maxillaire du nouveau-né a un volume très réduit par rapport à son ostium. Sa croissance se fait parallèlement à celle de l'os maxillaire. On ne peut parler de sinusite maxillaire qu'à partir de l'âge de 6 ans.
- Les sinusites sphénoïdales et frontales s'observent à partir de l'âge de 8 ans du fait de leur développement plus tardif

TDD : Les Ethmoidites de l'enfant

- -DEF : c'est l'inflammation des cellules du labyrinthe ethmoïdale.
 - Isolée chez le petite enfant, mais souvent associée à l'attente d'autres sinus chez les plus grand (pansinusite)
 - le signe d'appel est l'apparition d'un œdème à l'angle interne de l'œil, s'étendant plus ou moins rapidement aux structures adjacentes, dans un contexte fébrile.
 - l'imagerie peut être nécessaire pour vérifié l'absence de cpc orbitaire et endocrânienne qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital et visuel.
 - Le TRT repose sur l'antibiothérapie parentérale .
 - Les cpc orbitaires et endocrâniennes peuvent nécessité un TRT chirurgicale

Physiopathologie :

- Tout processus inflammatoire rhinosinusien, qu'il soit infectieux ou allergique , entraîne une hyperplasie de cette muqueuse.
- L'engorgement des cellules éthmoïdales est le fait aussi bien de l'obstruction des orifices de drainage par l'épaississement de la muqueuse que de l'altération de l'activité muco-ciliaire et de l'hyperplasie des glandes sécrétrice de la muqueuse. Cette stagnation fait le lit de la surinfection bactérienne.
- La propagation de l'infection dans l'orbite s'effectue par voie osseuse, veineuse ou lymphatique.
- Les cpc endocrâniennes sont dues à l'extention du processus infectieux par voie veineuse ou par le biais d'une ostéite du toit de l'ethmoïde diffusant alors à la méninge, aux espaces extra ou sous duraux, voire au parenchyme cérébrale.

Clinique

- Elle évolue en 2 phases:
- A/Ethmoïdite aigue non extériorisée :

-ON, Rhinorrhée muco-purulente unilatérale, DL périorbitaire,
-Signes oculaires :un discret œdème conjonctivo-palpébral
-palpation sensible de l'angle interne de l'oeil



Non TRT ----- ► stade extériorisé



B/Ethmoidite aigue extériorisée :

rare (ATB).

évolue en 02 stades fluxionnaire et suppurée.



1- forme fluxionnaire: survient rapidement une AEG la fièvre à 39°

- un œdème palpébral unilatéral prédominant à l'angle interne de l'œil et à la paupière supérieure .
- les signes de suppuration intra-orbitaire sont absentes (anesthésie cornéenne, mydriase, paralysie oculomotrice)
- il existe une discrète protrusion du globe oculaire (axile et réductible)
- TDM (stades I et II de la classification de Chandler)
- ATB actif sur Haemophilus influenzae doit être immédiatement institué si non passage au stade suivant.

2-forme Suppurée:

- AEG , fièvre à 40, frissons et douleurs fronto orbitaires entraînant l'insomnie.
- œdème inflammatoire palpébral
- L'exophtalmie : irreductible
- le chemosis est important ;
- Réduction de la mobilité oculaire.

*****trois signes cliniques doivent être rechercher :**

Une paralysie oculomotrice

Une anesthésie cornéenne

périoste

Une Mydriase paralytique

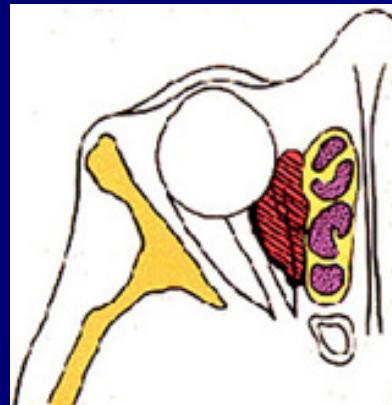
abcès sous



-TDM indispensable confirme la collection (stades III et IV et V).

-IRM si on suspect une CPC endocranienne.

- Le drainage chirurgical en urgence



abcès sous périosté

CAT sinusites ethmoidale

- ATB passant la barrière méningée
- Céfotaxime et fosfomycine ou Céfotaxime, vancomycine et méthronidazole

Surveillance

courbe de température, acuité visuelle, mobilité extrinsèque

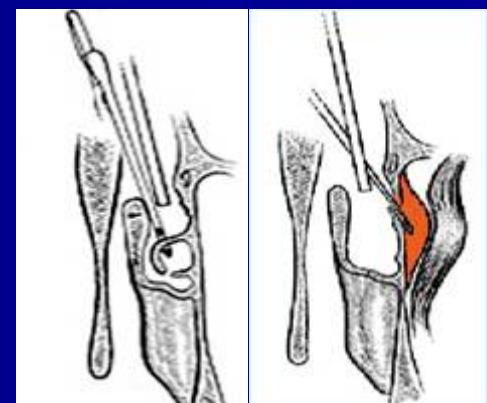
Traitement chirurgical

- inefficacité du traitement antibiotique dans les 24 H
- indications absolues : tout symptôme OPH,
abcès à la TDM



Orbitotomie externe

Ethmoïdectomie par voie endonasale



DGC différentiel :

- Pique d'insecte.
- Conjonctivite aigue.
- Dacryocystite aigue.
- Cellulite dentaire.
- Un furoncle de la paupière.

Sinusites de l'adulte

TDD: Les sinusites maxillaires

- Les sinusites maxillaires sont des atteintes inflammatoires et/ou infectieuses d'origine virale, bactérienne ou fongique développées au niveau du sinus maxillaire.
- La sinusite maxillaire peut être consécutive à une cause extrinsèque comme une atteinte nasale et sera alors dite d'origine rhinogène (environ 0,5 à 2 % des rhinites virales se compliquent de sinusite). ou consécutive à un foyer dentaire et sera alors dite d'origine dentaire. Elle peut, à l'inverse, être purement endogène, alors développée à partir de la muqueuse du sinus maxillaire, sans cause dentaire ou rhinogène apparente.

- La douleur constitue le symptôme et le signe d'appel le plus constant. Il s'agit typiquement d'une douleur unilatérale, de localisation sousorbitaire, irradiante vers l'arcade dentaire et/ou l'orbite et le front, de caractère pulsatile. Son exacerbation lors des mouvements de la tête est évocatrice de l'origine sinusienne.
- Plus ou moins une fièvre (38° et 39°C).
- Plus ou moins une rhinorrhée ant et post muqueuse, mucopurulente ou franchement purulente
- Plus ou moins l'obstruction nasale.
- le caractère ou le renforcement unilatéral de ces signes orientent vers le diagnostic
- L'examen clinique confirme le diagnostic, La mobilisation de la tête du patient vers le bas confirme le caractère positionnel de la dlr et l'origine sinusienne. L'existence d'une douleur provoquée à la pression de la face antérieure du sinus maxillaire est évocatrice du diagnostic.

- L'examen de la cavité buccale peut retrouver une traînée mucopurulente sur la paroi postérieure du pharynx.
- La rhinoscopie antérieure permet de visualiser une fosse nasale congestive tapissée de sécrétions mucopurulente.
- Ces constatations **cliniques** permettent de confirmer le diagnostic.
- L'exploration endoscopique des fosses nasales n'est pas indispensable au diagnostic, elle met en évidence un signe pathognomonique **écoulement purulent au niveau du méat moyen**.
- Le DGC est principalement clinique et en pratique courante aucun examen complémentaire n'est utile

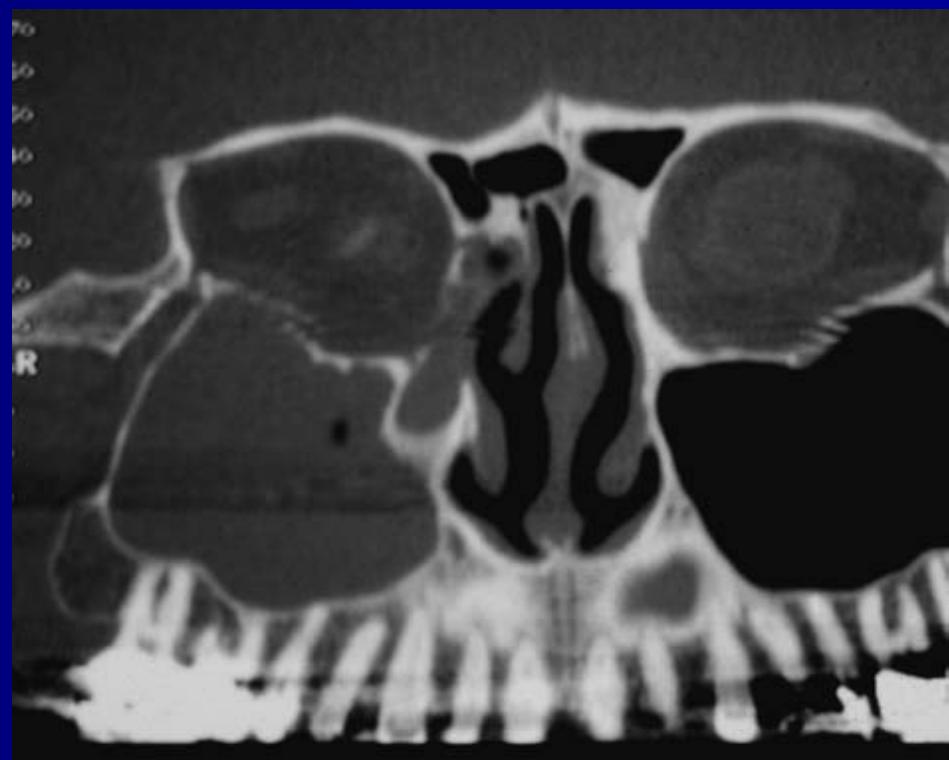
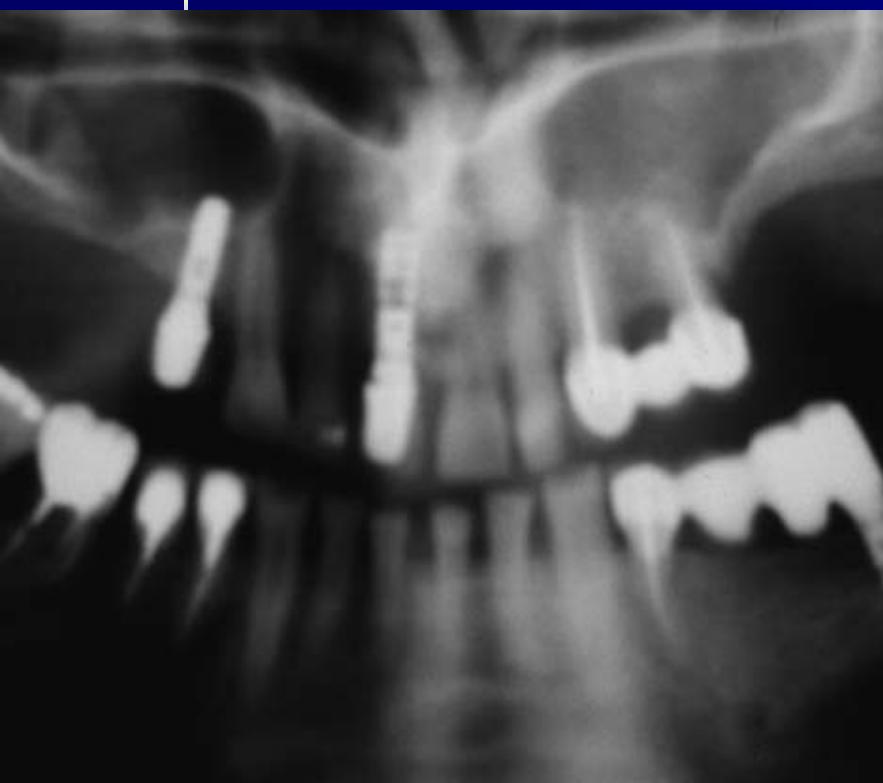
-R(X) en incidence de Blondeau:

- opacité complète du sinus maxillaire
- niveau liquide intrasinusien.
- épaississement de la muqueuse sinusienne >6 mm.
- La TDM** n'est jamais demandé

en 1 ère intention devant un tableau clinique. En revanche, il est systématique en cas de complications infectieuses de voisinage (orbitaires, cérébroméningées) et recommandé avant la réalisation d'un drainage du sinus.



- Le TRT :
 - l'association amoxicilline-acide clavulanique en 3 prises de g/j (10 jours) ;
 - les céphalosporines orales de deuxième génération (céfuroxime axétile : 500 mg par jour en 2 prises pendant 5 jours)
 - la pristinamycine en cas d'allergie aux bétalactamines à la dose de 2 à 3 g/j en 2 ou 3 prises (10 jours) ;
 - les fluoroquinolones
 - L'association de vasoconstricteurs locaux permet de faciliter le drainage ostial, Les traitements antalgiques et antipyrrétiques, Les corticoïdes peuvent être utilisés en cure courte.
 - drainage chirurgical est parfois indiqué devant le caractère hyperalgique ou hyperpyrétique. Il est réalisé sous contrôle endoscopique par la voie du méat inférieur.



Sinusite frontale

- Rhinopharyngite puis DI violentes sus-orbitaire à irradiation temporofrontale.
- Rhinorrhées claires, purulentes ou mucopurulente.
- La fièvre est inconstante (30%)
- Obstruction nasale (40%)
- Photophobie
- larmoiement.



Sinusites sphénoïdales

- diagnostic difficile.*
- Les symptômes initiaux sont non spécifiques.*
- Les céphalées et les douleurs rétro-orbitaires sont les signes d'appel les plus fréquents.*
- L'existence d'une **céphalée fébrile** doit cependant faire évoquer le DGC
- TDM + + +**
- TRT : H + ATB parentérales*
- complications graves: atteintes visuelles, des paralysies de nerfs crâniens et des complications intracrâniennes*

■ LES SINUSITES CHRONIQUES

Symptômes + 3mois

- souvent fruste : ON, une rhinorrhée mucopurulente antérieure et postérieure avec une haleine fétide,
- une toux rebelle, des épisodes de surinfection bronchique
- épisodes otitiques aiguës ou chroniques

=► enquête étiologique à la recherche de facteurs favorisants.

VII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. S max:

- rhinite aigue purulente.
- algie du V.
- Poussé d'une sinusite max chronique.

2. S front:

- migraine
- névralgie faciale.
- glaucome.

3. S. ethm :

- dacryocystite
- Cellulite a pt de départ cutané.

VIII.EVOLUTION COMPLICATION

-favorable= guérison en 8-15 j

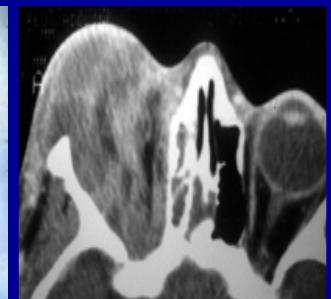
-défavorable= cpc, passage a la chronicité.

Complications:

- extériorisation.
- cpc orbitaire: exophtalmie, œdème palpébrale, paralysie oculomotrice= TDM

Phlegmon orbitaire

- ✓ exophtalmie très importante
- ✓ chémosis
- ✓ ophtalmoplégie
- ✓ mydriase
- ✓ anesthésie cornéenne



- Cpc cérébrale et méningées:
ostéomyélite, méningite, empyème sous
durale, abcès cérébrales
- thrombophlébite du sinus caverneux:



IX. TRAITEMENT

1 Buts:

- Éradiquer l'infection.
- Éviter les cpc.
- Diminuer l'inflammation et restauré l'activité de l'ostium.

2. Moyens:

a) Médicaux

- AINS : utilité non démontrée.
- antalgique antipyrrétique
- TRT de l'obstruction nasale
(vasoconstricteurs locaux max 5 jours)
- Corticoïdes peuvent être utiles en cure courte (max 5 jours) dans les sinusites aiguës hyperalgiques (bloquée)
- TRT des facteurs favorisants.

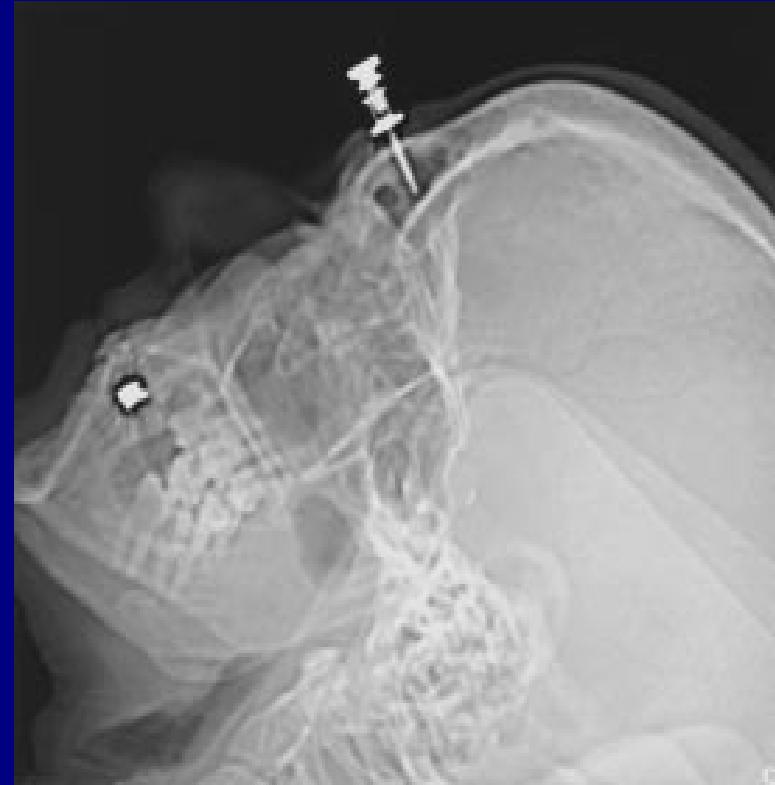
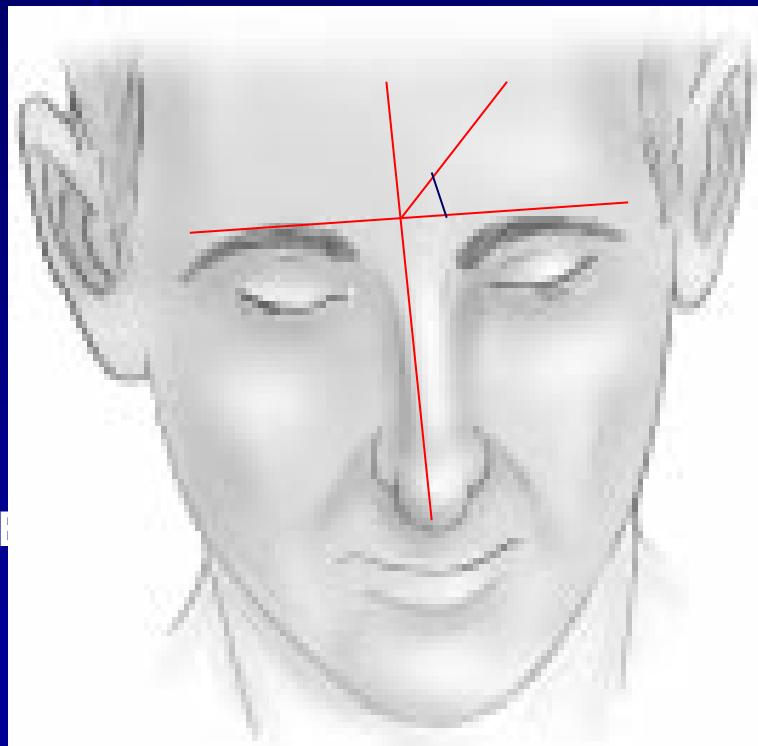
- Non indication des ATB en cas symptômes rhinologique diffus, bilatéraux, d'intensité modérée, dominés par une congestion avec rhinorrhée séreuse ou puriforme banale, survenant dans un contexte épidémique
- L'antibiothérapie est indiquée sans réserve en cas de sinusite frontale, ethmoïdale, sphénoïdale.

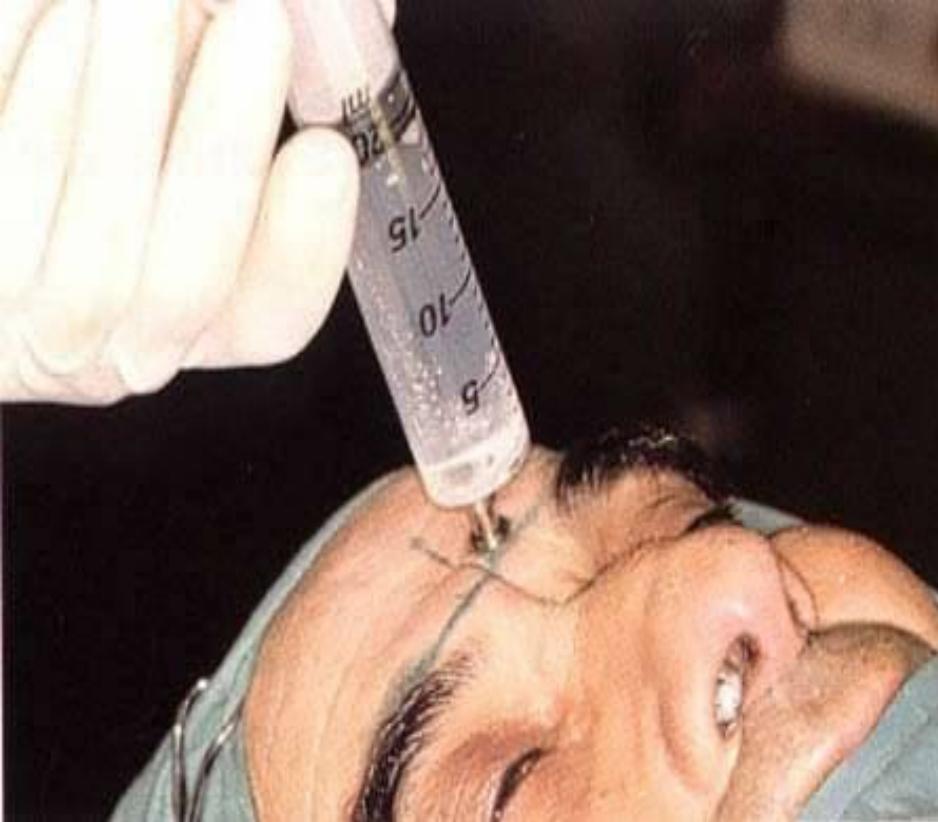
La chirurgie: -en cas de CPC.

Consiste en un drainage de la collection soit par voie endonasale soit par voie externe transcutanée.

-TRT des facteurs favorisants : RCN, adénoïdectomie

Sinusite frontale :trt chir:
Trepanoponction (clou de lemoigne)





■ □ **sinusites chroniques :**

Modification de la flore ⇒ en cas d'échec de l'antibiothérapie de première intention :
place des antibiotiques actifs sur BGN:
association :

amoxicilline/acide clavulanique + fluoroquinolone
ou C3G + métronidazole
ou fluoroquinolones + métronidazole

■ □ **en cas de sinusite dentaire :**

en raison du risque de bactéries anaérobies.

amoxicilline/acide clavulanique ou
pristinamycine

ponction du sinus en cas d'échec

A retenir absolument

- Un diagnostic clinique,
- Sinusalgie n'est pas synonyme de sinusite
- Sinusite maxillaire sans rhinite : dent ?