

Coordination scientifique : Pr Gilles Devouassoux (pneumologue, Lyon), Pr Laurent Guillemainault (pneumologue, Toulouse), Pr Olivier Malard (ORL, Nantes), Pr Jean-François Papon (ORL, Le Kremlin-Bicêtre), Pr Cécile Rumeau (ORL, Nancy)

Bilan de la polypose nasosinusienne (PNS) et les grandes étapes de la prise en charge

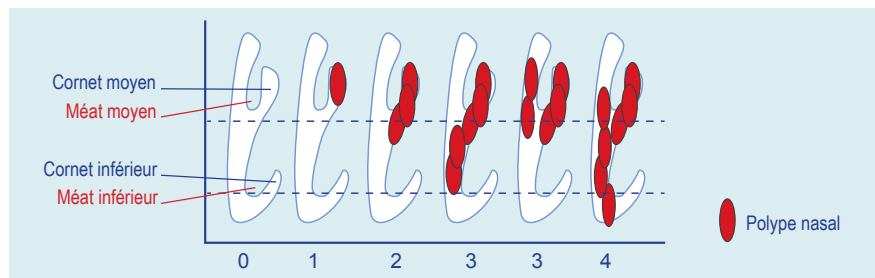
Quel bilan de la PNS ?

L'endoscopie nasale

L'endoscopie nasale est incontournable, elle établit le diagnostic. Il est recommandé de se baser sur une endoscopie renouvelée après 6 à 12 semaines de traitement bien conduit pour évaluer la sévérité de la PNS.

Elle explore la cavité nasale, méat moyen, cavité sphéno-ethmoïdale et l'espace rétronasal. Elle permet d'identifier l'œdème, le pus et/ou polypes et leur taille. Certains signes endoscopiques orientent vers une autre étiologie de rhinosinusite chronique diffuse (la présence de pus, l'aspect atypique des polypes).

| Score | Taille de polypes |
|-------|---|
| 0 | Absence de polypes |
| 1 | Petits polypes dans le méat moyen ne dépassant pas le bord inférieur du cornet moyen |
| 2 | Polypes atteignant le dessous du bord inférieur du cornet moyen |
| 3 | Grands polypes atteignant le bord inférieur du cornet inférieur ou polypes situés au centre du cornet moyen |
| 4 | Grands polypes provoquant une obstruction complète de la cavité nasale inférieure |



La biologie

La recherche d'une allergie peut être utile. En cas de sensibilisation, le traitement devra être discuté avec l'allergologue et l'ORL.

Le taux d'éosinophiles sanguins et éventuellement la recherche d'IgE totales permettent d'orienter le diagnostic vers une inflammation de type 2.

La biopsie est intéressante en peropératoire pour phénotypage. Une biopsie de polypes peut être réalisée sans douleur en consultation et peut apporter la preuve d'une hyperéosinophilie tissulaire.

Évaluations semi-quantitatives des symptômes et leur retentissement sur la qualité de vie

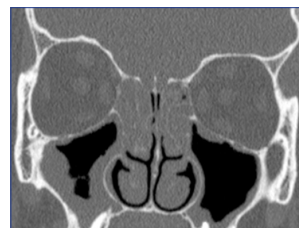
L'ensemble des symptômes sont évalués grâce à une échelle visuelle analogique (EVA) cotant de 0 à 10 (10 représentant le degré de sévérité le plus élevé possible).

- Niveau de sévérité **léger** [0-3]
- Niveau de sévérité **modéré** [3-7]
- Niveau de sévérité **sévère** [8-10]

Il existe des questionnaires spécifiques de qualité de vie adaptés aux sinusopathies chroniques. Ces questionnaires explorent plusieurs domaines. Le plus utilisé est un auto-questionnaire de 22 items : **Le SNOT-22** (Sino Nasal Outcome Test -22)¹

L'imagerie

Dans le cadre de la rhinosinusite chronique, le scanner reste l'examen d'imagerie de référence. Il est indiqué en cas d'échec (poursuite des symptômes et/ou endoscopie anormale) d'un traitement médical ou chirurgical approprié et dans le cadre d'un bilan pré-opératoire d'une chirurgie des sinus².



La place de l'olfactométrie

La perte de l'odorat est associée à la sévérité de la RSC, son évaluation subjective et objective est recommandée pour évaluer les performances olfactives et suivre son évolution.

Les tests les plus utilisés :

- **Sniffin'Sticks**^{®3} : Utile pour évaluer les performances olfactives d'un individu et en suivre l'évolution, il comporte 3 sous-tests : test de seuil, test d'identification et test de discrimination d'odeurs.
En pratique la réalisation uniquement des tests de seuil et d'identification peut suffire car permet de maintenir une même sensibilité et spécificité par rapport au test complet (TDI).
- **L'UPSIT** (University of Pennsylvania Smell Identification Test) est un test d'identification de 40 odeurs (score de réponses correctes variant de 0 à 40), prenant en compte les différences culturelles. Les réponses tiennent compte du sexe et de l'âge du sujet, il n'y a pas de consensus publié sur une différence minimale cliniquement pertinente. Il existe des versions courtes de l'UPSIT, comme le 12 item B-SIT, la durée de passation est d'environ 7 minutes.

La prise en charge de la PNS

L'objectif de la prise en charge thérapeutique de la PNS est de :

- Soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie ;
- Maintenir le contrôle de la maladie en visant une dose minimale efficace de corticostéroïdes et en évitant la chirurgie ;
- Retarder les complications et les récurrences.

Les corticostéroïdes locaux constituent le traitement de référence de la PNS. Lorsque celle-ci est sévère et les symptômes très importants, le recours à une corticothérapie systémique en cure courte peut être envisagé. Les antibiotiques ne sont utilisés qu'en cas de surinfection⁴.



Corticoïde intra-nasal

Chez les patients présentant des symptômes de niveau de sévérité léger EVA [0-3] ou modéré [3-7], les corticoïdes par voie nasale, associés à un lavage par solution saline, constituent le traitement de première intention.

Son impact est démontré sur la qualité de vie et les symptômes nasaux, et une réduction de la taille des polypes.

Le traitement au long cours est efficace et bien toléré chez les patients avec rhinosinusite chronique +/-PNS.

La dose minimale efficace devra être recherchée. Il n'y a pas de recommandation sur des plus forts dosages ou un mode de délivrance spécifique (gouttes, pulvérisations, rinçages).

Une réévaluation des symptômes est effectuée dans les 6 à 12 semaines après l'initiation d'un traitement.

En cas d'épistaxis : vérifier le mode d'administration, qui doit éviter de pulvériser la cloison nasale et diminuer la dose.

Trois molécules indiquées en France dans le traitement de la polyposse nasosinusienne⁵ :

- Le propionate de **fluticasone**
 - Traitement d'attaque : 400 µg par jour, soit 2 pulvérisations de 50 µg dans chaque narine 2 fois par jour, matin et soir.
 - Une fois le contrôle des symptômes obtenu (en général, après 1 à 2 mois), traitement d'entretien : 200 µg par jour, soit 2 pulvérisations de 50 µg dans chaque narine, une fois par jour le matin.
- Le furoate de **mométasone**
 - La dose initiale habituellement recommandée pour le traitement de la polyposse est de deux pulvérisations (50 microgrammes/pulvérisation) dans chaque narine une fois par jour (soit une dose journalière totale de 200 microgrammes).
 - Si les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés après 5 à 6 semaines, la posologie journalière peut être augmentée à deux pulvérisations dans chaque narine, deux fois par jour (soit une dose journalière totale de 400 microgrammes).
- Le **budésonide**
 - La dose préconisée est de 256 µg en 2 prises par jour, soit 1 pulvérisation de 64 µg dans chaque narine 2 fois par jour (matin et soir).
 - La dose quotidienne peut être administrée en une prise par jour (soit 2 pulvérisations de 64 µg dans chaque narine) dans les formes peu sévères.



La corticothérapie orale

La dose cumulée ne doit pas dépasser 1 gramme/an⁵.

L'utilisation de corticostéroïdes systémiques (CSS) peut être utile en **cure courte de 5 à 10 jours, 1 à 2 fois par an² lorsque les symptômes sont sévères** (EVA [8-10]), ou le retentissement sur la qualité de vie est important ou en cas d'échec des corticostéroïdes locaux.

La **posologie** habituellement préconisée se situe autour de 1 (0,35 à 1,2) mg/kg/jour.

Le rythme du sevrage dépend principalement de la durée du traitement et de la dose de départ. Pour les cures courtes de moins de 10 jours, l'arrêt du traitement ne nécessite pas de décroissance.

Les **effets secondaires** d'une cure courte sont rares, des changements d'humeur, insomnies et désordres gastro-intestinaux sont rapportés. Le recours répété à des cures de CSS doit être limité afin d'éviter les complications potentiellement graves liées à cette classe thérapeutique à court et à long terme (ostéoporose, sepsis, hypertension, diabète, thrombose veineuse, fracture)^{6,7}.

Place de la chirurgie

Le recours à la chirurgie est recommandé en cas de persistance de symptômes sévères malgré un traitement médical bien conduit et de durée suffisante.

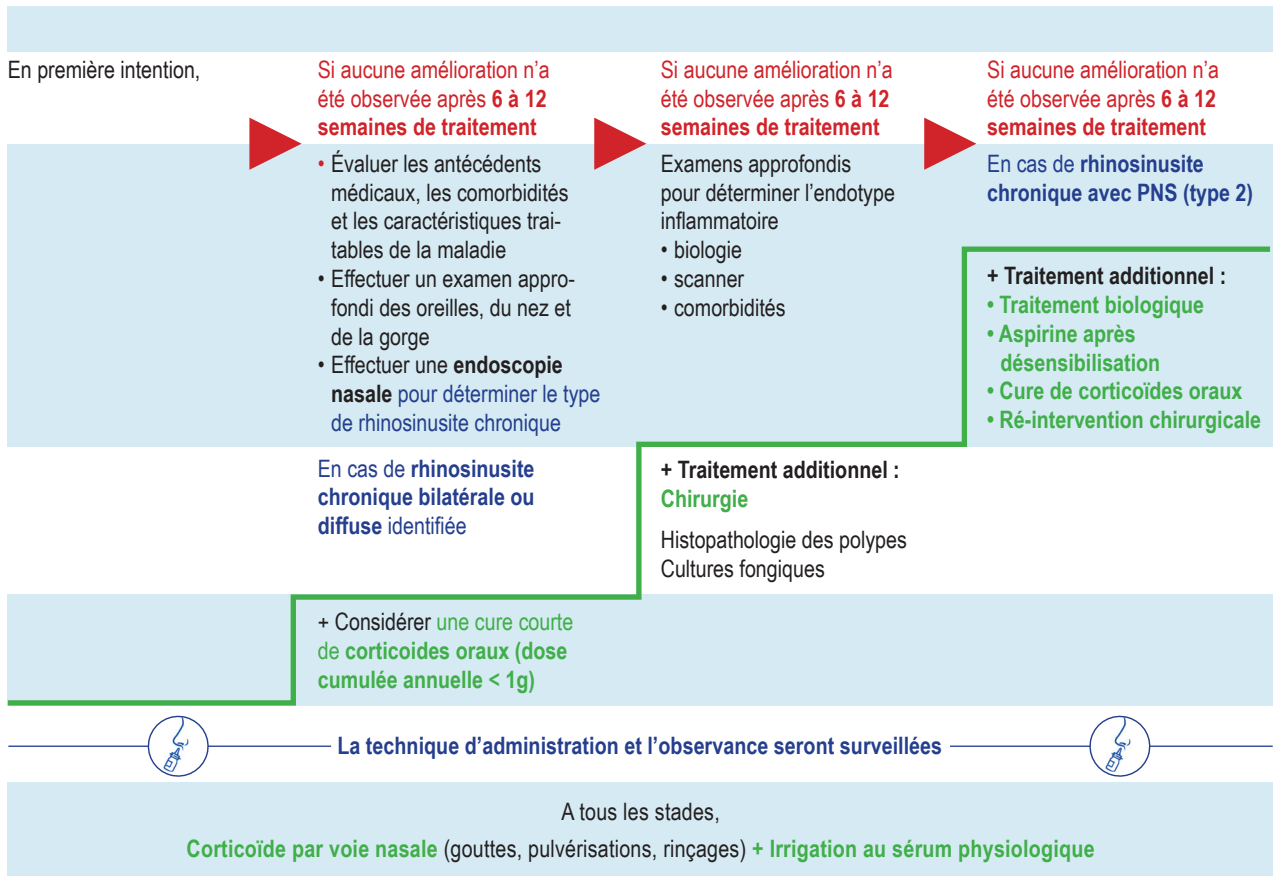
→ Voir la fiche spécifique - **Chirurgie**

Place de la biothérapie

En France, la place des biothérapies dans la stratégie thérapeutique de la PNS est le traitement additionnel aux corticostéroïdes par voie nasale pour les patients adultes ayant une polyposse nasosinusienne sévère insuffisamment contrôlés par des corticostéroïdes systémiques et par la chirurgie⁴.

→ Voir la fiche spécifique - **Biothérapie**

Algorithme de prise en charge de la rhinosinusite chronique avec PNS selon les recommandations de l'EPOS²



Adapté de Fokkens WJ *et al.* Rhinology. 2020;58 (Suppl S29):1-464; p28

Références

- de Dorlodot C, *et al.* Clin Otolaryngol. 2015 Feb;40(1):29-35.
- Fokkens WJ, *et al.* Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl S29):1-464.
- C. Rumeau, *et al.* Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 133 (2016) 183-186
- HAS Avis de Transparence Nucala-PNS Juin 2022 https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19632_NUCALA_PNS_PIC_AvisDef_EPI_CT19632.pdf
- Base de données publiques des médicaments – Mise à jour le 21 juillet 2022 – consulté le 17 août 2022 <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>
- Waljee AK *et al.* BMJ. 2017; 357: j1415.
- Winblad L *et al.* Rhinology 2017;55:195-201.