

SINUSITE/RHINOSINUSITE

Substances interdites : pseudoéphédrine, glucocorticoïdes

1. Introduction

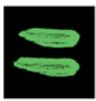
Le terme *sinusite* désigne une inflammation des sinus. On devrait toutefois préconiser le terme clinique pertinent *rhinosinusite* pour évoquer une inflammation touchant à la fois les sinus et la muqueuse nasale. La rhinosinusite est une maladie qui survient fréquemment et dont l'impact sur la performance sportive en compétition et en entraînement est important. Il existe deux types de rhinosinusites : la rhinosinusite bactérienne aiguë et la rhinosinusite chronique.

2. Diagnostic

a. Antécédents médicaux

Le diagnostic clinique de la rhinosinusite bactérienne aiguë repose sur la présence d'une infection des voies respiratoires supérieures dont les signes et les symptômes persistent depuis plus de 7 jours sans amélioration ou avec une amélioration suivie d'une détérioration de l'état. Les deux principaux agents étiologiques responsables de la rhinosinusite bactérienne aiguë sont les bactéries *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*.

La rhinosinusite chronique est une maladie inflammatoire touchant la muqueuse nasale et les sinus paranasaux. Les symptômes de la rhinosinusite chronique sont habituellement moins graves que ceux de la rhinosinusite bactérienne aiguë, mais leur durée dépasse la limite maximale de 4 semaines servant habituellement à établir un diagnostic de rhinosinusite bactérienne aiguë. Les principaux agents étiologiques responsables de la rhinosinusite chronique sont les bactéries *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et anaérobies. La rhinosinusite chronique peut également être attribuable à une allergie, à la présence de polypes nasaux ou à des facteurs mécaniques, ou n'avoir aucune cause manifeste. Un diagnostic de rhinosinusite chronique est probable lorsque 2 symptômes majeurs ou plus persistent pendant au moins 12 semaines et s'accompagnent d'une inflammation des sinus paranasaux ou de la muqueuse nasale documentée de façon objective par endoscopie sinonasale ou tomodensitométrie.



b. Critères diagnostiques

Tableau des symptômes de la rhinosinusite bactérienne aiguë

Douleur faciale/pression au visage/lourdeur
Congestion nasale
Sécrétions nasales ou post-nasales purulentes
Olfaction : hyposmie/anosmie

Le diagnostic de rhinosinusite bactérienne aiguë requiert la présence d'au moins 2 des symptômes indiqués ci-dessus, l'un devant être la congestion nasale ou les sécrétions nasales ou post-nasales purulentes. La durée des symptômes doit être supérieure à 7 à 10 jours sans amélioration ou avec une amélioration initiale suivie d'une détérioration de l'état (Desrosiers, *et al.* 2011).

Le diagnostic est établi selon les antécédents médicaux et les résultats de l'examen physique. Il n'est pas nécessaire de procéder à une culture nasale ni à des prélèvements de sécrétions des sinus par aspiration. L'examen par imagerie radiologique n'est pas requis dans les cas non complexes de rhinosinusite bactérienne aiguë.

Rhinosinusite chronique

Le diagnostic de rhinosinusite chronique se fait d'abord par observation clinique, mais doit être confirmé par au moins 1 symptôme objectif au moyen d'une endoscopie ou d'une tomodensitométrie.

Tableau des symptômes de la rhinosinusite chronique

Congestion faciale/lourdeur
Douleur faciale/pression au visage/lourdeur
Congestion nasale
Sécrétions nasales purulentes/écoulement post-nasal décoloré
Olfaction : hyposmie/anosmie

Le diagnostic de rhinosinusite chronique requiert la présence d'un moins 2 des symptômes indiqués ci-dessus pendant au moins 8 à 12 semaines et doit s'accompagner d'une inflammation reconnue des sinus paranasaux ou de la muqueuse nasale. Le diagnostic de la rhinosinusite chronique repose sur des éléments cliniques et doit être confirmé par au moins 1 symptôme objectif, dont les sécrétions nasales purulentes ou la polypose nasale au moyen d'une endoscopie, ou l'opacification des sinus par tomodensitométrie. Un examen objectif s'impose afin d'exclure les diagnostics différentiels de migraine, d'abcès dentaire, de rhinite allergique et de douleurs faciales atypiques.

3. Traitement

Principes généraux

En présence d'une rhinosinusite virale ou bactérienne d'intensité légère ou modérée, le recours à des analgésiques, à des glucocorticoïdes intranasaux topiques et/ou à une irrigation nasale au moyen d'une solution saline peuvent permettre de soulager les symptômes. Chez les adultes, une observation vigilante (sans antibiothérapie) ou l'administration d'une antibiothérapie en traitement initial devrait être privilégiée selon l'évolution des symptômes. Les patients qui présentent des symptômes graves ou des troubles médicaux sous-jacents entraînant une diminution de l'immunité ou un risque accru de complications (p. ex., insuffisance cardiaque congestive) devraient être traités au moyen d'antibiotiques dans le cadre de la prise en charge initiale et faire l'objet d'une évaluation de la présence de complications.

a. Traitements interdits

Pseudoéphédrine :

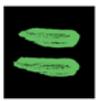
L'emploi d'un décongestionnant oral (pseudoéphédrine) (PSE) et d'une association d'antihistaminiques de première génération (sédatifs), si disponible, est principalement réservé aux épisodes d'exacerbation aiguë de sinusite. Un sportif souffrant de rhinosinusite chronique maîtrisée ne devrait pas prendre de PSE de façon régulière. La PSE est interdite en compétition seulement (voir la note « Attention » ci-dessous). Une AUT n'est pas requise pour un usage hors compétition, mais si le sportif obtient un test positif lors d'une compétition en raison d'un usage hors compétition, il pourrait demander une AUT rétroactive en vertu de l'article 4.1e du SIAUT.

- Voie d'administration : orale
- Posologie : comme indiqué par le fabricant
- Les antihistaminiques ne figurent pas sur la *Liste des interdictions*.
- Bien que chaque cas doive être évalué individuellement, il serait très rare d'accorder une AUT pour des doses supratherapeutiques de PSE, puisqu'il existe des traitements de remplacement efficaces.
- Durée recommandée du traitement : jusqu'à 4 semaines, pour maîtriser les symptômes

ATTENTION : La pseudoéphédrine est interdite en compétition lorsque sa concentration dans l'urine est supérieure à 150 microgrammes par millilitre (selon la Liste des interdictions de l'AMA).

Ce niveau seuil a été établi en fonction de la prise d'une dose thérapeutique de PSE, définie comme la dose quotidienne maximale de 240 mg répartie soit :

- En 4 administrations quotidiennes (une toutes les 4 à 6 heures) d'une pilule de 60 mg (ou 2 x 30 mg), ou
- En 2 administrations quotidiennes (une toutes les 12 heures) d'une pilule de 120 mg (à libération prolongée), ou
- En 1 administration quotidienne d'une pilule de 240 mg (à libération prolongée).



Bien que cette situation soit rare, il se peut que le niveau seuil établi soit atteint par certains individus qui prennent des doses thérapeutiques, particulièrement de 6 à 20 heures après la prise de pilules à libération prolongée. Par mesure de prudence afin d'éviter un résultat d'analyse anormal (RAA), il est conseillé aux sportifs de cesser la prise de pilules de PSE 24 heures avant la période de compétition.

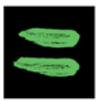
La demande d'AUT doit attester de la présence de l'affection, confirmée par les antécédents et l'examen physique. Le médecin doit également expliquer pourquoi le traitement prescrit était le plus approprié, par exemple sur la base de l'expérience, des profils d'effets secondaires ou d'autres justifications médicales, y compris, le cas échéant, une pratique médicale propre à une région géographique et la capacité à accéder au médicament. Par ailleurs, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir tenté en vain d'utiliser d'autres approches avant de faire usage de la substance ou de la méthode interdite. Cela dit, il est rare qu'un sportif ait besoin de prendre des doses suprathérapeutiques de PSE et qu'il doive ainsi demander une AUT à cet effet.

b. Glucocorticoïdes à action générale

Un traitement de courte durée au moyen d'un glucocorticoïde (comme la prednisone à une dose de 30 à 40 mg) peut s'avérer nécessaire dans les cas de rhinosinusite chronique (avec ou sans polypes), et ce, pour un soulagement initial des symptômes ou une prise en charge précoce de la maladie, de même que pour le traitement des récurrences ou des exacerbations. Il est plutôt rare de devoir recourir à un traitement continu par des glucocorticoïdes à action générale, sauf en présence de polyposes nasales complexes.

- Voie d'administration : orale
- Posologie : 1 fois par jour
- Durée recommandée du traitement : période courte, par exemple, de 4 à 7 jours
- S'il est nécessairement de prolonger la durée du traitement en raison d'une polypose nasale, le sportif devrait être orienté vers un otorhinolaryngologiste (chirurgie ORL).
- Exigences en matière d'AUT : Une AUT est exigée pour l'usage de glucocorticoïdes oraux en compétition. La demande devrait indiquer un diagnostic précis de rhinosinusite chronique.

A compter de l'entrée en vigueur de la *Liste des interdictions* de 2022, les glucocorticoïdes administrés par toute voie injectable, orale ou rectale sont interdits en compétition seulement. Toutefois, un échantillon d'urine prélevé en compétition peut révéler des concentrations de glucocorticoïdes supérieures aux seuils établis par les laboratoires, même si l'administration a eu lieu hors compétition. Conformément au *Code*, un contrôle antidopage positif, connu sous le nom de *résultat d'analyse anormal* (RAA), peut rendre le sportif passible d'une sanction en vertu du concept de responsabilité objective. Cela dit, conformément à l'article 4.1e du SIAUT, le sportif est autorisé à demander rétroactivement une AUT en cas de RAA en compétition résultant d'un usage hors compétition.



c. Autres traitements non interdits

- Glucocorticoïdes intranasaux en vaporisateur
- Décongestionnants oraux ou décongestionnants nasaux en vaporisateur
- Antibiotiques (dans le cas d'une infection bactérienne)

Conséquences pour la santé en cas d'absence de traitement

L'absence de traitement ou de réponse à un traitement peut engendrer une toux chronique, des complications orbitaires ou des complications neurologiques intracrâniennes, y compris la cécité, l'ophtalmie, la méningite, l'abcès cérébral ou l'ostéomyélite.

4. Surveillance du traitement

Le traitement doit être surveillé par le médecin traitant, pour assurer l'efficacité du schéma thérapeutique. Dans les cas où le sportif se traite lui-même au moyen de médicaments en vente libre, il devra surveiller ses symptômes et cesser le traitement lorsque ceux-ci auront disparu, ou selon les directives du fabricant ou du médecin.

5. Validité de l'AUT

Le traitement est habituellement de courte durée, variant de quelques jours à quelques semaines.

6. Précautions adéquates

Si un sportif ne répond pas aux traitements ou présente des symptômes graves, il est recommandé de le diriger vers un otorhinolaryngologiste qui cherchera d'autres affections sous-jacentes. Les symptômes et signes à surveiller sont les suivants :

- Symptômes graves inhabituels
- Toxicité générale
- Altération de l'état mental
- Céphalées intenses
- Œdème du visage ou des tissus orbitaires, ou modification de l'acuité visuelle

Références

1. Desrosiers M, Evans GA, Keith PK, Wright ED, Kaplan A, Bouchard J, Ciavarella A, Doyle PW, Javer AR, Leith ES, Mukherji A, Robert Schellenberg R, Small P, Witterick IJ.
2. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011 May;40 Suppl 2:S99-193.
3. Ozturk F, Bakirtas A, Ileri F, *et al.* Efficacy and tolerability of systemic methylprednisolone in children and adolescents with chronic rhinosinusitis: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Allergy Clin Immunol* 2011 Aug;128(2):348-52. Publication électronique le 31 mai 2011.
4. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, Gelzer A, Hamilos D, Haydon RC, Hudgins PA, *et al.* Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;137:S1-31.
5. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, Cohen N, Cervin A, Douglas R, Gevaert P, Georgalas C, Goossens H, Harvey R, Hellings P, Hopkins C, Jones N, Joos G, Kalogjera L, Kern B, Kowalski M, Price D, Riechelmann H, Schlosser R, Senior B, Thomas M, Toskala E, Voegels R, Wang de Y, Wormald PJ. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology* 2012 Mar;50(1):1-12.
6. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, Smith TL, Alt JA, Baroody FM, Batra PS, Bernal-Sprekelsen M, Bhattacharyya N, Chandra RK, Chiu A, Citardi MJ, Cohen NA, DelGaudio J, Desrosiers M, Dhong HJ, Douglas R, Ferguson B, Fokkens WJ, Georgalas C, Goldberg A, Gosepath J, Hamilos DL, Han JK, Harvey R, Hellings P, Hopkins C, Jankowski R, Javer AR, Kern R, Kountakis S, Kowalski ML, Lane A, Lanza DC, Lebowitz R, Lee HM, Lin SY, Lund V, Luong A, Mann W, Marple BF, McMains KC, Metson R, Naclerio R, Nayak JV, Otori N, Palmer JN, Parikh SR, Passali D, Peters A, Piccirillo J, Poetker DM, Psaltis AJ, Ramadan HH, Ramakrishnan VR, Riechelmann H, Roh HJ, Rudmik L, Sacks R, Schlosser RJ, Senior BA, Sindwani R, Stankiewicz JA, Stewart M, Tan BK, Toskala E, Voegels R, Wang de Y, Weitzel EK, Wise S, Woodworth BA, Wormald PJ, Wright ED, Zhou B, Kennedy DW. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016 Feb;6 Suppl 1:S22-209. doi: 10.1002/alr.21695. PMID: 26889651.