

Mots clés :

Otite  
moyenne  
aiguë  
Antibiotique  
Prescription  
différée

## Otite moyenne aiguë et prescription antibiotique différée

Le développement des résistances aux antibiotiques, l'un des grands problèmes thérapeutiques actuels, nécessite d'en limiter la prescription. C'est possible dans les infections des voies respiratoires, où elle est particulièrement fréquente, notamment en utilisant la prescription différée : une ordonnance est remise, à n'utiliser que dans un délai, variable selon les pathologies, précisé lors de la prescription<sup>1</sup>. L'otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant est une autre cause importante de prescription antibiotique, avec des proportions très variables selon les pays, allant de 31% en Hollande à 98% aux Etats-Unis et en Australie<sup>2</sup>. Il semble pourtant que l'antibiothérapie ne soit pas indispensable dans un grand nombre de cas. Que savons nous à ce sujet, ainsi que sur la sécurité dans cette indication d'une prescription différée ?

### Quelle est l'évolution spontanée de l'OMA ?

Une infection virale peut être en cause, mais la surinfection bactérienne est fréquente, en général avec pneumocoque ou haemophilus influenzae. Ni les symptômes, ni l'examen physique ne semblent liés à tel ou tel germe. Sans antibiotique, l'évolution habituelle est rapidement favorable : 60% des enfants n'ont plus de douleur après 24 heures, 86% après 48 heures. L'évolution est un peu plus lente chez l'enfant de moins de 2 ans. La mastoïdite est devenue très rare : dans une étude hollandaise, sur près de 5 000 OMA traitées pour la grande majorité sans antibiotique, un seul cas de mastoïdite a été observé<sup>2,5</sup>.

### Qu'apporte l'antibiothérapie ?

La méta-analyse de la Cochrane<sup>3</sup> a retenu 8 essais randomisés (2 287 enfants). La **douleur** était inchangée sous antibiotiques à 24 heures ; sa réduction relative était de 30% (19-40%) entre 2 et 7 jours. Le taux de guérison spontanée attendu étant de 80% environ dans ce délai, la réduction absolue serait donc de 7% : il faut traiter ainsi 15 enfants pour éviter qu'un seul ne souffre encore après 2 jours. L'antibiothérapie n'avait aucun effet sur les problèmes ultérieurs d'**audition**. Une seule **mastoïdite** a été signalée, dans un des groupes traités par pénicilline. Au total, le faible bénéfice escompté et l'histoire naturelle favorable de l'OMA doivent être mis en balance avec les possibles réactions adverses. sauf toutefois dans les populations où la mastoïdite survient fréquemment.

### Que conclure pour notre pratique ?

**L'antibiothérapie différée paraît une possibilité raisonnable** en cas d'OMA comme dans les autres infections respiratoires de l'enfant. Mais la période d'abstention est plus courte, 48 à 72 h.

**L'âge de l'enfant, la sévérité du tableau clinique** sont les facteurs décisionnels les plus importants, l'antibiothérapie paraissant d'autant plus bénéfique que l'enfant est jeune et symptomatique (fièvre importante, irritabilité, otalgie)<sup>4</sup>. L'abstention est possible en première intention après 2 ans, lorsque l'OMA est peu symptomatique, sous surveillance rapprochée<sup>4,5</sup>.

**La prescription différée établit une relation thérapeutique responsabilisante pour le médecin comme pour les parents** : information claire sur les symptômes nécessitant une re-évaluation, sur les conditions de démarrage de l'antibiothérapie au moment opportun, facilité de contact avec le médecin. Dans ces cas, la prescription différée offre une opportunité significative dans la « bataille contre la résistance aux antibiotiques »<sup>5</sup>.

### Quelles sont les indications de l'antibiothérapie dans l'OMA de l'enfant ?

Selon les recommandations de l'AFSSaPS<sup>4</sup>, il y a accord professionnel pour une antibiothérapie d'emblée avant 2 ans. Après 2 ans, l'abstention est licite en première intention pendant 48 à 72 h, sauf fièvre élevée ou otalgie intense. Les antibiotiques recommandés sont après 3 mois amoxicilline/acide clavulanique (80mg/kg/j d'amoxicilline) ou céfuroxime-proxétel, ou céfuroxime-axétel, sauf allergies : 8 à 10 jours avant 2 ans, 5 jours après cet âge (Grade A). En cas d'évolution clinique favorable, le contrôle des tympans en fin de traitement n'est pas nécessaire.

### Une stratégie d'attente (prescription différée) est-elle possible dans cette indication ?

Trois essais contrôlés, (Angleterre, Canada, Etats Unis)<sup>1,5</sup> en ont montré la faisabilité et le bénéfice. Le dernier<sup>in5</sup> concernait 283 enfants de 6 mois à 12 ans : 145 ont eu une antibiothérapie, 138 une prescription différée à 48 heures, les 2 groupes utilisant antalgiques généraux et locaux. L'antibiotique n'a pas été utilisée par 62% des parents dans le groupe « différé » vs 12% dans le groupe « classique », sans différences entre les 2 groupes sur la fièvre, l'otalgie, ou les consultations dans les suites, ni effet adverse notable dans aucun des groupes. Une étude à 1 an<sup>6</sup> ne montrait pas de différence entre les deux groupes en matière d'otalgie et de difficultés scolaires.

#### Références :

- 1- Collectif. Prescription différée des antibiotiques dans les infections des voies aériennes. Une stratégie utilisable. *Bibliomed*, 2002, 248
- 2- Prescrire rédaction. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant. *Rev Prescrire*. 2003;237:194-208.
- 3- Glasziou PP et al. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
- 4 - AFSSaPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant (octobre 2005).
- 5 - Little P. Delaying prescribing. A sensible approach to the management of acute otitis media. *JAMA*. 2006;296:1290-1.
- 6- Little P et al. Longer term outcomes from a randomised trial of prescribing strategies in otitis media. *BJGP*. 2006;56:176-82.