

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 sept (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 quatre (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. Un diagnostic de rhinosinusite chronique est probable lorsque deux symptômes majeurs ou plus persistent pendant au moins 8 à 12 semaines et s'accompagnent d'une inflammation reconnue des sinus paranasaux ou de la muqueuse nasale.

B. Critères diagnostiques

Tableau des symptômes de la rhinosinusite bactérienne aiguë

Douleurs faciales/pressions au visage/lourdeur
Congestion nasale
Sécrétions nasales purulentes/écoulement post-nasal décoloré
Olfaction : hyposmie/anosmie

Le diagnostic de rhinosinusite bactérienne aiguë requiert la présence d'un moins deux (2) des symptômes indiqués ci-dessus, l'un devant être la congestion nasale

ou l'écoulement post-nasal décoloré. La durée des symptômes doit être supérieure à sept (7) jours sans amélioration 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 un symptôme objectif au moyen d'une endoscopie ou d'une tomodensitométrie.

Tableau des symptômes de la rhinosinusite chronique

Congestion faciale/lourdeur
Douleur faciale/pressions 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 deux (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 un symptôme objectif, dont les sécrétions nasales purulentes ou la polypose nasosinusienne 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

A. Nom de la substance interdite :

Décongestionnant oral (pseudoéphédrine) (PSE) et association d'antihistaminiques de première génération (sédatifs), si disponible. La PSE est principalement réservée 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 : tel qu'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 alternatifs efficaces.
- Durée recommandée du traitement : Jusqu'à huit (8) semaines, pour maîtriser les symptômes

ATTENTION : Depuis le 1^{er} janvier 2010, la pseudoéphédrine est interdite en compétition à des concentrations urinaires dépassant le seuil de 150 ng/mL. Ce niveau de 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 quatre (4) administrations quotidiennes (une toutes les 4-6 heures) d'une pilule de 60 mg (ou 2 x 30 mg), ou
- En deux (2) administrations quotidiennes (une toutes les 12 heures) d'une pilule de 120 mg (à libération prolongée), ou
- En une (1) administration quotidienne d'une pilule de 240 mg (à libération prolongée). La demande d'AUT devrait contenir la description des conditions requérant la médication, à la lumière des antécédents personnels et de l'examen physique, en plus de la preuve de l'échec de traitements avec des 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. **L'AMA conseille donc aux sportifs de cesser la prise de pilules de PSE 24 heures avant la période de compétition.**

B. Nom de la substance interdite :

Glucocorticoïdes à action générale

Un traitement de courte durée au moyen d'un glucocorticoïde à prise orale (par exemple, 30-40 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 nasosinusiennes complexes. Les glucocorticoïdes 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 4 à 5 jours
- 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.

Les glucocorticoïdes par intraveineuse sont rarement utilisés pour traiter la sinusite. Bien que le recours aux perfusions intraveineuses ne soit pas interdit dans le cadre d'admissions hospitalières, une AUT sera exigée pour toute substance interdite devant être administrée par voie intraveineuse. Les glucocorticoïdes à action générale sont interdits en compétition seulement.

4. Autres traitements alternatifs non interdits

- S'assurer que l'hydratation est adéquate.
- Les antibiotiques comme l'amoxicilline/le clavulanate. Les fluoroquinolones de deuxième intention peuvent s'avérer utiles pour traiter la résistance bactérienne ou les complications. 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 topiques peuvent améliorer les taux de résolution et soulager les symptômes.
- Les analgésiques tels que l'acétaminophène ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent atténuer les symptômes.
- L'irrigation nasale saline et les décongestionnants nasaux topiques (en vaporisateur ou en gouttes), comme la xylométazoline, peuvent soulager les symptômes.
- Les mucolytiques, les antihistaminiques et le leucotriène A peuvent s'avérer utiles dans le traitement de la rhinosinusite chronique.
- Le sportif doit être orienté vers un spécialiste 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.

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 sera surveillé par le médecin traitant, pour assurer l'efficacité du régime de traitement.

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

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

8. Précautions

Si un sportif ne répond pas aux traitements ou présente des symptômes graves, il est recommandé de le diriger vers un oto-rhino-laryngologiste 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 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. *And Allergy Asthma Clin Immunol.* 2011 Feb 10;7(1):2.

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.