

Le présent **guide clinique 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 l'aide d'une démarche systématique, 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 iness.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

- ▶ **La majorité des rhinosinusites sont d'origine virale et guérissent spontanément.**
- ▶ Les enfants contractent en moyenne 6 infections virales des voies respiratoires supérieures (IVRS) par année et celles-ci durent en moyenne de 7 à 10 jours, mais peuvent perdurer jusqu'à 14 jours.
- ▶ Approximativement 5 % des IVRS se compliquent d'une rhinosinusite aiguë bactérienne.
- ▶ Le traitement antibiotique doit être réservé à la rhinosinusite aiguë bactérienne.
- ▶ Les **facteurs de risque** de résistance du *Streptococcus pneumoniae* :
 - Fréquentation de la garderie
 - Hospitalisation récente
 - Enfants âgés de < 2 ans
 - Traitement antibiotique récent (< 30 jours)

Pathogènes bactériens les plus fréquemment associés à une rhinosinusite bactérienne aiguë

- ▶ ***Streptococcus pneumoniae***
- ▶ ***Haemophilus influenzae* non typable**
- ▶ *Moraxella catarrhalis*
- ▶ *Streptococcus pyogenes*

MESURES PRÉVENTIVES

- ▶ Éradication du tabagisme à la maison;
- ▶ Hygiène nasale quotidienne et accrue lors des épisodes d'IVRS;
- ▶ Vaccination recommandée selon le calendrier du Programme québécois d'immunisation.

DIAGNOSTIC

Les symptômes de la **rhinosinusite bactérienne** et ceux de la rhinosinusite virale se chevauchent.

Le diagnostic s'appuie sur une des trois situations cliniques suivantes :

- ▶ Symptômes persistants (de 10 à 14 jours) sans amélioration :
 - rhinorrhée purulente; OU
 - toux diurne pouvant augmenter la nuit;
- ▶ Aggravation des symptômes après 5 à 7 jours suivant une amélioration initiale (infection biphasique) :
 - rhinorrhée purulente; OU
 - toux persistante diurne; OU
 - température $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- ▶ Symptômes graves depuis au moins 3 jours consécutifs :
 - température $\geq 39^{\circ}\text{C}$; ET
 - rhinorrhée purulente.

S'il y a atteinte importante de l'état général, œdème / rougeur périorbitaire ou atteinte du système nerveux central, il faut suspecter la présence de complications (consultation urgente en milieu hospitalier).

RADIOGRAPHIE

- ▶ Peu utile :
 - pour distinguer les infections virales des infections bactériennes chez les enfants;
 - dans les cas de rhinosinusite non compliquée.
- ▶ S'il y a radiographie, l'épaississement de la muqueuse seul n'est pas un critère de rhinosinusite aiguë.

PRINCIPES DE TRAITEMENT**TRAITEMENT DE SOUTIEN VISANT À SOULAGER LES SYMPTÔMES**

- ▶ La douleur et la fièvre se traitent par l'utilisation d'un analgésique / antipyrétique (acétaminophène ou ibuprofène*) durant les premiers jours.
- ▶ L'usage d'une solution salinée nasale servant à l'irrigation aide au soulagement des symptômes.
- ▶ L'usage d'un corticostéroïde topique n'est habituellement pas recommandé, mais peut avoir un effet modeste sur les symptômes de la rhinosinusite.
- ▶ Ni les décongestionnants ni les antihistaminiques n'ont démontré d'utilité dans le traitement de la rhinosinusite aiguë chez l'enfant.

*L'ibuprofène n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 mois.

ANTIBIOTHÉRAPIE

L'antibiothérapie de première intention pour la rhinosinusite est l'amoxicilline hautes doses (90 mg/kg/jour) :

- ▶ Permet d'atteindre des concentrations thérapeutiques dans les sinus pour le traitement des pneumocoques de résistance intermédiaire à la pénicilline et de la plupart des pneumocoques hautement résistants à la pénicilline.
- ▶ Généralement bien tolérées par les enfants.

Cependant, chez l'enfant qui ne présente aucun **facteur de risque** de résistance, une dose d'amoxicilline de 45 mg/kg/jour TID peut être envisagée.

Lazithromycine n'a pas d'indication pour la rhinosinusite bactérienne aiguë.

La durée optimale de traitement n'a pas été déterminée en pédiatrie : les experts suggèrent de **10 à 14 jours d'antibiothérapie, incluant un minimum de 5 jours** après la disparition des symptômes.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale
	Amoxicilline	90 mg/kg/jour ÷ BID	2 000 mg BID
Si utilisation d'antibiotique dans les 30 derniers jours	Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) Ou Amoxicilline + Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour ÷ BID Ou 45 mg/kg/jour ÷ BID + 45 mg/kg/jour ÷ BID	1 500 mg BID Ou 750 mg BID + 750 mg BID

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE

Les macrolides et les céphalosporines de 2^e génération utilisés seuls ne devraient être prescrits comme traitement de 1^{re} intention que chez les patients ayant une allergie à la pénicilline. Le taux de résistance des principaux pathogènes quant à ces classes limite leur utilisation à grande échelle.

	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale
Si allergie non de type I à la pénicilline	Cefprozil	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
	Céfuroxime axétil*	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID
Si allergie de type I à la pénicilline	Clarithromycine	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID

*Le céfuroxime axétil en suspension est peu utilisé en raison de son mauvais goût. Voir la monographie du produit pour améliorer le goût du médicament.

En cas de non réponse après 48 à 72 heures de traitement et avant de débiter un traitement de 2^e intention :

- ▶ Vérifier l'acceptabilité et l'adhésion au traitement.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2^E INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

		Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale
Antibiothérapie en cas d'échec au traitement après 48 à 72 heures	Si échec de l'Amoxicilline	Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) Ou Amoxicilline + Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour ÷ BID Ou 45 mg/kg/jour ÷ BID + 45 mg/kg/jour ÷ BID	1 500 mg BID Ou 750 mg BID + 750 mg BID
	Si échec de l'Amoxicilline-clavulanate	Revoir le diagnostic; Rechercher les complications; Envisager une demande de consultation en spécialité.		

FORMULATION DE L'AMOXICILLINE-CLAVULANATE

La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Les formulations de 200 mg/5 ml et de 400 mg/5 ml ainsi que les comprimés de 875 mg contiennent le bon rapport d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Certains cliniciens utilisent une combinaison d'amoxicilline (**45 mg/kg/jour**) et d'amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) (**45 mg/kg/jour**) afin de diminuer les effets indésirables (total de 90 mg/kg/jour, équivalent 14:1). Il peut s'avérer que les quantités d'amoxicilline et d'amoxicilline-clavulanate (ml) soient différentes.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

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.

Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics 2013;132(1):e262-80.

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

Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres professionnels (CMQ, OPQ, ODQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec 