

SINUS LIB PS

(nom que vous pouvez utiliser dans vos dossiers pour y faire référence)

L'outil « Sinus Lib PS » a été développé sur 4 ans et est utilisé avec succès depuis 2 ans par notre groupe de médecins avec succès.

Une des raisons d'échec des systèmes en cours émane de la technique et du grand volume de liquide qui se rend mal dans l'oropharynx sans vous étouffer. De plus, les solutions hyperosmolaires, en général plus intéressantes que les iso-osmolaires selon les études, ne démarquent leur efficacité que si le contact avec la muqueuse est prolongé. Il est donc important d'avoir la bonne posture, de limiter la solution à 10 cc, de ne pas se moucher et de se pencher en arrière afin de permettre à la recette hyperosmolaire de s'écouler dans l'oropharynx.

Les études ont démontré que les solutions hyperosmolaires ont les effets suivants :

1. Améliorent la clairance mucociliaire (75% des cellules de surface de l'oropharynx sont faites de cellules vibratiles – 20 % sécrétoires – 5% basales).
2. Liquéfient le mucus.
3. Réduisent l'inflammation.
4. Évacuent les débris.
5. Concentration optimale (5%).
6. Pour ce qui est du biofilm, les études sont en cours.

Moteurs de recherche utilisés :

- MD Consult
- Dynamed
- Guides cliniques (CND et USA)
- Google Scholar

Mes observations :

1. Effets préventifs

Il y aurait un effet préventif, si utilisé très rapidement dès l'apparition de symptômes initiaux. Mon hypothèse est que la solution hyperosmolaire perturberait les mécanismes d'attaches des récepteurs viraux et empêcherait les virus de pénétrer à l'intérieur des cellules et par conséquent bloquerait leur réplication (virus ADN/ ARN).

2. Ronflements

Il y aurait un effet direct chez les ronfleurs présentant un « post nasal drip » chronique, si utilisé avant le coucher.

3. Technique pour cas résistants

a) Solution hyperosmolaire initiale (prévoir 15 min)

b) Suivi d'une solution iso-osmolaire composée de :

1 tasse d'eau bouillie (5 min) + ¼ c. thé (1.25 cc) de sel de table

Ajoutez : Pulmicort nébule (0.25 mg ou 0.5 mg)

n.b. : (*pulmicort = rhinocort aqueux = budésonide*)

On mélange le tout dans la seringue de 10 cc et on utilise la technique déjà décrite dans Sinus Lib PS.

c) Je suis à évaluer si l'utilisation de solutions aqueuses cortisonées, déjà sur le marché, utilisées avec la technique précédente (no. 3) serait plus simple que le nébule.

Mon hypothèse :

La déshydratation de la muqueuse suivie d'une réhydratation cortisonée prolongée semble donner des résultats intéressants pour les cas rebelles.

4. Singulair (Montelukast)

Il fait partie des guides cliniques. Peu d'études y sont associées.

Il demeure une approche intéressante pour les patients qui ne répondent pas à la thérapie usuelle (lavage/jet cortisoné) ou qui ont une phobie à toute utilisation de liquide intranasal. Évidemment la présence d'un terrain atopique avec asthme augmentera vos chances de réponse.

Pour toute clientèle confondue, comptez un minimum de 6 mois d'utilisation avant d'observer une réponse suffisante dans le cas d'une rhinorrhée chronique (une seule étude portant sur 12 mois a confirmé l'importance du temps (6 mois).

Cette approche m'a permis d'obtenir des succès surprenants grâce à la persistance dans la prise médicamenteuse.

5. Notes cliniques particulières

5.1 Les patients présentant des infections à répétition avec crise d'asthme ont souvent un phénomène en cascade qu'on recueille à l'histoire :

- a) céphalée frontale (24 à 48 h) souvent légère à modérée
- b) pharyngite marquée
- c) post-nasal drip associé ou non à une légère laryngite.

Le gourmage n'est pas toujours perçu par le patient. Il faut le questionner.

Particulièrement pour les patients affublés d'un problème chronique, ils ne le perçoivent pas comme un symptôme anormal et s'y sont adaptés.

- d) le tout est suivi d'une trachéo-bronchite avec asthme secondaire.

L'utilisation du Sinus Lib PS aux stades initiaux sur ce type de clientèle a souvent fait avorter la cascade infectieuse selon mes observations cliniques.

Explication biomécanique :

La description biomécanique est simple à visualiser :

Début de sinusite avec écoulement mucopurulent, atteinte du pharynx suivie d'une fermeture inadéquate de l'épiglotte et essaimage de particules purulentes sur les cordes vocales le tout suivi d'une extension trachéobronchique et asthme (rechercher à l'examen de l'oropharynx l'écoulement souvent unilatéral mucopurulent).

6. La toux chronique

Votre diagnostic différentiel comporte en général l'asthme, le reflux gastro-œsophagien, les néoplasies, les infections, les maladies industrielles et autres...

Vous devriez intégrer dans vos hypothèses les sécrétions postérieures qui se manifestent selon la chronologie suivante :

- a) une toux initiale d'environ 1h qui apparait au coucher.

Explication biomécanique :

En décubitus dorsal, la vidange des sinus se fait initialement. Toutefois, les symptômes sont plus fréquents en aigüe qu'en chronique.

- b) Réapparition de la toux vers 3-4 h du matin avec ou sans sensation d'étouffement.
Le conjoint notera à l'occasion des ronflements auparavant inexistantes.

Explication biomécanique :

Déshydratation des sécrétions mucoïdes et l'accumulation de ces dernières autour de l'épiglotte explique cette cascade de symptômes.

- c) Dans le jour, le patient va surtout se plaindre d'une toux sèche récurrente avec ou sans sécrétions. Les épisodes de gorgement le soulageant, il ne le perçoit pas comme faisant partie du problème. Il faut un questionnaire serré et parfois recueillir l'observation de la famille pour l'objectiver.

Pierre Shebib, MD

Décembre 2014