

ETUDE CLINIQUE

Rhinorrhée

La rhinorrhée est le principal signe fonctionnel de sinusites chroniques. Elle est vraisemblablement la conséquence des désordres vasomoteurs de la muqueuse nasale induits par l'affection nasosinusienne [127]. Une rhinorrhée purulente ou muco-purulente est signalée par certains auteurs avec des pourcentages variant de 73 à 100% (Tableau III).

Tableau III: Fréquence de la rhinorrhée selon les auteurs

Auteurs	Fréquence
AUBERT [8]	82.8%
FAUGERE [48]	84.2%
MOREAU [107]	100%
TRIGLIA [159]	61%
Notre Série	100%

III.2.2. Obstruction nasale

Ce signe, conformément à notre étude, est tellement fréquent qu'il est rapporté par plusieurs auteurs avec des pourcentages différents (Tableau IV).

Tableau IV: Fréquence de l'obstruction nasale selon les auteurs

Auteurs	Fréquence
AUBERT [8]	72.8%
ERMINY [45]	43.47%
FAUGERE [48]	93.9%
ESTANCONA [46]	23%

III.2.3. Trouble de l'odorat

Les troubles de l'odorat sont retrouvés par tous les auteurs avec des fréquences variables (Tableau V).

Tableau V: Pourcentage du trouble de l'odorat au cours des sinusites chroniques selon les auteurs.

Auteurs	Anosmie %	Hyposmie %	Cacosmie %
AUBERT [8]	38.9	---	---
BONFILS [15]	---	08.69	---
FOMBEUR [56]	42	---	---
MOREAU [107]	25	---	---
Notre série			100

III.2.4. Algies crano-faciales

Dans la littérature, on trouve des valeurs allant de 5 à 95%. (Tableau VI). Nos patients avaient constamment rapporté des céphalées et dans 68,75 % des cas un point douloureux sous orbitaire de VALLEIX.

Tableau VI: Fréquence d'algie cranio-faciale selon les auteurs

Auteurs	Fréquence%
AUBERT [8]	59,5
FOMBEUR [56]	95
MOREAU [107]	88
POCHON [126]	66
Notre série	69 (algies faciales) et 100(Céphalées)

L'examen soigneux des dents sinusiennes est systématique.

Il explore l'arcade dentaire à la recherche de : [122]

- ✓ Carie, fêlure, obturation coronaire prothétique, mobilité dentaire, poche parodontale.
- ✓ Douleur à la percussion dentaire et des signes de mortification.

PARACLINIQUE

III.3.1. L'endoscopie: [74, 138]

C'est un examen essentiel dans le diagnostic des sinusites chroniques. Elle commence dans la fosse nasale et peut aboutir, si nécessaire à une sinusoscopie qui peut être réalisée par voie narinaire sous le cornet inférieur ou pour la voie de la fosse canine sous anesthésie locale voire générale. Cet examen ne concernait pas nos patients ; par faute de plateau technique.

La radiographie en incidence de Blondeau

Elle constitue l'incidence la plus intéressante pour confirmer l'atteinte sinusienne [84]. Elle a été effectuée chez 68,75 % de nos patients.

III.3.3. La radiographie panoramique dentaire : [72, 120]

Ce cliché permet de visualiser l'ensemble des arcades et en particuliers les prémolaires et les molaires supérieures dont les rapports sont étroits avec les cuvettes des sinus maxillaires indiqué pour dépister une lésion dento-maxillaire suspectée devant une sinusite maxillaire unilatérale. Elle a été effectuée chez 37,5 % de nos patients.

III.3.4. La tomodensitométrie des sinus

D'accès facile, sa résolution spéciale permet une cartographie sinusoïenne parfaite ainsi que le bilan des espaces graisseux en relation avec les sinus de la face. Elle permet : [50, 93]

L'image ainsi obtenus en TDM est soit [40, 125]

- Une opacité unilatérale limitée, localisée à un sinus.
- Une opacité cerclante, en cadre bien visualisée au niveau des parois osseuses du sinus ce qui traduit le caractère chronique de l'inflammation et témoigne d'une atteinte osseuse associée à une atteinte muqueuse.
- Une micro-opacité au sein d'une opacité complète.
- Un mycétome central densifié ou calcifié ce qui caractérise la greffe aspergillaire ; rencontrée 5 fois (15,62 %).
- Une destruction osseuse du sinus associé à une atteinte des parties molles ce qui traduit une aspergillose maligne.

A ces aspects peuvent s'ajouter des images de niveau liquide traduisant un confinement sinusoïen ou une surinfection comme objectivait chez 16 patients (50 %).

Dans une revue de 100 patients, ZINREICH et COLL rapportent un taux de 19% d'anomalies sinusales au sein du collectif de patients asymptomatiques, démontrée en TDM (in 38).

En outre DUVOISIN et COLL (in 38) ont revu rétrospectivement les dossiers TDM de 198 patients souffrant de sinusite chronique. Chez 151 patients, une ou plusieurs anomalies sinusales ont été démontrées. Le sinus maxillaire semble être la cavité la plus fréquemment affectée, en cas de sinusite chronique, chez 137 patients (69.2%) une anomalie maxillaire était démontrée à l'examen, ethmoïdal chez 96 patients (48.5%), frontal chez 51 patients (25.8%) et sphénoïdal chez 28 patients (14.1%).

L'anomalie la plus fréquemment démontrée au niveau des grandes cavités était une hypertrophie muqueuse, visible dans 275 cavités. Un comblement complet était observé dans 14 cas.

L'imagerie par résonance magnétique

L'IRM est peu utile dans le diagnostic de sinusites par contre, elle pourra être demandé en cas de complication. [84, 105]. L'IRM n'avait pas été réalisée dans cette courte série.

III.3.6. Bactériologie

Objet d'un travail prospectif au Sénégal [141], dans le cadre des l'Observatoire Sénégalais des Infections Respiratoires de Ville (OBSAIRV), les résultats bactériologiques n'avaient pas retenu notre attention dans ce travail ; compte tenu des objectifs clairement fixés.

Pour RIVIERE [134], les anaérobies représentent 40% des germes rencontrés. Il s'agit essentiellement de streptocoques anaérobies (60%) et de bactéroïdes (35%) dont 15% de bactéroïdes fragilis. Le staphylocoque doré est le deuxième en fréquence. Pneumocoque, haemophilus, bacille gramm. négatif dont le pseudomonas aérogéninosa viennent par ordre de fréquence décroissante.

Pour GEHANO [34], 45 germes ont été isolés dans une étude réalisée sur 198 prélèvements de sinusites chroniques. Le staphylocoque doré domine avec 31% des germes isolés alors que l'haemophilus influenza n'est qu'un 11%. Nous retrouvons cette importance prévalence du staphylocoque doré dans une étude de FONBOEUR sur 214 prélèvements endosinusiens [55] dont 182 prélèvements positifs, l'haemophilus influenzae représente néanmoins 43% des germes isolés. Pour RENON [168], Seul le streptocoque prédomine, retrouvé dans 27.1% des cas. Alors que sur une étude de 270 ponctions de sinus, FASQUELLE [47] retrouve 159 germes dont haemophilus influenzae et le streptocoque pyogènes prédominent dans 33% et les pneumocoques ne représentent que 7.4%

Pour certains auteurs le staphylocoque doré est un germe de souillure car commensal habituel des fosses nasales.

Aux Etats-Unis, la répartition des germes est aussi aléatoire, dans une étude comparative réalisée en 1993 par Fairbanks [168], le staphylocoque prédomine (tableau VII).

Tableau VII: Etude Fairbanks (Washington)

	Sinusites chroniques
H. influenzae	10
Streptocoque pyogène	14
Pneumocoque	5
Staphylocoque doré	17

A Taiwan, une étude bactériologique réalisée par WENG YANG SU [167] en 1983 sur 48 patients atteints de sinusite chronique, retrouve 26% de streptocoque alpha -hémolytique et 23% d'Haemophilus influenzae dans les sécrétions sinusales. On retrouve une grande fréquence de staphylocoques

épidermidis et de staphylocoques aureus dans les fosses nasales, ou ce sont des germes habituellement commensaux.

Les différents résultats bactériologiques sont regroupés dans le tableau VIII selon châtelain [27], les germes retrouvés dans les sinusites chroniques de l'enfant sont par ordre de fréquence décroissante : les streptocoques alpha-hémolytiques (23%), le staphylocoque doré (19%), le pneumocoque (7%), l'haemophilus influenzae (7%) et Moraxella catarralis (7%). Le staphylocoque doré se retrouve essentiellement chez les grands enfants ayant eu de multiples antibiothérapies.

Chez des malades porteurs de SIDA, 75% présenteraient une sinusite révélée par une fièvre prolongée, inexpliquée. Le germe en cause est le plus souvent le pseudomonas auquel s'associe souvent des mycoses inhabituelles. Chez ces malades, le staphylocoque épidermidis peut être considéré comme germe pathogène [53].

Tableau VIII: Différents résultats bactériologiques

	RENON	FASQUELLE	GEHANNO	FOMBEUR
Nbr de prélèvement	779	270	198	214
H.influenzae	7.8	1	11	43
Pneumocoques	8.2	7.4	24	-
Streptocoques	27.1	16.3	-	32
Staphylocoques	7.2	4.1	31	-
Anaerobies	5	3.3	-	6
Pyocyanique	4.6	1.1	16	-
Staph.divers	9.1	3.3	-	-
Entérobactérje	10.3	3.7	11	38

En fin à l'essai de ces études, nous voyons qu'il existe des variations nettes dans la répartition des germes selon les pays, l'âge et le type des patients retenus.

III.3.7. ANATOMIE PATHOLOGIQUE: [94, 125]

L'inflammation chronique de la muqueuse sinusienne se présente sous diverses formes, essentiellement catarrale, hyperplasique, exsudative, suppurée et caséuse. Cet aspect fera l'objet d'un travail ultérieur avec les Anatomopathologistes de Dakar.

III.4. EVOLUTION ET PRONOSTIC

III.4.1. L' Obstruction nasale

C'est le symptôme le plus constamment et durablement amélioré par le traitement chirurgical ; ce que rapportent nos patients.

- FAUGERE [48] rapporte **90,2%** de bons résultats à 1an et de 88,1% à 3 ans sur une série de **132** opérés.
- FOMBEUR [56] rapporte **90%** de bons résultats à **2** ans.
- MOREAU [107] rapporte un taux de **100%** de bons résultats à **18** mois sur une série de **19** opérés.

III.4.2. Rhinorrhée

Sa régression a été rapporté par nos patients.

- FAUGERE [48] rapporte un taux de **74%** de bons résultats chez **132** opérés.
- MOREAU [107] rapporte un taux de **75%** de bons résultats
- CASTILLO [24] rapporte **75%** de succès avec réduction de la rhinorrhée postérieure dans **76%** chez **60** patients opérés.

III.4.3. Les algies crânio-faciales

- CASTILLO [24] rapporte un taux de **78%** de bons résultats sur une série de 60 opérés avec un recul minimal de 1an.

- FAUGERE [48] rapporte un taux de 93% de bons résultats à **32** mois.

L'avènement de la chirurgie endonasale a révolutionné les résultats et le pronostic des sinusites chroniques. Les récidives post opératoires sont relativement faibles. On notait 6,25 % de récidives pour nos 32 patients opérés par voie de Caldwell LUC.

Dans la littérature, on trouve des taux de récidives variables.

- **4.7%** de récidive pour RYAN chez **21** opérés *[39]*.
- Aucun cas de récidive pour PIQUET chez **22** opérés *[151]*.
- **6 (10%)** cas de récidive clinique importante avec jetage purulent pour CASTILLO [24], sur une série de 60 opérés à un recul de **3** ans.