Formes cliniques, traitements et résultats des rhino-sinusites chroniques

Michel Portmann, Bordeaux, France

SUMMARY

The clinical aspects of rhino-sinusitis are conditioned by several factors.

Anatomical factors:

*anterior sinuses which have a direct symptomatology;
posterior sinuses which have hidden and undirect signs.*

Etiological factors:

immunological and allergic conditions are preponderant.

If the disease is suppurated, one has to take in consideration nasal and dental infections.

Treatment is very often a surgical one, but operation must be integrated in a general therapeutic program composed of medical (local and general) thermal and climatic treatments.

LA pathologie rhino-sinusienne a sensiblement évolué ces dernières années du fait de l'amélioration des conditions de vie, de la généralisation de l'usage des antibiotiques et enfin de l'augmentation de la fréquence des réactions allergiques. On peut décrire deux grands groupes anatomo-physio-pathologiques de cavités faciales.

Les sinus antérieurs: qui comprennent le labyrinthe ethmoïdal antérieur flanqué de deux cavités unitaires, l'une en haut: le sinus frontal, l'autre en bas: le sinus maxillaire. Tous ces sinus se drainent dans le même méat, le méat moyen, c'est-à-dire dans la région respiratoire de la fosse nasale largement ouverte à l'extérieur.

Les sinus postérieurs qui sont constitués par le labyrinthe ethmoïdal postérieur et le sinus sphénoïdal. Ces cavités se drainent par des ostia situés dans le récessus sphéno-ethmoïdal c'est-à-dire dans la région olfactive de la fosse nasale, peu accessible à l'agression externe.

Sur le plan pathologique, l'infection des sinus antérieurs se fera par continuité à partir de la muqueuse respiratoire nasale ou par contiguité à partir des alvéoles dentaires; lorsqu'il y a douleurs, celles-ci projettent directement sur la face; s'il y a jetage, celui-ci est antérieur narinaire.

Ainsi, le syndrome des sinusites antérieures correspond à une sinusite souvent infectieuse, purulente, à symptomatologie directe.

S'il y a inflammation des sinus postérieurs, elle est plus souvent congestive qu'infectieuse du fait des rares possibilités de contagé de la région des ostia postérieurs. Elle est donc rarement suppurée. Les lésions, de type congestif, sont souvent minimes (simple fermeture de l'ostium entraînant des symptômes réflexes à distance). S'il y a des douleurs, elles sont projetées à la partie postérieure du crâne, le jetage est postérieur, passe dans le pharynx où il est dégluti sans même que le malade en ait conscience. Ainsi, les symptômes sont souvent déjà l'expression de l'atteinte périsinusienne (nerf optique). Les sinusites postérieures ont donc une symptomatologie latente et très indirecte.

Les conditions rencontrées chez l'enfant confèrent à l'infection sinusienne à cet âge un aspect bien particulier.

RHINO-SINUSITE CHRONIQUE DE L'ADULTE

Nous résumerons l'ensemble des formes cliniques par le tableau synoptique suivant emprunté à "L'Abrégé O.R.L." publié en 1966 (Masson):

Etiologie

Facteurs locaux:

- rhinogène: rhinite chronique (allergique ou infectieuse), manque d'aération ostiale par déviation haute de la cloison.
- dentaire: infection dentaire méconnue.

Facteurs généraux: terrain déficient constitutionnel ou momentané.

Anatomo-pathologie

Forme hypertrophique muqueuse	surtout sinusite antérieure
Forme suppurée	
Forme métaplasique (lit du néoplasme)	
Forme caséuse	
Forme hyperplastique: réaction périsinusienne et méningée.	
Forme à type de vacuum sinus.	

Symptômes

Sinusite antérieure:

- Signes subjectifs: très discrets ou nuls.
- Signes fonctionnels: très discrets ou nuls.
- Signes objectifs: sécrétion purulente parfois à l'insu du malade; muqueuse hypertrophiée: polype parfois rien.
- Diaphanoscopie: positive, parfois non.
- Ponction: positive, parfois blanche (pus trop épais, polypes, ou évacuation antérieur).
- Signes radiologiques: positifs, parfois peu convaincants.
- Signes généraux: nombreux ou discrets, fatigue, inappétence.
- Signes à distance: digestifs, bronchiques, rénaux, articulaires.

Sinusite postérieure:

- Signes rhinologiques: très discrets.
- Signes douloureux souvent à distance: douleur occipitale.
- Signes endocrâniens: déjà complication.

— Signes oculaires: névrite optique rétro-bulbaire.

— Signes radiologiques: souvent positifs.

RHINO-SINUSITE CHRONIQUE DE L'ENFANT

La sinusite chronique fut longtemps confondue avec la rhino-pharyngite chronique à cet âge. Elle s'intègre dans la cadre de sensibilités, spécifiques ou non, de l'ensemble de l'arbre aérien.

Sinusite maxillaire chronique de l'enfant

Elle fut longtemps négligée. Elle est d'origine rhinogène; le facteur terrain est parfois évident. Elle se manifeste comme une rhinite chronique à recrudescence hivernale avec écoulement muco-purulent, obstruction nasale. Il n'y a pas de douleur. Parfois, elle présente de la toux nocturne, de la laryngo-trachéite fréquente et des états récidivants de fébricule lors des poussées de réchauffement. Al'examen, on constate une inflammation du méat moyen, des végétations plus ou moins infectées; la diaphanoscopie est négative, mais la radiographie et la ponction (celle-ci sous anesthésie générale) sont le plus souvent positives. Le traitement consiste en ponctions sinusiennes avec lavages et instillations d'antiseptiques ou d'antibiotiques.

Ethmoïdite chronique de l'enfant

Cette localisation est fréquente, inséparable des rhinites chroniques et des rhino-pharyngites auxquelles elle s'associe. Le terrain y joue un rôle fondamental. Alors que la sinusite maxillaire se guérit bien, l'ethmoïdite se prolonge parfois indéfiniment du fait de la déficience de l'organisme: enfant lymphatique, apathique, avec ganglions. La symptomatologie est banale: cornets hypertrophiés, végétations infectées, otites aiguë et chronique fréquentes, poussées laryngo-trachéale et bronchique. Il existe fréquemment un terrain allergique difficile à mettre en évidence chez l'enfant. Dans d'autres cas, l'affection ethmoïdale est nettement intégrée à un syndrome de tout l'arbre aérien et s'accompagne notamment de bronchectasie.

COMPLICATION DES RHINO-SINUSITES

L'extension du processus suppuré rhino-sinusal peut se faire directement par inflammation de voisinage, mais il peut avoir également des complications réflexes, l'affection originelle pouvant être alors absolument minime et parfois même latente, la rhino-sinusite étant un foyer d'infection locale.

TRAITEMENT MEDICAL DES RHINO-SINUSITES CHRONIQUES

Le traitement est variable selon les cas. Il dépend non seulement de la localisation, mais aussi des conditions étiologiques: hygiène de vie, terrain, allergie, atteinte régionale respiratoire, etc..... L'acte chirurgical est souvent nécessaire.

Traitement médical local

Naturellement toute affection dentaire responsable d'une sinusite suppurée doit être simultanément traitée par avulsion et curetage de l'ostéite, cocaïno-adrénalisation du méat moyen pour assurer l'évacuation des sécrétions des sinus antérieurs,

fumigations émollientes, pulvérisations, aérosols, différents antibiotiques, méthode de déplacement de Proetz. Cette dernière est la plus efficace pour faire pénétrer des médicaments dans les sinus. Elle consiste à mettre le malade de telle manière que les sinus soient en position déclive par rapport à la fosse nasale, puis à remplir la fosse nasale de médication (une goutte de vaso-constricteur, plus des antibiotiques ou antiseptiques locaux et anti-inflammatoires tels que cortisone, ainsi que des fibrolytiques tels que l'alphachymotrypsine), puis à faire des aspirations par la narine, ce qui entraîne l'évacuation de l'air qui se trouve dans les cavités sinusiennes, le sinus devient alors en pression négative et aspire le liquide médicamenteux situé dans la fosse nasale. Les ponctions, surtout maxillaires, sont extrêmement utiles et peuvent être répétées plusieurs fois; on peut placer également dans le premier orifice de ponction un petit tube de polythène par lequel on pourra faire des lavages quotidiens et des instillations médicamenteuses appropriées.

S'il y a simultanément, notamment chez l'enfant, bronchiectasie, il faut la traiter par aérosols, broncho-aspirations, drainage de posture. Si elle est bien localisée, un acte chirurgical pulmonaire pourra être effectué après stérilisation des régions rhino-sinusiennes.

Traitement médical général

Il s'agit d'un traitement de fond qui est parfois fondamental pour modifier le terrain. Citons:

- Diammaglobulines 16: schéma que nous utilisons souvent,
 - ampoules de 2ml (nourrissons - 2 ans)
 - ampoules de 4ml (enfants)
 - ampoules 10ml (adultes)

1er mois: 2 injections à 48h d'intervalls, puis

1 injection par semaine,

2e mois: 1 injection par quinzaine,

3e mois: 1 injection par quinzaine,

4e mois: 1 injection

5e mois: 1 injection

6e mois: 1 injection

— Vitaminothérapie,

— Vaccins et spécialement autovaccins,

— Traitement anti-allergique non spécifique et spécifique,

— Cure climatique en demi-altitude et climat sec, etc.

Traitement thermal

Nous remercions les Docteurs Darrouzet et Pieraggi de nous avoir donné leur opinion sur ce point.

La crénothérapie nous paraît un élément important du traitement local et général de ces malades.

1. *Indications*: elles peuvent être posées dans deux conditions ou bien sinusites suppurées, chroniques ou récidivantes, ou bien, sinusites hyperplasiques et polypose.

Théoriquement, si la suppuration domine, c'est une indication de crénothérapie sulfurée:

Pyrénées:

- Luchon: sulfurées sodiques chaudes et radioactives,
- Cauterets: sulfurées sodiques chaudes,
- Eaux-Bonnes: sulfurées mixtes, sodiques et calciques chaudes et chlorurées sodiques,
- Ax-les-Thermes: sulfurées sodiques chaudes, radioactives,
- Amelie les Bains: sulfurées sodiques, chaudes,

Alpes:

- Challes: sulfurées sodiques, froides,
- Allevard: sulfurées calciques,

Région Parisienne:

- Enghien: sulfurées calciques froides,

Morvan:

- St.-Honore: sulfurées et arsenicales.

Si l'hyperplasie domine et notamment en cas de polypose, c'est une indication de crénothérapie siliceuse bicarbonatée plus ou moins arsenicale (La Bourboule et le Mont-Dore).

Mais ce schéma n'est pas rigide et connaît de nombreuses exceptions: le polypose par exemple, peut bénéficier des cures sulfurées dans certaines conditions.

2. *Modalités d'application:*

Localement:

Lavages des fosses nasales: opportuns en cas de suppuration abondante. Ils ont l'inconvénient d'irriter la pituitaire, donc de gêner le fonctionnement des méats. A utiliser avec précaution.

Humages: selon les stations, ce sont soit des inhalations de vapeurs riches en SH₂, soit des inhalations d'eau brumifiée. Les inhalations de vapeurs, mieux tolérées par la pituitaire, paraissent préférables.

Aérosols d'eau thermale: doivent être soniques pour être efficaces. Mais ceci suppose la perméabilité des méats.

Proetz: technique essentielle et de grand avenir en crénothérapie, car elle peut s'accommoder de méats peu perméables. Doit être appliquée par des spécialiste car la polypose est une contre-indication. Il a malheureusement fallu dix ans à la Sécurité Sociale pour reconnaître le bien-fondé de cette technique en cours de cure thermale. Nous ne pourrons l'appliquer librement qu'à partir de 1972, mais nous en attendons beaucoup.

Sur le plan général:

Toute crénothérapie inclut un traitement général: cure de boisson, bains, douches, etc.

Luchon possède dans ce domaine une pratique originale: le radiovaporarium sulfuré, conjonction de vapeurs sulfurées et d'émanations radio-actives de type *a* (sans accumulation), dont l'effet sur la perméabilité est, cliniquement, étonnamment favorable. Nous avons le projet de préciser cet effet par rhinorhéométrie.

3. *Cas particulier de la polypose:*

Lorsque les traitements anti-allergiques échouent, il semble que le PNS puisse être avantageusement traitée par la crénothérapie sulfurée, à la condition formelle d'enlever préalablement les polypes et d'utiliser une crénothérapie non traumatique: pas de lavages des fosses nasales, pas de percussions de la pituitaire par des gouttelettes d'eau. Généralement, l'association aérosols soniques + vaporarium suffit à éviter les récives ou, au pire, à en réduire la fréquence.

Les résultats de l'utilisation des cures thermales ne sont pas négligeables.

Citons les taux de succès rappelés par Maduro et Marchand:

- sinusites récidivante : 40 à 90%
- ethmoïdo-antrite de l'enfance : 75%
- allergie respiratoire de l'enfance : 80%
- allergie rhino-bronchique de l'adulte : 80%

En conclusion: Si l'acte chirurgical garde toute sa valeur il doit s'intégrer dans un programme thérapeutique général où l'action médicale, locale, générale, thermale et climatique a une part prépondérante.

RÉSUMÉ

Les formes cliniques des rhino-sinusites dépendent de plusieurs facteurs:

Facteur anatomique:

- les sinus antérieurs dont la symptomatologie est beaucoup plus directe,
- les sinus postérieurs qui se manifestent par des signes plus caché ou indirects.

Facteur étiologique: les dispositions immunologiques et allergiques du malade sont prépondérantes.

En cas de forme suppurée, il faut citer également l'infection nasale et l'infection dentaire.

Le traitement est très souvent chirurgical.

Main si l'acte opératoire garde toute sa valeur, il doit s'intégrer dans un programme thérapeutique général où l'action médicale, locale, générale, thermale et climatique a une part prépondérante.