

Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux intervenants de première ligne du réseau de la santé. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations ont été élaborées à partir d'une démarche systématique, elles sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

- ▶ La majorité des rhinosinusites aiguës sont d'origine virale, et un faible pourcentage se compliqueront d'une infection bactérienne.
- ▶ La rhinosinusite aiguë se résorbe habituellement d'elle-même à l'intérieur de 10 à 14 jours.
- ▶ La prescription judicieuse d'antibiotiques est un enjeu majeur puisque, généralement, **le traitement antibiotique n'est pas nécessaire** même pour les rhinosinusites aiguës bactériennes.
- ▶ L'augmentation de la résistance aux antibiotiques est directement associée à la quantité d'antibiotiques prescrits.

AGENTS PATHOGÈNES

Agents pathogènes responsables de plus de 70% des rhinosinusites bactériennes aiguës	Autres agents pathogènes plus rarement isolés
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ▶ <i>Haemophilus influenzae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Moraxella catarrhalis</i> ▶ <i>Staphylococcus aureus</i> ▶ <i>Streptococcus pyogenes</i>

MESURES PRÉVENTIVES

- ▶ Lavage des mains
- ▶ Éradication du tabagisme

DIAGNOSTIC

RHINOSINUSITE AIGÜE

Pour poser le diagnostic de rhinosinusite aiguë, la présence de plus d'un symptôme principal est nécessaire

Symptômes principaux:	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur faciale ou dentaire unilatérale • Obstruction/congestion nasale • Rhinorrhée colorée antérieure ou postérieure
Autres symptômes à considérer:	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée • Hyposmie/anosmie • Toux

- ▶ Les examens du nez et de l'arrière-gorge sont appropriés afin de:
 - rechercher, à l'aide d'un otoscope, la présence de sécrétions purulentes entre le cornet moyen et la paroi latérale du nez (méat moyen).
 - vérifier la présence de sécrétions dans l'arrière-gorge.
- ▶ La palpation/percussion des sinus maxillaires ou frontaux peut être utile au diagnostic.
- ▶ Les symptômes de la **rhinosinusite aiguë bactérienne** et ceux de la rhinosinusite aiguë virale se chevauchent.

RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

Le diagnostic de la rhinosinusite aiguë bactérienne s'appuie sur une des deux situations cliniques suivantes :

- Symptômes persistants (de 10 à 14 jours) sans amélioration
- Aggravation des symptômes après 5 à 7 jours suivant une amélioration initiale (infection biphasique)

Si l'un de ces deux critères est rencontré, la conduite thérapeutique est guidée par le degré d'atteinte de l'état fonctionnel



ATTEINTE	SIGNES ET SYMPTÔMES	ACTIONS
LÉGÈRE	Faible inconfort avec peu d'impact sur le fonctionnement	Proposer uniquement les traitements de soutien
MODÉRÉE	Inconfort, symptômes constants et tolérés; impact modéré sur le fonctionnement	Privilégier les traitements de soutien avant d'envisager la prescription d'antibiotiques Candidat à l'option d'observation
IMPORTANTE	Impact majeur sur le fonctionnement et sur le sommeil	Envisager la prescription d'antibiotiques
SIGNAUX D'ALARME	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte importante de l'état général - Céphalée intense (risque de rhinosinusite frontale ou sphénoïdale ou d'atteinte du système nerveux central) - Fièvre objectivée persistante (> 38 °C) - Œdème/rougeur périorbitaire 	Consultation urgente en milieu hospitalier

RADIOGRAPHIE

- ▶ La radiographie n'est pas requise de façon routinière.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

TRAITEMENT DE SOUTIEN VISANT À SOULAGER LES SYMPTÔMES

Soulagement de l'inconfort, de la douleur faciale et de la fièvre objectivée

- ▶ Antipyrétique et analgésique

Soulagement de la douleur faciale, de la congestion nasale et de la rhinorrhée purulente

- ▶ Irrigation nasale au moins 2 fois par jour avec une solution saline
Il n'y a pas de preuve que l'utilisation d'un vaporisateur procure un soulagement des symptômes contrairement à l'irrigation pour laquelle les données démontrent un léger soulagement.
- ▶ Décongestionnant topique à faible dose au moment où la congestion est la plus inconfortante (p. ex. la nuit)
Il n'y a pas de preuve que l'utilisation d'un décongestionnant une fois par jour, durant moins de 10 jours, amène un effet rebond.
- ❶ Les corticostéroïdes intranasaux¹ offrent un **bénéfice thérapeutique modeste** et leur utilisation de routine n'est pas encouragée. Ils peuvent cependant être utiles chez les patients ayant une composante allergique ou des épisodes récurrents.
Parmi environ 15 patients souffrant de rhinosinusite aiguë et recevant des corticostéroïdes intranasaux pour une utilisation prolongée (15 à 21 jours), un seul verra une amélioration globale de ses symptômes.

1. Seul le furoate monohydraté de mométasone possède une indication pour la rhinosinusite aiguë au Canada.

ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

- ▶ Les réelles allergies aux pénicillines sont peu fréquentes. Sur 100 personnes ayant une histoire d'allergie à une pénicilline, un réel diagnostic d'allergie sera **CONFIRMÉ** chez moins de 10 d'entre-elles.
 - Il est donc important de bien évaluer le statut allergique d'un patient rapportant un antécédent de réaction allergique aux pénicillines avant de considérer l'utilisation des alternatives aux bêta-lactamines. Pour vous aider, consultez [l'outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines](#).


ANTIBIOTHÉRAPIE

- ▶ L'efficacité des antibiotiques **est modeste**, et il a été démontré dans la littérature :
 - Parmi environ 17 patients souffrant de rhinosinusite aiguë bactérienne recevant un antibiotique, un seul verra une amélioration globale de ses symptômes.
 - Parmi environ 18 patients souffrant de rhinosinusite aiguë bactérienne recevant un antibiotique pendant 7 à 14 jours, un seul verra la durée de ses symptômes réduite.
 - Parmi environ 8 patients souffrant de rhinosinusite aiguë bactérienne recevant un antibiotique, un patient ressentira des effets indésirables.

L'option d'observation – qui consiste à ne pas prescrire immédiatement un antibiotique et à demander au patient de consulter à nouveau son médecin en cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration de ses symptômes après 48 à 72 h – est une option valable chez les patients ayant une atteinte modérée.

- ▶ Lors de l'utilisation d'antibiotiques durant les trois derniers mois par un patient, prescrire un antibiotique d'une classe différente.
- ▶ L'azithromycine n'a pas d'indication pour la rhinosinusite aiguë bactérienne.

ANTIBIOTHÉRAPIE POUR LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

	Antibiotique ^{1, 5}	Posologie	Durée recommandée
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION			
	Amoxicilline²	500 mg PO TID	5 jours
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si suspicion de résistance élevée³ ▶ Patient immunosupprimé ▶ Sinusite frontale ou sphénoïdale 	Amoxicilline/Clavulanate⁴	500/125 mg PO TID OU 875/125 mg PO BID	7 jours
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines 	Cliquez ici  pour consulter l'algorithmme spécifique à la rhinosinusite aiguë et vous aider dans le choix de l'antibiothérapie		
ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2^E INTENTION			
Indication pour une thérapie de 2^e intention : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Échec du traitement de 1^{re} intention après 72-96 h de traitement ▶ Effets indésirables au traitement de 1^{re} intention 	Amoxicilline/Clavulanate⁴	500/125 mg PO TID OU 875/125 mg PO BID	7 jours
	Lévofloxacine	500 mg PO DIE	10 jours
	Moxifloxacine	400 mg PO DIE	5 jours

1. Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune.
 2. Amoxicilline 1000 mg PO BID : aucune donnée scientifique ne permet de recommander ou de proscrire cette posologie.
 3. Facteurs de risque de résistance aux antibiotiques : contact étroit avec un enfant de moins de 2 ans en garderie, prévalence régionale élevée de résistance, tabagisme, personne âgée de plus de 65 ans.
 4. La formulation 7:1 (875/125 mg) PO BID de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.
 5. La ciprofloxacine (500 mg PO BID x 7 jours) peut être indiquée pour le traitement de patients qui présentent des infections attribuables aux souches des microorganismes suivants : *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*

CRITÈRES DE CONSULTATION EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (ORL)

RHINOSINUSITE AIGUË CHEZ L'ADULTE

Diriger le patient vers un spécialiste si :

- ▶ suspicion de complications
- ▶ rhinosinusites récurrentes (> 3 épisodes par année)
- ▶ persistance des symptômes pendant plus de 8 semaines (rhinosinusite chronique)

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Ahovuo-Saloranta A, Rautakorpi UM, Borisenko OV, Liira H, Williams JW, Jr, Makela M. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2):CD000243.

Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012;54(8):e72-e112.

Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, Wright ED, Kaplan A, Bouchard J, et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;40 Suppl 2:S99-193.

Hayward G, Heneghan C, Perera R, Thompson M. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2012;10(3):241-9.

King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(4):CD006821.

Lemiengre MB, van Driel ML, Merenstein D, Young J, De Sutter AI. Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD006089.

Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;152(2 Suppl):S1-S39.

Skye P, Van Harrison R, Terrell JE, Zao DH. Acute Rhinosinusitis in Adults. *UMHS Rhinosinusitis Guideline* 2013.

Zalmanovici Trestioreanu A et Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(12):CD005149.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

Consulter les mises à jour de ce guide à inesss.qc.ca

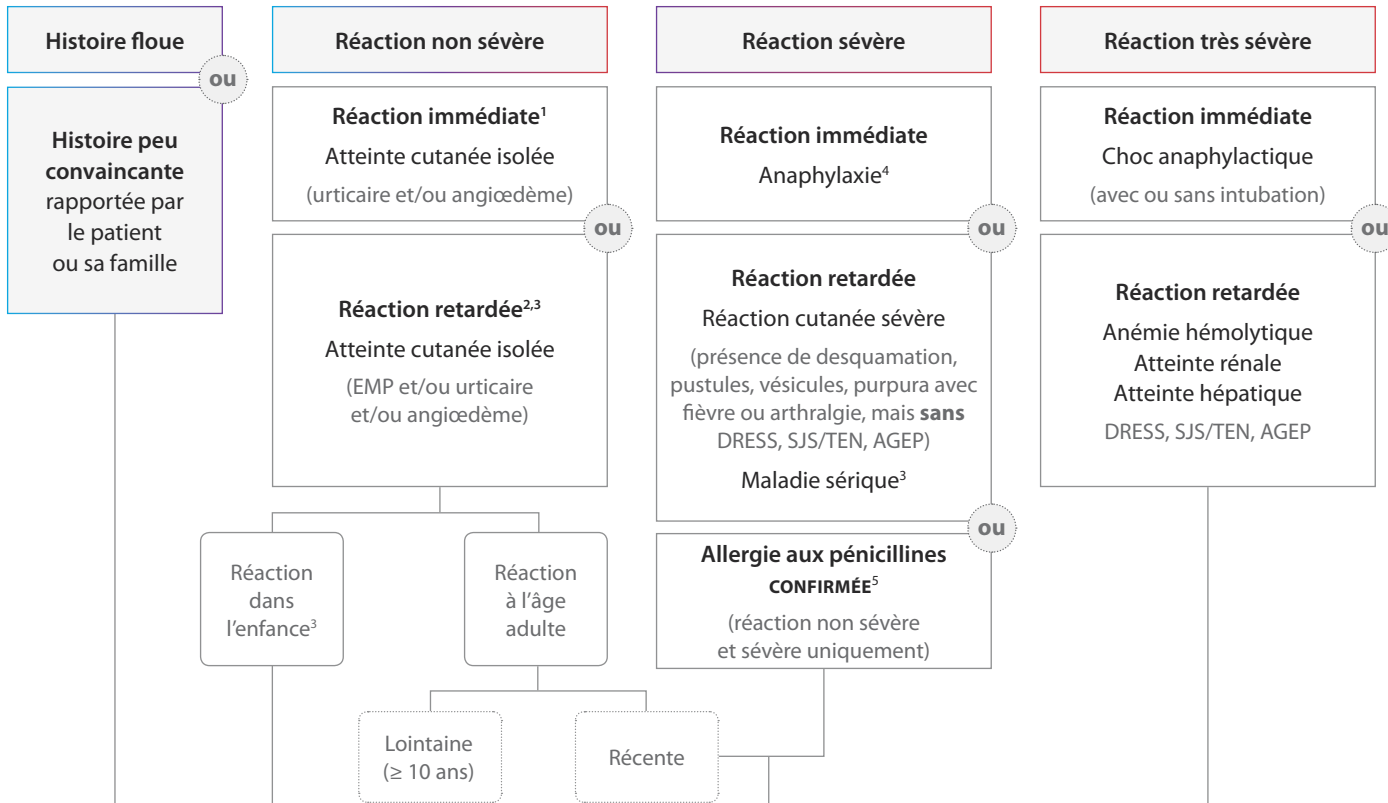
Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec



SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE



PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LE CHOIX DE LA BÉTA-LACTAMINE ET LES CONDITIONS D'ADMINISTRATION

JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE

Céphalosporines DIFFÉRENTES
Céfuroxime axétil **OU** Céfixime

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

Pénicillines
Amoxicilline +/- Clavulanate

La 1^{re} dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

Si antécédents de réactions :

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

Céphalosporines DIFFÉRENTES
Céfuroxime axétil **OU** Céfixime

La 1^{re} dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

Si antécédents de réactions :

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

Pénicillines
Amoxicilline +/- Clavulanate

SI UNE BÉTA-LACTAMINE⁶ NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE, JE PEUX PRESCRIRE...

Clarithromycine OU Doxycycline OU Triméthoprime-sulfaméthoxazole

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

Béta-lactamine⁶
Privilégier une autre classe d'antibiotique.

JE PRESCRIS

Clarithromycine OU Doxycycline OU Triméthoprime-sulfaméthoxazole

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants sous antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
4. Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

Pour plus d'informations, consultez [l'outil interactif](#) et [l'outil d'aide à la décision](#).

AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis;
DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms;
EMP : éruption maculo-papuleuse;
SJS : Stevens-Johnson syndrome;
TEN : toxic epidermal necrolysis.

**ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE
SI ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES**

	Antibiotique	Posologie	Durée recommandée
Bêta-lactamines ⁴ recommandées selon l'algorithme en soutien au jugement clinique	Céfixime	400 mg PO DIE	10 jours
	Céfuroxime axétil	250 mg PO BID	7 jours
	Amoxicilline¹	500 mg PO TID	5 jours
	Amoxicilline/Clavulanate²	500/125 mg PO TID OU 875/125 mg PO BID	7 jours
Alternative si une bêta-lactamine ⁴ ne peut être administrée	Clarithromycine	500 mg PO BID	7 jours
	Clarithromycine XL	1 000 mg PO DIE	7 jours
	Doxycycline	100 mg PO BID	10 jours
	Triméthoprimé-sulfaméthoxazole³	160/800 mg PO BID	7 jours

1. Amoxicilline 1 000 mg PO BID : aucune donnée scientifique ne permet de recommander ou de proscrire cette posologie.

2. La formulation 7:1 (875/125 mg) PO BID de l'amoxicilline-clavulanate est préférée en raison de sa meilleure tolérance digestive.

3. Le triméthoprimé-sulfaméthoxazole n'est désormais plus recommandé pour le traitement empirique de la sinusite aiguë en raison d'une augmentation des taux de résistance de *Streptococcus pneumoniae* et d'*Haemophilus influenzae*. Cependant, les recommandations canadiennes appuient encore son emploi comme option de remplacement chez les patients allergiques aux bêta-lactamines.

4. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

! Si l'administration prudente avec une pénicilline est l'option choisie, opter pour l'Amoxicilline-Clavulanate au lieu de l'Amoxicilline si une des conditions suivantes est présente: suspicion de résistance élevée, patient immunosupprimé ou sinusite frontale ou sphénoïdale.