

RHINOSINUSITE PURULENTE EN CONSULTATION ORL DE VILLE

ADJIBABI W¹., BIAOU O²., BIO-TCHANE I¹., ALAMOÛ S³., CHAKIBOU A¹., BOKO J¹.,
ALAO N³., HOUNKPE Y Y C¹.

1 Service ORL/CCMF CNHU-KM; 2 Service de Radiologie CNHU-KM; 3 Clinique Mutualiste de Cotonou CMC

RESUME

La rhino-sinusite purulente est une affection fréquente. Les auteurs ont rapporté dans une étude rétrospective leur expérience de la prise en charge de 68 patients vus en consultation ORL de ville.

84% des patients étaient âgés de 15 à 44 ans sans prédominance de sexe.

Les anomalies septoturbinales, les antécédents d'affection nasosinusienne et les caries dentaires étaient les plus fréquents des facteurs favorisants (80,88%).

L'ordre de fréquence des symptômes était : céphalées (79%), rhinorrhée 66% et obstruction nasale 56%.

La démarche diagnostique a distingué deux schémas :

- le diagnostic a été purement clinique et suffisant devant le contexte algique, rhinorrhéique et surtout la présence de pus au méat moyen, 57,35% de notre étude.

- il a été radio-clinique en l'absence de rhinorrhée, mais avec un méat moyen fermé et / ou oedémateux.

L'atteinte maxillaire a été prédominante 64%.

Le traitement a été médical chez tous nos patients, il a été associé parfois à une chirurgie des facteurs favorisants.

Mots Clés : Rhino-sinusite - Pus - Meat moyen

SUMMARY

A study of management about purulent rhino-sinusitis was carried out in 68 patients. Analysis of the case study demonstrated that this pathology affected patients aged from 15 years to 44 years without sex predominance. Septoturbinate abnormalities, recurrent rhino-sinusitis, dental infection were frequently associated 80,88%. Common symptoms are : headache 79% rhinorrhea 66% nasal obstruction 56%.

For management 2 ways were established :

- Clinical diagnosis was easy with patient presented : headache, rhinorrhea and pus in middle meatus.

- X ray Investigation were useful in other way.

The incidence of maxillary sinusitis was predominant 64%.

The treatment included vasoconstrictors – anti-inflammatory and antibiotics, septal and dental surgery was associated sometimes.

Key Words : Rhino-sinusitis - Pus - Middle meatus

INTRODUCTION

Les cavités para nasales sont en continuité avec les fosses nasales par l'intermédiaire des ostia ; elles sont tapissées par la même muqueuse de type respiratoire et forment ainsi un complexe physiopathologique indissociable [4, 10, 13]. Tout agent agressif sur la muqueuse sinusienne a un impact nasal ; de même que toute atteinte de la muqueuse nasale peut s'étendre au sinus réalisant une rhino-sinusite.

L'inflammation de la muqueuse sinusienne est une affection fréquente [10]. En consultation ORL au CNHU de Cotonou, 6 à 7 malades sur 10 sont vus pour des infections parmi lesquelles la rhinosinusite arrive au premier rang.

Pour cette raison il nous a semblé intéressant :
de dégager les signes fréquents de cette affection
de déterminer les démarches diagnostiques en fonction des moyens disponibles
d'élaborer un schéma thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE

De Juin 1999 à Mai 2002 soit trois ans, 800 patients ont été vus en consultation ORL .

Ont été inclus dans ce travail, les patients qui avaient présenté du pus au méat moyen ou ceux dont le méat moyen était fermé mais qui avaient une opacité sinusienne à l'imagerie.

Ont été exclus les patients présentant une inflammation limitée à la muqueuse nasale et les patients souffrant d'inflammation rhino-sinusienne chronique non surinfectée.

Tous les patients ont été traités localement par vasoconstricteurs, anti-inflammatoires et antibiotiques par voie générale ; le traitement antibiotique de 1er choix a fait appel à l'association amoxicilline + acide clavulanique, en 2ème intention aux céphalosporines de 2ème génération et enfin aux quinolones.

En cas de résistance au 2ème choix antibiotique (J7), 3ème choix a été guidé par un examen bactériologique et un antibiogramme du pus prélevé au méat moyen (J14).

Les anomalies morphologiques et les infections dentaires avaient bénéficié secondairement d'un traitement chirurgical.

Le recul a varié de 15 mois à 36 mois. Les patients ont été revus avec une périodicité de une semaine, deux semaines, deux mois, six mois puis tous les ans.

Ainsi 68 patients ont été colligés chez qui les paramètres suivants ont été étudiés :

- les paramètres généraux : âge, sexe, antécédents
- les symptômes : céphalées, rhinorrhée, obstruction nasale, éternuements-toux
- les résultats des examens radio cliniques : présence de pus au méat moyen
- anomalies radiographiques
- l'évolution en fonction du type de traitement.

RESULTATS

TABLEAU I : Répartition des patients selon l'âge (ans) et le sexe (M = masculin F= féminin)

	nb M / F
Moins de 15	2 / 2
15 à 44	31 / 25
45 à 54	2 / 2
55 à 64	2 / -
65 à 85	- / 2
Total	37 / 31

TABLEAU II : Répartition des patients selon les facteurs favorisants

	nb	%
Anomalies septo turbinales	27	39,70
Antécédents affection nasosinusienne	19	27,94
Carie dentaire	4	5,88
Traumatisme facial	2	2,94
VIH	2	2,94
Diabète	1	1,47
Total	55	

TABLEAU III : Répartition des patients selon les symptômes fréquemment signalés

	Nb	%
Céphalées	54	79,11
Rhinorrhée purulente	45	66,17
Obstruction nasale	38	55,88
Eternuement	29	42,64
Toux	26	38,23

TABLEAU IV : Répartition des patients selon les résultats des examens radio cliniques

	nb	%
Présence de pus au méat moyen	39	57,35
Méat moyen fermé	19	27,94
Opacité Maxillaire	36	64,28
Opacité Frontale	12	21,42
Opacité Sphénoïdale	3	5,35
Opacité Ethmoïdale	3	5,35
Opacité de plusieurs sinus	2	3,57
Abcès cérébral	1	1,77
Carie dentaire	4	5,88

38 patients avaient eu une radiographie standard des sinus dont 22 ont été reçus d'emblée avec leur cliché, 8 un scanner des sinus, 4 un orthopantomogramme.

TABLEAU V : aspect évolutif sous traitement médical.

	J7	J14	J14 et +
Pus au méat moyen	01	01	Prélèvement du pus
Méat moyen fermé	19	8	Imagerie médicale
Anomalies Septoturbinales	25	25	
Polyposes naso-sinusiennes	2	0	

Parmi les anomalies septoturbinales 8 avaient eu une septoplastie associée à une turbinectomie.

Un cas de méat moyen fermé avait subi une méatotomie moyenne.

Tous les patients opérés ont été guéris.

DISCUSSION

La rhino-sinusite est une infection fréquente et touche 7,1% de la population selon une enquête nationale réalisée en France par PESSEY et Coll sur les pratiques en médecine générale [10]. Cette fréquence a été de 8,5% de notre consultation ORL de ville à Cotonou.

Elle a intéressé beaucoup plus la tranche d'âge de 15 à 44 ans, 82,5% de notre échantillon. L'âge moyen était de 33,5 ans semblable à 35 ans trouvé par RICCHETTI A. et Coll [11], inférieur à celui retrouvé par PESSEY J.J. 37,6 ans [10], et de 45 ans retrouvé par STOLL D. [12].

Il n'existe pas de prédominance de sexe selon les études de STOLL et de RICCHETTI [12, 11]. Nos résultats ont concordé avec ces constatations, 37 hommes pour 31 femmes.

Un facteur favorisant a été retrouvé dans 80,88% des cas, taux semblable aux 75% de PESSEY J.J et coll [10]

La fréquence de la rhino-sinusite d'origine dentaire est différemment appréciée dans la littérature et varie de 5 à 10% [10, 13]. Elle a été de 5,88% dans notre série. Elle est mal appréciée chez l'immuno-déprimé.

Certains facteurs morphologiques modifient les conditions loco-régionales et favorisent la présence de germes aéro-anaérobies; la persistance de ces facteurs pourrait expliquer la survenue de la rhino-sinusite à répétition et des complications [13].

Les céphalées, la rhinorrhée et l'obstruction nasale ont représenté les principaux motifs de consultation signalés dans notre étude ; cet ordre de fréquence est aussi retrouvé dans la littérature [3, 9, 10] sauf dans l'étude de CASTILLO L. [2] où la toux occupe une place importante dans les plaintes des immuno-déprimés souffrant de rhino-sinusite.

La plupart des auteurs ont reconnu la valeur diagnostique du pus au méat moyen [4, 5, 7, 10, 11] ; celui-ci pouvant faire défaut en cas de méat moyen fermé, le recours à l'endoscopie devient indispensable.

La prescription de l'imagerie dans la prise en charge des rhino-sinusites devient de plus en plus systématique devant des céphalées de tout genre, rendant ainsi l'évaluation de l'imagerie difficile ; de plus des études dont celles de MUDGIL SP. et ARANGO P. [1, 9] ont montré qu'il n'existe pas de corrélation entre la symptomatologie naso-sinusienne et les découvertes tomodensitométriques, à fortiori celles de la radiographie standard.

Nos résultats radiographiques ont concordé avec la distribution topographique décrite dans la littérature et ont montré une nette prédominance maxillaire [9, 10].

MUDGIL et STOLL [9, 13] recommandent une prescription justifiée de la TDM ; celle-ci, dans notre étude, a été prescrite dans les circonstances particulières de :

- * antécédent de rhino-sinusite à répétition, chez des patients ayant consulté sans succès auparavant divers praticiens ;
- * discordance entre l'importance ou l'intensité des céphalées et la pauvreté des résultats de l'endoscopie ;
- * présence de rhino-sinusite avec suspicion de complications ophtalmologiques et / ou neurologiques ou à risque de complications. Celles-ci ont été rares dans notre étude 1,77% des cas.

La meilleure définition du scanner et sa grande sensibilité diagnostique en font un examen de choix du bilan pré opératoire.

Notre démarche reposait sur deux grandes lignes :

- le diagnostic a été purement clinique et suffisant devant le contexte algique, rhinorrhéique et surtout la présence de pus au méat moyen, 57,35% de notre étude.
- il a été radio-clinique en l'absence de rhinorrhée, mais avec un méat moyen fermé et / ou oedémateux.

Le profil bactériologique des germes rencontrés dans la rhino sinusite est variable selon la région, le terrain et la durée de l'infection [4, 14]. Aucune étude bactériologique de la flore rhinosinusienne n'a été publiée à Cotonou. Notre attitude thérapeutique repose donc sur les constatations cliniques et les recommandations des experts en rhinosinusologie [7].

La recherche et la prise en charge thérapeutique des facteurs favorisants (anomalies septoturbinales, rhinite allergique, carie dentaire, polypose nasosinusienne) ont été systématiques.

L'évolution a été très satisfaisante chez tous nos patients avec un recul minimum de 15 mois. Aux différents contrôles et surtout après J14, l'examen rhinologique n'avait retrouvé aucun signe infectieux.

CONCLUSION

La rhino-sinusite purulente est une affection fréquente. Elle touche les adultes jeunes de 15 à 44 ans sans prédominance de sexe.

Le diagnostic a été essentiellement clinique devant un tableau algique, une rhinorrhée avec la présence de pus au méat moyen. Parfois l'imagerie a été utile devant un tableau associant céphalées et méat fermé ou en cas de suspicion de complications.

Le traitement a été médical et parfois associé à une chirurgie des facteurs favorisants qui ont été fréquents.

REFERENCES

- 1- **ARANGO P., KOUNTAKIS SE.**
Significance of computed tomography pathology in chronic rhinosinusitis
Laryngoscope 2001, Oct ; 111 (10) : 1779 – 82
- 2- **CASTILLO L., ROGER P.M., HADDAD A., MEYER J.M., SANTIN' J., DEMARD F.**
Sinusites chroniques au cours de l'infection par le VIH: Stratégies thérapeutiques
Ann otolaryngol chir cervicofac 1999, 116, 162 – 166
- 3- **FERRAND PA., MERCIER CH., JANKOWSKI R., GIROUD C., PASQUIER C., TOURON D., ORIOL V., BARBAZA MO., DELLAMONICA P.**
Acute sinusitis in adults management by general practitioners
Presse med 2001, Juin 16 – 23 ; 30 (21) : 1049 – 54
- 4- **GEHANNO P.**
Acute rhinosinusitis and sinusitis
Rev prat 2000 Sep 15 ; 50 (14) : 1531 – 5
- 5- **KARCI, BURHANOGLU D., TERDEM S., HILMIOGH A., INCI R., VERAL A.**
Infections mycosiques des sinus paranasaux
Rev. laryngol otol rhinol 2001 ; 122, 1 : 31 – 35
- 6- **KLOSSEK J.M., FONTANEL JP.**
Le traitement des sinusites aiguës.
Cahiers d'ORL Tome 35 N°7 368 – 371
- 7- **KLOSSEK J.M.**
Bactériologie et antibiothérapie des rhino sinusites.
in Les sinusites et rhinosinusites.
Edition Masson, Paris 2000, 25 – 32.
- 8- **LINDBAEK M., HJORTDAHL P.**
The clinical diagnostic of acute purulent sinusitis in general practice a review.
Br J gen Pract 2002 Jun ; 52 (479) : 491 – 5
- 9- **MUDGIL SP., WISE SW., HOPPER KD, KASALES CJ., MANGER D., FORNADLEY JA.**
Correlation between presumed sinusitis unduced pain and paranasal sinus comperted to mographic findings mudgil.
Ann allergy athma immunol 2002 feb. ; 88 (2) : 223 - 6
- 10- **PESSEY JJ., REITZ C., LOS F.**
Rhinosinusites aiguës de l'adulte : enquête nationale sur les pratiques en médecine générale
Rev laryngo otol rhinol 2000, 121, 4 : 237 – 241
- 11- **RICCHETTI A., LACROIX JS., KAISER L.**
Symptoms and clinical and radiological signs predicting the bacterial origin of acute rhinosinusitis
Schweiz med wochenschr 2000, suppl 125 :27S–29 S
- 12- **STOLL D.**
Inflammation rhinosinusienne aiguë.
La presse médicale 22 – 29 Dec 2001/30/N°39 – 40 / cahier 2, 31 – 38
- 13- **STOLL D., DUTKIEWICZ J., BOINEAU F., DUMON TH.**
Bactériologie rhinosinusienne
Rev, laryngol, Otol, rhinol 1996 : 117, 3 ; 179 – 182
- 14- **WERY G., DUCLOS J.Y.**
Bactériologie des sinusites maxillaires au sein de la 11^{ème} division parachutiste.
Rev. Laryngol. Otol. Rhinol 1995 : 116, 3, 187 à 189.