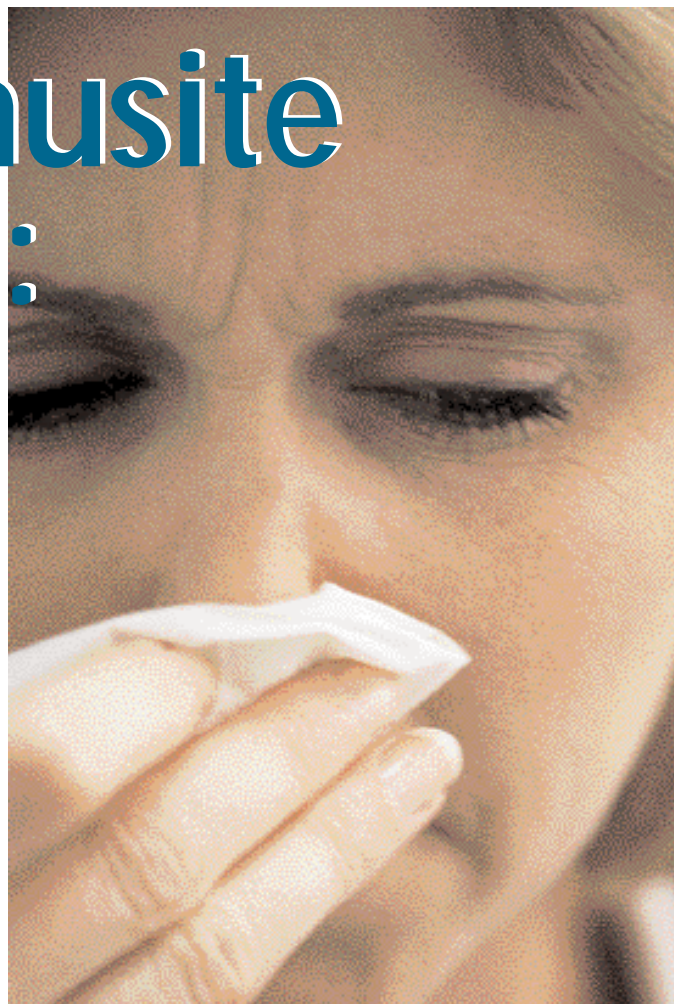


# La rhinosinusite chronique :

## une approche clinique

Madame Tremblay, une femme âgée de 36 ans, se présente à votre bureau. Depuis quatre mois, elle se plaint d'obstruction nasale, d'hyposmie intermittente et d'une toux chronique. Elle a consulté un médecin à six reprises et tous les antibiotiques prescrits ont échoué.



Par Louis Péloquin, M.D., FRCSC, et Jean-François Cloutier



Dr Péloquin est professeur adjoint de clinique, Université de Montréal, et oto-rhino-laryngologiste, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Sainte-Justine.



M. Cloutier est externe II et stagiaire en oto-rhino-laryngologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Sainte-Justine.

Madame Tremblay vous demande de lui prescrire le bon antibiotique ou de la référer en vue d'une éventuelle chirurgie. Comment aborderez-vous ce problème clinique?

### Est-ce un problème courant?

Selon différentes enquêtes menées aux États-Unis, la rhinosinusite aiguë et chronique a une incidence de 14 % par année dans la population générale. Par ailleurs, on estime que plus de 25 % des patients allergiques et 43 % des asthmatiques développeront une rhinosinusite au cours de leur vie.<sup>1</sup>

### La complexité du diagnostic

La rhinosinusite chronique est définie comme une association de signes et de symptômes par l'Académie américaine d'oto-rhino-laryngologie (tableau 1). Cette maladie peut être causée par une variété de facteurs originant de l'hôte et de

# La rhinosinusite chronique

## En bref :

### La rhinosinusite chronique : une approche clinique

1. Identifier les facteurs prédisposants et aggravants de l'hôte et de l'environnement.
2. Examen physique en recherchant particulièrement :  
les signes cardinaux de la rhinosinusite chronique ;  
la purulence ;  
des polypes ;  
des anomalies.
3. Le traitement :  
agir au niveau des facteurs prédisposants et aggravants ;  
vaporiser et irriguer d'eau saline ;  
vaporiser des corticostéroïdes ;  
prescrire des corticostéroïdes systémiques à court terme, si indiqué ;  
mettre en route une antibiothérapie (si purulence objectivée ou rapportée par les antécédents).
4. Consultation en oto-rhino-laryngologie si absence d'amélioration.
5. Endoscopie endonasale et, au besoin, tomographie en coupes coronales.
6. Chirurgie endoscopique fonctionnelle des sinus (dans moins de 20 % des cas).

l'environnement (tableau 2). L'identification d'une cause précise est souvent difficile dans l'état actuel des connaissances médicales.

**La rhinosinusite chronique** se caractérise par une inflammation pouvant mener à des changements polypoïdes de la muqueuse. Une éosinophilie tissulaire se retrouve à l'histologie.

**La rhinite allergique perannuelle** est caractérisée par une hyperactivité nasale et trois symp-

tômes doivent être cherchés : une obstruction nasale alternante de gauche à droite, des quintes d'éternuements (salves histaminiques) et une rhinorrhée antéropostérieure, souvent plus importante à l'éveil le matin.

**La polypose nasale** est une pansinusite polypoïde chronique originant des cellules ethmoïdales. Les polypes inflammatoires comportent des glandes muqueuses dilatées et kystiques, un influx de cellules inflammatoires et une prédominance éosinophilique. Il y a obturation des orifices des sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux avec une accumulation de liquide de rétention dans ces sinus. Cela explique les surinfections à répétition chez les patients atteints d'une polypose nasale diffuse. Les céphalées sont peu fréquentes chez ces derniers et seulement 40 % de ces patients ont des tests d'allergie cutanés positifs.<sup>4</sup>

La rhinite allergique et la polypose nasale sont des états inflammatoires de la muqueuse nasale qui doivent être distingués de la rhinosinusite chronique. L'obturation de l'ostium des sinus, par une rhinite allergique, entre autres, peut cependant prédisposer le patient à une rhinosinusite chronique. Il faut donc prendre note de toute fluctuation des symptômes.

## L'anamnèse et l'examen clinique

Les symptômes de la rhinosinusite chronique sont souvent plus frustrés que ceux de la rhinosinusite aiguë. Entre autres, les patients rapportent moins de sensation de pression faciale. Ils se plaignent surtout d'obstruction nasale et de rhinorrhée épaisse. La toux chronique, pire la nuit, et la rhinorrhée postérieure font souvent partie du tableau clinique. L'unilatéralité des symptômes

# La rhinosinusite chronique

Tableau 1

## Le diagnostic de la rhinosinusite chronique

Par définition, la rhinosinusite chronique est une persistance de signes et de symptômes pendant plus de 12 semaines. Pour établir le diagnostic, on doit compter soit deux facteurs majeurs, soit un facteur majeur et deux mineurs, soit un facteur majeur et un écoulement purulent à l'examen.

### Les facteurs majeurs

- Douleur ou sensation de pression faciale<sup>1</sup>
- Sensation de plénitude faciale
- Obstruction nasale
- Hyposmie ou anosmie
- Rhinorrhée colorée, purulente, antérieure ou postérieure
- Purulence dans la cavité nasale à l'examen

### Les facteurs mineurs

- Céphalée
- Fièvre
- Halitose
- Fatigue
- Douleur au niveau des dents
- Toux
- Douleur, pression ou sensation de plénitude au niveau des oreilles

1 : la douleur ou pression faciale seule ne constitue pas un antécédent suggestif de rhinosinusite, en l'absence d'un autre facteur majeur.

Adapté de la référence 2.

doit inquiéter le clinicien surtout dans un contexte chronique; elle peut masquer une maladie plus grave comme un lymphome, un adénocarcinome ou un carcinome nasosinusien.

Il est important de demander au patient si ses symptômes reviennent de façon périodique avec les saisons. Des antécédents saisonniers d'obstruction nasale en bascule (alternance gauche-droite), de rhinorrhée claire, de quintes d'éternuements et de prurit oculaire permet de distinguer la rhinite allergique sur une longue période d'une rhinosinusite chronique.

**ACTONEL : Lorsque vous recherchez des résultats rapides et durables dans le traitement de l'ostéoporose**

**D'ici seulement 12 mois, 1 femme sur 5 pourrait subir une nouvelle fracture vertébrale<sup>1\*</sup>**

**ACTONEL a procuré des résultats rapides**

- ACTONEL est le seul traitement éprouvé à offrir une réduction significative du risque de fracture radiographique ou clinique en seulement un an<sup>2,3††</sup>

- Une réduction des nouvelles fractures vertébrales pouvant atteindre 65 % a été démontrée en seulement 1 an

(ACTONEL, 2,4 % vs témoins, 6,4 %;  $p < 0,001$ ;  $n = 2\,458$ )<sup>2,††</sup>

**ACTONEL a procuré des résultats durables**

- Une protection durable contre les fractures sur une période de 3 ans<sup>2,3††</sup>

\* Selon l'analyse des données de 4 essais d'envergure, d'une durée de 3 ans, sur le traitement de l'ostéoporose et réalisés auprès de 2 725 patients (risque relatif [RR] = 5,1; présence de  $\geq 1$  fracture préexistante;  $p < 0,001$ ).

† Essai comparatif à double insu avec randomisation et groupe témoin portant sur 2 458 femmes ménopausées ayant subi au moins 1 fracture vertébrale. Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

†† Essai clinique de 3 ans (VERT-MN) portant sur 1 226 femmes ménopausées (18,1 % vs 29 %;  $p < 0,001$ ). Toutes les patientes ont reçu 1 g/j de calcium et, si les valeurs de départ étaient faibles, 500 UI/j de vitamine D.

5 mg



© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.



Fabriqué et distribué par :  
La Compagnie Pharmaceutique  
Procter & Gamble Canada, Inc.  
Toronto (Ontario) M5W 1C5



Commercialisé conjointement avec :  
Aventis Pharma Inc.  
Laval (Québec) H7L 4A8



# La rhinosinusite chronique

Tableau 2

## Les causes multifactorielles de la rhinosinusite chronique

### Les facteurs de l'hôte

#### Fréquents

Rhinite allergique (80 %)

Rhinite vasomotrice (< 10 %)

Polypose nasale diffuse (< 2 %)

Infection dentaire apicale

Triade à l'acide acétylsalicylique (asthme + polypose nasale + intolérance à l'acide acétylsalicylique)

#### Moins fréquents

Néoplasies (bénignes et malignes)

Anomalies anatomiques (déviation septale, cornet moyen bullaire, encéphalocèles, etc.)

Fibrose kystique

Syndrome de dysmotilité ciliaire

Granulomatose de Wegener, Sarcoidose, Churg-Strauss, périartérite noueuse

Diabète

Virus de l'immunodéficience humaine

Immunosuppression, chimiothérapie

### Les facteurs environnementaux

Virus, bactéries ou mycoses (*aspergillus*)

Tabagisme (primaire ou secondaire)

Produits chimiques environnementaux

Corps étrangers

Adapté des références 2 et 3.

Un examen complet de la tête et du cou est nécessaire. On recherche tout d'abord de l'érythème et de l'œdème au niveau des régions maxillaires, orbitaires et frontales. Bien que rare chez les patients atteints de rhinosinusite chronique, ces manifestations pourraient témoigner d'une complication infectieuse orbitaire ou intracrâ-

nienne. Ensuite, la percussion au niveau des sinus frontaux et maxillaires peut permettre de détecter une douleur associée à un sinus infecté ou mal pneumatisé. Une légère pression frontale est appliquée sous le rebord orbitaire supérieur où le plancher du sinus est le plus mince. La pression maxillaire doit être pratiquée au niveau de la fosse canine, au-dessus de la canine supérieure (dents n<sup>os</sup> 13 et 23). La transillumination des sinus est rarement effectuée, car cette technique a une faible sensibilité et spécificité. L'examen du pharynx permet de visualiser une pharyngite granuleuse au niveau du pharynx postérieur. Il s'agit d'un gonflement des corpuscules lymphoïdes intramuqueux (*mucosal associated lymphoid tissue*) causé par la rhinorrhée postérieure de produits de l'inflammation ou infectieux. L'examen du cou permet de palper d'éventuelles adénopathies.

La rhinoscopie antérieure peut être effectuée avec un otoscope muni d'un embout auriculaire moyen. Cette partie essentielle de l'examen permet de trouver les signes endonasaux distinctifs de la rhinosinusite : érythème muqueux, œdème ou présence de croûtes. La recherche de sécrétions purulentes au niveau du méat moyen est également importante. De plus, on peut identifier des déviations septales importantes et éliminer la présence de corps étrangers, plus souvent chez l'enfant. Cet examen peut révéler la présence de polypes intranasaux. Les polypes se manifestent comme des masses pédonculées, grisâtres et insensibles au toucher, qui se distinguent de la muqueuse normale rosée (figure 1). La polypose nasale peut expliquer une absence de réponse à différents antibiotiques avec un tableau de rhinosinusite chronique.

En oto-rhino-laryngologie (ORL), un examen endoscopique de la cavité nasale permet de mieux

# La rhinosinusite chronique

Tableau 3

## Les indications de référence immédiate à un oto-rhino-laryngologiste

Masse endonasale unilatérale ou soupçon de néoplasie  
Soupçon de corps étranger endonasal  
Preuve d'une complication infectieuse orbitaire ou intracrânienne  
Sinusite réfractaire au traitement médical (bactérienne ou fongique)  
Céphalées frontales dans un contexte infectieux  
Épistaxis unilatérale chronique réfractaire au traitement médical  
Polypose nasale massive  
Fistule de liquide céphalo-rachidien

visualiser la région du méat moyen et de trouver des polypes de petit volume qui auraient pu passer inaperçu à la rhinoscopie antérieure. Des cultures microbiennes guidées par endoscopie sont parfois effectuées. Elles sont inutiles sans endoscopie car elles manquent de spécificité.

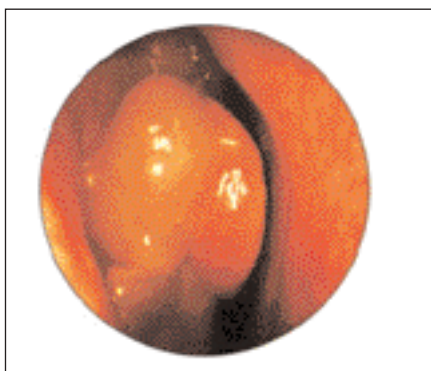


Figure 1. Polypose nasale (polype, cornet moyen et septum nasal [de gauche à droite]).

## Les tests diagnostiques

La tomodensitométrie en coupes coronales reste la modalité de choix en termes d'imagerie des sinus paranasaux. Le plan coronal permet de visualiser la région du complexe ostioméatal, espace sous le cornet moyen qui correspond au carrefour de drainage des sinus maxillaires, frontaux et ethmoïdes antérieurs. Il est plus souvent touché dans la rhinosinusite chronique. Les résultats de la tomodensitométrie ont une corrélation estimée à 75 % avec les symptômes et les résultats de l'endoscopie diagnostique. Cependant, le coût élevé de cette technique d'imagerie limite son utilité à

**ACTONEL : Lorsque vous recherchez une action rapide dans le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne**

Nouvelle indication

**On a démontré qu'ACTONEL permettait de réduire significativement les fractures vertébrales en seulement 1 an<sup>4</sup>**

- Les résultats d'un essai clinique réalisé auprès d'hommes et de femmes indiquent une réduction de 70 % du risque de fracture vertébrale (Actonel, 5 % vs témoins, 16 %;  $p = 0,01$ ;  $n = 518$ )<sup>4</sup>
- ACTONEL s'est révélé efficace sans égard à l'affection sous-jacente, à l'âge, au sexe, à la dose de glucocorticoïdes administrée ou à la DMO de départ<sup>5</sup>

\* Patients qui prennent des glucocorticoïdes depuis peu ou qui suivent une glucocorticothérapie prolongée

ACTONEL est indiqué pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose glucocorticoïdienne (OG) chez l'homme et la femme. La posologie recommandée pour l'OPM et l'OG est de 5 mg par jour.

Au cours des essais cliniques portant sur le traitement de l'ostéoporose glucocorticoïdienne par ACTONEL, les effets indésirables les plus fréquents étaient des douleurs dorsales et articulaires (4,0 % vs 4,7 %) et la dyspepsie (5,7 % vs 2,9 %). Ces effets étaient habituellement légers, et la plupart des patients n'ont pas eu à cesser de prendre leurs comprimés ACTONEL.

5 mg



© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

Monographie du produit fournie sur demande.

Fabriqué et distribué par :  
La Compagnie Pharmaceutique  
Procter & Gamble Canada, Inc.  
Toronto (Ontario) M5W 1C5

Commercialisé conjointement avec :  
Aventis Pharma Inc.  
Laval (Québec) H7L 4A8

Membre  
R&D CCFP

# La rhinosinusite chronique

Tableau 4

## Les indications de la chirurgie endoscopique des sinus

### Les indications absolues

Polypose bilatérale extensive et massive

Complications de la rhinosinusite (abcès orbitaire, abcès intracrânien, méningite)

Rhinosinusite chronique avec formation d'une mucocèle ou d'une mucopyocèle

Rhinosinusite fongique

Tumeurs bénignes ou malignes de la cavité nasale ou des sinus paranasaux

Rhinorrhée de liquide céphalo-rachidien (fistules, encéphalocèles)

### L'indication relative

Rhinosinusite chronique réfractaire au traitement médical

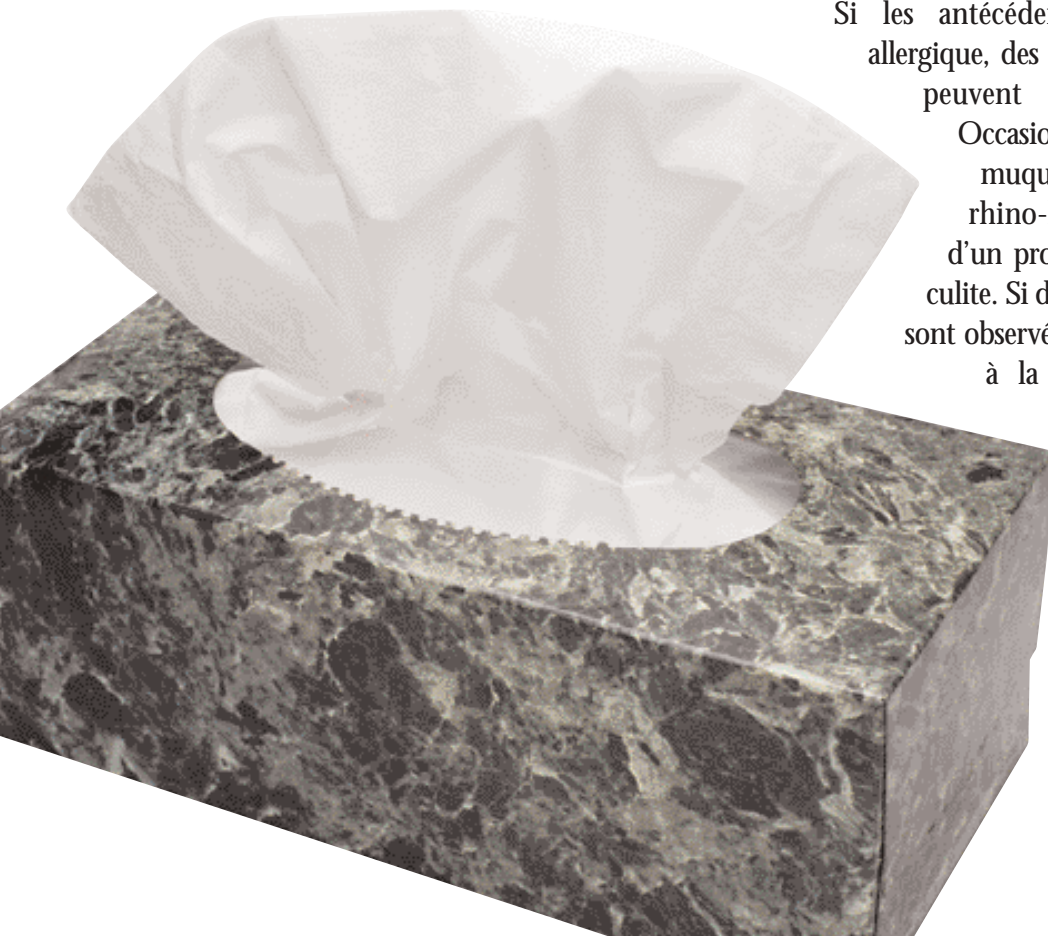
Adapté de la référence 9.

trois situations cliniques. La première est l'évaluation de l'extension d'une infection en dehors des sinus (orbitaire ou intracrânienne). Dans ce cas seulement, on demandera une tomodensitométrie avec produit de contraste. La seconde indication de tomodensitométrie est l'évaluation des patients avec rhinosinusite chronique qui n'ont pas répondu au traitement médical. Une chirurgie fonctionnelle des sinus pourra être envisagée à la lumière du résultat. La dernière situation est tout soupçon d'un processus tumoral bénin ou néoplasique au diagnostic différentiel.

Si les antécédents suggèrent une rhinite allergique, des tests d'allergie intradermiques peuvent être envisagés.

Occasionnellement, une biopsie de la muqueuse est considérée par l'oto-rhino-laryngologiste en présence d'un processus tumoral ou d'une vasculite. Si des manifestations pulmonaires sont observées, on pourra penser à un test à la sueur, afin d'éliminer une

fibrose kystique. Près de 40 % des patients porteurs du virus de l'immunodéficience humaine sont détectés lors de l'évaluation d'infections réfractaires de la tête et du cou, avec la rhinosinusite en tête de liste.<sup>6</sup>



## La rhinosinusite chronique

### La microbiologie de la rhinosinusite chronique

Bien que le rôle des infections virales et bactériennes soit bien établi dans la rhinosinusite aiguë, leur contribution est moins claire dans la rhinosinusite chronique. Les bactéries le plus souvent retrouvées dans des analyses quantitatives sont le staphylocoque à coagulase négative (51 %), le staphylocoque *aureus* (20 %), les anaérobies (3 %) et le streptocoque *pneumoniae* (4 %). Une flore polymicrobienne est trouvée dans seulement 16 % des cas. L'incidence de la résistance aux bêta-lactamases de l'ordre de 50 % dans la rhinosinusite chronique peut s'expliquer par la multitude de traitements antibiotiques.

La rhinosinusite fongique, souvent aspergillaire, reste peu fréquente chez le patient immuno-compétent. Son traitement relève du spécialiste en ORL et consiste en une chirurgie pour bien vider et pneumatiser les cavités sinusiennes atteintes. Le tableau 3 présente les autres situations où une référence immédiate en ORL est suggérée.

### La pharmacothérapie

Il est généralement acquis que le maintien d'une fluidité du mucus et sa mobilisation est bénéfique pour tous les patients atteints de rhinosinusite. Les vaporisations et irrigations d'eau saline sont des solutions peu coûteuses qui améliorent significativement les symptômes des patients. Un usage chronique de décongestionnants topiques est déconseillé, car il peut mener à une rhinite médicamenteuse au bout de cinq jours d'utilisation. Aucune étude n'a démontré de bénéfice à utiliser des antihistaminiques dans le traitement de la rhinosinusite chronique.<sup>6</sup>

Les stéroïdes topiques intranasaux peuvent être prescrits afin de diminuer l'inflammation de la muqueuse nasale. On peut y ajouter une corticothérapie systémique de courte durée. On prescrit alors une dose quotidienne de l'ordre de 50 mg de prednisone pendant 7 jours en prenant bien soin d'informer le patient des risques minces, mais présents, de

**ACTONEL : Lorsque vous recherchez d'excellents profils d'innocuité et de tolérance dans le traitement de l'ostéoporose**

### Profil de tolérance gastro-intestinale comparable à celui d'un placebo

Produit testé auprès de patientes représentatives de la population réelle sans critère d'exclusion d'ordre gastro-intestinal<sup>6</sup>

- Chez plus de 5 000 patientes ostéoporotiques ménopausées<sup>6</sup>
- Y compris dans les cas suivants :<sup>6</sup>
  - Présence d'un trouble gastro-intestinal : 40 %
  - Emploi d'un AINS : 48 %
  - Emploi d'AAS : 32 %
  - Emploi d'un anti-H<sub>2</sub> et/ou d'un IPP : environ 20 %

Les effets indésirables gastro-intestinaux les plus fréquents lors de l'emploi d'ACTONEL comparativement au placebo ont été les douleurs abdominales (11,8 % vs 9,5 %), la dyspepsie (10,4 % vs 10,5 %) et les gastrites (2,6 % vs 2,4 %).

5 mg



© Actonel est une marque déposée de Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., É.-U., utilisée sous licence par Aventis Pharma Inc., Laval (Québec) H7L 4A8.

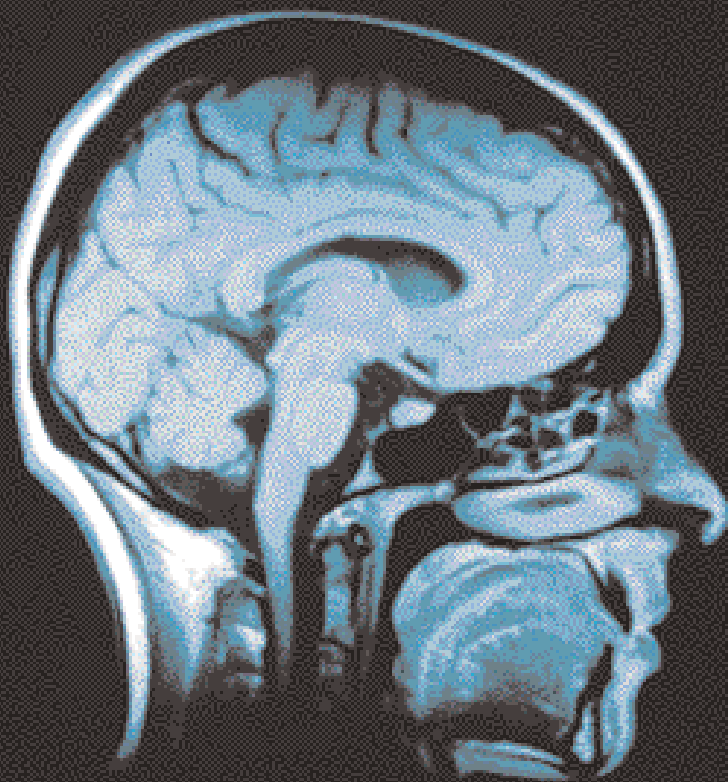
Monographie du produit fournie sur demande.

Fabriqué et distribué par :  
La Compagnie Pharmaceutique  
Procter & Gamble Canada, Inc.  
Toronto (Ontario) M5W 1E5

Commercialisé conjointement avec :  
Aventis Pharma Inc.  
Laval (Québec) H7L 4A8



## La rhinosinusite chronique



### Les indications du traitement chirurgical

La chirurgie endoscopique fonctionnelle des sinus vise à en faciliter la pneumatisation et à permettre un meilleur transport mucociliaire. Les indications absolues et relatives de cette chirurgie figurent au tableau 4.

Le succès à long terme de l'approche chirurgicale dépend de la cause de la rhinosinusite chronique. Moins de 20 % des cas nécessitent une chirurgie. De ces derniers, 85 % des patients avec des facteurs prédisposants tels allergie, polypose nasale, asthme et tabagisme seront guéris par l'approche chirurgicale, contre moins de 50 % des patients atteints d'un déficit immunitaire, d'une fibrose kystique ou d'une triade à l'acide acétylsalicylique (polypose nasale, asthme et intolérance à l'acide acétylsalicylique).

### Et alors, qu'arrive-t-il à M<sup>me</sup> Tremblay?

L'état de cette patiente qui présente de l'obstruction nasale, de l'hyposmie et une toux chronique n'a pas été amélioré par de nombreux antibiotiques. À l'examen clinique, vous découvrez, à votre grande surprise, une polypose nasale bilatérale modérément grave exempte de purulence dans les cavités nasales. Vous l'informez de sa maladie, prescrivez un corticostéroïde en vaporisation et 50 mg de prednisone die pendant 7 jours. Vous lui recommandez également des lavages quotidiens des cavités nasales avec une solution saline isotonique. Vous la revoyez un

développer une nécrose aseptique de la hanche. Si une antibiothérapie est envisagée, elle devrait durer au moins deux semaines et consister en un antibiotique résistant aux bêta-lactamases à la suite de l'échec d'un premier traitement. L'immunothérapie peut constituer une mesure additionnelle valable dans le traitement à long terme de la rhinosinusite chronique dans un contexte allergique.

# La rhinosinusite chronique

mois plus tard et notez une importante régression des polypes. La patiente se dit nettement soulagée. Une consultation en ORL confirme votre diagnostic et permet d'écarter la présence d'une maladie plus grave telle qu'un adénocarcinome ou un papillome inversé. Vous lui dites qu'elle devra poursuivre son traitement de corticostéroïde en vaporisation à long terme pour maîtriser sa maladie. *Clin*

## Références

1. Van Cauwenberge, P : Epidemiology of chronic rhinosinusitis. *Thorax* 55:S20, 2000.
2. Lanza, D : Adult rhinosinusitis defined. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 3:S1, 1997.
3. Chester, A : Chronic Sinusitis. *American Family Physician* 3:877, 1996.
4. Kaliner, M : Sinusitis: Bench to Bedside. *J of Allergy and Clinical Immunology* 6:S829, 1997.
5. Hadley, J : Clinical evaluation of rhinosinusitis: History and physical examination. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 3:S8, 1997.
6. Osguthorpe, D : Rhinosinusitis, Current Concepts in Evaluation and Management. *Otolaryngology for the Internist* 1:27, 1999.
7. Zinreich, S : Rhinosinusitis: Radiologic Diagnosis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 3:S27, 1997.
8. Benninger, M : The medical management of rhinosinusitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 3:S41, 1997.
9. Anand, V : Surgical management of adult rhinosinusitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 3:S50, 1997.
10. Osguthorpe, D : Adult Rhinosinusitis: Diagnosis and Management. *American Family Physician* 1:69, 2001.

