

ORL

Pathologies nasosinusiennes chroniques

Emilie Béquignon PU-PH & André Coste PU-PH
Service ORL&CCF CHI Créteil & CHU Henri Mondor



Liens d'intérêt A Coste 2020-2023

Consultant : Astra Zeneca, GSK, Sanofi, Novartis, ALK

Investigateur pour des essais : GSK, Sanofi

Liens d'intérêt E Béquignon 2020-2023

Consultant : Astra Zeneca, GSK, Sanofi, Air liquide

Investigateur pour des essais : GSK, Sanofi

Qu'est ce qu'une sinusite chronique ?

manifestations cliniques évoluant plus de 12 semaines

obstruction, rhinorrhée, dysosmies

céphalées, algies faciales, toux

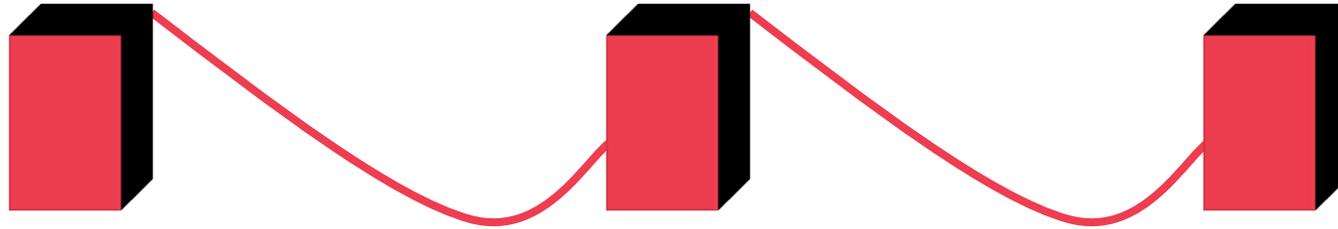
anomalies examen rhinoscopique + endoscopique

pus au(x) méat(s)

œdème ± polypes

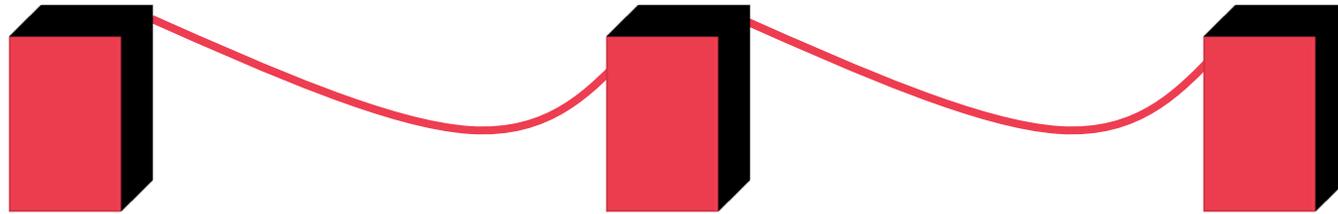
anomalies imagerie rarement spécifiques

sinusite aiguë récidivante = exceptionnelle !



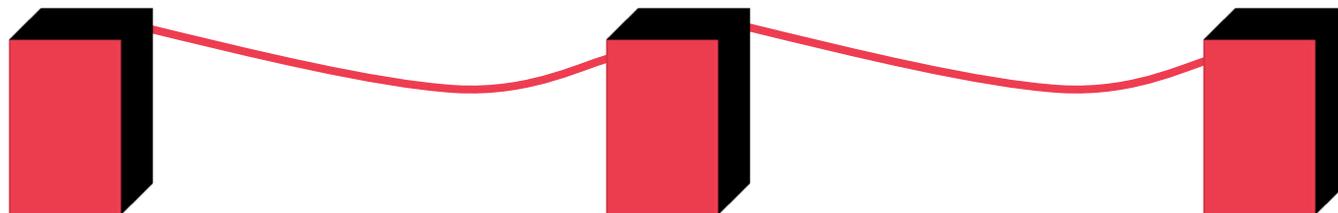
clinique
imagerie

sinusite pseudo-récidivante



clinique
imagerie

sinusite chronique



clinique
imagerie

Pourquoi différencier les types de sinusite chronique ?

intérêt diagnostique

à partir d'une démarche clinique simple

réunir les sinusites en groupes étiopathogéniques

intérêt pronostique et thérapeutique

problème locorégional

≠

maladie muqueuse

Pourquoi différencier les types de sinusite chronique ?

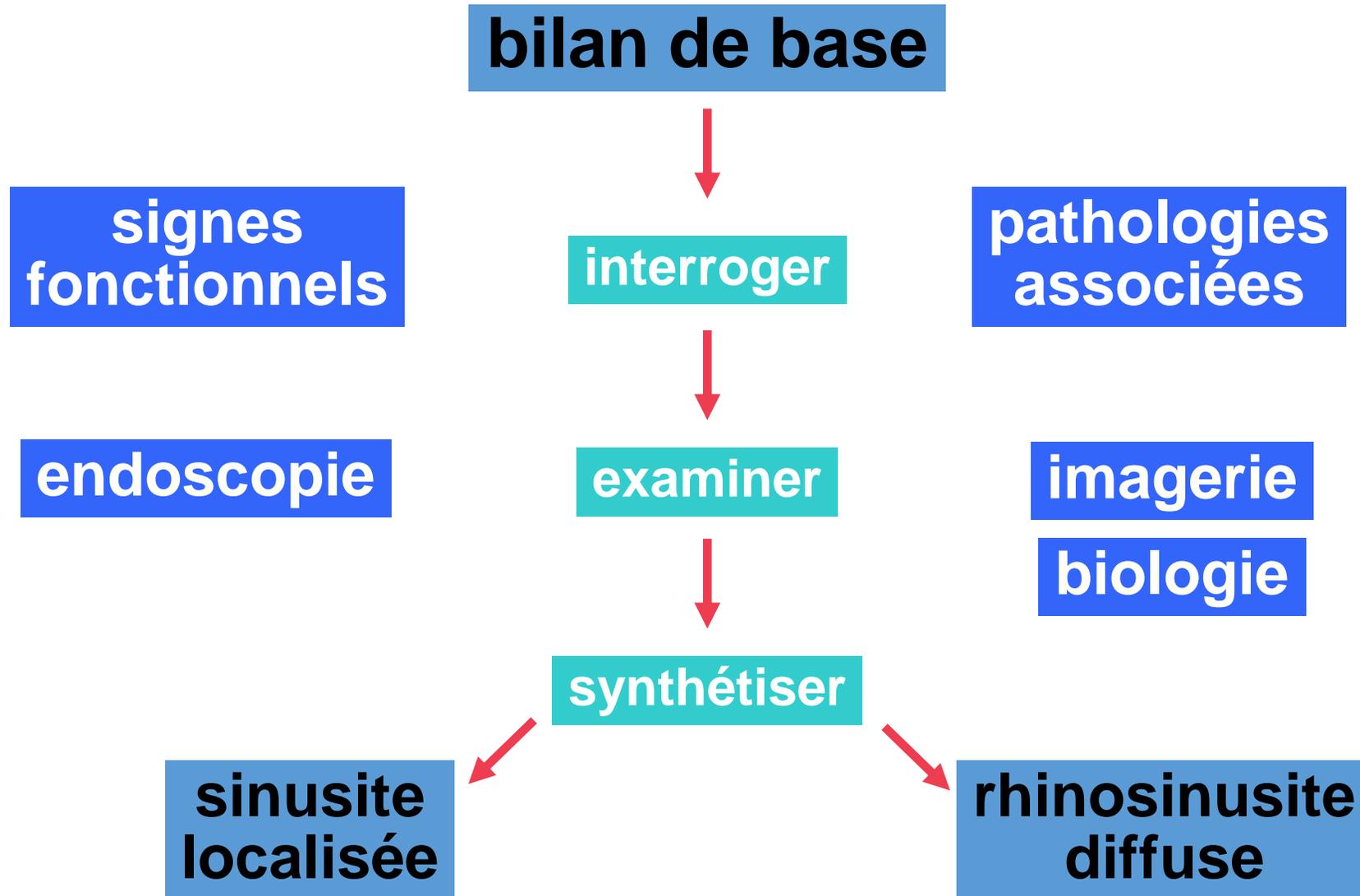
car il y a différentes maladies avec différentes physiopathologies

pathologie locale



maladie diffuse



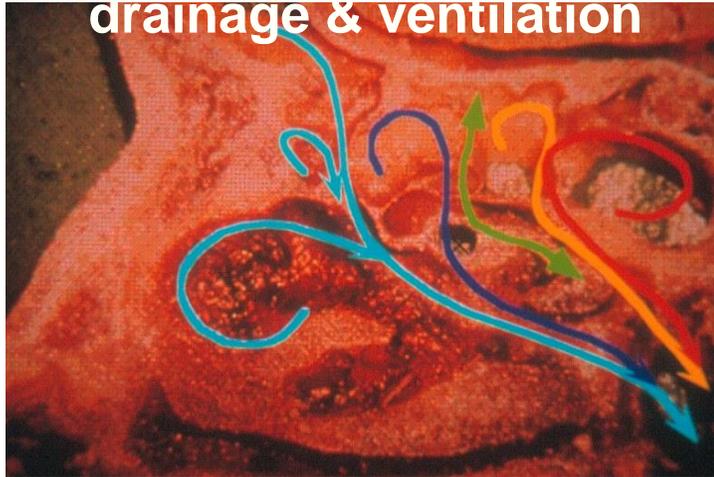


Quelles différences entre ces entités ?

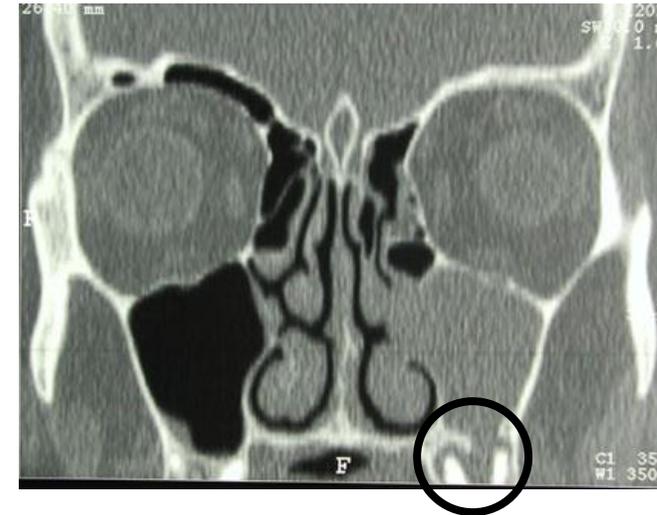
pathologie locale

dysfonctionnement

drainage & ventilation



infection locale



maladie diffuse
dysfonction muqueuse

origine indéterminée

consécutives à
allergie
immunodéficience
mucoviscidose
dyskinésie ciliaire
vascularite ...

Quelles différences entre ces entités ?

pathologie locale

maladie diffuse

pathologies associées

rare
dentaire
balle fongique
tumeur

fréquent
asthme
DDB
intolérance aspirine
otite séreuse

bilan

minimal

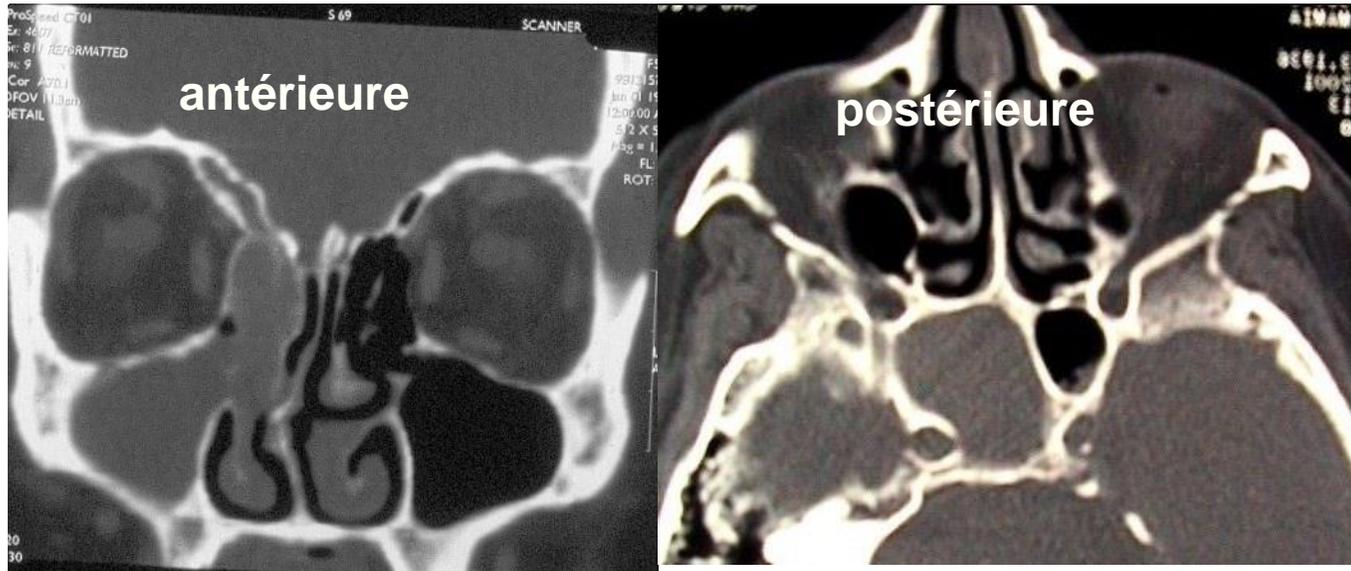
large

pronostic & traitement

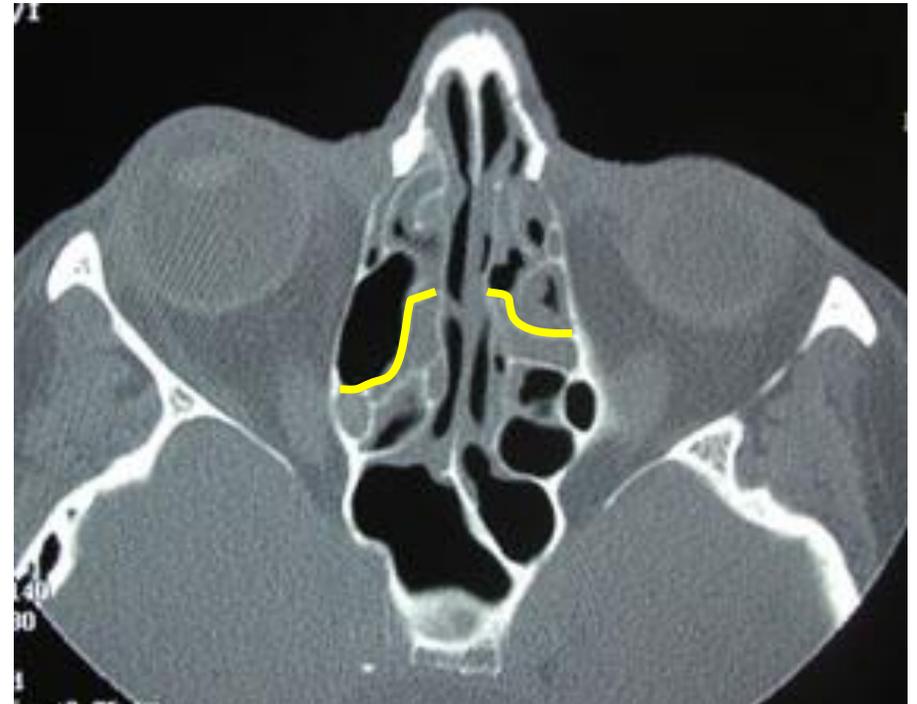
guérison
antibiotiques
chirurgie +++

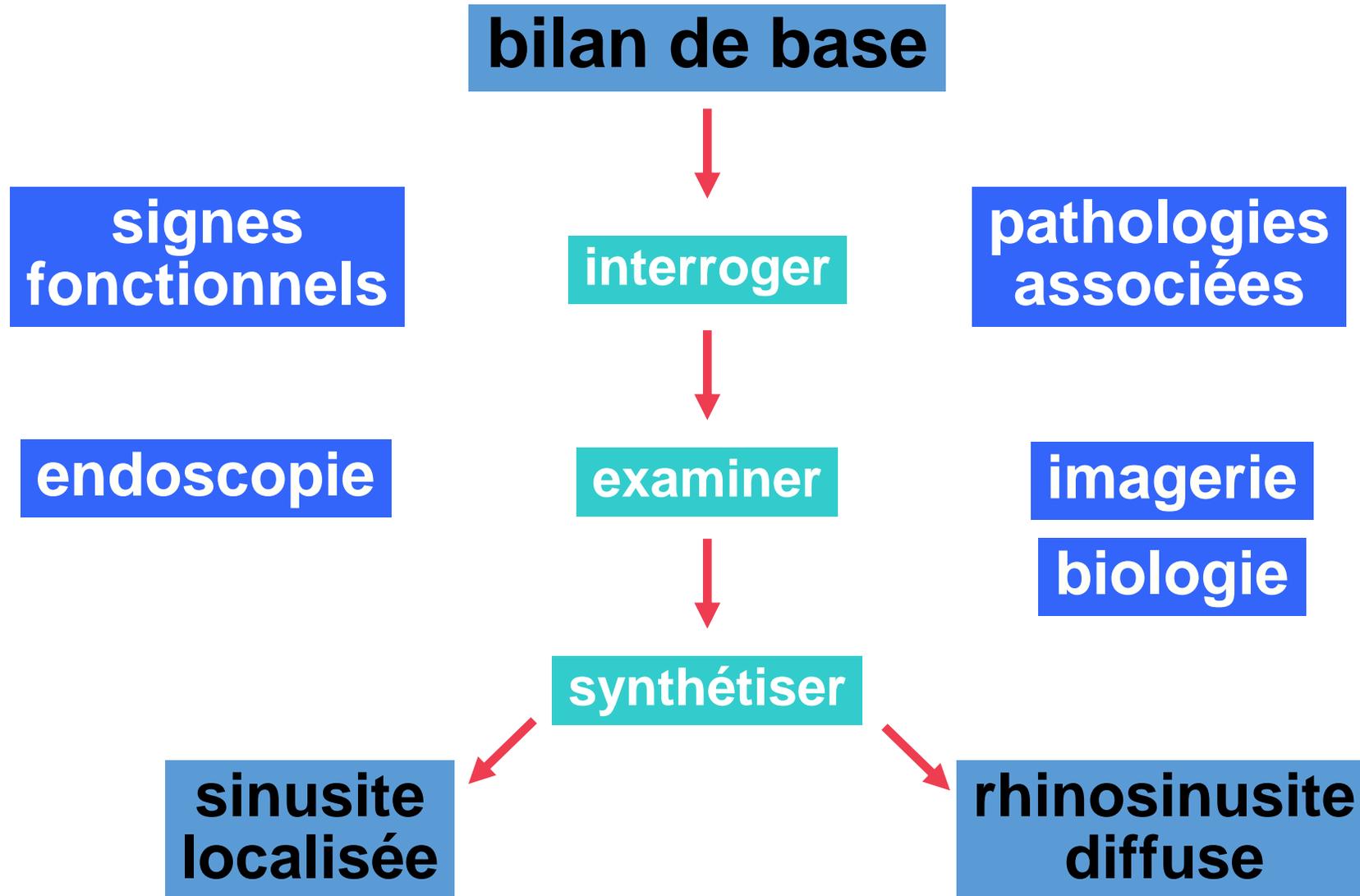
amélioration
corticoïdes
antibiotiques ...
chirurgie +
biothérapies

sinusite localisée



rhinosinusite diffuse





bilan de base



signes fonctionnels

Evaluer les symptômes ORL

Anosmie, hyposmie
Douleur faciale
Obstruction nasale (facteur positionnel/à bascule)
Rhinorrhée
claire/purulente/ant/post
Eternuements, prurit
Saignements Croûtes?

interroger



pathologies associées

Et les symptômes extra ORL!

Toux chronique
Oppression thoracique
Sifflements
Eczéma
Prurit oculaire
Douleur dentaire
Signes digestifs (diarrhée)

Evaluer l'ancienneté et la périodicité

Depuis l'enfance ?

>12sem ?

Perannuel ou saisonnier ?

bilan de base



signes fonctionnels

Asthme
Atopie
Allergie

Atcd familiaux
ORL/atopie et
pneumologiques
Consanguinité

interroger



Identifier des Pathologies associées

pathologies associées

Immunodépression
greffe. VIH. VHB. VHC
Pathologies dysimmunitaires

Trouble de la fertilité
Dilatation des bronches
Consanguinité
Situs inversus
Pancréatite
Détrresse respiratoire
Néonatale

Facteurs extrinsèques
Tabac
Exposition professionnelle
Prise d'aspirine
Prise alimentaire (sulfites)
Animaux domestiques
Atcd de soins dentaires

SAVOIR Y PENSER!!

« Rhinosinusite chronique » + Anosmie

→ endoscopie nasale à la recherche d'une polypose naso-sinusienne



! Le diagnostic de polypose est clinique AVANT TOUT!

SAVOIR Y PENSER!!

« Rhinosinusite » + symptomatologie unilatérale

→ endoscopie nasale à la recherche
d'une Anomalie architecturale

Tumeur

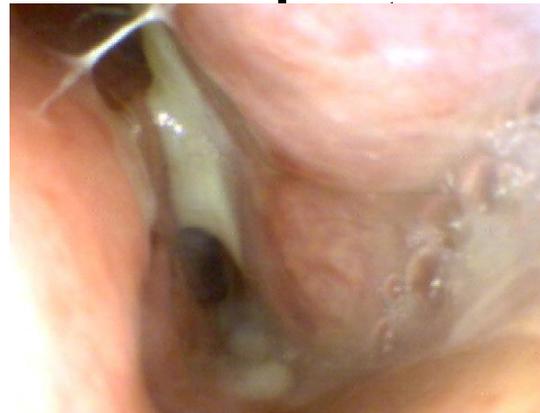
Rhinorrhée cérébro-spinale



SAVOIR Y PENSER!!

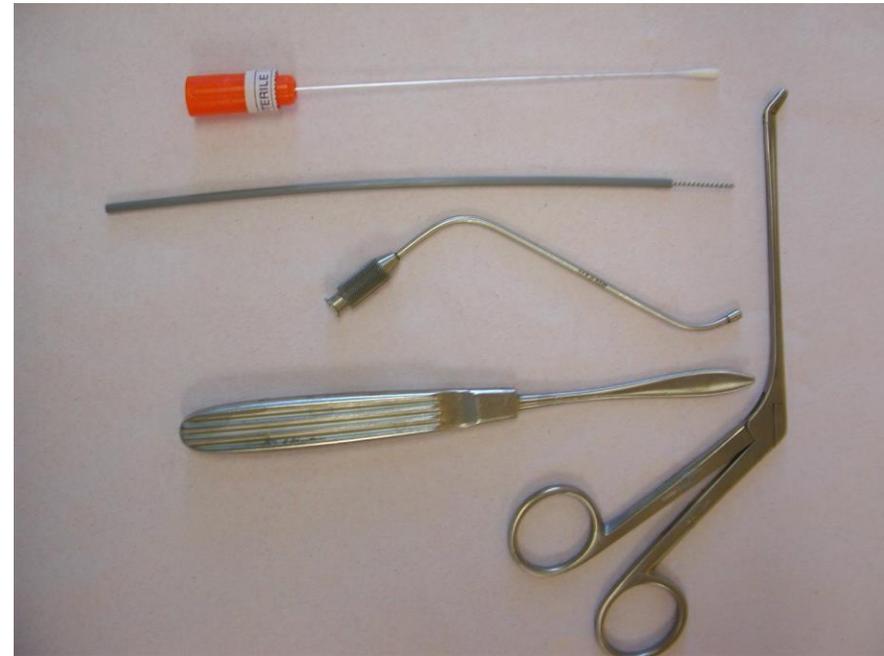
« Rhinosinusite » + symptomatologie purulente

→ endoscopie nasale à la recherche d'une dyskinésie ciliaire primitive, granulomatose ou sinusite oédémato-



L'endoscopie est l'examen clef !

en dehors d'un traitement médical
il faut la répéter
après rhinoscopie
anesthésie locale ?



Que faut-il regarder en endoscopie ?

structures et régions anatomiques

septum - cornets - méat moyen - gouttière olfactive
récessus sphénoethmoïdal et méat supérieur - choane et cavum

↓
secrétions

↓
muqueuse

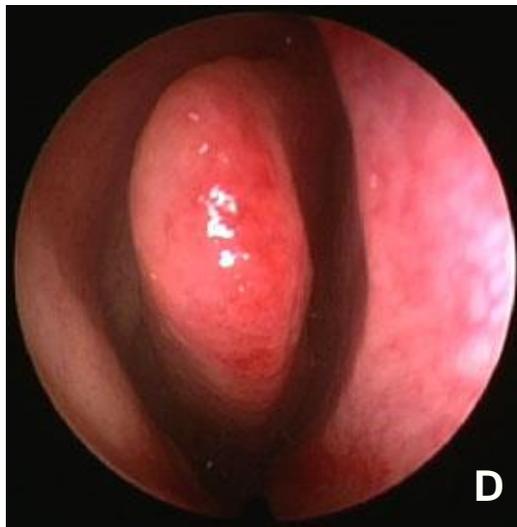
type
séreux
mucopurulent
purulent
hémorragique
croûtes

abondance

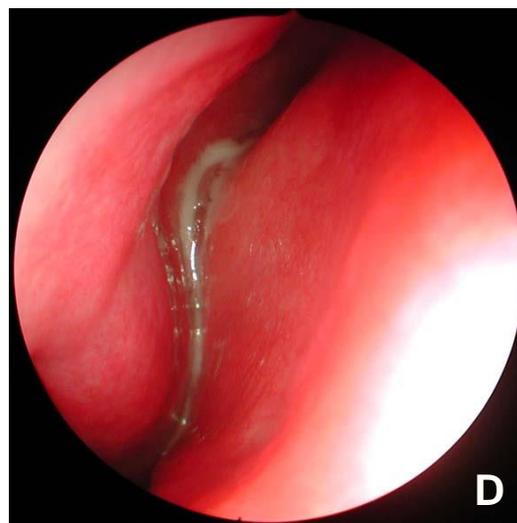
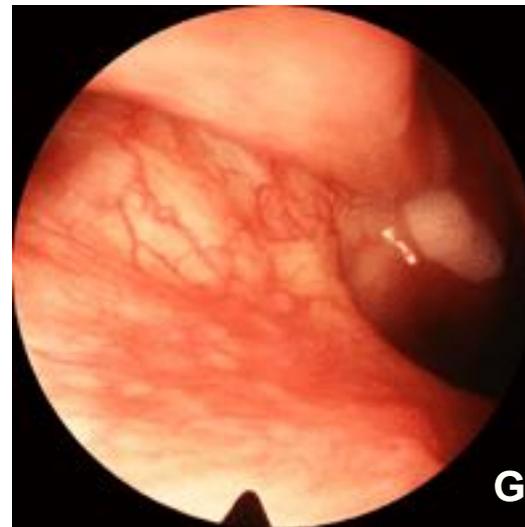
normal **inflammation**
congestion
oedème
polypoïde

polype(s) **ulcération(s)** **tumeur**
granulome(s)

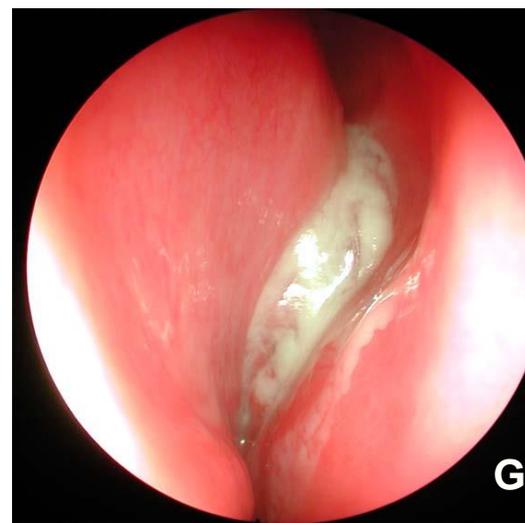
Endoscopie: maladie locale ou diffuse ?



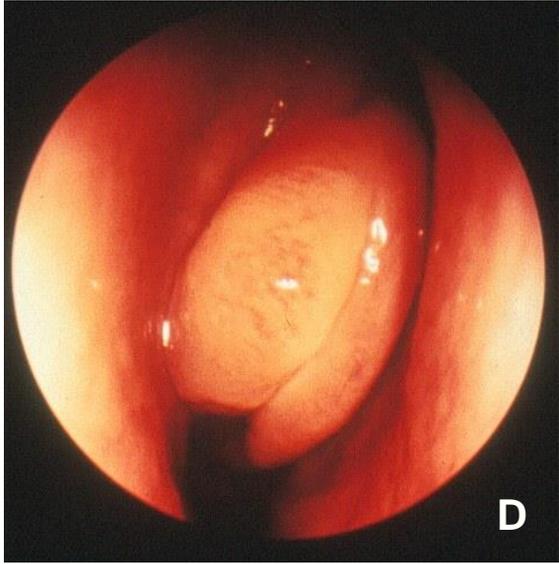
locale



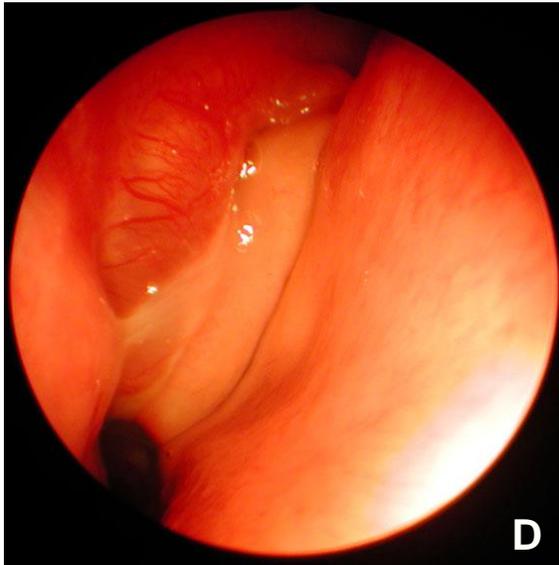
diffuse



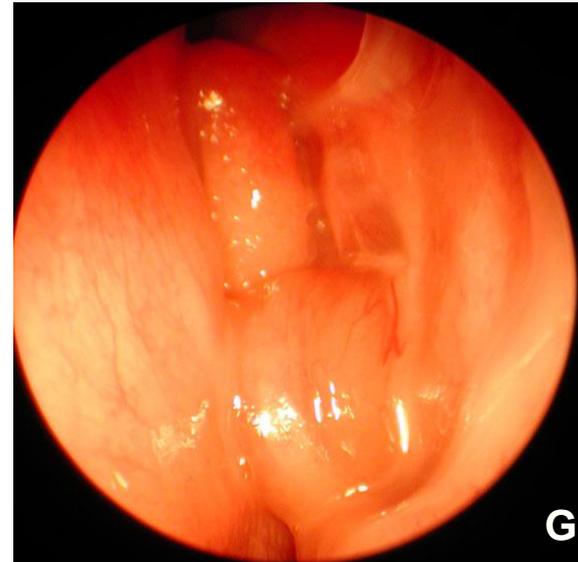
Maladie diffuse: inflammation ou suppuration ?



polypose
nasale

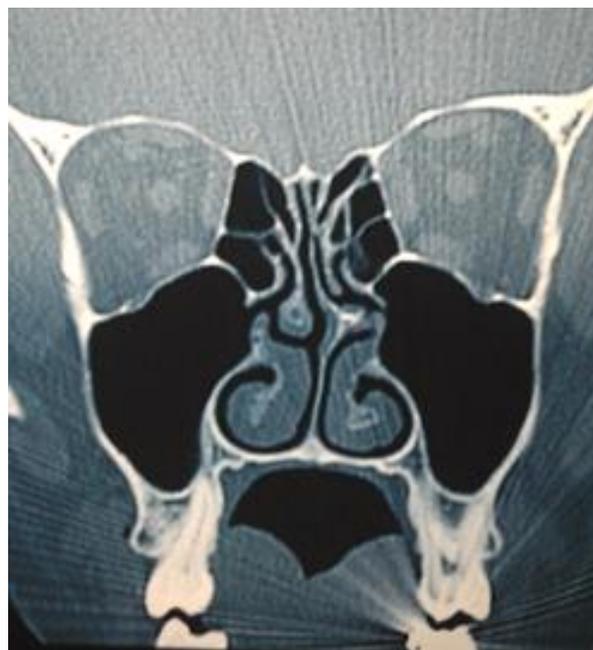


sinusite
oedématopurulente



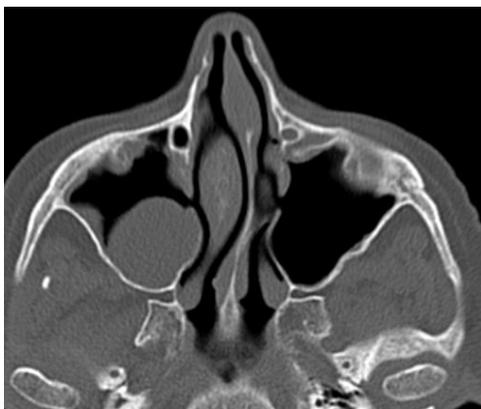
Intérêt de l'imagerie

- En cas de rhinosinusite chronique prescrire un TDM du massif facial de manière systématique!

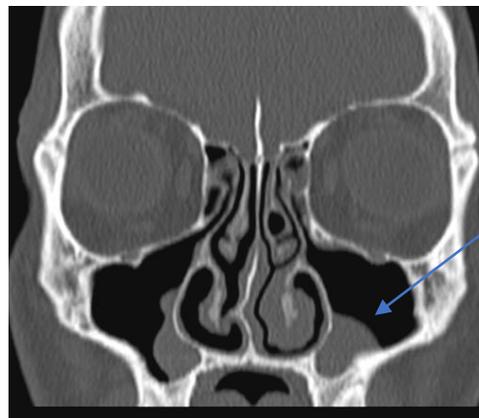


Intérêt de l'imagerie

- En cas de rhinosinusite chronique **prescrire un TDM du massif facial de manière systématique!**



Coupe axiale



Coupe coronale

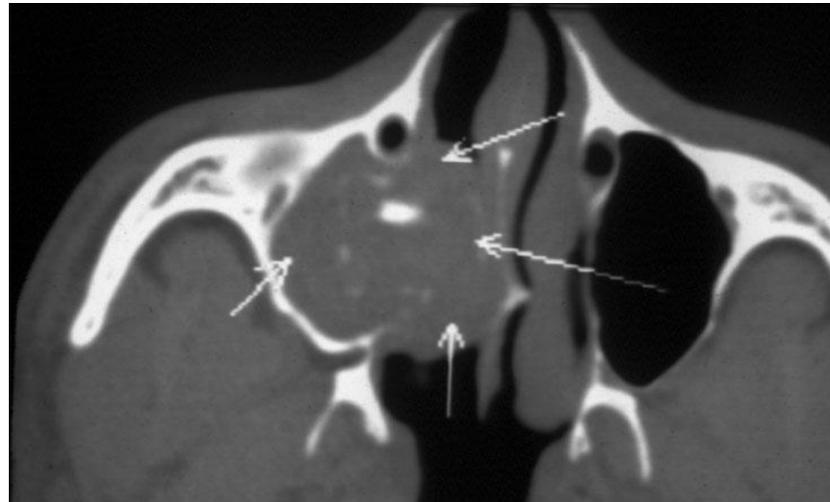
Attention aux
« diagnostics
radiologiques » de
« sinusites » ou de
« polype »

POLYPE du BAS FOND
DU SINUS MAXILLAIRE
NON SPECIFIQUE NON
CHIRURGICAL

Intérêt de l'imagerie

Diagnostic

Diagnostic

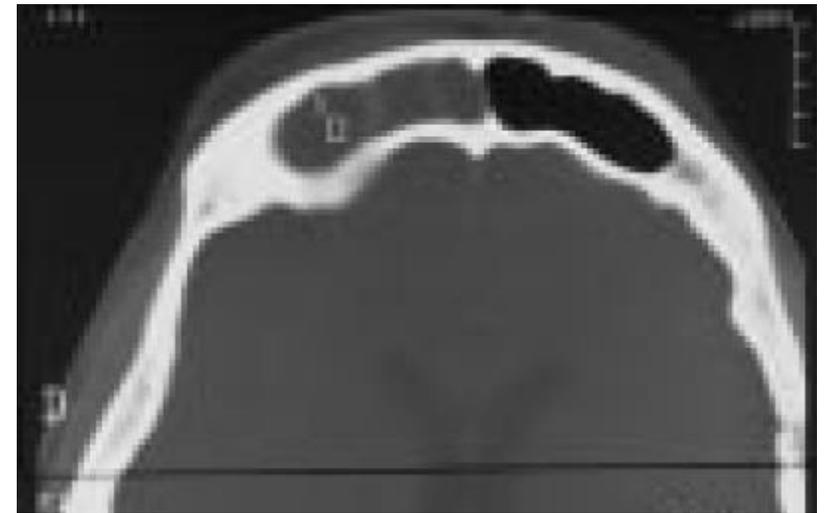


Intérêt de l'imagerie

Localiser

Antérieure frontale

**!Attention à la sinusite frontale
Risque de complication cérébro-
ménigée !**



Une rhinosinusite chronique peut avoir
des complications aigües!

Intérêt de l'imagerie

Diagnostiquer une complication

**!Attention à la sinusite frontale
Risque de complication cérébro-
ménigée !**

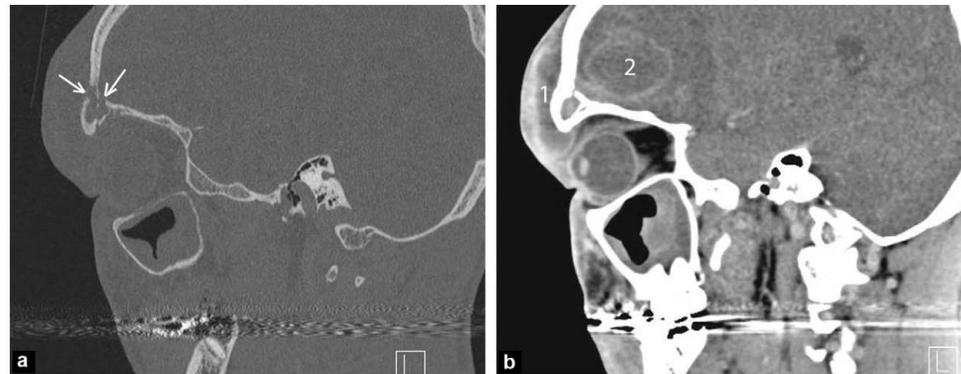
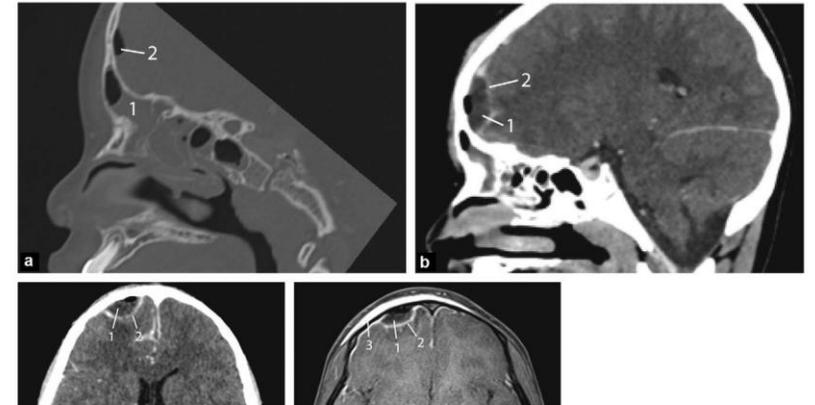


Figure 2. Ostéomyélite frontale avec abcès sous-périoste externe et abcès intra-cérébral ; a : TDM en coupe sagittale et fenêtre osseuse.

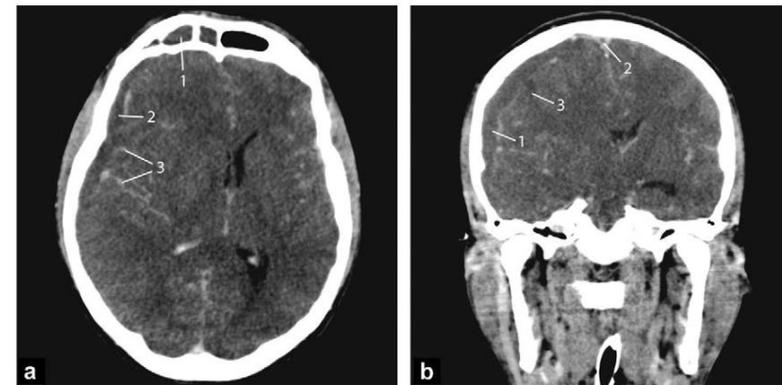
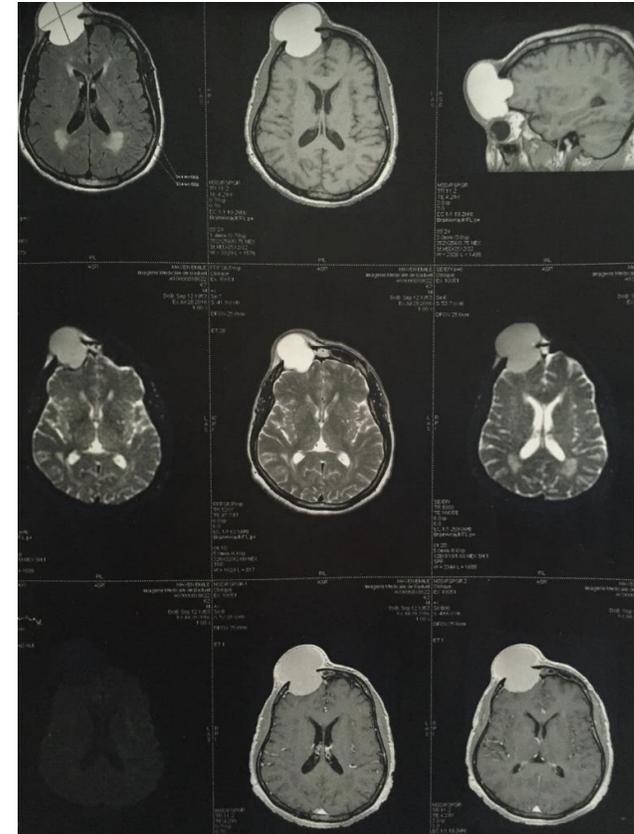


Figure 3. Sinusite frontale droite compliquée d'un empyème sous-dural et d'une thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur ; a : cérébrale injectée en coupe axiale. Complètement inflammatoire du sinus frontal droit (1). Empyème sous-dural de la convexité frontale (2). Prise de contraste gyriforme leptoménigée (3) ; b : même patient. TDM cérébrale injectée en coupe coronale. Empyème sous-dural de la convexité fronto-temporale droite (1). Thrombose du sinus longitudinal supérieur (2). Hypodensité corticale frontale témoignant d'infarctus veineux (3).

Intérêt de l'imagerie

Diagnostiquer une complication

- Mucocèle frontale !



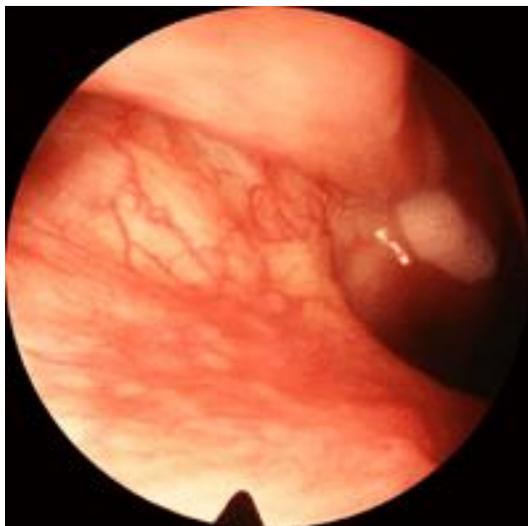
Quelques étiologies à savoir reconnaître....



**rhinorrhée postérieure
algies maxillaires G**

interroger

**pas de pathologies
associées**



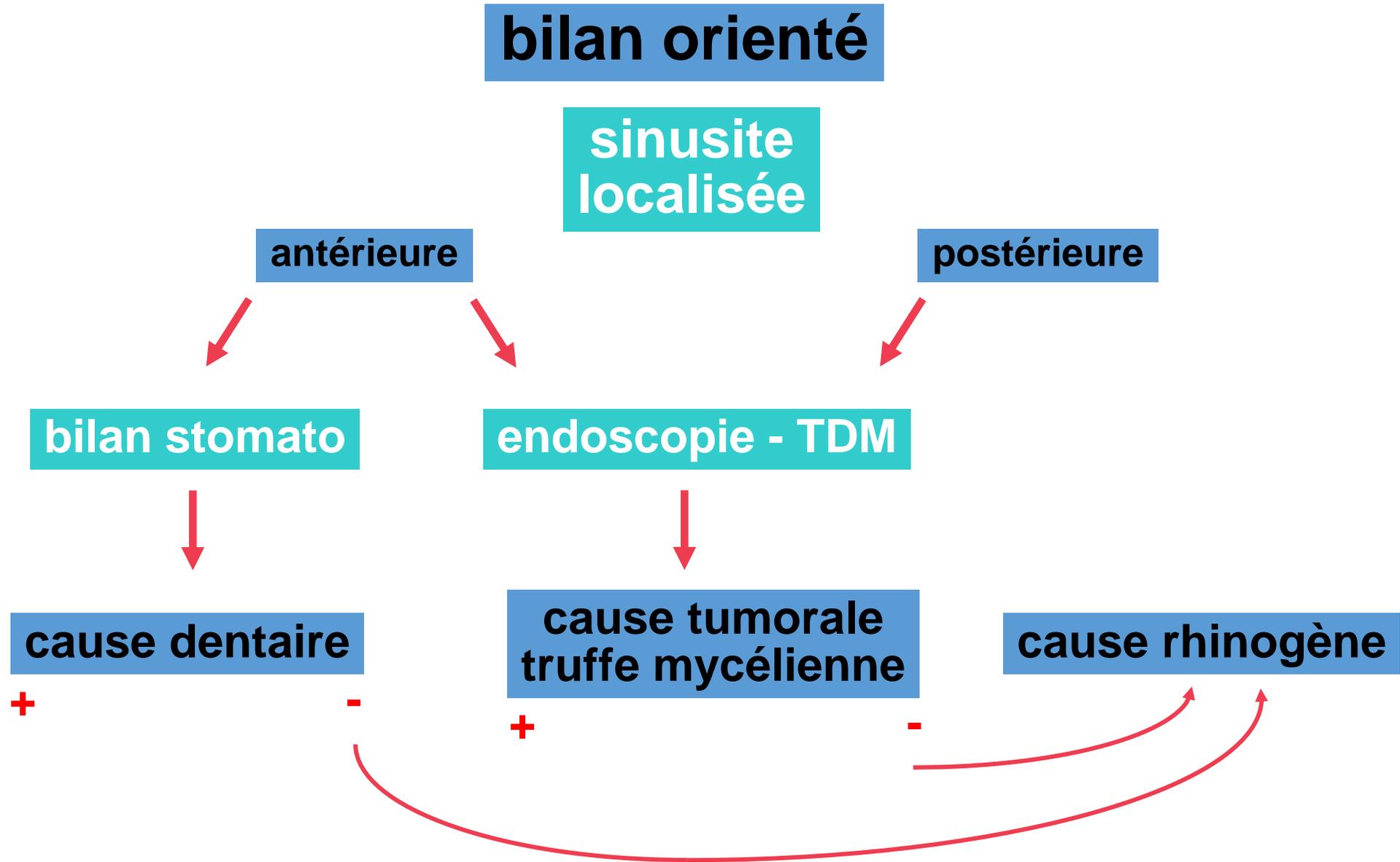
examiner



synthétiser

**sinusite
localisée**

purulente



bilan orienté

sinusite localisée

antérieure

postérieure

bilan stomato

endoscopie - TDM

cause dentaire

cause rhinogène

+

-

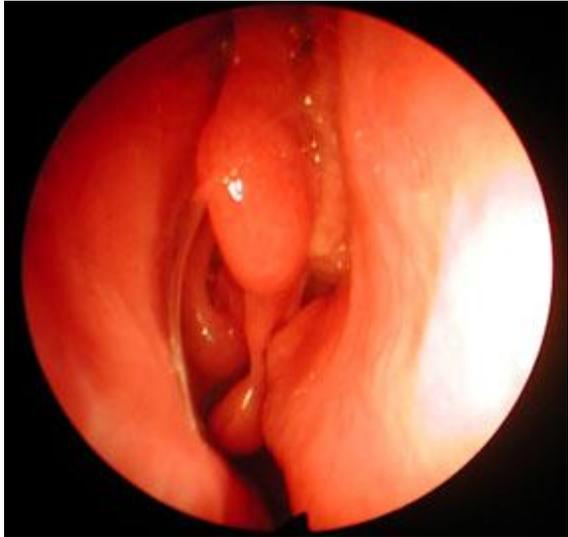
+

-

**rhinorrhée postérieure
obstruction nasale bilatérale
hyposmie**

interroger

asthme



examiner



synthétiser

**rhinosinusite diffuse
inflammatoire**

oedémateuse = PNS

bilan orienté

**rhinosinusite
diffuse**

polypes bilatéraux

**intolérance
AAS
sulfites**

**bilan pneumo
EFR ± provocation**

**PNS
isolée
avec asthme
Widal**

pas de polypes

bilan allergo

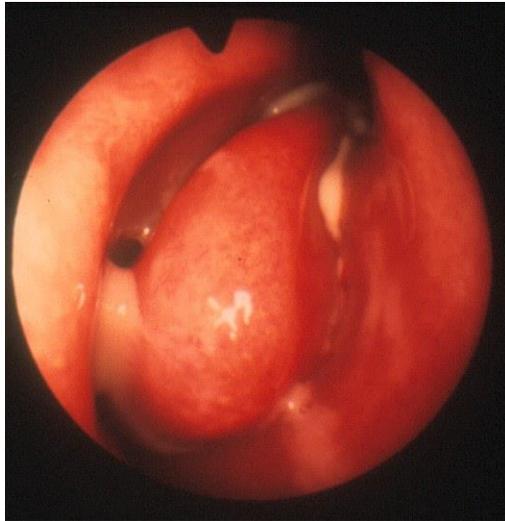
+

**rhinosinusite
allergique**

-

**rhinosinusite
allergique**

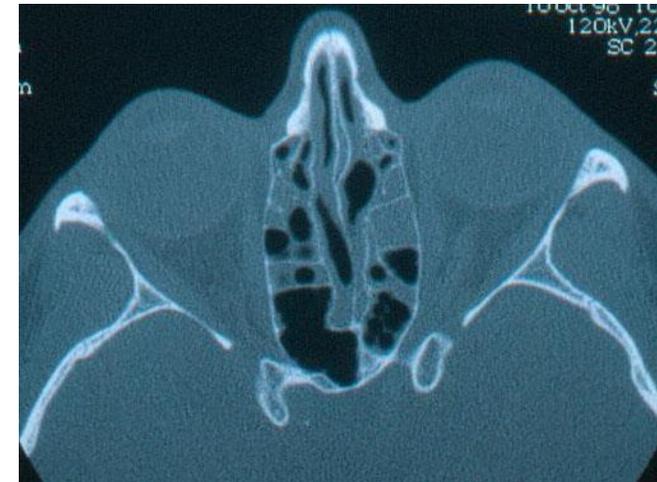
**rhinorrhée postérieure
obstruction nasale bilatérale
mouchage purulent**



interroger

**dilatation des bronches
infertilité**

examiner

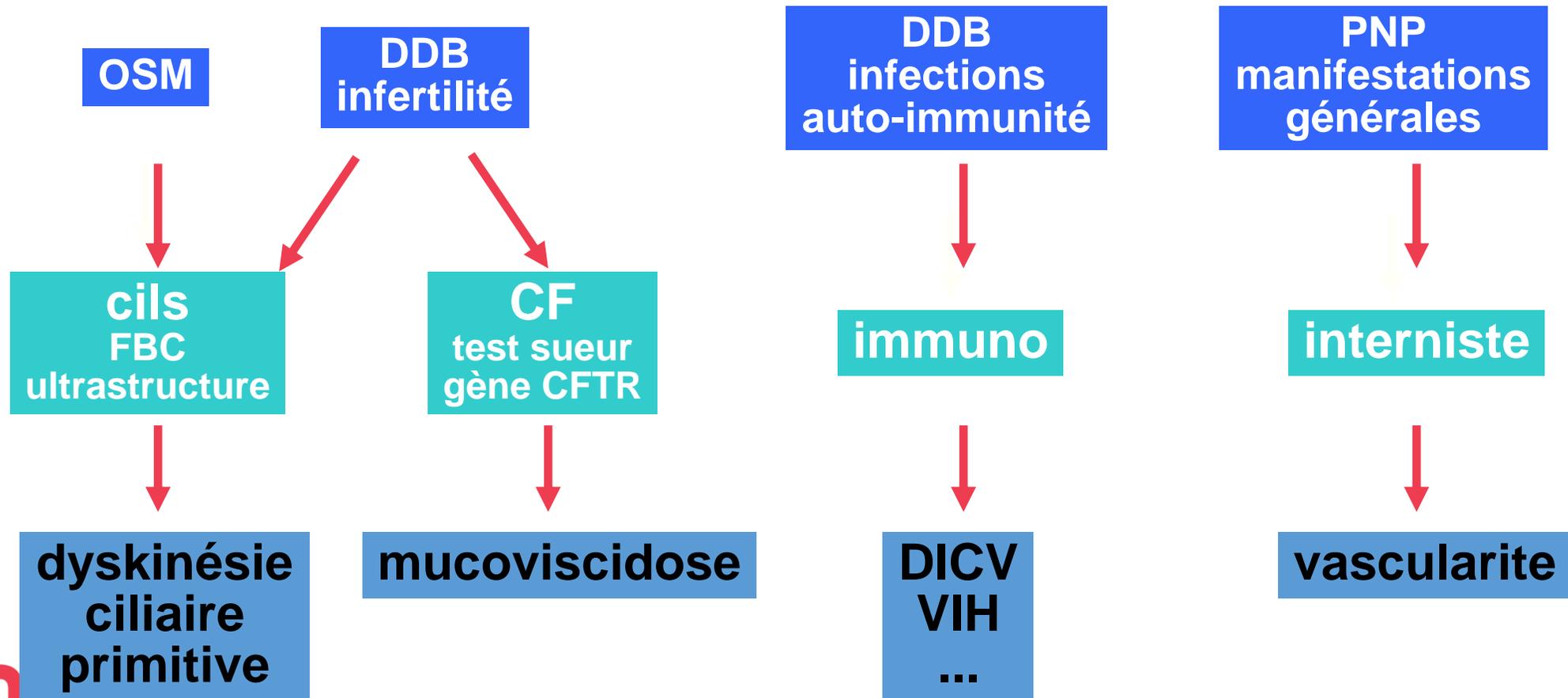


synthétiser

**rhinosinusite diffuse
oedématopurulente**

bilan orienté

rhinosinusite diffuse



rhinosinusite chronique



pathologie locale

maladie diffuse

oedématopurulente

inflammatoire

croûtes

CF

DCP

immunodéficit

origine ?

allergie

NARES

PNS

Wegener
Sarcoidose
vascularite

ozène

croûtes

purulente

inflammatoire

iatrogénie

dentaire

balle
fongique

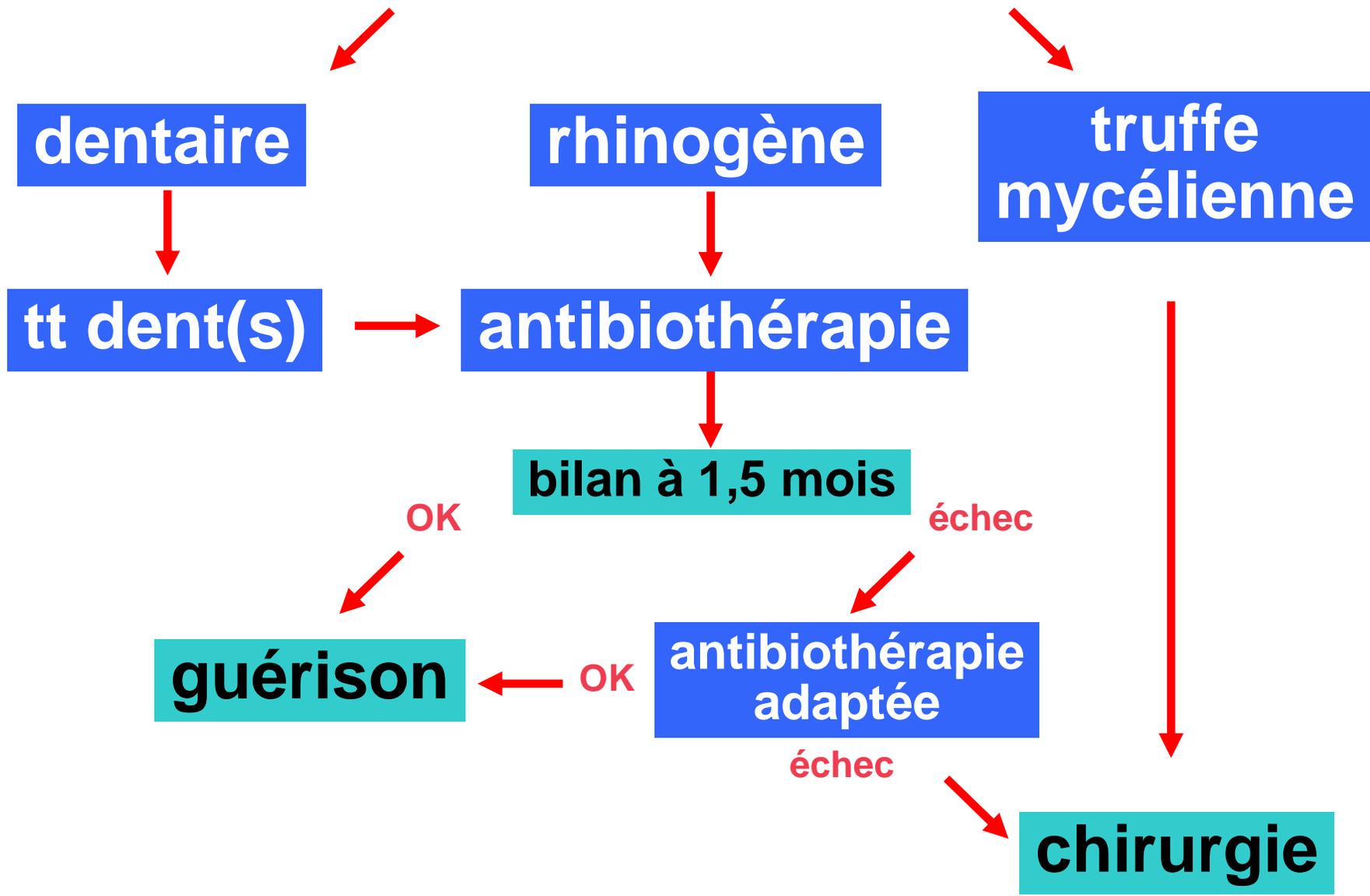
rhinogène

polype solitaire

Quelques étiologies à savoir reconnaître... pour une prise en charge adaptée



sinusite purulente localisée



PNS à éosinophiles



corticoïde cure courte



corticothérapie locale d'entretien ± tt terrain

OK

bilan > 4 mois

échec



poursuivre
CN
CO ≤ 800 mg/an

traitement chirurgical
ethmoïdectomie
+ corticoïdes locaux

échec



échec

biothérapie

sinusite oedématopurulente



AB dirigée ≥ 15 jours

+

lavages + corticothérapie locale + aérosols AB ± tt terrain

OK

bilan > 4 mois

échec



poursuivre
n cures AB/an ?

traitement chirurgical
ethmoïdectomie
± AB & corticoïdes locaux

échec



macrolides
faible dose/long cours



Cas cliniques

Mr C., 53 ans - 2019

ATCD

dyslipidémie

SAOS / PPC

surpoids

asthme depuis 6 ans (corticoïde inhalé + beta2+ LD)

Habitus

tabac 0

allergie 0

restaurateur

divorcé, 1 enfant

Mr C., 53 ans - 2019

HDM

depuis 7 ans obstruction nasale et hyposmie progressives
corticothérapie nasale et LFN mal observés (« ne servent à rien »)
corticothérapies orales répétées (DCA prednisolone 1,2 g)

Interrogatoire

pesanteur faciale
éternuements en salve
rhinorrhée séreuse par crises
allergie 0
otalgies 0 hypoacousie 0
intolérance AINS et sulfites 0 cliniquement

Mr C., 53 ans - 2019

Evaluation ORL

SNOT-22 82/110

Endoscopie nasale stade 3 bilatéral

Scanner sinus : opacités subtotales (score LMK 20/24)

Olfactométrie SST : TDI 7/48 = anosmie

Evaluation pneumologique

Exacerbations 1/an – Hospitalisations 0 – Séjours SAU 1

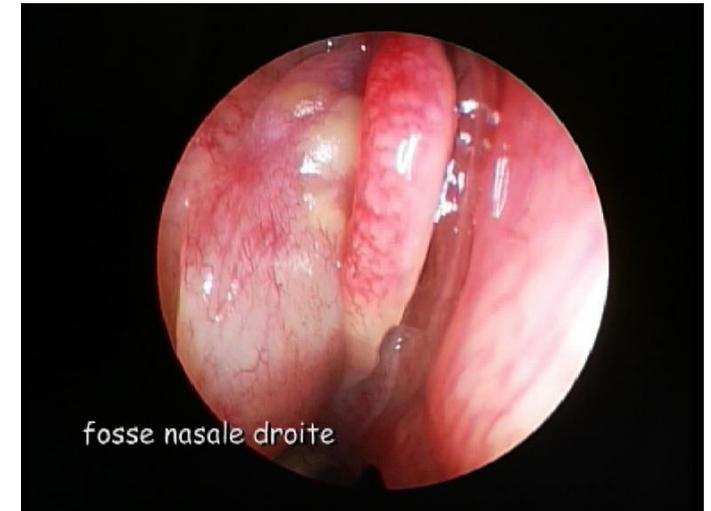
ACT 22/25

EFR surbnormales

Bilan allergo –

Biologie

Eos 0,9 G/L – IgE t 140 KU/L



ANNEXE 1 : Le questionnaire de qualite de vie specifique sinonasal outcome test-22 (SNOT 22)

Le score total peut varier entre 0 et 110, les valeurs étant croissantes avec l'aggravation de la sévérité des symptômes.

Date

Identifiant :

Vous trouverez ci-dessous une liste des symptômes et conséquences sociales / émotionnelles de votre trouble nasal. Nous voudrions en savoir plus sur ce trouble et vous serions reconnaissants de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions suivantes au mieux de vos possibilités. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, et vous êtes le(la) seul(e) à pouvoir nous donner ces informations. Veuillez évaluer les troubles auxquels vous avez été confronté(e) au cours des deux dernières semaines. Merci de votre participation.

A. En fonction de la gravité du trouble que vous avez présenté et de sa fréquence, évaluez chaque item ci-dessous en entourant le chiffre correspondant à votre ressenti selon l'échelle ci-contre.	Pas de problème	Problème très léger	Problème léger à modéré	Problème modéré	Problème sévère	Problème majeur	Les items les plus importants (5)
1. Besoin de se moucher	0	1	2	3	4	5	
2. Eternuements	0	1	2	3	4	5	
3. Nez qui coule	0	1	2	3	4	5	
4. Obstruction nasale	0	1	2	3	4	5	
5. Perte de l'odorat ou du goût	0	1	2	3	4	5	
6. Toux	0	1	2	3	4	5	
7. Ecoulement pharyngé	0	1	2	3	4	5	
8. Ecoulement nasal épais	0	1	2	3	4	5	
9. Oreille pleine	0	1	2	3	4	5	
10. Vertiges	0	1	2	3	4	5	
11. Douleurs de l'oreille	0	1	2	3	4	5	
12. Douleurs/tension au niveau de la face	0	1	2	3	4	5	
13. Difficultés à s'endormir	0	1	2	3	4	5	
14. Réveils nocturnes	0	1	2	3	4	5	
15. Sommeil non réparateur	0	1	2	3	4	5	
16. Fatigue au réveil	0	1	2	3	4	5	
17. Fatigue	0	1	2	3	4	5	
18. Baisse de la productivité	0	1	2	3	4	5	
19. Baisse de la concentration	0	1	2	3	4	5	
20. Contrariété/Impatience/Irritation	0	1	2	3	4	5	
21. Tristesse	0	1	2	3	4	5	
22. Sentiment de malaise	0	1	2	3	4	5	

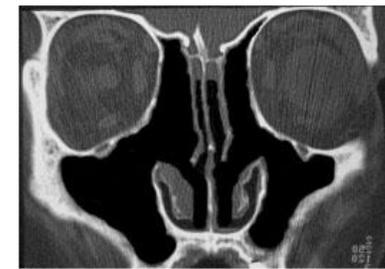
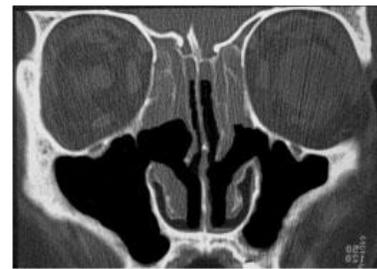
Mr C., 53 ans - 2019

Maladie T2 (asthme + PNS + hyperEo)

**PNS invalidante résistante au traitement médical avec
surutilisation des corticoïdes oraux**

Asthme correctement contrôlé

= indication chirurgicale
discussion chirurgie fonctionnelle vs radicale



+ corticothérapie nasale bien observée

Mr C., 53 ans - 2019

Chirurgie radicale

Suites simples

A 6 mois plus de douleurs, plus d'obstruction, odorat subnormal

Asthme reste correctement contrôlé

Mr C., 53 ans - 2023

Depuis été 2022 récurrence obstruction nasale et anosmie

Corticothérapie nasale bien réalisée et observée

DCA prednisolone 900 mg

Asthme reste correctement contrôlé

Mr C., 53 ans - 2023

Evaluation ORL

SNOT-22 68/110

Endoscopie nasale stade 3 bilatéral

Scanner sinus : opacités subtotaux (score LMK 18/24)

Olfactométrie SST : TDI 5/48 = anosmie

Evaluation pneumologique

Exacerbations 0 – Hospitalisations 0 – Séjours SAU 10

ACT 24/25

EFR normales

Biologie

Eos 0,6 G/L

Mr C., 53 ans - 2023

Récidive symptomatiques PNS à 3 ans post-chirurgie

Asthme contrôlé

Discussion en RCA

reprise chirurgicale ...

biothérapie ?

Décision biothérapie

Biothérapies et traitement de la polypose naso-sinusienne primitive de l'adulte : bases cellulaires et moléculaires[☆]

S. Bartier^{a,*,b,c,d,e}, A. Coste^{a,b,c,d,e}, E. Béquignon^{a,b,c,d,e}

Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 138 (2021) 360-368

Biothérapies / PNS

	Indication de l'AMM	Place dans la stratégie thérapeutique (avis CT de la HAS)
Omalizumab	Traitement additionnel aux corticoïdes intranasaux, dans la PNS sévère chez les adultes insuffisamment contrôlés par les corticoïdes intranasaux	–
Dupilumab	En complément à une corticothérapie intranasale pour la PNS sévère de l'adulte insuffisamment contrôlée par des CS et/ou la chirurgie	Traitement additionnel aux corticostéroïdes nasaux chez les adultes présentant une PNS sévère, insuffisamment contrôlée par des CS et la chirurgie
Mepolizumab	Indiqué en traitement additionnel aux corticostéroïdes par voie nasale chez les adultes présentant une PNS sévère insuffisamment contrôlés par des CS et/ou la chirurgie.	Traitement additionnel aux corticostéroïdes nasaux chez les adultes présentant une PNS sévère, insuffisamment contrôlée par des CS et la chirurgie

Primoprescription hospitalière (ordonnance d'exception)

Remboursement 65 % (mutuelle indispensable !)

Traitement de la PNS : fixer des objectifs !

Soulager les symptômes
obstruction nasale, hypo/anosmie

Réduire la corticothérapie orale
< 1 gr/an de prednisone

Améliorer la qualité de vie
sommeil, travail, loisirs

**Guérison
NON**

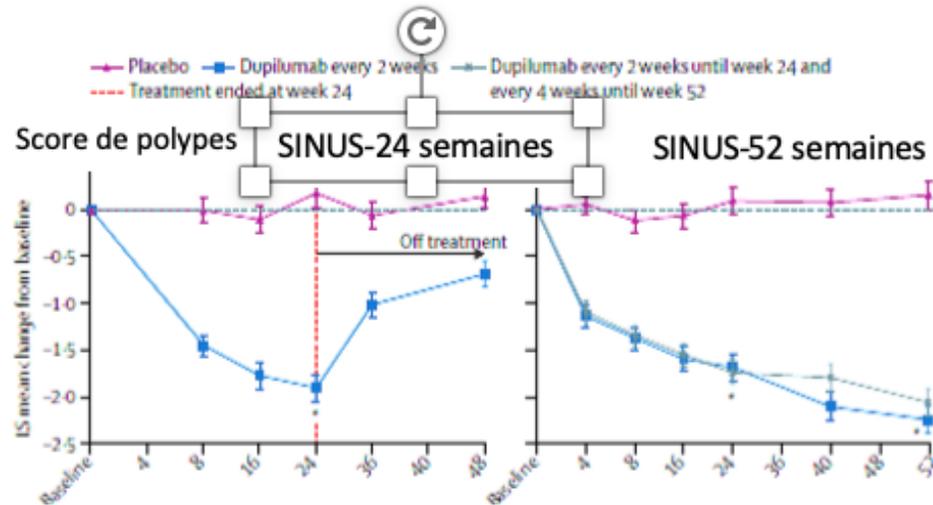
Améliorer les comorbidités
asthme, allergies

Réduire le nombre de chirurgie

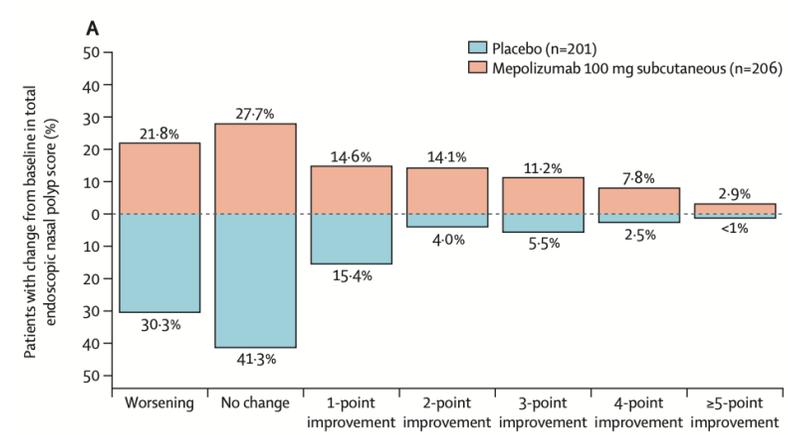
Optimiser le traitement local
lavage et corticostéroïdes

Résultats sur le score endoscopique de polypes

DUPILUMAB



MEPOLIZUMAB



50 % des patients ont présenté une diminution de 2/8 en moyenne du score endoscopique vs 5% dans le groupe placebo

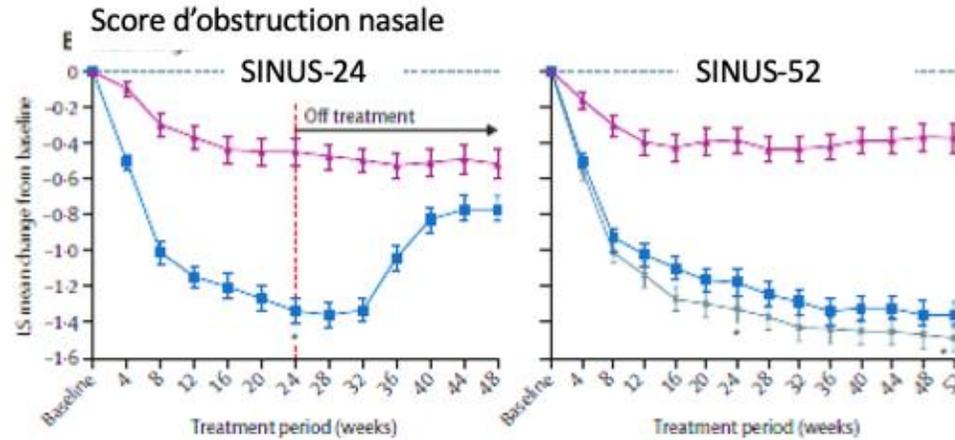
50% des patients dans le groupe traité ont une diminution $>1/8$ du score endoscopique vs 28% dans le groupe placebo
36% du groupe traité vs 13% du groupe placebo ont un score diminué $>2/8$

C. Bachert et al. THE LANCET.2019

JK Han et al. THE LANCET.2021

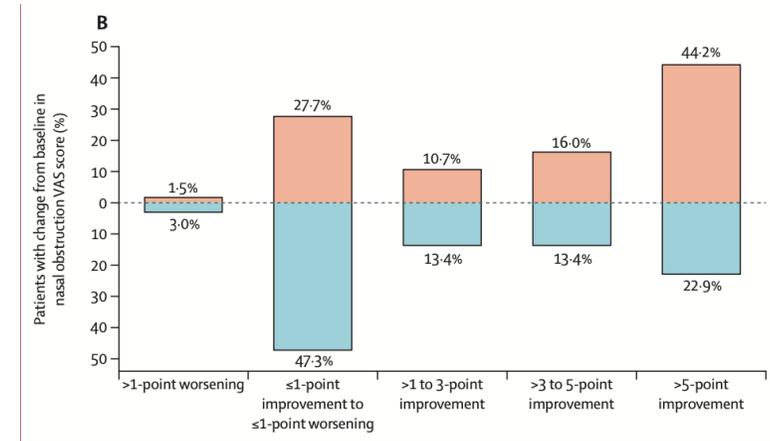
Résultats sur l'obstruction nasale

DUPILUMAB



C. Bachert et al. THE LANCET.2019

MEPOLIZUMAB



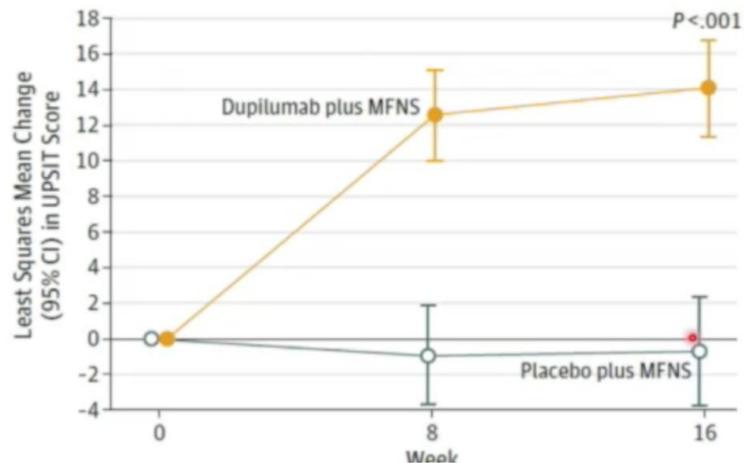
JK Han et al. THE LANCET.2021

Amélioration significative du score clinique d'obstruction nasale pour toutes les biothérapies avec une diminution de -1 à -2 points en moyenne

Résultats sur l'odorat

EVALUATION par le score UPSIT min-max ; 0-40

DUPILUMAB



MEPOLIZUMAB

Placebo (n=201)			Mepolizumab (n=206)			Treatment effect (95% CI); p value
Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	
0.00	1.4 (2.65)	..	-0.53	-2.8 (3.61)	..	-0.37 (-0.65 to -0.08)†; p=0.020‡

EVALUATION sur l'interrogatoire..... (UPSIT non significatif)

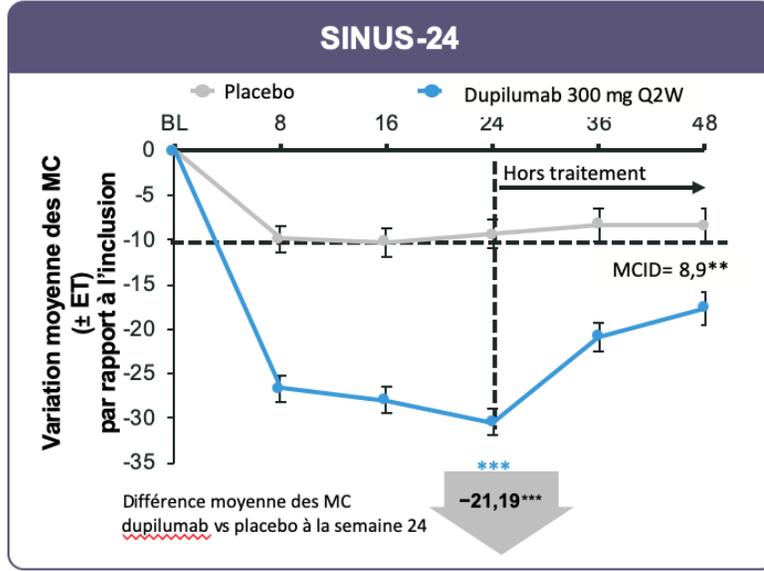
JK Han et al. THE LANCET.2021

la proportion de patients anosmiques chute de 74% à 23.9% dans le groupe dupilumab
effet dès la deuxième semaine de traitement

C. Bachert et al. THE LANCET.2019

Résultats sur la qualité de vie : SNOT 22

DUPILUMAB



***p < 0,0001. Score de 0 à 110

Amélioration de 30 points en moyenne pour le groupe traité par Dupilumab versus 10 points dans le groupe placebo

C. Bachert et al. THE LANCET.2019

MEPOLIZUMAB

Placebo (n=201)			Mepolizumab (n=206)			Treatment effect (95% CI); p value
Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	
-14.00	15.7 (13.93)	..	-30.00	29.4 (24.67)	..	-16.49 (-23.57 to -9.42)†; p=0.0032†

Amélioration significative du SNOT-22 (> 9 points)
73% mepolizumab vs 54% placebo

JK Han et al. THE LANCET.2021

Impact sur le recours à la chirurgie

DUPILUMAB

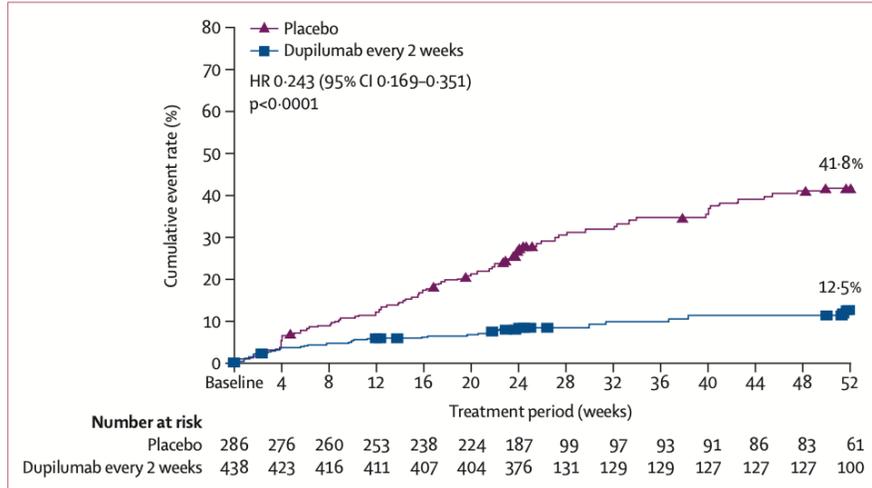


Figure 3: Time to first systemic corticosteroid use or nasal polyp surgery during the treatment period in the pooled analysis of SINUS-24 and SINUS-52
HR=hazard ratio.

Diminution de 83% de la proportion de patient ayant eu recours à la chirurgie Dupilumab vs placebo

C. Bachert et al. THE LANCET.2019

MEPOLIZUMAB

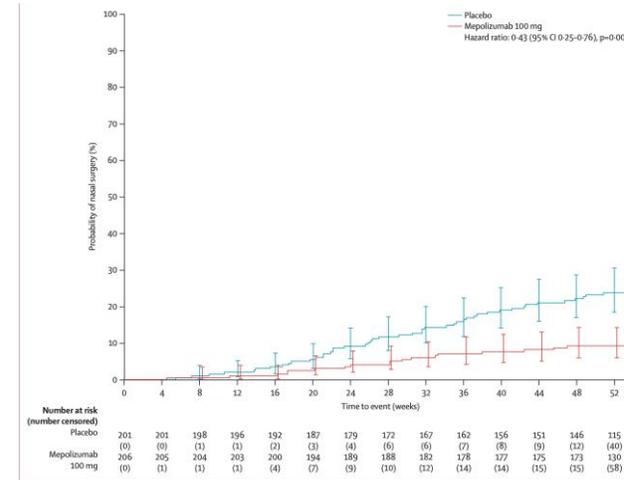


Figure 4: Kaplan-Meier plot of time-to-first nasal surgery (intention-to-treat population)
Patients with nasal surgery: placebo 46 (23%) and mepolizumab 18 (9%).

Recours à la chirurgie: 9% mepolizumab vs 23% placebo
Réduction de 42% du n de patients nécessitant une chirurgie
(à inclusion: 100% indication reprise chirurgicale)

JK Han et al. THE LANCET.2021

Impact sur le recours à la corticothérapie orale

DUPILUMAB

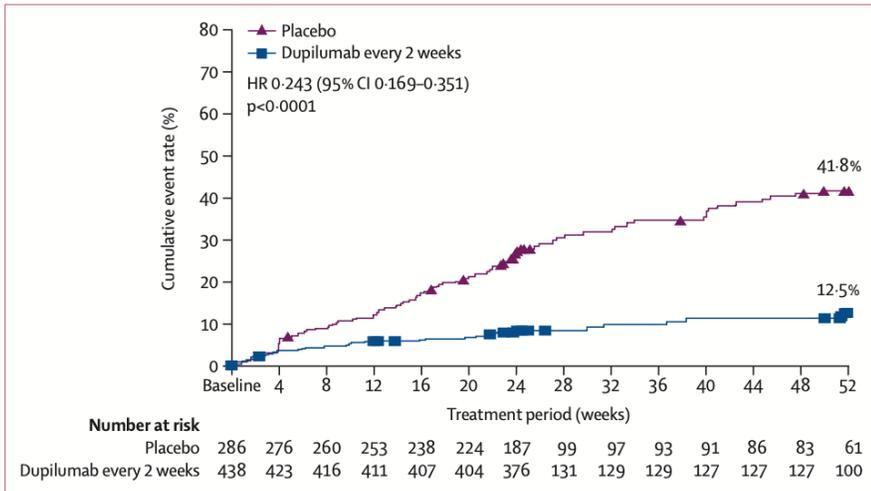


Figure 3: Time to first systemic corticosteroid use or nasal polyp surgery during the treatment period in the pooled analysis of SINUS-24 and SINUS-52
HR=hazard ratio.

Diminution de 74% de la proportion de patients ayant eu recours à la corticothérapie orale avec le Dupilumab versus placebo

C. Bachert et al. THE LANCET.2019

MEPOLIZUMAB

Placebo (n=201)			Mepolizumab (n=206)			Treatment effect (95% CI); p value
Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	Median change from baseline	Mean (SD) change from baseline	Proportion of patients, n (%)	

25% de recours à la CSO avec mepolizumab vs 37 % avec placebo

JK Han et al. THE LANCET.2021

Profil de tolérance des biothérapies

Profil de tolérance favorable

Aucun évènement indésirable grave lié au traitement

Effets indésirables non graves les plus fréquents sont la rhinopharyngite, l'épistaxis, et les céphalées

Réactions au point d'injections cutanés

	Placebo (n=201)	Mepolizumab (n=206)
All adverse events		
Any on-treatment event	168 (84%)	169 (82%)
Treatment-related event	19 (9%)	30 (15%)
Leading to treatment discontinuation	4 (2%)	4 (2%)
Leading to study withdrawal	1 (1%)	0
Serious adverse events		
Any on-treatment event	13 (6%)	12 (6%)
Treatment-related event*	1 (1%)	0
Resulting in death†	1 (1%)	0
Systemic or local injection-site reactions		
Systemic reaction	1 (1%)	2 (1%)
Local injection-site reaction	2 (1%)	5 (2%)
Anaphylaxis	0	0
Most common adverse events‡		
Nasopharyngitis	46 (23%)	52 (25%)
Headache	44 (22%)	37 (18%)
Epistaxis	18 (9%)	17 (8%)
Sinusitis	22 (11%)	10 (5%)
Back pain	14 (7%)	15 (7%)
Acute sinusitis	13 (6%)	13 (6%)
Oropharyngeal pain	10 (5%)	16 (8%)
Upper respiratory tract infection	14 (7%)	12 (6%)
Nasal polyps	16 (8%)	8 (4%)
Bronchitis	13 (6%)	10 (5%)
Asthma	18 (9%)	4 (2%)
Cough	13 (6%)	7 (3%)
Arthralgia	5 (2%)	13 (6%)
Otitis media	10 (5%)	5 (2%)

Mme G., 45 ans

ATCD

hypothyroïdie
endométriose

Habitus

tabac 0
allergie 0
comptable
mariée, 2 enfants

Mme G., 45 ans

HDM

**depuis 6 mois sinusites à répétition
déjà 3 antibiothérapies**

Interrogatoire

douleurs maxillaires D

rhinorrhée purulente D

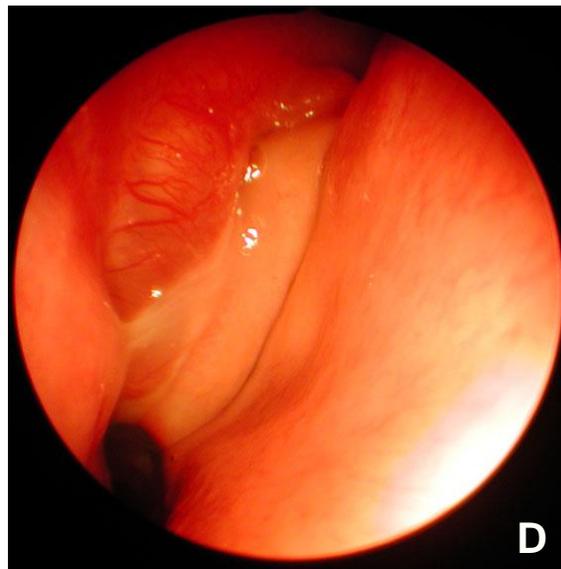
obstruction nasale D

cacosmie

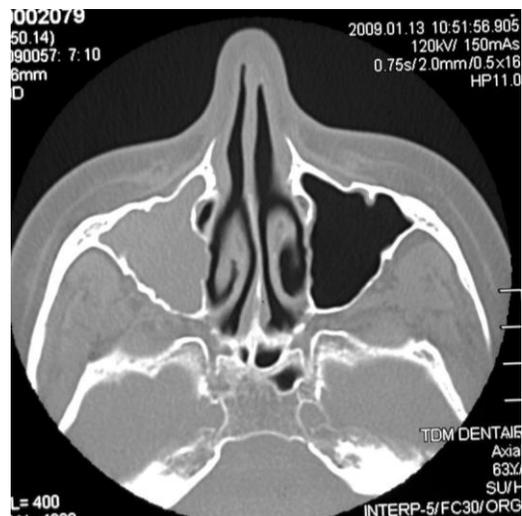
éternuements 0 saignements 0

Mme G., 45 ans

endoscopie
normale à G



imagerie



Mme G., 45 ans

avis odontologiste
granulome périapical 17

recommandation
avulsion 17 sous antibiotiques



Contrôle à 3 mois

symptômes 0 – endoscopie normale – scanner normal

Mr M., 58 ans

ATCD

HTA

dyslipidémie

hypertrophie bénigne de prostate

Habitus

tabac 0

allergie 0

chef entreprise bâtiment

marié, 3 enfants

Mr M., 58 ans

HDM

**depuis 2 ans « sinusites » à répétition (4-5/an)
antibiothérapies répétées
fréquence en augmentation**

Interrogatoire

**en fait gêne constante avec des poussées
rhinorrhée mucopurulente antérieure et postérieure
obstruction nasale modérée
douleurs faciales lors des poussées
éternuements 0 dysosmie 0 saignements 0**

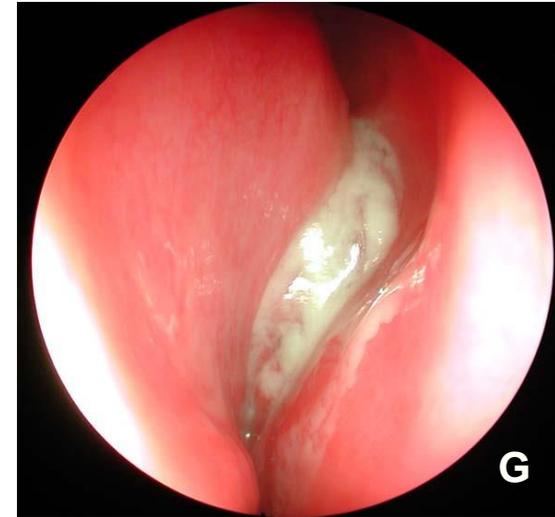
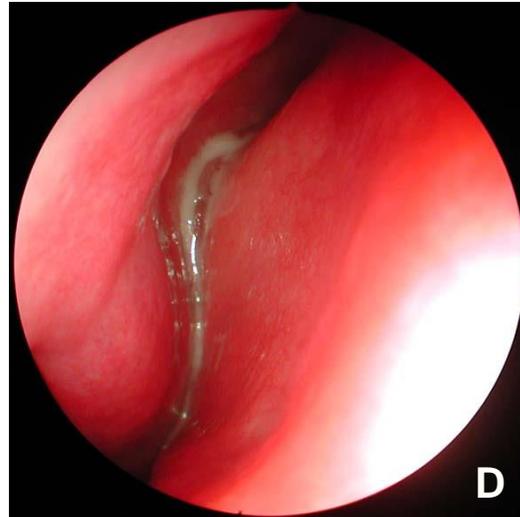
Mr M., 58 ans

Interrogatoire

toux et expectorations progressivement croissante
légère dyspnée d'effort
aucune autre doléance

Examen clinique

tympanes, pharynx et larynx normaux
ronchi diffus
endoscopie nasale



Mr M., 58 ans

Mr M., 58 ans

infection nasale = staph. aureus metiS
presbycusie légère



RL

stériologie nasale = staph. aureus metiS

liogramme presbycusie légère

scanner sinus



Mr M., 58 ans = sinusite oedématopurulente

prélèvement protégé au méat moyen

Association Between Culture and Culture-Independent Microtyping in Recalcitrant Chronic Rhinosinusitis

Ear, Nose & Throat Journal
2019, Vol. 98(2) 94–97

Andrew Vaughn, MD^{1,2}, Courtney Shaver, MS³, and David Clark, MD^{1,2}

PCR Isolates (n)		Culture Isolates (n)	
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	<i>S aureus</i>	12
<i>Staphylococcus lugdunensis</i>	7	<i>P aeruginosa</i>	5
<i>Haemophilus influenza</i>	4	<i>Propionibacterium acnes</i>	3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	<i>Streptococcus agalactiae</i>	3
<i>Parvimonas micra</i>	3		

Abbreviation: PCR, polymerase chain reaction.

Mr M., 58 ans

Avis pneumologue

EFR TVO discret réversible

encombrement ++

scanner thorax = DDB diffuse modérée

ECBC stérile

recommandation = kinésithérapie x 2 / semaine

antibiothérapie (amox + ac clavulanique) en cas de poussée

contrôle à un an

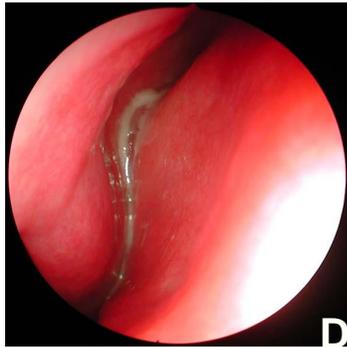
Mr M., 58 ans

Très gêné (SNOT-22 = 74/110)

rhinorrhée mucopurulente antérieure et postérieure

obstruction nasale modérée

douleurs faciales lors des poussées (5/an)



Que proposer ?

Dr André Coste
ORL

Mr M.
30/01/2023

1/ Orbénine 500
2 cps matin et soir pendant 30 jours

Pas de recommandation

2/ Ciflox 500
1 cp matin et soir pendant 15 jours

Education au lavage de nez

3/ Sérum salé
1 lavage de nez 2 fois par jour pendant 6 mois

PUIS

3/ Aérosol sonique à embout nasal quotidien de 15 minutes après lavage de nez

avec:

- Colimycine 1 000 000 U 1 ampoule le soir
- Pulmicort 0.5 mg 1 dosette le matin

pendant 15 jours puis trois fois par semaine pendant 6 mois

Hors AMM
Non remboursé ...

Mr M., 58 ans

Toujours géné (SNOT-22 = 65/110)
Bactério staph. Aureus MetiS



Dr André Coste
ORL

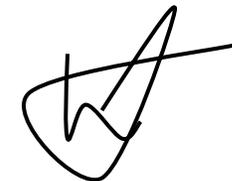
Mr M.
06/07/2023

1/ Zithromax 250
1cp lundi – mercredi – vendredi pendant 3 mois

avant début faire
audiogramme (presbyacousie légère)
ECG pour éliminer allongement QT corrigé
> 470ms chez l'homme et 480ms chez la femme

après 1 mois doser ASAT-ALAT pour surveiller tolérance hépatique

2/ Sérum salé
1 lavage de nez 2 fois par jour pendant 3 mois



Mr M., 58 ans = bon contrôle

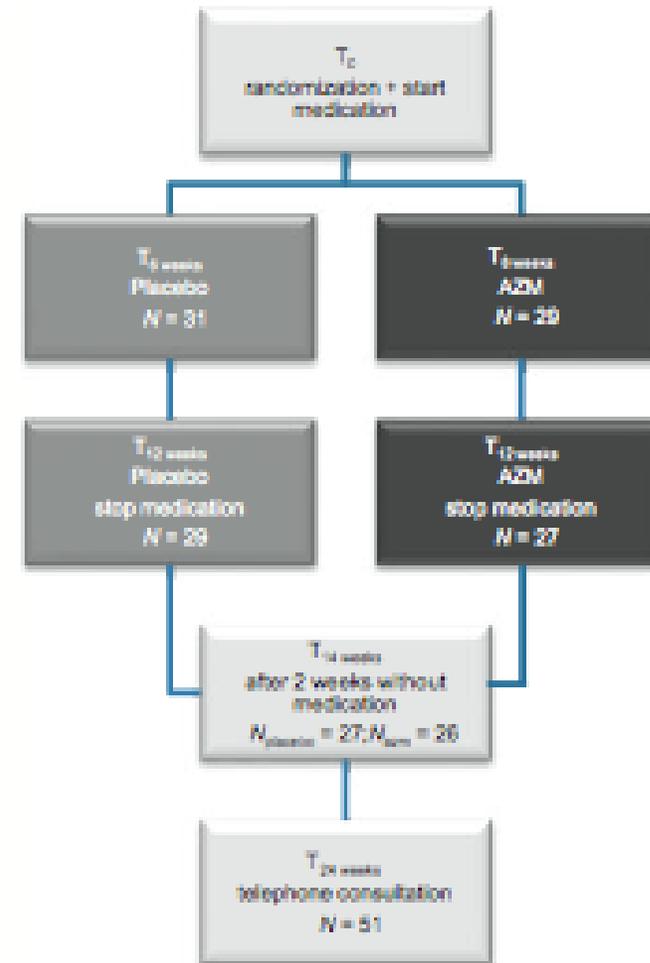
poursuite azithromycine en espaçant prises + arrêt estival

Lack of efficacy of long-term, low-dose azithromycin in chronic rhinosinusitis: a randomized controlled trial

W. J. Videler¹, L. Badia², R. J. Harvey^{2,3}, S. Gane², C. Georgalas¹, F. W. van der Meulen¹, D. J. Menger¹, M. T. Lehtonen⁴, S. K. Toppila-Salmi⁴, S. I. Vento⁵, M. Hytönen⁵, P. W. Hellings⁶, L. Kalogjera⁷, V. J. Lund², G. Scadding², J. Mullol⁸ & W. J. Fokkens¹

¹Department of Otorhinolaryngology, Academic Medical Centre, Amsterdam, the Netherlands; ²Royal National Throat, Nose & Ear Hospital, London, UK; ³Rhinology and Skull Base, Department of Otolaryngology/Skull Base Surgery, St Vincents Hospital, University of New South Wales, Sydney, Australia; ⁴Department of Otorhinolaryngology, Tampere University Hospital, Tampere; ⁵Department of Otorhinolaryngology, Head & Neck Surgery, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; ⁶Department of Otorhinolaryngology, University Hospital, Faculty of Medicine, University of Leuven, Leuven, Belgium; ⁷Department of Otorhinolaryngology, Head & Neck Surgery, University Hospital "Sisters of Charity", University of Zagreb, Zagreb, Croatia; ⁸Rhinology Unit & Smell Clinic, Department of Otorhinolaryngology, Hospital Clinic, IDIBAPS, CIBERES, Barcelona, Catalonia, Spain

To cite this article: Videler WJ, Badia L, Harvey RJ, Gane S, Georgalas C, van der Meulen FW, Menger DJ, Lehtonen MT, Toppila-Salmi SK, Vento SI, Hytönen M, Hellings PW, Kalogjera L, Lund VJ, Scadding G, Mullol J, Fokkens WJ. Lack of Efficacy of long-term, low-dose azithromycin in chronic rhinosinusitis: a randomized controlled trial. *Allergy* 2011; **66**: 1457–1468.



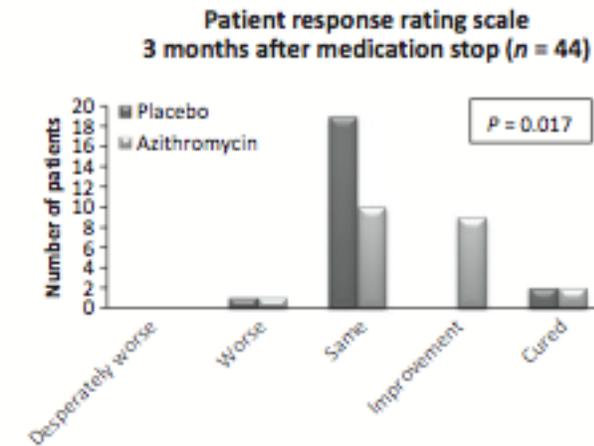
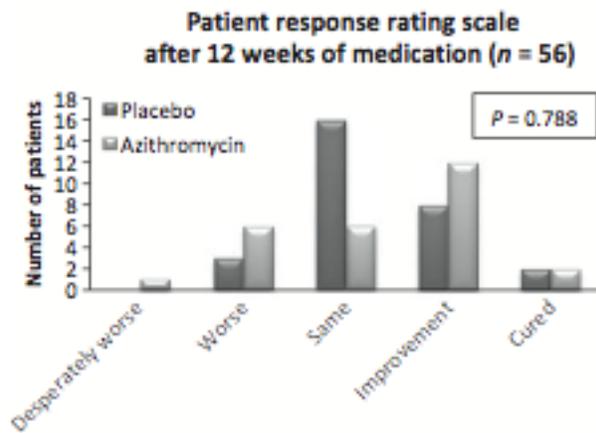
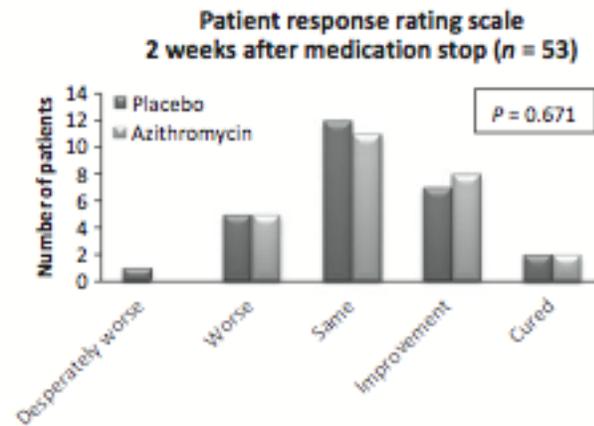
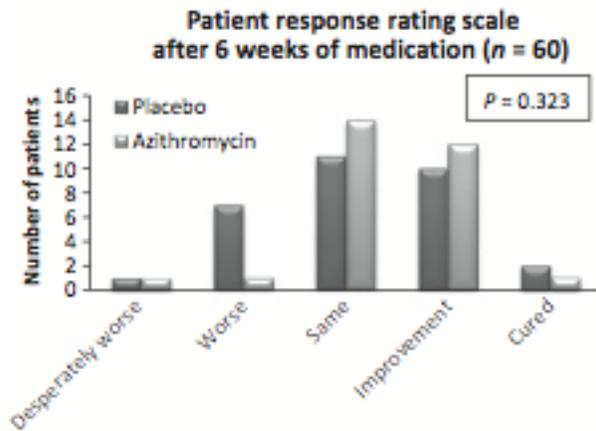


Table 4 Visual Analogue Scale (VAS) delta scores

VAS score	Mean azithromycin (SD)	Mean placebo (SD)	P-value
Headache	-0.3 (2.7)	-0.7 (3.2)	0.826
Nasal obstruction	-1.1 (3.6)	-1.4 (2.9)	0.600
Rhinorhea	-0.7 (3.1)	-0.7 (2.2)	0.571
Postnasal drip	-0.5 (3.3)	-1.3 (3.0)	0.441
Feeling of fullness	-0.6 (3.4)	-1.6 (3.3)	0.195
Smell reduction	-0.4 (3.5)	-0.9 (3.2)	0.192
Facial pain	0.7 (3.3)	-0.6 (2.5)	0.047*
General health	-0.3 (3.0)	-0.7 (2.6)	0.441
Tiredness	-0.5 (2.7)	-0.7 (3.0)	0.283
Coughing	0.1 (3.1)	-1.1 (2.9)	0.144
Nasal crusts	-0.3 (3.4)	-0.8 (2.5)	0.583
Nose bleeds	-0.3 (1.6)	-0.3 (1.6)	0.307
Tears	-1.0 (3.1)	-0.7 (1.9)	0.961
Tooth pain	0.3 (3.0)	-1.0 (1.9)	0.116
Nausea	-0.2 (2.5)	-0.4 (0.8)	0.588
Vomiting	-0.1 (1.7)	-0.5 (1.2)	0.452
Diarrhoea	-0.3 (2.0)	-0.5 (1.2)	0.257

Statistical analysis: Mann-Whitney U-test on the delta scores ($t_1 - t_2$). *P-value < 0.05 is significant.

PHRC INTERREGIONAL

SOPAZITHRO

Evaluation de l'efficacité de l'azithromycine au long cours dans les sinusites oedémato-purulentes idiopathiques de l'adulte : essai multicentrique contrôlé randomisé en double aveugle sur 30 mois (coordination E Béquignon / G Mortuaire)

Mme M., 79 ans

HDM

découverte opacité expansive sphénoïdale TDM

Interrogatoire

asymptomatique

ATCD

HTA

K utérus

Habitus

tabac 0

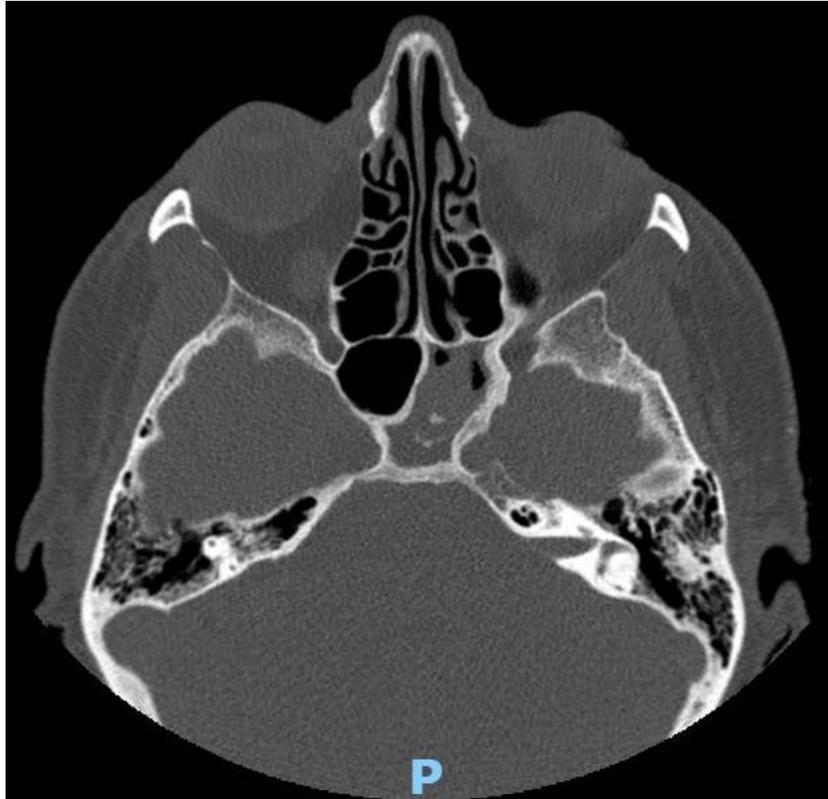
allergie 0

ancienne enseignante

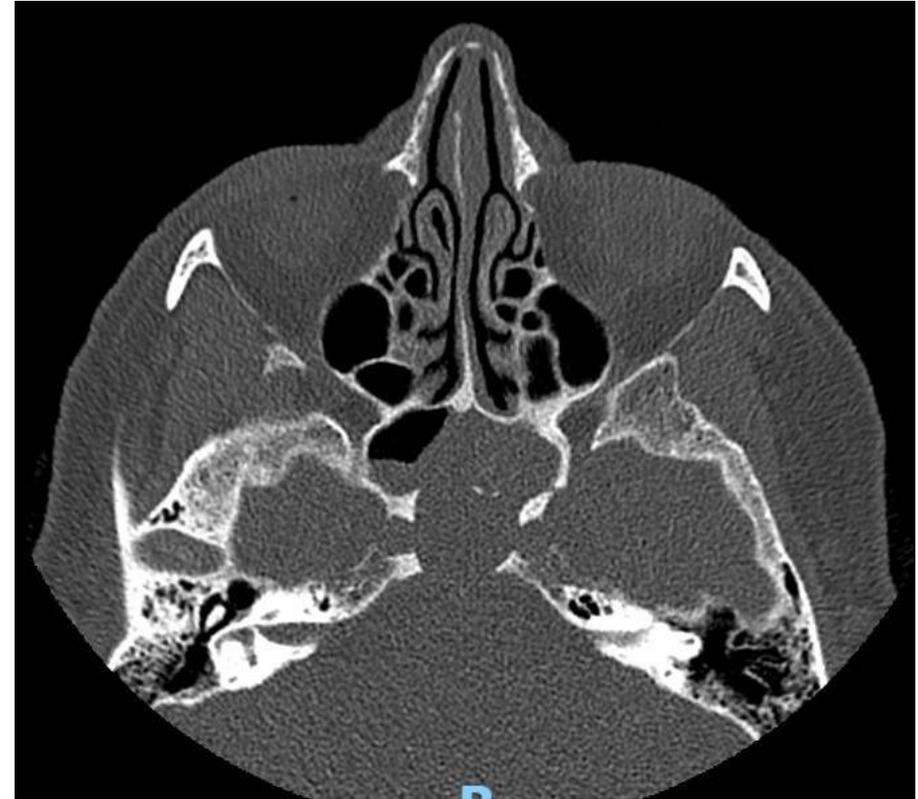
mariée, 2 enfants

Mme M., 79 ans

endoscopie
normale



2013

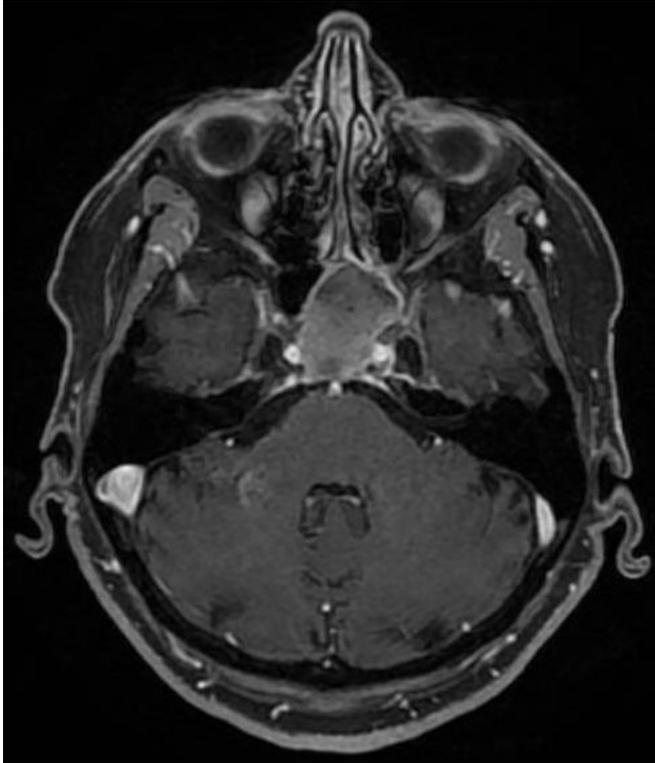


2023

Mme M., 79 ans

endoscopie
normale

T1 + gado



T2



Diagnostic = balle fongique
Traitement = chirurgie

TAKE HOME MESSAGE

les RHINOSINUSITES CHRONIQUES



ENJEU DIAGNOSTIC

Enquête minutieuse! (troubles de l'odorat, purulence)

Adresser à l'ORL

TDM du massif facial systématique

ADRESSER à l'ORL pour ENDOSCOPIE NASALE SYSTEMATIQUE

Prélèvement bactériologique si purulence

BILAN DENTAIRE (panoramique dentaire + cs dentiste) si

SINUSITE MAXILLAIRE LOCALISEE

TAKE HOME MESSAGE

les RHINOSINUSITES CHRONIQUES

ENJEUX THERAPEUTIQUES

Traitement étiologique++ pour les sinusites localisées

Traitement médical avant tout pour les SOP, et en première ligne pour la PNS

Chirurgie à but fonctionnel

en recours pour la polypose naso-sinusienne, enjeu épargne cortisonique!!

restaurer les fonctions de drainage

Les biothérapies: une révolution thérapeutique ?

Merci de votre attention!

QCM 1

Quels sont les étiologies des rhinosinusites chroniques localisée

- A- truffe aspergillaire
- B- Polypose
- C- Maladie de Wegener
- D- Dyskinésie ciliaire primitive
- E- granulome apico-dentaire
- F- allergie

QCM 1

Quels sont les étiologies des rhinosinusites chroniques localisée

- A- truffe aspergillaire
- B- Polypose
- C- Maladie de Wegener
- D- Dyskinésie ciliaire primitive
- E- granulome apico-dentaire
- F- allergie

QCM 2

Quels sont les étiologies des rhinosinusites chroniques diffuses sans polype

- A- truffe aspergillaire
- B- DICV
- C- GPA (Maladie de Wegener)
- D- Dyskinésie ciliaire primitive
- E- mucoviscidose
- F- allergie

QCM 2

Quels sont les étiologies des rhinosinusites chroniques diffuses sans polype

- A- truffe aspergillaire
- B- DICV
- C- GPA (Maladie de Wegener)
- D- Dyskinésie ciliaire primitive
- E- mucoviscidose
- F- allergie

QCM 3

Quels examens complémentaires à réaliser devant toute rhinosinusite chronique

- A- cytologie nasale
- B- NFS
- C- bilan allergologique
- D- TDM des sinus
- E- Radiographie du thorax
- F- Prélèvement bactériologique

QCM 3

Quels examens complémentaires à réaliser devant toute rhinosinusite chronique

- A- cytologie nasale
- B- NFS
- C- bilan allergologique
- D- TDM des sinus
- E- Radiographie du thorax
- F- Prélèvement bactériologique