

## SINUSITE/RHINOSINUSITE

### 1. Pathologie

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. Bonnes pratiques médicales**

#### 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.

#### Traitements non interdits

- S'assurer que l'hydratation est adéquate.
- Antibiotiques : Le traitement de première intention recommandé demeure l'amoxicilline, qui devrait être efficace dans la plupart des cas. Chez les patients présentant un risque accru de résistance, comme le laisse supposer l'utilisation d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois ou la présence de symptômes qui ne répondent pas au traitement, un traitement de deuxième intention comme l'association amoxicilline-clavulanate ou la doxycycline peut être envisagé. Les fluoroquinolones de deuxième intention peuvent s'avérer utiles pour traiter la résistance bactérienne ou les complications. Toutefois, ces agents sont associés à une augmentation du risque de tendinite ou de rupture du tendon d'Achille, en particulier lors de traitements répétés; ils doivent donc être utilisés avec prudence chez les sportifs qui font de la compétition. L'administration d'un antibiotique dont le spectre d'activité est élargi aux bactéries anaérobies est recommandée dans les cas de rhinosinusite chronique.
- Les glucocorticoïdes intranasaux peuvent améliorer les taux de résolution et soulager les symptômes.
- Les analgésiques tels que l'acétaminophène/le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent atténuer les symptômes.
- Quelques autres décongestionnants oraux (p. ex., la phényléphrine) sont autorisés.
- L'irrigation nasale au moyen d'une solution saline (en vaporisateur ou en gouttes) peut être efficace.
- Les décongestionnants nasaux topiques, comme la xylométazoline ou l'oxymétazoline, peuvent soulager les symptômes.
- Les mucolytiques, les antihistaminiques et les antagonistes des récepteurs des leucotriènes peuvent s'avérer utiles dans le traitement de la rhinosinusite chronique.
- Le sportif doit être orienté vers un otorhinolaryngologiste (chirurgien ORL) en présence de polypes nasaux.
- Une chirurgie peut être bénéfique et indiquée chez les sportifs souffrant de rhinosinusite chronique lorsque les traitements médicaux se sont révélés inefficaces.
- Des tests allergiques peuvent être indiqués chez les sportifs souffrant de rhinosinusite chronique avec composante atopique.

#### 4. Traitements interdits

##### A. 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.

- 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 suprathérapeutiques de PSE, puisqu'il existe des traitements de remplacement efficaces.
- Durée recommandée du traitement : jusqu'à 4 semaines, pour maîtriser les symptômes

**ATTENTION :** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la pseudoéphédrine est interdite en compétition à des concentrations urinaires dépassant le seuil de 150 µg/mL. 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). La demande d'AUT devrait contenir la description de la pathologie requérant le traitement médicamenteux, à la lumière des antécédents personnels et de l'examen physique, en plus de la preuve de l'échec de traitements au moyen de substances non interdites.

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. À moins qu'une AUT ait été accordée, l'AMA conseille aux sportifs de cesser la prise de pilules de PSE 24 heures avant la période de compétition. Cela dit, il est peu probable qu'un sportif ait éventuellement 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 à prise orale (par exemple, de 30 à 40 mg de prednisone) 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.

Les glucocorticoïdes à action générale (y compris ceux à prise orale) sont interdits en compétition seulement.

- Voie d'administration : orale
- Posologie : 1 fois par jour
- Durée recommandée du traitement : période courte et définie, par exemple, de 4 à 7 jours
- S'il est nécessaire 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.

## 5. 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.

## 6. 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.

## 7. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé

Une AUT est exigée pour l'usage de la pseudoéphédrine et de glucocorticoïdes à action générale en compétition seulement. Le traitement de la sinusite est habituellement de courte durée. L'AUT est également de courte durée.

## 8. 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

## 9. Références

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. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 May;40 Suppl 2:S99-193.

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. Epub 2011 May 31.

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.

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.