

Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux intervenants de première ligne du réseau de la santé. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique, sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez [iness.qc.ca](http://iness.qc.ca).

## GÉNÉRALITÉS

### CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

- ▶ **La majorité des rhinosinusites sont d'origine virale et guérissent spontanément.**
- ▶ Les enfants contractent en moyenne 6 infections virales des voies respiratoires supérieures (IVRS) par année et celles-ci durent en moyenne de 7 à 10 jours, mais peuvent perdurer jusqu'à 14 jours.
- ▶ Approximativement 5 % des IVRS se compliquent d'une rhinosinusite aiguë bactérienne.
- ▶ Le traitement antibiotique doit être réservé à la rhinosinusite aiguë bactérienne.
- ▶ Les **facteurs de risque** de résistance du *Streptococcus pneumoniae* :
  - Fréquentation de la garderie
  - Hospitalisation récente
  - Enfants âgés de < 2 ans
  - Traitement antibiotique récent (< 30 jours)

#### Pathogènes bactériens les plus fréquemment associés à une rhinosinusite bactérienne aiguë

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| ▶ <i>Streptococcus pneumoniae</i>           | ▶ <i>Moraxella catarrhalis</i>  |
| ▶ <i>Haemophilus influenzae</i> non typable | ▶ <i>Streptococcus pyogenes</i> |

## MESURES PRÉVENTIVES

- ▶ Éradication du tabagisme à la maison;
- ▶ Hygiène nasale quotidienne et accrue lors des épisodes d'IVRS;
- ▶ Vaccination recommandée selon le calendrier du Programme québécois d'immunisation.

## DIAGNOSTIC

Les symptômes de la **rhinosinusite bactérienne** et ceux de la rhinosinusite virale se chevauchent.

**Le diagnostic s'appuie sur une des trois situations cliniques suivantes :**

- ▶ Symptômes persistants (de 10 à 14 jours) sans amélioration :
  - rhinorrhée purulente; OU
  - toux diurne pouvant augmenter la nuit;
- ▶ Aggravation des symptômes après 5 à 7 jours suivant une amélioration initiale (infection biphasique) :
  - rhinorrhée purulente; OU
  - toux persistante diurne; OU
  - température  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;
- ▶ Symptômes graves depuis au moins 3 jours consécutifs :
  - température  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ; ET
  - rhinorrhée purulente.

S'il y a atteinte importante de l'état général, œdème / rougeur périorbitaire ou atteinte du système nerveux central, il faut suspecter la présence de complications (consultation urgente en milieu hospitalier).

## RADIOGRAPHIE

- ▶ Peu utile :
  - pour distinguer les infections virales des infections bactériennes chez les enfants;
  - dans les cas de rhinosinusite non compliquée.
- ▶ S'il y a radiographie, l'épaississement de la muqueuse seul n'est pas un critère de rhinosinusite aiguë.

## PRINCIPES DE TRAITEMENT

### TRAITEMENT DE SOUTIEN VISANT À SOULAGER LES SYMPTÔMES

- ▶ La douleur et la fièvre se traitent par l'utilisation d'un analgésique / antipyrétique (acétaminophène ou ibuprofène\*) durant les premiers jours.
- ▶ L'usage d'une solution salinée nasale servant à l'irrigation aide au soulagement des symptômes.
- ▶ L'usage d'un corticostéroïde topique n'est habituellement pas recommandé, mais peut avoir un effet modeste sur les symptômes de la rhinosinusite.
- ▶ Ni les décongestionnants ni les antihistaminiques n'ont démontré d'utilité dans le traitement de la rhinosinusite aiguë chez l'enfant.

\*L'ibuprofène n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 mois.

### ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

- ▶ Les réelles allergies aux pénicillines sont peu fréquentes. Sur 100 enfants ayant une histoire d'allergie à une pénicilline, un réel diagnostic d'allergie sera **CONFIRMÉ** chez moins de 6 d'entre-eux et les réactions seront majoritairement des éruptions cutanées retardées non-sévères.
  - Il est donc important de bien évaluer le statut allergique d'un patient rapportant un antécédent de réaction allergique aux pénicillines avant de considérer l'utilisation des alternatives aux bêta-lactamines. Pour vous aider, consultez [l'outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines](#).

### ANTIBIOTHÉRAPIE

**L'antibiothérapie de première intention pour la rhinosinusite est l'amoxicilline hautes doses (90 mg/kg/jour) :**

- ▶ Permet d'atteindre des concentrations thérapeutiques dans les sinus pour le traitement des pneumocoques de résistance intermédiaire à la pénicilline et de la plupart des pneumocoques hautement résistants à la pénicilline.
- ▶ Généralement bien tolérées par les enfants.

Cependant, chez l'enfant qui ne présente aucun [facteur de risque](#) de résistance, une dose d'amoxicilline de 45 mg/kg/jour PO ÷ TID peut être envisagée.

- La durée optimale de traitement n'a pas été déterminée en pédiatrie : les experts suggèrent de 10 à 14 jours d'antibiothérapie, incluant un minimum de 5 jours après la disparition des symptômes.

### ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1<sup>RE</sup> INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale
	<b>Amoxicilline</b>	90 mg/kg/jour PO ÷ BID	2 000 mg PO BID
Si utilisation d'antibiotique dans les 30 derniers jours	<b>Amoxicilline-Clavulanate</b> <sup>1</sup> (formulation 7:1) Ou <b>Amoxicilline + Amoxicilline-Clavulanate</b> <sup>1</sup> (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour PO ÷ BID  Ou 45 mg/kg/jour PO ÷ BID + 45 mg/kg/jour PO ÷ BID	1 500 mg PO BID  Ou 750 mg PO BID + 750 mg PO BID
Si antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines	Cliquez <a href="#">ici</a>  pour consulter l'algorithme spécifique à la rhinosinusite aiguë et vous aider dans le choix de l'antibiothérapie.		

- En cas de non réponse après 48 à 72 heures de traitement et avant de débiter un traitement de 2<sup>e</sup> intention :
  - Vérifier l'acceptabilité et l'adhésion au traitement.

### ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2<sup>E</sup> INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE

		Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale
Antibiothérapie en cas d'échec au traitement après 48 à 72 heures	Si échec de l'Amoxicilline	<b>Amoxicilline-Clavulanate</b> <sup>1</sup> (formulation 7:1) Ou <b>Amoxicilline + Amoxicilline-Clavulanate</b> <sup>1</sup> (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour PO ÷ BID  Ou 45 mg/kg/jour PO ÷ BID + 45 mg/kg/jour PO ÷ BID	1 500 mg PO BID  Ou 750 mg PO BID + 750 mg PO BID
	Si échec de l'Amoxicilline-Clavulanate	Revoir le diagnostic; Rechercher les complications; Envisager une demande de consultation en spécialité.		

1. La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Les formulations de 200 mg/5 ml et de 400 mg/5 ml ainsi que les comprimés de 875 mg contiennent le bon rapport d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Certains cliniciens utilisent une combinaison d'amoxicilline (45 mg/kg/jour) et d'amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) (45 mg/kg/jour) afin de diminuer les effets indésirables (total de 90 mg/kg/jour, équivalent 14:1). Il peut s'avérer que les quantités d'amoxicilline et d'amoxicilline-clavulanate (ml) soient différentes.

## PRINCIPALES RÉFÉRENCES

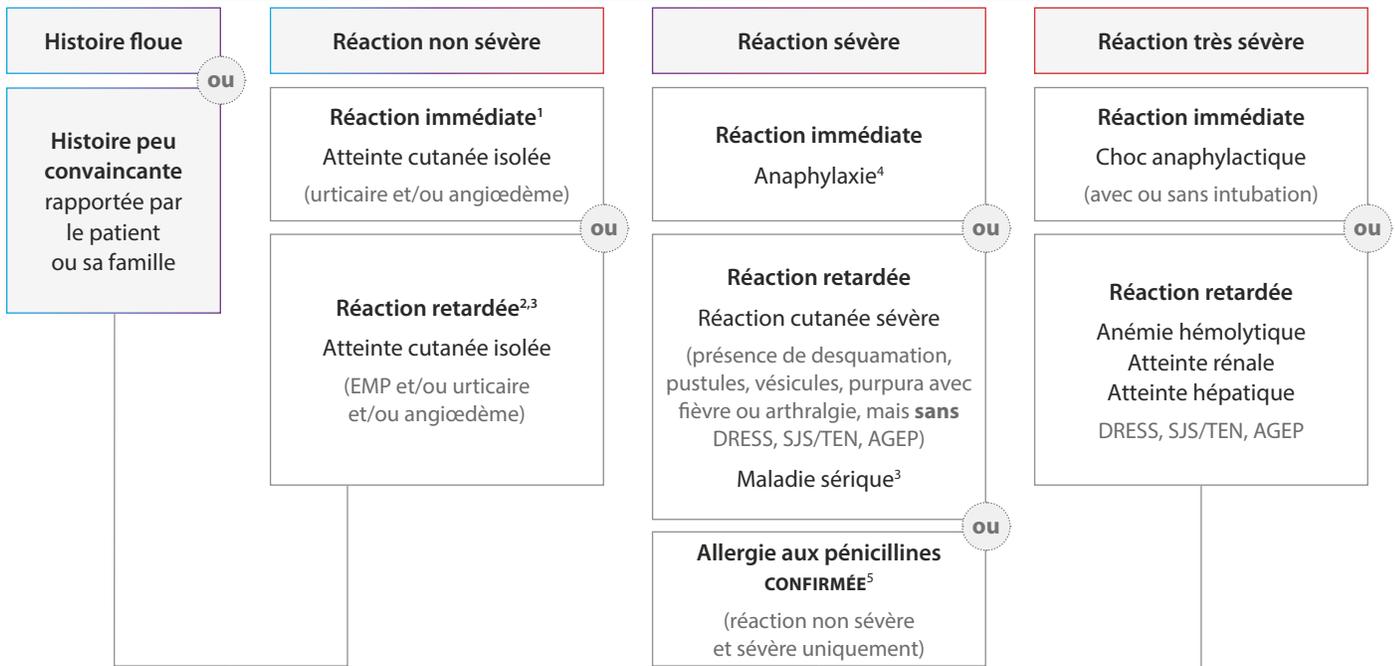
Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis 2012;54(8):e72-e112.

Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics 2013;132(1):e262-80.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

## SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE



PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LE CHOIX DE LA BÊTA-LACTAMINE ET LES CONDITIONS D'ADMINISTRATION

**JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE**

- Céphalosporines **DIFFÉRENTES**  
Céfuroxime axétil<sup>6</sup>
- Céphalosporines **SIMILAIRES**  
Cefprozil si l'antécédent d'allergie ne suggère pas une réaction immédiate...

↓

**En cas de doute quant à la possibilité d'une réaction immédiate...**

une période d'observation d'une heure après l'administration de la 1<sup>re</sup> dose de Cefprozil sous la supervision d'un professionnel de la santé, pourrait être conseillée selon le jugement du clinicien.

**JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE**

- Pénicillines**  
Amoxicilline +/- Clavulanate

La 1<sup>re</sup> dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

**Si antécédents de réactions :**

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

**JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE**

- Céphalosporines **DIFFÉRENTES**  
Céfuroxime axétil<sup>6</sup>
- Céphalosporines **SIMILAIRES**  
Cefprozil **SEULEMENT** pour les antécédents de réactions de type maladie sérique chez l'enfant<sup>3</sup>.

La 1<sup>re</sup> dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.

**Si antécédents de réactions :**

- **immédiates**, un test de provocation devrait être réalisé;
- **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible dans les jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

**J'ÉVITE DE PRESCRIRE**

- Pénicillines**  
Amoxicilline +/- Clavulanate
- Céphalosporines **SIMILAIRES**  
Cefprozil pour toute autre situation clinique (exception faite des cas d'antécédents de réactions de type maladie sérique chez l'enfant<sup>3</sup>, tel que décrit ci-dessus).

**SI UNE BÊTA-LACTAMINE<sup>7</sup> NE PEUT ÊTRE ADMINISTRÉE, JE PEUX PRESCRIRE...**

- Clarithromycine

**J'ÉVITE DE PRESCRIRE**

- Bêta-lactamine<sup>7</sup>**  
Privilégier une autre classe d'antibiotique.

**et**

**JE PRESCRIS**

- Clarithromycine

- Réaction immédiate (de type I ou IgE médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
- Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
- Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants sous antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
- Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
- Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
- Le céfuroxime axétil en suspension est peu utilisé en raison de son mauvais goût. Voir la monographie du produit pour améliorer le goût du médicament.
- Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

Pour plus d'informations, consultez [l'outil interactif](#) et [l'outil d'aide à la décision](#).

AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis;  
 DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms;  
 EMP : éruption maculo-papuleuse;  
 SJS : Stevens-Johnson syndrome;  
 TEN : toxic epidermal necrolysis.

## ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1<sup>RE</sup> INTENTION DE LA RHINOSINUSITE AIGUË BACTÉRIENNE SI ANTÉCÉDENT DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale	Durée
Bêta-lactamines <sup>3</sup> recommandées selon l'algorithme en soutien au jugement clinique	<b>Céfuroxime axétil<sup>1</sup></b>	30 mg/kg/jour PO ÷ BID	500 mg PO BID	10 à 14 jours
	<b>Cefprozil</b>			
	<b>Amoxicilline</b>	90 mg/kg/jour PO ÷ BID	2 000 mg PO BID	
	<b>Amoxicilline/Clavulanate<sup>2</sup></b> (formulation 7:1) <b>OU</b> <b>Amoxicilline +</b> <b>Amoxicilline-Clavulanate<sup>2</sup></b> (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour PO ÷ BID <b>OU</b> 45 mg/kg/jour PO ÷ BID + 45 mg/kg/jour PO ÷ BID	1 500 mg PO BID <b>OU</b> 750 mg PO BID + 750 mg PO BID	
Alternative si une bêta-lactamine <sup>3</sup> ne peut être administrée <sup>4</sup>	<b>Clarithromycine</b>	15 mg/kg/jour PO ÷ BID	500 mg PO BID	

1. Le céfuroxime axétil en suspension est peu utilisé en raison de son mauvais goût. Voir la monographie du produit pour améliorer le goût du médicament.

2. La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Les formulations de 200 mg/5 ml et de 400 mg/5 ml ainsi que les comprimés de 875 mg contiennent le bon rapport d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Certains cliniciens utilisent une combinaison d'amoxicilline (45 mg/kg/jour) et d'amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) (45 mg/kg/jour) afin de diminuer les effets indésirables (total de 90 mg/kg/jour, équivalent 14:1). Il peut s'avérer que les quantités d'amoxicilline et d'amoxicilline-clavulanate (ml) soient différentes.

3. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

4. L'azithromycine n'a pas d'indication pour la rhinosinusite bactérienne aiguë.

❗ Si l'administration prudente avec une pénicilline est l'option choisie, opter pour l'Amoxicilline-Clavulanate au lieu de l'Amoxicilline si la condition suivante est présente: utilisation d'antibiotique dans les 30 derniers jours.