



Sinusite aigue

Colloque des praticiens et praticiennes

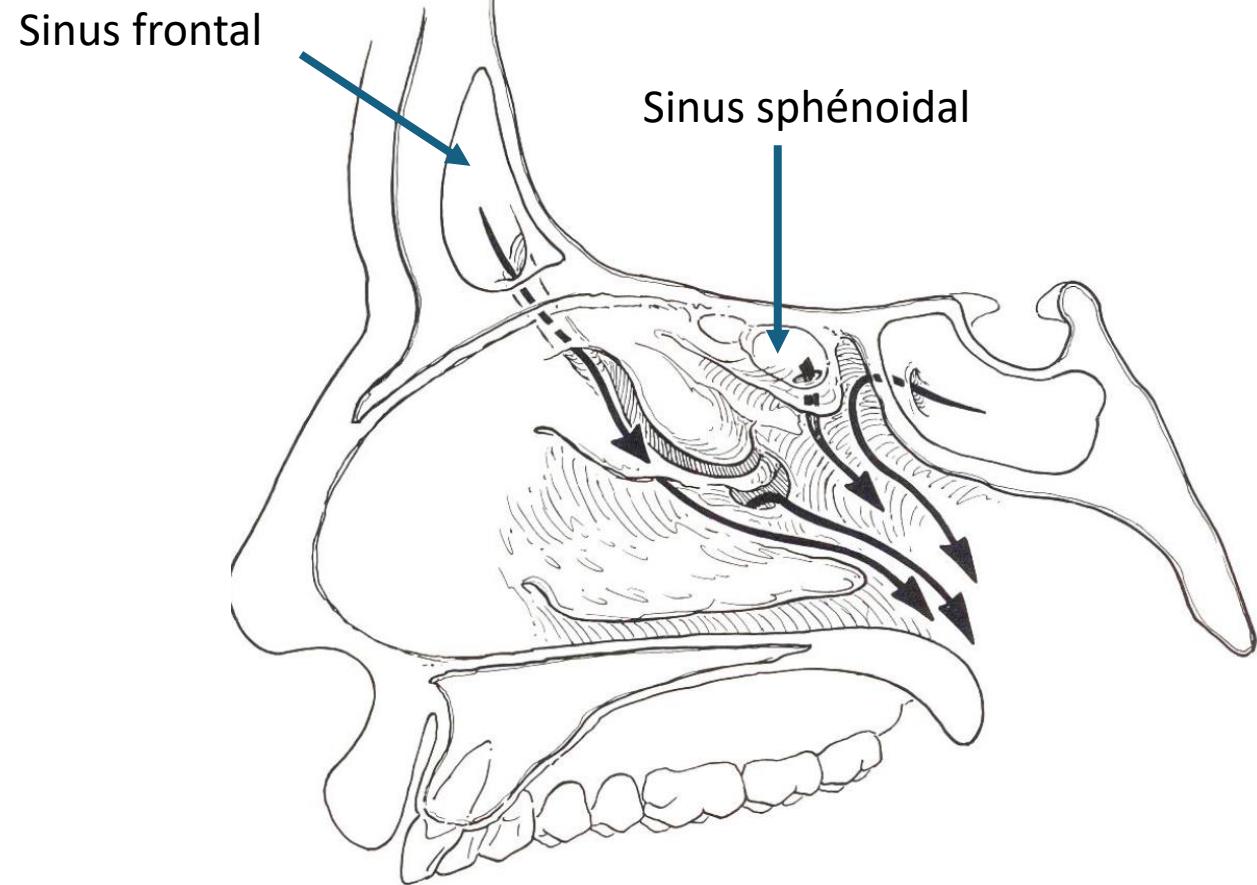
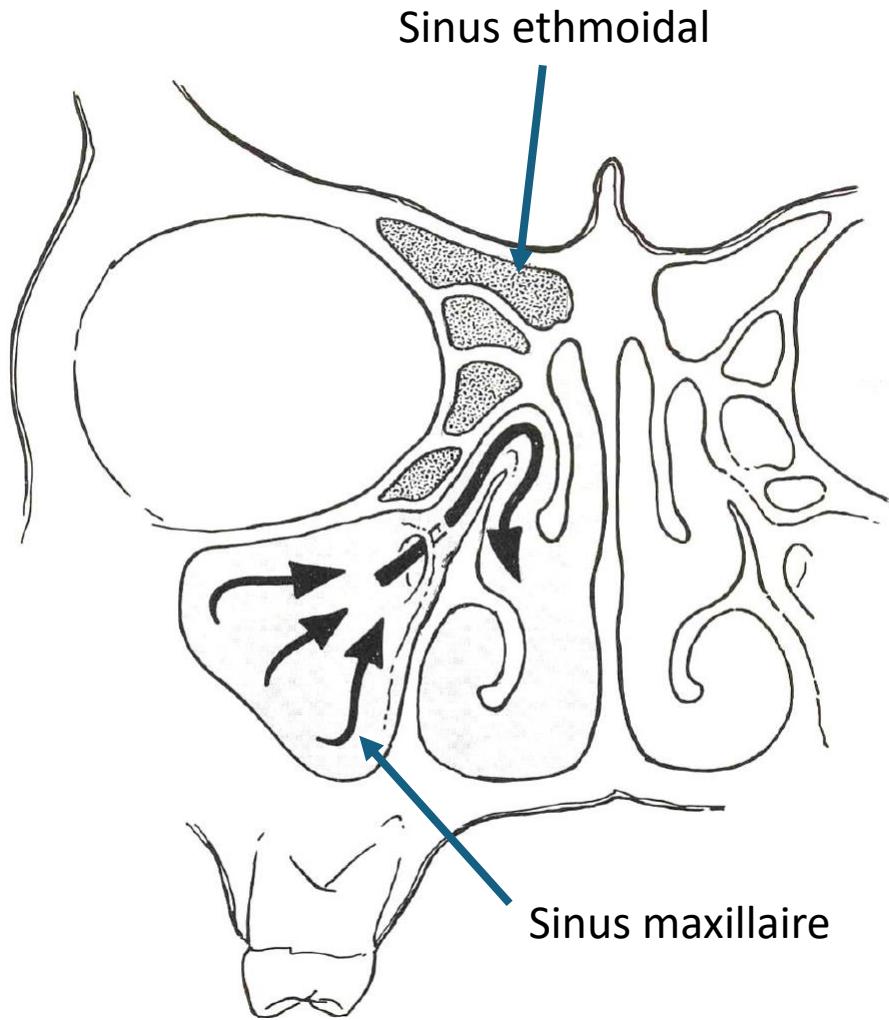
27 Novembre 2025

Présentation: Alice Berger

Médecin interne en maladies infectieuses, HUG

Rappel anatomique

Cavités remplies d'air
stériles
Fosses nasales: pas stériles
Cellules ciliées



Étiologies de la (rhino)sinusite aigue

Aigue = < 4 semaines

Chronique > 3 mois

- Allergique
- Irritative
- Virale
- Bactérienne
- Fongique

A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes

Le caractère purulent de la rhinorrhée est un critère de surinfection de la rhinite

La fièvre est un argument en faveur d'une origine bactérienne

Les douleurs sont un élément important dans la sinusite

< 2% des rhino-sinusites se transforment en sinusite bactérienne

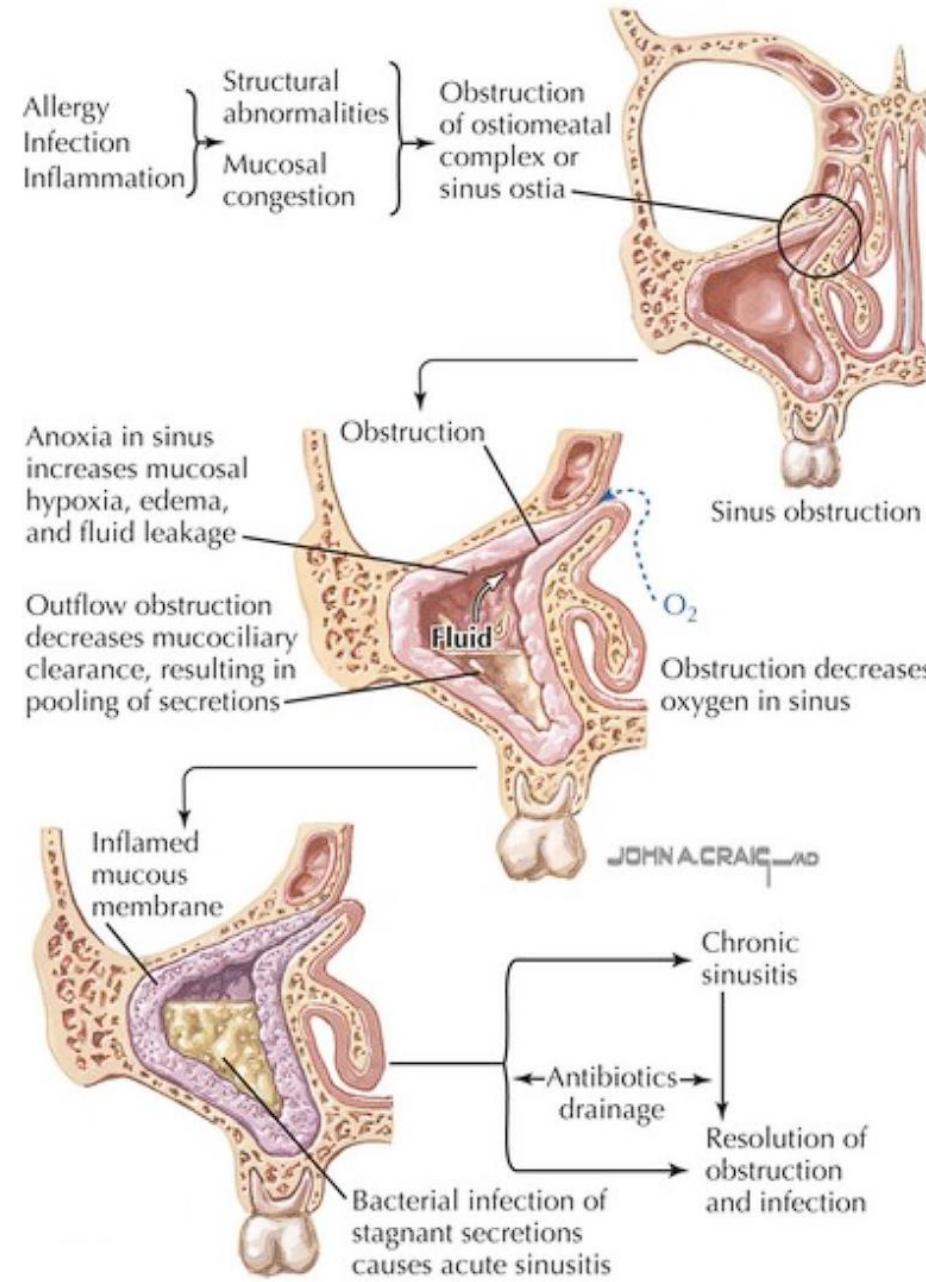
Il est dangereux de passer à côté d'une sinusite bactérienne maxillaire

Une sinusite bactérienne nécessite toujours un traitement antibiotique

Physiopathologie

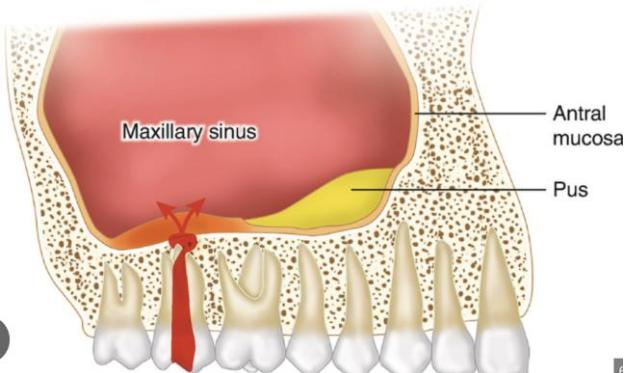
(Rhino)sinusite

- Oedème des muqueuses (IVRS)
- Obstruction des ostiums
- Stase
- Croissance bactérienne -> surinfection



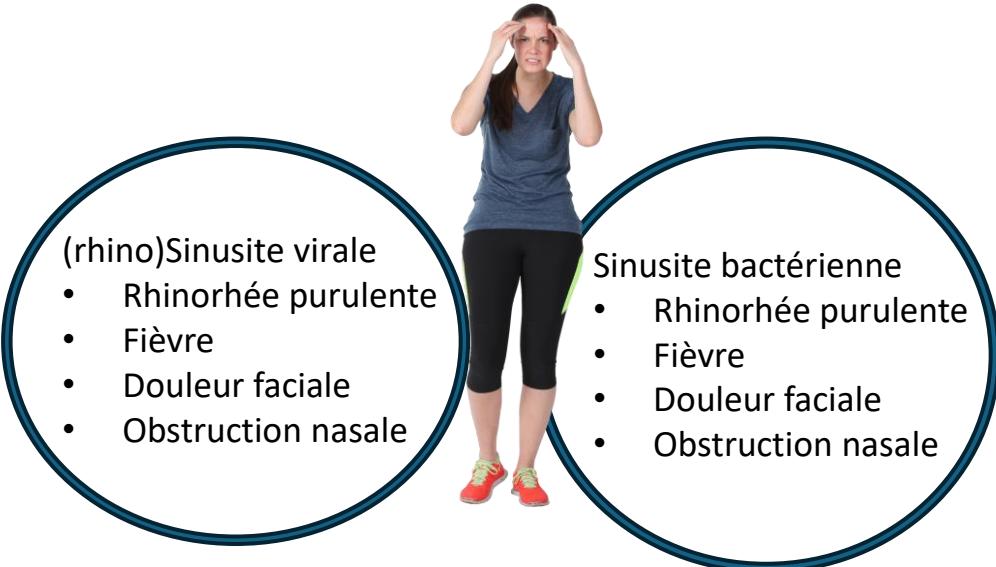
Sinusite dentaire

- Par contiguïté avec abcès dentaire



Comment différencier une sinusite virale de bactérienne ?

Signes et Symptômes



Recommandations SSI:

Indication pour le traitement antibiotique à

- En l'absence d'amélioration:
 - symptômes compatibles avec une sinusite aiguë sans amélioration clinique après ≥ 10 jours
- Signes de gravité:
 - fièvre élevée ($\geq 39,0^{\circ}\text{C}$) et écoulement nasal purulent ou douleur faciale pendant au moins 3-4 jours consécutifs
- Aggravation des symptômes après récupération initiale
 - Fièvre, maux de tête ou augmentation de la sécrétion nasale après une infection virale des voies respiratoires supérieures
 - Durée 5-6 jours après une amélioration initiale ("double-sickening")

- Sécrétion purulente au niveau du meat moyen (**LR 3.2**) nécessite laryngoscope...
- Rhinorhée purulente (**LR 1.2 – 2.1**)
- Douleur dentaire (**LR 2.0 – 4.4**)
- Evolution biphasique
- Persistance de symptômes de rhinosinusite > 10 jours sans amélioration

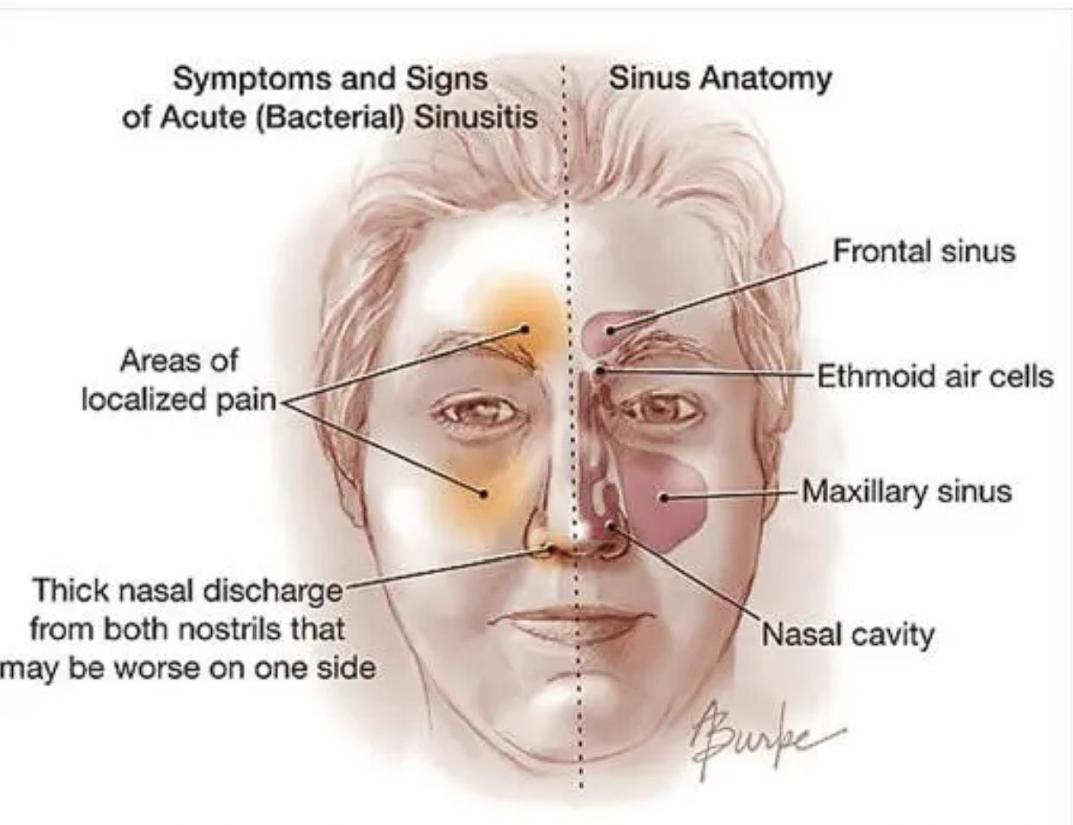
S10

Otolaryngology–Head and Neck Surgery 173(S1)

Table 4. Acute Rhinosinusitis Definitions

Term	Definition
Acute rhinosinusitis	<ul style="list-style-type: none">• Up to 4 weeks of purulent nasal drainage (anterior, posterior, or both) accompanied by nasal obstruction, facial pain-pressure-fullness, or both.^a• Purulent nasal discharge is cloudy or colored and may be reported by the patient or observed on physical examination.• Nasal obstruction may be reported by the patient as nasal obstruction, congestion, blockage, or stuffiness, or may be diagnosed by physical examination.• Facial pain-pressure-fullness may involve the anterior face, periorbital region, or manifest with headache that is localized or diffuse.
Viral rhinosinusitis (VRS)	Acute rhinosinusitis that is caused by, or is presumed to be caused by, viral infection. A clinician should diagnose VRS when: (a) symptoms or signs of acute rhinosinusitis are present less than 10 days and (b) the symptoms are not worsening.
Acute bacterial rhinosinusitis (ABRS)	Acute rhinosinusitis that is caused by, or is presumed to be caused by, bacterial infection. A clinician should diagnose ABRS when: (a) symptoms or signs of acute rhinosinusitis fail to improve within 10 days or more beyond the onset of upper respiratory symptoms, or (b) symptoms or signs of acute rhinosinusitis worsen within 10 days after an initial improvement (double worsening).

^aFacial pain-pressure-fullness in the absence of purulent nasal discharge is insufficient to establish a diagnosis of ARS.



- Augmentées par position penchée en avant
- Augmentées en fin de journée et la nuit
- Unilatérales ou bilatérales
- Pulsatiles
- Localisation

Symptomatologie en fonction de la localisation

Localisation	Symptômes
Maxillaire	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit
Frontale	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée sus-orbitaire
Ethmoïdale	<ul style="list-style-type: none"> • Comblement de l'angle interne de l'oeil, oedème palpébral • Céphalée rétro orbitaire
Sphénoïdale	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intracrânienne. • Écoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue



Comment différencier une sinusite virale de bactérienne ?

Examens complémentaires

- Prélèvement microbiologique:
 - NON, pas en 1ère intention
 - Aspiration nasale/sinusienne: passe par cavité **non sterile** (contamination)
 - Ponction à l'aiguille fine: sterile mais **invasive**
- Imagerie:
 - NON pas en première intention, différencie pas viral/bactérien
 - Si: suspicion de **complication**, histoire atypique, sinusite chronique, résistance au traitement & patient immunosupprimé

AM Harris et al 2016, Annals of Internal Medicine

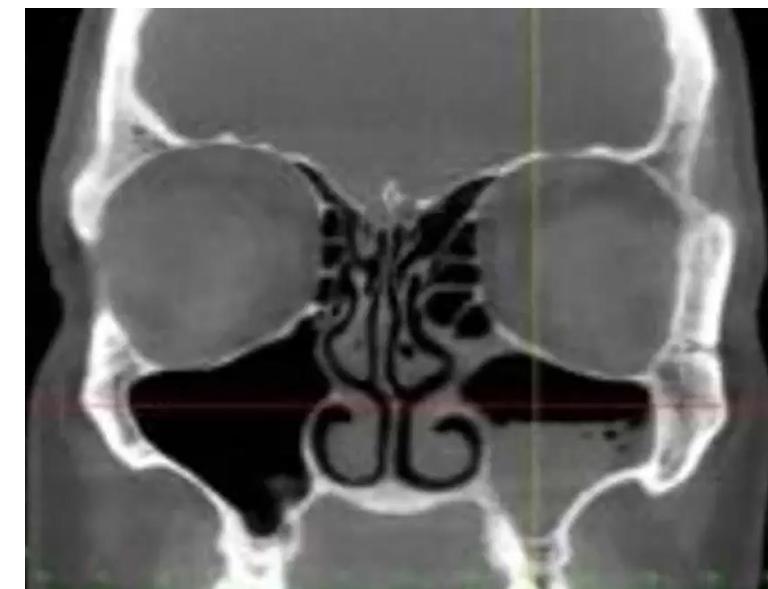
⇒ Rx sinus



⇒ CT sinus



- Diagnostic = Clinique ! **Mais sans critères cliniques fiables...**



Microbiologie bactérienne

- *Streptococcus pneumoniae* 30-40%
- *Haemophilus influenzae* 20-25%
- *Moraxhella catarrhalis* 10-15%
- Anaérobies 5-10%: *Peptostreptococcus* spp,
Cutibacterium acnes, *Fusobacterium*
- *Staphylococcus aureus* < 5%
- *Streptococcus pyogenes* 2%

- Données datant surtout des années 80-90

TABLE I. Bacterial cause of acute maxillary sinusitis from 383 aspirates in Charlottesville from 1975 to 1990*

Cause	No.	%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	92†	41
<i>Haemophilus influenzae</i>	79	35
Anaerobes	16	7
Streptococcal species	16	7
<i>Moraxella catarrhalis</i>	8	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	3
Other	8	4

*The 383 sinus aspirates were obtained from 339 patients, some of whom had multiple infections. The bacterial recovery rate from all of the specimens was 59%.

†A culture was considered positive when it yielded a concentration of $\geq 10^4$ colony-forming units of bacteria on quantitative culture.

Faut-il donner
des
antibiotiques ?



Pourquoi ne pas traiter ?

Méta-analyse:

- 9 études
- antibiotiques vs placebo
- 2547 adultes

Critères d'inclusion: Diagnostic clinique de sinusite:

- Symptômes de rhinite virale > 6 jours
- Symptômes biphasiques
- Écoulement nasal purulent
- Douleur faciale unilatérale, dentaire ou à la mastication
- Douleur en position penchée en avant

NNT : 15 (95% CI 7 to 190).

NNT if purulent discharge : 8 (95% CI 4 – 47)

Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data

Jim Young, An De Sutter, Dan Merenstein, Gerrit A van Essen, Laurent Kaiser, Helena Varonen, Ian Williamson, Heiner C Bucher

Summary

Background Primary-care physicians continue to overprescribe antibiotics for acute rhinosinusitis because distinction between viral and bacterial sinus infection is difficult. We undertook a meta-analysis of randomised trials based on individual patients' data to assess whether common signs and symptoms can be used to identify a subgroup of patients who benefit from antibiotics.

Lancet 2008; 371: 908-14

See [Comment](#) page 874

Basel Institute for Clinical Epidemiology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland (J Young PhD)

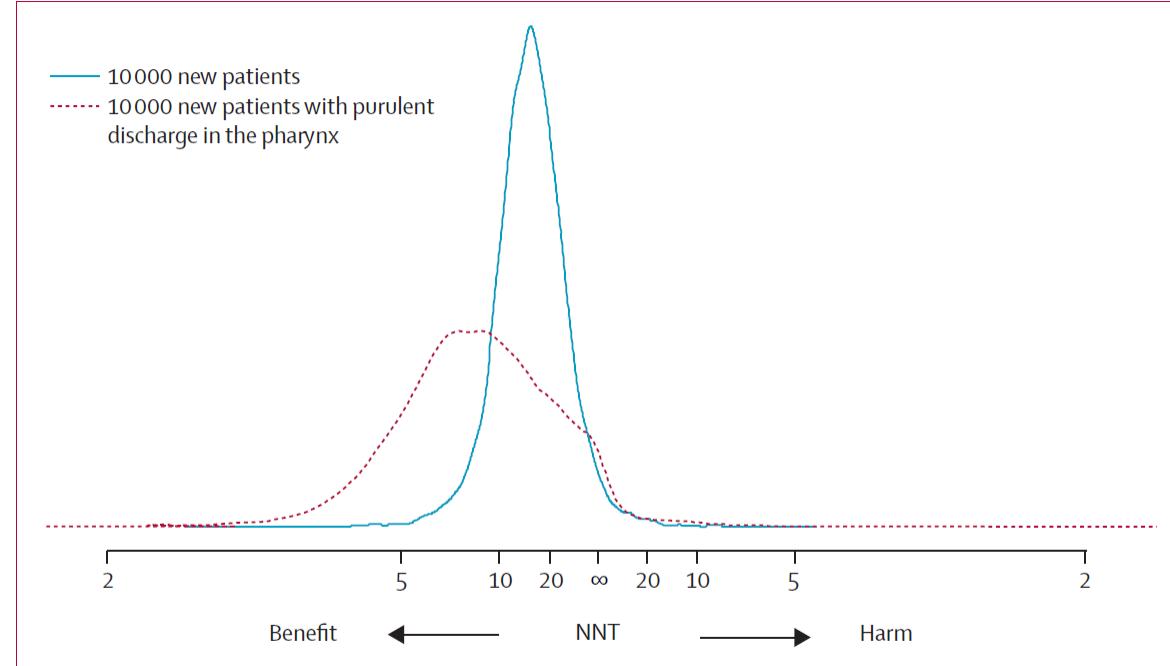


Figure 2: Distribution of the number needed to treat (NNT) for 10 000 simulated new patients

Pourquoi ne pas traiter ?



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Review language

Title

Cochrane reviews ▾

Searching for trials ▾

Clinical Answers ▾

About ▾

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults

Marieke B Lemiengre, Mieke L van Driel, Dan Merenstein, James Young, An IM De Sutter

Authors' declarations of interest

Version published: 17 October 2012 [Version history](#)

- 10 études, 2450 participants
- Guérison spontanée chez patients avec placebo/pas de traitement: 46% à 1 semaine, 64% à 2 semaines
- Complications graves chez patients recevant placebo/pas de traitement: rares (0.57–2.58 pour 10,000 cas)
- Bénéfice marginal de l'antibiothérapie (NNTB = 19)
- Plus d'effets secondaires chez patients recevant des antibiotiques (13 per 100 more compared to placebo or no treatment, NNTH = 8)

CAVE

Dans tous les RCT diagnostic de sinusite = clinique (pas de diagnostic microbiologique)

Pourquoi traiter ?

Prévention des complications

Surtout en cas de sinusite ethmoïdale, frontale et sphénoïdale

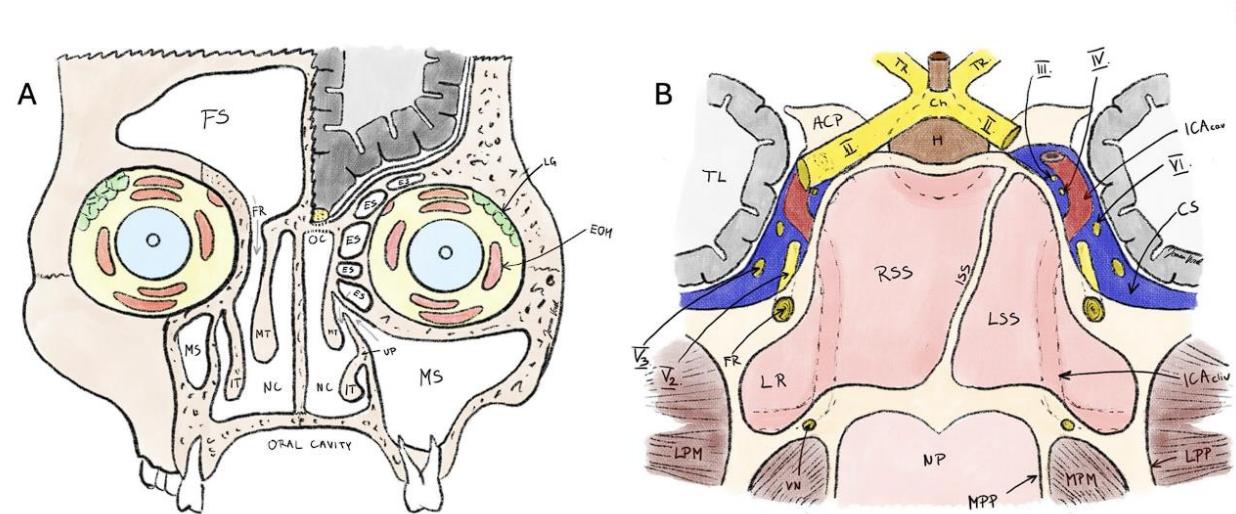


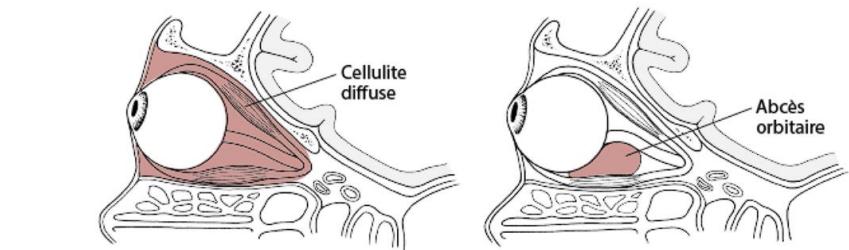
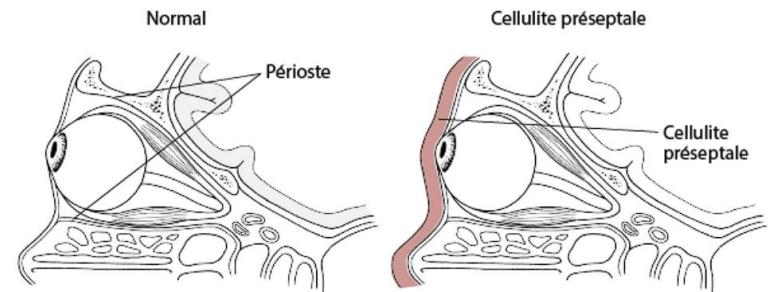
Figure 1. Anatomy of paranasal sinuses and their proximity to other vital structures. (A) Illustration of relationship between maxillary sinus, ethmoid sinus, frontal sinus, nasal cavity, oral cavity, orbit, and intracranial space; (B) illustration of relationship between sphenoid sinus, nasopharynx, masticatory muscles, and central skull base. II—optic nerve; III—oculomotor nerve; IV—trochlear nerve; V₂—maxillary division of trigeminal nerve; V₃—mandibular division of trigeminal nerve; VI—abducens nerve; ACP—anterior clinoid process; Ch—optic chiasm; CS—cavernous sinus; EOM—extraocular muscle; ES—ethmoid sinus; FR—*foramen rotundum*; FS—frontal sinus; FR—frontal recess; H—pituitary gland; ICA_{cav}—cavernous segment of internal carotid artery; ICA_{cliv}—paraclival segment of internal carotid artery; ISS—intersphenoid sinus septum; IT—inferior turbinate; LG—lacrimal gland; LPM—lateral pterygoid muscle; LPP—lateral pterygoid plate; LR—lateral recess of the sphenoid sinus; LSS—left sphenoid sinus; MS—maxillary sinus; MPM—medial pterygoid muscle; MPP—medial pterygoid plate; MT—middle turbinate; NC—nasal cavity; NP—nasopharynx; OC—olfactory cleft; RSS—right sphenoid sinus; TL—temporal lobe; TR—optic tract; UP—uncinate process; VN—Vidian nerve.

Pourquoi traiter ?

Prévention des complications

- 0.01% des sinusites bactériennes
- Sinusites non-maxillaires dans la quasi totalité des cas

Piccirillo JF et al, NEJM 2004



1. Cellulite pré-septale

2. Cellulite orbitaire: sinusite ethmoidale via lame papyracée

=> Rechercher une exophtalmie, douleur importante, erythème péri-orbitaire, baisse de l'acuité visuelle, troubles oculomoteurs



3. Atteintes du SNC:

Abcès cerebral

Empyème

Méningite

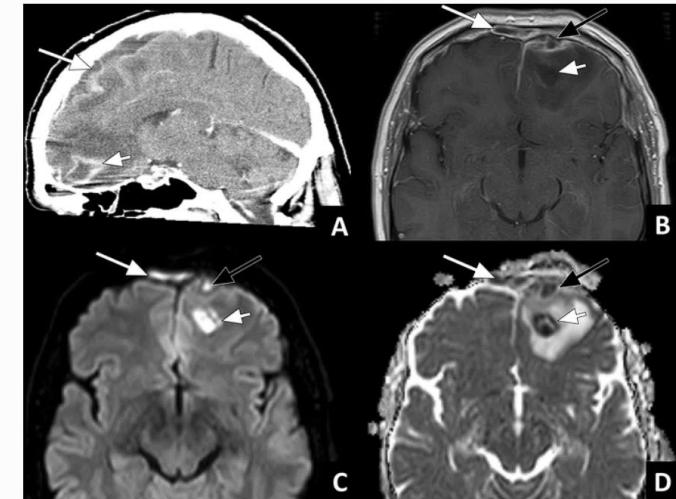
4. Thrombophlébite du sinus caverneux

- Complication rare mais grave d'une sinusite sphénoïdale ou éthmoidale
- 1.5% des complications
- Symptômes: Chémosis, paralysie des III, IV et VI, ophtalmoplégie, fièvre, syndrome méningé

A El Mograbi et al, Ann Otol Rhinol Laryngol 2019

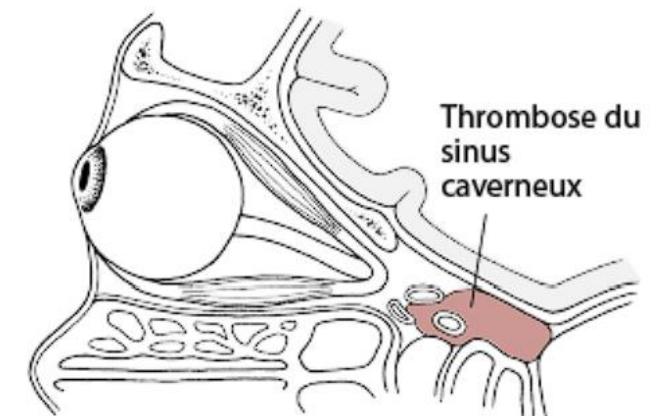
Fig. 13

From: [Imaging findings of the orbital and intracranial complications of acute bacterial rhinosinusitis](#)



Brain abscess: **a**) Sagittal ceCT image showing an intra-axial fluid collection in the frontal lobe with rim enhancement (short arrow) and surrounding oedema. In addition, a subdural collection with thickening and enhancement of the meninges is present (long arrow). **b**) Axial T1w ceMRI, **c**) DWI b1000, and **d**) ADC map in the same patient showing a fluid collection in the frontal sinus with mucosal enhancement and restricted diffusion (long white arrow), a subdural fluid collection with thickened, enhancing meninges, and restricted diffusion (black arrow), and a fluid collection with rim enhancement in the left frontal lobe with restricted diffusion (short white arrow) and surrounding oedema. The findings are indicative of frontal sinusitis with pus formation, subdural empyema and brain abscess

Dankbaar et al, *Insights into Imaging* 2015



Traitement: <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2410/fr>



Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie

- Amoxicilline 1g/8h PO

Allergie pénicilline pas de C.I céphalosporines

- Cefuroxime 500mg/12h

Allergie pénicilline C. I toutes les bêta-lactamines

- Doxycycline 100mg/12h (CAVE C.I pendant grossesse)

Eviter quinolones en 1ère intention !

Considérer co-amoxicilline 1g/8h PO si

- > 65 ans
- Immunosupprimé
- Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale
- Absence d'amélioration sous amoxicilline seule après 72h

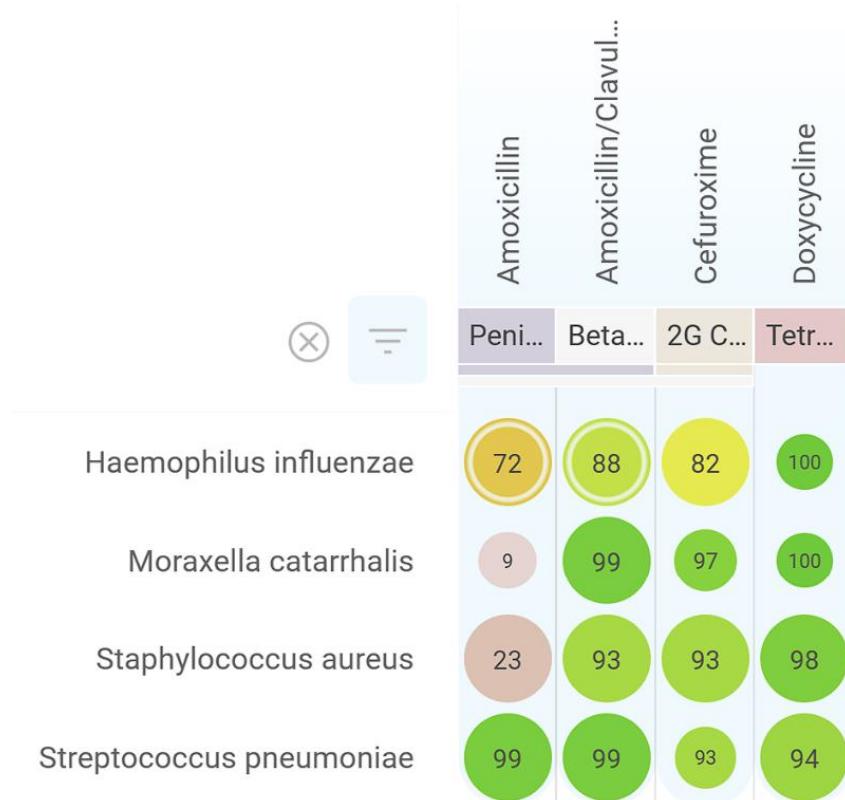
Traitement symptomatique ?

- Antalgiques
- Lavage nez
- Vasoconstricteurs locaux: max 5 jours

Sinusite aigue hyperalgique:

- Prednisone 40 mg 1x/j pendant 3- 7 jours max
- Toujours associé à antibiotique

Sensibilité aux antibiotiques



Amoxicilline:

- couvre très bien le pneumocoque
- la majorité des *H.influenzae*
- Les anaérobies de la cavité orale

Amoxicilline-clavulanate:

- Couvre mieux *H.influenza* et *M. catarrhalis*
- Mais plus d'effets-indésirables

Amoxicilline: Meilleur rapport bénéfice-risque

Guidelines SSI 2025

<https://infect.swiss/>

Durée traitement antibiotique

Recommandations sociétés savantes: 5-10 jours (SSI: 5-7 jours)

Shorter is better ?

- 4 reviews incluant 13 RCTs
- 5 versus 10 days: non infériorité, moins d'effets secondaires dans traitement court (OR 0·79 [0·63–0·98])

“Quality of evidence was generally very low to low for sinusitis”

Falagas et al: critères radiologiques !

Comment	Short-course group (days)	Relative effect (95% CI)	Authors' interpretation of summary of risk statistics	Risk of bias of included studies (%) [*]			Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Quality of evidence according to GRADE
				Low	Unclear	High				
Clinical cure or success										
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at days 10–36	3–7	OR 0·95 (0·81–1·12)	Short-course non-inferior	20%	70%	10%	No	Yes†	No	Low
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at days 10–36	5	OR 0·98 (0·79–1·22)	Short-course non-inferior	14%	71%	14%	No	Yes†	No	Low
Chen et al (2019) ²¹ Assessed at days 17–22	5	RR 0·97 (0·90–1·04)	Short-course non-inferior	0	100%	0	No	No	Yes‡	Low
Microbiological cure										
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at days 10–36	3–7	OR 1·30 (0·62–2·74)	Short-course non-inferior	0	100%	0	No	Yes†	Yes	Very low
Chen et al (2019) ²¹ Assessed at days 17–22	5	RR 1·01 (0·95–1·06)	Short-course non-inferior	0	100%	0	No	No	Yes‡	Low
Relapses										
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at days 10–36	3–7	OR 0·95 (0·63–1·42)	Short-course non-inferior	40%	60%	0	No	Yes†	Yes	Very low
Adverse events										
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at end of follow-up	3–7	OR 0·88 (0·71–1·09)	Short-course non-inferior	20%	80%	0	Yes	Yes†	No	Very low
Falagas et al (2009) ⁴⁴ Assessed at end of follow-up	5	OR 0·79 (0·63–0·98)	Short-course superior	20%	80%	0	No	Yes†	No	Low
The relative effect of each outcome was extracted from the original meta-analyses either as OR or RR. If necessary, these were transformed to achieve consistency in the direction of the results. Relative effect measures for desired outcomes (ie, clinical cure, bacteriological cure, and microbiological eradication) were reported so that a relative effect measure exceeding 1·0 favoured short-course therapy. For unfavourable outcomes, including mortality, relapse rate, and adverse events, a relative effect measure below 1·0 favoured short-course treatment. OR=odds ratio. RR=risk ratio or relative risk. *Percentage of included studies with low, unclear, or high risk of bias. †Not all RCTs required a duration of symptoms of more than 7–10 days. ‡Only one RCT included.										
Table 4: Evidence of treatment duration in acute sinusitis										

“The evidence base for the optimal antibiotic treatment duration of upper and lower respiratory tract infections: an umbrella review” Kuijpers et al, Lancet ID 2025

Quelques situations particulières

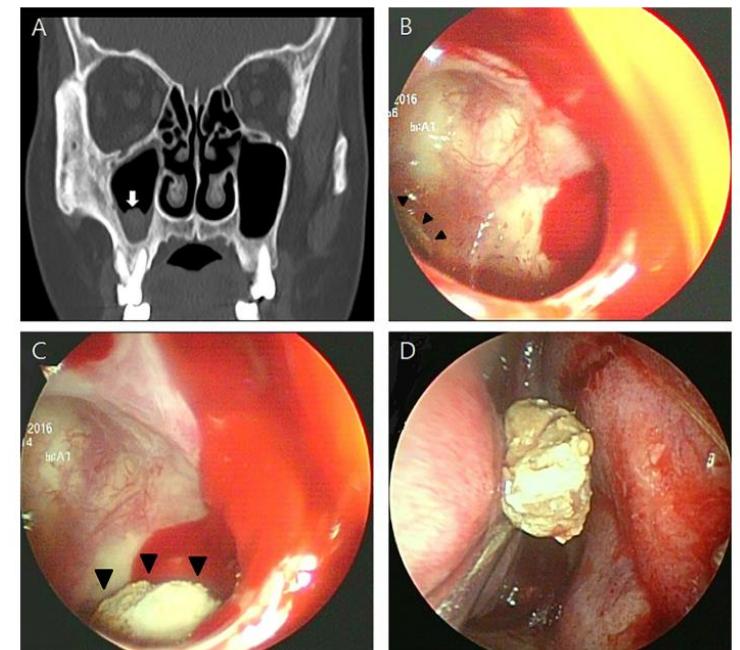
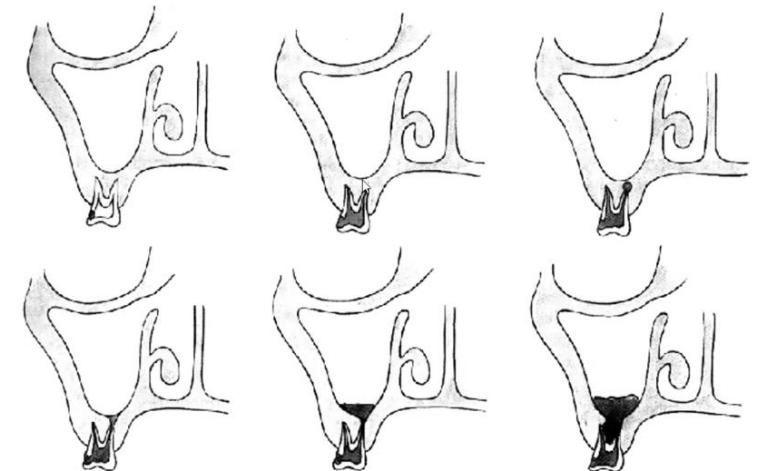
Mécanisme de diffusion de l'infection de la dent au sinus

Sinusite dentaire (odontogène)

- Y penser si symptômes de sinusite et:
 - Symptômes unilatéraux sous-orbitaires
 - Pas d'IVRS au préalable
 - Odeur fétide (cacosmia)
 - Douleur dentaire peut être absente
- 2aire à une pathologie dentaire infectieuse (abcès dentaire, péri-apicalite) ou intervention dentaire
- Indication à réaliser un **CT de la face**
- Traitement: prise en charge cause dentaire + amoxicilline-clavulanate

Sinusite fongique aspergillaire

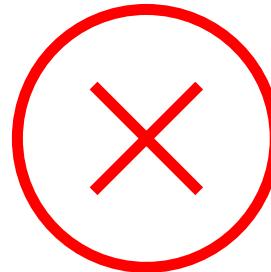
- Fungus ball: rhinosinusitis chroniques, traitement: excérèse
- Rhinosinusite aspergillaire allergique
- Sinusite aspergillaire invasive chez l'immunosupprimé



Patel NA et al, Curr Op in O&HNS 2012
Workman AD et al, Curr Op in O&HNS 2018
JH Lee et al Ear, Nose & Throat Journal 2019

A votre avis, quelles affirmations sont exactes

Le caractère purulent de la rhinorrhée est un critère de surinfection de la rhinite



« Lors des premiers jours d'une rhinopharyngite d'origine virale, les sinusalgies correspondent à une congestion des méats sinusiens, sont d'origine virale et sont le plus souvent spontanément résolutives. **L'aspect puriforme de la rhinorrhée est habituel pendant quelques jours et ne correspond pas à une surinfection bactérienne, mais à la présence de cellules dans les sécrétions nasales due à la détersion muqueuse.** »

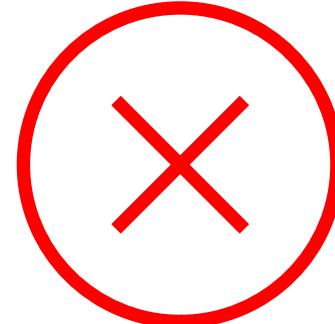
Recommandations françaises de 2011 « Recommandations de bonne pratique: Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant »

MAIS rhinorrhée purulente LR 1.2 – 2.1 d'une sinusite bactérienne, surtout si évolution biphasique

Gwaltney and al, CID 2004, TJ Autio et al, Laryngoscope 2015, Lindbaek et al, Br J AAO-HNSF — Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis Update (2025)

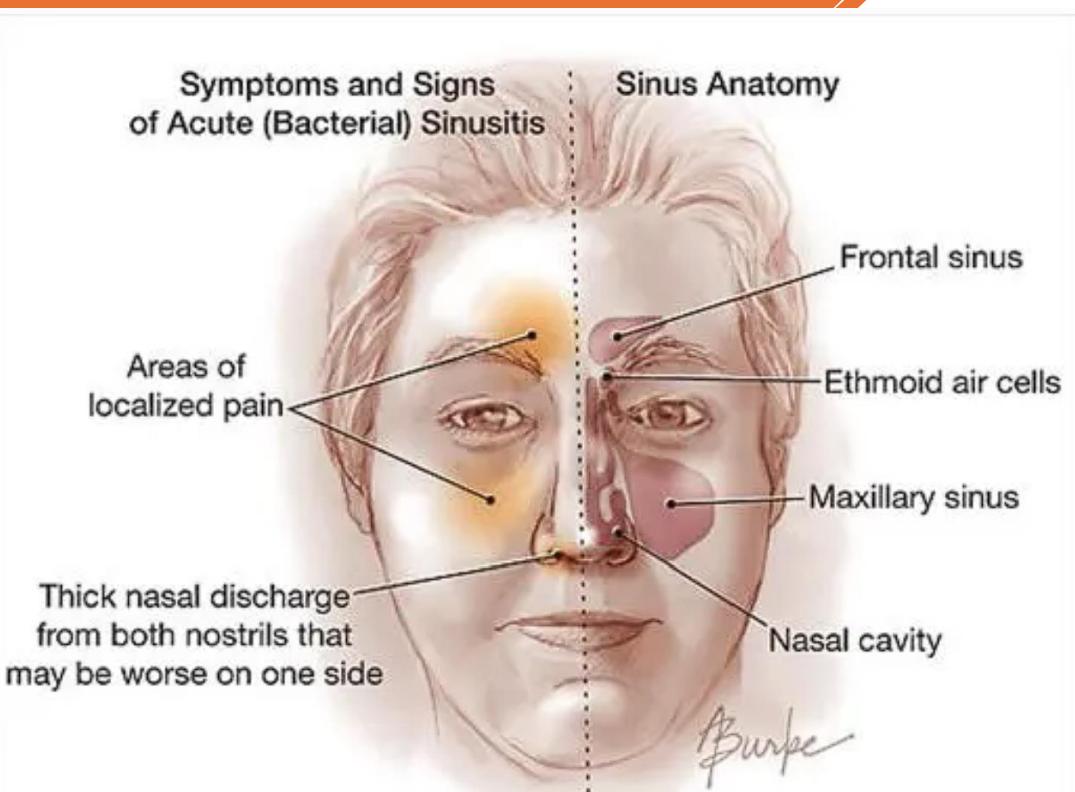
A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes

La fièvre est un argument en faveur d'une origine bactérienne

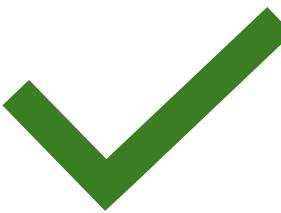


Sensibilité: environ 50%
Spécificité: environ 50%

A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes



Les douleurs sont un élément important dans la sinusite



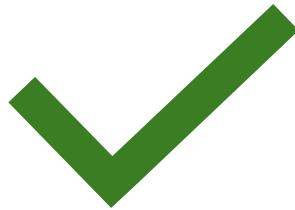
- Augmentées par position penchée en avant
- Augmentées en fin de journée et la nuit
- Unilatérales ou bilatérales
- Pulsatiles
- Localisation

Symptomatologie en fonction de la localisation

Localisation	Symptômes
Maxillaire	<ul style="list-style-type: none">• Douleur infra orbitaire unilatérale ou bilatérale avec augmentation lorsque la tête est penchée en avant ; parfois pulsatile et maximale en fin d'après midi et la nuit
Frontale	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée sus-orbitaire
Ethmoïdale	<ul style="list-style-type: none">• Comblement de l'angle interne de l'oeil, oedème palpébral• Céphalée rétro orbitaire
Sphénoïdale	<ul style="list-style-type: none">• Céphalée rétro-orbitaire permanente, irradiant au vertex, pouvant simuler par son siège, son intensité et sa permanence une douleur d'hypertension intracrânienne.• Écoulement purulent sur la paroi pharyngée postérieure (siège très postérieur de l'ostium de drainage sinusien) visible à l'abaisse-langue

A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes

< 2% des rhino-sinusites se transforment en sinusite
bactérienne

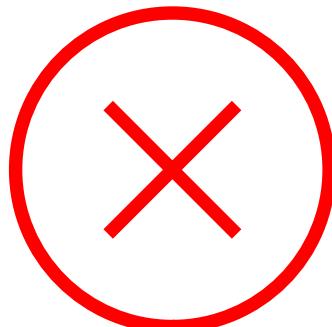


Dans 0.5 – 2% des IVRS chez l'adulte et 5% des IVRS de l'enfant

AM Harris et al 2016, Annals of Internal Medicine

A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes

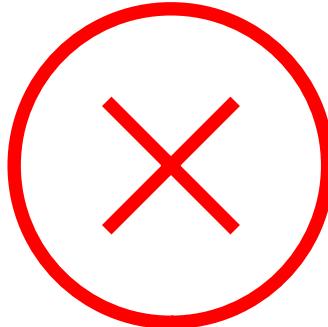
Il est dangereux de passer à côté d'une sinusite bactérienne maxillaire



L'énorme majorité des complications graves proviennent de sinusitis éthmoidales, frontales ou sphénoïdales pour des raisons anatomiques

A votre avis,
quelles
affirmations sont
exactes

Une sinusite bactérienne nécessite toujours un
traitement antibiotique



American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNSF) — Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis Update (2025)

Table 3. Summary of Guideline Key Action Statements

Statement	Action	Strength
Ia. Differential diagnosis	Clinicians should distinguish presumed acute bacterial rhinosinusitis (ABRS) from acute rhinosinusitis caused by viral upper respiratory infections and noninfectious conditions. A clinician should diagnose ABRS when (a) symptoms or signs of acute rhinosinusitis (purulent nasal drainage accompanied by nasal obstruction, facial pain-pressure-fullness, or both) persist without evidence of improvement for at least 10 days beyond the onset of upper respiratory symptoms, or (b) symptoms or signs of acute rhinosinusitis worsen within 10 days after an initial improvement (double worsening). Clinicians should not obtain radiologic imaging for patients who meet diagnostic criteria for ARS, unless a complication or alternative diagnosis is suspected.	Strong recommendation
Ib. Radiologic imaging and ARS	Clinicians may recommend analgesics, topical intranasal steroids, and/or nasal saline irrigation for symptomatic relief of VRS. Clinicians may recommend analgesics, topical intranasal steroids, and/or nasal saline irrigation for symptomatic relief of ABRS.	Recommendation (against)
2. Symptomatic relief of VRS	Clinicians should offer watchful waiting (without antibiotics) for adults with uncomplicated ABRS with assurance of follow-up. The duration of watchful waiting may depend on the factors and timing under which the diagnosis was originally made.	Option
3. Symptomatic relief of ABRS		Option
4. Initial management of ABRS		Recommendation
5. Choice of antibiotic for ABRS	If a decision is made to treat ABRS with an antibiotic agent, the clinician should prescribe amoxicillin with or without clavulanate as first-line therapy for 5-7 days for most adults.	Recommendation
6. Treatment failure for ABRS	If the patient fails to improve or worsens despite being on an appropriate antibiotic for 3-5 days, the clinician should reassess the patient to confirm ABRS, exclude other causes of illness, and detect complications. If ABRS is confirmed, the clinician should change the antibiotic.	Recommendation

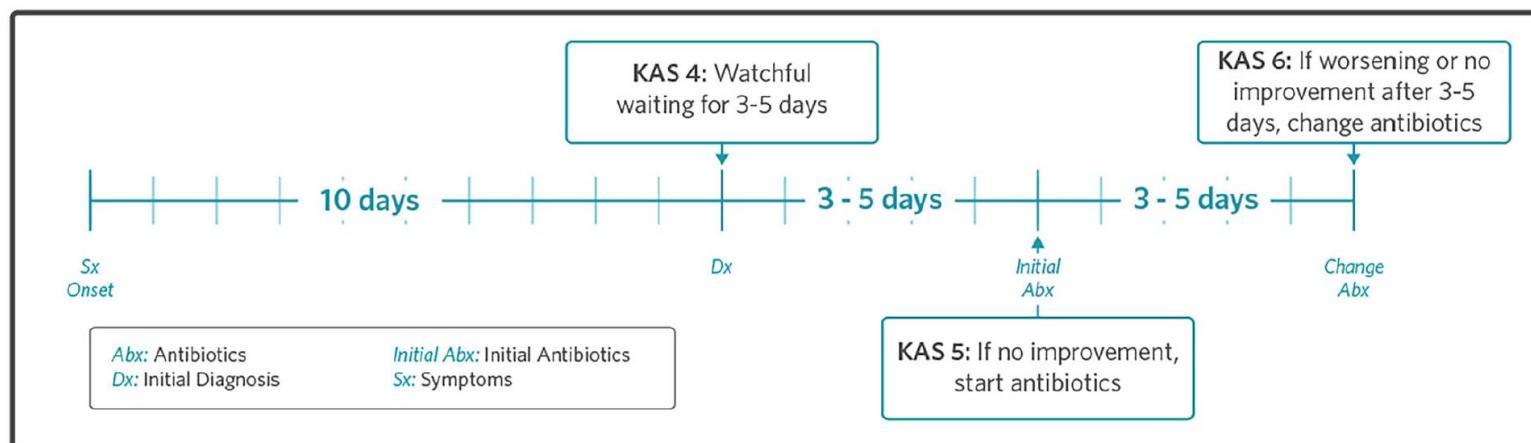


Figure 3. Timeline of watchful waiting.

Watchful waiting si:

- Sinusite sans complications
- Possibilité follow-up à 48h
- Pas de facteurs de risque (âge, immunosuppression,...)

Take home message

- < 2% des (rhino)sinusites se transforment en sinusite bactérienne
- Diagnostic de sinusite bactérienne = Clinique (mais base sur des critères cliniques peu discriminants...)
- Dans la sinusite bactérienne aigue ambulatoire sans facteur de risque, pas de prélèvement bactériologique ou imagerie.
- Antibiothérapie probabiliste par amoxicilline dans la majorité des cas
- Watchful waiting ++ avec revaluation à 48h au cabinet
- < 1% des sinusites aigues qui se compliquent
- Attention aux situations particulières: patients immunosupprimés, signes cliniques de complication, suspicion de sinusite sphénoïdale, échec thérapeutique, sinusite chronique,... nécessitant des examens complémentaires et d'adresser le patient en ORL

Merci pour votre
attention

Questions?
alice.berger@hug.ch



HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

Infectious Diseases Society of America (IDSA) 2012

RECOMMENDATIONS

INITIAL TREATMENT

I. Which Clinical Presentations Best Identify Patients With Acute Bacterial Versus Viral Rhinosinusitis?

Recommendations. 1. The following clinical presentations (any of 3) are recommended for identifying patients with acute bacterial vs viral rhinosinusitis:

i. Onset with *persistent* symptoms or signs compatible with acute rhinosinusitis, lasting for ≥ 10 days without

any evidence of clinical improvement (strong, low-moderate);

ii. Onset with *severe symptoms* or signs of high fever ($\geq 39^{\circ}\text{C}$ [102°F]) and purulent nasal discharge or facial pain lasting for at least 3–4 consecutive days at the beginning of illness (strong, low-moderate); or

iii. Onset with *worsening* symptoms or signs characterized by the new onset of fever, headache, or increase in nasal discharge following a typical viral upper respiratory infection (URI) that lasted 5–6 days and were initially improving (“double-sickening”) (strong, low-moderate).

- > 10 jours de symptômes sans amélioration
- Symptômes sévères > 3 -4 jours: Fièvre $> 39^{\circ}\text{C}$, écoulement purulent, douleur faciale importante
- Évolution biphasique

