



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# PRISE EN CHARGE DE LA RHINOSINUSITE AIGUË DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT

**EN MILIEU AMBULATOIRE**

MISE À JOUR 2020

# AVERTISSEMENT

La présente recommandation a été élaborée avant l'émergence du coronavirus SARS-COV-2 et ne traite pas la prise en charge de COVID-19. Elle est valable pour les cas cliniques non COVID-19.

## Messages-clés

- La rhinosinusite aiguë simple est une affection spontanément résolutive, causée en général par une infection virale. Le diagnostic initial est basé sur les signes et les symptômes, notamment :
  - Congestion nasale
  - Écoulement nasal
  - Douleur ou pression dentaire ou faciale
  - Diminution de l'odorat.*(Recommandation forte)*
- Un traitement symptomatique peut soulager le patient.  
*(Recommandation faible)*
- Il est très difficile de faire la distinction entre une infection virale et une infection bactérienne sur base de la présentation clinique. Une infection bactérienne semble plus probable quand plusieurs des facteurs suivants sont présents :
  - Une durée des symptômes supérieure à 10 jours
  - Un écoulement nasal purulent
  - Une douleur intense, unilatérale et localisée (particulièrement au niveau des dents ou de la mâchoire)
  - La présence de fièvre
  - Une détérioration marquée après une phase initiale plus clémente (d'abord d'origine virale).*(Recommandation forte)*
- Les antibiotiques ne sont pas nécessaires dans la vaste majorité des cas *(recommandation forte)*.
- En cas de rhinosinusite sévère et/ou compliquée (cf. critères ci-dessous), un examen ORL, des prélèvements microbiologiques et un bilan radiologique doivent être considérés.  
*(Recommandation forte)*

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

## 1. Rhinosinusite simple :

- La rhinosinusite aiguë simple est une affection spontanément résolutive, causée en général par une infection virale des voies aériennes supérieures (par exemple lors d'un rhume).
- Critères diagnostiques : Le diagnostic initial est basé sur les signes et les symptômes, notamment :
  - Congestion nasale
  - Écoulement nasal
  - Douleur ou pression dentaire ou faciale
  - Diminution de l'odorat.
- Un traitement symptomatique peut soulager le patient.
  - Le paracétamol (antalgique) ou l'ibuprofène (anti-inflammatoires non-stéroïdien) peuvent être utilisés contre la douleur et la fièvre.
  - Si le patient le souhaite, l'utilisation d'un décongestionnant local ou de lavages à l'eau salée peuvent être considérés, même si leur efficacité reste incertaine.
  - Il n'y a pas d'évidence en faveur des décongestionnants oraux, antihistaminiques (sauf en cas d'allergie associée), mucolytiques, inhalations de vapeur ou applications de chaleur au visage.
  - Les corticoïdes intranasaux peuvent avoir un certain effet bénéfique. Chez les personnes (particulièrement les enfants) qui utilisent déjà des corticoïdes oraux ou par voie d'inhalation, l'utilisation surajoutée de corticoïdes intranasaux doit cependant être bien réfléchie.
- Seulement environ 2% des cas se compliquent par une infection bactérienne, mais il est très difficile de faire la distinction sur base du tableau clinique. Une infection bactérienne semble plus probable quand plusieurs des facteurs cités ci-dessous sont présents :
  - Une durée des symptômes supérieure à 10 jours
  - Un écoulement nasal purulent
  - Une douleur intense, unilatérale et localisée (particulièrement au niveau des dents ou de la mâchoire)
  - La présence de fièvre
  - Une détérioration marquée après une phase initiale plus clémente (d'abord d'origine virale).
- Les germes les plus fréquemment rencontrés sont le *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis*. A noter que *H. influenzae* et *M.*

catarrhalis peuvent produire des bêta-lactamases et donc être résistants à l'amoxicilline.

- Les symptômes peuvent durer 2-3 semaines et la plupart des patients vont aller mieux lors de cette période en l'absence de traitement, peu importe l'origine de l'infection (bactérienne ou virale).
- En cas de persistance des symptômes une réévaluation est indiquée (recommandation forte).
- Un bilan radiologique (CT scan) restera exceptionnel.

#### **Antibiotiques :**

- Les antibiotiques ne sont pas nécessaires dans la vaste majorité des cas (*recommandation forte*). Le nombre de patients qui s'améliorent sous antibiotique est similaire au nombre de patients qui développent des effets indésirables liés à l'antibiotique.
- Les antibiotiques n'accélèrent pas le processus de guérison.
- Les complications sont rares (environ 2,5 - 4,3 cas par million de patients par an).
- Le fait de ne pas prescrire d'antibiotique n'augmente pas significativement les complications.
- La prise antérieure d'antibiotiques favorise l'émergence de bactéries résistantes.

## **2. Rhinosinusite sévère et/ou compliquée**

- Une rhinosinusite sévère est suspectée devant les symptômes suivants : forte fièvre (température > 39°C), altération de l'état général, aggravation des symptômes après une phase initiale plus clémentine (d'abord d'origine virale), forte douleur pulsatile souvent unilatérale, aggravée par l'antéflexion de la tête, une douleur intense, unilatérale et localisée (particulièrement au niveau des dents ou de la mâchoire), etc.
- Une sinusite compliquée est caractérisée par des complications telles que l'apparition d'un œdème palpébral, périorbitaire, facial, une exophtalmie, des symptômes visuels, méningés, etc.
- Une sinusite sévère et/ou compliquée nécessite
  - Une antibiothérapie empirique
  - Un transfert à un spécialiste et/ou en milieu hospitalier en cas de complication
  - Des prélèvements microbiologiques
  - Un bilan radiologique (CT scan).

*(Recommandation forte)*

### 3. Antibiotiques

#### Choix de l'antibiotique:

- Un antibiotique à spectre étroit est à privilégier pour le traitement de première intention. Le traitement est en général empirique car en pratique, des prélèvements ne sont quasiment jamais réalisés. L'amoxicilline est l'antibiotique de premier choix. (*Recommandation forte*)
- Pour les patients ayant des formes sévères ou à risque de complications (immunodéficience, traitement immunosuppresseur, antécédents anatomopathologiques locaux) l'amoxicilline-acide clavulanique constitue le traitement de premier choix. Il s'agit d'un antibiotique à large spectre, y compris contre des bactéries productrices de bêta-lactamases. (*Recommandation forte*)

#### Effets indésirables :

- Réactions allergiques à la pénicilline (chez 1 – 10% des patients) et réactions anaphylactiques (chez < 0,05% des patients).
- Diarrhées liées aux antibiotiques
- Perturbation de longue durée du microbiote intestinal
- Autres.

#### Prescription différée d'antibiotique :

Une démarche à considérer en l'absence de signes de gravité consiste à remettre au patient une ordonnance d'antibiotiques différée dans le temps. Cette ordonnance n'est pas à utiliser dans l'immédiat mais seulement dans des circonstances précises expliquées au patient (apparition de signes de sinusite sévère ou compliquée) - voir plus haut.

Antibiotique traitement empirique	Durée de traitement
<p>Amoxicilline per os Adultes et adolescents avec un poids corporel <math>\geq 40</math> kg : 1 g 3x/jour</p>	5-7 jours
<p><b>En cas d'antibiothérapie récente ou de non-réponse après 72 heures :</b></p> <p>Amoxicilline-acide clavulanique per os Adultes et adolescents avec un poids corporel <math>\geq 40</math> kg : 875/125 mg 3x/jour</p> <p><u>Ou</u> Céfuroxime-axétil per os Adultes et adolescents au poids corporel <math>\geq 30</math> kg 500 mg 3x/jour</p>	5-7 jours
<p><b>En cas d'allergie sévère (IgE médiée) aux bêta-lactames :</b></p> <p>Azithromycine per os Adultes et adolescents avec un poids corporel <math>\geq 50</math> kg 500 mg le 1<sup>er</sup> jour, puis 250 mg/jour pendant 4 jours, ou 500 mg/jour pendant 3(-5) jours</p> <p><u>Ou</u> Clarithromycine per os Adultes et adolescents d'âge <math>\geq 12</math> ans : 500 mg 2x/jour</p> <p>Les macrolides sont actifs essentiellement contre les pneumocoques.</p> <p>La clindamycine, la doxycycline (chez l'adulte) et les fluoroquinolones (chez l'adulte) sont également des alternatives possibles.</p>	5 jours

# ANNEXES

## Sources consultées

- Sinusitis (acute) : antimicrobial prescribing. NICE guideline, 2017.
- Appropriate antibiotic use for acute respiratory tract infection in adults: Advice for high-value care from the American College of Physicians and the Centres for Disease Control and Prevention. Harris A.M. et al., Ann. Intern. Med. 2016; 164:425-434.
- Rhinosinusite aiguë de l'adulte et de l'enfant plus âgé (> 9 ans), Conseil scientifique, mars 2006.

## Grades de recommandation et niveaux d'évidence.

Cf. Méthodologie du Conseil scientifique

## GROUPE DE TRAVAIL

### GT Antibiothérapie ambulatoire :

**Dr Vic ARENDT**, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

**Dr Maria BARTH**, médecin généraliste en cabinet privé

**M. Marcel BRUCH**, pharmacien, Direction de la Santé et membre du Conseil scientifique

**M. Yves BRUCH**, pharmacien, Contrôle médical de la sécurité sociale et membre du Conseil scientifique

**Dr Eugène PANOSETTI**, médecin-spécialiste en ORL, CHL

**Dr Siggy RAUSCH**, médecin généraliste en cabinet privé

**Dr Thérèse STAUB**, coordinatrice du groupe de travail, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

**Dr Gérard SCHOCKMEL**, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, Hôpitaux Robert Schuman

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](http://conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)  
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225