

Traitement de la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA)

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, novembre 2015)

Critères de traitement

- **Le diagnostic clinique et la différenciation entre la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) et la rhinosinusite virale sont fondés sur les aspects caractéristiques des tableaux cliniques tenant compte de la durée des symptômes, de la gravité de la maladie, de l'évolution de la maladie au fil du temps et de l'évolution clinique biphasique de la maladie.**
- **Il est recommandé d'établir les tableaux cliniques suivants (n'importe lequel des trois) pour reconnaître les patients atteints d'une RSBA ou d'une rhinosinusite virale :**
 1. Survenue de symptômes persistants ou signes compatibles avec la rhinosinusite aiguë depuis 10 jours ou plus sans aucun signe d'amélioration clinique
 2. Survenue de symptômes graves ou de signes de fièvre élevée (égale ou supérieure à 39 °C) et écoulement nasal purulent ou douleur faciale pendant au moins 3 ou 4 jours consécutifs suivant le début de la maladie
 3. Aggravation depuis 5 ou 6 jours des symptômes ou signes caractérisés par une nouvelle fièvre, des maux de tête ou un écoulement nasal accru à la suite d'une infection virale typique des voies respiratoires supérieures, à la suite d'une amélioration initiale des symptômes (« affection biphasique »).
- **Il est recommandé d'instaurer un traitement antimicrobien empirique dès que le diagnostic clinique de la RSBA est établi en fonction des critères susmentionnés. Si le diagnostic est incertain en raison des symptômes légers, envisager d'observer le patient pendant 3 jours sans amorcer d'antibiothérapie.**

Présentation	Schéma empirique privilégié	Autres schémas empiriques	Durée	Commentaires
Symptômes légers à modérés depuis moins de 10 jours	Traitement symptomatique seulement Envisager l'irrigation des voies nasales avec une solution saline.		De 5 à 7 jours	+/- corticostéroïdes nasaux
Symptômes légers à modérés depuis plus de 10 jours OU aggravation des symptômes après 5 ou 6 jours OU symptômes graves pendant 3 ou 4 jours consécutifs	doxycycline 100 mg PO q12h	amoxicilline 1 000 mg PO q8h* OU amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h* OU sulfaméthoxazole/triméthoprim 800/160 mg PO q12h*		<ul style="list-style-type: none"> ● Envisager l'irrigation des voies nasales avec une solution saline comme traitement de support. ● Considérer l'ajout d'un corticostéroïde nasal chez les patients avec des antécédents de rhinite allergique. ● Si le patient a reçu une antibiothérapie au cours du dernier mois, le traitement antimicrobien choisi doit être fondé sur un mode d'action différent, indépendamment du succès clinique.
Échec du traitement initial (aggravation des symptômes après 48 à 72 heures ou non-amélioration des symptômes après 3 à 5 jours suivant le début du traitement antimicrobien empirique initial)	amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h* + amoxicilline 1 000 mg PO q12h* (dose élevée d'amoxicilline avec le clavulanate)	lévofloxacine 500 mg PO q24h* OU céfuroxime 500 mg PO q12h*		<ul style="list-style-type: none"> ● Envisager l'irrigation des voies nasales avec une solution saline comme traitement de support. ● Considérer l'ajout d'un corticostéroïde nasal chez les patients avec des antécédents de rhinite allergique. ● Les patients qui ne répondent pas au traitement doivent faire l'objet d'une évaluation pour déterminer les causes possibles, dont une infection par un organisme résistant, une posologie inadéquate ou une cause non infectieuse. ● Sélectionner un agent possédant un spectre d'activité plus large et appartenant à une classe différente d'antimicrobiens.

CONSEILS CLINIQUES

- **Signes et symptômes compatibles :**

- écoulement nasal purulent; congestion ou obstruction nasale; enflure, congestion ou gonflement du visage; douleur ou pression au niveau du visage; fièvre; hyposmie ou anosmie; ou douleur aux dents
- La plupart des cas de sinusite aiguë sont d'origine virale et se résorbent en 5 à 7 jours sans recourir à des antibiotiques. Seules 0,5 à 2 % des infections virales des voies respiratoires sont compliquées par une infection bactérienne.
- La couleur de l'écoulement nasal ou des expectorations est liée à la présence de neutrophiles et non d'une bactérie, et ne devrait pas constituer un critère de diagnostic de la rhinosinusite bactérienne.
- Les macrolides ne sont pas recommandés comme traitement empirique en raison des taux de résistance accrue à *Streptococcus pneumoniae* et à *Haemophilus influenzae* dans la province.
- L'utilisation des fluoroquinolones dites « respiratoires » (p. ex. la lévofloxacine et la moxifloxacine) devrait être réservée aux patients pour lesquels les options de première intention ont échoué en raison du potentiel de résistance accrue, du risque d'infection à *Clostridium difficile* et de l'importance de ces médicaments dans la prise en charge d'autres infections.
- L'efficacité des fluoroquinolones dites « respiratoires » (p. ex. la lévofloxacine et la moxifloxacine) ne s'est pas révélée supérieure à celle des bêta-lactamines dans la prise en charge de la RSBA.
- Les antibiotiques ne se sont pas révélés bénéfiques dans le traitement de la rhinosinusite chronique en l'absence d'une détérioration clinique aiguë.
- Envisager la consultation d'un spécialiste en maladies infectieuses en cas de rhinosinusite nosocomiale réfractaire.
- Les décongestionnants (topiques ou oraux) et les antihistaminiques ne sont pas recommandés comme traitement adjuvant.

*Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale..

Références :

1. Chow AW, Benninger MS, Brook I *et al.* IDSA Clinical Practice Guidelines for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):e72-e112
2. Blondel-Hill E. & Fryters S. (2012). Bugs & Drugs An Antimicrobial/Infectious Diseases Reference. Alberta Health Services.
3. Anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community-acquired infections. Toronto: MUMS Guideline Clearhouse; 2013
4. Kaplan A. Canadian guidelines for acute bacterial rhinosinusitis – Clinical summary. Can Fam Physician. 2014 Mar;60(3):227-34.