

Rhinosinusite Chronique

Colloque MPR
HUG, le 24/02/2010

Dr. Sladjana FRTUNIC DESPOTOVIC

Schémas de l'exposé

- Cas clinique de la rhinosinusite chronique
- Causes structurelles des symptômes nasaux
- Définition
- Etiologies et physiopathologie
- Manifestations cliniques
- Diagnostic
- Traitement
- Synthèse

Cas clinique M. S.D., 40 ans

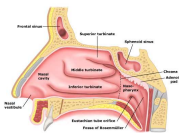
- **Motif de consultation :**
 - Symptômes nasaux non-traités présents depuis des années
 - Plénitude et sécrétions nasales séreuses
 - douleur faciale matinale
 - diminution d'odorat
- **Antécédent :**
 - Fracture traumatique des côtes

Cas clinique M. S.D., 40 ans

- **Habitudes :**
 - Tabagisme actif
 - Pas d'allergies connue
 - Pas de consommation de substance
- **Examen clinique :**
 - Muqueuses nasales oedématisées
 - Déviation du septum
 - Percussion et palpation sans douleur
 - Pharynx sans particularité

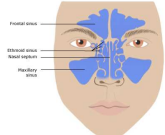
Causes structurelles des symptômes nasaux

• Nez



- Corps étrangers
- Déviation de la cloison
- Perforation septale
- Folliculite
- Valves nasales
- Polypes nasaux

• Sinus



- Polypes
- Mucocèles
- Tumeurs

Définition et manifestation clinique

- **Qu'est-ce qu'une rhinosinusite chronique ?**
 - Infection inflammatoire des voies nasales et des sinus d'une durée minimum de 12 semaines
- **Quels sont les symptômes?**
 - Présence d'au moins deux des symptômes suivants :
 - Drainage mucopurulent antérieur et/ou postérieur
 - Obstruction nasale
 - Algie faciale, sensation de pression et/ou de plénitude
 - diminution de l'odorat

Etiologie multifactorielle

•Intrinsèques:

- anomalie mucociliaires (mucoviscidose, dyskinésie ciliaire primaire)
- structurale (déviation du septum...)
- Dysfonctionnements immunologiques (12% adulte avec RSC sans PN)
- intolérance à l'aspirine associée à l'asthme et la PN
- hormonale (hypothyroïdie)
- auto-immune (Wegener)
- vasculite (LES, Churg-Strauss)

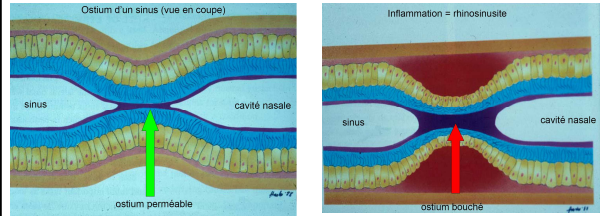
•Extrinsèques:

- infectieuse (virale, bactérienne, fongique, parasitaire)
- tabagisme
- pollution aérienne
- toxique (ozone, formaldéhyde...)

Schwartz Med Forum 2005;5:1027-1031

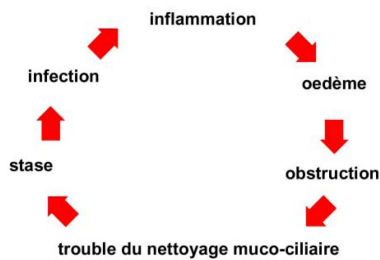
Pathophysiologie

dysperméabilité du complexe osteomeatal



Pathophysiologie

cercle vicieux de RSC



Manifestations cliniques

• Quels sont ses sous-types ?

- o RSC sans polypose nasale (60-65%)
- o RSC avec polypose nasale (20-30%)
- o RSC fongique allergique (8-12%)

Manifestations cliniques

Symptômes	RSC sans polypose nasale	RSC avec polypose nasale	RSC fongique allergique
Polyposes nasales bilatérales	Non (leur exclusion est requise pour le diagnostic)	Oui (requis pour le diagnostic)	Oui (majeure partie des cas)
Mucine allergique	Peut être présent	Peut être présent	Oui (requis pour le diagnostic)
Intolérance à l'aspirine	Rarement	Présent dans 40% des cas	Rarement
Preuve d'une allergie IgE médiée aux champignons	Peut être présent	Peut être présent	Oui (requis pour le diagnostic)

Diagnostic

Évaluation par médecin de premier recours :

- **Histoire clinique** : exposition aux allergènes à domicile et au travail
- **Évaluation d'allergie** : test cutané, IgE spécifique sérique,
- **Défauts immunologiques** : Leuco, avec répartition, ANCA (W), VS, myélopéroxydase et Ac anti protéinase-3 (Ch.St), inhibiteur d'enzyme de conversion (S)
- **Fonction thyroïdienne** et Ac anti thyroïdiens

Évaluation par médecin spécialiste :

- **Fonction mucociliaire** (test de saccharose, biopsie)
- **Documentation objective de la maladie des muqueuses**
 - o Endoscopie : visualiser cavités nasale et des sinus, frottis, échantillon de mucus
- **Si symptômes unilatéraux et/ou bilan pré oper.**
examen de choix: sinus CT scan !!! n'est pas recommandé en routine!!!
- **Complications infectieuses** : orbitaires, intracrâniennes et osseuses

Traitement de la rhinosinusite chronique

Différentes thérapies applicables :

- Solution saline par voie nasale
- Glucocorticoïdes intra-nasale
- Glucocorticoïdes systémiques
- Antimicrobiens
- Chirurgie

European position paper on the primary care diagnosis and management of RS and NP 2007

Table 2. Treatment evidence and recommendations for adults with chronic rhinosinusitis without nasal polyps.

Therapy	Level	Grade of recommendation	Relevance
Oral antibiotic therapy short term <2 weeks	Ib (-)	C	no
Oral antibiotic therapy long term >12 weeks	Ib (-)	A	yes
Antibiotics - topical	III	D	no
Steroid - topical	Ib (-)	A	yes
Steroid - oral	no data	D	no
Nasal saline douche	Ib (-)	A	yes
Decongestant oral / topical	no data	D	no
Mucolytics	III	C	no
Antimycotics - systemic	Ib (-)#	D	no
Antimycotics - topical	Ib (-)#	D	no
Oral antihistamine in allergic patients	no data	D	no
Proton pump inhibitors	no data	D	no
Bacterial lysates	Ib (-)	A	no
Immunomodulators	Ib (-)#	D	no
Phytotherapy	Ib (-)#	D	no
Anti-leukotrienes	III	C	no

: (b) study with a negative outcome

Primary Care Repertory Journal (2008) ; 17(2) : 79-89

Table 3. Treatment evidence and recommendations for adults with chronic rhinosinusitis with nasal polyps.

Therapy	Level	Grade of recommendation	Relevance
Oral antibiotics short term <2 weeks	no data	D	no
Oral antibiotics long term >12 weeks	no data	D	yes, for late relapse
Topical antibiotics	no data	D	no
Topical steroids	Ib	A	yes
Oral steroids	Ib	A	yes
Nasal douche	Ib no data in single use	A	yes for symptomatic relief
Decongestant topical / oral	no data in single use	D	no
Mucolytics	no data	D	no
Antimycotics - systemic	Ib (-)#	D	no
Antimycotics - topical	Ib (-)#	A	no
Oral antihistamine in allergic patients	Ib (-)#	A	no, in allergy
Capsaicin	II	B	no
Proton pump inhibitors	II	C	no
Immunomodulators	no data	D	no
Phytotherapy	no data	D	no
Anti-leukotrienes	III	C	no

Some of these studies also included patients with CRS without nasal polyps

: (b) study with a negative outcome

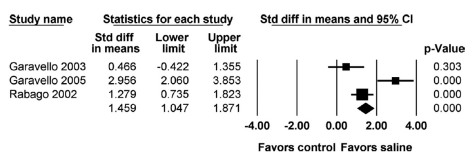
Primary Care Repertory Journal (2008) ; 17(2) : 79-89

Les exacerbations aiguës des RSC doivent être traitées comme des RSA

Antibiothérapie pendant 14 jours

Solution saline

- Plusieurs études randomisées et contrôlées sur des données de 1950-2006
- Critère d'inclusion : RSC diagnostiqué par endoscopie et CT scanner évalué par le score des symptômes
- But : Montrer l'efficacité d'irrigation de solution nasale vs. non traitement



Otolaryngology - Head and Neck Surgery (2007) 137, 532-534

Solution saline

- traitement initial pour tout type de RSC
- assure : lavage, hydratation, améliore fonction ciliaire
- non remboursée
- même efficacité : H₂O + 1cc de NaCl + 1cc de HCO₃⁻
- à longue durée

Diseases of the Sinuses : Diagnosis and Management. Kennedy, DW, Bolger, WF, Zinreich, SJ, BC Dekker, Hamilton, Ontario 2001

Glucocorticoïde topique

But : évaluer efficacité et tolérance chez patient avec RSC contrôlé , double aveugle

- 167 patients reçoivent BANS128 µg contre placebo pdt 20 semaines
- avec BANS : SSC diminue de 1.85
- placebo : SSC diminue de 1.02
- décongestion nasale, améliore odorat, PNIF augmente sensiblement p<0.01

Conclusion : bénéfique et bien toléré, diminue inflammation et taille de polypes
Traitement peut être prescrit à longue durée.

!!! ATTENTION glaucome!!!

Rhinologie 2004 juin ,A2 (2):57-62

Glucocorticoïde topique

- Plus efficace en gouttes qu'en pulvérisateur (atteint le méat moyen)
- Appliquer après bain de solution nasale
- Disponible en pharmacie : mométasone, fluticasone ,budésonide
- Traitement de départ pour RSC sans et avec PN
- Traitement post op pour la RSC fongique
- Posologie : pulvérisation ou gouttes 2x/j

Uptodate, Management of chronic rhinosinusitis 2009

Glucocorticoïde systémique

Si pas de réponse aux corticoïdes topiques et baigns nasaux, alors on introduit un traitement systémique.

- Traitement pour RSC avec PN : polypectomie médicamenteuse corticoïde (50 mg 2x/j pdt 14j)
- Traitement intensif pour RSC sans PN : corticoïde (20 mg 2x/j pdt 5j ; 20 mg 1x/j pdt 5j ; AB po. 3-4 sem)

Efficacité :

- Diminution de l'inflammation,
- Diminution de la taille des polypes

updated,management of chronic rhinosinusite , laste literature review for version 17.3 septembre 30,2009

Antibiotique

Si exacerbation, grande probabilités de présence des bactérie :

Aérobie : Streptococcus pneumoniae, Hémophilus influenzae, Moraxella catharalis
 œdèmes diminue l'apporte sanguin, Aerobes consomme O2

Anaérobie : Fusobacterium, Porphyromonas, Peptostreptococcus

Gram négatif : MRSA, Pseudomonas

Traitement d'exacerbation : 3-4 sem. (ex. amoxicillin 1gr 2x/j)

- **Si réfractaire :** Métronidasol, Azitriomycin

- **Si MRSA :** Vancomycine

European position paper on the primary care diagnosis and management of RS and NP 2007
 updated,management of chronic rhinosinusite , laste literature review for version 17.3 septembre 30,2009

Antibiotique

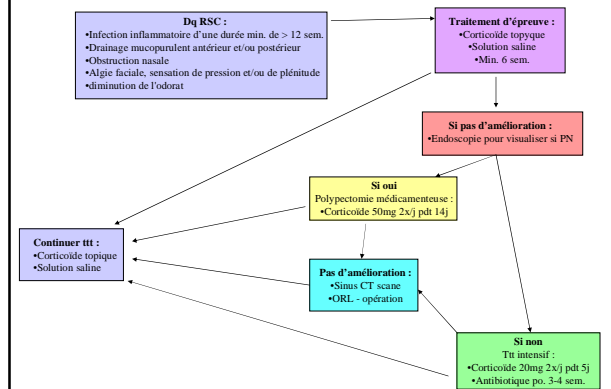
Durée de traitement n'est pas étudié. Proposition : min. 3 semaines, prolongation à 10 semaines si cas réfractaire.

Pas efficace dans le traitement du RSC,
 A des effet indésirables,
 Crée résistance

Si symptômes sévères, longue durée de la maladie, des Macrolide pour > 12 semaines peuvent être bénéfique pour son effet anti-inflammatoire.

European position paper on the primary care diagnosis and management of RS and NP 2007
 updated,management of chronic rhinosinusite , laste literature review for version 17.3 septembre 30,2009

Synthèse



Evidence-based management scheme for adults with acute rhinosinusitis

Sudden onset of two or more symptoms, one of which should be either nasal blockage/obstruction/congestion or nasal discharge: anterior/post nasal drip; ± facial pain/pressure, ± reduction or loss of smell; examination: anterior rhinoscopy
X-ray/CT not recommended

At any point immediate referral/hospitalisation

- Periorbital oedema
- Displaced globe
- Double vision
- Ophthalmoplegia
- Reduced visual acuity
- Severe unilateral or bilateral frontal headache
- Frontal swelling
- Signs of meningitis or focal neurologic signs

