

- Abner, 7 ans- pas ATCDS
- Fièvre depuis 4 jours, max à 38.5° C.
- Odynophagie depuis 3 jours.
- Amoxy depuis 48h
- Depuis J-1: : mâchoire bloquée, a du mal à ouvrir sa bouche.
Difficulté à manger.

Examen ORL

Tympan sains
Tumefaction paraamygdalienne droite
Luette n'est pas dévié, mais palais supérieure est bombé

Pas de trismus, pas de limitation de mobilisation du cou

Aires ganglionnaires

Tumefaction cervicale antérieure d'1 cm de diamètre, derme, pas de rougeur, pas de chaleur associé, douleur la palpation

SECTEURS:CH,HE_NUMERATION,HE_CYTOLOGIE,CH_AUTO,CH_CALCUL

DONNEES CLINIQUES:

CRP/VS

CRP	+	53.45	mq/L	< 5.00	✓	26/02/2024 19:51 (V)
-----	---	-------	------	--------	---	----------------------

CYTOLOGIE HEMATOLOGIQUE

HEMOGRAMME

Hémoglobine	-	10.6	g/dL	11.5 - 14.5	✓	26/02/2024 19:31 (V)
Erythrocytes x 10 ⁶	-	3.830	/μL	4.000 - 5.300	✓	26/02/2024 19:31 (V)
Hématocrite	-	31.9	%	33.0 - 43.0	✓	26/02/2024 19:31 (V)
M.C.V. (Volume globulaire moyen)		83.3	μm ³	76.0 - 90.0	✓	26/02/2024 19:31 (V)
M.C.H. (Poids Hgb/GR)		27.7	pg	27.5 - 34.0	✓	26/02/2024 19:31 (V)
M.C.H.C. (Conc Hgb/GR)		33.2	g/dL	32.0 - 36.5	✓	26/02/2024 19:31 (V)
R.D.W.(Index d'anisocytose)		11.9	%	11.5 - 14.5	✓	26/02/2024 19:29 (V)
Leucocytes x 10 ⁹	+	21.65	/μL	4.00 - 12.00	✓	26/02/2024 19:51 (V)

Formule absolue automatisée

Neutrophilie abs. x 10 ⁹		En cours	/μL	1.500 - 8.500	-	26/02/2024 19:18 (P)
Neutrophilie abs. provisoire x 10 ⁹		15.940	/μL		-	26/02/2024 19:21 (C)

Ce résultat est susceptible de modification suite à un contrôle microscopique

Lymphocytose abs. x 10 ⁹		En cours	/μL	1.500 - 6.500	-	26/02/2024 19:18 (P)
Monocytose abs. x 10 ⁹		En cours	/μL	0.200 - 1.000	-	26/02/2024 19:18 (P)
Eosinophilie abs. x 10 ⁹		En cours	/μL	0.000 - 0.700	-	26/02/2024 19:18 (P)
Basophilie abs x 10 ⁹		En cours	/μL	0 - 0.2	-	26/02/2024 19:18 (P)

Formule relative automatisée

Neutrophiles		En cours	%	38.0 - 71.0	-	26/02/2024 19:18 (P)
Lymphocytes		En cours	%	28.0 - 54.0	-	26/02/2024 19:18 (P)
Monocytes		En cours	%	2.0 - 12.0	-	26/02/2024 19:18 (P)
Eosinophiles		En cours	%	1.0 - 6.0	-	26/02/2024 19:18 (P)
Basophiles		En cours	%	0.0 - 2.0	-	26/02/2024 19:18 (P)
Plaquettes x 10 ⁹		441	/μL	150 - 450	✓	26/02/2024 19:31 (V)
M.P.V. (Volume plaquettaire moyen)	-	8.4	μm ³	9.4 - 12.4	✓	26/02/2024 19:29 (V)





Scanner cou

Motif : suspicion d'un abcès rétropharyngé

Résultats :

Tuméfaction de l'amygdale à droite avec présence d'une collection mesurant 17 x 26 x 29 mm en axiale, antéropostérieur et craniocaudale.

Respect de l'espace parapharyngé.

Présence d'adénomégalie au niveau de station IIa bilatéralement surtout du côté droit.

Perméabilité vasculaire.

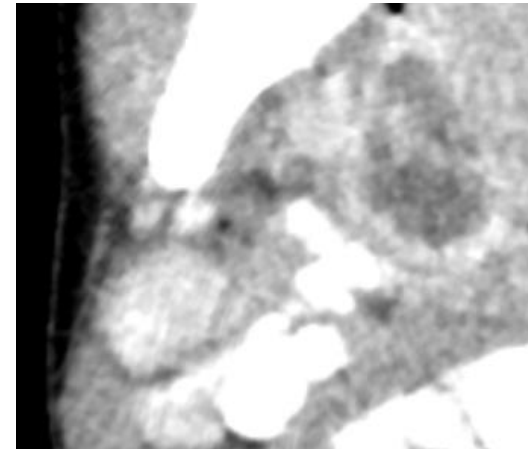
Comblement complet des sinus maxillaires sphénoïdaux et ethmoïdaux bilatéralement.

Conclusion :

Abcès amygdalien à droite associée à des adénomégalies

le long des axes jugulocarotidiens bilatéralement.

Pansinusopathie.



Symtômes et complications de l'angine à GAS



Symptômes de l'angine
Douleur (2/3 à 3 jours),
Fièvre



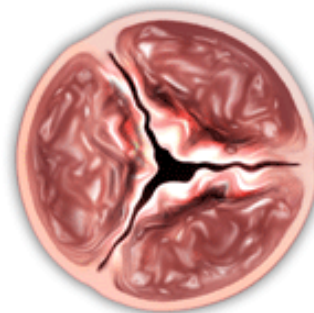
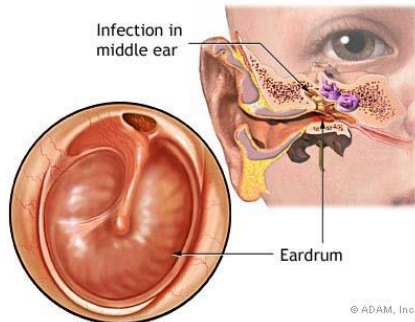
Complications suppurées locales
Abscess amygdalien (< 0,06%), OMA (0,7%)



Complications toxiques
Choc toxi-infectieux, scarlatine
rares



Complications non suppuratives
RAA (exceptionnel), GNA (rare)



! Dans nos régions



A Vergison

Symptômes et complications de l'angine à GAS : prévention Ab



Symptômes de l'angine
Douleur (2/3 à 3 jours),
Fièvre



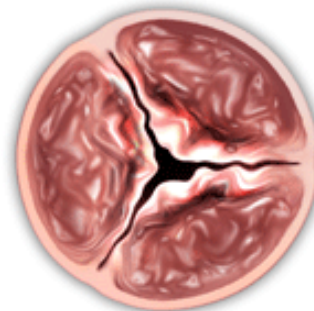
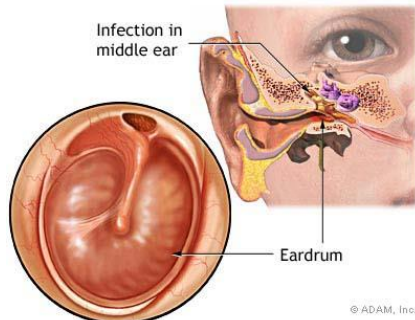
Complications suppurées locales
Abscess amygdalien (< 0,06%), OMA (0,7%)



~~Complications toxiques
Choc toxi-infectieux, scarlatine
rares~~



~~Complications non suppuratives
RAA (exceptionnel), GNA (rare)~~



! Dans nos régions



A Vergison

Laure 2,5 ans temp récidivante

- Fièvre récidivante depuis les premiers mois de vie
- Les fièvres surviennent 1 a 2 fois par mois
- Pas d'effet de saison
- Cures répétées d'AB (le plus souvent Clamoxyl)
- Etiologie retenue pour les épisodes de fièvre: le plus souvent IVRS dont angine
- Biologie réalisée dans le passé hors d'un des épisodes: leucocytose normale.
- Pas d'autre bilan réalisé

Cas clinique

Evolution de l'affection (1)

- Laure consulte en salle d'urgences pour fièvre élevée avec AEG.
- D réalisé en salle d'urgences: angine
- Bio: Leucocytose a 12800 (55% de neutrophiles) CRP: 86 mgr/l
- Frottis de gorge: stérile
- Evolution et traitement: Laure est restée fébrile jusqu'au 19/03. Pas d'antibiothérapie. Evolution spontanément favorable.

Cas clinique

Evolution de l'affection (2)

- Laure retourne en salle d'urgences 1 mois après pour fièvre (pics jusqu'à 40) depuis le 21/04 avec frissons et mauvaise réponse aux antipyrétiques.
- Elle est abattue lors des pics fébriles mais conserve un bon état général quand la fièvre diminue.
- Deux épisodes de vomissements, pas de diarrhées.
- Ex clinique: pharynx érythémateux, deux petits gglns cervicaux ant, aphtes buccaux.

Bilan réalisé en recherche d'une étiologie infectieuse (lors d'une poussée fébrile)

- Biologie:
- CRP: 130 mgr/l, VS:103 mm/h
- Hb: 10.5 g/dl, Hc:28%, VGM: 81 μ l
- GB: 17700/mm³ (N:67%, Ly:23%)
- PLT: 307000
- Ferritine: 121 μ g/l (nl:15 à 120)
- fonction rénale, hépatique: normal

Bilan réalisé en recherche d'une étiologie infectieuse (lors d'une poussée fébrile)(2)

- Hémocultures (2): stériles.
- Frottis de gorge: flore commensale.
- SUCU: -
- RX thorax: pas de foyer
- AET: flore salivaire
- Avis ORL: pas d'OMA. Angine érythémato-pultacée.
- Echo abdo-rénale: non contributive
- Sérologie EBV, CMV: -
- Bilan immunitaire: IgA, IgM, IgG, sous classes IgG: nles. Ac antipneumocoques: 11U.(significatif).

PFAPA: Fièvre périodique, aphtous stomatites, pharyngites et adenitis

- Chez les enfants < 5 ans (4.2+/- 2.7)
- Episodes de fièvre > 39 pendant 3-6jours
- Accompagnes de:
 - Adénopathies cervicales (80%, < 5ml, autres que cervicales non typiques
 - Pharyngite (72%, modérée, non exudative), culture gorge -
 - Stomatite aphteuse (70%, < 5mm, non ou peu douloureuses)
 - Autres: céphalées, D abdominales modérés, nausées, arthralgies

PFAPA: Fièvre périodique, aphtous stomatites, pharyngites et adenitis

- TBEG entre les épisodes, bonne croissance, pas de perte de poids, ENFANTS SAINS.
- Biologie: leucocytose, CRP et VS , normale entre les épisodes.
- Caractéristique de cette entité:
 - Episodes sont PONCTUELLEMENT périodiques
 - Plainte principale: fièvre très élevée
 - Non réponse aux antiypyrétiques classiques ni aux Ab, réponse **dramatique à dose unique corticostéroïde**
 - Amygdalectomie**

EVA 3ans

- Avis pour température récidivante depuis âge de 9 mois

11.01.2012.

Année 2014

Janvier							Février							Mars							Avril												
Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim		
1							11	5							1	2	9							1	2	14							6
2	6	7		1	2	3	4	6	3	4	5	6	7	8	9	10	3	4	5	6	7	8	9	15	7	8	9	10	11	12	13		
3	13	14	15	16	17	18	19	7	10	11	12	13	14	15	16	11	10	11	12	13	14	15	16	16	14	15	16	17	18	19	20		
4	20	21	22	23	24	25	26	8	17	18	19	20	21	22	23	12	17	18	19	20	21	22	23	17	21	22	23	24	25	26	27		
5	27	28	29	30	31			9	24	25	26	27	28			13	24	25	26	27	28	29	30	18	28	29	30						
Mai							Juin							Juillet							Août												
Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim		
18				1	2	3	4	22							1	27							6	31							3		
19	5	6	7	8	9	10	11	23	2	3	4	5	6	7	8	28	7	8	9	10	11	12	13	32	4	5	6	7	8	9	10		
20	12	13	14	15	16	17	18	24	9	10	11	12	13	14	15	29	14	15	16	17	18	19	20	33	11	12	13	14	15	16	17		
21	19	20	21	22	23	24	25	25	16	17	18	19	20	21	22	30	21	22	23	24	25	26	27	34	18	19	20	21	22	23	24		
22	26	27	28	29	30	31		26	23	24	25	26	27	28	29	31	28	29	30	31				35	25	26	27	28	29	30	31		
27								27	30																								
Septembre							Octobre							Novembre							Décembre												
Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Sem	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim		
36	1	2	3	4	5	6	7	40							5	44							1	2	49	1	2	3	4	5	6	7	
37	8	9	10	11	12	13	14	41	6	7	8	9	10	11	12	45	3	4	5	6	7	8	9	50	8	9	10	11	12	13	14		
38	15	16	17	18	19	20	21	42	13	14	15	16	17	18	19	46	10	11	12	13	14	15	16	51	15	16	17	18	19	20	21		
39	22	23	24	25	26	27	28	43	20	21	22	23	24	25	26	47	17	18	19	20	21	22	23	52	22	23	24	25	26	27	28		
40	29	30						44	27	28	29	30	31			48	24	25	26	27	28	29	30	53	29	30	31						

Calendriers agendas : <http://www.calagenda.fr/calendriers.htm>

6 octobre → fièvre (le matin) 38

○ jours de fièvre.
jusqu'au 2/12: 72 jours de fièvre.

« Angine -pharyngite » récidivante

- Faire frottis
- Si frottis négatif: calendrier= penser syndrome de PFAPA ou Marchal

Edward 3 ans

- J-4 :T°-puis gonflement cervical-dysphagie: envoyé par MT pour adénite cervicale aiguë
- Adénite cervicale 2 cm
- Bio: 34.000 neutro-CRP 99mg/l
- Echo J0: adénite 1x2 cm non abcédée
- Amoxy-Clav IV: pas amélioration- torticolis

CT à J+2



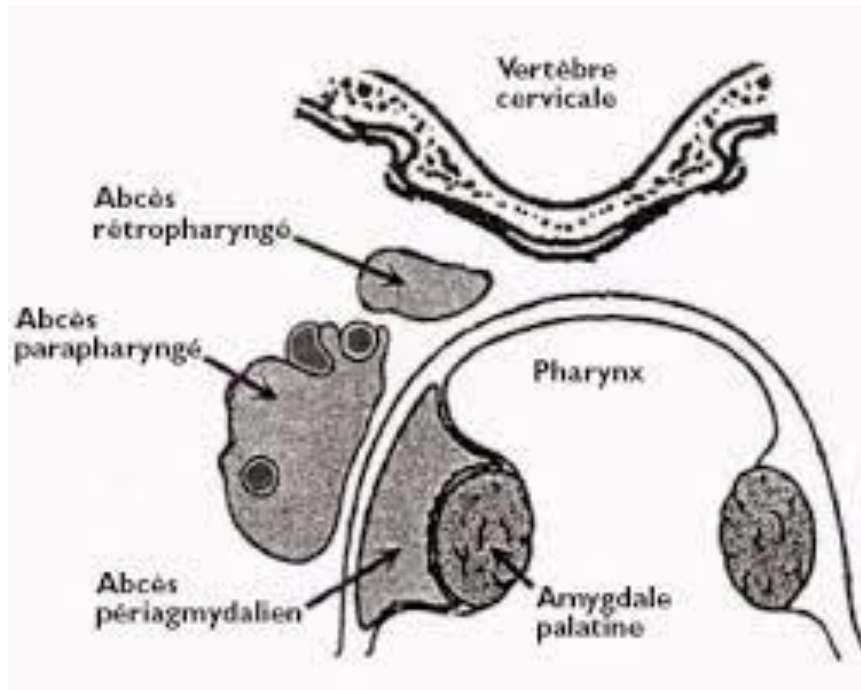
Abcès rétropharyngé droit (15x18x14): indication drainage chirurgical abcès profond?

Adénite+torticolis: exclure abcès profond-limite de l'échographie

Adénite aiguë peut être associée ou évoluer vers abcès profond surtout enfant < 6 ans

Infections sévères

Abcès rétro,
latéro pharyngé



Abcès
périamygdalien
Asymétrie, douleur, dysphagie



Infections rétropharynx

- Abscès RP (rétro, latéro pharyngé)
- 2° IVRS, trauma , CE, post chirurgical, idiopathique
- 96% = < 6 ans
- ↑incidence = épiglottite 20° S
- SBHGA, S species, S aureus, anaérobies
- Complications: obstruction VR, fasciite nécrosante cervicale, médiastinite, pneumonie aspiration, thrombose jugulaire, anévrisme carotide
- Place du CT
- Traitement médical ± chirurgical

Figure 1 The incidence of inpatient admissions for retropharyngeal abscess by year from 1995 to 2006, showing steady linear rise in number of admissions (linear regression, $r^2 = 0.9720$).

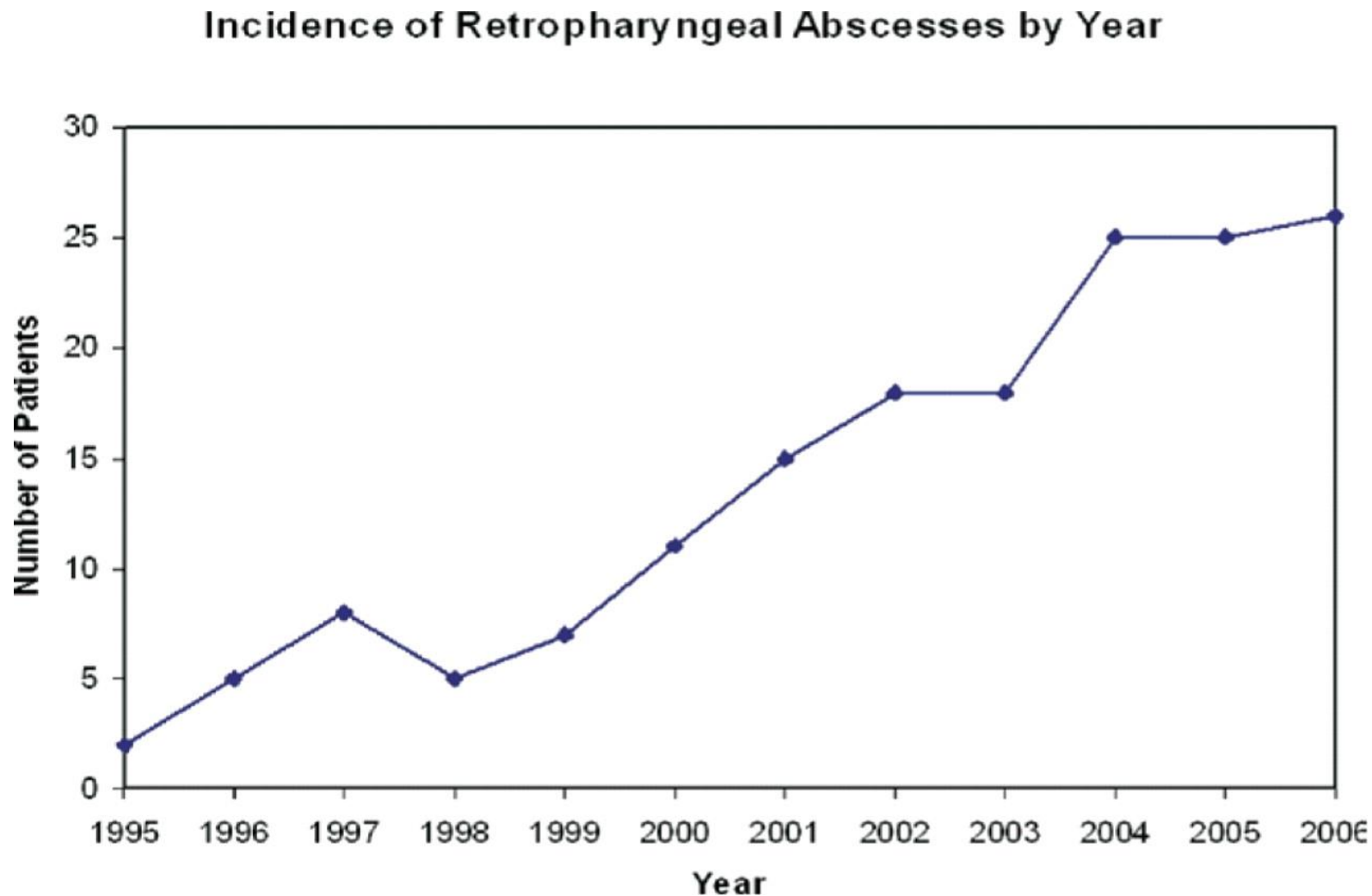


Figure 2 Age distribution of patients diagnosed with RPA.

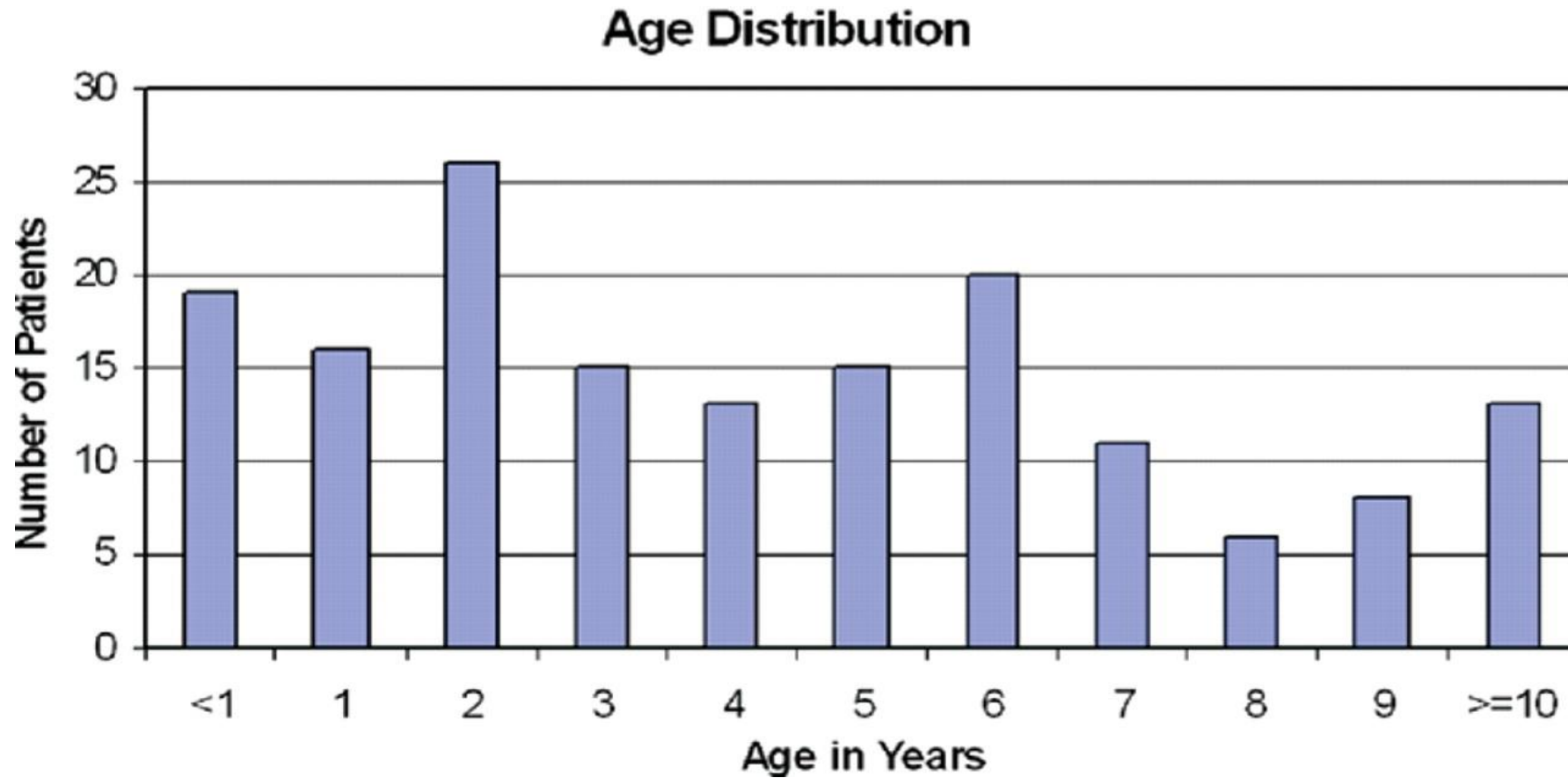


Figure 3 Prevalence of presenting symptoms for patients with RPA.

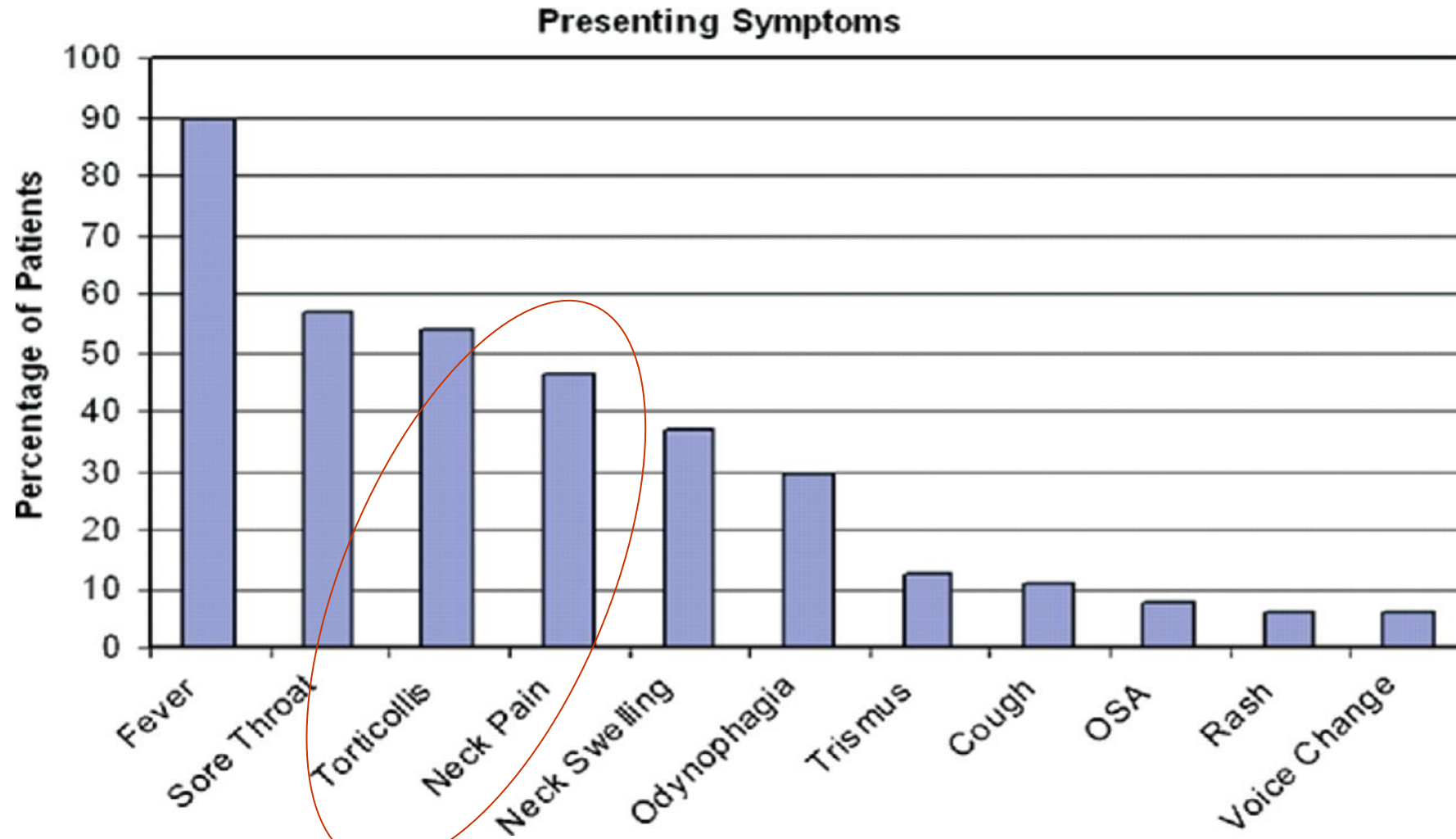


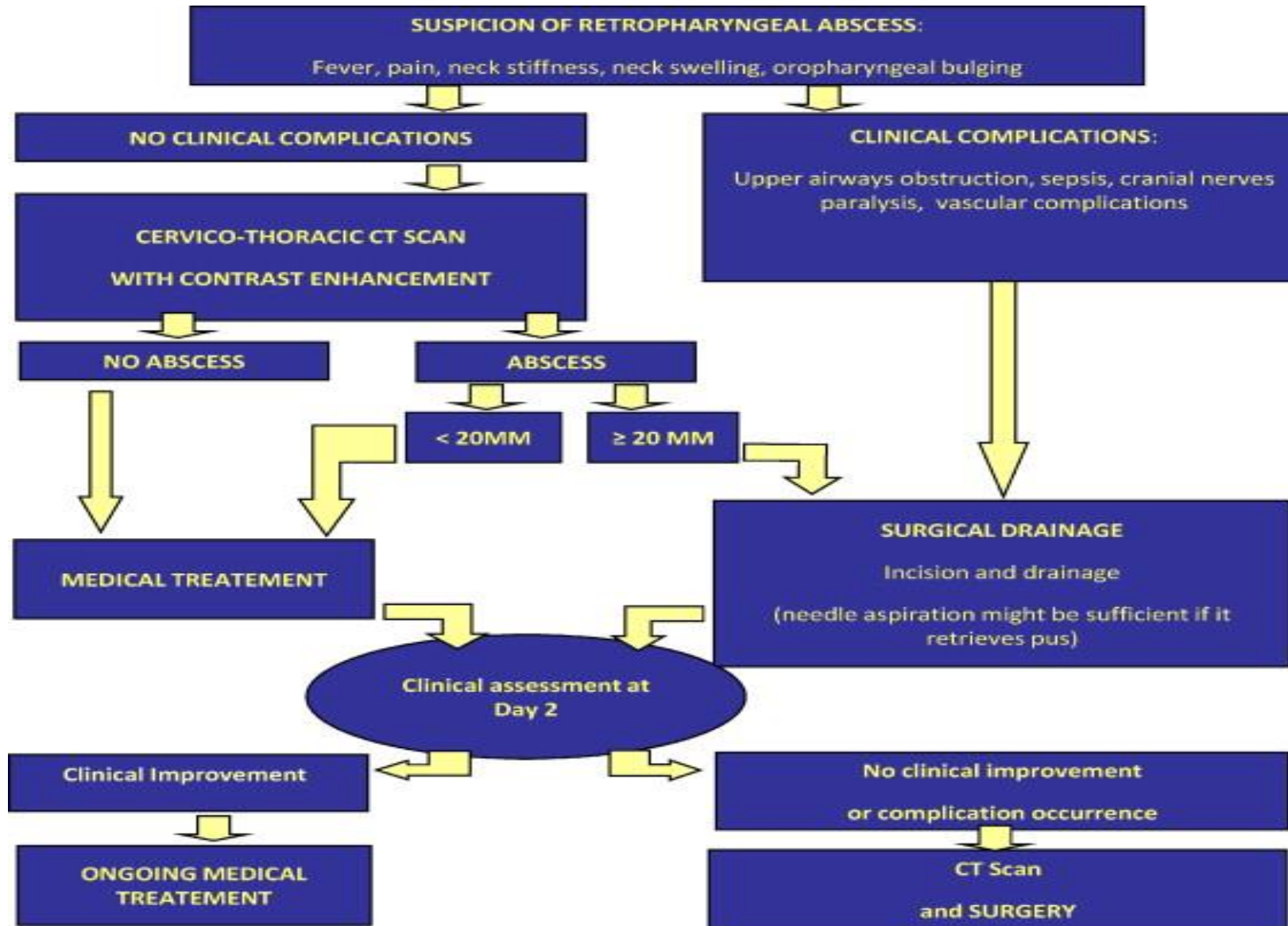
Table 3
Culture results from surgical drainage

Bacterial species	Number positive (%)
Group A b-hemolytic <i>Streptococcus</i>	54 (47)
Other <i>Streptococcus</i> spp.	85 (73)
<i>Staphylococcus aureus</i>	25 (22)
<i>Neisseria</i>	23 (20)
<i>Haemophilus</i>	18 (16)
Other species	34 (29)

Most cultures were polymicrobial, resulting in a total greater than 100%.

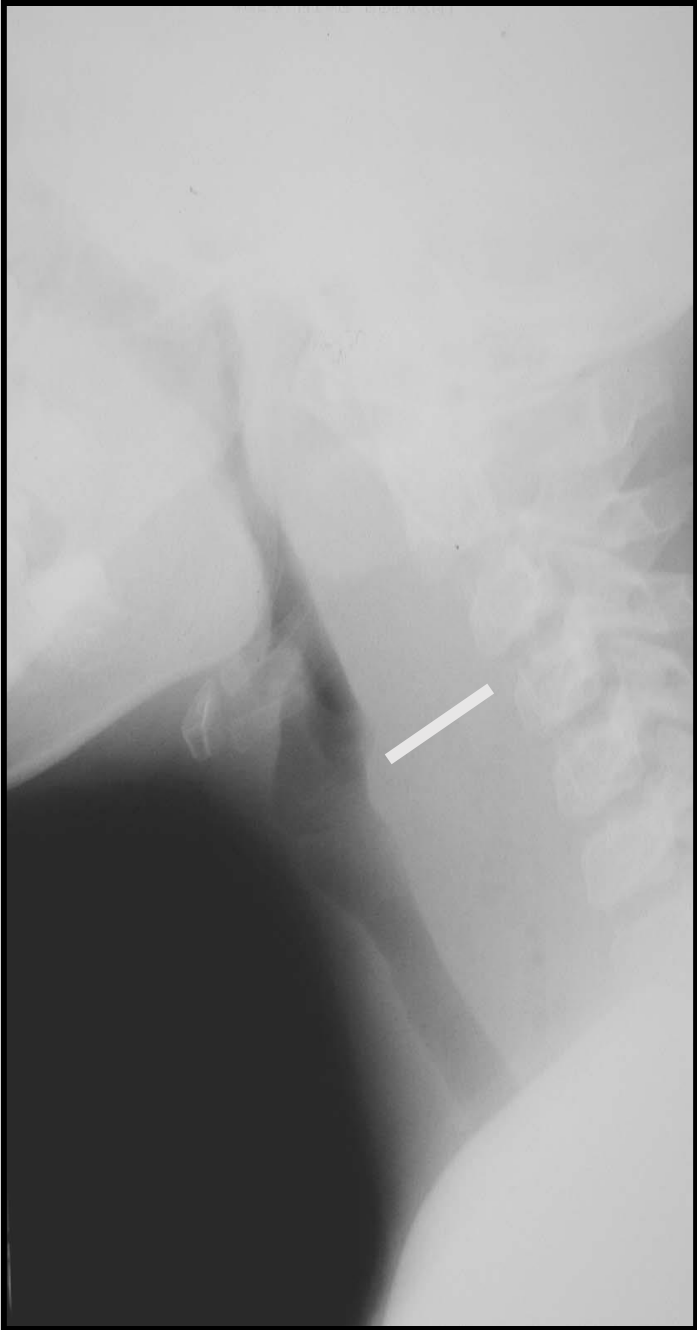
ARP

- Antibiothérapie IV: Amoxy-clav, C3 \pm clinda
- Chirurgical: discuter si ≥ 20 mm , formes sévères (obstruction VR, ...)

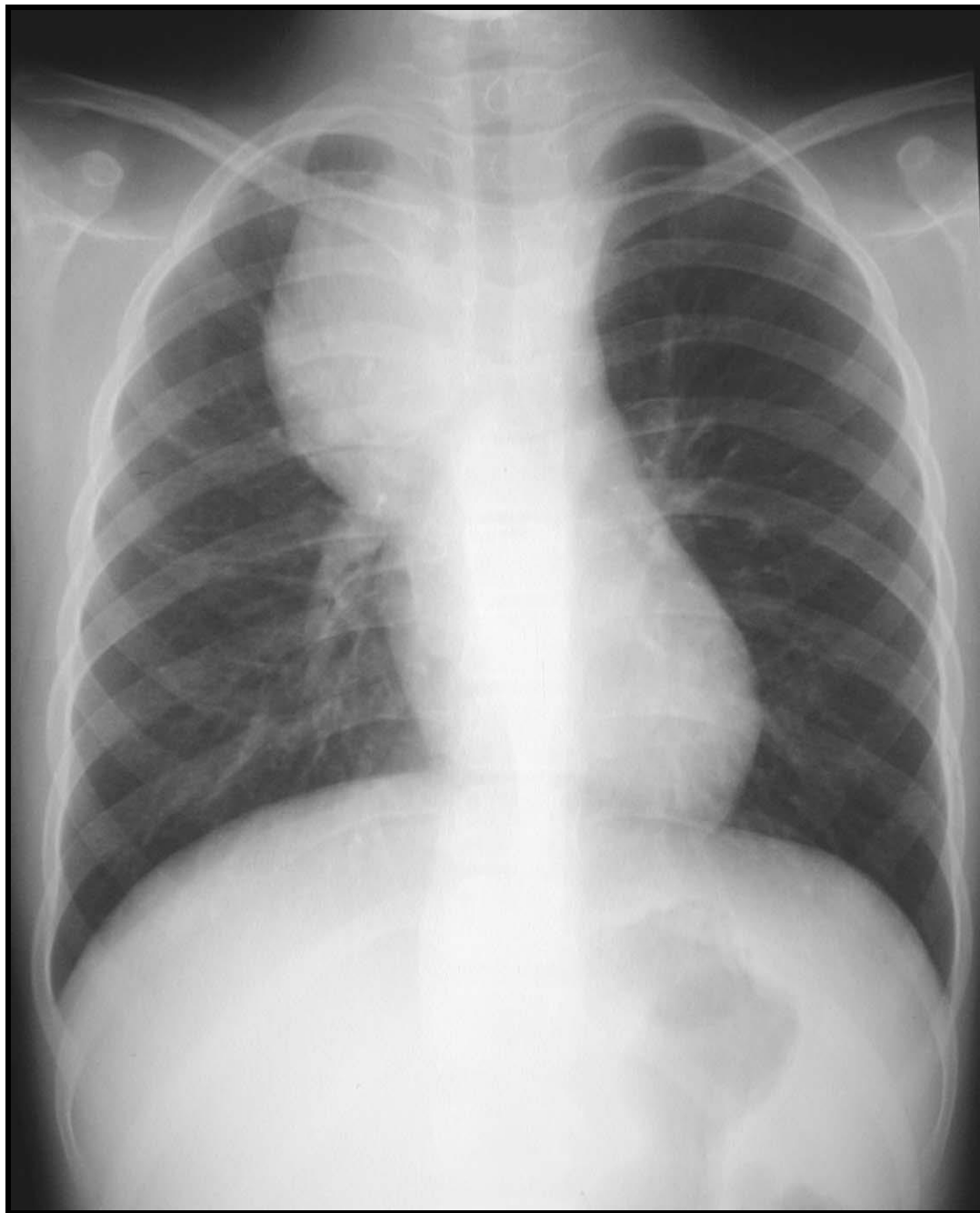


- Maxime 2,5 ans
- J1 post adénoïdectomie: pleurs, refus alimentaire, température
- J3: envoyé vu absence amélioration avec AINS

Clinique: impression bombement rétropharynx



J 0

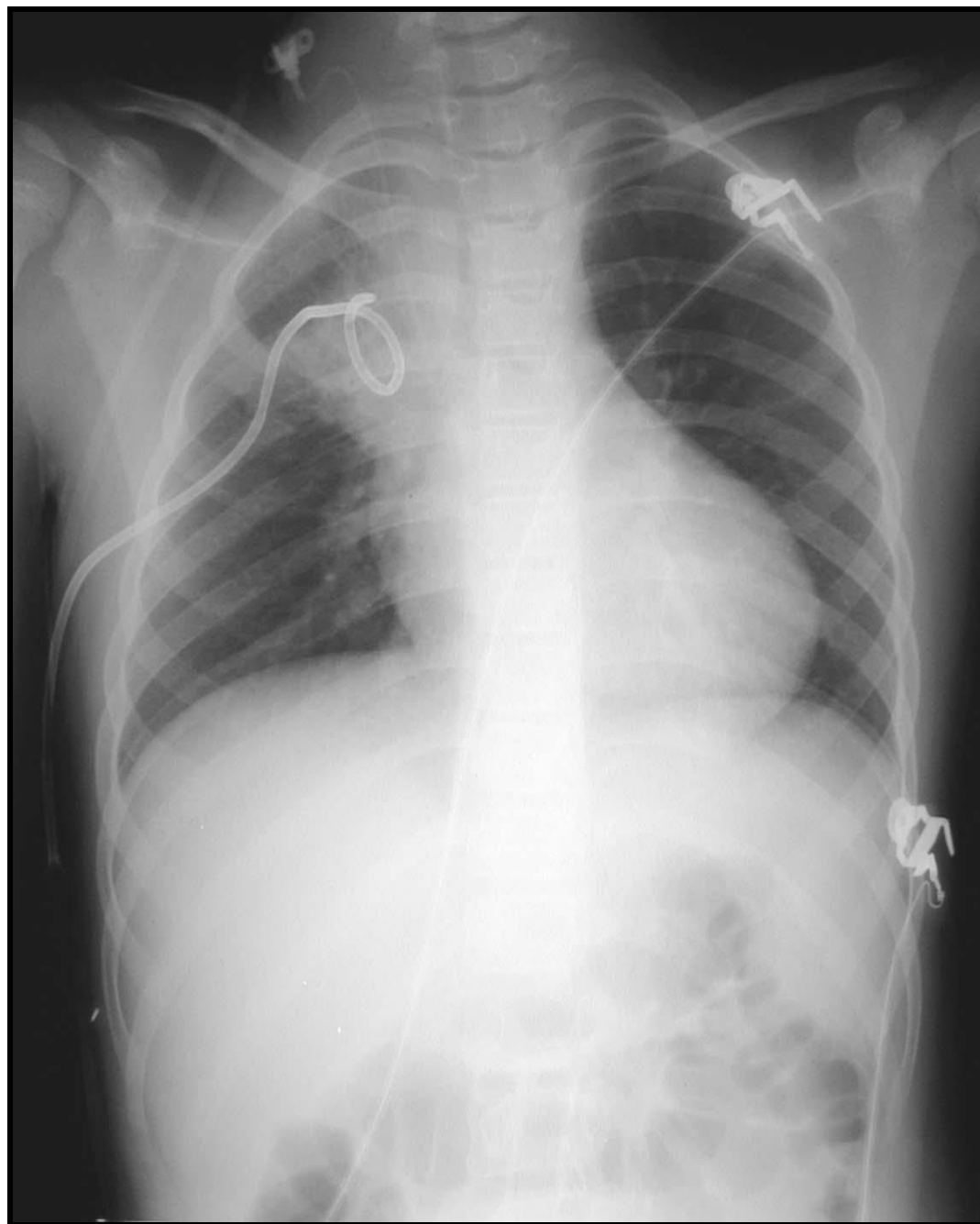




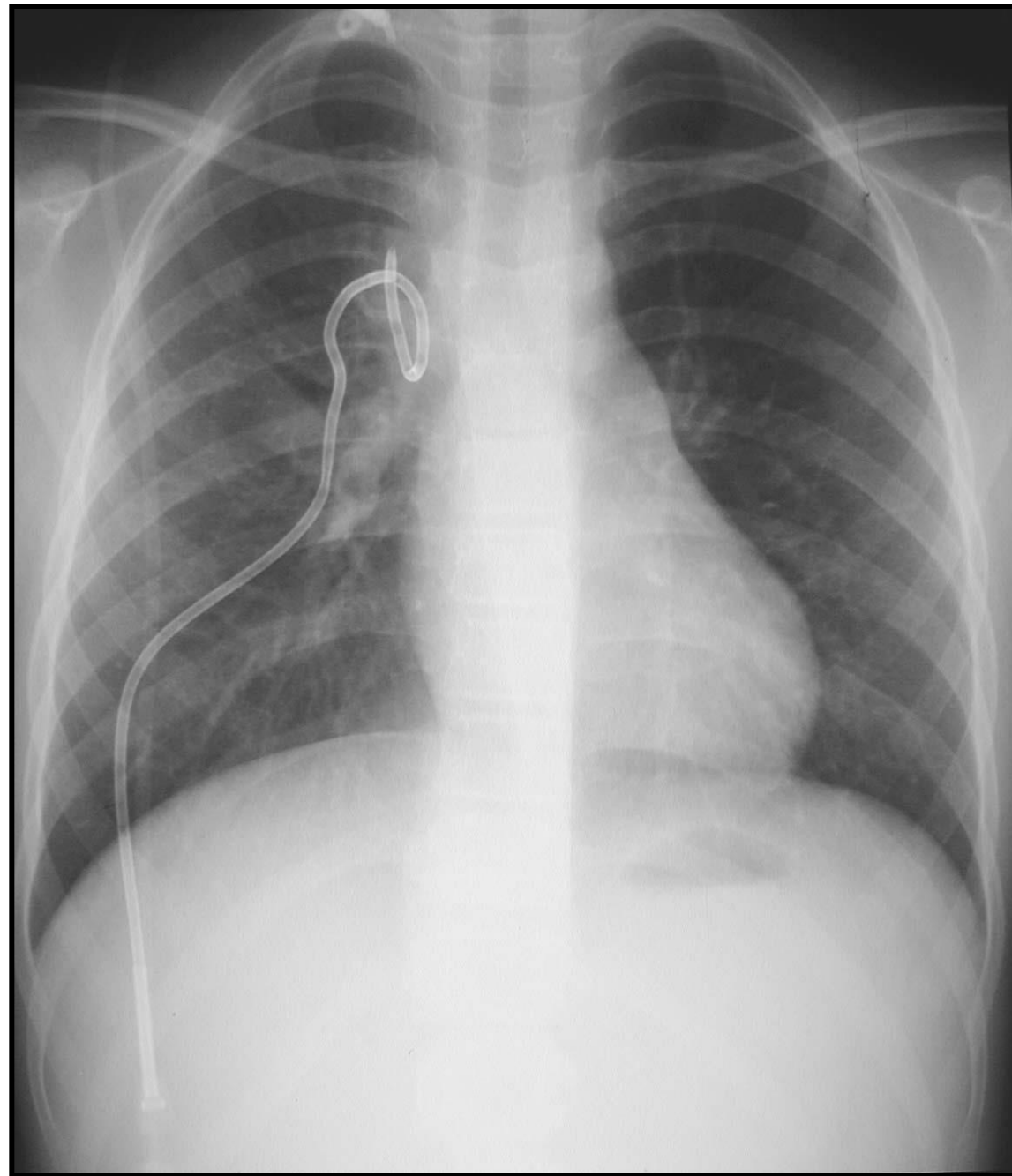
= 96
= 462

MED
COL
HOR

J + 4

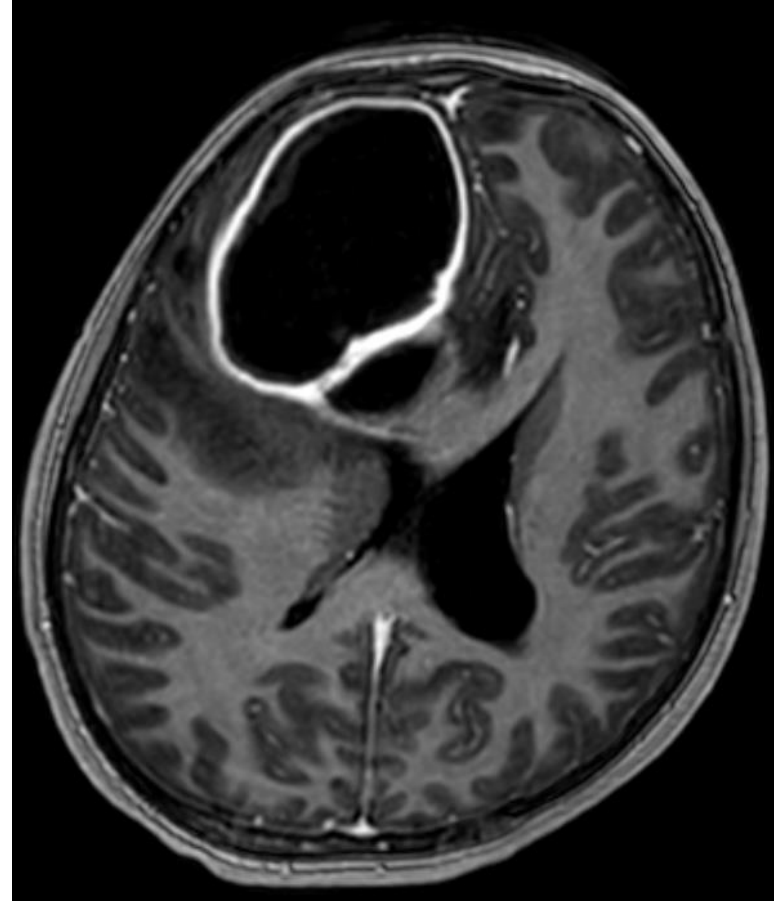


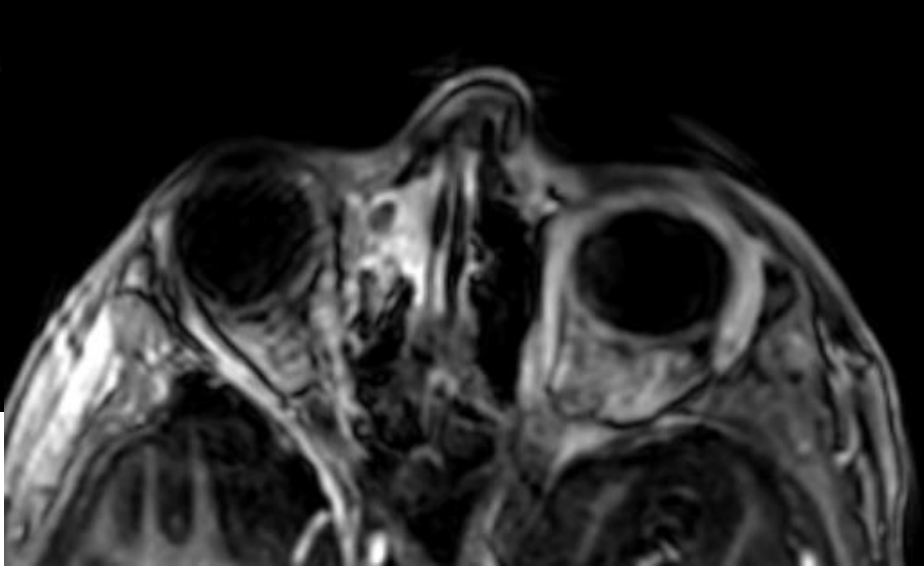
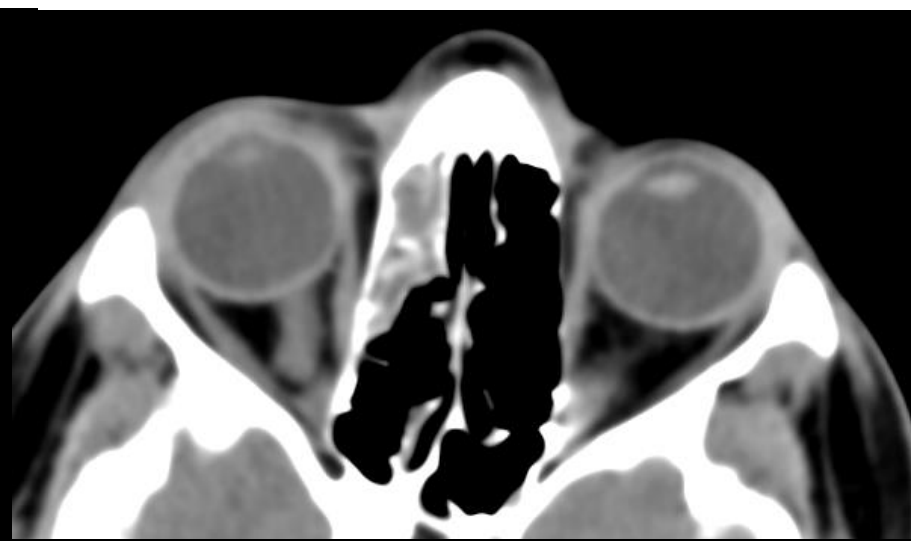
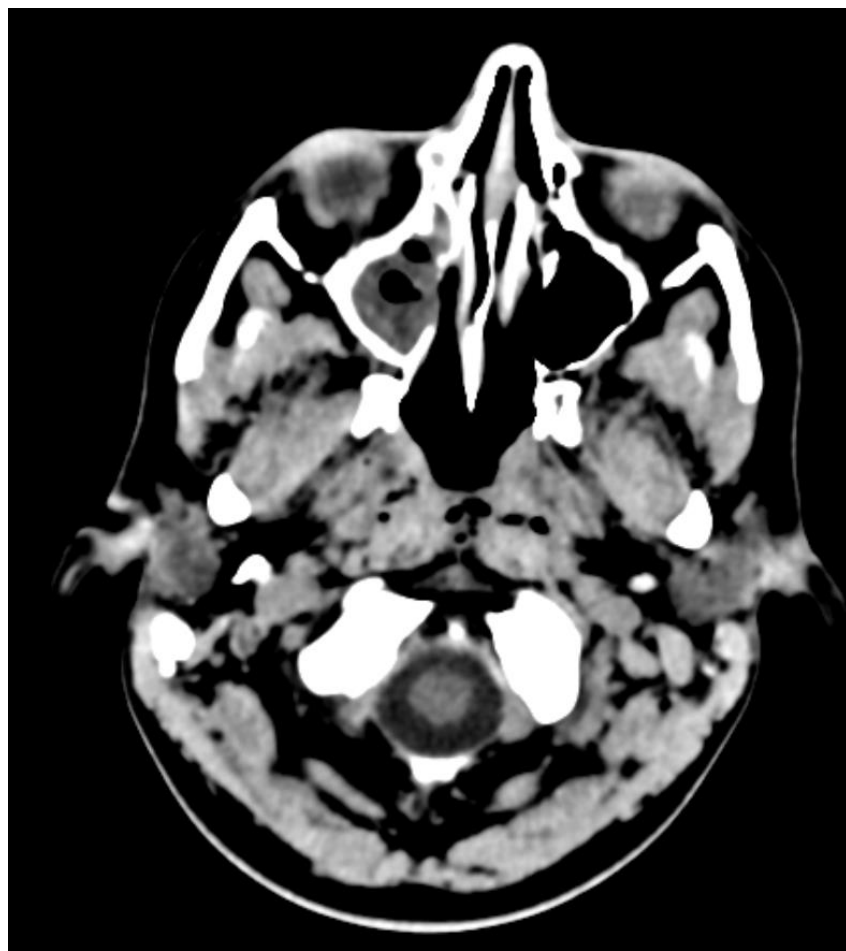
J + 6



Diego-15 ans

- ATCDS rhino conjonctivite allergique (pollens acariens)
- 09 2018: céphalées depuis 8 j-↑ en décubitus- T°?-pas de plaintes respiratoires-
photophobie
- EC: T° 37,2-FC 84-TA 119/72-raideur en fin de flexion
- Biologie: CRP 15 mg/l-GB 15490-Neutro 12820
- Prise en charge: PL?
 Observation?
 Imagerie?





Joachim 8 ans

- Anamnèse (30 04):

Le 17/04, céphalées, douleur abdominale et rétrosternale puis fièvre.

Le 20/04, fièvre persistante, éruption cutanée, débutant aux joues, puis a progressé sur tout le corps, durée 3j, légèrement prurigineux, apparition et disparition brutale.

Du 24/04 au 26/04. est parti en classe de sport à Durbuy. Pendant ces 3j, a eu de la fièvre, soulagée par le Nurofen.

Fièvre jusqu'à 39.7°, intermittente, frissons, asthénie, appétit diminué, altération de l'état général.

Céphalées frontales en barre quotidiennes, réveillant parfois la nuit. Pas d'augmentation de la douleur lors de la position penchée en avant. Pas de photophonophobie, pas de signe méningé.

Notion d'encombrement ORL avec écoulement nasal depuis 2-3 semaines, traitement par Sofrasolone et Nesivine.

A été hospitalisé du 27/04 au 28/04/2024 pour fièvre, pas de foyer retrouvé.

Bilan réalisé lors du séjour revenu négatif (hémoculture, urine, frottis nasal, Rx thorax) en dehors d'un léger syndrome inflammatoire à la biologie sanguine.

CRP/VS

CRP	+	15.34	mq/L	< 5.00
-----	---	--------------	------	--------

CYTOLOGIE HEMATOLOGIQUE**HEMOGRAMME**

Hémoqlobine		11.8	g/dL	11.5 - 14.5
Erythrocytes x 10 ⁶		4.370	/μL	4.000 - 5.300
Hématocrite		35.5	%	33.0 - 43.0
M.C.V. (Volume globulaire moyen)		81.2	μm ³	76.0 - 90.0
M.C.H. (Poids Hqb/GR)	-	27.0	pg	27.5 - 34.0
M.C.H.C. (Conc Hqb/GR)		33.2	g/dL	32.0 - 36.5
R.D.W.(Index d'anisocytose)		11.9	%	11.5 - 14.5
Leucocytes x 10 ⁹	+	21.66	/μL	4.00 - 12.00

Formule absolue automatisée

Neutrophilie abs. x 10 ⁹	+	16.938	/μL	1.500 - 8.500
Lymphocytose abs. x 10 ⁹		2.621	/μL	1.500 - 6.500
Monocytose abs. x 10 ⁹	+	1.560	/μL	0.200 - 1.000
Eosinophilie abs. x 10 ⁹		0.450	/μL	0.000 - 0.700
Basophilie abs x 10 ⁹		0.09	/μL	0 - 0.2

Formule relative automatisée

Neutrophiles	+	78.2	%	38.0 - 71.0
Lymphocytes	-	12.1	%	28.0 - 54.0
Monocytes		7.2	%	2.0 - 12.0
Eosinophiles		2.1	%	1.0 - 6.0
Basophiles		0.4	%	0.0 - 2.0
Plaquettes x 10 ⁹		409	/μL	150 - 450
M.P.V. (Volume plaquettaire moyen)	-	8.3	μm ³	9.4 - 12.4
Réticulocytes		1.53	%	0.20 - 2.00
Réticulocytose absolue x 10 ⁹		66.9	/μL	25.0 - 75.0
Fraction immature réticulo		5.1	%	



Résultats :

- Sinus frontaux : comblement complet à gauche et subtotal à droite.
- Cellules ethmoïdales : comblement complet des cellules ethmoïdales antérieures gauches et subtotal des cellules ethmoïdales antérieures droites et postérieures gauches. Persistance d'une aération des cellules ethmoïdales postérieures droites.
- Sinus maxillaires : comblement complet du sinus maxillaire gauche. Épaississement muqueux en cadre du sinus maxillaire droit avec composante spumeuse (acutisation). Comblement des filières ostioméatales bilatéralement.
- Sinus sphénoïdaux : comblement subtotal.

Conclusion :

Pansinusopathie.

GJ 13,5 ans

- J-6: T°
gonflement paupière supérieure droite
douleur
Δ sinusite: AC (20 mg/kg/j)
- > J0: T° - ouverture œil impossible





Exophthalmie

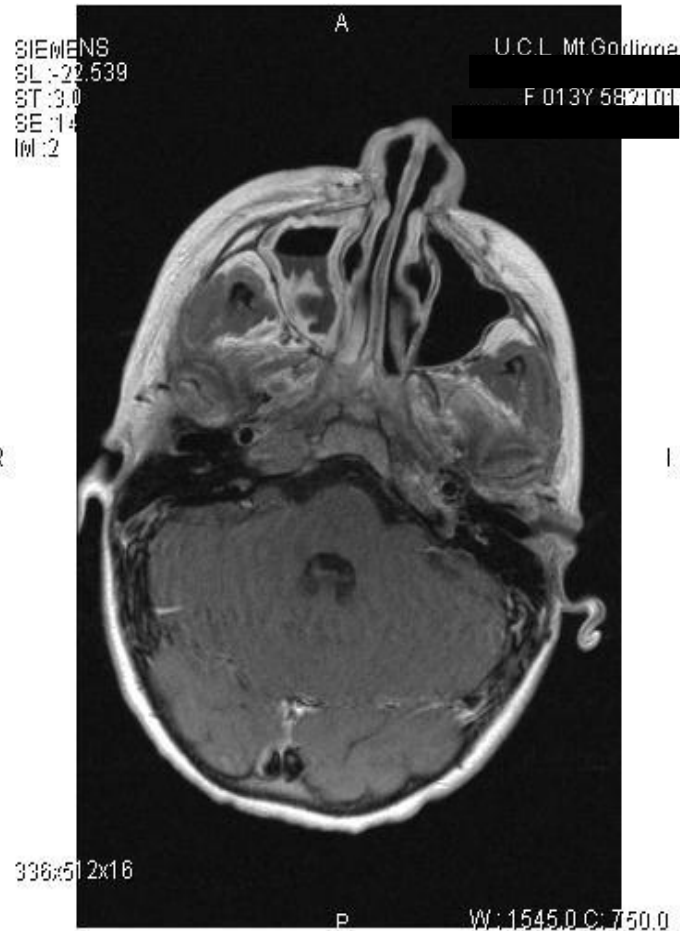
Trouble vision

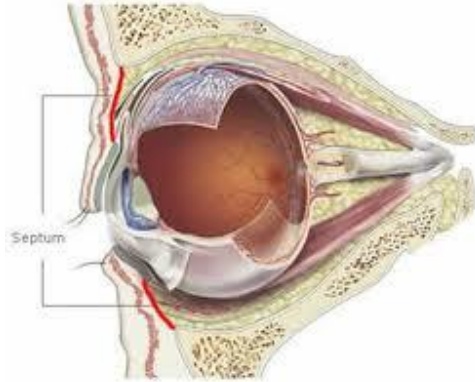
Trouble oculomotricité

= atteinte ORBITAIRE

VPP: 97%

VPN: 93%





Signes cliniques	Cellulite préseptale	Cellulite orbitaire
Enflure/œdème de la paupière avec ou sans érythème	Oui	Oui
Ecoulement oculaire	Peut être présent	Peut être présent
Œil fermé	Peut être présent	Possible
Douleur de l'œil ou œil sensible	Possible	Oui, douleur profonde de l'œil
Douleur aux mouvements de l'œil	Non	Oui
Proptosis	Non	Habituel, discret
Ophthalmoplégie ± diplopie	Non	Oui
Anomalie de la vision	Non	Peut être présente
Chemosis	Rarement	Peut être présent
Fièvre	Peut être présente	Habituellement présente
Leucocytose avec polynucléose	Peut être présente	Peut être présente

AB IV ou PO

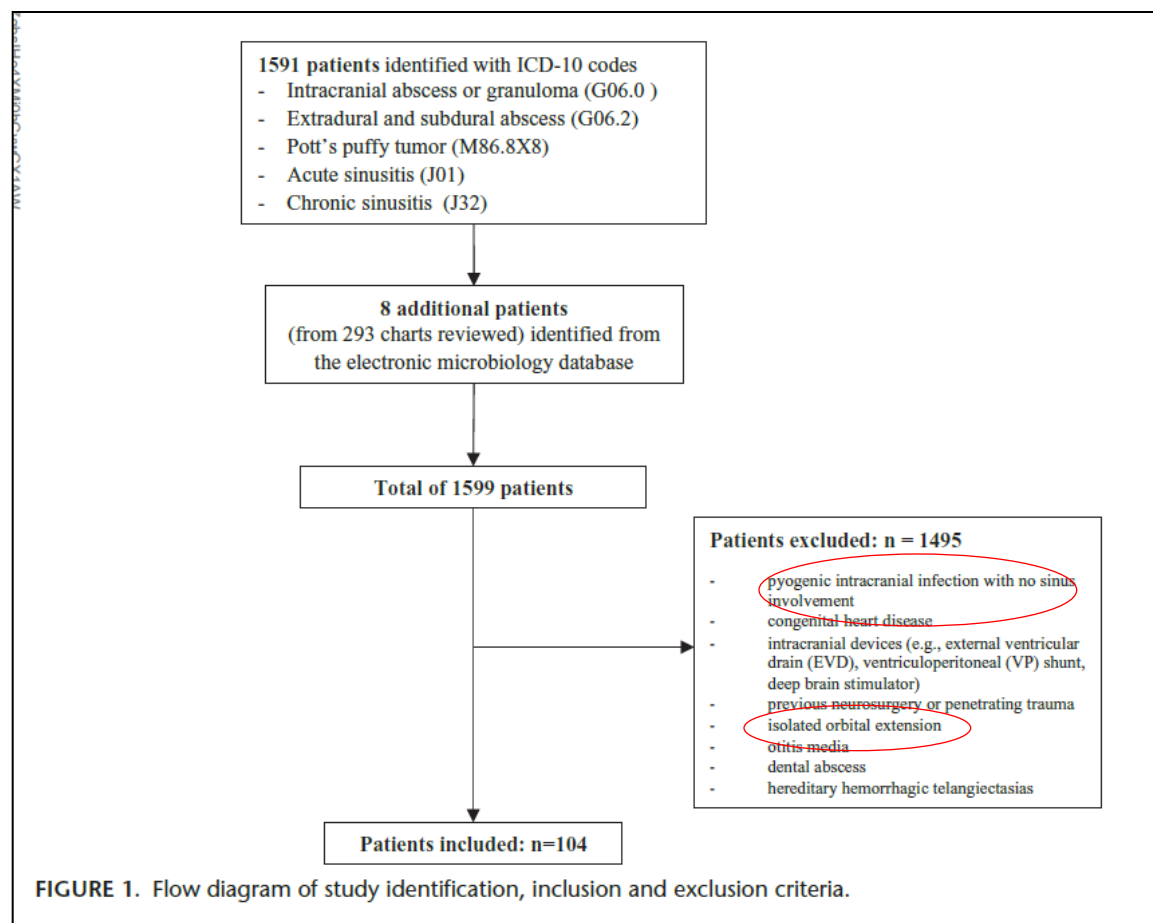
CT scan
AB IV
Drainage?

A 20-Year Study of Intracranial Pyogenic Complications of Sinusitis in Children

Mina Smiljkovic, MD,* Jennifer Tat, MD, MSc,*† Susan E. Richardson, MD, BSc, CM,† Aaron Campigotto, MD, MSc,† Sharon L. Cushing, MD, MSc, FRCSC,‡ Nikolaus E. Wolter, MD, MSc, FRCSC,‡ Peter Dirks, MD, PhD,§ and Ari Bitnun, MD, MSc*

Downloaded from

(*Pediatr Infect Dis J* 2024;43:91–96)



We conducted a retrospective chart review of children (0–18 years) with intracranial pyogenic complications of sinusitis admitted to the Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, over a 20-year period (2000–2019).

Median age was 12 (IQR 9–14); 72 were male (69%).

≈

TABLE 1. Presenting Symptoms and Signs

Symptoms and Signs	n (%)
Headache	92 (88%)
Fever	90 (87%)
URTI symptoms	59 (57%)
Nausea and/or vomiting	46 (44%)
Forehead or periorbital swelling	41 (39%)
Altered mental status	40 (38%)
Focal neurologic deficits	30 (29%)
Ocular complaints	27 (26%)
Neck stiffness	24 (23%)
Seizures	17 (16%)
Other	9 (9%)

Includes decreased oral intake.

URTI indicates upper respiratory tract infection.

TABLE 2. Intracranial Complications

Complication	n (%)
Epidural empyema	50 (48%)
Subdural empyema	46 (44%)
Pott's puffy tumor	27 (26%)
Meningitis	24 (23%)
Cerebritis	20 (19%)
Parenchymal abscess	18 (17%)
Venous sinus thrombosis	17 (16%)
Stroke	4 (4%)
Hydrocephalus	4 (4%)
Ventriculitis	1 (1%)

Median symptom duration at the time of admission was **10 days**.

Oral antibiotics were prescribed to **51%** (53/104) patients **prior to admission**.

The most frequently prescribed antibiotics prior to admission were amoxicillin (77%), an oral cephalosporin (28%), clarithromycin (15%) and amoxicillin/clavulanic acid (13%).

The most frequent complications were epidural empyema (n = 50, 48%), subdural empyema (n = 46, 44%) and Pott's puffy tumor (n = 27, 26%). 52% (n = 54) underwent neurosurgery and 46% (n = 48) underwent otolaryngologic surgery.

TABLE 3. Pathogens Isolated in Culture From Sterile and Nonsterile Samples

Organism	Sterile Site (N = 63)	Nonsterile Site (N = 37)
<i>Streptococcus anginosus</i> group*	63% (40)	46% (17)
<i>Fusobacterium</i> spp.†	16% (10)	8% (3)
<i>Prevotella</i> spp.	16% (10)	16% (6)
CNST	11% (7)	24% (9)
MSSA	8% (5)	14% (5)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	7% (4)	11% (4)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	5% (3)	0% (0)
Viridans group streptococci	5% (3)	16% (6)
<i>Parvimonas</i> spp.	5% (3)	5% (2)
<i>Candida</i> spp.	0% (0)	8% (3)
Other‡	25% (16)	35% (13)
Other aerobic organisms	3% (2)	5% (2)
Other anaerobic organisms	22% (14)	30% (11)

*Includes *S. anginosus*, *S. intermedius* and *S. constellatus*.

†Includes *F. necrophorum* and *F. nucleatum*.

‡Includes (n = sterile site; nonsterile site): Aerobic organisms: *Bacillus* spp. (n = 1; 0), *Haemophilus* spp. (n = 1; 1), *Neisseria* spp. (n = 0; 1). Anaerobic or facultative anaerobic organisms: *Actinomyces* spp. (n = 2; 1), *Aggregatibacter* spp. (n = 3; 0), *Bacteroides* spp. (n = 1; 1), *Capnocytophaga* spp. (n = 1; 0), *Cutibacterium acnes* (n = 1; 5), *Eikenella* spp. (n = 2; 2), *Enterobacter cloacae* complex (n = 1; 1), *Enterococcus* spp. (n = 2; 0), *Lactobacillus* spp. (n = 0; 1), *Porphyromonas* spp. (n = 1; 0).

CNST indicates coagulase-negative staphylococci; MSSA, methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus*.

Importantly, at least one organism was detected by culture and/or molecular testing in 91% (32 of 35) of children who had received antibiotics prior to sterile site samples being obtained.

Approximately one-third (35%; 24 of 68) of sterile site samples were polymicrobial

- The **nonspecificity of initial clinical symptoms**, the long duration of preadmission symptoms and **high rate of exposure to oral antibiotics prior to hospitalization** observed in our cohort mirror those of several other studies.
- The most common **signs and symptoms** at presentation were **nonspecific** and non focal (eg, headache, fever), which emphasizes the importance of maintaining a high index of suspicion for intracranial complications of sinusitis.
- In our cohort, 36% of sterile site cultures were **polymicrobial and anaerobes** were confirmed to be present in 31% of cultures. This reinforces the importance of maintaining broad-spectrum antimicrobial therapy, including anaerobic coverage, for the duration of treatment.
- Guidelines for antimicrobial management of intracranial pyogenic complications of sinusitis are lacking. A long course of broad-spectrum antibiotics is typically required, usually **4–6 weeks**, with clinical response and follow-up neuroimaging impacting decision-making

Algorithm for the management of acute bacterial rhinosinusitis.

b/Sévère = T° > 39° , et écoulement purulent ou douleur faciale
 c/ IVRS amélioration puis réapparition T° , écoulement nasal, céphalées

