

Johanna Sommer, Unité de médecine de premier recours, Faculté de Médecine, Genève
Jean Silvain Lacroix, clinique des Grangettes et Faculté de Médecine Genève

Docteur, mon nez est bouché, je mouche vert! Que dois-je faire?

Rhinosinusites aiguës et chroniques, prise en charge 2013

Vignette 1

Une jeune femme de 24 ans, éducatrice de la petite enfance, a le nez bouché et elle doit se moucher plusieurs fois par jour depuis une semaine. Ses mouchoirs sont maculés de sécrétions jaunes-verdâtres; elle ressent une pression diffuse de la face qui s'aggrave quand elle se penche en avant. Son oreille gauche est bouchée. Elle est subfébrile à 37,8 (mesure auriculaire). Sa voix est nasonnante (rhinolalie fermée). Après 5 secondes d'observation de son oropharynx avec une bonne source lumineuse et un abaisse-langue, on voit un écoulement provenant du rhinopharynx, visqueux, jaune -verdâtre. La paroi postérieure de son oropharynx est rouge avec une surface irrégulière et des granulations sous-muqueuses orangées. Ses sinus maxillaires sont sensibles à la percussion. Les conduits auditifs externes sont calmes. Le tympan gauche est mat (pas de reflet lumineux visible) et immobile à la manœuvre de Valsalva, ou à la déglutition avec les narines bouchées par pincement avec le pouce et l'index.

Quel est le diagnostic le plus probable? quels examens et quel traitement proposer?

Le diagnostic clinique le plus probable est une rhino-sinusite aiguë. Parler de rhinite seule sans évoquer une sinusite ne semble plus correspondre à nos connaissances actuelles sur les mécanismes physiopathologiques de ce tableau clinique. Il ne semble pas exister de rhinite sans sinusite, ni de sinusite sans rhinite. Il nous faut apprendre à considérer les cavités nasales et les sinus para-nasaux comme des structures anatomiques et fonctionnelles associées à l'ensemble du système respiratoire. N'oublions pas que 85% des asthmatiques souffrent de rhino-sinusite chronique!

La couleur des sécrétions ne semble pas être un critère clinique fiable pour évoquer le diagnostic d'infection bactérienne ou fun-

Il ne semble pas exister de rhinite sans sinusite, ni de sinusite sans rhinite.

Comment se laver les fosses nasales



Remplissez la seringue de 20 ml avec la solution physiologique



Penchez-vous au-dessus du lavabo



Prenez une grande inspiration



Retenez votre souffle



Injectez la solution physiologique dans une narine



Laissez le liquide s'écouler



Faites pareil dans l'autre narine



Mouchez-vous

Figure 1

gique. La couleur «jaune-verte» des sécrétions rhinopharyngées est principalement secondaire à la présence de cellules provenant de notre système immunitaire (neutrophiles et éosinophiles) qui se colorent au contact de l'oxygène. Pour évoquer un diagnostic réaliste devant cette patiente, ses symptômes et les signes cliniques observés sont compatibles, à plus de 70% avec une inflammation rhino-sinusienne aiguë d'origine virale.

A l'exception d'une analyse bactériologique [1] des sécrétions rhino-pharyngées, aucun examen complémentaire n'a prouvé son utilité en l'absence de forte douleur ou de signes généraux inquiétants.

J'insiste, en particulier, sur les radiographies conventionnelles des cavités rhino-sinusiennes de la face. Cet examen est pratiqué de façon abusive, uniquement à but lucratif. Et pourtant, il n'est d'aucun apport diagnostique fiable. Toutes les rhino-sinusites, quelle que soit leur étiologie, seront accompagnées de la présence anormale de liquide intra-sinusal avec niveau hydro-aérique ou épaississement muco-périosté dans les sinus. L'inflammation de la muqueuse rhino-sinusienne engendre une fermeture de l'ostium, son orifice de drainage physiologique. Cette inflammation va bloquer le transport muco-ciliaire et la vidange normale du mucus. La stase du mucus qui est produit de façon abondante lors d'épisode inflammatoire, est un milieu biologique idéal pour le développement des agents infectieux.

On peut donc retenir le diagnostic de rhino-sinusite virale aiguë avec une probabilité supérieure à 70%. En cas d'absence d'agent infectieux, aucun traitement antibiotique n'est justifié (en raison de leur inefficacité, de leur prix, du risque de développement de résistance bactérienne et des nombreux effets secondaires comme par exemple les mycoses).

Le traitement le plus efficace est le lavage nasal trois fois par jour avec une solution saline physiologique (NaCl 0,9% = 9 grammes de sel de cuisine dans un litre d'eau du robinet). Si possible, utiliser une préparation maison:

Pour préparer un litre de solution physiologique (NaCl 0,9%): prenez l'eau du robinet à température du corps dans une bouteille d'un litre. Ajoutez une cuillère à café de sel et mélangez

Le lavage nasal (figure 1) permet de remplacer la première victime des inflammations des muqueuses respiratoires: le système d'auto-nettoyage des voies respiratoires qui est assumé par le transport muco-ciliaire. Les corticoïdes topiques ou les antihistaminiques peuvent soulager les symptômes de la rhinosite aiguë, mais ne semblent pas réduire leur durée.

Il faut à tout prix éviter les vasoconstricteurs topiques car au-delà de 3 jours ils peuvent provoquer une rhinite médicamenteuse avec dépendance et des symptômes sévères difficiles à contrôler. Des études de physiologie fondamentale ont montré que le lavage des cavités nasales avec de l'eau contenant 9 grammes de sel de cuisine par litre (0,9%, sérum physiologique) a aussi un effet vasoconstricteur.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens per os ne sont pas indiqués car ils risquent de favoriser la décompensation d'un asthme et de provoquer des effets secondaires systémiques sans améliorer la symptomatologie locale.

En cas d'échec de ce traitement après 7 jours, ou de forte fièvre ou douleur associés à des signes généraux, on pratiquera un prélèvement bactériologique au plancher des fosses nasales en introdui-

sant un écouvillon horizontalement dans les fosses nasales. Les germes les plus fréquemment retrouvés (>90%) sont le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus influenzae* ou *Moraxella catarrhalis*. Les résistances aux anti-biotiques sont malheureusement de plus en plus fréquentes.

Le traitement antibiotique ne sera donc prescrit qu'en cas de bactériologie positive¹. Le traitement de choix sont les antibiotiques les moins chers tels que les pénicillines génériques ou les céphalosporines génériques orales; l'association sulfaméthoxazole/ triméthoprim reste un bon choix. L'azithromycine (500 mg/j × 3 jours) est un deuxième choix dont la courte durée facilite l'adhésion. Attention aux porteurs symptomatiques de *Staphylococcus aureus*. Ces patients ne nécessitent pas de traitement antibiotique car ces bactéries se réfugient dans les cellules épithéliales pendant le traitement. Le lavage avec une solution à 0,05% d'hypochlorate de soude dans du NaCl 0,9% suffit [2] au contrôle des symptômes.

Vignette 2

Une femme de 34 ans se plaint de nez bouché depuis 18 mois, un mucus épais coule au fond de sa gorge, elle a des maux de tête avec une pression de la face, une baisse de l'olfaction. La nuit elle ronfle. Son conjoint aussi! La mauvaise qualité de son sommeil semble nuire à sa qualité de vie.

Au status elle est afebrile avec une rhinorrhée fermée. La fosse nasale gauche est beaucoup plus étroite que la droite. On peut voir un écoulement rhinopharyngé épais et verdâtre, les sinus maxillaires sont sensibles à la percussion. Les conduits auditifs externes sont calmes, les tympans sont mobiles.

Quels autres éléments recherchez-vous à l'anamnèse et à l'examen clinique? Quels examens complémentaires et quel traitement proposez-vous?

Pour exclure les pathologies à mauvais pronostic (une origine tumorale) on demandera s'il y a des saignements du nez (épistaxis) surtout s'ils sont unilatéraux. Une obstruction nasale unilatérale et chronique est suspecte soit d'une déviation de la cloison, soit d'une tumeur obstructive (bénigne ou maligne). L'absence de sensation olfactive est un argument supplémentaire pour demander l'avis d'un spécialiste.

L'anamnèse devrait être ciblée sur la présence éventuelle d'un terrain allergique. Les symptômes typiquement saisonniers comme des éternuements, un écoulement nasal ou des yeux qui grattent, devraient être investigués par un allergologue.

Les cavités nasales peuvent être examinées avec un otoscope (ou un endoscope si disponible) afin de rechercher une déviation de la cloison ou la présence de polypes ou d'une tumeur. Cette patiente a une rhinosinusite perannuelle avec aggravation saisonnière symptomatique d'avril à juin et aucun signe de gravité supplémentaire (pas de saignements de nez ou de douleur faciale).

Le diagnostic est une rhinosinusite chronique (car les symptômes sont présents depuis plus de 3 mois) chez une patiente ayant un terrain atopique et une anomalie anatomique de la cloison (ou septum nasal) [2].

Le traitement recommandé est le lavage des fosses nasales (cf ci-dessus) associé à des corticoïdes topiques et à une pommade lubrifiante. Lors de son application, le spray de corticoïde topique devrait être orienté vers la partie latérale des fosses nasales afin d'éviter les traumatismes de la cloison. La pommade nasale serait appliquée avec un coton-tige afin de prévenir la formation de croûtes et de saignement.

En conclusion, la rhino-sinusite aiguë ou chronique est l'expression d'un phénomène inflammatoire local dont l'origine bactérienne est inférieure à 30% [3]. Le lavage nasal quotidien avec une solution physiologique fait partie de l'hygiène corporelle en général. C'est une pratique dont l'efficacité préventive et thérapeutique est prouvée. En cas de composante atopique/allergique ou de symptômes chroniques, un corticoïde topique et une pommade nasale seront indiqués [3]. Si les symptômes persistent et sont associés à un prélèvement bactériologique positif, un traitement antibiotique de courte durée pourrait être proposé [1].

Références

- 1 Lacroix JS, Ricchetti A, Lew D, Delhumeau C, Morabia A, et al. Symptoms and clinical and radiological signs predicting the presence of pathogenic bacteria in acute rhinosinusitis. *Acta Otolaryngol.* 2002;122(2):192-6.
- 2 Raza T, Elsherif HS, Zulianello L, Plouin-Gaudon I, Landis BN, Lacroix JS. Nasal lavage with sodium hypochlorite solution in *Staphylococcus aureus* persistent rhinosinusitis. *Rhinology.* 2008;46(1):15-22.
- 3 Fokkens W, Lund V, Mullol J; European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps Group. EP3OS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology.* 2007;45(2):97-101.
- 4 Landis BN, Beghetti M, Morel DR, Giger R, Rimensberger PC, Lacroix JS. Somato-sympathetic vasoconstriction to intranasal fluid administration with consecutive decrease in nasal nitric oxide. *Acta Physiol Scand.* 2003;177(4):507-15.

Correspondance:

Dr Johanna Sommer

Unité de médecine de premier recours. Faculté de Médecine

1205 Genève

Johanna.Sommer[at]Junige.ch