

Mots clés :

Otite
moyenne
aiguë
Antibiotique
Prescription
différée

Otite moyenne aiguë de 6 mois à 2-3 ans : antibiotiques ?

Le diagnostic de l'otite moyenne aiguë (OMA) du petit enfant (*Bibliomed 616*) n'est jamais simple, notamment parce que l'examen otoscopique est difficile à cet âge. La décision d'antibiothérapie probabiliste ne l'est pas davantage : la stratégie recommandée de différer, en cas d'incertitude diagnostique et sauf sévérité clinique, la prescription, fait controverse¹. Les uns attribuent à l'antibiothérapie systématique la disparition quasi-totale des suppurations graves d'autrefois, les autres lui reprochent son manque de discernement et le risque d'induction de résistances bactériennes multiples. Les premiers soulignent que les études favorables à un temps d'observation sans prescription souffrent de critères décisionnels imprécis, notamment les caractéristiques otoscopiques de l'OMA. Deux études randomisées de grande qualité ont tenté de résoudre cette controverse, aux USA² et en Finlande³.

De quelles « otites » parle-t-on ?

Le diagnostic d'OMA était porté chez les 293 petits américains sur l'observation parentale (score ≥ 3 de l'échelle AOM-SOS, sur 7 symptômes cotés de 0 à 2 : trituration de l'oreille, pleurs, insomnie, activité réduite, perte d'appétit, fièvre) et l'examen otoscopique (épanchement, tympan bombé ou érythémateux avec otalgie)².

Chez les 319 petits finlandais³ étaient retenus : 1/ épanchement rétrotympanique prouvé par pneumo-otoscopie montrant un bombement, perte de mobilité, coloration anormale (non cicatricielle) ou niveau liquide ; 2/ placards ou coulées hypervasculaires sur un tympan globalement bombant ou jaunâtre ; 3/ fièvre, otalgie ou syndromes respiratoires aigus.

Les enfants étaient randomisés en 2 groupes, recevant aux USA 90 mg/kg/j d'amoxicilline et 6,4 mg/kg/j de clavulanate durant 10j, en Finlande respectivement 40 mg et 5,7 mg durant 7 jours, vs placebo.

Conclusions des deux études

Dans l'étude américaine, 20% des enfants du groupe antibiotique étaient asymptomatiques à J2, 41% à J4, 67% à J7 vs 14%, 36% et 53% pour le groupe placebo ($p=0,04$). Le taux d'échec en fin de traitement (persistance de signes otoscopique) était de 4% chez les enfants du groupe antibiotique vs 23% du groupe placebo à J4/5 ($p<0,001$) et 16% vs 51% à J10/12 ($p<0,001$). La diarrhée et l'érythème fessier étaient plus fréquents

sous antibiotiques. Le taux de colonisation nasopharyngée par *streptococcus pneumoniae* résistant était inchangé et identique dans les 2 groupes.

Dans l'étude finlandaise, il y a eu échec thérapeutique chez 18,6% des enfants sous antibiotique vs 44,9% des enfants sous placebo ($p<0,001$). Analgésiques et antipyrétiques ont été donnés à 84,2% et 85,9% des enfants respectivement. La diarrhée était plus fréquente sous antibiotique (47,8% vs 26,6%, $p<0,001$), de même que l'eczéma (8,7% vs 3,2%, $p=0,04$).

Les 2 équipes concluent donc que le traitement antibiotique réduit la durée des symptômes cliniques et le taux de persistance des signes otoscopiques de l'OMA, au prix d'effets adverses plus fréquents.

Questions non résolues

Les finlandais s'interrogent sur la guérison sous placebo d'un enfant sur 2 et le fait que 2 sur 3 n'ont pas nécessité d'autre traitement du fait d'une aggravation de l'OMA : les critères retenus ne permettent donc pas de distinguer les OMA qui nécessitent des antibiotiques. Les américains insistent sur le fait que *le bénéfice du traitement antibiotique est plus marqué lorsque les symptômes sont plus sévères*. La question de la « bonne » indication reste entière, même avec des critères diagnostiques très sélectifs. Les 2 équipes soulignent le danger d'induction de résistances aux antibiotiques lié à leur utilisation systématique.

Que conclure pour notre pratique ?

Ces deux études sont hospitalières. L'examen otoscopique indispensable n'a sans doute pas toujours la qualité décrite dans ces essais. Il est indispensable au diagnostic d'OMA à cet âge préverbal (6-23 mois pour les américains, 6-35 pour les finlandais) où les symptômes cliniques sont difficiles à apprécier.

Le tableau de l'OMA a changé. Avant l'ère antibiotique, la consultation était souvent tardive, les complications suppuratives responsables de nombreuses hospitalisations, notamment liées aux formes nécrosantes et aux mastoïdites du streptocoque A, autrefois ubiquitaire³. De nombreux antibiotiques sont aujourd'hui efficaces, depuis l'amoxicilline (commercialisée vers 1970). On peut se demander pourquoi ces études ont choisi l'association amox-clavulanate comme traitement (avec d'ailleurs des doses très différentes), largement utilisé en pratique mais non recommandé en 1^{ère} ligne⁴.

Ces 2 études confortent la pratique courante d'antibiothérapie immédiate lorsque le diagnostic d'OMA est hautement probable (signes otoscopiques) et les symptômes sévères. La décision d'en différer la prescription sous contrôle otoscopique précoce (*Bibliomed 440*) reste préférable dans les autres cas⁴.

Références :

- 1- Hoberman A. Treatment of Acute Otitis Media in Children under 2 Years of Age. *N Engl J Med.* 2011;364: 105-15.
- 2- Tähtinen PA. A Placebo-Controlled Trial of Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media. *N Engl J Med.* 2011;364: 116-26.
- 3- Klein JO. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease? *N Engl J Med.* 2011;364: 168-9.
- 4- Forgie S et al. Management of acute otitis media. *Paediatr Child Health.* 2009;14: 461-4.