

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

L'adénoïdectomie est-elle indiquée en prévention des otites moyennes aiguës récidivantes de l'enfant de moins de 2 ans ?

Mots clés :

Otite
moyenne
aiguë
récidivante
Adénoïdec-
tomie
Enfant

L'otite moyenne aiguë (OMA) est définie¹ comme une infection de l'oreille moyenne à début aigu, aux signes fonctionnels en général bruyants, avec, à l'otoscopie, un tympan remanié par un épanchement collecté ou accompagné d'un écoulement purulent. L'OMA est une pathologie à haut risque chez l'enfant de moins de 2 ans, du fait du risque de complications, notamment méningées, et de l'apparition de germes résistants aux antibiotiques. A cause de cela, mais aussi en raison des graves perturbations induites dans la vie affective et sociale du groupe familial, son caractère récidivant (au moins 3 épisodes en moins de 6 mois, séparés chacun par un intervalle libre d'au moins 3 semaines) est toujours préoccupant. L'hypertrophie et l'infection adénoïdienne chronique sont des facteurs de risque reconnus de récurrence des OMA. L'adénoïdectomie a montré parfois une utilité chez des enfants âgés de plus de 4 ans souffrant d'otite séro-muqueuse chronique¹. En revanche, dans l'OMA récidivante des enfants de 3 à 14 ans, le bénéfice limité et à court terme, les risques, les coûts, doivent faire considérer que l'adénoïdectomie n'est pas une indication de première intention^{2,3}. Les données sont plus incertaines chez l'enfant plus jeune. Il n'existait pas d'études évaluant l'intérêt de l'adénoïdectomie chez les enfants de moins de 2 ans souffrant d'OMA récidivantes. Un essai contrôlé finlandais² comble cette lacune.

Quel était l'objectif de l'essai ?

L'objectif était de comparer, chez des enfants atteints d'OMA récidivantes, définies comme ci-dessus, 3 mesures préventives : adénoïdectomie, antibioprofylaxie pendant 6 mois par sulfafurazole (sulfamide associé à l'érythromycine dans la présentation française du Pédiazole®) et placebo. 180 enfants âgés de 10 mois à 2 ans ont été inclus dans cet essai contrôlé randomisé, répartis en 3 groupes égaux et suivis pendant 2 ans.

Sur quels critères était évaluée cette hypothèse ?

Le **critère principal** pris en compte était l'échec thérapeutique dans les 6 premiers mois de l'étude s'il survenait 2 épisodes aigus en 2 mois, ou 3 en 6 mois, ou si l'écoulement de l'oreille durait plus de 2 mois.

En **critères secondaires** étaient comptabilisés les épisodes d'OMA, les visites médicales, les prescriptions d'antibiotiques, les jours où des symptômes étaient présents (rhinite, otalgie, fièvre) et les effets secondaires enregistrés.

Les résultats ont été similaires dans les 3 groupes

A 6 mois, il y avait échec thérapeutique chez 25 enfants du groupe adénoïdectomie, 17 dans le groupe sulfafurazole et 25 dans le groupe placebo (différences non significatives, de même que pour les critères secondaires).

A 24 mois, les résultats étaient identiques dans les 3 groupes, excepté pour la persistance d'un écoulement de l'oreille un peu plus fréquent dans le groupe placebo (1 versus 6 et 6). Les effets adverses étaient insignifiants dans les 3 groupes.

Discussion

Un nombre important d'enfants des groupes antibioprofylaxie et placebo (le quart des effectifs) n'a pas suivi le protocole. Mais qu'ils soient considérés comme sortie d'étude ou comme échecs thérapeutiques, les résultats ne sont pas modifiés.

Le taux d'échecs thérapeutiques était élevé dans cette étude, ce qui est caractéristique de l'âge des enfants inclus et du fait qu'ils étaient bien à haut risque d'OMA.

Ni le traitement médicamenteux ni l'adénoïdectomie n'ont montré de supériorité sur le placebo. La prévention des récurrences d'OMA n'a pu être assurée par une prise quotidienne de sulfafurazole pendant 6 mois. Bien que cet échec ne soit imputable qu'à cette molécule, le problème – universel – des antibiorésistances, la faible observance en général des traitements médicaux prophylactiques au long cours limitent de toutes façons l'intérêt d'une telle prise en charge. **Dans cet essai l'adénoïdectomie n'a pas pu montrer son efficacité chez ces enfants de moins de 2 ans en première intention.**

Cette première étude a surtout comme limite le petit nombre d'enfants inclus. Les calculs statistiques des auteurs ont cependant montré qu'il suffisait de 60 enfants dans chacun des groupes pour obtenir des résultats cliniques statistiquement significatifs.

L'adénoïdectomie de première intention n'a donc pas d'indication en prévention des OMA récidivantes de l'enfant de moins de 2 ans. Rappelons la position prudente de l'ANAES qui soulignait en 1997¹, sur la base d'un simple accord professionnel, faute de données scientifiques, que « l'adénoïdectomie ne peut se concevoir qu'après l'échec des autres thérapeutiques (antibiothérapie curative répétée des épisodes aigus, fer en cas de carence notamment), lorsque le caractère récidivant de l'otite moyenne aiguë est mal toléré par l'enfant et/ou sa famille ou lorsqu'il est responsable d'un retentissement scolaire, familial ou social notable ». **Si l'âge de l'enfant ne constitue pas en soi une contre-indication à la chirurgie, celle-ci ne se conçoit que si l'indication est correctement posée**, soulignait le président du groupe de travail de l'ANAES⁴. L'étude finlandaise confirme cette expertise professionnelle.

Nous insistions dans un Bibliomed précédent⁵, à propos d'un essai randomisé chez des enfants plus âgés, sur **l'importance des mesures « accompagnatrices »** : changement de mode de garde de l'enfant, éviction du tabagisme dans les lieux où il vit (y compris la voiture !). Ces mesures restent bien sûr d'actualité.

Références :

- 1 - ANAES. Indications de l'adénoïdectomie et/ou de l'amygdalectomie chez l'enfant (1997). Disponible sur www.anaes.fr
- 2 - Koivunen et al. Adenoïdectomy versus chemoprophylaxis in placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years : randomised controlled trial. *BMJ* 2004 ; 328 : 487-90.
- 3 - Paradise JL et al. Adenoïdectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media. *JAMA* 1999 ; 282 : 945-53.
- 4 - Saugier J, Vallée JP. A propos des recommandations de l'ANAES sur l'adénoïdectomie et l'amygdalectomie. *Thérapeutiques* 2000 ; 31 : 9-11.
- 5 - Collectif. Otites moyennes récidivantes, adénoïdectomie et/ou amygdalectomie. *Bibliomed* 199 ; 163.