

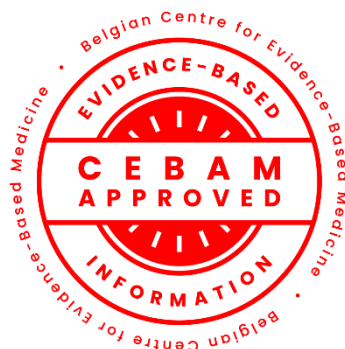
# Guide de pratique clinique rhinosinusite aiguë

Mise à jour (2022)

M. Lemiengre, J-H Keijzer, M. Goossens, L. De Coninck, P. Van Royen, M. Baert, A. De Sutter

À la demande du groupe de travail de EBPracticeNet pour le développement des recommandations de première ligne

Version validée par le Cebam le 14 mars 2023



# Worel

**Werkgroep  
Ontwikkeling  
Richtlijnen  
Eerste Lijn**

**Groupe de travail  
Développement de  
Guides de pratique  
de Première ligne**

**Working group  
Development of  
Primary Care  
Guidelines**

## Contribution du patient et évaluation par le médecin généraliste

Les guides de pratique clinique donnent des indications sur lequel le médecin généraliste peut s'appuyer, et qui constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques. Pour le médecin généraliste, ils résumant la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient moyen. Dans la pratique, il convient de prendre en compte le contexte du patient, qui constitue un partenaire équivalent lors de la prise de décisions. C'est pourquoi le médecin généraliste clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des éventuelles options thérapeutiques. Il peut donc arriver que le médecin généraliste et le patient fassent ensemble un meilleur choix d'une manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas soulevé à chaque fois dans les guides de pratique clinique, mais est mentionné ici de manière explicite

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
MOTIVATION, OBJECTIF ET POPULATION CIBLE	4
DÉFINITIONS	5
PHYSIOPATHOLOGIE	7
ÉVOLUTION NATURELLE ET DURÉE DES PLAINTES	9
<b>QUESTIONS CLINIQUES</b>	<b>11</b>
<b>QUESTION CLINIQUE 1 : COMMENT POSER LE DIAGNOSTIC DE RHINOSINUSITE AIGUË CLINIQUE ?</b>	<b>12</b>
RECOMMANDATIONS	12
EXPLICATIONS	12
BASE DES RECOMMANDATIONS	14
<b>QUESTION CLINIQUE 2 : COMMENT EVALUER LA GRAVITE D'UNE RHINOSINUSITE AIGUË CLINIQUE A PARTIR DE L'ANAMNESE ET DE L'EXAMEN PHYSIQUE ? QUEL PEUT ETRE L'INTERET D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES ?</b>	<b>19</b>
RECOMMANDATIONS	19
EXPLICATIONS	19
BASE DES RECOMMANDATIONS	20
<b>QUESTION CLINIQUE 3 : QUEL EST LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL EN CAS DE SUSPICION D'UNE RHINOSINUSITE AIGUË CLINIQUE ?</b>	<b>30</b>
RECOMMANDATIONS	30
EXPLICATIONS	30
BASE DE LA RECOMMANDATION	31
<b>QUESTION CLINIQUE 4 : QUEL EST LE TRAITEMENT DE BASE D'UNE RHINOSINUSITE AIGUË CLINIQUE ?</b>	<b>32</b>
RECOMMANDATIONS	32
EXPLICATIONS	32
BASE DES RECOMMANDATIONS	35
<b>QUESTION CLINIQUE 5 : QUAND ET COMMENT TRAITER UNE RHINOSINUSITE AIGUË CLINIQUE PAR ANTIBIOTIQUES ?</b>	<b>46</b>
RECOMMANDATIONS	46
EXPLICATIONS	46
BASE DE LA RECOMMANDATION	47
<b>QUESTION CLINIQUE 6 : COMMENT SUIVRE AU MIEUX UN PATIENT PRESENTANT UNE RHINOSINUSITE AIGUË (DIAGNOSTIC CLINIQUE) ?</b>	<b>49</b>
RECOMMANDATION	49

EXPLICATIONS	49
BASE DE LA RECOMMANDATION	50
<b>QUESTION CLINIQUE 7 : QUAND REFERER UN PATIENT PRESENTANT UNE RHINOSINUSITE AIGUË (DIAGNOSTIC CLINIQUE) ?</b>	<b>51</b>
RECOMMANDATION	51
EXPLICATIONS	51
BASE DE LA RECOMMANDATION	53
<b>SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS</b>	<b>54</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES</b>	<b>1</b>
<b>CONDITIONS PREALABLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE CE GUIDE</b>	<b>1</b>
<b>ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION</b>	<b>2</b>
<b>AGENDA DE RECHERCHE</b>	<b>2</b>
<b>CLASSIFICATION GRADE</b>	<b>2</b>
<b>ÉLABORATION</b>	<b>4</b>
AUTEURS	4
MÉTHODOLOGIE	5
ÉVALUATION EXTERNE	6
IMPLICATION DES PATIENTS	6
<b>CONFLITS D'INTÉRÊT ET FINANCEMENT</b>	<b>7</b>
<b>MISE À JOUR</b>	<b>7</b>
<b>VALIDATION</b>	<b>7</b>

# Introduction

## Motivation, objectif et population cible

Les symptômes de la rhinosinusite aiguë sont fréquents en pratique ambulatoire <sup>1,2</sup>. Aux Pays-Bas, l'incidence de la rhinosinusite (aiguë et chronique) en médecine générale est estimée à 30 pour 1.000 patients par an, avec un pic à l'âge de 30-40 ans. L'incidence de la rhinosinusite chez les femmes est environ deux fois supérieure à celle des hommes. Chez les enfants de 0 à 4 ans, le diagnostic est très rare, mais chez les enfants de 5 à 17 ans, il est posé environ 8 fois pour 1.000 patients par an <sup>3</sup>.

Il existe un consensus croissant sur le fait que les antibiotiques ne sont généralement pas utiles dans la rhinosinusite aiguë. Les études montrent que la plupart des patients en tirent peu de profit <sup>4</sup>. Étant donné la nature autolimitative de la maladie et le fait que les antibiotiques peuvent entraîner des effets secondaires, des coûts inutiles pour le patient et la société et favoriser la résistance, une utilisation plus ciblée des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë est justifiée. Pour le patient, le meilleur traitement possible, compte tenu des risques et des avantages, se limite dans la plupart des cas à un traitement symptomatique et à attendre patiemment la guérison naturelle. Ce guide formule des recommandations sur les situations et les moments où il est préférable d'administrer des antibiotiques.

Ce guide de pratique clinique concerne la rhinosinusite aiguë chez l'adulte et l'enfant dans la population générale (tous les âges, également les petits enfants à partir de 0 an), mais formule aussi des recommandations spécifiques pour certains groupes d'âge et en cas de présence de facteurs de risque d'une évolution plus sévère, si nécessaire. Ce guide de pratique clinique se limite à la rhinosinusite aiguë et n'aborde pas la rhinosinusite aiguë récurrente ni la rhinosinusite chronique. Il s'applique aux patients chez qui, sur la base d'un jugement clinique, une rhinosinusite aiguë est suspectée.

Ce guide de pratique clinique est une mise à jour du guide de Domus Medica de 2004 <sup>5</sup>. Il s'adresse au médecin généraliste et autres médecins en pratique ambulatoire et vise à fournir des recommandations concernant le diagnostic et la prise en charge de

---

<sup>1</sup> Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditext, 1991.

<sup>2</sup> Van de Lisdonk E.H., Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.

<sup>3</sup> Venekamp RP, De Sutter A, Sachs A, Bons SCS, et al. NGH-standaard M33: Acute rinosinusitis, 2014. Beschikbaar via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/acute-rinosinusitis#volledige-tekst-richtlijnen-diagnostiek>

<sup>4</sup> Lemiengre MB, van Driel ML, Merenstein D, Liira H, et al. Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;9(9):CD006089. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006089.pub5>.

<sup>5</sup> De Sutter A, Gordts F, Van Lierde S. Aanbeveling voor een goed gebruik van antibiotica: acute rinosinusitis. Huisarts Nu 2005; 34(5):234-257.

la rhinosinusite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. Les objectifs secondaires du guide sont les suivants : mieux reconnaître les complications, la prescription ciblée et limitée d'antibiotiques et le soulagement des symptômes de la rhinosinusite. Pour le choix de l'antibiotique avec le spectre d'action le plus approprié, nous faisons référence à l'antibioguide de la BAPCOC 2022 <sup>6</sup>.

## Définitions

### Rhinosinusite aiguë clinique

Le point de départ de ce guide de pratique clinique est l'entité clinique "rhinosinusite aiguë" (ou rhinosinusite aiguë clinique). Cette entité correspond à la définition clinique de la "rhinosinusite aiguë post-virale", une entité clinique soutenue par un large consensus européen <sup>7</sup>. Le concept « rhinosinusite aiguë clinique » est une nouvelle façon d'envisager cette affection. Si l'on part du principe que la rhinosinusite aiguë, par exemple, s'accompagne toujours d'une accumulation de liquide dans les sinus, on ne peut que le suspecter cliniquement. Si l'on part du principe que la rhinosinusite est un tableau clinique, il est possible de le confirmer cliniquement. Ceci s'applique aux adultes et aux enfants à partir de 0 an. Cette nouvelle approche est mieux adaptée à la médecine générale.

### Rhinosinusite aiguë clinique, rhinosinusite aiguë clinique récurrente et rhinosinusite chronique

Il faut faire la distinction entre une rhinosinusite clinique aiguë, une rhinosinusite aiguë clinique récurrente et une rhinosinusite chronique. La durée et la fréquence d'apparition sont ici des éléments discriminatoires :

- La rhinosinusite aiguë est une affection dont les symptômes durent jusqu'à 12 semaines.
- La rhinosinusite aiguë récurrente se caractérise par des épisodes aigus répétés (>3 par an) de rhinosinusite aiguë avec des intervalles sans symptômes.
- La rhinosinusite chronique est une affection persistante dont les signes et symptômes durent au moins 8 semaines ou au moins 4 épisodes de rhinosinusite aiguë récurrente par an, chacun durant au moins 10 jours <sup>5,7</sup>.

### Rhinosinusite aiguë clinique sévère et non sévère

La distinction entre une rhinosinusite aiguë clinique non sévère et une rhinosinusite aiguë clinique sévère est importante pour la prise en charge. Cette distinction ne peut

---

<sup>6</sup> Antibioguide de la Bapcoc (2022). Consulté le 02-04-2022 sur <https://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=8000010>

<sup>7</sup> Fokkens, WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology* 2020; 58(Suppl S29): 1-464. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.600>.

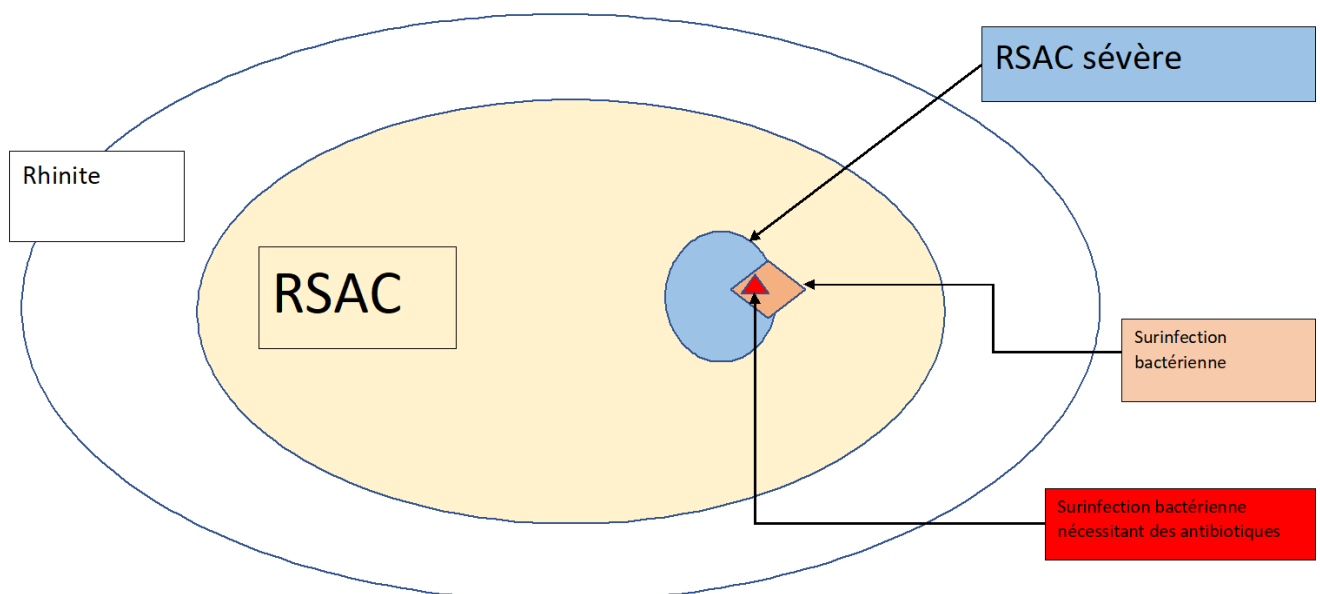
être faite que cliniquement, en fonction de la gravité du tableau clinique et en tenant compte des facteurs de risque préexistants. Une RSAC non sévère chez un patient présentant des facteurs de risque préexistants pour une évolution plus sévère est considéré comme une RSAC sévère.

### Autres définitions et entités peu utiles à la pratique clinique

La délimitation du diagnostic de la rhinosinusite aiguë varie selon qu'elle est faite cliniquement, par imagerie (et même entre différentes méthodes d'imagerie) ou sur la base des résultats de la ponction sinusale. Les concepts de "rhinosinusite aiguë confirmée par un examen complémentaire ou un étalon-or" et de "rhinosinusite aiguë bactérienne" ou de rhinosinusite aiguë avec "surinfection bactérienne" ne sont, selon les auteurs de ce guide de pratique, ni utiles ni utilisables dans la pratique clinique, en particulier dans les soins primaires.

Avec l'introduction de l'entité "rhinosinusite aiguë clinique", l'utilisation d'un étalon-or ou d'un autre examen de référence devient obsolète. L'étalon-or classique était la découverte de pus à la ponction sinusale ou une culture bactérienne positive de l'aspirat obtenu avec cette ponction sinusale qui a complètement disparu de la pratique clinique. Dans ce guide de pratique, les données probantes pour étayer les questions cliniques concernant le diagnostic et la détection d'une rhinosinusite aiguë clinique sévère, nous faisons parfois référence à des études ayant utilisé ces étalon-or et d'autres examens de référence, généralement à cause d'un manque de preuves plus convaincantes.

Figure 1 : entités cliniques pour délimiter le diagnostic de rhinosinusite aiguë.



**Représentation visuelle des différentes entités** (en l'absence de données exactes, les proportions du diagramme sont indicatives). Les critères cliniques de sévérité contribuent plus que des examens complémentaires à l'estimation du besoin d'antibiotiques. Les entités 'surinfection bactérienne' et 'surinfection bactérienne nécessitant des antibiotiques' ne sont que des entités théoriques.

RSAC : rhinosinusite aiguë clinique

Entités retenues	Entités non retenues, en raison du manque de plus-value clinique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhinosinusite aiguë clinique non sévère</li> <li>• Rhinosinusite aiguë clinique sévère</li> <li>• Rhinosinusite aiguë clinique récurrent</li> <li>• Rhinosinusite chronique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhinosinusite aiguë confirmée par des examens complémentaires</li> <li>• Rhinosinusite aiguë confirmée par l'étalon-or</li> <li>• Rhinosinusite bactérienne aiguë</li> </ul>

## Physiopathologie

Dans la rhinite aiguë et la rhinosinusite aiguë, les muqueuses nasales et sinusiennes sont généralement enflammées en même temps. L'infection virale des muqueuses nasales et sinusiennes entraîne une réaction inflammatoire <sup>7</sup>.

Dans le cas d'un simple rhume, les symptômes diminuent en intensité après quelques jours et la guérison intervient généralement dans les 10 jours. En cas de rhume, des symptômes transitoires de sinusite peuvent apparaître brièvement.

La rhinosinusite aiguë se développe généralement lors d'un rhume <sup>7,8,9,10</sup>. L'invasion virale de la muqueuse nasale et sinusale provoque un gonflement des muqueuses et des lésions mucosales, une sécrétion de liquide et des symptômes inflammatoires locaux et généraux plus ou moins prononcés. Si l'organisme parvient à retrouver son homéostasie en un court laps de temps, le patient se remettra du rhume. Cependant, si l'inflammation dure plus longtemps, les phénomènes inflammatoires locaux et généraux des sinus peuvent s'aggraver ou persister plus longtemps et conduire à une rhinosinusite aiguë, également appelée "rhinosinusite aiguë post-virale" dans la littérature internationale (*figure 2*). Cet état physiopathologique correspond à la rhinosinusite aiguë clinique, c'est-à-dire au champ d'application du présent guide de pratique.

Cela peut s'accompagner ou non d'une accumulation de sécrétions dans les sinus. Parfois, une surinfection bactérienne se produit. Une obstruction des ostia dans le complexe ostioméatal est possible. Ce complexe forme plutôt une unité fonctionnelle et anatomique à travers laquelle les sinus maxillaire, frontal et ethmoïdal antérieur sont drainés et ventilés. Ce site de drainage commun est situé sous la coque nasale moyenne et constitue une construction complexe et étroite. En

<sup>8</sup> Berrettini S, Carabelli A, Sellari-Franceschini S, Bruschini L, et al. Perennial allergic rhinitis and chronic sinusitis: correlation with rhinologic risk factors. *Allergy* 1999;54(3):242-248. <https://doi.org/10.1034/j.1398-9995.1999.00813.x>.

<sup>9</sup> Gwaltney JM Jr, Jones JG, Kennedy DW. Medical management of sinusitis: educational goals and management guidelines. *The International Conference on sinus Disease. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1995;167:22-30. PMID: 7574266.

<sup>10</sup> Jones (dd) in: Kennedy DW, ed. *Sinus disease: guide to first-line management*. Deerfield Beach, Fla: Health Communications Inc, 1994:16-20.

cas de gonflement des muqueuses, les surfaces se touchent rapidement et le passage est bloqué. Tous ces facteurs empêchent une bonne guérison du rhume aigu.

Sur le plan physiopathologique, on distingue (*tableau 1*) :

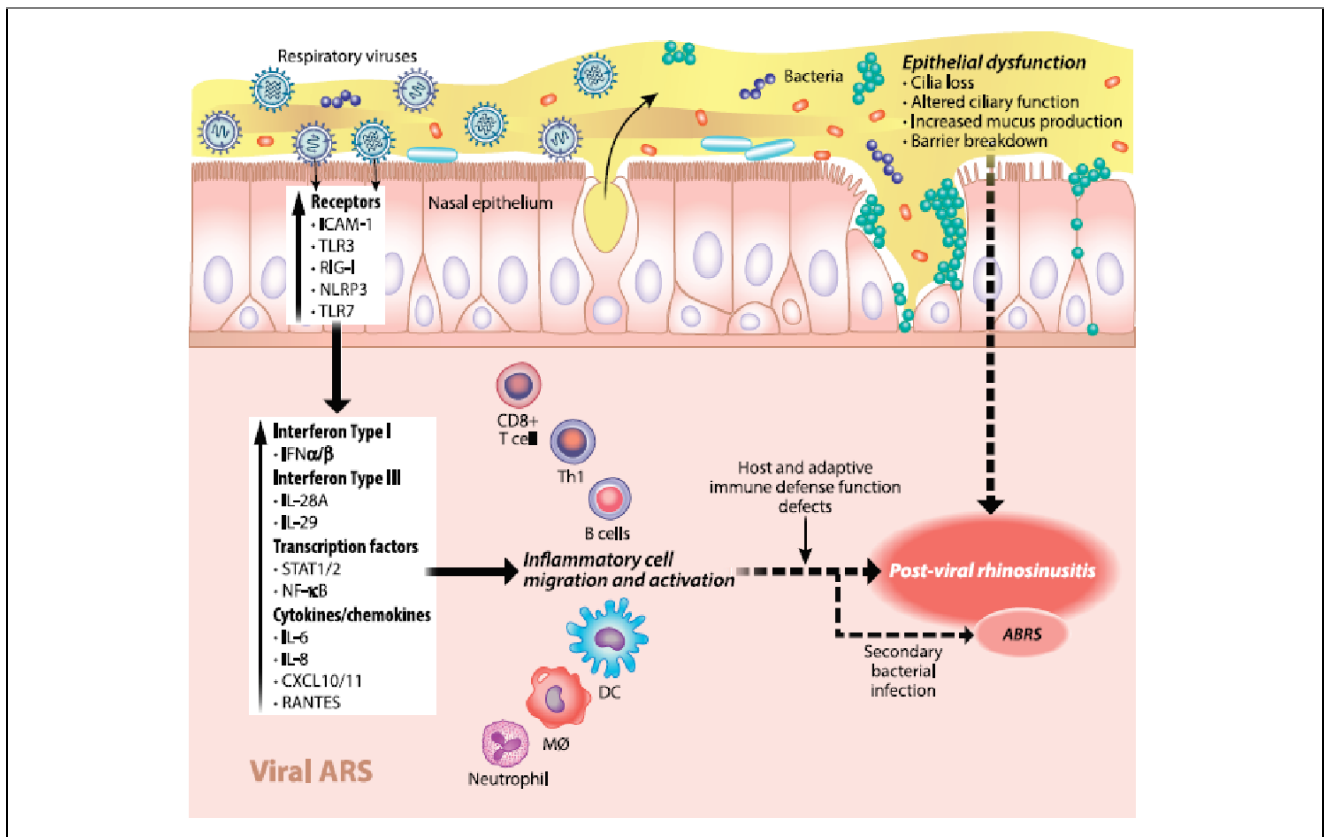
- Le rhume aigu avec symptômes sinusaux, appelé "rhinosinusite aiguë" par certains experts à échelle internationale ;
- La rhinosinusite aiguë présentant un risque accru de surinfection bactérienne. Elle peut être cliniquement grave ou légère à modérée. Également appelée "rhinosinusite aiguë post-virale" par certains experts internationaux ;
- La rhinosinusite aiguë d'origine bactérienne qui peut être cliniquement grave ou léger à modéré.

Tableau 1 : Différenciation physiopathologique.

	<b>Physiopathologie</b>	<b>Durée des plaintes</b>
<b>Rhume ± plaintes de sinusite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflammation des muqueuses ± lésions</li> <li>• Écoulement aqueux à mucopurulent</li> <li>• Réaction immunologique locale plus ou moins forte/ ± générale</li> </ul>	<10 jours (en général)
<b>Rhinosinusite aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflammation de la muqueuse sinusale qui s'aggrave ou persiste plus longtemps</li> <li>• Forte réaction immunologique locale/ ± générale</li> <li>• ± dépôt de liquide dans le sinus</li> <li>• ± obstruction de l'ostium</li> <li>• Écoulement purulent</li> <li>• Risque accru de surinfection bactérienne</li> </ul>	>10 jours Ou aggravation >5 jours
<b>Rhinosinusite aiguë avec surinfection bactérienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhinosinusite aiguë (post-virale) avec surinfection bactérienne</li> <li>• Les bactéries responsables les plus fréquentes sont : <i>streptococcus pneumoniae</i>, <i>haemophilus influenzae</i> et <i>moraxella catarrhalis</i>.</li> </ul>	>10 jours Ou aggravation >5 jours



Figure 2 : Parcours d'une infection virale des muqueuses du nez et des sinus vers une rhinosinusite aiguë (Fokkens et al., 2020 <sup>7</sup>)



ABRS : rhinosinusite aiguë d'origine bactérienne ; "Viral ARS" : rhume aigu ; "post-viral rhinosinusitis" : rhinosinusite aiguë (telle qu'elle est utilisée dans ce guide).

## Évolution naturelle et durée des plaintes

Comme mentionné plus haut, une rhinosinusite aiguë se développe généralement à partir d'un rhume banal antérieur. En général, la fièvre disparaît au bout de cinq jours environ et les autres symptômes s'estompent également spontanément au bout de quelques jours à une semaine. Des plaintes prolongées (plus de 7 jours) ne suggèrent pas nécessairement une rhinosinusite, car un simple rhume peut aussi avoir une évolution prolongée. Si la durée est courte (moins d'une semaine), la rhinosinusite est moins probable <sup>11</sup>.

Parfois, après quelques jours d'amélioration des symptômes du rhume, on observe une brusque recrudescence des symptômes avec une évolution vers une rhinosinusite aiguë. Réapparition des symptômes après une amélioration initiale est l'une des caractéristiques cliniques de la rhinosinusite aiguë <sup>3</sup>, mais ne correspond pas nécessairement à une surinfection bactérienne <sup>7</sup>.

<sup>11</sup> Gwaltney JM, Hendley JO Jr, Simon G, Jordan WS Jr. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response. JAMA 1967;202(6):494-500.

L'incidence des complications d'une rhinosinusite aiguë s'élève à 1 :36 000 chez l'enfant et à 1:96 000 chez l'adulte<sup>3</sup>. Sur la base de grandes études épidémiologiques, le guide de pratique du NICE conclut que l'incidence des complications graves de la rhinosinusite aiguë dans la population se situe entre 2,5 et 4,3 par million de personnes et par an<sup>12</sup>.

### **Évolution naturelle d'une rhinosinusite aiguë non grave (diagnostic clinique)**

Environ 10 % des patients ont des plaintes qui durent plus de 2 semaines<sup>13,14</sup>. Chez les enfants, il s'agit de 20-60%<sup>15,16</sup>.

En ce qui concerne l'évolution naturelle, le guide de la NHG de 2014<sup>3</sup> fait référence aux données des groupes placebo dans les études sur l'effet des antibiotiques :

- Une revue Cochrane basée<sup>14</sup> sur 8 RCT's (n=1.687) a étudié l'effet des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë (diagnostic clinique) chez l'adulte, en utilisant comme principale mesure de l'effet l'amélioration des symptômes majeurs évalués par le patient seul ou par le patient et l'investigateur. Après 7 jours (n=857), après 10 jours (n=1.048) et après 14 jours (n=467), le pourcentage de patients présentant une amélioration clinique dans les groupes placebo était respectivement de 47%, 50% et 71%.
- Une méta-analyse des données individuelles de patients adultes provenant de 11 RCT's (n=2.547) a étudié l'effet des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë (diagnostic clinique) et a également utilisé la guérison comme principale mesure de l'effet<sup>17</sup>. Il en ressort qu'après 14 jours, 64% des patients étaient guéris sans antibiotiques.

### **Évolution naturelle d'une rhinosinusite aiguë (diagnostic confirmé par CT-scanner)**

Dans une étude danoise en médecine générale, les patients chez qui la rhinosinusite aiguë a été confirmée par CT-scanner, l'évolution de la maladie est en moyenne de 7 jours (1-28 jours)<sup>7</sup>.

---

<sup>12</sup> NICE (2017) Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline 79. Consulté le 26-03-2022 via <https://www.nice.org.uk/guidance/ng79/resources/sinusitis-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837642625989>.

<sup>13</sup> van Duijn NP. Rinosinuitis Maxillaris [dissertation]. Lelystad: Meditekst, 1991:52-55.

<sup>14</sup> De Sutter A, de Meyere M, Christiaens T, van Driel ML, et al. Does amoxicillin improve outcomes in patients with purulent rhinorrhea? A pragmatic randomized double-blind controlled trial in family practice. *Fam Pract* 2002;51(4):317-323.

<sup>15</sup> Garbutt JM, Goldstein M, Gellman E, Shannon W, Littenberg B. A randomized, placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for children with clinically diagnosed acute sinusitis. *Pediatrics* 2001;107(4):619-625. <https://doi.org/10.1542/peds.107.4.619>.

<sup>16</sup> Wald ER, Chiponis D, Ledesma-Medina J. Comparative effectiveness of amoxicillin and amoxicillin-clavulanate potassium in acute paranasal sinus infections in children: a double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 1986;77(6):795-800..

<sup>17</sup> Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371(9616):908-914. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60416-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60416-X).

## Questions cliniques

Ce guide répond aux questions cliniques suivantes :

1. Comment poser le diagnostic de rhinosinusite aiguë clinique ?
2. Comment évaluer la gravité d'une rhinosinusite aiguë clinique à partir de l'anamnèse et de l'examen physique ? Quel peut être l'intérêt d'examens complémentaires ?
3. Quel est le diagnostic différentiel en cas de suspicion d'une rhinosinusite aiguë clinique ?
4. Quel est le traitement de base d'une rhinosinusite aiguë clinique ?
5. Quand et comment traiter une rhinosinusite aiguë clinique par antibiotiques ?
6. Comment suivre au mieux un patient présentant une rhinosinusite aiguë clinique ?
7. Quand référer un patient présentant une rhinosinusite aiguë clinique ?

# Question clinique 1 : Comment poser le diagnostic de rhinosinusite aiguë clinique ?

## Recommandations

1. Poser le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë **chez l'adulte et l'enfant âgé de ≥9 ans (GPP)** en cas de :
  - a) symptômes d'apparition aiguë :
    - obstruction/congestion nasale et/ou
    - écoulement nasal antérieur/postérieur **ET**
  - b) un ou plusieurs des symptômes suivants :
    - douleur/pression au niveau du visage, et/ou
    - hypo-/anosmieen présence de plaintes persistantes >10 jours ou aggravation des symptômes après 5 jours ou maladie initiale très sévère.
2. Exclure la sinusite chronique en cas de **(GPP)**:
  - durée des plaintes : <12 semaines
  - épisodes récurrents avec des intervalles sans symptômes.

1. Poser le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë **chez l'enfant <9 ans (GPP)** en cas de deux ou plusieurs plaintes aiguës, notamment :
  - obstruction/congestion nasale et/ou
  - écoulement nasal coloré et/ou
  - toux (jour et nuit)en présence de plaintes persistantes >10 jours, ou aggravation des symptômes après 5 jours ou maladie initiale très sévère
2. Exclure la sinusite chronique en cas de durée des plaintes : <12 semaines **(GPP)**.

## Explications

Afin de décider d'un diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë, le patient doit répondre aux critères cliniques énumérés ci-dessus. Ces critères ont été établis grâce à un large consensus international.

En outre, la présence des symptômes/signes suivants semble avoir une certaine valeur pour mieux délimiter la rhinosinusite aiguë par rapport à un rhume commun et la grippe :

- douleur aux dents supérieures ;
- cacosmie, halitose;

- discours nasal.

En cas de doute quant au diagnostic, les signes suivants rendent le diagnostic moins probable :

- absence d'écoulement nasal (purulent) ;
- absence d'une infection antérieure des voies respiratoires supérieures.

Les critères cliniques suivants sont courants, mais ont probablement peu de plus-value :

- augmentation de la douleur en se penchant en avant ou en mâchant ;
- douleur unilatérale ;
- douleur à la pression au-dessus des sinus maxillaires ou douleur frontale ou unilatérale à la pression.

Le plus important est de reconnaître (un risque d') évolution grave (*voir également la question clinique 2, page 19*).

Le diagnostic d'une surinfection bactérienne (rhinosinusite aiguë bactérienne) ne peut être posé avec certitude, ni sur la base de critères cliniques, ni sur la base d'examens complémentaires (*voir également la question clinique 2, page 19*) et n'a aucune plus-value (*voir question clinique 5, page 46*).

Les autres symptômes généraux ne sont généralement pas très prononcés. En cas de rhume, il y a souvent de la fièvre au début, accompagnée d'un écoulement nasal plutôt aqueux. L'écoulement nasal devient ensuite jaune lorsque la fièvre a généralement disparu. Dans le cas d'une rhinosinusite, il peut y avoir une réapparition de la fièvre et/ou une recrudescence des symptômes à ce moment-là.

L'examen clinique permet d'évaluer l'état général du patient. Il est important de mesurer la température corporelle (*voir la question clinique 2, page 19*) et d'inspecter le pharynx et le nez. Dans le même temps, il sera possible de déterminer s'il existe une rhinorrhée purulente, un écoulement post-nasal purulent ou une obstruction nasale. Si le tableau clinique évoque le diagnostic différentiel d'une rhinosinusite dentogène, la cavité buccale et les dents supérieures seront également examinées.

En cas de maladie grave ou de présence de facteurs de risque, on recherche des signes pouvant indiquer une complication (*voir question clinique 7, page 51*).

Les examens complémentaires n'ont aucune plus-value dans le diagnostic de la rhinosinusite aiguë. En effet, le diagnostic de la rhinosinusite aiguë est un diagnostic clinique.

## Base des recommandations

Le médecin généraliste pense généralement au diagnostic de rhinosinusite aiguë est généralement suspecté chez les patients présentant une rhinorrhée purulente, céphalées ou douleurs faciales et une pression ou une douleur lancinante au niveau des sinus. D'autres symptômes tels qu'un écoulement post-nasal, une obstruction nasale, une douleur au niveau des dents supérieures, une douleur en se penchant en avant ou une recrudescence des symptômes après une amélioration initiale peuvent également suggérer une rhinosinusite <sup>3,7,15</sup>. L'impression clinique générale qu'à le médecin généraliste semble avoir une bonne valeur diagnostique <sup>18</sup>. Soixante pour cent des patients interrogés sur les critères de diagnostic étaient capables de reconnaître une infection des sinus sur la base de deux semaines d'écoulement nasal persistant associé à douleur à la pression au visage et à une obstruction nasale <sup>19</sup>.

Divers symptômes et signes sont décrits dans la littérature <sup>3,7,15,20,21,22,23,24,25,26</sup>. A l'appui, il est fait référence aux symptômes de la rhinosinusite aiguë clinique qui ont une valeur prédictive pour confirmer la rhinosinusite aiguë lors d'examens complémentaires. Ceci n'a qu'une valeur fort limitée, puisque nous savons que la soi-disant "confirmation" du diagnostic par ces examens complémentaires n'a aucun impact sur la prise en charge.

---

<sup>18</sup> Dale AP, Marchello C, Ebell MH. Clinical gestalt to diagnose pneumonia, sinusitis, and pharyngitis: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2019;69(684):e444-e453. doi: 10.3399/bjgp19X704297. Epub 2019 Jun 17. PMID: 31208974; PMCID: PMC6582453. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704297>

<sup>19</sup> Mohan S, Sisler K, Christopher K, Hentzelman J, Antisdell J. Societal and physician perspectives on sinonasal diagnosis and treatment. *Am J Rhinol Allergy* 2014;28(6):487-492. doi: 10.2500/ajra.2014.28.4101. PMID: 25514485.

<sup>20</sup> Ebell MH, McKay B, Dale A, Guibault R, Ermias Y. Accuracy of signs and symptoms for the diagnosis of acute rhinosinusitis and acute bacterial rhinosinusitis. *Ann Fam Med* 2019;17(2):164-172. doi: 10.1370/afm.2354. PMID: 30858261; PMCID: PMC6411403.

<sup>21</sup> Williams JW Jr, Simel DL, Roberts L, Samsa GP. Clinical evaluation for sinusitis. Making the diagnosis by history and physical examination. *Ann Intern Med* 1992;117(9):705-710. doi: 10.7326/0003-4819-117-9-705. PMID: 1416571. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-117-9-705>.

<sup>22</sup> Axelsson A, Chidekel N, Grebelius N, Jensen C. Treatment of acute maxillary sinusitis. A comparison of four different methods. *Acta Otolaryngol* 1970;70(1):71-76. doi: 10.3109/00016487009181861. PMID: 4989705. <https://doi.org/10.3109/00016487009181861>.

<sup>23</sup> van Duijn NP, Brouwer HJ, Lamberts H. Use of symptoms and signs to diagnose maxillary rhinosinusitis in general practice: comparison with ultrasonography. *BMJ* 1992;305:684-687.

<sup>24</sup> van Buchem LV, Peeters ME, Beaumont J, Knottnerus JA. Acute maxillary sinusitis in general practice: The relation between clinical picture and objective findings. *Eur J Gen Pract* 1995;1:155-160.

<sup>25</sup> Lacroix JS, Ricchetti A, Lew D, Delhumeau C, Morabia A, Stalder H, Terrier F, Kaiser L. Symptoms, and clinical and radiological signs predicting the presence of pathogenic bacteria in acute rhinosinusitis. *Acta Otolaryngol* 2002;122(2):192-196. doi: 10.1080/00016480252814216. PMID: 11936912. <https://doi.org/10.1080/00016480252814216>.

<sup>26</sup> Lindbaek M, Hjortdahl P. The clinical diagnosis of acute purulent sinusitis in general practice--a review. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):491-5. PMID: 12051216; PMCID: PMC1314327.

Sur le plan clinique, il est possible de délimiter suffisamment la rhinosinusite aiguë en tant d'affection et de faire la distinction entre une rhinosinusite aiguë non grave et une rhinosinusite aiguë clinique grave, avec des implications nettes sur la prise en charge. Ce constat a suscité une vaste consultation internationale <sup>7</sup> en 2020 qui a réaffirmé les critères cliniques établis par consensus en 2012. Notre entité, la rhinosinusite aiguë clinique, correspond à la définition EPOS pour la 'rhinosinusite aiguë post-virale' (voir définitions). Dans le cas d'un rhume commun, des symptômes sinusiens transitoires peuvent survenir. Ce n'est que lorsque ces symptômes persistent pendant plus de 10 jours ou qu'ils s'aggravent après 5 jours que l'EPOS parle de 'rhinosinusite aiguë post-virale'. Le guide du NHG de 2014 s'appuie également sur cette définition clinique de l'EPOS, mais n'utilise pas la durée minimale des symptômes comme critère. Selon les experts impliqués dans l'élaboration de ce guide, cette approche augmenterait considérablement le nombre de rhumes communs labellisés comme 'rhinosinusite aiguë post-virale'. Notre guide confirme que le critère de durée ne s'applique qu'en cas de maladie initiale très grave. Il s'agit d'un GPP basé sur un consensus.

Nous rapportons ci-dessous les associations retrouvées dans les études diagnostiques :

- Nous nous appuyons sur la recherche documentaire menée par les auteurs du guide de la NHG de 2014 <sup>3</sup> jusqu'en 2013 et nous approuvons leurs conclusions :
  - La relation entre les symptômes cliniques et la ponction sinusale : les symptômes cliniques qui font penser à une rhinosinusite aiguë ne semblent avoir aucun lien avec la présence de mucus sinusal purulent aspiré.
  - La revue de Varonen (2000) décrit deux études comparant les signes cliniques à l'aspect du liquide aspiré à la ponction sinusale et à la présence de pus comme étalon-or (n=245) <sup>27</sup>. La moyenne pondérée de la sensibilité était de 0,69 (IC à 95% 0,65 à 0,73), et celle de la spécificité de 0,79 (IC à 95% 0,75 à 0,82). Sur la base de ces caractéristiques de test, un rapport de vraisemblance positif (LR+) de 3,25 et un rapport de vraisemblance négatif (LR-) de 0,40 ont été calculés.
  - La méta-analyse d'Engels (2000) ne décrit que la plus grande étude, qui est également examinée dans la revue de Varonen (n=155), mais constate tant de problèmes méthodologiques que l'étude a été considérée comme insuffisamment fiable <sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Varonen H, Kunnamo I, Savolainen S, Mäkelä M, et al. Treatment of acute rhinosinusitis diagnosed by clinical criteria or ultrasound in primary care. A placebo-controlled randomised trial. *Scand J Prim Health Care* 2003;21(2):121-6. doi: 10.1080/02813430310001743. PMID: 12877377.

<sup>28</sup> Engels EA, Terrin N, Barza M, Lau J. Meta-analysis of diagnostic tests for acute sinusitis. *J Clin Epidemiol* 2000;53(8):852-62. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00209-2. PMID: 10942869.

- La revue de Lindbaek (2002) décrit 1 étude (n=168) comparant les signes cliniques, la vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C-réactive (CRP) à la ponction sinusale <sup>26</sup>.
- Une revue de 2019 a repris les preuves scientifiques existantes des études diagnostiques ci-dessus <sup>20</sup>, mais a mélangé les résultats des études avec des normes de référence différentes : Rx, CT-scanner, échographie, aspiration de pus des sinus, culture bactérienne positive. Seules quelques études étaient spécifiques à la pratique du médecin généraliste. Malgré ces lacunes et celles mentionnées plus haut, cet article fournit des informations relativement intéressantes sur l'association des différents symptômes et signes et la confirmation d'une rhinosinusite aiguë sur la base d'examens complémentaires. Les valeurs LR+ et LR- ainsi obtenues pour la présence de signes de rhinosinusite aiguë lors d'examens complémentaires, n'ont une valeur que pour quelques critères cliniques (*tableau 2, page suivante*). La revue recherche également des associations entre les symptômes/signes et les signes d'une rhinosinusite aiguë d'origine bactérienne lors d'examens complémentaires. La plus-value de ces critères cliniques spécifiques à la nature bactérienne de l'infection est très limitée puisque la nature bactérienne a peu d'impact pour la prise en charge. L'impression clinique globale, la cacosmie et la douleur dentaire sont les meilleurs prédicteurs de signes d'une rhinosinusite aiguë bactérienne lors d'examens complémentaires.
- Les critères diagnostiques chez l'enfant sont également basés sur un consensus international <sup>7,29,30</sup>. Les études diagnostiques chez l'enfant sont très limitées. Par conséquent, nous n'avons pas pu formuler des recommandations fondées sur des données probantes pour le diagnostic chez l'enfant. Pour les adultes et les enfants, nous avons choisi un diagnostic clinique basé sur EPOS. Les auteurs du guide du NHG ont fait le même choix.
- Les études diagnostiques menées chez les enfants sont très limitées (surtout chez les jeunes enfants de moins de 2 ans) et donnent souvent des résultats contradictoires. Les critères de diagnostic pour les enfants sont également basés sur un consensus international.
- La présence de pus au niveau du méat interne est un signe dont la valeur prédictive positive est plus forte et qui est établi par rhinoscopie antérieure. Cette technique n'est pas recommandée en soins primaires car elle n'appartient pas à la routine du médecin généraliste et parce qu'elle pourrait être utile surtout en l'absence d'écoulement nasal purulent, ce qui est plutôt exceptionnel.

---

<sup>29</sup> American Academy of Pediatrics; Subcommittee on management of rhinosinusitis and committee on quality improvement. Clinical practice guideline: management of rhinosinusitis. *Pediatrics* 2001;108:798-808.

<sup>30</sup> Clement PA, Bluestone CD, Gordts F, Lusk RP, et al. Management of rhinosinusitis in children: consensus meeting, Brussels, Belgium, September 13, 1996. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124(1):31-34. doi: 10.1001/archotol.124.1.31. PMID: 9440777.



Tableau 2 : Précision des signes et symptômes d'une rhinosinusite aiguë diagnostiquée à l'aide d'une norme de référence (Ebel et al., 2019<sup>20</sup>).

Sign or Symptom	# of Studies	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	LR+ (95% CI) <sup>a</sup>	LR- (95% CI) <sup>a</sup>	DOR (95% CI) <sup>b</sup>
Overall clinical impression	4	0.73 (0.66-0.79)	0.75 (0.64-0.84)	3.0 (2.1-4.4) <sup>c</sup>	0.37 (0.29-0.46) <sup>c</sup>	8.3 (4.9-13.1) <sup>c</sup>
<b>Symptoms</b>						
Nasal speech	3	0.51 (0.15-0.85)	0.73 (0.35-0.93)	1.9 (1.3-2.7) <sup>c</sup>	0.67 (0.37-0.91) <sup>c</sup>	2.9 (1.8-4.3) <sup>c</sup>
Pain in teeth	8	0.34 (0.21-0.50)	0.80 (0.63-0.90)	1.8 (1.2-2.5) <sup>c</sup>	0.83 (0.74-0.90) <sup>c</sup>	2.1 (1.4-3.0) <sup>c</sup>
Nasal discharge						
Purulent	10	0.71 (0.63-0.78)	0.54 (0.48-0.61)	1.6 (1.4-1.7) <sup>c</sup>	0.54 (0.44-0.56) <sup>c</sup>	2.9 (2.2-3.7) <sup>c</sup>
Any	4	0.75 (0.57-0.91)	0.49 (0.35-0.68)	1.5 (1.3-1.8) <sup>c</sup>	0.49 (0.24-0.82) <sup>c</sup>	3.5 (1.7-6.2) <sup>c</sup>
Maxillary or frontal pain	3	0.49 (0.15-0.83)	0.63 (0.14-0.95)	1.50 (0.86-3.50)	0.89 (0.61-1.40)	1.90 (0.61-4.50)
Maxillary pain						
Unilateral	5	0.30 (0.14-0.52)	0.80 (0.51-0.94)	1.50 (0.96-2.60)	0.90 (0.79-1.00) <sup>c</sup>	1.70 (0.92-3.00)
Location not specified	5	0.70 (0.42-0.88)	0.20 (0.05-0.51)	0.88 (0.73-1.00) <sup>c</sup>	1.60 (0.95-2.80)	0.60 (0.30-1.10)
Cacosmia <sup>d</sup>	5	0.23 (0.15-0.33)	0.84 (0.58-0.95)	1.50 (0.63-3.70)	0.96 (0.83-1.20)	1.70 (0.53-4.30)
Double sticking	3	0.74 (0.32-0.95)	0.41 (0.13-0.77)	1.30 (0.77-2.40)	0.69 (0.20-1.50)	2.70 (0.49-8.50)
Hyposmia or anosmia	8	0.61 (0.52-0.70)	0.54 (0.46-0.61)	1.3 (1.1-1.5) <sup>c</sup>	0.72 (0.59-0.87) <sup>c</sup>	1.9 (1.3-2.5) <sup>c</sup>
Cough						
Nocturnal	3	0.89 (0.80-0.94)	0.11 (0.06-0.19)	0.99 (0.87-1.10)	1.20 (0.43-2.60)	1.10 (0.35-2.60)
Any	7	0.69 (0.57-0.80)	0.40 (0.27-0.55)	1.3 (1.0-1.7) <sup>c</sup>	0.78 (0.60-0.98) <sup>c</sup>	1.5 (1.0-2.2) <sup>c</sup>
Preceding respiratory tract infection	5	0.87 (0.66-0.96)	0.27 (0.13-0.48)	1.2 (1.1 - 1.3) <sup>c</sup>	0.48 (0.30-0.72) <sup>c</sup>	2.6 (1.6-4.0) <sup>c</sup>
Pain bending forward	5	0.72 (0.56-0.84)	0.39 (0.24-0.57)	1.2 (1.0-1.5) <sup>c</sup>	0.71 (0.50-0.97) <sup>c</sup>	1.70 (0.97-2.70)
Nasal congestion or obstruction	9	0.83 (0.74-0.89)	0.24 (0.14-0.36)	1.1 (1.0-1.2) <sup>c</sup>	0.73 (0.56-0.93) <sup>c</sup>	1.5 (1.1-2.1) <sup>c</sup>
Fatigue or malaise	6	0.62 (0.51-0.71)	0.45 (0.32-0.59)	1.10 (0.99-1.30)	0.86 (0.72-1.00) <sup>c</sup>	1.30 (0.98-1.80)
Sneezing	3	0.63 (0.49-0.74)	0.39 (0.31-0.48)	1.00 (0.86-1.20)	0.96 (0.71-1.20)	1.10 (0.70-1.20)
Headache	6	0.50 (0.32-0.67)	0.50 (0.27-0.73)	1.00 (0.71-1.30)	1.00 (0.79-1.40)	1.00 (0.57-1.70)
Allergies by history	3	0.19 (0.16-0.24)	0.79 (0.72-0.85)	0.96 (0.64-1.40)	1.00 (0.93-1.10)	0.96 (0.57-1.50)
Postnasal drip	3	0.74 (0.55-0.87)	0.19 (0.07-0.45)	0.94 (0.73-1.30)	1.50 (0.64-3.40)	0.80 (0.23-2.00)
Previous sinusitis	4	0.59 (0.52-0.65)	0.27 (0.18-0.39)	0.81 (0.71-0.93) <sup>c</sup>	1.6 (1.1-2.2) <sup>c</sup>	0.55 (0.33-0.83) <sup>c</sup>
<b>Signs</b>						
Purulent secretions						
Middle meatus	5	0.15 (0.07-0.28)	0.95 (0.87-0.98)	3.2 (1.4-6.6) <sup>c</sup>	0.90 (0.78-0.97) <sup>c</sup>	3.7 (1.5-7.6) <sup>c</sup>
Pharyngeal or postnasal	7	0.14 (0.06-0.30)	0.92 (0.77-0.97)	1.8 (1.1-2.8) <sup>c</sup>	0.93 (0.87-0.98) <sup>c</sup>	2.0 (1.2-3.1) <sup>c</sup>
Any nasal	12	0.39 (0.28-0.51)	0.74 (0.63-0.82)	1.50 (0.99-2.30)	0.84 (0.67-1.00) <sup>c</sup>	1.90 (0.98-3.30)
Transillumination abnormal	3	0.69 (0.63-0.75)	0.56 (0.50-0.62)	1.6 (1.4-1.9) <sup>c</sup>	0.55 (0.44-0.67) <sup>c</sup>	3.0 (2.0-4.2) <sup>c</sup>
Sinus tenderness						
Frontal	3	0.25 (0.09-0.54)	0.75 (0.47-0.91)	1.10 (0.76-1.40)	0.99 (0.86-1.10)	1.10 (0.70-1.60)
Maxillary	12	0.44 (0.28-0.61)	0.49 (0.34-0.64)	0.88 (0.57-1.30)	1.20 (0.80-1.60)	0.81 (0.37-1.30)
Nasal mucosal thickening	3	0.82 (0.27-0.98)	0.30 (0.15-0.51)	1.10 (0.49-1.40)	0.68 (0.09-1.60)	3.00 (0.32-13.00)
Temperature >38° C	7	0.11 (0.07-0.19)	0.87 (0.79-0.92)	0.94 (0.42-1.90)	1.00 (0.91-1.10)	0.94 (0.37-2.10)

ARS = acute rhinosinusitis; DOR = diagnostic odds ratio; LR+ = positive likelihood ratio; LR- = negative likelihood ratio.  
 Note: Each sign or symptom was reported in 3 or more studies to be included here.  
<sup>a</sup> A likelihood ratio near 1.0 means that the test adds little diagnostic information, a likelihood ratio >1 increases the likelihood of disease, and a likelihood ratio <1 decreases the likelihood of disease.  
<sup>b</sup> The diagnostic odds ratio is LR+ divided by LR- and is an overall measure of diagnostic discrimination.  
<sup>c</sup> Value is significantly < or > 1.0.  
<sup>d</sup> Cacosmia is fetid odor on patient's breath.

**Conclusion :** Il semble impossible d'étayer les critères cliniques d'une rhinosinusite aiguë par des études suffisantes. Les faibles associations perçues entre certains critères cliniques et la soi-disant "confirmation" d'une rhinosinusite aiguë à l'examen complémentaire constituent une base discutable pour soutenir les critères cliniques. Il est bien connu que les tentatives de mieux délimiter le diagnostic d'une rhinosinusite aiguë par des examens complémentaires n'ont pas d'impact sur la prise en charge en soins primaires. Lors de la procédure de consensus Delphi, il s'est avéré très difficile de parvenir à un consensus sur l'association nécessaire de critères cliniques pour le diagnostic de la rhinosinusite aiguë. Par conséquent, les auteurs ont choisi d'utiliser la définition de la rhinosinusite aiguë clinique en raison du large consensus international<sup>7</sup>. La rhinosinusite aiguë clinique devient ainsi une entité clinique clairement délimitée. Cette définition est largement conforme à celle utilisée dans les guides de pratique méthodologiquement bien développés et aux critères d'inclusion des études d'intervention sur la rhinosinusite aiguë. Cette définition nous permet donc d'évaluer

de manière cohérente la base scientifique des interventions pour l'entité rhinosinusite aiguë clinique. Les définitions varient en fonction des outils de diagnostic disponibles. Le patient qui répond aux critères du diagnostic clinique est le même que celui qui participe aux études examinant le traitement. Etant donné que la prise en charge est déterminée par la clinique, la définition clinique avec des critères cliniques clairs, compte tenu des symptômes et signes supplémentaires, constitue une approche judicieuse, certainement pour ce qui est de la prise en charge en soins primaires.

## Question clinique 2 : Comment évaluer la gravité d'une rhinosinusite aiguë clinique à partir de l'anamnèse et de l'examen physique ? Quel peut être l'intérêt d'examens complémentaires ?

### Recommandations

1. Estimer, sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, la gravité des symptômes de la rhinosinusite aiguë (rhinosinusite légère à modérée ou sévère) et la probabilité d'une évolution défavorable (**GPP**).
2. Les examens techniques ne sont pas recommandés en soins primaires (**GPP**).

### Explications

Une distinction est faite entre les rhinosinusites aiguës cliniques légères à modérées et les rhinosinusites aiguës sévères. Cette distinction est faite sur une base purement clinique.

Un tableau clinique non grave de rhinosinusites aiguës chez un patient présentant un risque accru préexistant d'évolution grave et de complications graves est également considéré comme une "rhinosinusites aiguës sévère".

On peut **reconnaître** une **rhinosinusite aiguë sévère** par :

- la nature et l'évolution de la fièvre :
  - fièvre élevée (>39°C) ;
  - fièvre persistante pendant plus de 5 jours ;
  - réapparition de la fièvre après une amélioration initiale.
- la douleur localisée prononcée ;
- l'état de santé général du patient :
  - maladie générale importante ;
  - détérioration de l'état de santé général ;
  - nourrisson : autres signes d'infection grave, tels que déshydratation, somnolence et/ou apathie ;
  - chez le jeune enfant (<6 ans) : irritabilité, agitation nocturne ;
  - fonctionnement quotidien fort limité.

Les patients présentant un **risque accru d'infection grave** sont :

- les patients oncologiques ;
- les patients immunodéprimés ;
- les patients utilisant la cortisone de façon chronique ;

- les patients âgés fragilisés (avec ou sans fièvre) ;
- les patients atteints de diabète sucré ;
- les enfants de moins de 3 mois.

Un **examen technique** complémentaire n'a pas de place dans l'évaluation de la gravité de la rhinosinusite aiguë ou dans la décision de prescrire des antibiotiques. Cependant, un examen plus approfondi peut avoir sa place en deuxième ligne, si une complication grave est suspectée (voir *question clinique 6, page 49*). Pour les signes de complications, voir *question clinique 7, page 51*).

## Base des recommandations

**Recommandation 1 : Estimez, sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, la gravité des symptômes de la rhinosinusite aiguë (rhinosinusite légère à modérée ou sévère) et la probabilité d'une évolution défavorable (GPP).**

Il est rare d'être gravement malade en cas de rhinosinusite. Cette estimation dépend dans une large mesure du jugement du médecin généraliste. Il n'existe pas, en soins primaires, de méthode validée avec effet sur la prise en charge et permettant d'évaluer la sévérité de la rhinosinusite. Les facteurs pertinents pour estimer la gravité de la rhinosinusite semblent être la présence d'une forte fièvre, la gravité des symptômes et la sensation générale de maladie <sup>3</sup>.

Pour les **critères d'une évolution sévère** nous sommes partis du guide original de Domus Medica <sup>5</sup>, et avons pris en compte les critères du guide du NHG <sup>3</sup> et les informations de l'antibioguide de la BAPCOC de 2022 <sup>6</sup>. Certaines modifications ont été apportées sur la base d'un consensus entre les experts impliqués dans l'élaboration de notre guide.

On estime que le risque de complications bactériennes et d'évolution plus sévère est plus élevé chez les **patients chez qui la fièvre** dure plus de 5 jours ou chez ceux dont la fièvre réapparaît après une période sans fièvre, et chez les enfants dont les symptômes durent plus de 10 à 15 jours sans amélioration (voir *question clinique 5, p. 46*) <sup>3</sup>.

On suppose que chez les **patients immunodéprimés** (patients oncologiques, patients immunodéprimés) un antibiotique soit nécessaire car ils peuvent avoir un risque plus élevé de complications bactériennes et une évolution plus sévère.

Nous n'avons trouvé aucune étude sur l'évolution de la rhinosinusite aiguë chez les patients utilisant des **corticostéroïdes systémiques**. Cependant, les corticostéroïdes ont des propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives. Par conséquent, l'utilisation chronique de corticostéroïdes peut augmenter le risque d'infection. Ceci

est particulièrement important pour la tuberculose et la grippe <sup>3,31</sup>. On ignore dans quelle mesure l'utilisation chronique de corticostéroïdes dans la rhinosinusite aiguë augmente le risque de complications. Sur la base du mécanisme d'action des corticostéroïdes, les auteurs du guide de la NHG <sup>3</sup> ont décidé de regrouper les patients utilisant des corticostéroïdes systémiques de manière chronique parmi les patients immunodéprimés. Nous souscrivons à ce raisonnement.

Par ailleurs, les auteurs du guide de la NHG <sup>3</sup> ont décidé, sur la base des propriétés immunosuppressives des **cytostatiques, des DMARD, des produits biologiques et des immunosuppresseurs**, de regrouper les patients utilisant ces médicaments également parmi les patients immunodéprimés. Nous souscrivons également à ce raisonnement.

Chez les **patients VIH**, la rhinosinusite est plus fréquente, indépendamment du nombre de cellules CD4. Ils sont plus exposés aux infections opportunistes lorsque leur taux de cellules CD4 est inférieur à  $0,2 \times 10^9/l$ . Cependant, on ne sait pas si les personnes infectées par le VIH dont les cellules CD4 sont inférieures à  $0,2 \times 10^9/l$  présentent plus de complications de rhinosinusite et si les antibiotiques permettent de les prévenir <sup>3,32</sup>.

Il nous semble également logique que les personnes âgées fragilisées présentant une rhinosinusite aiguë clinique (avec ou sans fièvre) et les enfants de moins de 3 mois aient également un risque plus élevé d'évolution anormale <sup>3</sup> (voir *question clinique 7, page 51*).

Les **patients diabétiques** sont comptés parmi les patients immunodéprimés. Dans ces cas, un antibiotique peut être envisagé.

Une étude néerlandaise a montré que les personnes atteintes de diabète de type 2 ont un risque 25 à 45 % plus élevé de contracter des infections des voies respiratoires inférieures, des infections urinaires, des infections bactériennes de la peau et des muqueuses et des infections fongiques <sup>3,33</sup>.

Une étude de cohorte rétrospective canadienne a comparé les données sur les infections en lien avec les visites médicales et avec les admissions à l'hôpital de plus de 500 000 personnes atteintes de diabète sucré aux données du même nombre de personnes non diabétiques <sup>34</sup>. Il en ressort une augmentation du risque relatif de décès à la suite d'une infection (RR 1,92 ; IC à 95% 1,79 à 2,05). Toutefois, aucune distinction n'a été faite entre les patients diabétiques bien ou mal contrôlés.

---

<sup>31</sup> College voor Zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch kompas 2013. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2013.

<sup>32</sup> García-Rodríguez JF, Corominas M, Fernández-Viladrich P, Monfort JL, Dicenta M. Rhinosinusitis and atopy in patients infected with HIV. *Laryngoscope* 1999;109(6):939-944. doi: 10.1097/00005537-199906000-00019. PMID: 1036928.

<sup>33</sup> Muller LM, Gorter KJ, Hak E, Goudzwaard WL, et al. Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Clin Infect Dis* 2005;41(3):281-288. doi: 10.1086/431587. Epub 2005 Jun 16. PMID: 16007521.

<sup>34</sup> Shah BR, Hux JE. Quantifying the risk of infectious diseases for people with diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(2):510-423. doi: 10.2337/diacare.26.2.510. PMID: 12547890.

Une étude prospective de cohorte néerlandaise de patients diabétiques (n=328) a examiné la relation entre la glycémie à jeun, l'HbA1c et l'infection sur une période de deux ans <sup>35</sup>. Aucune différence au niveau de la glycémie moyenne à jeun ou au niveau de l'HbA1c n'a été constatée entre les patients qui avaient ou n'avaient pas eu d'infection. Nous ignorons si un antibiotique exerce une influence favorable sur l'évolution d'une rhinosinusite aiguë chez les patients diabétiques. Etant donné le fait que les patients diabétiques présentent un risque plus élevé d'infections, nous pouvons supposer qu'il est probable qu'ils ont également un risque plus élevé de complications. En outre, une infection peut perturber le diabète et il est souhaitable que la durée de la maladie soit la plus courte possible. Tout bien considéré, les auteurs du guide de la NHG ont décidé d'inclure les patients diabétiques parmi les patients immunodéprimés chez qui un antibiotique peut être envisagée <sup>3</sup>.

**Conclusion :** la gravité d'une rhinosinusite aiguë non compliquée est évaluée de manière clinique. Les critères pour ce faire sont en grande partie repris du guide de pratique clinique original <sup>5</sup> et des guides de pratique clinique consultés. C'est également le cas pour les facteurs de risque d'une évolution plus sévère. Les experts consultés ont approuvé les critères partiellement adaptés. Ce GPP a été élaboré à partir d'une procédure de consensus Delphi.

## **Recommandation 2 : Les examens techniques ne sont pas recommandés en soins primaires (GPP).**

L'anamnèse et l'examen clinique suffisent pour déterminer la gravité de l'état du patient et la prise en charge en soins primaires. Un examen complémentaire n'est pas utile en l'absence de signes de complications et n'est pas justifié dans le cadre d'une affection dont l'évolution naturelle est favorable.

La prise en compte du risque de complication ou de la possibilité d'une autre affection ainsi que la nécessité d'une éventuelle orientation peut se faire sur une base clinique <sup>3,5</sup>.

### **Imagerie et CRP**

L'accumulation de liquide dans le sinus peut être détectée par imagerie. Une inflammation plus grave peut entraîner une augmentation de la valeur de la CRP. L'imagerie et la CRP pourraient aider à mieux faire la distinction avec un rhume commun. Une confirmation au scanner, une CRP élevée sont des arguments faibles, mais meilleurs que la définition clinique de la rhinosinusite aiguë associée à la détection de pus par ponction sinusale. Dans ce cas, le risque de surinfection

<sup>35</sup> Bartelink ML, Hoek L, Freriks JP, Rutten GE. Infections in patients with type 2 diabetes in general practice. *Diabetes Res Clin Pract* 1998;40(1):15-9. doi: 10.1016/s0168-8227(98)00023-0. PMID: 9699086.

bactérienne augmente. Sa plus-value clinique n'est pas élevée puisque nous supposons que les rhinosinusites aiguës bactériennes et les rhinosinusites aiguës confirmées par ponction sinusale ont également une évolution naturelle favorable. L'aspiration de mucus purulent est également présente dans la rhinosinusite aiguë virale.

Dans le cas d'une rhinosinusite aiguë légère ou modérée, le résultat de l'examen complémentaire n'a aucune implication pour la prise en charge, qui est de toute façon symptomatique. En cas de rhinosinusite aiguë sévère, les examens complémentaires ne sont pas non plus utiles. La probabilité d'une origine bactérienne est de toute façon considérée comme élevée ; la prescription immédiate d'un antibiotique sur une base clinique s'impose en raison de la gravité du tableau clinique.

Les examens complémentaires n'ont pas d'effet réducteur sur la prescription d'antibiotiques, dans la mesure où une prise en charge antibiotique adéquate de la rhinosinusite aiguë est mise en place.

L'imagerie peut parfois être utile dans le diagnostic différentiel. Si des complications sont suspectées, des examens complémentaires seront généralement effectués en deuxième ligne.

### **Ponction sinusale**

L'aspiration de mucus purulent lors d'une ponction sinusale est l'étalon-or classique de la rhinosinusite aiguë. Cet examen fort désagréable n'est pratiquement jamais utilisé en pratique clinique, et certainement pas en médecine générale. Une étude danoise sur les rhinosinusites aiguës maxillaires en médecine générale a montré que l'aspiration de pus ne contenait des bactéries pathogènes que dans 66% des cas (le plus souvent *S. pneumoniae* et *H. influenzae*), que dans 22% des cas la culture était négative et que dans 12% des cas cette information était manquante <sup>22</sup>. Une aspiration mucopurulente peut également être retrouvée dans la rhinosinusite aiguë virale et n'est pas en soi une indication absolue d'antibiotiques (voir question clinique 5, page 46).

### **Examens de laboratoire**

#### CULTURE BACTERIENNE

Une culture négative de l'aspiration de sinus peut être faussement négative ou correspondre à une rhinosinusite aiguë virale avec épanchement de liquide mucopurulent. Ce guide ne recommande pas de culture des sécrétions nasales car

les germes retrouvés ne correspondent pas nécessairement aux bactéries pathogènes présentes dans les sinus <sup>7,36,37,38,39,40</sup>.

### ANALYSE SANGUINE

Le guide de la NHG fait référence à 6 publications <sup>3</sup>. Les études de Berg et Hirshoren concernent des populations de deuxième ligne et les résultats ne sont donc pas applicables aux soins primaires <sup>36,40</sup>. Les 3 publications de Hansen font référence à une étude observationnelle prospective (n=174) de patients âgés de 18 à 65 ans dont les plaintes en médecine générale font penser à une rhinosinusite <sup>38,39,41</sup>. Les valeurs de CRP mesurées ont associées à 3 mesures de résultats différentes. L'étude Lindbaek est une étude observationnelle prospective (n=201) chez des patients de plus de 15 ans en soins primaires avec un diagnostic clinique de rhinosinusite <sup>37</sup>. Les valeurs prédictives des diagnostics de laboratoire dans les 4 études en soins primaires sont présentées dans le *tableau 3*.

Tableau 3 : La valeur prédictive des diagnostics de laboratoire (repris du guide de la NHG de 2014 <sup>3</sup>).

	<b>Hansen 2011</b>	<b>Hansen 1995</b>	<b>Hansen 2009</b>	<b>Lindbaek 1996b</b>	
Etalon-or	CT scanner : occlusion ou miroir (n=122)	Pus aspiré si CT scanner anormal (n=92)	Culture positive de <i>S. pneumoniae</i> ou <i>H influenzae</i> dans liquide aspiré si CT scanner anormal (n=45)	CT anormal (n=127)	
Prévalence rhinosinusite	70 %	53 %	35 %	63 %	
Leucocytes				>10 x 10 <sup>9</sup> /l	
VPP				0,79	
VPN				0,41	
VS		> 10 mm/h (hommes) > 20 mm/h (femmes)		> 10 mm/h	> 20 mm/h

<sup>36</sup> Berg O, Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. *Acta Otolaryngol* 1988;105(3-4):343-349. doi: 10.3109/00016488809097017. PMID: 3389120.

<sup>37</sup> Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL. Use of symptoms, signs, and blood tests to diagnose acute sinus infections in primary care: comparison with computed tomography. *Fam Med* 1996;28(3):183-188. PMID: 8900550.

<sup>38</sup> Hansen JG, Højbjerg T, Rosborg J. Symptoms, and signs in culture-proven acute maxillary sinusitis in a general practice population. *APMIS* 2009;117(10):724-729. doi: 10.1111/j.1600-0463.2009.02526.x. PMID: 19775340.

<sup>39</sup> Hansen JG, Lund E. The association between paranasal computerized tomography scans and symptoms and signs in a general practice population with acute maxillary sinusitis. *APMIS* 2011;119(1):44-48. doi: 10.1111/j.1600-0463.2010.02690.x. Epub 2010 Oct 25. PMID: 21143525.

<sup>40</sup> Hirshoren N, Hirschenbein A, Eliashar R. Risk stratification of severe acute rhinosinusitis unresponsive to oral antibiotics. *Acta Otolaryngol*. 2010 Sep;130(9):1065-1069. doi: 10.3109/00016481003645727. PMID: 20233013.

<sup>41</sup> Hansen JG, Schmidt H, Rosborg J, Lund E. Predicting acute maxillary sinusitis in a general practice population. *BMJ* 1995;311(6999):233-2336. doi: 10.1136/bmj.311.6999.233. PMID: 7627042; PMCID: PMC2550286.



VPP			0,76				0,74	0,83
VPN			0,61				0,53	0,43
CRP	> 10 mg/l	> 49 mg/l	> 10 mg/l	> 49 mg/l	> 10 mg/l	> 49 mg/l	> 20 mg/l	> 40 mg/l
VPP	0,5	0,5	0,68	0,79	0,64	0,67	0,82	0,86
VPN	0,48	0,49	0,67	0,54	0,16	0,24	0,41	0,38
LR+					1,83			
LR-					0,19			
VS : vitesse de sédimentation des érythrocytes CRP : protéine C réactive LR : likelihood ratio (rapport de vraisemblance) VPP : valeur prédictive positive VPN : valeur prédictive négative								

D'après ces 4 études, une augmentation de la VS, de la concentration de CRP ou de la numération leucocytaire semble avoir une certaine valeur prédictive pour la présence d'anomalies au CT-scanner, de pus à l'aspiration ou d'une culture positive après aspiration (VPP 0,5 à 0,86). Cependant, la valeur prédictive de ces paramètres pour l'absence de ces résultats est limitée (VPN 0,38 à 0,67), à l'exception d'une culture positive après aspiration (VPN 0,16 à 0,24). Cependant, les VPP et VPN retrouvés ne sont pas suffisants pour parler de tests fiables. Selon le nomogramme de Fagan, un LR+ de 1,83 augmente la probabilité pré-test d'une rhinosinusite aiguë de 0,3 à une probabilité post-test d'environ 0,4. De même, un LR- de 0,19 diminue cette probabilité pré-test à 0,07.

En outre, la valeur diagnostique d'une élévation de la CRP, de la VS ou de la numération leucocytaire pour déterminer respectivement les anomalies au CT-scanner, l'aspiration de pus sinusal ou une culture bactériologique positive du pus sinusal, est limitée. La valeur diagnostique des 3 tests susmentionnés est encore diminuée par le fait que la probabilité d'anomalies tomodensitométriques, de pus ou de culture bactérienne n'est d'aucune pertinence pour la prise en charge. Ceci ne signifie donc pas que les antibiotiques auraient un meilleur effet dans ces cas. Ce qui ressort également d'une RCT suisse en double aveugle portant sur 251 adultes souffrant de sinusites et traités par amoxiclav ou placebo pendant 6 jours. Une CRP > 25 mg/l ne semble pas être un bon prédicteur de l'efficacité du traitement <sup>42</sup>.

Deux études observationnelles montrent que la détermination de la CRP dans la rhinosinusite aiguë peut contribuer à la réduction de la prescription d'antibiotiques en

<sup>42</sup> Young J, Bucher H, Tschudi P, Périat P, et al. The clinical diagnosis of acute bacterial rhinosinusitis in general practice and its therapeutic consequences. *J Clin Epidemiol* 2003;56(4):377-384. doi: 10.1016/s0895-4356(02)00590-5. PMID: 12767415.

soins primaires<sup>3,43,44,45</sup>. En particulier dans un contexte où des antibiotiques sont encore (trop) souvent prescrits pour la rhinosinusite aiguë, la détection d'une CRP non augmentée peut en rationaliser la prescription. Dans ce guide, nous n'adhérons pas à ce raisonnement car nous souhaitons décourager toute utilisation d'antibiotiques qui n'est pas strictement justifiée.

Une revue de 2019 rapporte que les médecins généralistes scandinaves utilisent un test rapide de CRP comme outil pour estimer la probabilité d'une nature bactérienne des infections des voies respiratoires supérieures<sup>22</sup>. Les règles de décision clinique, y compris celles basées sur la CRP et l'utilisation de bandelettes urinaires, sont prometteuses mais doivent être validées dans des études prospectives. La valeur de ces règles de décision clinique doit cependant être relativisée. L'impact de rendre plus probable la nature bactérienne de la rhinosinusite aiguë sur la prise en charge est faible, car l'évaluation clinique de la gravité d'une rhinosinusite aiguë prévaut sur la nature bactérienne ou virale de l'infection.

## **Autres examens d'imagerie**

### TRANSILLUMINATION

La transparence des sinus peut être vérifiée à l'aide d'une source lumineuse. La présence de pus ou de liquide réduit cette transparence et peut indiquer une rhinosinusite. Cependant, l'examen est difficile à réaliser (chambre noire et adaptation des yeux sont nécessaires) et à interpréter. Peu de bonnes études sont connues et la valeur diagnostique de la transillumination n'est pas claire<sup>13</sup>.

### Rx

La radiologie conventionnelle permet principalement de visualiser le sinus maxillaire. La confirmation radiologique d'une rhinosinusite aiguë clinique n'a aucun impact sur la prise en charge (*voir également la question clinique 5, page 46*).

### Relation entre une radio des sinus et une ponction sinusale

Lors de l'interprétation d'une radiographie, différents critères peuvent être utilisés pour poser le diagnostic de rhinosinusite aiguë : occlusion complète, niveau de liquide ou gonflement des muqueuses. Sa valeur diagnostique a été étudiée dans 6 études qui ont comparé l'image radiologique au résultat de la ponction sinusale<sup>3</sup>. La fréquence du diagnostic, et donc la spécificité et la sensibilité de ces examens à détecter un

---

<sup>43</sup> Llor C, Bjerrum L, Arranz J, García G, et al. C-reactive protein testing in patients with acute rhinosinusitis leads to a reduction in antibiotic use. *Fam Pract* 2012;29(6):653-658. doi: 10.1093/fampra/cms026. Epub 2012 Mar 23. PMID: 22447979.

<sup>44</sup> Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck AP. C-reactive protein measurement in general practice may lead to lower antibiotic prescribing for sinusitis. *Br J Gen Pract* 2004;54(506):659-662. PMID: 15353050; PMCID: PMC1326065.

<sup>45</sup> Cals JW, Schot MJ, de Jong SA, Dinant GJ, Hopstaken RM. Point-of-care C-reactive protein testing and antibiotic prescribing for respiratory tract infections: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2010;8(2):124-133. doi: 10.1370/afm.1090. PMID: 20212299; PMCID: PMC2834719.

résultat positif à la ponction sinusale, dépendent des critères d'interprétation. Dans la méta-analyse d'Engels (6 études), on part du principe que la découverte de pus ou de mucus à l'aspiration des sinus confirme l'existence d'une rhinosinusite <sup>28</sup>. Les critères "niveau de liquide" ou "occlusion complète" ont une spécificité de 0,80 (IC à 95% 0,60 à 0,83) et une sensibilité de 0,73 (IC à 95% 0,71 à 0,87).

La revue de Varonen est basée sur les mêmes études (n=996), mais part du jugement du radiologue <sup>27</sup>. L'examen radiologique a une spécificité moyenne pondérée de 0,89 (IC à 95% 0,88 à 0,91) et une sensibilité moyenne pondérée de 0,87 (IC à 95% 0,85 à 0,88), associés à un LR+ de 3,36 et un LR- de 0,26. Parmi les études décrites dans cette revue, 2 ont été menées en soins primaires ; celles-ci ont une sensibilité plus faible que les études en soins secondaires.

Le guide de pratique de la NHG <sup>3</sup> conclut sur la base des études mentionnées ci-dessus qu'en l'absence de signe de "niveau de liquide", de "gonflement des muqueuses" ou d'"occlusion complète", la rhinosinusite peut être exclue avec 90 % de certitude. Si ces critères sont présents, leur valeur probante dans la rhinosinusite aiguë est limitée.

Les critères "niveau de liquide" ou "occlusion complète" utilisés dans le diagnostic de la rhinosinusite ont une spécificité de 80% (20% de faux positifs) et une sensibilité de 73% (27% de faux négatifs). Si l'on ajoute le critère "gonflement des muqueuses", le nombre de faux négatifs diminue, mais le nombre de faux positifs augmente. Lorsque le diagnostic de rhinosinusite est posé uniquement sur la base du critère du "occlusion complète", le nombre de faux négatifs augmente significativement, alors que la spécificité n'augmente pratiquement pas <sup>46,47</sup>.

Chez les enfants de moins de 6 ans, la radiographie conventionnelle n'est pas fiable.

## ECHOGRAPHIE

L'échographie peut démontrer la présence de liquide dans la cavité du sinus maxillaire. Il s'agit d'un examen simple qui n'est pas contraignant pour le patient. Cependant, il n'est pas disponible en Belgique. La confirmation par ultrasons d'une rhinosinusite aiguë clinique n'a pas d'implications pour la prise en charge.

### *Relation entre l'échographie et la ponction sinusale*

La méta-analyse d'Engels <sup>28</sup> a inclus 5 études comparant l'échographie à la ponction sinusale. L'hétérogénéité des résultats des études était trop importante pour pouvoir en tirer une conclusion.

---

<sup>46</sup> Varonen H, Mäkelä M, Savolainen S, Läärä E, Hilden J. Comparison of ultrasound, radiography, and clinical examination in the diagnosis of acute maxillary sinusitis: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2000;53(9):940-948. doi: 10.1016/s0895-4356(99)00213-9. PMID: 11004420.

<sup>47</sup> Lau J, Zucker D, Engels EA, Balk E, et al. Diagnosis and treatment of acute bacterial rhinosinusitis. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 1999;(9):1-5. Update in: *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005 Jun;(124):1-3. PMID: 11925970; PMCID: PMC4780986..

La revue de Varonen se base sur les mêmes études (n=940) et arrive à une spécificité moyenne pondérée de 0,82 (IC à 95% 0,80 à 0,83) et une sensibilité moyenne pondérée de 0,85 (IC à 95% 0,84 à 0,87), mais souligne que les résultats des études sont très hétérogènes. Y sont associés un LR+ de 2,78 et un LR- de 0,30 <sup>27</sup>.

Il existe des indications selon lesquelles la valeur diagnostique diminue de manière significative lorsque l'étude est réalisée par un investigateur non formé <sup>46</sup>.

### CT-SCANNER, IRM

Le CT-scanner permet une bonne évaluation de tous les sinus, y compris les sinus étmoïdaux et sphénoïdaux. Cet examen permet notamment de visualiser les structures osseuses fines du complexe ostioméatal. Il est indispensable dans le diagnostic et la préparation du traitement chirurgical de la rhinosinusite chronique. Dans le contexte d'une pathologie des sinus, l'IRM n'a sa place que dans la pathologie des fissus mous, comme les tumeurs des sinus, afin d'estimer leur étendue <sup>48,49</sup>.

Dans le cas d'une rhinosinusite aiguë clinique non grave confirmé par un CT scanner, le nombre de cas à traiter (NNT) est de 4 pour un effet bénéfique des antibiotiques. Ce chiffre est nettement inférieur au NNT de 19 pour les cas de rhinosinusites aiguës cliniques non graves diagnostiqués cliniquement. C'est ce qu'a montré la seule RCT sur le sujet <sup>37</sup>. Dans notre guide, cette indication indirecte du bénéfice possible d'un diagnostic confirmé par CT scanner ne conduit pas à une recommandation en faveur de la prescription d'antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë non grave (*voir question clinique 5, page 46*). Par conséquent, nous n'avons pas retenu cette étude. En outre, l'examen est coûteux, il y a une exposition aux radiations et il est relativement inaccessible en pratique ambulatoire. Dans le cas d'une rhinosinusite aiguë sévère, un diagnostic confirmé par CT scanner n'a pas non plus d'implications pour la prise en charge puisque les antibiotiques doivent être prescrits d'urgence sur une base purement clinique.

### Relation entre CT scanner et ponction sinusale

Le CT scanner n'est pas spécifique : les patients asymptomatiques présentent régulièrement des anomalies des sinus <sup>26,50</sup>. Dans une étude danoise concernant le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë maxillaire en médecine générale, la présence de liquide ou de gonflement des muqueuses au scanner chez un patient

---

<sup>48</sup> Mafee MF, Tran BH, Chapa AR. Imaging of rhinosinusitis and its complications: plain film, CT, and MRI. Clin Rev Allergy Immunol 2006;30(3):165-186. doi: 10.1385/CRIAl:30:3:165. PMID: 16785588.

<sup>49</sup> Rak KM, Newell II JD, Yakes WF, Damiano MA, Luethke JM. Paranasal sinuses on MR images of the brain: significance of mucosal thickening. AJR Am J Roentgenol 1991;156:381-384.

<sup>50</sup> Havas TE, Motbey JA, Gullane PJ. Prevalence of incidental abnormalities on computed tomographic scans of the paranasal sinuses. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114(8):856-859. doi: 10.1001/archotol.1988.01860200040012. PMID: 3390327.

avec une rhinosinusite aiguë clinique ne correspondait à une ponction sinusale purulente que dans 76% des cas <sup>7</sup>.

Conclusion : la rhinosinusite aiguë clinique est une entité beaucoup plus large qu'une rhinosinusite aiguë confirmée par des examens complémentaires. Aucune confirmation par examen complémentaire n'a le pouvoir d'estimer la gravité de la maladie ou d'étayer la nécessité d'une antibiothérapie. La distinction avec un rhume commun reste assez vague dans les cas de rhinosinusite aiguë clinique non grave. Celle-ci n'a probablement pas beaucoup d'importance face à un tableau clinique sans gravité, étant donné que le traitement est symptomatique dans les deux affections. La distinction entre une rhinosinusite aiguë non grave, avec ou sans surinfection bactérienne, est difficile à faire sur base clinique. Des examens complémentaires pourraient rendre plus probable la nature bactérienne de la maladie, mais cela ne sert pas à l'identification du patient pour lequel des antibiotiques sont nécessaires. Ce GPP a été élaboré sur la base d'une procédure de consensus Delphi.

## Question clinique 3 : Quel est le diagnostic différentiel en cas de suspicion d'une rhinosinusite aiguë clinique ?

### Recommandations

1. Le diagnostic différentiel doit être établi en particulier avec d'autres affections qui peuvent s'accompagner de céphalées et/ou écoulement nasal : céphalée de tension, migraine, rhinite allergique ou hyperréactive et rhume (**GPP**).
2. En fonction de la situation sanitaire, il convient de suivre les recommandations relatives aux infections épidémiques des voies respiratoires telles que la COVID-19 (**GPP**).

### Explications

#### Diagnostic différentiel clinique <sup>51</sup>

Outre la rhinosinusite aiguë, d'autres pathologies peuvent s'accompagner de céphalées et/ou d'écoulement nasal :

- Céphalées : nous évoquons ici principalement les migraines et les céphalées causées par des tensions musculaires. Ces affections ont leurs propres spécificités, dont la description dépasse le cadre de ce guide. L'absence de plaintes nasales en plus des céphalées rend le diagnostic de rhinosinusite peu probable.
- Écoulement nasal : le diagnostic clinique de la rhinosinusite aiguë sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique n'est pas une entité bien délimitée. Il est donc parfois difficile de la distinguer d'un simple rhume et, dans une moindre mesure, d'une rhinite allergique et/ou hyperréactive. Pour faire la distinction entre la rhinite allergique et la rhinite idiopathique (hyperréactive), certains symptômes cliniques peuvent être utiles :
  - La rhinite allergique se caractérise par des démangeaisons du nez, du palais ou des yeux, des éternuements, une rhinorrhée non colorée, des plaintes saisonnières ou au contact d'animaux ou de poussières.
  - La rhinite hyperréactive s'accompagne de crises d'éternuements sans cause apparente. Les facteurs déclenchants sont des stimuli non spécifiques tels que la fumée, le changement de température, la lumière solaire intense, les parfums, les boissons chaudes.
  - Les céphalées frontales, les douleurs faciales, les sécrétions nasales colorées, les douleurs au niveau des molaires supérieures plaident contre une rhinite allergique ou hyperréactive. Toutefois, ces différences ne sont pas absolues.

<sup>51</sup> Les informations sur le diagnostic différentiel clinique ont été largement tirées du guide original de Domus Medica de 2004 et partiellement complétées par des informations provenant guide de la NHG de 2014.

## ENFANTS

Dans le diagnostic différentiel de la rhinosinusite aiguë chez l'enfant, d'autres causes de plaintes nasales doivent également être envisagées :

- Rhinite allergique ou hyperréactive et rhume banal :
  - Le diagnostic différentiel le plus difficile reste celui d'un rhume banal. En général, la distinction entre les deux syndromes n'est pas importante d'un point de vue clinique, car ils évoluent tous deux de manière favorable.
- La rhinosinusite chez l'enfant s'accompagne souvent de toux. Par conséquent, la possibilité d'une maladie des voies respiratoires inférieures doit également être envisagée.
- Otite moyenne aiguë.
- Chez le patient gravement malade présentant une rhinorrhée purulente, il faut également envisager d'autres diagnostics graves tels que la pneumonie, la méningite et la pyélonéphrite.

### **Examens complémentaires**

Une radiographie conventionnelle peut parfois être envisagée dans le diagnostic différentiel chez un patient de plus de 6 ans dont le tableau clinique n'est pas clair (voir également la question clinique 2, page 19) <sup>5</sup>.

### **Base de la recommandation**

La recommandation sur le diagnostic différentiel clinique est tirée du guide original de Domus Medica de 2004 <sup>5</sup>. Cette recommandation est fondée sur l'avis d'experts. Aucune nouvelle étude scientifique ou avis d'experts n'a été trouvé pour modifier cette recommandation.

La recommandation "*En fonction de la situation sanitaire, il convient de suivre les recommandations relatives aux infections épidémiques des voies respiratoires telles que la COVID-19*" a été ajoutée comme GPP à la fin du processus d'élaboration de ce guide, compte tenu de l'évolution dans ce domaine. Nous faisons référence aux institutions nationales ou régionales pour la justification.

Conclusion : Face à un tableau clinique de rhinosinusite aiguë, selon l'avis d'experts l'accent doit être mis sur une évaluation diagnostique différentielle. Le fait qu'il soit difficile de délimiter avec précision le diagnostic clinique de la rhinosinusite aiguë accroît l'importance de l'évaluation diagnostique différentielle. Il est important de rappeler au médecin l'importance du diagnostic différentiel avec d'autres pathologies éventuellement plus graves. Cette recommandation a été élaborée sur la base d'une procédure de consensus Delphi.

## Question clinique 4 : Quel est le traitement de base d'une rhinosinusite aiguë clinique ?

### Recommandations

1. Informer le patient que l'évolution vers la guérison peut être assez longue (**GPP**).
2. Les antibiotiques ne sont pas recommandés en cas de rhinosinusite aiguë non sévère, que ce soit à l'adulte (**GRADE 1A**) ou à l'enfant (**GRADE 1B**).
3. En cas de douleur et de fièvre, le paracétamol est le premier choix. L'ibuprofène constitue une alternative (**GPP**).
4. Déterminer, en concertation avec le patient, le traitement symptomatique le plus approprié pour soulager la congestion nasale (**GPP**).
5. En cas de plaintes prolongées de congestion nasale (>7 jours), chez l'adulte et l'enfant à partir de 12 ans, un corticostéroïde intranasal peut être prescrit (**GRADE 2C**).

### Explications

Informez le patient que l'évolution vers la guérison peut être assez longue. Environ 10 % des patients ont des plaintes qui durent plus de 2 semaines<sup>13,14</sup> ; chez les enfants, cette proportion est de 20 à 60 %<sup>15,16</sup>. Chez l'enfant, il est préférable de prendre suffisamment de temps pour informer correctement les parents/soignants, souvent inquiets, notamment que les plaintes peuvent durer très longtemps, qu'elles ne risquent rien et qu'elles sont en général peu inconfortables pour l'enfant. C'est souvent une question de patience.

Les antibiotiques n'ont pas leur place dans le traitement de la rhinosinusite aiguë non sévère en l'absence de facteurs de risque préexistants d'une évolution plus grave. Si nécessaire, les éléments suivants peuvent aider à la discussion avec le patient :

- La guérison spontanée est la règle en cas de rhinosinusite aiguë : sans antibiotiques, 46 % des patients (adultes) guérissent dans la semaine qui suit l'apparition des symptômes. Après 2 semaines, 64% des patients n'ont plus de symptômes ; environ 10% des patients ont des symptômes qui durent plus de 2 semaines. Parmi les enfants, 40 à 80% sont guéris après 2 semaines ;
- Les antibiotiques n'ont aucun effet sur la guérison ;
- Le problème des germes multirésistants aux antibiotiques ;
- La quasi-absence de complications graves ;
- L'absence de tout effet protecteur des antibiotiques contre la rhinosinusite aiguë.

Les avantages et les inconvénients des différentes options de traitement symptomatique peuvent être discutés avec le patient (*tableau 4*). Le plan de traitement est établi de concert avec le patient.



Tableau 4 : Options de traitement symptomatique avec indication des inconvénients éventuels.

Plainte	Remède/option de traitement	Inconvénients
Douleur	Paracétamol ou ibuprofène par voie orale	Aucun
Congestion nasale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhalation de vapeurs chaudes et humides ou de boissons chaudes (selon besoins) ;</li> <li>Décongestionnants nasaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque de brûlures</li> <li>Limité à 5 jours ; à éviter chez l'enfant ; aucun effet prouvé chez l'enfant</li> </ul>
	Cortisone (administration nasale)	Petit effet tardif ( <i>seulement des preuves pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans</i> )
	Rinçage nasal à l'eau salée	Certains enfants trouvent cela très ennuyeux
Congestion nasale, et/ou écoulement nasal, et/ou toux due à un "écoulement post-nasal".	Rinçage nasal à l'eau salée	Certains enfants trouvent cela très ennuyeux

Le paracétamol ou l'ibuprofène peuvent être administrés par voie orale pour soulager la douleur et/ou la fièvre. En raison de sa bonne tolérance et de son profil de sécurité favorable, le paracétamol est considéré comme le premier choix dans le traitement symptomatique de la douleur et de la fièvre, en particulier chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées. L'ibuprofène n'est pas recommandé chez les enfants ou les personnes âgées présentant une déshydratation ou une insuffisance rénale. Pour la posologie, nous faisons référence au Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP).

La vaporisation se fait avec de l'eau à une température maximale de 60°C pendant 15 minutes, 2 à 3 fois par jour. L'ajout de produits dans l'eau n'est pas recommandé. Le menthol est contre-indiqué chez les jeunes enfants de moins de 2 ans. Il faut prendre des précautions pour éviter les brûlures. Boire une boisson chaude est une alternative.

Une solution saline physiologique (NaCl 0,9%) peut être achetée toute prête ou fabriquée soi-même.<sup>52</sup> La solution peut être conservée au réfrigérateur pendant trois jours au maximum et peut être administrée à l'aide d'un compte-gouttes (stérile ou bouilli). En cas de gouttes nasales ou de spray nasal fait maison, une durée de conservation générale de 2 semaines à 2-8 °C est recommandée. La durée de

<sup>52</sup> Pesez 9 grammes de sel ordinaire dans une balance propre qui lit les grammes et dissolvez-les dans 1 litre d'eau du robinet dans une bouteille bouillie.

conservation recommandée de 3 jours maximum au réfrigérateur pour une solution saline faite maison est basée sur un consensus.

Chez les adultes, les gouttes nasales décongestionnantes peuvent être envisagées en cas d'obstruction/congestion nasale importante. Les gouttes nasales décongestionnantes (contenant de la xylométazoline et de l'oxymétazoline) ne sont pas recommandées chez l'enfant de moins de 2 ans car l'effet sur l'évolution des symptômes n'a pas été démontré et parce que des effets secondaires rares mais graves peuvent survenir. Chez l'enfant âgé de 2 à 6 ans, nous recommandons les gouttes nasales décongestionnantes uniquement si le soulagement des symptômes avec le sérum physiologique est insuffisant et uniquement lorsque le soulagement des symptômes souhaité est cliniquement important.

Selon le CBIP, les décongestionnants nasaux ne doivent être utilisés que pendant une courte période (maximum 5 jours) afin d'éviter un rebond de la congestion ou une rhinite médicamenteuse <sup>53</sup>.

Le CBIP argumente que :

- le rapport risque-bénéfice des vasoconstricteurs systémiques est défavorable ;
- il convient d'être très prudent avec ces préparations, en particulier chez les enfants et les personnes âgées, en raison du risque accru d'effets indésirables ;
- chez les enfants de moins de 12 ans, ces médicaments ne sont pas recommandés <sup>54</sup> ;
- l'éphédrine, la phényléphrine, la nafazoline et la tramazoline sont contre-indiquées chez les enfants de moins de 7 ans.

En cas de plaintes d'obstruction/congestion nasale importante qui persistent, on peut passer aux corticostéroïdes intranasaux. L'effet est faible et tardif, mais ils peuvent apporter un soulagement lorsque la durée maximale d'utilisation des décongestionnants nasaux a été atteinte.

Les corticoïdes oraux n'ont aucun effet bénéfique. Ils ne sont actuellement pas prescrits pour cette indication en médecine générale. C'est la raison pour laquelle ils ne sont pas abordés dans ce guide de pratique.

Les antihistaminiques ne sont pas recommandés. Leur utilisation chez les enfants n'est pas recommandée.

---

<sup>53</sup> <https://www.cbip.be/fr/chapters/18?frag=15602>

## Base des recommandations

### **Recommandation 1 : Informer le patient que l'évolution vers la guérison peut être assez longue (GPP).**

Une étude transversale en soins primaires aux Pays-Bas auprès de patients souffrant de maladies respiratoires aiguës (1.014 participants, taux de réponse de 49 %) a examiné l'association entre les attentes des patients, la prise en charge des médecins généralistes et la satisfaction des patients. Le fait de recevoir des informations (Odds Ratio (OR) 10,6 ; IC à 95 % 5,6 à 20,1) et le fait d'être rassuré et de se voir prescrire des antibiotiques (OR 2,2 ; IC à 95 % 1,3 à 3,8) étaient tous deux indépendamment associés à la satisfaction des patients. Il est frappant de constater que la satisfaction est davantage associée à l'information et au réconfort. Ce n'est que chez les patients qui s'attendaient à recevoir une prescription pour un antibiotique que la prescription était à peu près aussi importante pour la satisfaction que l'information (prescription : OR 3,8 ; IC à 95% 1,9 à 7,5 ; information : OR 4,7 ; IC à 95% 1,9 à 11,9). Chez les patients qui ne s'attendaient pas à recevoir une prescription d'antibiotiques, seules l'information et la réassurance étaient importantes pour la satisfaction (OR 21,6 ; IC à 95% 7,4 à 62,7) <sup>54</sup>.

Une autre étude néerlandaise montre également que la satisfaction des patients est principalement associée à la conviction d'avoir été examinés avec précision et non à la prescription d'antibiotiques <sup>55</sup>.

Pour les données probantes relatives aux informations sur le cours naturel de la rhinosinusite aiguë, nous renvoyons le lecteur à l'introduction.

### **Recommandation 2 : Les antibiotiques ne sont pas recommandés en cas de rhinosinusite aiguë non sévère, que ce soit à l'adulte (GRADE 1A) ou à l'enfant (GRADE 1B).**

#### **Adultes**

La recommandation est basée sur une revue Cochrane de 2018 qui a examiné 15 études sur l'effet des antibiotiques dans la rhinosinusite aiguë non sévère chez les adultes <sup>4</sup>. Une distinction est faite entre l'effet sur la durée de la maladie, sur la gravité des symptômes et sur les effets secondaires du traitement. Les résultats d'études ayant inclus des patients de manière similaire ont été examinés afin de déterminer si les antibiotiques sont utiles ou non pour la pratique ambulatoire.

<sup>54</sup> Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management, and patient satisfaction. *Fam Pract* 2004;21(3):234-237. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh303>.

<sup>55</sup> van Duijn HJ, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, Verheij TJ. Illness behaviour and antibiotic prescription in patients with respiratory tract symptoms. *Br J Gen Pract* 2007;57(540):561-568.

Les résultats et les conclusions sont en accord avec les conclusions tirées d'études plus anciennes prises en compte par les auteurs du guide de la NHG <sup>4,20,56,57,58,59</sup>.

#### LES ANTIBIOTIQUES NE PROTEGENT PAS CONTRE LES COMPLICATIONS GRAVES DANS LES RHINOSINUSITES AIGUËS NON SEVERES CHEZ LES ADULTES

Sur la base de 8 études (1.687 participants) de la revue Cochrane de 2018, nous arrivons à un NNT de 883 (IC à 95% 222 à l'infini) <sup>4</sup>. Nous concluons donc, avec un degré élevé de certitude, qu'il n'existe pas d'effet protecteur cliniquement pertinent des antibiotiques. D'autres études n'ont pas non plus réussi à démontrer que les complications peuvent être évitées grâce à l'administration précoce d'antibiotiques <sup>60</sup>.

Nous renvoyons le lecteur à l'introduction de ce guide de pratique pour les études épidémiologiques qui montrent que les complications graves sont extrêmement rares. Pour l'évolution naturelle, le guide de la NHG 2014 fait référence aux données des groupes placebo dans les études sur l'effet des antibiotiques <sup>3,16,17,18,19</sup>. La NHG estime dans son guide sur la rhinosinusite aiguë que l'incidence des complications de la rhinosinusite aiguë s'élève à 1:36 000 chez les enfants et à 1:96 000 patients chez les adultes <sup>3</sup>.

#### EFFICACITE DES ANTIBIOTIQUES SUR L'EVOLUTION NATURELLE DE LA RHINOSINUSITE AIGUË NON SEVERE SUSPECTEE CLINIQUEMENT CHEZ L'ADULTE

Les symptômes d'une rhinosinusite aiguë disparaissent généralement d'eux-mêmes. Un traitement n'est généralement pas nécessaire. En général, les symptômes disparaissent spontanément au bout de quelques jours à une semaine, et la fièvre éventuelle disparaît au bout de cinq jours. Deux tiers des patients adultes atteints de rhinosinusite n'ont (pratiquement) plus de plaintes 14 jours après leur visite chez le médecin, et 90 % ne se plaignent plus après 3 semaines <sup>3</sup>.

La revue Cochrane de 2018 a inclus 8 études sur le diagnostic posé sur base clinique <sup>4</sup>. Les différentes études n'utilisaient pas toutes les mêmes critères de diagnostic et mettaient en place des traitements antibiotiques différents, mais les résultats étaient comparables. Dans aucune des études, les antibiotiques ne se sont révélés

---

<sup>56</sup> Hansen FS, Hoffmans R, Georgalas C, Fokkens WJ. Complications of acute rhinosinusitis in The Netherlands. *Fam Pract* 2012;29(2):147-153. doi: 10.1093/fampra/cmr062. Epub 2011 Sep 5. PMID: 21896505.

<sup>57</sup> Smith SR, Montgomery LG, Williams JW Jr. Treatment of mild to moderate sinusitis. *Arch Intern Med* 2012;172(6):510-513. doi: 10.1001/archinternmed.2012.253. PMID: 22450938.

<sup>58</sup> Kaper NM, Breukel L, Venekamp RP, Grolman W, van der Heijden GJ. Absence of evidence for enhanced benefit of antibiotic therapy on recurrent acute rhinosinusitis episodes: a systematic review of the evidence base. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;149(5):664-667. doi: 10.1177/0194599813505841. Epub 2013 Sep 24. PMID: 24065207.

<sup>59</sup> Blin P, Blazejewski S, Lignot S, Lassalle R, et al. Effectiveness of antibiotics for acute sinusitis in real-life medical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2010;70(3):418-428. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03710.x. PMID: 20716243; PMCID: PMC2949915.

<sup>60</sup> Gwaltney JM Jr. Acute community acquired bacterial sinusitis: To treat or not to treat. *Can Respir J* 1999;6 Suppl A:46A-50A. PMID: 10202234.

significativement plus efficaces que le placebo. Le NNT pour un résultat favorable était de 19 (IC à 95% 10 à 205 ; IP = 0% ; 8 études avec une certitude de preuve élevée 4,17,27,61,62,63,64,65,66).

#### EFFICACITE DES ANTIBIOTIQUES SUR L'ÉVOLUTION NATURELLE CHEZ LES ADULTES PRESENTANT UNE RHINOSINUSITE AIGUË NON SEVERE CONFIRMEE RADIOLOGIQUEMENT

Si le diagnostic est confirmé radiologiquement, le NNT tombe à 10 (IC à 95% 5 à 136 ) (OR 1,57 ; IC à 95% 1,03 à 2,39 (3 études ; faible certitude des preuves en raison de l'imprécision, de l'incohérence et du risque de biais) 4,22,67. Une guérison plus rapide était principalement obtenue avec un "niveau de liquide" ou une "occlusion complète" sur CT-scanner (OR 4,89 ; IC à 95% 1,75 à 13,72 ; NNT 4 ; IC à 95% 2 à 15 ; 1 étude ; certitude modérée des preuves en raison de l'imprécision ; les données proviennent d'une seule étude avec seulement 127 participants) 4,41.

#### L'EFFICACITE DES ANTIBIOTIQUES SUR LA RESOLUTION DE LA RHINORRHEE PURULENTE

La rhinorrhée purulente disparaît plus rapidement sous antibiotiques avec un NNT de 10 (OR 1,58 ; IC à 95% 1,13 à 2,22 ; IC à 95% 6 à 35 ; IP = 0% ; 3 études ; certitude élevée des preuves) 4.

#### EFFETS SECONDAIRES DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE CHEZ LES ADULTES ATTEINTS DE RHINOSINUSITE AIGUË NON SEVERE

Les patients ont éprouvé des effets secondaires des antibiotiques par rapport au placebo. Le nombre nécessaire pour nuire (NNH) est de 8 (IC à 95% 6 à 12 ) (OR 2;21 ; IC à 95% 1,74 à 2,82 ; 10 études ; certitude élevée des preuves) 4.

Conclusion : Nous formulons une recommandation forte avec un haut degré de certitude des preuves contre la prescription d'antibiotiques pour les rhinosinusites aiguës cliniques non sévères chez les adultes. L'utilisation d'antibiotiques ne protège

<sup>61</sup> Bucher HC, Tschudi P, Young J, Périat P, et al.; BASINUS (Basel Sinusitis Study) Investigators. Effect of amoxicillin-clavulanate in clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial in general practice. *Arch Intern Med* 2003;163(15):1793-1798. doi: 10.1001/archinte.163.15.1793. PMID: 12912714.

<sup>62</sup> Kaiser L, Morabia A, Stalder H, Ricchetti A, et al. Role of nasopharyngeal culture in antibiotic prescription for patients with common cold or acute sinusitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001;20(7):445-451. doi: 10.1007/s100960100544. PMID: 11561799.

<sup>63</sup> Nørrelund N. Behandling af sinuitis i almenpraksis. En kontrolleret undersøgelse over pivampicillin (Pondocillin) [Treatment of sinusitis in general practice. A controlled investigation of pivampicillin (Pondocillin)]. *Ugeskr Laeger* 1978;140(45):2792-2795. Danish. PMID: 362655.

<sup>64</sup> Williamson IG, Rumsby K, Bengé S, Moore M, et al. Antibiotics and topical nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;298(21):2487-2496. doi: 10.1001/jama.298.21.2487. PMID: 18056902.

<sup>65</sup> Merenstein D, Whittaker C, Chadwell T, Wegner B, D'Amico F. Are antibiotics beneficial for patients with sinusitis complaints? A randomized double-blind clinical trial. *J Fam Pract* 2005;54(2):144-151. PMID: 15689289.

<sup>66</sup> Stalman W, van Essen GA, van der Graaf Y, de Melker RA. The end of antibiotic treatment in adults with acute sinusitis-like complaints in general practice? A placebo-controlled double-blind randomized doxycycline trial. *Br J Gen Pract* 1997;47(425):794-799. PMID: 9463979; PMCID: PMC1410064.

<sup>67</sup> van Buchem FL, Knottnerus JA, Schrijnemaekers VJ, Peeters MF. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997;349(9053):683-687. doi: 10.1016/s0140-6736(96)07585-x. PMID: 9078199.

pas contre les complications graves, provoque trop fréquemment des effets secondaires et n'a aucun effet bénéfique cliniquement pertinent sur la guérison. En outre, le risque de complications graves est très faible et le problème de la résistance aux antibiotiques doit être pris en compte. Nous arrivons à la même conclusion, mais avec une faible certitude de preuve, lorsque la rhinosinusite aiguë non sévère chez l'adulte ne répond pas cliniquement aux critères radiologiques. Lorsque la rhinosinusite aiguë non sévère chez l'adulte répond aux critères diagnostiques du CT scanner, il existe une certitude modérée quant au fait que les antibiotiques peuvent avoir un effet cliniquement pertinent sur l'accélération de la guérison. Il ne s'agit que d'une indication indirecte de l'utilité potentielle d'un scanner comme outil permettant une utilisation plus ciblée des antibiotiques. Une guérison plus rapide n'interviendrait que dans 1 cas sur 4 confirmés par CT. Les inconvénients du CT scanner sont les radiations et l'examen relativement inaccessible en soins primaires. Si nous mettons en balance ces inconvénients avec la possibilité d'une guérison spontanée plus rapide d'une rhinosinusite aiguë bénigne et sans gravité, nous concluons que cette approche ne peut être recommandée.

## Enfants

### L'EFFICACITE DES ANTIBIOTIQUES SUR L'EVOLUTION NATURELLE CHEZ L'ENFANT

Le guide de la NHG fait référence à une revue systématique qui inclut la RCT de Garbutt <sup>68</sup>. Cette étude est la seule à avoir été menée en soins primaires. On n'a trouvé aucune différence entre les antibiotiques et le placebo chez les enfants ayant reçu un diagnostic clinique de rhinosinusite en soins primaires, que ce soit pour les symptômes quantitatifs, la perception subjective ou pour les rechutes. Nous calculons un NNT infini pour l'amélioration clinique au jour 14 (différence : - 0 pour 1.000 (IC à 95% -120 à +144), et concluons à l'absence d'effet, avec une certitude modérée des preuves. Nous n'avons pas trouvé de preuves plus récentes.

Il n'y a pas de preuves évidentes que la rhinosinusite aiguë chez l'enfant ne guérit pas spontanément, mais les données sur l'évolution naturelle sont limitées. Les auteurs du guide de la NHG mentionnent que l'impression est que les complications sont légèrement plus fréquentes chez les enfants <sup>3</sup>. L'incidence estimée des complications d'une rhinosinusite aiguë en médecine générale s'élève à 1:36 000 chez les enfants et à 1:96 000 chez les adultes <sup>3</sup>. Les auteurs du guide de la NHG concluent que chez les enfants atteints de rhinosinusite, il n'y a aucune raison de conseiller une prise en charge différente de celle des adultes en soins primaires.

---

<sup>68</sup> Cronin MJ, Khan S, Saeed S. The role of antibiotics in the treatment of acute rhinosinusitis in children: a systematic review. Arch Dis Child 2013;98(4):299-303. doi: 10.1136/archdischild-2012-302983. Epub 2013 Feb 16. PMID: 23418037.

Conclusion : Les données probantes disponibles sur l'effet des antibiotiques chez les enfants conduisent néanmoins à la conclusion unanime que les antibiotiques n'ont pas d'effet clinique favorable sur la guérison. Nous formulons une recommandation forte contre l'utilisation d'antibiotiques dans les cas d'une rhinosinusite aiguë clinique non grave chez l'enfant, avec une certitude modérée des preuves.

**Recommandation 3 : En cas de douleur et de fièvre, le paracétamol est le premier choix. L'ibuprofène constitue une alternative (GPP).**

Ce GPP est basé sur le guide de pratique original de Domus Medica (2004) <sup>5</sup>. D'après le guide de la NHG (2014) <sup>3</sup> et la recherche documentaire complémentaire, il ne semble pas y avoir de nouvelles études sur l'efficacité de ces 2 analgésiques en cas de rhinosinusite aiguë clinique, ni pour soutenir une préférence pour l'un ou l'autre. Nous arrivons aux mêmes conclusions que le CBIP concernant l'utilisation des deux molécules.

Conclusion : Le contrôle de la douleur et de la fièvre est, pour le confort du patient, un élément important du traitement symptomatique de la rhinosinusite aiguë. Une forte fièvre doit être évitée pour prévenir des complications. Ce GPP a été élaboré sur la base d'une procédure de consensus Delphi.

**Recommandation 4 : Déterminer, en concertation avec le patient, le traitement symptomatique le plus approprié pour soulager la congestion nasale (GPP).**

Malgré l'absence de preuves directes de l'utilité d'un traitement symptomatique de la congestion nasale dans la rhinosinusite aiguë, les auteurs et les experts consultés estiment qu'en cas de plaintes de congestion nasale, il est important de discuter du traitement approprié avec le patient.

### **Rinçage avec des solutions salines**

Pour la rhinosinusite aiguë clinique, le guide de la NHG de 2014 <sup>3</sup> fait référence à une RCT comparant l'effet de l'irrigation nasale avec une solution saline physiologique à l'absence d'irrigation nasale (dans les deux cas, en plus du "traitement standard" comprenant des antibiotiques, des mucolytiques et des décongestionnants nasaux). Cette RCT a eu lieu en soins secondaires chez 60 enfants atopiques atteints de rhinosinusite aiguë (âge moyen 6 ans) <sup>69</sup>. Après 3 semaines, les scores moyens du « Pediatric Rhinoconjunctivitis Quality-of-Life Questionnaire » (PRQLQ : 23 items sur une

<sup>69</sup> Wang YH, Ku MS, Sun HL, Lue KH. Efficacy of nasal irrigation in the treatment of acute sinusitis in atopic children. J Microbiol Immunol Infect 2014;47(1):63-69. doi: 10.1016/j.jmii.2012.08.018. Epub 2012 Sep 30. PMID: 23034126.

échelle de 0-6) et du « Nasal Peak Expiratory Flow Rate (nPEFR) » dans le groupe d'irrigation s'étaient significativement améliorés par rapport au groupe témoin : le score PRQLQ avait diminué de 42,58 % contre 27,51 % respectivement ( $t = 2,053$  ;  $p < 0,05$ ) et du nPEFR avait augmenté de 23,72 % contre une diminution de -11,91 % respectivement ( $t = 2,96$  ;  $p < 0,05$ ).

Si nous voulons appliquer ces preuves à tous les enfants ou à tous les patients et que nous prenons également en compte les faiblesses de l'étude (petit nombre de participants, hétérogénéité au niveau de l'observance et au niveau de la fréquence des rinçages nasaux, critères diagnostiques ne correspondant pas à nos critères d'une rhinosinusite aiguë clinique, population ne correspondant pas au patient en soins primaires), nous arrivons à un niveau de certitude très faible des preuves.

Le mécanisme d'action exact du rinçage nasal n'est toujours pas clair. On suppose que le nettoyage physique (rinçage des croûtes, des débris, des allergènes et des substances nocives, comme les médiateurs inflammatoires) améliore directement la fonction de l'épithélium nasal ainsi que la fréquence du battement ciliaire <sup>70</sup>.

Pour la **période de conservation** et la **préparation** de la solution saline, nous nous basons sur les informations trouvées dans le guide de la NHG <sup>3</sup>.

Les rinçages salins sont censés favoriser l'évacuation du pus et des sécrétions des sinus en dégagant le nez. Les rinçages salins peuvent être utilisés en toute sécurité compte tenu du faible risque d'effets secondaires <sup>70</sup>.

Conclusion : nous ne pouvons étayer que partiellement le rinçage avec une solution saline physiologique par des données probantes de très faible certitude. L'utilisation d'une solution saline physiologique (0,9 %) présente peu d'inconvénients, est sans danger, est conforme à la pratique existante et peu coûteuse. Les expériences de les conseiller dans la pratique sont positives. Par conséquent, un GPP a été formulé. Ce GPP a été approuvé lors une procédure de consensus Delphi.

## Vapeur et boissons chaudes

Aucune étude n'a été trouvée sur l'effet de la vapeur dans la rhinosinusite aiguë. L'effet des vapeurs chaudes n'a été étudié que dans les rhumes banaux <sup>3,5</sup>.

Boire une boisson chaude aurait le même effet que la vapeur. En buvant une boisson chaude, on inhale également des vapeurs. Certaines boissons chaudes semblent

---

<sup>70</sup> Kassel JC, King D, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev 2010;(3):CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2015;4:CD006821. PMID: 20238351.



également stimuler la clairance mucociliaire (thé chaud, soupe chaude ou eau chaude consommée par petites gorgées ou avec une paille) <sup>71,72</sup>.

Pour les instructions d'utilisation des vapeurs, nous nous référons aux instructions du guide de la NHG <sup>3</sup>. L'ajout de menthol n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 2 ans en raison du risque de laryngospasme <sup>3</sup>.

Conclusion : nous avons formulé un GPP en faveur de l'utilisation de vapeurs et de boissons chaudes. Ce GPP a été approuvé lors d'une procédure de consensus Delphi. La prudence est de mise, notamment pour éviter les brûlures. Le patient doit en être averti et recevoir des instructions appropriées. La vapeur présente peu d'inconvénients, est conforme aux pratiques existantes et n'est pas du tout coûteux. Dans la pratique, les expériences en la matière sont positives.

## Décongestionnants nasaux

### GOUTTES DECONGESTIONNANTES NASALES CHEZ L'ENFANT

Une revue Cochrane (jusqu'au 31 janvier 2012) sur l'effet des décongestionnants chez les enfants de moins de 18 ans avec le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë n'a trouvé aucune étude répondant aux critères d'inclusion (écoulement nasal congestion nasale ou toux diurne pendant 10 à 30 jours) <sup>73</sup>. Une version plus récente de cette revue Cochrane, datant de 2014, constate la même absence de preuves. <sup>74</sup>. De plus, nous n'avons pas trouvé d'autres études pertinentes plus récentes à l'appui.

Le conseil de ne pas recommander les gouttes nasales décongestionnantes (avec xylométazoline et oxymétazoline) pour les enfants < 2 ans par manque de preuves concernant leur effet sur l'évolution des symptômes et vu la possibilité de survenue d'effets secondaires rares mais graves, a été repris du guide de la NHG 2014 <sup>3</sup>. La NHG fait référence à l'avertissement exprimé par les auteurs de la revue Cochrane susmentionnée concernant le risque d'effets secondaires graves. Ceux-ci se basent notamment sur le fait qu'il existe des preuves croissantes, issues de recherches observationnelles, que des effets indésirables graves peuvent survenir, en particulier chez les jeunes enfants <sup>74</sup>. La NHG fait également référence à des rapports de cas

---

<sup>71</sup> Saketkhoo K, Januszkiewicz A, Sackner MA. Effects of drinking hot water, cold water, and chicken soup on nasal mucus velocity and nasal airflow resistance. *Chest* 1978;74(4):408-410. doi: 10.1378/chest.74.4.408. PMID: 359266.

<sup>72</sup> Zeiger RS. Prospects for ancillary treatment of sinusitis in the 1990s. *J Allergy Clin Immunol* 1992;90(3 Pt 2):478-495. doi: 10.1016/0091-6749(92)90173-y. PMID: 1382084.

<sup>73</sup> Shaikh N, Wald ER, Pi M. Decongestants, antihistamines, and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(9):CD007909. doi: 10.1002/14651858.CD007909.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):CD007909. PMID: 22972113.

<sup>74</sup> Shaikh N, Wald ER. Decongestants, antihistamines, and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(10):CD007909. doi: 10.1002/14651858.CD007909.pub4. PMID: 25347280; PMCID: PMC7182143

inquiétants. Les effets indésirables décrits comprennent l'irritabilité, l'insomnie, la somnolence, la bradycardie, l'apnée, l'hypothermie, la convulsion et le coma.

#### GOUTTES DECONGESTIONNANTES NASALES CHEZ L'ADULTE

La NHG n'a trouvé aucune étude sur l'effet d'un décongestionnant nasal sur la douleur sinusale chez l'adulte. Notre recherche de preuves plus récentes n'a pas identifié de nouvelles études pertinentes.

**Conclusion :** Malgré ces inconvénients, les décongestionnants nasaux peuvent être utilisés jusqu'à 5 jours lorsque les rinçages et/ou les vapeurs seuls ne sont pas une option. Bien que les avis dans la littérature divergent, l'utilisation de décongestionnants topiques peut être envisagée avec certaines précautions. L'utilisation de décongestionnants nasaux a été incluse dans le GPP sur le soulagement des symptômes et a été approuvée lors d'une procédure de consensus Delphi.

#### **Antihistaminiques avec ou sans décongestionnants**

Le guide de la NHG mentionne ne pas avoir trouvé d'études contrôlées par placebo pertinentes à ce sujet. Notre recherche documentaire n'a pas non plus identifié d'études récentes pertinentes.

De plus en plus d'études observationnelles montrent que les antihistaminiques et les décongestionnants peuvent provoquer des effets secondaires graves chez les jeunes enfants, tels que la somnolence, l'irritabilité, les troubles du sommeil, la rhinite médicamenteuse et même la mort. C'est la raison pour laquelle l'utilisation de ces médicaments chez les enfants n'est donc pas recommandée <sup>75,76</sup>.

**Conclusion :** Il n'existe pas d'arguments convaincants pour recommander l'utilisation d'antihistaminiques peroraux avec ou sans décongestionnants. Les preuves limitées combinées aux effets secondaires possibles nous ont amenés à ne pas recommander ce médicament chez l'adulte. L'utilisation n'est pas recommandée chez l'enfant en raison d'effets secondaires graves.

<sup>75</sup> Shefrin AE, Goldman RD. Use of over-the-counter cough and cold medications in children. *Can Fam Physician* 2009;55(11):1081-3. PMID: 19910592; PMCID: PMC2776795.

<sup>76</sup> Chonmaitree T, Saeed K, Uchida T, Heikkinen T, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the effect of antihistamine or corticosteroid treatment in acute otitis media. *J Pediatr* 2003;143(3):377-85. doi: 10.1067/S0022-3476(03)00293-2. PMID: 14517524.

**Recommandation 5 : En cas de plaintes prolongées avec congestion nasale (>7 jours) chez l'adulte et l'enfant à partir de 12 ans, un corticostéroïde intranasal peut être prescrit (GRADE 2C).**

## Corticostéroïdes

Deux revues systématiques sur les corticoïdes intranasaux ont été publiées <sup>77,78</sup>. Ces revues systématiques ont inclus les RCT's mentionnées dans le guide du NHG <sup>3</sup>. Dans la plupart des études des revues systématiques, les participants ont reçu des antibiotiques en plus des corticoïdes intranasaux. Les participants aux études fournissant des preuves pertinentes pour notre guide de pratique étaient des adultes et des enfants de plus de 12 ans. Les corticoïdes intranasaux semblent avoir un effet sur la douleur faciale et l'obstruction nasale chez les patients souffrant de rhinite et de sinusite aiguë. Cependant, l'effet était faible et tardif : les symptômes se sont améliorés après 14-21 jours chez 66% des patients sous placebo et chez 73% des patients sous corticostéroïdes intranasaux <sup>78</sup>. Des doses plus élevées de corticostéroïdes intranasaux (mometasone 400 µg contre 200 µg) ont eu un effet plus important que les doses plus faibles. L'effet ne devient statistiquement significatif qu'après 21 jours, avec un NNT de 9 au jour 21. Les données sur l'effet favorable sont dominées par des études portant sur des participants chez qui la rhinosinusite aiguë a été confirmée par CT scanner, tandis que les autres évaluations étaient dominées par des études portant sur un diagnostic purement clinique. Les études rapportant un effet bénéfique étaient sponsorisées par l'industrie pharmaceutique, contrairement aux études n'observant aucun effet. En raison de ces limites et de la petite taille de l'effet, avec une imprécision, nous ne pouvons nous prononcer qu'avec une faible certitude en faveur des corticostéroïdes intranasaux. Aucun effet secondaire significatif n'a été observé.

En ce qui concerne l'utilité des **corticoïdes oraux**, nous avons trouvé, comme base la plus récente, une revue systématique de 2014 <sup>79</sup> des études sur la rhinosinusite aiguë diagnostiquée cliniquement. Trois des 5 études incluses ont été menées dans des polycliniques ORL et ont également eu recours à une évaluation radiologique pour inclure les patients. Dans toutes les études, les participants ont reçu soit des corticostéroïdes par voie orale (prednisone 24 mg à 80 mg par jour ou bétaméthasone 1 mg par jour), soit le traitement témoin (placebo dans 4 études et anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 1 étude). Dans 4 études, des antibiotiques ont été prescrits en plus des corticostéroïdes oraux. Seule 1 des 5 RCT's porte sur un traitement par

<sup>77</sup> Hayward G, Heneghan C, Perera R, Thompson M. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2012;10(3):241-249. doi: 10.1370/afm.1338. PMID: 22585889; PMCID: PMC3354974.

<sup>78</sup> Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(12):CD005149. doi: 10.1002/14651858.CD005149.pub4. PMID: 24293353; PMCID: PMC6698484.

<sup>79</sup> Venekamp RP, Thompson MJ, Hayward G, Heneghan CJ, Del Mar CB, Perera R, Glasziou PP, Rovers MM. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(3):CD008115. doi: 10.1002/14651858.CD008115.pub3. PMID: 24664368.

corticoïdes oraux sans antibiotiques concomitants ; cette question est également abordée dans le guide de la NHG 2014<sup>3</sup>. Cette RCT en double aveugle a été menée dans 54 cabinets de médecine générale néerlandais auprès de 185 adultes présentant une rhinosinusite aiguë cliniquement diagnostiquée, assignés par tirage au sort à un traitement par prednisolone 30 mg par jour ou par placebo pendant 7 jours. Tous les patients ont été autorisés à utiliser un traitement symptomatique (paracétamol et xylométazoline). Le principal critère de jugement était le pourcentage de patients sans douleur ni sensation de pression au niveau du visage au septième jour. Les critères de jugement secondaires comprenaient le temps de guérison, la durée médiane des symptômes, la qualité de vie spécifique à la maladie, les visites de suivi chez le médecin généraliste, le nombre de prescriptions d'antibiotiques et de corticostéroïdes intranasaux et les événements indésirables signalés. Au total, 174 patients (prednisolone = 88, placebo = 86) étaient éligibles pour l'analyse en intention de traiter. Au cours des 14 premiers jours, la résolution des symptômes (combinaison d'écoulement nasal, d'écoulement post-nasal, de congestion nasale, de toux et de douleur ou de sensation de pression au niveau du visage) n'a pas été significativement différente entre le groupe corticostéroïde oral et le groupe placebo. De même, le pourcentage de patients sans douleur ni sensation de pression au visage au septième jour ne différait pas significativement entre les groupes. Lors du suivi de 8 semaines, on a noté aucune différence entre les corticostéroïdes oraux et le placebo en termes de pourcentage de participants présentant des plaintes, de qualité de vie spécifique à la maladie, de nombre de visites de suivi chez le médecin généraliste et de nombre d'ordonnances d'antibiotiques et de corticostéroïdes intranasaux.

Conclusion : Il existe une faible certitude de preuves d'un effet bénéfique de l'administration nasale de corticoïdes. Nous formulons donc une recommandation faible pour l'utilisation des corticoïdes intranasaux. Il s'agit d'une alternative possible en cas d'obstruction nasale/congestion nasale importante durant plus de 5 jours et lorsque les rinçages nasaux et/ou les vapeurs ne semblent pas être une option. La prescription peut s'inscrire dans une démarche pragmatique pour aider le patient à arrêter les décongestionnants intranasaux classiques utilisés depuis >5 jours. Les corticoïdes oraux n'ont pas d'effet bénéfique (certitude modérée des preuves) et ne sont donc pas recommandés dans ce guide.

## **Cromoglicate**

Une étude menée chez 91 patients atteints de rhinosinusite n'a révélé aucune différence en termes d'amélioration clinique ou de constats échographiques entre le

groupe placebo et le groupe d'intervention <sup>80</sup>. Une autre étude menée dans un groupe d'enfants souffrant d'une infection des voies respiratoires supérieures n'a pas non plus pu mettre en évidence un quelconque effet du cromogliclate <sup>81</sup>.

Conclusion : L'utilisation de cromogliclate n'est pas recommandée dans le traitement de la rhinosinusite aiguë en raison du manque de preuves et le manque de consensus sur le sujet.

---

<sup>80</sup> Sederberg-Olsen JF, Sederberg-Olsen AE. Intranasal sodium cromoglycate in post-catarrhal hyperreactive rhinosinusitis: a double-blind placebo controlled trial. *Rhinology* 1989;27(4):251-255. PMID: 2516361.

<sup>81</sup> Butler CC, Robling M, Prout H, Hood K, Kinnersley P. Management of suspected acute viral upper respiratory tract infection in children with intranasal sodium cromogliclate: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:2153-2158.

## Question clinique 5 : Quand et comment traiter une rhinosinusite aiguë clinique par antibiotiques ?

### Recommandations

Les antibiotiques sont indiqués dans les cas suivants (**GPP**) :

- Adultes gravement malades ou avec une fièvre persistant plus de 5 jours, ou retour de la fièvre après une amélioration initiale ;
- Patients présentant un risque accru d'évolution plus grave.

### Explications

On est rarement très malade d'une rhinosinusite aiguë. En ce qui concerne les symptômes et les signes de maladie grave et les patients présentant un risque accru d'infection grave, nous renvoyons le lecteur à la *question clinique 2, page 19*. Ces patients ne doivent pas être privés de l'effet possible (mais non prouvé) des antibiotiques contre une nouvelle aggravation.

En cas de signes de **rhinosinusite aiguë sévère, en l'absence d'indication d'une consultation urgente**, un antibiotique par voie orale sera prescrit.

Indications d'une **orientation urgente** (voir *question clinique 7, page 51*) :

- en cas de suspicion de complications ;
- en cas de nécessité d'un traitement supportif (hospitalisation), chez les enfants :
  - < 1 mois avec fièvre ;
  - âgés de 1 à 3 mois atteints de rhinosinusite aiguë avec fièvre s'ils donnent une impression de maladie ;
  - présentant des signes de maladie générale grave, tels que déshydratation, somnolence ou apathie (en particulier chez les enfants âgés de moins d'un an).

Nous conseillons de consulter le plus récent antibioguide de la BAPCOC pour vérifier le choix de l'antibiotique. Les recommandations sont adaptées en fonction des données nationales sur la résistance des germes responsables.

Les recommandations actuelles de la BAPCOC sont les suivantes (février 2022) :

1. Commencez par l'amoxicilline par voie orale pendant 7 jours :
  - Chez l'adulte : 3 x 1 g par jour ;
  - Chez l'enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 administrations.

2. S'il n'y a pas d'amélioration après 2 à 3 jours : remplacer la moitié de la dose quotidienne d'amoxicilline par de l'amoxicilline-acide clavulanique (amoxiclav) :
  - Chez l'adulte : 3 g d'amoxicilline par jour en 3 doses, dont 1,5 g d'amoxicilline en mono-préparation, et 1,5 g d'amoxicilline-acide clavulanique (500 mg/125 mg).
  - Chez l'enfant : 75-100 mg/kg d'amoxicilline par jour en 3 doses, dont 37,5-50 mg/kg/jour d'amoxicilline en mono-préparation et 37,5-50 mg/kg/jour d'amoxicilline-acide clavulanique (9-12,5 mg/kg/jour).
3. En cas d'allergie à la pénicilline non IgE-médiée chez l'enfant : céfuroxime par voie orale pendant 7 jours : 30-50 mg/kg par jour en 3 doses.
4. En cas d'allergie à la pénicilline médiée par les IgE ou d'allergie à la pénicilline non médiée par les IgE :
  - Chez l'adulte : moxifloxacine par voie orale 400 mg par jour pendant 5 jours ;
  - Chez l'enfant : azithromycine par voie orale 10 mg/kg par jour en 1 administration pendant 3 jours.

Attention : en raison de la résistance accrue des pneumocoques aux macrolides (16 %), il est recommandé d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline médiée par les IgE pour un traitement intraveineux.

## **Base de la recommandation**

Il n'existe aucune preuve scientifique de l'utilité des antibiotiques dans les sous-populations suivantes, car elles ont été systématiquement exclues des RCT's pour des raisons éthiques <sup>4</sup> :

- Immunodéficience,
- Rhinosinusite sévère :
  - > 38,5°C;
  - Symptômes persistants ;
  - Symptômes septiques (tachycardie, sueurs, hypotension,...).
- (Grave) comorbidité ;
- Antécédents de chirurgie des sinus ;
- Grossesse et allaitement ;
- CRP > 50-100.

Ce n'est pas la nature bactérienne, mais le risque accru d'une évolution plus grave qui sous-tend la prescription d'antibiotiques. En effet, nous supposons que dans une rhinosinusite aiguë sans gravité avec surinfection bactérienne, la guérison spontanée est la règle. Une association a été établie entre une possible surinfection bactérienne et certains signes d'une rhinosinusite aiguë sévère. Une fièvre supérieure à 38° et des douleurs dentaires maxillaires sont significativement associées à la présence de *S.*

*pneumoniae* ou *H. influenzae* dans l'aspirat obtenu par ponction sinusale <sup>38</sup>. La douleur maxillaire unilatérale et les maux de dents maxillaires sont significativement associés au pus à la ponction sinusale <sup>41</sup>.

Nos recommandations concernant la prescription d'antibiotiques en présence de signes d'une rhinosinusite aiguë sévère mentionnés ci-dessus correspondant à celles du guide de la NHG sur la rhinosinusite <sup>3</sup>. Les parties prenantes impliquées dans l'élaboration de notre guide de pratique mentionnent l'existence d'un article scientifique à propos d'une récente conférence de consensus <sup>7</sup> **proposant un système de notation** pour le diagnostic de la " rhinosinusite bactérienne aiguë ". Un nombre minimum de signes cliniques, si nécessaire associé à une CRP élevée, est requis. Cet article fait principalement référence au profil clinique des participants à l'étude de Lindbaek <sup>82</sup>. Cette étude a examiné l'effet des antibiotiques dans les cas de rhinosinusites aiguës confirmées par CT-scan chez les adultes. L'analyse du profil clinique des participants à cette étude est biaisée car elle ne porte que sur les patients chez qui la rhinosinusite aiguë a été confirmée par CT-scan.

Conclusion : Il est supposé que les patients présentant un risque accru d'infections graves et les patients gravement malades (forte fièvre, fièvre persistante > 5 jours ou fièvre récurrente après une période sans fièvre) sont plus susceptibles de présenter une évolution plus sévère de la maladie. Nous ne voulons pas priver ces patients de l'effet probable (mais non prouvé) des antibiotiques contre une aggravation progressive de la maladie.

Il n'existe pas de preuves sur l'effet des antibiotiques chez ces patients. C'est la raison pour laquelle cette recommandation relative à l'utilisation d'antibiotiques dans ces sous-populations a été soumise comme GPP aux experts au cours d'une procédure de consensus Delphi et a été approuvée par une large majorité. Afin d'évaluer le besoin d'antibiotiques, nous n'avons pas trouvé de données probantes pour l'utilisation d'une entité supplémentaire, notamment la "rhinosinusite bactérienne aiguë". En effet, pas toutes les surinfections bactériennes nécessitent des antibiotiques.

---

<sup>82</sup> Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxicillin in treatment of acute sinus infections in adults. *BMJ* 1996;313(7053):325-329. doi: 10.1136/bmj.313.7053.325. PMID: 8760738; PMCID: PMC2351776.



## Question clinique 6 : Comment suivre au mieux un patient présentant une rhinosinusite aiguë (diagnostic clinique) ?

### Recommandation

Réévaluer cliniquement le patient en cas d'aggravation des symptômes, de développement de nouveaux symptômes ou d'évolution insuffisante afin d'envisager une éventuelle adaptation du traitement (**GPP**).

### Explications

#### Adultes

Demandez au patient de revenir en consultation dans les cas suivants :

- Aggravation des symptômes ou apparition de nouveaux symptômes, par exemple une poussée de fièvre après quelques jours d'amélioration (réapparition de symptômes après amélioration initiale) ;
- Amélioration insuffisante après (minimum) 1 semaine, par exemple obstruction nasale persistante ;
- Lorsqu'à l'initiation d'un antibiotique, la fièvre ne disparaît pas dans les 48 heures.

#### Enfants

Les enfants sont revus en consultation dans les cas suivants :

- Aggravation des symptômes ;
- Amélioration insuffisante après 10 à 14 jours, mais plus vite s'il s'agit d'un enfant <3 mois ;
- Lorsqu'à l'initiation d'un antibiotique, la fièvre ne disparaît pas dans les 48 heures.

Dans les cas ci-dessus, l'état du patient est à nouveau évalué cliniquement. On vérifie s'il y a des indications pour remettre en question le diagnostic (*pour le diagnostic différentiel, nous renvoyons le lecteur à la question clinique 3, à la page 30*). S'il y a des indications suggérant une rhinosinusite sévère, les antibiotiques peuvent encore être commencés (ou ajustés si les antibiotiques ont déjà été commencés). S'il existe des arguments suggérant des complications, orientez le patient en urgence vers la deuxième ligne.

Si les symptômes légers ou modérés persistent et qu'il n'y a aucune raison de remettre en cause le diagnostic de rhinosinusite aiguë, une consultation de suivi permet d'ajuster le traitement symptomatique si nécessaire (par exemple, arrêt des décongestionnants nasaux, avec éventuelle introduction de cortisone sous forme de spray nasal). Dans le cas d'un enfant, il est souhaitable de prendre le temps d'informer

correctement les parents/soignants souvent inquiets, c'est-à-dire que les symptômes peuvent persister très longtemps, qu'ils ne sont pas dangereux et ne sont souvent pas trop gênants pour l'enfant. C'est souvent une question de patience.

### **Base de la recommandation**

Ces GPP est basé sur le bon sens et s'appuie sur le guide de pratique original de Domus Medica de 2004 <sup>5</sup> et tient compte de l'avis d'experts sur ce sujet mentionné dans le guide de la NHG de 2014 <sup>3</sup>. Ce GPP a été élaboré sur la base d'une procédure de consensus Delphi.

## Question clinique 7 : Quand référer un patient présentant une rhinosinusite aiguë (diagnostic clinique) ?

### Recommandation

Orienter le patient vers la deuxième ligne (médecin ORL, neurologue ou pédiatre) dans les cas suivants (**GPP**) :

- Suspicion de complications ;
- En cas de nécessité d'un traitement supportif (hospitalisation) ;
- Pour estimation supplémentaire du bilan diagnostique ;
- En cas de rhinosinusite aiguë clinique sévère récurrente (3 à 4 épisodes par an).

### Explications

Tableau 5 : Symptômes d'alarme pouvant indiquer une complication de la rhinosinusite <sup>3</sup>.

Symptômes d'alarme	Cause/complication
Œdème/rougeur des paupières d'un seul œil (œdème péri-orbitaire) (surtout chez l'enfant de < 8 ans)	Étmoïdite, risque élevé de cellulite (péri-)orbitaire
Proptose, parésie optique, exophtalmie, perte de vision aiguë, baisse du niveau de conscience : comportement somnolent ou apathique (surtout chez les enfants < 8 ans).	Abcès péri-orbitaire, abcès cérébral
Tuméfaction frontale, céphalée frontale unilatérale aiguë et sévère	Ostéomyélite frontale, abcès cérébral frontal
Chémosis (gonflement de la conjonctive) des deux yeux, parésie optique des deux yeux	Thrombose du sinus caverneux
Symptômes neurologiques (excitabilité méningée, perte de fonction, insulte épileptique), nausées et vomissements, altération du niveau de conscience du patient	Méningite, thrombose du sinus caverneux, abcès cérébral

Les **complications** de la rhinosinusite aiguë sont rares, mais doivent être traitées dès que possible. Les symptômes/signes ci-dessous peuvent suggérer une complication (*pour les symptômes d'alarme, nous renvoyons le lecteur au tableau 5, voir ci-dessus*) :

- Perte de vision aiguë, vision double, douleur dans un œil, troubles de la poursuite visuelle (abcès périorbitaire, abcès cérébral) ;
- Paupière rouge ou oedémateuse, gonflement de la conjonctive, exophtalmie (étmoïdite ou cellulite périorbitaire) ;
- Tuméfaction frontale (ostéomyélite frontale, abcès cérébral frontal) ;

- Céphalées sévères (unilatérales et bilatérales) ;
- Nausées et vomissements, insulte épileptique (méningite, thrombose du sinus caverneux, abcès cérébral) ;
- Altération de la conscience ou symptômes neurologiques (méningite ou déficit neurologique) ;
- Présence d'une augmentation de la fréquence respiratoire ou cardiaque accompagnée de fièvre (infection grave telle que septicémie ou pneumonie).

Les complications sont principalement dues à l'extension de l'infection aux structures environnantes : ostéite frontale ou maxillaire et cellulite des tissus sus-jacents, extension orbitaire (cellulite périorbitaire, abcès sous-périosté, cellulite orbitaire) ou intracrânienne (thrombose du sinus caverneux, méningite, abcès cérébral).

Chez l'enfant, il faut être particulièrement attentif à l'extension orbitaire de l'éthmoïdite aiguë qui, au début, s'accompagne généralement d'un œdème et/ou d'une rougeur d'une paupière. Chez les enfants, l'œdème des paupières dû à l'éthmoïdite est souvent le premier symptôme présenté <sup>3,62,83,84,85</sup>.

Il est également préférable d'orienter les patients énumérés ci-dessous vers la deuxième ligne en raison de la nécessité **d'un traitement supportif** (hospitalisation) ou pour une **évaluation supplémentaire du bilan diagnostique** <sup>3</sup> :

- Enfants âgés de moins d'un mois présentant de la fièvre ;
- Enfants de 1 à 3 mois atteints de rhinosinusite et de fièvre s'ils donnent l'impression d'être malade ;
- Enfants présentant des signes de maladie générale grave, tels que déshydratation, somnolence ou apathie (surtout chez les enfants âgés de moins d'un an) ;
- Patients chez lesquels une rhinosinusite dentogène est suspectée (orientation vers le dentiste ou le médecin ORL) ;
- Patients présentant des récurrences fréquentes de rhinosinusite aiguë clinique (au moins 3 à 4 épisodes par an) :
  - Le médecin ORL pour un examen plus approfondi, par exemple en cas de corps étranger, d'anomalie anatomique, de rhinosinusite dentogène ou d'autres causes de rhinosinusite chronique ;
  - Le pédiatre : en cas de suspicion d'un trouble immunitaire ou d'une maladie systémique.

<sup>83</sup> Infectious rhinosinusitis in adults: classification, etiology, and management. International Rhinosinusitis Advisory Board. *Ear Nose Throat J* 1997;76(12 Suppl):1-22. PMID: 9509732.

<sup>84</sup> Clayman GL, Adams GL, Paugh DR, Koopmann CF Jr. Intracranial complications of paranasal sinusitis: a combined institutional review. *Laryngoscope* 1991;101(3):234-9. doi: 10.1288/00005537-199103000-00003. PMID: 2000009.

<sup>85</sup> Moloney JR, Badham NJ, McRae A. The acute orbit. Preseptal (periorbital) cellulitis, subperiosteal abscess and orbital cellulitis due to sinusitis. *J Laryngol Otol Suppl* 1987;12:1-18. PMID: 3471826.

En cas de rhinosinusite aiguë clinique récurrente, il convient de renvoyer le patient si les épisodes sont sévères. Les rhinosinusites aiguës cliniques récurrentes légères et modérées peuvent être suivies par le médecin généraliste.

L'antibioguide de la BAPCOC 2022 recommande en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée ou d'allergie à la pénicilline non-IgE-médiée d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée vers un traitement intraveineux, étant donné la résistance accrue du pneumocoque aux macrolides (16%) <sup>6</sup>.

### **Base de la recommandation**

Le GPP concernant le renvoi du patient est basé sur le bon sens et a été élaboré sur la base d'une procédure de consensus Delphi. Suite aux conseils des parties prenantes, le renvoi des cas de rhinosinusite aiguë sévère récurrente a été ajouté au GPP.

# Synthèse des recommandations

## Question clinique 1 : Comment poser le diagnostic de rhinosinusite aiguë clinique ?

1. Poser le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë **chez l'adulte et l'enfant âgé de  $\geq 9$  ans (GPP)** en cas de :
  - c) symptômes d'apparition aiguë :
    - obstruction/congestion nasale et/ou
    - écoulement nasal antérieur/postérieur **ET**
  - d) un ou plusieurs des symptômes suivants :
    - douleur/pression au niveau du visage, et/ou
    - hypo-/anosmieen présence de plaintes persistantes >10 jours ou aggravation des symptômes après 5 jours ou maladie initiale très sévère.
2. Exclure la sinusite chronique en cas de **(GPP)**:
  - durée des plaintes : <12 semaines
  - épisodes récurrents avec des intervalles sans symptômes.

1. Poser le diagnostic clinique de rhinosinusite aiguë **chez l'enfant <9 ans (GPP)** en cas de deux ou plusieurs plaintes aiguës, notamment :
  - obstruction/congestion nasale et/ou
  - écoulement nasal coloré et/ou
  - toux (jour et nuit)en présence de plaintes persistantes >10 jours, ou aggravation des symptômes après 5 jours ou maladie initiale très sévère
2. Exclure la sinusite chronique en cas de durée des plaintes : <12 semaines **(GPP)**.

## Question clinique 2 : Comment évaluer la gravité d'une rhinosinusite aiguë clinique à partir de l'anamnèse et de l'examen physique ? Quel peut être l'intérêt d'examens complémentaires ?

1. Estimer, sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, la gravité des symptômes de la rhinosinusite aiguë (rhinosinusite légère à modérée ou sévère) et la probabilité d'une évolution défavorable **(GPP)**.
2. Les examens techniques ne sont pas recommandés en soins primaires **(GPP)**.

### Question clinique 3 : Quel est le diagnostic différentiel en cas de suspicion d'une rhinosinusite aiguë clinique ?

1. Le diagnostic différentiel doit être établi en particulier avec d'autres affections qui peuvent s'accompagner de céphalées et/ou écoulement nasal : céphalée de tension, migraine, rhinite allergique ou hyperréactive et rhume (**GPP**).
2. En fonction de la situation sanitaire, il convient de suivre les recommandations relatives aux infections épidémiques des voies respiratoires telles que la COVID-19 (**GPP**).

### Question clinique 4 : Quel est le traitement de base d'une rhinosinusite aiguë clinique ?

1. Informer le patient que l'évolution vers la guérison peut être assez longue (**GPP**).
2. Les antibiotiques ne sont pas recommandés en cas de rhinosinusite aiguë non sévère, que ce soit à l'adulte (**GRADE 1A**) ou à l'enfant (**GRADE 1B**).
3. En cas de douleur et de fièvre, le paracétamol est le premier choix. L'ibuprofène constitue une alternative (**GPP**).
4. Déterminer, en concertation avec le patient, le traitement symptomatique le plus approprié pour soulager la congestion nasale (**GPP**).
5. En cas de plaintes prolongées de congestion nasale (>7 jours), chez l'adulte et l'enfant à partir de 12 ans, un corticostéroïde intranasal peut être prescrit (**GRADE 2C**).

### Question clinique 5 : Quand et comment traiter une rhinosinusite aiguë clinique par antibiotiques ?

Les antibiotiques sont indiqués dans les cas suivants (**GPP**) :

- Adultes gravement malades ou avec une fièvre persistant plus de 5 jours, ou retour de la fièvre après une amélioration initiale ;
- Patients présentant un risque accru d'évolution plus grave.

### Question clinique 6 : Comment suivre au mieux un patient présentant une rhinosinusite aiguë clinique ?

Réévaluer cliniquement le patient en cas d'aggravation des symptômes, de développement de nouveaux symptômes ou d'évolution insuffisante afin d'envisager une éventuelle adaptation du traitement (GPP).

## Question clinique 7 : Quand référer un patient présentant une rhinosinusite aiguë clinique ?

Orienter le patient vers la deuxième ligne (médecin ORL, neurologue ou pédiatre) dans les cas suivants (**GPP**) :

- Suspicion de complications ;
- En cas de nécessité d'un traitement supportif (hospitalisation) ;
- Pour estimation supplémentaire du bilan diagnostique ;
- En cas de rhinosinusite aiguë clinique sévère récurrente (3 à 4 épisodes par an).



## Liste des abréviations utilisées

- IC : intervalle de confiance
- VS : vitesse de sédimentation des érythrocytes
- CRP : protéine C réactive
- DMARD : disease-modifying antirheumatic drugs ("médicaments modificateurs des maladies rhumatismales")
- GPP : good practice point (« point de bonne pratique »)
- HbA1c : test d'hémoglobine glyquée
- LR : likelihoodratio (rapport de vraisemblance)
- N : nombre
- NHG : Nederlands HuisartsenGenootschap (Association néerlandaise des médecins généralistes)
- NNH : number needed to harm (« nombre nécessaire pour nuire »)
- NNT : number needed to treat (« nombre de sujets à traiter »)
- ORL : oto-rhino-laryngologie
- RCT : randomized controlled trial (« étude contrôlée randomisée »)
- RR : risque relative
- VPP : valeur prédictive positive
- VPN : valeur prédictive négative

## Conditions préalables pour la mise en œuvre de ce guide

Une étude menée aux États-Unis a montré que 37 % des patients s'attendent à bénéficier de médicaments antibactériens pour des plaintes qu'ils attribuent à une rhinite allergique, une sinusite ou d'autres infections des voies respiratoires supérieures<sup>86</sup>. Les auteurs de ce guide savent par expérience que, spécifiquement pour la rhinosinusite aiguë en Belgique, une **sensibilisation** est nécessaire parmi les prestataires de soins de santé et les patients pour changer ce modèle d'attente non fondé.

En cas de rhinosinusite aiguë avec une éventuelle lente évolution vers la guérison, **l'observance thérapeutique** est une condition préalable. Le fait de fournir au patient suffisamment d'informations, de lui donner la possibilité d'être revu si nécessaire et la relation de confiance qu'il entretient avec son médecin généraliste sont des facteurs qui influencent favorablement l'observance thérapeutique.

---

<sup>86</sup> Mohan S, Sisler K, Christopher K, Hentzelman J, Antisdell J. Societal and physician perspectives on sinonasal diagnosis and treatment. Am J Rhinol Allergy 2014;28(6):487-92. doi: 10.2500/ajra.2014.28.4101. PMID: 25514485

## Éléments d'évaluation

- La consommation d'antibiotiques et (les conséquences de) l'utilisation trop prolongée du spray nasal décongestionnant.
- Le recours au CT-scan et à la radiographie des sinus dans le cadre de la rhinosinusite aiguë.

## Agenda de recherche

- Recherche sur l'utilité de examens complémentaires, tels que la protéine C réactive.
- Recherche sur l'utilité des règles de décision.

## Classification GRADE

Dans ce texte est utilisée la classification GRADE <sup>(87, cf tableau infra)</sup>. GRADE est une méthode développée par le GRADE Working Group afin de visualiser à l'aide d'une codification uniforme la certitude des données probantes à l'appui des recommandations ainsi que la force des recommandations. Les critères pour appliquer la méthode GRADE ont été revus en 2016 <sup>88</sup>.

L'approche GRADE comprend deux démarches :

1. Une évaluation de la certitude des données probantes (pour tous les critères de jugement qui ont été décisifs pour la formulation de la recommandation), exprimée par un niveau de certitude (élevé = A, modéré = B ou faible = C).
2. Une évaluation ou gradation ('grading') de la force de la recommandation, traduite par un chiffre (forte = 1 ou faible = 2).

---

<sup>87</sup>

- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-926.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al, for GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008; 336: 995-998.

<sup>88</sup> Criteria for using GRADE 2016 [http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria\\_for\\_using\\_GRADE\\_2016-04-05.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf)

En guise d'exemple :

- 1A signifie que les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques et que la recommandation est étayée par de bonnes études cliniques randomisées ou par des preuves très convaincantes issues d'études observationnelles.
- 2C signifie qu'il y a un doute par rapport à l'équilibre entre les avantages et les inconvénients et que la recommandation ne repose que sur de simples études observationnelles ou des études de cas.

À part les GRADE, il y a aussi ce qu'on appelle les "good practice points" ou GPP. Il s'agit de recommandations fortes qui sont basées sur l'opinion d'experts et sur une procédure de consensus formelle (Delphi). On formule un GPP quand il n'existe que des données probantes indirectes, lorsque la recommandation est nécessaire pour offrir les meilleurs soins et lorsque les avantages ne peuvent pas être mis en doute. Un GPP est donc toujours une recommandation forte, mais sans données probantes directes à l'appui.

Tableau 6 : Classification GRADE, signification des codes.

GRADE		Avantages par rapport aux inconvénients ou aux risques	Signification de la certitude des données probantes	Implications
1A	Forte recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Notre confiance quant au fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé est forte.	Forte recommandation, peut être appliquée chez la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1B	Forte recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Cet effet peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
1C	Forte recommandation, faible niveau de certitude des données probantes		Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent de l'effet estimé.	
2A	Faible recommandation, niveau élevé de certitude des données probantes	Équilibre entre les avantages et les inconvénients ou les risques	Nous sommes bien convaincus que l'effet réel est proche de l'effet estimé.	Faible recommandation, la meilleure action peut différer selon les circonstances, les patients ou les valeurs sociales.

2B	Faible recommandation, niveau modéré de certitude des données probantes		Nous sommes assez confiants dans l'effet estimé. Celui-ci peut être proche de l'effet réel, mais il est aussi possible que l'écart entre eux soit important.	
2C	Faible recommandation, faible niveau de certitude des données probantes	Incertitude sur les avantages ou les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel peut être très différent.	Recommandation très faible, les alternatives peuvent tout aussi bien être justifiées
« good practice point » (GPP)	Recommandation forte sans données probantes directes à l'appui (sans mention d'un GRADE).			

## Élaboration

### Auteurs

Nom	Discipline et affiliation	Rôle au sein du groupe d'élaboration
Dr. Jan Harm Keijzer	Médecin généraliste, WOREL Anvers	Coordinateur, expert en méthodologie et expert dans le domaine spécifique (coordination groupe d'élaboration et rédaction)
Prof. dr. An De Sutter	Médecin généraliste, professeure et chef de service Center for Family Medicine, département Public Health and Primary Care, université de Gand	Expert dans le domaine spécifique (lecture critique et commentaires sur les versions intermédiaires du guide)
Prof. dr. Paul Van Royen	Médecin généraliste, professeur université d'Anvers, président WOREL	Expert en méthodologie et expert dans le domaine spécifique (lecture critique et commentaires sur les versions intermédiaires du guide)
Dr. Marieke Lemiengre	Médecin généraliste, assistante au Center for Family Medicine, département Public Health and Primary Care, université de Gand	Expert dans le domaine spécifique (lecture critique et commentaires sur la version finale du guide)
Dr. Michiel Baert	Médecin généraliste à Lauwe	Collaborateur, rédaction version préliminaire du guide

Martine Goossens	Coordinatrice de la rédaction et expert en méthodologie, WOREL	Supervision et aide processus rédactionnel et expert en méthodologie
Leen De Coninck	Expert en méthodologie, WOREL	Expert en méthodologie (aide à la méthodologie et rédaction du rapport méthodologique)

## Méthodologie

### Généralités

Ce guide de pratique clinique (GPC) a été élaboré à la demande du groupe de travail pour le développement des guides de pratique clinique destinés à la première ligne (Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn, WOREL). Ce guide de pratique clinique est une révision d'une partie du guide de pratique clinique 2004 de Domus Medica <sup>5</sup>.

Ce guide de pratique clinique a été élaboré conformément au manuel pour le développement de GPC rédigé par le WOREL <sup>89</sup>. Ce manuel décrit toutes les démarches méthodologiques à parcourir et est disponible sur : <http://www.ebp-guidelines.be/home>.

*Nous renvoyons le lecteur au rapport méthodologique pour plus de détails.*

### Questions cliniques

Les questions cliniques ont été élaborées en concertation avec la cellule d'experts du WOREL et les auteurs.

### Étude de la littérature

*Nous renvoyons le lecteur au rapport méthodologique pour plus de détails.*

### Procédure de consensus

Les recommandations pour lesquelles on n'a pas trouvé (suffisamment) de données probantes scientifiques ont été présentés sous forme de propositions à un panel de parties prenantes et experts lors d'une procédure Delphi (méthode Delphi modifiée) afin d'atteindre un consensus. Les participants ont été demandé d'évaluer les propositions sur une échelle de 9 points. *Nous renvoyons le lecteur au rapport méthodologique pour plus de détails sur les parties prenantes et experts impliqués.*

---

<sup>89</sup> Dekker N, Goossens M, et al. Manuel pour l'élaboration des guides de pratique clinique - mise à jour juillet 2021. <http://www.ebp-guidelines.be/home?>

Pour chaque proposition, un consensus a été atteint lorsque >70% des répondants ont donné un score entre 1-3 ou entre 7-9. Un champ de commentaires était prévu permettant de motiver les scores ou de donner des commentaires supplémentaires.

Deux tours ont suffi pour parvenir à un consensus :

- Lors du premier tour, un consensus a été atteint pour 10 des 12 propositions. Il n'y a pas eu de consensus sur les propositions suivantes:
  - Envisager le diagnostic de rhinosinusite aiguë en présence de :
    - rhinorrhée purulente ;
    - et l'un des signes/symptômes suivants :
      - ✓ douleur aux dents supérieures, pouvant s'accroître en se baissant ou en mâchant ;
      - ✓ douleur faciale : unilatérale, douleur lancinante ou pressante frontale ou au niveau des sinus maxillaires, douleur en se penchant en avant ;
      - ✓ écoulement nasal postérieur ;
      - ✓ obstruction nasale ;
      - ✓ réapparition des symptômes après une amélioration initiale.
  - En cas de plaintes prolongées (>7 jours) accompagnées de congestion nasale, un corticostéroïde intranasal peut être prescrit..
- Au deuxième tour, il n'y a pas eu de consensus pour la première proposition reformulée pour diverses raisons (distinction enfants-adultes, rhinorrhée purulente non présente avec la rhinosinusite aiguë d'origine virale).

Les propositions pour lesquelles aucun consensus n'a été atteint, ont été rediscutées lors d'une réunion des parties prenantes, ce qui a abouti à un consensus sur la formulation.

## Évaluation externe

Le guide a été soumis à un panel de parties prenantes pour évaluation externe en mars 2022. Un tour de commentaires écrits s'est conclu par une réunion des parties prenantes le 29 mars 2022. *Nous renvoyons le lecteur au rapport méthodologique pour plus de détails sur les parties prenantes impliquées.*

## Implication des patients

Le point de vue des patients a été pris en compte au moyen d'une recherche dans la littérature dans PubMed publiée au cours de 10 dernières années (de janvier 2012 jusqu'à décembre 2021). Cette recherche a identifié 3 études dont une s'est avérée

pertinente 'Societal and physician perspectives on sinonasal diagnosis and treatment' (Mohan et al., 2014)<sup>90</sup>. Cette étude a été reprise sous la question clinique 1.

## Conflits d'intérêt et financement

Le groupe des auteurs a pu travailler en toute indépendance. Ce guide de pratique clinique n'a pas été influencé par les opinions ou les intérêts de l'agence de financement, l'INAMI.

Tous les auteurs et les parties prenantes consultées ont déclaré leurs intérêts. Ces documents sont disponibles sur demande auprès du WOREL.

Les auteurs et parties prenantes consultées n'ont aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou d'autres groupes d'intérêt. Les éventuels conflits d'intérêts ont été examinés au sein du groupe des auteurs et n'ont pas donné lieu à des conflits sur le fond.

Aucun auteur n'a signalé de conflit d'intérêts, à l'exception des conflits d'intérêts intellectuels dans le domaine de la recherche. Cela n'affectait pas le contenu de ce guide de pratique clinique.

## Mise à jour

Le WOREL stipule qu'un guide de pratique clinique est revu après cinq ans. La littérature récente est alors passée à la loupe ; on cherche à savoir dans quelle mesure les recommandations du guide de pratique clinique sont encore valables.

Les termes de recherche utilisés pour la mise à jour sont les mêmes que ceux utilisés pour le développement de ce guide de pratique clinique. La mise à jour se déroule sur la base d'une recherche systématique dans la littérature (guides de pratique clinique, revues systématiques et méta-analyses et, au besoin, des études randomisées contrôlées supplémentaires et des études diagnostiques) pour toutes les recommandations. Si nécessaire, les recommandations sont ajustées pour chaque question clinique.

## Validation

Le guide de pratique clinique a été soumis le 1 juillet 2022 au Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM) pour validation. Une version finale du guide de

---

<sup>90</sup> Mohan S, Sisler K, Christopher K, Hentzelman J, Antisdell J. Societal and physician perspectives on sinonasal diagnosis and treatment. *Am J Rhinol Allergy* 2014;28(6):487-492. doi: 10.2500/ajra.2014.28.4101. PMID: 25514485.

pratique clinique, retravaillée sur la base des commentaires du comité de validation, a été re-soumise au CEBAM pour approbation le 7 mars 2023. Le guide de pratique clinique a reçu le label de qualité CEBAM le 14 mars 2022.