

SINUSITE BACTERIENNE AIGUE

Introduction

Après révision des recommandations internationales, le groupe d'experts (voir ci-dessous) a décidé de recommander les directives de pratique clinique de l'IDSA de 2012 pour les rhinosinusites aiguës bactériennes pour l'enfant et l'adulte avec quelques adaptations mineures expliquées dans les notes de bas de page. Pour certaines adaptations, le comité d'expert s'est basé sur les recommandations françaises de 2011 sur les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS).

Diagnostic

Les cultures microbiologiques (ponction de sinus) ne sont recommandées que chez les patients qui ne répondent pas au traitement antibiotique empirique. Les cultures du nasopharynx ne sont pas fiables et ne sont pas recommandées. Une imagerie de routine n'est pas recommandée en cas de sinusite bactérienne aiguë non compliquée en raison d'une spécificité basse.¹ Chez les patients avec une sinusite bactérienne aiguë et une suspicion de complication suppurative, un scanner avec produit de contraste est recommandé pour localiser l'infection et guider la prise en charge. La résonance magnétique (IRM) n'est pas recommandée.

Traitement empirique

INDICATIONS POUR UN TRAITEMENT EMPIRIQUE (ADULTES & ENFANTS)

Pour la plupart des patients avec une suspicion de sinusite, il n'y a pas d'indication à une antibiothérapie d'emblée (« watchful waiting »).

Un traitement antibiotique empirique devrait être proposé pour des sinusites aiguës de l'adulte et l'enfant dans les situations suivantes

- **Symptômes ou signes** compatibles avec une rhinosinusite aiguë **persistants pendant ≥10 jours** sans évidence d'amélioration clinique
- **Symptômes sévères** ou fièvre ($\geq 39.0^{\circ}\text{C}$) avec au moins un de ces deux critères : écoulement nasal purulent ou douleur faciale, persistant pendant **3–4 jours consécutifs**
- Aggravation des symptômes ou signes caractérisés par l'apparition nouvelle de fièvre, céphalées, ou augmentation de la rhinorrhée après une IVRS typique de 5 à 6 jours qui s'était initialement améliorée (**aggravation secondaire**).

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

ADULTES:

- Amoxicilline 1g/12h ou 1g/8h per os²

Situations spéciales:³

¹ Ce n'est pas explicitement recommandé par l'IDSA, mais mentionné dans le texte.

² Les recommandations de l'IDSA proposent l'amoxicilline/acide clavulanique dans tous les cas ; cependant, le comité d'experts pense que ce n'est pas justifié et propose de suivre les recommandations d'autres pays, comme la France et l'Allemagne, et d'utiliser l'amoxicilline comme traitement de première ligne. L'amoxicilline/acide clavulanique offre une meilleure couverture d'*Haemophilus influenzae* (environ 20-25% des souches sont résistantes aux aminopénicillines en Suisse), de *Moraxella catarrhalis* (résistant aux aminopénicillines) et de *Staphylococcus aureus* et devrait être réservé à des situations particulières (voir ci-dessus). Concernant la fréquence d'administration, un dosage de 1g/12h améliore probablement l'adhérence au traitement. En cas de suspicion de pneumocoque résistant à la pénicilline (par ex. patient originaire d'un pays avec une prévalence élevée de pneumocoques résistants, une dose de 1g/8h devrait être prescrite.

- Cas sévères, patients immunosupprimés, sinusites frontales, ethmoïdiennes, sphénoïdales⁴ et patients avec échec de traitement après 72 heures d'amoxicilline
 - **Amoxicilline-acide clavulanique 2g/12h per os**
- Allergie à la pénicilline, les céphalosporines ne sont pas contre-indiquées:
 - **Cefuroxime per os 250mg/12h**
- Allergie à la pénicilline, tous les bêta-lactamines sont contre-indiquées:
 - **Doxycycline per os 100mg/12h** (CAVE contre-indiqué pendant la grossesse)

Kommentar [BH1]: 250mgx2 or 500mg (consistency with pharyngitis guidelines probably important)

ENFANTS

- **Amoxicilline per os 25 mg/kg/12h**

Situations spéciales:

- Cas sévères, patients immunosupprimés, sinusites frontales, ethmoïdiennes, sphénoïdales, âge <2ans, utilisation d'antibiotiques dans le mois précédent et patients avec échec de traitement après 72 heures d'amoxicilline
 - **Amoxicilline-acide clavulanique 40 mg/kg/12h per os**
- Allergie à la pénicilline, les céphalosporines ne sont pas contre-indiquées:
 - **Cefuroxime 15 mg/kg/12h per os**
- Allergie à la pénicilline, tous les bêta-lactamines sont contre-indiquées:
 - **Clarithromycine 7.5mg/kg/12h per os**

Kommentar [BH2]: nomenclature

Durée du traitement

- **ADULTES:** 5–7 jours
- **ENFANTS:** 10(–14) jours⁵

Références

- **Recommandations de l'IDSA de 2012** [IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults](#). Chow et al. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):e72-e112.
- **Recommandations françaises de 2011** Recommandations de bonne pratique: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf>
- **European Centre for Disease Prevention and Control – Antimicrobial resistance surveillance** <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance/surveillance-and-disease-data/data-ecdc>

Comité d'experts:

SGINF comité d'expert pour les recommandations sur les IVRS:

- Werner Albrich (WA): KSSG, St. Gallen
- Christoph Berger (CB) : KISPI, Zurich
- Noémie Boillat Blanco (NB): CHUV, Lausanne
- Benedikt Huttner (BH): HUG, Genève

³ Ces "situations spéciales" ne sont pas mentionnées dans les recommandations de l'IDSA, mais le comité d'expert a trouvé important de les mentionner. Ces propositions sont basées sur les recommandations françaises pour les IVRS (cf référence). L'amoxicilline/acide clavulanique permet une meilleure couverture des bactéries produisant une bêta-lactamase et le haut dosage d'amoxicilline (3.5 g par 24h) permet d'être plus efficace contre les pneumocoques résistants à la pénicilline.

⁴ Veuillez-vous référer au matériel supplémentaire décrivant les présentations cliniques différentes selon la localisation anatomique (adapté des recommandations françaises)

⁵ L'IDSA recommande 10-14 jours; le comité d'expert recommande 10 jours pour la plupart des cas

Informations supplémentaires

Localisation	Symptômes
Maxillaire	<ul style="list-style-type: none">• Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit
Frontale	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée sus-orbitaire
Ethmoïdale	<ul style="list-style-type: none">• Comblement de l'angle interne de l'oeil, oedème palpébral• Céphalée rétro orbitaire
Sphénoïdale	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intracrânienne.• Écoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue