

Mots clés :

Otite
moyenne
aiguë
Prévention
Risque
Vaccin

Otite moyenne aiguë : certains enfants sont-ils plus vulnérables ?

Plus de 8 enfants sur 10 font au moins un épisode d'otite moyenne aiguë (OMA) avant 1 an, (*Bibliomed 624*), et les récurrences sont fréquentes jusqu'à 7 ans, ce qui pose des problèmes toujours difficiles : la morbidité de la maladie reste importante malgré les progrès liés à l'antibiothérapie et aux différentes prises en charge ORL (*Bibliomed 624*). De nombreux facteurs personnels, infectieux, allergiques et environnementaux contribuent au développement de l'OMA. On ne peut rien sur la prématurité, l'immunodéficience ou les antécédents familiaux. Mais sur d'autres points, des conseils aux parents limitent le danger avec des niveaux de preuve (NP) convenables¹ confortés dans des revues systématiques récentes^{2,3}.

L'allaitement... et la tétine

Le jeune âge est rapporté comme le principal facteur de risque d'OMA, lié à de rares causes anatomiques (anomalies oro-faciales type fente palatine) et surtout fonctionnelles (des trompes d'Eustache) et biologiques (sécrétions insuffisantes d'immunoglobuline A)³. L'allaitement maternel des 3 à 6 premiers mois réduit l'incidence des OMA de 13%, effet persistant 4 à 12 mois après le sevrage, peut-être en retardant le 1^{er} épisode (NP 3)^{2,3}, probablement pour des raisons immunologiques (le lait maternel apporte les immunoglobulines et d'autres éléments qui renforcent l'immunité) et mécaniques (fonctionnement des trompes d'Eustache) ; dans le même ordre d'idées, l'utilisation de la tétine chez les enfants de moins de trois ans accroît le risque d'OMA (jusqu'à 25 % selon la fréquence de l'usage et l'environnement³; risque relatif de récurrence de 1,6 avant 2 ans et 2,9 entre 2 et 3 ans³) (NP 3).

L'environnement

L'un des principaux facteurs de risque d'OMA du jeune enfant est le **tabagisme** parental, plus spécifiquement maternel, pendant la 1^{ère} année de vie, notamment chez les nourrissons de petit poids de naissance (NP 2). Dans une revue systématique (45 études), le risque relatif en cas de tabagisme parental était pour l'OMA de 1,3 (1,3-1,6), pour l'OMA avec épanchement de 1,38 (1,23-1,55) et pour la récurrence de 1,48 (1,08-2,04)².

Un **mode de garde collectif précoce** augmente l'exposition aux infections virales et la colonisation nasopharyngée par des bactéries pathogènes. Le risque d'OMA qui en découle semble corrélé au nombre de contacts avec d'autres enfants, environ 2,5 fois plus élevé, surtout pendant la 1^{ère} année de vie (NP 3)^{2,3}.

Que conclure pour notre pratique ?

Les facteurs socio-économiques influencent lourdement le risque d'OMA². Des conditions de vie difficiles peuvent favoriser l'exposition au tabagisme parental, la préférence du biberon par rapport à l'allaitement, la garderie collective, des conditions de logement défavorables, etc. Eviter les modes de garde collectifs peut être impossible... L'abstention tabagique dans les lieux de vie du nourrisson peut être difficile à obtenir dans tous les milieux.

Ces données « de bon sens » sont assez solidement établies. Elles concernent la prévention de toutes les infections respiratoires courantes chez le nourrisson, VRS inclus. Cependant, il reste des questions sans réponse sur les recommandations de vacciner tous les enfants - en dehors de toute notion de groupes à risque - des pays européens et américains.

Les facteurs infectieux en cause peuvent être limités en respectant de simples mesures d'hygiène : lavage des mains (savon), nettoyage des jouets et du milieu : dans une étude finlandaise sur 60 crèches où ces mesures ont été appliquées, le nombre d'infections des voies respiratoires supérieures a diminué de 26% chez les enfants de moins de 3 ans (NP 3)².

Antihistaminiques, décongestionnants, mucolytiques et corticoïdes locaux ou systémiques n'ont aucune indication dans l'OMA, avec ou sans épanchement, et de possibles effets adverses¹.

La pose de dispositifs transtympaniques ne contre-indique pas la **natation** (NP 3). Le shampoing ou le savon peuvent être agressifs : en l'absence de données, éviter l'immersion en eau savonneuse¹ !

Les vaccins

Quelques études ont montré une certaine protection contre l'OMA par la **vaccination antigrippale** des enfants de plus de 6 mois et de leur entourage (NP 4)^{2,3}. Le vaccin intranasal vivant atténué commercialisé aux USA et au Canada (pas encore en France) a montré une efficacité élevée (94 à 98%) dans la prévention de l'OMA associée à la grippe chez les enfants de 15 à 71 mois dans 2 études randomisées (NP 2)².

La **vaccination pneumococcique** conjuguée à 13 valences est recommandée en France en 3 injections (2, 4 et 12 mois)⁴. Le pneumocoque est responsable du tiers des OMA bactériennes (elles-mêmes 2/3 de l'ensemble des OMA), un peu plus pour les otites graves, mais l'impact de la vaccination semble limitée (NP 3) : diminution de l'incidence globale des OMA de l'ordre de 6%, diminution du taux de pose de dispositifs transtympaniques de l'ordre de 15 à 20%².

Références :

- 1- SIGN. *Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. A national clinical guideline. February 2003*
- 2- Waseem M, Aslam M. *Otitis Media. emedicine. 2011. Sur www.medscape.com*
- 3- Forgie S et al. *Management of acute otitis media. Paediatr Child Health. 2009; 14: 461-4.*
- 4- HCSP. *Calendrier et recommandations vaccinales 2011. BEH. 2011; 10-11.*