

## Traitement de la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) non-complicquée

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, septembre 2018)

### Critères de traitement

- **Caractéristiques cardinales de la rhinosinusite aiguë:** écoulement nasal purulent accompagné d'une obstruction nasale ou de douleur/pression/gonflement du visage, ou les deux, présent depuis moins de 4 semaines
- **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 »).
- **Attention:** Ces recommandations ne sont pas destinées aux patients présentant des éléments aggravants tels que l'immunodéficience ou le diabète non contrôlé; une attente sous supervision ne doit pas être utilisée chez les patients présentant des éléments aggravants et ils doivent être rapidement traités par un traitement antimicrobien approprié.

Présentation	Schéma empirique privilégié	Autres schémas empiriques	Durée	Commentaires
<b>Symptômes légers à modérés</b> depuis moins de 10 jours	Traitement symptomatique seulement Envisager l'irrigation des voies nasales avec une solution saline.		De 5 à 7 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avec ou sans corticostéroïdes nasaux ou avec analgésiques (e.g. acétaminophène ou ibuprofène)</li> </ul>
<b>Symptômes légers à modérés</b> depuis plus de 10 jours <b>OU</b> aggravation des symptômes après 5 ou 6 jours <b>OU</b> symptômes graves pendant 3 ou 4 jours consécutifs	doxycycline 100 mg PO q12h <b>OU</b> offrir une <u>période de surveillance</u> ainsi que des agents pour le <u>soulagement des symptômes</u> si le suivi peut être complété de telle sorte qu'un traitement antimicrobien puisse débuté si la condition ne s'améliore pas au 7 <sup>e</sup> jour suivant le diagnostic d'une RSBA ou s'aggrave à tout moment.	amoxicilline 1 000 mg PO q8h* <b>OU</b> amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h* <b>OU</b> sulfaméthoxazole/triméthoprime 800/160 mg PO q12h*		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager des analgésiques acétaminophène ou ibuprofène), des corticostéroïdes nasaux ou l'irrigation des voies nasales avec une solution saline pour soulager les symptômes.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Échec du traitement initial</b> 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 750 mg PO q24h* <b>OU</b> céfuroxime 500 mg PO q8-12h*		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager des analgésiques acétaminophène ou ibuprofène), des corticostéroïdes nasaux ou l'irrigation des voies nasales avec une solution saline pour soulager les symptômes.</li> <li>• 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.</li> <li>• Sélectionner un agent possédant un spectre d'activité plus large et appartenant à une classe différente d'antimicrobiens.</li> </ul>

### CONSEILS CLINIQUES

- Une douleur/pression/gonflement du visage sans écoulement nasal purulent n'est pas suffisant pour le diagnostic d'un rhinosinusite aiguë
- 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 le seul critère de diagnostic de la rhinosinusite bactérienne.
- Une période de surveillance devrait être exclue chez les patients présentant un déficit immunitaire ou une maladie bactérienne coexistante; les prescripteurs doivent également tenir compte de l'âge du patient, de son état de santé général, de son état cardiopulmonaire et de ses facteurs de comorbidités lorsqu'il évalue la pertinence pour une période de surveillance.
- 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 ou chez les patients immunodéprimés
- Les décongestionnants (topiques ou oraux) et les antihistaminiques ne sont pas recommandés comme traitement adjuvant.
- Bactériologie de RSBA : *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Moraxella catarrhalis* and *S. aureus* (moins de 10%)

\*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.
5. Peters AT, Pector S, Hsu J *et al.* Diagnosis and management of rhinosinusitis: a practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol 113(2014):347-385
6. Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS *et al.* Clinical Practice (Update): Adult Sinusitis. Otolaryngology – Head and Neck Surgery 2015;152(2S):S1 – S39
7. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK *et al.* Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. Allergy, Asthma & Clinical Immunology 2011;7:2