

LA RHINOSINUSITE AIGUË

Les antibiotiques sont-ils nécessaires ?

PAR Dalila Benhaberou-Brun, INF., M.Sc.

La rhinosinusite constitue un problème majeur de santé publique à cause des coûts engendrés par la prise de médicaments et des complications éventuelles¹. Provoquée le plus souvent par un virus, la maladie évolue, dans moins de 2 % des cas, vers une infection bactérienne aiguë. Même si les symptômes sont semblables au début de la maladie, il ne faut pas les confondre. En effet, on ne peut parler de rhinosinusite bactérienne aiguë qu'après une période d'une semaine et en présence des critères diagnostiques présentés au tableau 1.

Les bactéries en cause dans 70 % des cas sont le *Streptococcus pneumoniae* ou l'*Hæmophilus influenzae*².

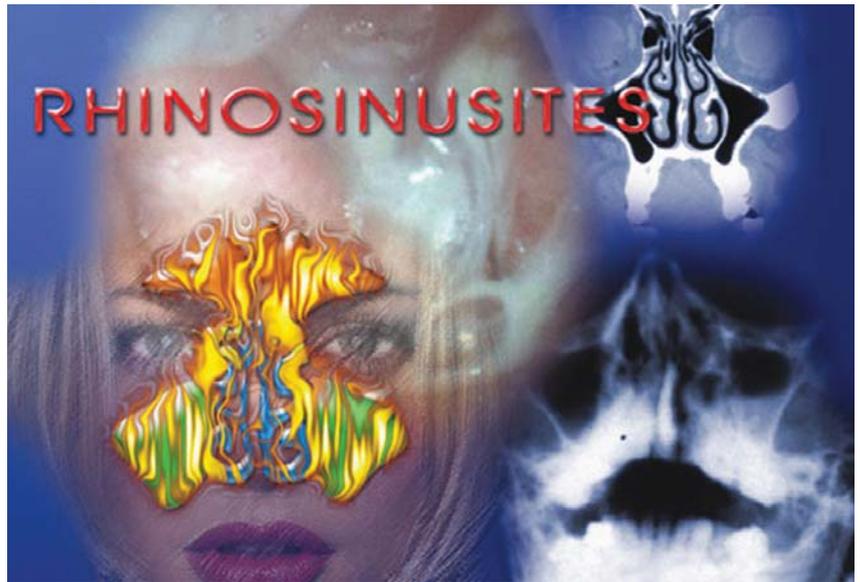
FAUT-IL TRAITER LA RHINOSINUSITE ?

Contrairement à la croyance populaire et aux demandes de certains clients, il ne faut pas d'emblée avoir recours aux antibiotiques pour traiter les symptômes de rhinosinusite aiguë³. Des directives émises en 2000 aux États-Unis, et mises à jour en 2004, remettent en cause l'utilisation abusive d'antibiotiques dès les premiers jours de la maladie.

De plus, d'autres études insistent sur le fait de bien poser le diagnostic avant de passer à la phase de traitement⁴. La surutilisation d'agents antimicrobiens risque non seulement d'entraîner la persistance des symptômes, mais aussi de mener à la résistance aux antibiotiques. Il est aussi reconnu que la couleur des sécrétions nasales ne devrait pas être un critère pour établir l'origine bactérienne de l'infection⁵.

Il ne faut pas d'emblée avoir recours aux antibiotiques pour traiter les symptômes de rhinosinusite aiguë.

Les diagnostics erronés et la prescription excessive d'antibiotiques qui en découle ont amené le Conseil du médicament du Québec à agir concrètement. D'abord, en collaboration avec les ordres professionnels, fédérations et associations médicales et pharmaceutiques, le Conseil a diffusé un bref guide sur la prise en charge de la rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte. Ce guide visait aussi à diminuer les coûts associés aux trop nombreuses ordonnances². La transmission de ces consignes aux différents cliniciens du Québec a entraîné, dans les trois mois suivants, une diminution d'environ 5,5 % des prescriptions de médicaments pour les cas de rhinosinusites. Pendant la même période, les prescriptions ont augmenté de près de 30,1 % dans le reste du Canada. Les auteurs de l'étude⁶ soulignent l'impact positif de la diffusion de telles directives pour changer la pratique médicale.



Le recours aux antibiotiques est recommandé seulement lorsque les symptômes persistent. Lorsque le client présente les symptômes courants de rhinosinusite, il est recommandé de :

- prendre des analgésiques pour soulager la douleur ;
- boire une grande quantité de liquide ;
- utiliser des solutions salines nasales pour liquéfier les sécrétions ;
- utiliser des décongestionnants oraux ou en aérosol pour diminuer l'inflammation ;
- s'administrer des corticostéroïdes en inhalation et des antihistaminiques en présence d'une composante allergique inflammatoire.

Ces mesures constituent l'approche la plus adéquate pendant les sept premiers jours. En général, la rhinosinusite virale disparaîtra spontanément. Nul besoin d'antibiotiques.

TABLEAU 1

SIGNES ET SYMPTÔMES DE RHINOSINUSITE (2 CRITÈRES PRINCIPAUX OU 1 CRITÈRE PRINCIPAL ET 2 CRITÈRES SECONDAIRES)	
Critères principaux <ul style="list-style-type: none"> ■ Algie/pression faciale ■ Congestion/plénitude faciale ■ Congestion nasale ■ Rhinorrhée purulente/écoulement rétropharyngé ■ Hyposmie/anosmie ■ Sécrétions purulentes à l'examen ■ Fièvre 	Critères secondaires <ul style="list-style-type: none"> ■ Céphalée ■ Halitose ■ Fatigue ■ Algie dentaire ■ Toux ■ Algie, pression, plénitude auriculaire

Traduit de : Zacharek, M.A., P.N. Malani et M.S. Benninger. « An approach to the diagnosis and management of acute bacterial rhinosinusitis », *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, 2005, vol. 3, n° 2, avril 2005, p. 272. Reproduction autorisée par Future Drugs Ltd.

TABLEAU 2

ANTIBIOTIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE AIGÜE		
Antibiotique	Posologie	Durée
Première intention		
Amoxicilline	500 mg toutes les 8 heures	10 jours
Deuxième intention*		
Amoxicilline-clavulanate (Clavulin)	500 mg toutes les 8 heures ou 875 mg toutes les 12 heures	10 jours
Céfuroxime axétil (Ceftin)	250 mg toutes les 12 heures	7 jours
Cefprozil (Cefzil)	250-500 mg toutes les 12 heures	10 jours
Clarithromycine (Biaxin)	500 mg toutes les 12 heures ou 1000 mg toutes les 24 heures	14 jours
Lévofloxacine (Levaquin)	500 mg toutes les 24 heures	10 jours
Moxifloxacine (Avelox)	400 mg toutes les 24 heures	7 jours

* Indications pour un traitement de deuxième intention :

- Allergie à la pénicilline
- Antibiothérapie dans les trois derniers mois
- Absence de réponse à une antibiothérapie de première intention au bout de 72 à 96 heures de traitement
- Patient immunodéprimé
- Sinusite frontale sphénoïdale

* Les antibiotiques de deuxième intention sont présentés par ordre alphabétique sans égard à leur efficacité.

Adapté de : Conseil du médicament (CDM). *Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte. Guides cliniques en antibiothérapie*, Québec, CDM, 2005. Adaptation autorisée.

L'ANTIBIOTHÉRAPIE

Lorsque les symptômes s'aggravent entre le troisième et le sixième jour ou qu'ils persistent après le septième jour, on peut alors supposer une cause bactérienne, qui répondra très bien aux médicaments présentés au tableau 2. ■

RÉFÉRENCES :

1. Durr, D.G., M.Y. Desrosiers et C. Dassa. « Impact of rhinosinusitis in health care delivery: the Quebec experience », *Journal of Otolaryngology*, vol. 30, n° 2, avril 2001, p. 93-97.
2. Conseil du médicament (CDM). *Rhinosinusite bactérienne aiguë chez l'adulte. Guides cliniques en antibiothérapie*, Québec, CDM, 2005.
3. File, T.M. Jr. et J.A. Hadley. « Rational use of antibiotics to treat respiratory tract infections », *American Journal of Managed Care*, vol. 8, n° 8, août 2002, p. 713-727.
4. Zacharek, M.A., P.N. Malani et M.S. Benninger. « An approach to the diagnosis and management of acute bacterial rhinosinusitis », *Expert Review of Anti-Infective Therapy*, vol. 3, n° 2, avril 2005, p. 272.
5. Laperrière, L. et J. Gauthier. « Lorsque le sinus en prend pour son rhume... », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 11, nov. 2007, p. 43.
6. Duval, M. et M. Desrosiers. « Guidelines for management of acute bacterial rhinosinusitis: impact on Quebec physicians' prescriptions for antibiotics », *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, vol. 136, n° 2, févr. 2007, p. 258-260.