

Otorhinolaryngologie : rhinologie

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

le groupe de surspécialité en rhinologie

de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale

Dernière mise à jour : février 2019



1 Ne prescrivez pas d'antibiotiques aux patients qui ont une sinusite aiguë et qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de la rhinosinusite bactérienne aiguë.

La prévalence estimée des rhinosinusites aiguës d'origine bactérienne serait de 2 % à 10 %, tandis que celle des infections d'origine virale serait de 90 % à 98 %. La prise en charge de la rhinosinusite virale est axée principalement sur le soulagement des symptômes et peut comprendre l'emploi de corticostéroïdes intranasaux, d'analgésiques, de solutions salines pour irrigation nasale, de décongestionnants oraux ou topiques et de mucolytiques. Les antibiotiques sont inefficaces pour les maladies virales et ne soulagent pas directement les symptômes. Malgré cela, 82 % des patients canadiens ayant reçu un diagnostic de sinusite aiguë se sont vu prescrire des antibiotiques. Il n'est pas simple de distinguer la rhinosinusite virale de la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) étant donné que leurs symptômes se chevauchent, mais cette distinction est essentielle pour éviter les prescriptions inutiles d'antibiotiques.

Selon les critères « **PODS** », la présence, pendant plus de 7 à 10 jours, d'au moins deux des quatre critères cliniques suivants est associée à la RSBA : douleur, **P**ression ou sensation de plénitude faciales; **O**bstruction nasale; **D**écharges nasales purulentes ou écoulement rhinopharyngé coloré; et hyposmie ou anosmie (**S**ens de l'odorat affecté) [voir *Les lignes directrices canadiennes sur la prise en charge de la rhinosinusite aiguë et chronique* pour plus de détails]. Une infection bactérienne est si improbable avant sept jours de symptômes que les antibiotiques sont généralement à éviter, à moins que les symptômes persistent après ce délai.

Chez les patients qui répondent aux critères de la RSBA et qui présentent des symptômes légers ou modérés, le recours aux corticostéroïdes intranasaux est souvent suffisant. Les antibiotiques peuvent être envisagés chez les patients dont les symptômes sont graves ou chez qui l'essai de corticostéroïdes pendant 72 heures après l'établissement d'un diagnostic de RSBA* ne donne pas de résultats satisfaisants.

* Ce [tableau](#) montre que le diagnostic de RSBA requiert la persistance ou l'aggravation d'au moins deux symptômes.

2 Ne demandez pas de TDM pour une rhinosinusite aiguë non compliquée

L'imagerie radiographique visant à distinguer la rhinosinusite bactérienne aiguë (RSBA) de la rhinosinusite virale n'est pas recommandée chez les patients qui présentent une rhinosinusite aiguë non compliquée, sauf si une complication ou un autre diagnostic est soupçonné. La tomodensitométrie (TDM) des sinus est un test très sensible pour la rhinosinusite : un résultat normal permet d'écarter avec certitude la présence d'une sinusite active, quelle qu'en soit l'étiologie. Par contre, les anomalies détectées à la TDM, comme la présence d'un niveau hydroaérique, l'épaississement de la muqueuse et l'opacification complète des sinus, sont non spécifiques; elles peuvent être observées en cas de sinusite bactérienne et de sinusite virale, et peuvent être présentes chez 42 % des personnes asymptomatiques en bonne santé. Une étude prospective menée sur de jeunes adultes enrhumés, mais autrement en bonne santé, a montré que 87 % des sujets présentaient des anomalies importantes des sinus maxillaires à la TDM. Cet examen a donc une utilité limitée pour le diagnostic de la rhinosinusite aiguë parce que ses résultats sont non spécifiques : comme la TDM ne permet pas de distinguer clairement une rhinosinusite bactérienne d'une rhinosinusite virale, elle n'aide pas à déterminer si une antibiothérapie est nécessaire. On envisagera une TDM des sinus lorsqu'une RSBA compliquée est soupçonnée, par exemple en présence d'une céphalée grave, d'une altération de l'état mental, d'une enflure du visage, d'une paralysie des nerfs crâniens, d'une proptose de l'œil ou d'autres signes cliniques.

3 Ne demandez pas de radiographies simples des sinus

Les radiographies simples des sinus ne devraient pas faire partie des tests diagnostiques de la sinusite. Les radiographies simples ont une sensibilité et une spécificité faibles, et ne permettent pas de confirmer ou d'écarter avec certitude un diagnostic de sinusite aiguë ou chronique. Les observations telles que la présence d'un niveau hydroaérique et l'opacification complète des sinus n'accompagnent pas systématiquement la rhinosinusite et ne permettent pas de distinguer l'étiologie virale de l'étiologie bactérienne. L'anatomie complexe des sinus ethmoïdes et les voies essentielles de drainage des sinus ne sont pas bien définies à la radiographie simple, ce qui n'aide pas à la planification opératoire. Comme la radiographie des sinus ne permet pas de diagnostiquer une rhinosinusite, de guider la prescription d'antibiotiques ou de planifier une chirurgie, elle n'apporte pas de valeur ajoutée aux soins et devrait être évitée.

4**Ne faites pas d'écouvillonnage de la cavité nasale dans le cadre des tests diagnostiques de la rhinosinusite**

Le diagnostic clinique de la rhinosinusite bactérienne aiguë ne requiert pas l'identification de l'agent pathogène en cause dans une culture. Si le patient répond aux critères de la RSBA non compliquée, le choix empirique de l'antibiothérapie devrait être fondé sur les agents pathogènes généralement en cause (soit *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* et *Staphylococcus aureus*), sur les tendances locales de résistance bactérienne et sur les facteurs propres au patient. Les prélèvements nasaux sur écouvillon sont contaminés par la flore nasale normale, et il n'y a pas de corrélation claire entre les résultats obtenus et les agents pathogènes de la rhinosinusite. Dans de nombreux hôpitaux, l'écouvillonnage nasal ne sert qu'à déterminer la présence ou l'absence de *S. aureus*, plutôt qu'à faire une culture complète pour identifier les agents pathogènes présents. Lorsque des cultures sont requises, par exemple en présence de complications intraorbitales ou intracrâniennes, le prélèvement d'échantillon du méat moyen sous guidage endoscopique et le prélèvement par aspiration du contenu du sinus maxillaire sont les méthodes à privilégier.

5**Ne demandez pas de radiographies simples pour l'évaluation des fractures du nez**

Les radiographies simples ne devraient pas être effectuées dans le cadre de la prise en charge des fractures du nez. La décision de réduire une fracture du nez dépend de nombreux facteurs, dont les préférences du patient, la difformité externe et les difficultés respiratoires, trois facteurs que la radiographie ne permet pas d'évaluer efficacement. Les radiographies simples ont une sensibilité et une spécificité très faibles, soit de 63,3 % et de 55,7 %, respectivement; ainsi, elles ne permettent pas de poser un diagnostic précis en cas de fracture occulte. Même si elles sont souvent prescrites pour la documentation médico-légale des fractures du nez, leurs faibles sensibilité et spécificité font douter de leur valeur dans les procédures médico-légales. Dans des études de cohortes, les radiographies du nez n'ont pas permis, à elles seules, de détecter des fractures faciales insoupçonnées, et la mise en place d'une politique interdisant le recours à ce type de radiographies n'a eu aucun effet négatif sur la prise en charge des patients. Dans l'ensemble, les radiographies du nez ne contribuent ni au diagnostic, ni à la documentation, ni à la prise en charge, et elles ne devraient pas être demandées.

Comment la liste a été établie

Cette liste est le fruit du travail du groupe de surspécialité en rhinologie de la Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale. Les membres du groupe, représentant les leaders nationaux de leur surspécialité respective, ont été invités à créer une liste de recommandations concernant des examens souvent prescrits inutilement ou des interventions inutiles courantes. Ces examens et interventions inutiles exposent les patients à des risques et engendrent des coûts injustifiés pour notre système de soins de santé public. Les données probantes ont ensuite été examinées afin de parfaire les recommandations. La version définitive de la liste a été présentée aux membres du groupe aux fins d'approbation. Des groupes Choisir avec soin de plusieurs spécialités ont passé en revue et peaufiné les recommandations consensuelles.

Sources

- 1 Gwaltney, J. M. Jr et coll. Acute Community-Acquired Bacterial Sinusitis: The Value of Antimicrobial Treatment and the Natural History. Clin Infect Dis. 15 janv. 2004; vol. 38, n° 2 : p. 227-233. Cyberpublication le 19 décembre 2003. [PMID : 14699455](#).
Desrosiers, M. et coll. [Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, n° 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Finley, R. et coll. [Rapport sur l'utilisation des antimicrobiens chez les humains](#). [En ligne]. Mis à jour le 17 novembre 2015.
- 2 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, no 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
Gwaltney, J. M. et coll. Computed Tomographic Study of the Common Cold. N Engl J Med. 1994; vol. 330, n° 1 : p. 25-30. [PMID : 8259141](#).
- 3 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Rosenfeld, R. M. et coll. Clinical practice guideline (update): Adult Sinusitis Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. Avril 2015; vol. 152, n° 4 : p. 598-609. [PMID : 25833927](#).
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
Kirsch, C. F. E., J. Bykowski, J. M. Aulino et coll. ACR Appropriateness Criteria® Sinonasal Disease. J Am Coll Radiol. Novembre 2017; vol. 14, n° 11S : p. S550-S559. [PMID : 29101992](#).
Aaløkken, T. M. et coll. Conventional sinus radiography compared with CT in the diagnosis of acute sinusitis. Dentomaxillofac Radiol. Janvier 2003; vol. 32, n° 1 : p. 60-62. [PMID : 12820855](#).
Okuyemi, K. S. et coll. Radiologic imaging in the management of sinusitis. Am Fam Physician. 2002; vol. 66, n° 10 : p. 1882-1886. [PMID : 12469962](#).
- 4 Desrosiers, M. et coll. [Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis](#). [En ligne]. Février 2011.
Chow, A. W. et coll. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. Clin Infect Dis. 2012; vol. 54, n° 8 : p. e72-e112. [PMID : 22438350](#).
- 5 Nigam, A. et coll. The value of radiographs in the management of the fractured nose. Arch Emerg Med. 1993; vol. 10, n° 4 : p. 293-297. [PMID : 8110318](#).
Jaberoo, M. C. et coll. Medico-legal and ethical aspects of nasal fractures secondary to assault: Do we owe a duty of care to advise patients to have a facial x-ray? J Med Ethics. 2013; vol. 39, n° 2 : p. 125-126. [PMID: 23172899](#).
Illum P. Legal aspects in nasal fractures. Rhinology. 1991; vol. 29, n° 4 : p. 263-266. [PMID : 1780626](#).
Logan, M., K. O'Driscoll et J. Masterson. The utility of nasal bone radiographs in nasal trauma. Clin Radiol. 1994; vol. 49, n° 3 : p. 192-194. [PMID : 8143411](#).
Sharp, J. F. et coll. Routine X-rays in nasal trauma: the influence of audit on clinical practice. J R Soc Med. 1994; vol. 87, n° 3 : p. 153-157. [PMID : 8158594](#).

À propos La Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale

La Société canadienne d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervicofaciale est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La Société soutient la communauté canadienne des professionnels en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale. Elle est formée exclusivement d'otorhinolaryngologistes chirurgiens cervico-faciaux et d'étudiants de la spécialité. La Société s'emploie à améliorer les soins aux patients par le soutien de l'enseignement, la promotion de la recherche, la diffusion de renseignements, l'avancement scientifique de la Société et le maintien de normes professionnelles et éthiques élevées.



La Société canadienne
d'otorhinolaryngologie et de
chirurgie cervicofaciale

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📌 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)