

**OTITE MOYENNE AIGUË (OMA)
CHEZ L'ENFANT DE 3 MOIS ET PLUS**

OTITE MOYENNE AIGUË (OMA)
CHEZ L'ENFANT DE 3 MOIS ET PLUS

Le présent **guide clinique s'adresse aux intervenants de première ligne du réseau de la santé**. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique, sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez iness.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

CONSIDÉRATIONS IMPORTANTES

- ▶ **La majorité des OMA guérissent sans antibiothérapie.**
- ▶ La majorité des complications liées aux OMA (mastôidite, etc.) surviennent dans un contexte d'otite à pneumocoques et chez les enfants âgés de < 2 ans.
- ▶ Les **facteurs de risque** de résistance du *Streptococcus pneumoniae* :
 - Fréquentation de la garderie
 - Enfants âgés de < 2 ans
 - Hospitalisation récente
 - Traitement antibiotique récent (< 30 jours)
 - OMA fréquentes

Pathogènes bactériens les plus fréquemment rencontrés dans l'OMA

- ▶ *Streptococcus pneumoniae*
- ▶ *Haemophilus influenzae non typable*
- ▶ *Moraxella catarrhalis*
- ▶ *Streptococcus pyogenes*

MESURES PRÉVENTIVES

- ▶ Allaitement maternel exclusif encouragé jusqu'à l'âge d'au moins 6 mois;
- ▶ Éradication du tabagisme à la maison;
- ▶ Hygiène nasale adaptée à l'âge de l'enfant;
- ▶ Vaccination recommandée selon le calendrier du Programme québécois d'immunisation.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique repose sur l'historique et sur une évaluation méthodique de la position, de la coloration/transparence et de la mobilité du tympan.

Le diagnostic d'OMA se caractérise par :

- ▶ Un début récent, habituellement abrupt, de signes et symptômes;
- ▶ La présence des **deux** points suivants :
 - **un épanchement mucopurulent** dans l'oreille moyenne qui se manifeste par au moins un des éléments suivants :
 - bombement de la membrane tympanique; OU
 - membrane tympanique colorée et opaque; OU
 - otorrhée non due à une otite externe; OU
 - mobilité absente ou limitée de la membrane tympanique;
 - **une inflammation** de l'oreille moyenne qui se manifeste par au moins un des éléments suivants :
 - érythème marqué de la membrane tympanique; OU
 - otalgie (évidence d'une douleur à l'oreille qui interfère avec les activités normales ou le sommeil).



Photos disponibles
pour aide à la décision

Devant un diagnostic d'OMA, il faut procéder à la recherche systématique de complications : atteinte du système nerveux central, paralysie faciale, gonflement rétroauriculaire.

ATTENTION :

L'otite séreuse ou l'otite mucoïde (épanchement sans inflammation avec ou sans rétraction de la membrane tympanique) ne nécessite pas d'antibiothérapie.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

Conditions qui nécessitent une consultation urgente en spécialité pour considération d'une investigation et traitement invasif :

- ▶ Nourrisson de moins de 3 mois avec température \geq à 38°C;
- ▶ Suspicion de méningite ou de mastoïdite;
- ▶ Toxicité ou atteinte de l'état général.

TRAITEMENT DE SOUTIEN VISANT À SOULAGER LES SYMPTÔMES :

- ▶ Il est important de soulager la douleur et la fièvre par l'utilisation d'un analgésique/antipyrétique (acétaminophène ou ibuprofène*), surtout les premiers jours.
- ▶ Ni les décongestionnants ni les antihistaminiques n'ont démontré d'utilité dans le traitement de l'OMA chez l'enfant.

*L'ibuprofène n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 mois.

CRITÈRES DE TRAITEMENT INITIAL OU D'OBSERVATION DES ENFANTS		
ÂGE	SYMPTÔMES SÉVÈRES (otalgie modérée à grave de plus de 48 heures ou fièvre \geq 39 °C ou présence d'une perforation tympanique)	SYMPTÔMES NON-SÉVÈRES (otalgie légère de moins de 48 heures et fièvre < 39 °C et absence d'une perforation tympanique)
De 3 mois à 6 mois	Traitement antibiotique	Traitement antibiotique
De 6 mois à 2 ans	Traitement antibiotique	Option d'observation OU Traitement antibiotique [Ⓞ]
> 2 ans	Traitement antibiotique	Option d'observation OU Traitement antibiotique

Ⓞ L'American Academy of Pediatrics (AAP) recommande un traitement antibiotique en cas d'otite **bilatérale** chez tous les enfants de moins de 2 ans. De son côté, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) ne fait pas de distinction entre l'OMA unilatérale ou bilatérale.

L'option d'observation consiste à retarder le traitement antibiotique de 48 heures :

- ▶ Appropriée si
 - le prescripteur le juge à propos;
 - une antibiothérapie peut être débutée lorsque les symptômes persistent ou s'aggravent;
 - collaboration des parents (décision partagée).
- ▶ Non appropriée chez les enfants
 - de moins de 6 mois;
 - atteints d'immunodéficience, de maladie cardiaque ou pulmonaire chronique, d'anomalies de la tête et du cou;
 - avec symptômes sévères.

ANTIBIOTHÉRAPIE

L'antibiothérapie de première intention pour OMA est l'amoxicilline hautes doses (90 mg/kg/jour) :

- ▶ Permet d'atteindre des concentrations thérapeutiques dans l'oreille moyenne pour le traitement des pneumocoques de résistance intermédiaire à la pénicilline et de la plupart des pneumocoques hautement résistants à la pénicilline.
- ▶ Généralement bien tolérées par les enfants.

Cependant, chez l'enfant qui ne présente aucun **facteur de risque** de résistance, une dose d'amoxicilline de 45 mg/kg/jour TID peut être envisagée.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION DE L'OTITE MOYENNE AIGUË (Cette recommandation reste appropriée même si l'enfant a eu des épisodes antérieurs d'OMA)					
	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale	Durée de traitement	
				Moins de 2 ans	2 ans et plus
	Amoxicilline	90 mg/kg/jour ÷ BID	2 000 mg BID	10 jours	Non sévère : 5 à 7 jours Sévère* : 10 jours
Si utilisation d'antibiotique dans les 30 derniers jours ou en présence d'une conjonctivite purulente	Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) ou Amoxicilline + Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour ÷ BID ou 45 mg/kg/jour ÷ BID + 45 mg/kg/jour ÷ BID	1 500 mg BID ou 750 mg BID + 750 mg BID	10 jours	Non sévère : 5 à 7 jours Sévère* : 10 jours
! CAS EXCEPTIONNELS Si vomissement important ou si la prise orale est impossible :	Ceftriaxone	50 mg/kg/jour, IM ou IV	1 000 mg/dose	1 à 3 jours	1 à 3 jours

*Symptômes sévères : otalgie modérée à grave de plus de 48 heures, ou fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ou présence de perforation tympanique.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 1^{RE} INTENTION DE L'OTITE MOYENNE AIGUË SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE Les macrolides et les céphalosporines de 2 ^e génération utilisés seuls ne devraient être prescrits comme traitement de 1 ^{re} intention que chez les patients ayant une allergie à la pénicilline. Le taux de résistance des principaux pathogènes quant à ces classes limite leur utilisation à grande échelle.					
	Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale	Durée de traitement	
				Moins de 2 ans	2 ans et plus
Si allergie non de type I à la pénicilline	Cefprozil	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	Non sévère : 5 à 7 jours Sévère* : 10 jours
	Céfuroxime axétil**	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	Non sévère : 5 à 7 jours Sévère* : 10 jours
! CAS EXCEPTIONNELS Si vomissement important ou si la prise orale est impossible :	Ceftriaxone	50 mg/kg/jour IM ou IV	1 000 mg/dose	1 à 3 jours	1 à 3 jours
Si allergie de type I à la pénicilline	Clarithromycine	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	Non sévère : 5 à 7 jours Sévère* : 10 jours
	Azithromycine	10 mg/kg DIE le jour 1, puis 5 mg/kg DIE x 4 jours	500 mg DIE le jour 1, puis 250 mg DIE x 4 jours	5 jours	5 jours

*Symptômes sévères (otalgie modérée à grave, de plus de 48 heures ou, fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ou présence de perforation tympanique.

**Le céfuroxime axétil en suspension est peu utilisé en raison de son mauvais goût. Voir la monographie du produit pour améliorer le goût du médicament.

En cas de non réponse après 48 à 72 heures de traitement et avant de débiter un traitement de 2^e intention :

- Vérifier l'acceptabilité et l'adhésion au traitement.

ANTIBIOTHÉRAPIE DE 2^E INTENTION DE L'OTITE MOYENNE AIGUË

		Antibiotique	Posologie quotidienne	Posologie maximale	Durée de traitement	
					Moins de 2 ans	2 ans et plus
Antibiothérapie en cas d'échec au traitement après 48 à 72 heures	Si échec de l'amoxicilline	Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) ou Amoxicilline + Amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1)	90 mg/kg/jour ÷ BID ou 45 mg/kg/jour ÷ BID + 45 mg/kg/jour ÷ BID	1 500 mg BID ou 750 mg BID + 750 mg BID	10 jours	10 jours
		Ceftriaxone	50 mg/kg/jour IM ou IV	1 000 mg/dose	3 jours	3 jours
	Si échec de l'amoxicilline-clavulanate	Ceftriaxone	50 mg/kg/jour IM ou IV	1 000 mg/dose	3 jours	3 jours

FORMULATION DE L'AMOXICILLINE-CLAVULANATE

La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Les formulations de 200 mg/5 ml et de 400 mg/5 ml ainsi que les comprimés de 875 mg contiennent le bon rapport d'amoxicilline et d'acide clavulanique. Certains cliniciens utilisent une combinaison d'amoxicilline (**45 mg/kg/jour**) et d'amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1) (**45 mg/kg/jour**) afin de diminuer les effets indésirables (total de 90 mg/kg/jour, équivalent 14:1). Il peut s'avérer que les quantités d'amoxicilline et d'amoxicilline-clavulanate (ml) soient différentes.

Nota : Le traitement d'une OMA **légère** avec otorrhée chez un enfant qui a des tubes de ventilation consiste en l'application de gouttes antibiotiques de ciprofloxacine avec ou sans corticostéroïde BID dans le canal auditif externe pendant une durée incluant 2 jours sans d'écoulement.

CRITÈRES DE CONSULTATION EN OTORHINOLARYNGOLOGIE (ORL)

- ▶ Présence d'OMA réfractaire aux traitements antibiotiques de 2^e ligne;
- ▶ Plus de 4 épisodes d'OMA en 6 mois ou 6 épisodes par année;
- ▶ Perforation tympanique non résolue après 6 semaines.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

Le Saux N et Robinson JL. La prise en charge de l'otite moyenne aiguë chez les enfants de six mois et plus. *Paediatr Child Health* 2016;21(1):45-50.

Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. Clinical Practice Guideline, The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131(3):e964-99.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.