

Mots clés :

Enfant,
Orthophonie,
Otite,
Paracentèse

Otite moyenne chez l'enfant : quelques repères pour la décision

L'otite moyenne (OM) est l'une des pathologies les plus communes de l'enfant. Elle peut survenir à tout âge mais pour 80 à 90% des cas avant 6 ans, certaines études montrant 2 pics d'incidence (6 à 18 mois, puis 4-5 ans, à l'entrée en milieu scolaire). Les récurrences sont fréquentes : 1 enfant sur 3 fait 6 épisodes ou plus d'OM aiguës avant l'âge de 7 ans ; ceux qui en ont fait un avant 1 an semblent les plus à risque de récurrence ou de chronicité¹. L'accès plus facile aux soins, des consultations plus précoces, les modifications de l'écologie bactérienne en cause (le *streptocoque A*, pourvoyeur de complications suppuratives, a laissé place aux *haemophilus* et *moraxella*), l'efficacité de nombreux antibiotiques ont considérablement modifié le tableau clinique^{1,2}. Cependant, la morbidité reste importante, qu'il s'agisse de complications suppuratives ou de perte d'audition. Une revue générale¹, une méta-analyse³ et des recommandations⁴ ont actualisé les données factuelles et apportent des repères utiles à la prise de décision thérapeutique en soins primaires.

Quels antibiotiques ?

La décision d'antibiothérapie n'a rien de systématique et ne repose sur aucun critère indiscutable (*Bibliomed* 440, 616, 621). Une meilleure connaissance de la physiopathologie a entraîné ces dernières années une moindre prescription¹. Si une antibiothérapie est indiquée, l'amoxicilline est recommandée en 1^{ère} ligne à 80 à 90 mg/kg/jour^{1,3,4}. Cette posologie double de l'usuelle est justifiée par le fait qu'une éventuelle résistance du pneumocoque disparaît théoriquement à cette dose. Les *moraxella* et 25% des *haemophilus* sécrètent des β -lactamases. Le risque qu'il s'agisse d'un germe résistant est plus important avant 2 ans, lorsque l'enfant vit généralement avec d'autres enfants, qu'il a souvent des OM ou qu'il a pris un antibiotique dans les 3 mois précédents⁴. Les recommandations pour la 2^{ème} ligne (si les symptômes n'ont pas disparu à J3) sont controversées¹. Les méta-analyses ne montrent généralement pas de différences d'efficacité significatives entre antibiotiques³. Possibilités : amoxicilline 90 mg/kg/j + clavulanate 6,4 mg/kg/j ; cefuroxime oral (Zinnat® et autres) 30 mg/kg/j ; ceftriaxone IM (Rocéphine® et autres) 50 mg/kg/j pendant 3 jours. Un traitement de 5 jours est généralement suffisant, mais plutôt 10 j avant 2 ans, ou en cas de récurrences fréquentes ou de perforation⁴. En cas d'allergie à la pénicilline ou aux β -lactamates, les alternatives possibles sont les céphalosporines, les macrolides, le triméthoprime-sulfaméthoxazole, la lévofloxacine exceptionnellement après 6 ans, dans les limites du RCP.

Que conclure pour notre pratique ?

L'utilisation courante d'antibiotiques efficaces a considérablement modifié le contexte ancien de l'OM de l'enfant. L'écueil serait maintenant une prescription trop large risquant d'induire des résistances bactériennes difficiles à surmonter, bien qu'il n'existe pas actuellement de données à long terme sur ce point³. L'extension de la vaccination antipneumococcique, malgré les questions qui se posent sur les changements de sérotypes en cause, a contribué à rendre *l'haemophilus* plus fréquent aujourd'hui que le pneumocoque.

L'OM chronique avec épanchement pose toujours des problèmes difficiles. En dehors des problèmes chirurgicaux rapidement évoqués ci-dessus, tout enfant chez qui l'entourage soupçonne une perte d'audition doit avoir un audiogramme, le cas échéant une rééducation orthophonique si ce déficit a entraîné des retards de la parole et du langage¹.

Quand l'OM devient chronique

Parmi les OM avec épanchement, la plupart se résorbent spontanément ; 10 à 15% persistent après 3 mois, dont près d'1/3 vont durer plusieurs années¹. Celles-ci s'accompagnent d'une perte d'audition avec ses conséquences sur l'acquisition du langage et le comportement. Le traitement optimal de ces OM fait controverse.

L'antibiothérapie a démontré son efficacité (cf les réserves ci-dessus). La corticothérapie qui lui est parfois associée n'est efficace que dans certaines études et pas d'autres : elle ne peut être recommandée comme traitement de l'OM avec épanchement. Les décongestionnants, antihistaminiques, mucolytiques, AINS n'ont aucun effet.

La paracentèse, soin « primaire » depuis longtemps pratiqué par les seuls ORL, a pour indications l'otalgie sévère, la réponse insuffisante au traitement antibiotique, la survenue d'une OM sous antibiotiques, une possible complication suppurative, ou des cas particuliers tels que nouveau né, immunodéficience, etc. Les indications chirurgicales plus spécifiques (problèmes suppuratifs, insertion de dispositifs transtympaniques...) relèvent de décisions ORL prises au cours de l'évolution d'otites récurrentes ou chroniques¹.

L'intérêt de **l'adénoïdectomie et/ou de l'amygdalectomie** reste discuté. Elles n'ont d'indication que dans des cas particuliers (pharyngites obstructives, amygdalites récidivantes)¹.

Références

- 1- Waseem M, Aslam M. Otitis Media. *emedicine*. 2011. Sur www.medscape.com
- 2- Klein JO. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease? *N Engl J Med*. 2011;364:168-9.
- 3- Coker TR et al. Diagnosis, Microbial Epidemiology, and Antibiotic Treatment of Acute Otitis Media in Children. A Systematic Review. *JAMA*. 2010;304:2161-9.
- 4- Forgie S et al. Management of acute otitis media. *Paediatr Child Health*. 2009;14:461-4.