

# PRISE EN CHARGE DES ETHMOIDITES

Dr Eve Laporte Turpin – Mars 2005

## ■ RAPPEL ET PHYSIOPATHOLOGIE

Processus inflammatoire rhino sinusien banal

→ hyperplasie muqueuse des cellules ethmoïdales ( orifices de drainage de calibre réduit ) + stagnation des sécrétions

→ surinfection

L'extension aux sinus frontaux et maxillaires se fait par contiguïté.

## ■ FREQUENCE

2 pics :

- entre 1 et 5 ans
- entre 11 et 15 ans

Surtout hiver et printemps

## ■ PRESENTATION CLINIQUE HABITUELLE

Au cours ou au décours d'une infection rhinopharyngée banale, survenue d'un œdème palpébral inflammatoire, unilatéral, débutant à l'angle interne de l'œil (cf photo)

L'examen clinique doit rechercher **3 signes de GRAVITE** :

- l'immobilité du globe oculaire
- l'exophtalmie irréductible
- l'absence de réflexe photomoteur

## ■ DIFFERENCIER CLINIQUEMENT LES ETHMOÏDITES PRESEPTALES DES ETHMOIDITES RETROSEPTALES

### **CLASSIFICATION DE CHANDLER**

5 stades de gravité croissante

stade 1 : œdème palpébral isolé (atteinte préseptale)

stade 2 : 1 + exophtalmie réductible

stade 3 : 2 + exophtalmie non réductible, ophtalmoplégie partielle, baisse acuité visuelle

stade 4 : 3 + exophtalmie importante, ophtalmoplégie complète, baisse acuité visuelle importante

stade 5 : thrombose du sinus caverneux avec cécité, atteinte oculaire controlatérale, voire réaction méningée, tableau septique sévère

## ■ CRITERES D'HOSPITALISATION

- **Ethmoïdites préseptales débutantes** : prise en charge ambulatoire et traitement antibiotique per os (amoxicilline /ac. clavulanique) 10 jours

- **Ethmoïdites rétroseptales ou préseptales après échec de traitement per os** (48 heures) : hospitalisation **obligatoire**

#### ■ PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION

- Bilan biologique (NFS, CRP, hémocultures) et bactériologique (écoulement oculaire)
- PL en cas de syndrome méningé , et à discuter chez le nourrisson de moins d' 1 an
- Examen ophtalmo
- Examen ORL
- Radiographies de la face nez - front ( asymétrie des 2 régions ethmoïdales, peu spécifique donc **peu d'intérêt**)
- Scanner cérébral et des cavités orbitaires : **EXAMEN DE CHOIX**, systématique dans les atteintes rétroseptales et dans les atteintes préseptales après échec de traitement IV 48 heures

#### ■ BACTERIOLOGIE DES ETHMOIDITES

- rarement documentée
- fonction de l'âge et du degré de l'atteinte

##### ▪ **Enfant de moins de 5 ans :**

- S. aureus
- H. influenzae
- Pneumocoque

##### ▪ **Enfant de plus de 5 ans :**

- S. aureus
- Pneumocoque
- Strepto A
- Anaérobies
- Bacilles Gram négatif
- Atteintes préseptales :
  - H influenzae
  - Pneumocoque
  - s. aureus
- Atteintes rétroseptales
  - Idem et
  - bacilles Gram négatif
  - Mycobactéries
  - Anaérobies

#### ■ TRAITEMENT

1 / Local  
DRP et soins oculaires

## 2 / Antibiothérapie : après prélèvements

- Atteinte préseptale débutante non hospitalisée :  
**amoxicilline / acide clavulanique 80mg/Kg/j per os**
- Atteinte préseptale hospitalisée :  
**amoxicilline / acide clavulanique 80-100mg/Kg/j IV** en 3-4 inj +/- aminoside
- Atteinte rétroseptale :  
**C3G** (cefotaxime **100 mg/kg/j en 3 injections**) IV + fosfomycine (**100 à 200 mg/kg/j en 3 perfusions de 4 H**) IV +/- métronidazole (**30 mg/kg/j en 3 injections**) IV

## 3 / Chirurgical

Indiqué si :

- atteinte rétroseptale
- collection sous périostée
- non amélioration malgré antibiothérapie IV efficace

### ■ DUREE DU TRAITEMENT

- Non consensuelle ++++
- Atteinte préseptale hospitalisée : 15 jours au total avec relais oral dès apyrexie, amélioration clinique et biologique
- Atteinte rétroseptale : 21 jours minimum, contrôle neuroradiologique à distance et suivi ORL et ophtalmo

## CONCLUSION

Nécessité d'une surveillance quotidienne multidisciplinaire (ORL, ophtalmo et pédiatre) pour poser une éventuelle indication de geste chirurgical

Bien rechercher au départ des signes de gravité : exophtalmie, ophtalmoplégie, abolition du réflexes photomoteur, baisse d'acuité visuelle

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dehesdin D, Darmaillacq L. Ethmoïdites aiguës de l'enfant. Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Oto-rhino-laryngologie, 20-440-A-10, Pédiatrie, 4-061-A-25, 2000, 7 p

Donahue SP, Schwartz G. Preseptal and orbital cellulitis in childhood. A changing microbiologic spectrum. Ophthalmology 1998;105:1902-6

Simon D. Prise en charge de l'ethmoïdite aiguë. Abstract pédiatrie N°175 – février 2004

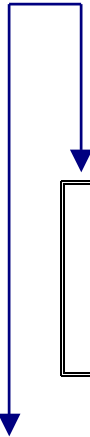
**CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SUSPICION D'ETHMOIDITE**

**ETHMOIDITE  
PRESEPTALE  
SIMPLE**



**AUGMENTIN®  
80mg/kg/j  
per os 10 jours**

**ETHMOIDITE  
PRESEPTALE  
EN ECHEC DE  
TTT ORAL**



**AUGMENTIN® IV  
80-100mg/kg/j  
+/- aminoside iv**

**ETHMOIDITE  
RETROSEPTALE**



**HOSPITALISATION ET SCANNER  
CEREBRAL ET SINUSIEN**



**Cefotaxime  
100mg/kg/j  
Fosfomycine  
100-200mg/kg/j  
+/- metronidazole**