

LES SINUSITES CHRONIQUES DE LA FACE DANS LE SERVICE D'ORL DU CHU YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU, A PROPOS DE 365 CAS.

OUEDRAOGO RW-L, OUATTARA M, OUEDRAOGO BP, GYEBRE YMC, SANOU SM, SEREME M, BAMBARA CL, ZAGHRE N, OUOBA K.

RESUME

But: Analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des sinusites chroniques de la face.

Méthode: Il s'est agi d'une étude rétrospective de 05 ans, portant sur 365 cas de sinusites chroniques.

Résultats: L'incidence annuelle était de 73 cas/an et l'âge moyen de 33 ans. Les principaux motifs de consultation étaient les céphalées (80,80%), l'obstruction nasale (34,79 %) et la rhinorrhée (19,72%). Les sinus maxillaires (96,44%) et ethmoïdaux (60,39%) étaient les plus touchés et les facteurs étiologiques étaient dominés par les allergies nasosinusiennes (73,15%), les infections aéro-digestives (19,18%) et les blocages ostiaux mécaniques (7,67%). Le traitement, médical (79,45%) et médico-chirurgical (20,55%) a permis d'obtenir une évolution favorable (90,96%). Les complications ont été observées dans 5,75 % avec un taux de létalité de 1,92 %.

Mots-clés : Sinusites chroniques, épidémiologie, diagnostic, thérapeutique

INTRODUCTION

Pathologie relativement fréquente en pratique ORL, les sinusites ou rhinosinusites chroniques se définissent comme étant une inflammation de la muqueuse des sinus paranasaux évoluant depuis plus de 03 mois. Elles touchent près de 14% de la population générale et constituent une cause fréquente de morbidité et d'absentéisme scolaire et professionnel [1,5]. Le diagnostic, essentiellement clinique est quelquefois complété par des examens d'imagerie médicale. La prise en charge passe certes par un traitement du phénomène inflammatoire mais surtout par l'éviction des facteurs de pérennisation du processus. Ces fac-

CHU-YO, service d'ORL et de CCF, Burkina Faso

Auteur correspondant : OUEDRAOGO Richard W-L : Médecin ORL, Ancien Interne Des Hôpitaux, CHU-YO, service d'ORL et de CCF, Burkina Faso: BP: 1220 Ouagadougou 11, E-mail : richarwendl@gmail.com

ABSTRACT

FACE CHRONIC SINUSITIS IN THE ENT SERVICE OF UHC YALAGADO OUEDRAOGO OF OUAGADOUGOU. A REPORT OF 365 CASES.

Aim: To analyze epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of chronic sinusitis.

Method: It was a retrospective study of 05 years about 365 cases of chronic rhinosinusitis.

Results: annual incidence was 73cases/year and the mean age was 33 years. The main reasons of consultation were headaches (80,80%), nasal obstruction (34,79%) and rhinorrhea (19,72%). Maxillary sinus (96,44%) and ethmoid ones (60,39%) were the most touched. Etiologic factors were dominated by noses and sinus allergy (73,15%), upper aero-digestive voices infections (19,18%) and mechanic ostial obstruction (7,67%). Medical care (79,45%) and medico-surgical treatment (20,55%) have given favorable evolution (90,96%). Complications have been observed in 5,75% with a lethality rate of 1,92% of the cases.

Keywords: chronic sinusitis, epidemiology, diagnosis, therapeutic

teurs de pérennisation individuels ou environnementaux sont le plus souvent imbriqués, rendant compte de la difficulté de la mise en place d'un protocole thérapeutique univoque. Ainsi nous avons voulu à travers ce travail, rapporter notre expérience à propos de 365 cas de sinusites chroniques afin d'améliorer le pronostic de cette pathologie. Le but de cette étude était d'apprécier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des sinusites chroniques dans notre pratique courante.

PATIENTS ET METHODE

Cette étude rétrospective a porté sur 365 cas, colligés en 05 ans, de janvier 2006 à décembre 2010 dans le service d'ORL du CHUYO de Ouagadougou. Ont été inclus dans l'étude, tous les patients ayant été reçus en consultation d'urgence ou programmée, dans le service, pour sinusites chroniques pendant la dite période et présentant un dossier clinique exploitable. Les données ont été tirées des dossiers cliniques des patients et des registres des comptes rendus opératoires. Les critères de d'appréciation ont été l'âge, le sexe, les antécédents, les manifestations cliniques, les données radiologiques et microbiologiques ainsi que les aspects anatomopathologiques.

Les données ont été analysées à l'aide de logiciels Epi-info version 3.3.2 et Microsoft Excel 2007.

RESULTATS

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Sur une période de 05 ans, 365 cas de sinusites chroniques ont été enregistrés dans le service d'ORL du CHUYO soit une incidence annuelle de 73 cas. La répartition des patients selon la période de consultation est matérialisée par la figure ci-après.

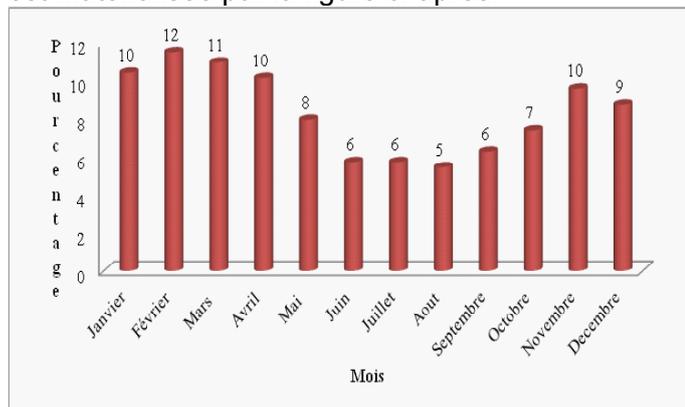


Figure : Répartition des patients selon la période de consultation

La période d'affluence dans l'année allait de novembre à avril. Le sex ratio des patients était de 0,85 et l'âge moyen de 33 ans avec des extrêmes de 10 et 71 ans. La répartition des patients selon les tranches d'âge est représentée par le tableau ci-après.

Tableau : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
[0-10[	19	05,21
[10-20[	74	20,27
[20-30[	98	26,85
[30-40[	59	16,16
[40-50[	48	13,15
[50-60[	47	12,88
[60-70[	19	05,21
[70-80[	01	00,27
Total	365	100

La tranche d'âge de [20-40[était la plus représentée avec une fréquence de 47,12% des cas. Les scolaires (42,74%) et les salariés (26,85%), étaient les couches socio-économiques, les plus touchées dans notre série. La plupart des patients 249 cas (68,22%) avait un niveau d'instruction supérieur ou secondaire.

DONNEES DIAGNOSTIQUES

Les antécédents médicaux étaient dominés par les

atopies dans 242 cas (66,30%), les rhino-pharyngites dans 164 cas (44,90%) et les caries dentaires dans 27 cas (7,5%). Le délai moyen de consultation était de 06 mois avec des extrêmes de 03 et 18 mois. Les principaux motifs de consultation étaient les céphalées chroniques dans 295 cas (80,80%), l'obstruction nasale dans 127 cas (34,79 %), la rhinorrhée dans 72 cas (19,72%) et la cacosmie dans 32 cas (08,80 %). Ces motifs étaient parfois associés entre eux chez le même patient. Le diagnostic était essentiellement clinique et parfois étayé par l'imagerie. La radiographie en incidence de BLONDEAU dans 362 cas (99,18 %) et la TDM crânio-faciale dans 56 cas (15,34 %) ont été les examens radiologiques les plus réalisés. Les sinus maxillaires dans 352 cas (96,44%) et ethmoïdaux dans 215 cas (60,39%) étaient les plus atteints tandis que les sinusites frontales et sphénoïdales représentaient respectivement 125 cas (34,25%) et 72 cas (19,72%). Les sinusites étaient d'origine rhino-gène dans 299 cas (81,92%), dentaires dans 38 cas (10,41%) et réactionnelles dans 28 cas (7,67%). Les facteurs étiologiques incriminés étaient principalement les allergies naso-sinusiennes dans 267 cas (73,15%), les infections dans 70 cas (19,18%) et les blocages ostiaux mécaniques dans 28 cas (7,67%). Les infections étaient d'origine bactérienne dans 42 cas (62,69%) et mycosiques dans 25 cas (37,31%).

DONNEES THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIVES

Tous les patients de notre série ont bénéficié d'une prise en charge médicale locale et/ou générale. Ce traitement médical était isolé dans 290 cas (79,45%) et associé à la chirurgie dans 75 cas (20,55 %). Le traitement local a consisté en des instillations endonasales de corticoïdes dans 257 cas (70,41%), de vasoconstricteurs dans 42 cas (11,51%), de désinfectants nasaux dans 29 cas (7,95%) et d'association (corticoïde + antibiotique + mucolytique) par aérosol dans 37 cas (10,13%). Le traitement par voie générale a nécessité des anti-inflammatoires stéroïdiens et non-stéroïdiens dans 308 cas (84,38%) des anti-histaminiques dans 267 cas (73,15%), des antibiotiques dans 112 cas (30,68%) et antalgiques dans 57 cas (15,62%). Le traitement chirurgical a consisté en une trépanation sinusienne maxillaire et/ou frontale dans 57 cas (76%), une reperméabilisation naso-sinusienne dans 12 cas (16%), une ponction lavage des sinus dans 06 cas (08%), une avulsion dentaire dans 38 cas (50,66%) et un drainage d'empyème endocrâniens et d'abcès orbitaires dans respectivement 03cas (5,26%) et 02 cas (03,51%). L'évolution était favorable dans 332 cas (90,96%) et compliquée dans 21 cas (05,75). Ces complications étaient surtout oculo-orbitaires 12 cas (57,14%), crânio-encéphaliques 04 cas (19,05%), à type de septicémie dans 03 cas (14,28%) et d'ostéite maxillaire dans 02 cas (09,52%). Des séquelles postopératoires à type de

communication bucco-sinusienne dans 02 cas, et de névralgie maxillaire résiduelle dans 03 cas ont été enregistrées. Le taux de mortalité était de 01,92% des cas.

DISCUSSION

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Sur une période de 05 ans, 365 cas de sinusites chroniques ont été enregistrés dans le service d'ORL du CHUYO soit une incidence annuelle de 73 cas. Cette incidence est certes importante pour une pathologie chronique jugée curable à sa phase aiguë. Cependant elle reste sous-estimée par rapport à la fréquence réelle de cette pathologie du fait de la sous-notification des cas par insuffisance du plateau technique et de personnel qualifié pour le diagnostic et la prise en charge. En effet, notre pays comptait 08 médecins spécialistes ORL dont 06 en activité au CHU YO pendant la période de notre étude. Beaucoup de cas de sinusites chroniques auraient de ce fait, été pris en charge en dehors du service d'ORL par des médecins omnipraticiens ou par le personnel paramédical des structures périphériques. La période allant de novembre à avril a connu la plus forte incidence. Cette période correspond dans notre pays aux intempéries, avec le froid de fin d'année d'une part et les vents secs et poussiéreux (harmattan) de début d'année d'autre part. Cette période d'intempérie est en effet très propice à l'éclosion des pathologies respiratoires en l'occurrence le réchauffement des sinusites chroniques surtout chez les patients atopiques. Ces crises aiguës constituent à l'instar des résultats de la plupart des études [1,5,12], la principale circonstance de découverte des sinusites chroniques justifiant en partie la prédominance des céphalées, de l'obstruction nasale et de la rhinorrhée dans les motifs de consultation. Les adultes jeunes de 20 à 40 ans étaient les plus touchés notamment les femmes, dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par l'importance de l'exposition aux facteurs étiologiques majoritairement représentés dans notre série par les allergies nasosinusiennes. En effet, les poussières de maison, associées aux parfums et cosmétiques fréquemment utilisés par cette catégorie de population, les exposeraient par leur constance non seulement à l'inflammation nasosinusienne, mais aussi à la pérennisation de celle-ci.

L'automédication et l'impact du traitement traditionnel dans un contexte africain expliqueraient en partie le retard aux consultations spécialisées dont le délai moyen était de 06 mois dans notre série. Le diagnostic était surtout clinique et basé sur les données anamnestiques telles que les algies crânio-faciales, les rhinorrhées, et surtout la rhinoscopie antérieure qui a permis de mettre en évidence un méat moyen pathologique dans tous les cas. Cette anomalie du

méat moyen est pour beaucoup d'auteurs le signe évident de sinusites paranasales antérieures [1,8]. Pour nous le méat moyen mérite d'être considéré comme la fenêtre des sinus antérieurs de la face. A ceci s'ajoutent les arguments liés aux antécédents dominés par les atopies les rhino-pharyngites et les caries dentaires. La radiographie en incidence de BLONDEAU bouche ouverte et la TDM crânio-faciale cérébrale et sinusienne dans 56 cas (15,34 %) ont été les examens paracliniques les plus réalisés ayant permis de confirmer le diagnostic clinique en objectivant une radio-opacité sinusienne dans tous les cas.

Les atteintes étaient le plus souvent polysinusiennes (92,60%). En effet les facteurs étiologiques rhinogènes notamment les allergies et les infections fréquemment rencontrées agressent souvent et de façon concomitante, tous les sinus paranasaux par l'intermédiaire de leurs canaux de drainage. Les sinusites rhinogènes étaient par conséquent bilatérales et multiples à l'instar des données de la littérature [2,5,13,15]. Puis le drainage intra-méatique moyen des sinus antérieurs d'une part et intra-méatique supérieur des sinus postérieurs d'autre part, expliquerait le retentissement polysinusien et homolatéral lors des blocages ostiaux mécaniques rencontrés dans 8,49% des cas de notre série. Les sinusites chroniques réactionnelles par blocage ostial mécanique sont donc volontiers multiples et souvent unilatérales [6,8].

Les sinus maxillaires (96,44%) et ethmoïdaux (60,39%) étaient les plus touchés dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par leur proximité aux fosses nasales et la brièveté de leurs canaux de drainage les exposant à la répercussion des affections rhinogènes (81,92%). Par ailleurs la fragilisation du plancher des sinus maxillaires au niveau des dents antrales, jouerait un rôle fondamental dans la propagation endosinusienne des affections dentaires. Elles réalisent en général un empyème endosinusien maxillaire unilatéral isolé. Dans notre série, les sinusites dentaires ont été retrouvées dans 10,41% des cas de sinusites chroniques. Ces résultats corroborent ceux de la littérature qui notaient une fréquence des sinusites dentaires estimée à 10-20% des sinusites chroniques [1,7]. Les facteurs étiologiques étaient dominés par les allergies naso-sinusiennes (73,15%), les infections aéro-digestives supérieures (18,35%) et les blocages ostiaux mécaniques. Tous ces facteurs isolés ou associés déterminent non seulement une inflammation intra-sinusienne mais aussi une pérennisation de celle-ci par un mécanisme de confinement cavitaire. Dans tous les cas, le primum movens des sinusites chroniques reste la mauvaise ventilation et le mauvais drainage des cavités sinusiennes paranasales [1,8,10]. Ce défaut de drainage relativement non-infectieux au départ peut se surinfecter au cours de l'évolution faisant souvent occulter

la cause initiale [4].

ASPECTS THERAPEUTIQUES ET EVOLUTIFS

Dans notre série, le traitement était surtout médical (79,45%) et quelquefois médico-chirurgical (20,55%). Ainsi tous les patients de notre série ont bénéficié d'une prise en charge médicale. Le traitement local, constamment recommandé dans les séries de BROWN et de HISSARIA [3,10], était surtout à base de corticothérapie nasale (70,41%) et de vasoconstricteurs locaux dans 11,51% des cas. Le traitement par voie générale concernait les anti-inflammatoires stéroïdiens et non-stéroïdiens dans 84,38%, puis les antihistaminiques dans 73,15% des cas. Tous ceux-ci permettaient non seulement de juguler le phénomène inflammatoire, et d'assurer une bonne perméabilité nasosinusienne mais, surtout d'éradiquer certains facteurs de pérennisation des symptômes. La prise en charge chirurgicale a été associée au traitement médical dans 20,55% des cas. Ainsi pour faire face à des cas de sinusites chroniques non-améliorés par le traitement médical, la trépanation sinusienne (76%), l'extraction dentaire (50,66%) et la reperméabilisation nasosinusienne (16%) ont été réalisées. Les trépanations sinusiennes étaient surtout maxillaires de type CALDWELL LUC et frontales par incision sourcilière de JACQUES. Si dans les pays développés, certaines techniques chirurgicales des sinus sont de plus en plus abandonnées au profit de la chirurgie endoscopique par voie de méatotomie [2,10,14], nous pensons que la chirurgie reste une alternative après l'échec du traitement médical. L'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique dans 332 cas (90,96%). Les complications infectieuses loco-régionales des rhinosinusites nécessitent en général, une prise en charge multidisciplinaire [7,9,11]. Ainsi dans notre série 03 cas (5,26%) de drainage chirurgical des collections intracrâniennes en collaboration avec le service de neurochirurgie et 02 cas (3,51%) de drainage d'abcès orbitaires en accord avec les ophtalmologues ont été réalisés.

Des séquelles post-sinuitiques à type de communication bucco-sinusienne dans 02 cas, et de névralgies maxillaires résiduelles post-opératoires dans 03 cas ont été observées dans notre série. Ces séquelles seraient surtout le fait du traitement chirurgical sur un plancher sinusien fragilisé lors des extractions dentaires ou les trépanations sinusiennes par la fosse canine.

La mortalité était de 1,92% des cas et était survenue à la suite des complications infectieuses systémiques et endocrâniennes qui doivent demeurer pour le praticien une hantise au cours de cette pathologie quelle que soit son étiologie. En effet toute stase de liquide biologique, même aseptique au départ finit par s'infecter dans certaines conditions. Il convient donc

de ne pas banaliser les rhinosinusites allergiques et celles réactionnelles.

CONCLUSION

L'étude a montré que les sinusites chroniques constituent une pathologie relativement fréquente dans notre pratique quotidienne. Elles touchent surtout les adultes jeunes ayant souvent des antécédents d'atopie ou de rhinopharyngites. Elles sont principalement d'origine rhinogène ou dentaire et découvertes lors d'une phase de réchauffement aiguë. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médicale ou médico-chirurgicale selon les cas. La maîtrise du phénomène inflammatoire aigu est impérieuse dans la prise en charge, cependant l'efficacité thérapeutique repose surtout sur l'éviction de divers facteurs étiologiques dominés par les allergies nasosinusiennes dans notre contrée.

REFERENCES

- 1-BENNINGER MS, FERGUSON BJ, HADLEY JA, ET AL. Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129 (3 Suppl):S1-32.
- 2-BOLGER WE, BROWN CL, CHURCH CA, ET AL. Safety and outcomes of balloon catheter sinusotomy: a multi-center 24-week analysis in 115 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137:10.
- 3-BROWN CL, GRAHAM SM. Nasal irrigations: good or bad? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 12:9-13.
- 4-COSTE A, BRETAGNE S ET JANKOWSKI R. Mycoses rhinosinusiennes. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhinolaryngologie*, 20-455-A-10, 2003, 6 p.
- 5-DOUGLASS JA, O'HEHIR RE. Diagnosis, treatment and prevention of allergic disease: the basics. *Med J Aust* 2006; 185:228-33.
- 6-DUBIN MG, KUHN FA, MELROY CT. Radiographic resolution of chronic rhinosinusitis without polyposis after 6 weeks vs 3 weeks of oral antibiotics. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007;98:32-5.
- 7-DUBIN MG, LIU C, LIN SY, SENIOR BA. American Rhinologic Society member survey on maximal medical therapy for chronic rhinosinusitis. *Am J Rhinol* 2007;21:483-8.
- 8-FOKKENS W, LUND V, MULLOL J. EPOS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology* 2007; 45:97-101.
- 9-HAMILOS DL. Approach to the evaluation and medical management of chronic rhinosinusitis. *Clin Allergy Immunol*

10-HISSARIA P, SMITH W, WORMALD PJ, ET AL. Short course of systemic corticosteroids in sinonasal polyposis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial with evaluation of outcome measures. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 118:128–33.

11-MARTIN B, BERTRAND J, YAN M. Les sinusites d'origine dentaire: diagnostic et prise en charge *rev med suisse* 2008;4:2080-2084.

12-MELTZER EO, HAMILOS DL, HADLEY JA, ET AL. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131(6 Suppl):S1–62.

13-PANT H, KETTE FE, SMITH WB, MACARDLE PJ, WORMALD PJ. Eosinophilic mucus chronic rhinosinusitis: clinical subgroups or a homogeneous pathogenic entity? *Laryngoscope* 2006; 116:1241–7.

14-SANCLEMENT JA, WEBSTER P, THOMAS J, RAMADAN HH. Bacterial biofilms in surgical specimens of patients with chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope* 2005;115:578–82.

15-SMITH TL, BATRA PS, SEIDEN AM, HANNLEY M. Evidence supporting endoscopic sinus surgery in the management of adult chronic rhinosinusitis: a systematic review. *Am J Rhinol* 2005; 19:537–43.