

## Otitis moyennes récidivantes, adénoïdectomie et/ou amygdalectomie

Les otites moyennes (OM) sont une des pathologies les plus fréquentes de l'enfant; leur caractère récidivant peut être responsable de trouble de l'audition, avec troubles du développement intellectuel. Environ 20% des enfants ont des otites moyennes aiguës récidivantes (OMAR), caractérisées par 3 ou 4 récurrences par an; la moitié de ceux-ci ont des otites sérumuqueuses (OS). Avant l'ère des antibiotiques, paracentèses, adénoïdectomies (ADT) amygdalectomies (AMT) et amygdalo-adénoïdectomies (ADT+AMT) étaient largement utilisées dans l'espoir d'agir sur ces récurrences. Depuis l'arrivée des antibiotiques, ces interventions ont diminué<sup>1</sup>. Pour les OMAR diverses stratégies ont été proposées: les faibles doses d'antibiotiques au long cours sont abandonnées (en raison du risque sur les résistances bactériennes) au profit des traitements antibiotiques brefs lors des épisodes aigus ORL; la pose d'aérateurs transtympaniques (ATT) a prouvé une efficacité<sup>1</sup>. Quelle place reste-t-il aux attitudes chirurgicales ? Peu d'études de bon niveau permettent de se faire une opinion. Les recommandations américaines conseillent ADT comme ADT+AMT<sup>1</sup>. Pour l'ANAES, l'AMT est inutile et seule l'ADT est conseillée<sup>2</sup>. Un essai randomisé vient de paraître à ce sujet<sup>3</sup>.

L'étude a concerné 461 enfants de 3 à 15 ans recrutés en milieu hospitalier entre avril 80 et avril 94, qui avaient soit des OMAR, soit des OS. 157 enfants avaient une indication autonome d'AMT et ont constitué une étude parallèle. Les 304 restant ont été randomisés en 3 groupes afin de comparer ADT, ADT+AMT et absence de traitement chirurgical. Le principal critère de mesure était le nombre de récurrences d'OMA. Le critère de mesure sur l'audition à moyen et long terme n'a pas été utilisé. Le suivi a été de 3 ans. Le taux de récurrences d'OMA a été abaissé dans les groupes interventions vs contrôles uniquement durant la première année, et ceci de façon modeste: le taux moyen de récurrence était de 2,1 pour les contrôles, 1,8 pour les ADT,

1,4 pour les ADT+AMT; la différence n'était significative qu'entre ADT+AMT et contrôle ( $p < 0,001$ ). Il n'y avait plus de différences pour les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années. Les troubles et complications périopératoires étaient nettement plus élevés pour ADT+AMT que pour ADT (14,6% vs 4,8%).

Les auteurs concluent que l'efficacité limitée et à court terme, la morbidité périopératoire, le coût de ADT ou ADT+AMT n'incitent pas à les proposer comme intervention de première intention en cas d'OMAR. Quand le poids de la maladie devient intolérable, le traitement non chirurgical doit être essayé en premier, la pose d'un ATT devant être ensuite essayée avant les autres gestes; l'ADT étant réservée aux OMAR après extrusion du tube.

L'étude, bien que conduite par une équipe d'expérience et de grande qualité, a des limites: nombre important de perdus de vue, plus marqué dans les groupes intervention que contrôle, niveau socioculturel plus élevé dans le groupe contrôle (alors que l'on connaît la relation entre OM et niveau socioculturel), nombre limité des participants dans chaque groupe, hétérogénéité d'âges. Ces données peuvent expliquer le résultat inattendu en faveur de ADT+AMT, et montrent que les résultats d'un essai doivent être interprétés.

En pratique, l'attitude française est un peu différente des recommandations américaines, mais non contredite par ces données. Elle a été précisée récemment par les recommandations de l'ANAES<sup>2</sup> que nous résumons (mais dont la lecture détaillée est recommandée):

- en cas d'OMAR (3 récurrences en moins de 6 mois avec 3 semaines d'intervalle libre) l'ADT peut se concevoir après échec des autres thérapeutiques (antibiothérapie curative répétée des épisodes aigus, fer en cas de carence, action sur le tabagisme ambiant et sur le mode de garde de l'enfant) ou en cas de mauvaise tolérance des épisodes par l'enfant ou sa famille.
- en cas d'OS non compliquée asymptomatique, une attitude attentiste est recommandée chez le grand enfant en raison de l'évolution naturelle (fréquence des résolutions spontanées avec l'âge ou avec l'été).
- en cas d'OS compliquée avec perte d'audition, surinfection fréquente, atteinte de la vie relationnelle, il faut envisager sans délai ou après échec du traitement médical (dont l'efficacité est soit non démontrée, soit médiocre), une ADT avec pose d'un ATT chez l'enfant de plus de 2 ans. Les autres choix possibles sont: ADT seule ou couplée avec paracentèse aspiration, ou pose d'ATT seuls.
- quant à l'AMT, elle n'a pas sa place dans le traitement des OMAR, ni des OS, sauf cas particulier de comorbidité pouvant l'imposer. Les indications de l'association ADT+AMT sont donc plus restrictives en France.

1- Gates A. Otitis media. The pharyngeal connection. JAMA 1999;282 (10):987-9

2- ANAES. Indication de l'adénoïdectomie et/ de l'amygdalectomie chez l'enfant. Recommandations et références médicales 1997:39-67

3- Paradise JL and al. Adenoïdectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media. JAMA. 1999;282 (10):945-53

**Mots-clé:** otite, otite moyenne aiguë, otite séreuse, enfant, adénoïdectomie, amygdalectomie

*Numéro 163 du 2 décembre 1999*