



RECOMMANDATIONS DE BASE :

Otite moyenne aiguë

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une infection fréquente de l'oreille moyenne. Les sécrétions nasopharyngées qui contiennent des virus et des bactéries peuvent atteindre l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. L'oreille moyenne se draine habituellement bien mais s'il y a inflammation de la trompe d'Eustache, le drainage peut être compromis. Dans ces conditions, les bactéries et les virus présents dans l'oreille moyenne peuvent se multiplier, créant ainsi un épisode clinique d'OMA. La majorité des cas d'otites moyennes bactériennes chez les enfants de moins d'un an se manifeste moins d'un mois après une infection des voies respiratoires supérieures¹.

DIAGNOSTIC

L'OMA se présente avec des symptômes de courte durée (un à plusieurs jours). Les symptômes, surtout chez les enfants pré-verbaux, sont souvent non-spécifiques (ex. fièvre, pleurs ou irritabilité) et peuvent être semblables à d'autres infections virales ou bactériennes. Le diagnostic repose donc sur un examen détaillé de l'oreille moyenne afin d'identifier s'il s'agit ou non d'une infection bactérienne de l'oreille moyenne, indépendamment de la présence d'une fièvre.

» Les deux critères requis pour l'OMA sont :

1) **Présence d'un épanchement de l'oreille moyenne, comme en témoigne :**

- une membrane tympanique gonflée ou bombée **-OU-**
- la perte des repères osseux ou la présence de liquide derrière la membrane tympanique **-OU-**
- l'absence ou la forte baisse de motilité de la membrane tympanique à l'utilisation d'un otoscope pneumatique

2) **Signes d'inflammation dans l'oreille moyenne:**

- érythème proéminent ou des zones hémorragiques sur une membrane tympanique bombée **-OU-**
- une membrane tympanique jaunâtre

» On doit toujours présumer que la présence d'une **perforation grave du tympan** lors d'une OMA est causée par une bactérie (habituellement le streptocoque du Groupe A) et que l'on doit traiter avec des antibiotiques. On doit effectuer une culture bactérienne s'il y a présence de pus dans le canal auditif.

» **Il faut faire la distinction entre l'OMA et l'otite moyenne suppurative** (>3 semaines d'otorrhée indolore sans symptômes sévères) via une perforation antérieure du tympan ou un drain transtympanique. Dans ces cas il faut obtenir des cultures du liquide pour maximiser la thérapie. En attendant des résultats de la culture, il est possible de prescrire de façon empirique un traitement topique ou systémique selon la sévérité clinique de la maladie. Si les symptômes persistent, en dépit du traitement, il faut référer l'enfant en oto-rhino-laryngologie puisqu'il existe un risque de mastoïdite chronique.

LES SIGNES CI-DESSOUS NE CONCORDENT PAS AVEC LE DIAGNOSTIC D'OMA

- » Écoulement chronique de l'oreille » MT à mobilité limitée mais sans évidence d'inflammation
- » Érythème isolé ou opacité de la MT » Position rétractée ou neutre de la MT

DÉCIDER QUI NÉCESSITE UN TRAITEMENT IMMÉDIAT AVEC ANTIBIOTIQUES

SYMPTÔMES LÉGERS

- » L'OMA avec des symptômes légers se résorbe souvent spontanément et ne doit pas être traitée avec des antibiotiques inutilement. L'abus d'antibiotiques pour cette condition peut amener à une augmentation de la résistance bactérienne et peut entraîner inutilement chez l'enfant des effets secondaires provenant des antibiotiques.
- » Les enfants de > 6 mois qui sont **légèrement malades** (ex. alertes, attentifs, réagissent bien à l'analgésie) depuis un court laps de temps (<48 heures) avec une température corporelle de <39° C, peuvent être mis sous observation pour 24 à 48 heures afin de voir si les symptômes disparaissent spontanément. Avec les personnes responsables il faut discuter de la surveillance et des soins à prodiguer ou du suivi.

SYMPTÔMES MOYENS OU SÉVÈRES

Les cas ci-dessous ne sont pas susceptibles de répondre à des mesures conservatrices et devraient être traités avec des antibiotiques afin de soulager les symptômes et prévenir les complications :

- » Les enfants qui sont **modérément ou sévèrement malades** (ex. difficulté à dormir, douleur intense, **température corporelle de ≥39° C**, manque d'appétit et/ou irritabilité) ou qui sont **malades** depuis plus de **48 heures**.
- » Les enfants qui présentent une **perforation sévère du tympan** (présence de pus dans le canal auditif ou une perforation notée lors de l'examen) doivent recevoir des antibiotiques. La plupart des cas seront causés par *S. pyogenes* (streptocoque du Groupe A) mais une culture du liquide provenant de l'oreille est utile afin de maximiser la thérapie, surtout si les enfants ont déjà reçu des antibiotiques et que l'infection persiste.



TRAITEMENT D'UN CAS D'OMA INITIAL SANS COMPLICATIONS

- » Il n'existe **AUCUNE** preuve qui appuie l'utilisation d'antibiotiques topiques pour le traitement d'un cas sévère d'OMA car les antibiotiques topiques n'apportent aucun bienfait dans le cas d'une perforation sévère. Dans le cas d'un écoulement chronique, il faut considérer le diagnostic d'otite moyenne chronique suppurative. (Voir la section « DIAGNOSTIC » ci-haut).
- » **Il est important de gérer la douleur de l'enfant pendant le traitement** : l'ibuprofène est préféré (10 mg/kg/dose toutes les 6 heures; max 4 doses par jour). Traitement de deuxième ligne : acétaminophène (15 mg/kg/dose toutes les 4 heures; max 4 doses par jour). Suite à un traitement efficace de l'OMA, la majorité des enfants n'auront pas besoin d'analgésiques après 24 à 36 heures.
- » Puisque la majorité des cas d'OMA sont causés par *S. pneumoniae* et les streptocoques du Groupe A, l'amoxicilline est le médicament de choix pour le **traitement initial**. L'amoxicilline atteint un bon taux de concentration dans l'oreille moyenne lorsqu'il est administré aux doses recommandées.

DOSE ET DURÉE

- » Amoxicilline : 45 à 60 mg/kg/jour divisé en TID **-OU-** 75-90 mg/kg/jour divisé en BID.
 - » Enfants < 2 ans – 10 jours
 - » Enfants ≥ 2 ans – 5 jours

QUE FAIRE SI ON SOUPÇONNE LA POSSIBILITÉ D'ALLERGIE À LA PÉNICILLINE

- » Vérifier si l'historique est conforme à une allergie à médiation IgE (anaphylaxie, hypotension, urticaire et/ou angio-oedème).
- » Si oui, administrer céfuroxime axétil, 30 mg/kg/jour divisé en BID ou en TID pour 5 à 10 jours (selon l'âge) **-OU-** ceftriaxone – 50 mg/kg par voie intramusculaire (ou par voie intraveineuse) chaque jour pour 3 jours.

TRAITEMENT D'OMA QUI NE RÉPOND PAS À L'AMOXICILLINE

- » Les enfants qui souffrent d'une OMA bactérienne devraient au moins se sentir un peu soulagé dans les 24 heures après le début des antibiotiques et les symptômes devraient disparaître en 2 ou 3 jours. Si ce n'est pas le cas, il faudrait réévaluer le patient afin de détecter les complications ou constater l'échec du traitement initial.
- » **Vérifier le diagnostic et s'assurer de l'absence de complications.**
- » Cesser l'amoxicilline et commencer l'amoxicilline-clavulanate (formulation 7:1):
 - » Poids de l'enfant ≤ 35 kg : suspension d'amoxicilline-clavulanate 45 - 60 mg/kg/jour de la composante amoxicilline divisé en TID par voie orale pour **10** jours
 - » Poids de l'enfant > 35 kg : amoxicilline-clavulanate 45 - 60 mg/kg/jour de la composante amoxicilline en comprimés de 500 ou 875 mg divisé en TID par voie orale pour **7 à 10** jours

COMPLICATIONS LIÉES À L'OMA

- » Une OMA compliquée peut se développer si l'infection dans l'oreille moyenne se propagent aux structures adjacentes. À ce titre, il faut documenter la présence ou l'absence de complications **au moment de poser le diagnostic. Il se pourrait qu'une évaluation par un oto-rhino-laryngologiste ou une hospitalisation soit nécessaire.**
- » La **mastoïdite aigüe** se manifeste sous la forme de douleur et/ou d'enflure au-dessus de l'os mastoïde. Il peut y avoir une inflammation de l'os qui cause une **paralysie faciale** unilatérale (septième nerf crânien) et/ou une **diplopie** du regard latéral (paralysie du sixième nerf crânien).
- » **Thrombose veineuse profonde** ou **méningite** qui peut se manifester sous la forme d'un mal de tête persistant ou sévère et/ou une paralysie des nerfs crâniens. Ces diagnostics nécessitent des considérations distinctes en ce qui a trait à la gestion médicale ou chirurgicale.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de l'otite moyenne aiguë chez les enfants dans le service des urgences. Ce sommaire est produit par le conseiller sur l'otite moyenne aiguë du réseau TREKK, le Dr. Nicole Le Saux du *Children's Hospital of Eastern Ontario*. Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liées à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. [Chonmaitree T et al. Symptomatic and asymptomatic respiratory viral infections in the first year of life: Association with acute otitis media development. Clin Infectious Disease 2015 Jan 1;60\(1\): 1-9.](#)
2. [Le Saux N, Robinson JL. Management of acute otitis media in children six months of age and older. Paediatr Child Health 2016;21:39-50.](#)
3. [Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Shaikh N, Wald ER, Kearney DH, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med 2011;364:105-15.](#)
4. [Shaikh N, Hoberman A, Kaleida P, Ploof D, Paradise J. Diagnosing Otitis Media - Otoscopy and Cerumen Removal <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0904397>. N Engl J Med 2010;362:e62.](#)
5. [Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola A. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med 2011;364:116-26.](#)
6. [Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010;340:c2096.](#)
7. [Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2015:CD000219.](#)

© Octobre 2016, TREKK; révision en 2018.