Prescription d'antibiotiques en cas d'otite moyenne aiguë: fiche informative et aide à la décision

Ce document s'adresse aux médecins et synthétise les données importantes à connaître en vue d'une prise de décision partagée avec leurs patient.e.s.

Épidémiologie

Épidémiologie

- Le pic d'incidence d'otites moyennes aiguës (OMA) se situe entre le 6e et le 15e mois de vie.[1]
- L'incidence est la plus élevée durant la première année de vie avec 22 %, puis 15 % durant la deuxième, 10 % durant les troisième et quatrième, et 2 % durant la huitième année de vie. À la fin de leur troisième année de vie, 50 % des enfants au moins ont eu un épisode d'OMA.[2]
- L'OMA est rare chez l'adulte.

Pathogenèse et fréquence des causes bactériennes[3-5]

- L'OMA résulte généralement d'une infection virale des voies respiratoires supérieures qui entraîne une perte de fonction des trompes d'Eustache (Tuba auditiva). Les bactéries qui se retrouvent dans l'oreille moyenne durant l'équilibrage de la pression peuvent se multiplier dans le fluide qui baigne l'oreille moyenne.
- L'otite moyenne virale est la conséquence de virus respiratoires.
- Les infections mixtes sont fréquentes dans l'OMA.

Causes bactériennes :

- S. pneumoniae : 23-31 % (modification des sérotypes et baisse de la fréquence depuis le vaccin PCV7/13)
- H. influenzae : 56-57 % (augmentation de la fréquence depuis le vaccin PCV7/13)
- M. catarrhalis : 20 %

Causes virales : **17-44 %**

- VRS, rhino-, corona-, adéno- et entérovirus, virus parainfluenza et influenza

Aspects cliniques[4,6,7]

Symptômes

- Otalgie : douleurs aiguës de l'oreille et symptômes qui s'y rapportent ; l'enfant qui ne parle pas encore à tendance à se toucher ou se gratter l'oreille
- Symptômes d'une infection des voies respiratoires supérieures
- Perte auditive
- Signes systémiques tels que de la fièvre ou des douleurs abdominales (facultatif)

Signes cliniques

- Rougeur (inflammation) ET saillie du tympan
- Év. otorrhée

Drapeaux rouges[4,7]

- Dégradation de l'état général malgré un traitement adéquat, augmentation de la fièvre, apathie.
- Patients immunosupprimés.
- Malformation connue de l'oreille interne.
- Décollement de l'oreille (mastoïdite), abcès de Bezold.
- Vertiges (labyrinthite, nerf cochléovestibulaire VIII).
- Trouble de la perception auditive (cochléite, nerf cocléovestibulaire VIII).
- Parésie faciale (nerf facial VII).
- Autres symptômes neurologiques : signes de méningite, céphalées très intenses, crises d'épilepsie.
- Oto-/rhinoliquorrhée.

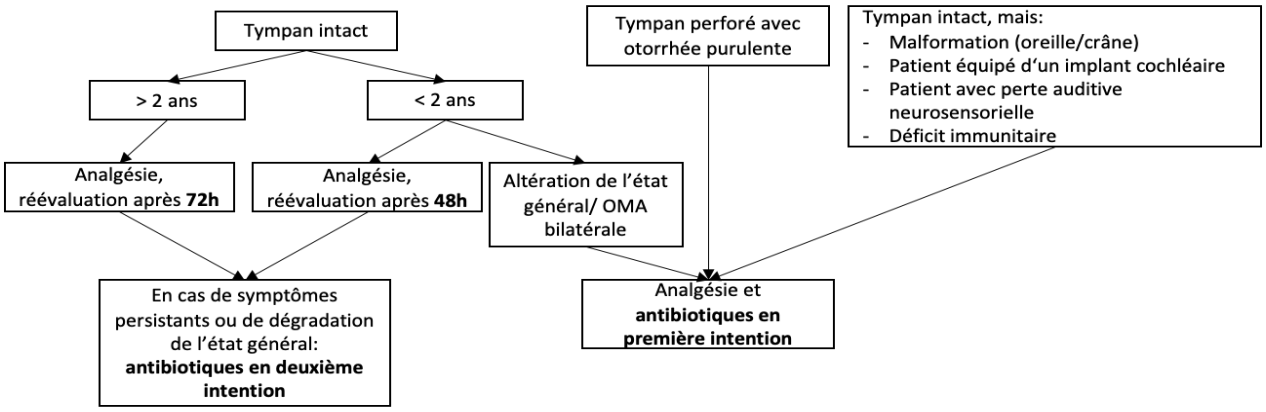
Diagnostics différentiels[4,6]

1. Catarrhe tubaire (pas de signe d'inflammation aiguë, c'est-à-dire pas de tympan rougi)
2. Otite externe (douleur du tragus à la pression)
3. Chez le nourrisson ou l'enfant en bas âge dont l'état général est fortement diminué: exclure une infection invasive
4. Otite séreuse ou séromuqueuse (épanchement de liquide indolore dans l'oreille moyenne accompagné d'une perte auditive)

Diagnostic

Diagnostic[7,10]

- La survenue aiguë de symptômes typiques qui ressort à l'anamnèse étaye le diagnostic, mais ces seuls symptômes ne sont pas spécifiques.[5]
- L'examen otoscopique du tympan permet de poser correctement le diagnostic. Une rougeur du tympan ne suffit pas, à elle seule, à établir le diagnostic de l'OMA puisque sa valeur prédictive positive n'est que de 7 %.[8]
- Les autres analyses de laboratoire (formule sanguine, CRP, leucocytes) et examens microbiologiques ne sont d'aucune utilité pour poser le diagnostic ou prendre une décision concernant un traitement antibiotique.[6,9] Font exception les démarches diagnostiques pour étayer un diagnostic différentiel chez les patientes gravement malades, en cas d'aggravation des symptômes ou de symptômes persistants.



Possibilités thérapeutiques

Traitement symptomatique

1. Traitement symptomatique

- Otalgies : le paracétamol et l'ibuprofène doivent être proposés activement à tous les patient.e.s.[4,11]
- Nez bouché : pas de preuve d'efficacité des décongestionnants nasaux ou des antihistaminiques chez l'enfant.[12]
- Les anesthésiques locaux topiques apportent un léger soulagement des douleurs 10 à 30 minutes après leur administration. Mais les preuves sont limitées.[13,14]

Durée des symptômes *:*

- Une amélioration spontanée des symptômes d'OMA survient dans les premières 24 heures pour environ 60% des cas, dans les 2-3 premiers jours pour environ 80-85 % des cas et après 4-7 jours pour 90 % des cas.[4,10]
- D'après une méta-analyse Cochrane, 60 % des enfants (de 6 mois à 15 ans) ne présentaient plus de symptômes après 24h, qu'ils aient reçu un antibiotique ou un placebo. Après 2-3 jours sous antibiotiques, les douleurs ont diminué fortement, mais avec une différence absolue minime (89 % du groupe antibiotique n'avait plus de douleur contre 84 % du groupe placebo). Cela signifie que 5 % (IC à 95 % : 2-7 %) d'enfants supplémentaires n'avaient plus de douleurs après 2-3 jours sous antibiotiques ("number needed to treat" (NNT) = 20).[10,15]

Traitement antibiotique

2. Traitement antibiotique

- **Avantages** : Après 2-3 jours sous antibiotiques, 5 % des enfants ont moins de douleurs aux oreilles ; il n'y a pas d'effet sur le taux de complications.
- **Inconvénients / risques** : Les effets indésirables tels que la diarrhée, les vomissements, les éruptions cutanées et les réactions allergiques surviennent dans 27 % des cas sous antibiotiques et 20 % des cas sans antibiotiques[10]; développement de résistances.

→ Chez la majorité des enfants de plus de 6 mois et chez les adultes atteints d'OMA il n'est pas nécessaire de débuter immédiatement un traitement antibiotique puisque ces médicaments sont sans effet sur la durée des symptômes, le taux de rechute et les complications. Les complications graves telles que la mastoïdite sont très rares.

→ Les antibiotiques affichent les meilleurs résultats chez les enfants de moins de 2 ans atteints d'OMA bilatérale, puis chez les patientes avec OMA et perforation du tympan.[6,10]

Influence du traitement antibiotique sur les complications *:*

- **Perforation du tympan et perte auditive** : On constate un léger effet positif des antibiotiques par rapport au placebo concernant la perforation du tympan (2 % dans le groupe antibiotique contre 5 % dans le groupe placebo avec perforation) et des résultats anormaux à la tympanométrie (marqueur alternatif de la perte auditive) après 2-4 semaines (39 % dans le groupe antibiotique contre 48 % dans le groupe placebo avec résultats anormaux à la tympanométrie).[10]
- **Rechute** : Les antibiotiques ne permettent pas de réduire significativement le nombre d'enfants faisant une rechute (18 % dans le groupe antibiotique contre 20 % dans le groupe placebo en rechute).[10]
- **Mastoïdite :** L'incidence de la mastoïdite après une OMA est de 2 pour 10 000 épisodes sous antibiotiques contre 4 pour 10 000 épisodes sans antibiotiques. On obtient ainsi un NNT de 5000 pour prévenir un cas de mastoïdite chez l'enfant. Le fait que ce NNT soit élevé exclut l'utilisation du traitement antibiotique de l'OMA comme stratégie appropriée pour prévenir la mastoïdite.[15,16]
- **D'autres complications** telles que la méningite, l'abcès, la thrombose des sinus veineux et la parésie faciale sont **encore plus rares** lors d'une OMA simple et rien n'indique qu'il soit possible de réduire leur survenue par l'administration précoce d'antibiotiques.[6,10,15]

Nous manquons d'éléments pour une gestion optimale de l'OMA chez l'adulte. Les directives françaises, de même que UpToDate, préconisent un traitement antibiotique de l'OMA chez tous les adultes. Mais les preuves de son efficacité sont limitées et de nombreux pays, dont la Suisse, ne prescrivent d'antibiotiques en première intention. L'antibiothérapie n'est pas nécessaire si les patient.e.s ont été inform.é.s et ont compris qu'un nouvel examen de la situation s'imposait en cas d'aggravation nette des symptômes ou en l'absence d'amélioration.[6]

Choix de l'antibiotique et posologie[6]

- **Enfants** : **Amoxicilline** 25mg/kg/12h par voie orale ; < 2 ans : 10 jours / ≥ 2 ans : 5 (-7) jours
- **Adultes** : **Amoxicilline** 1g/8h par voie orale, 5 jours ; en cas de perforation du tympan : 10 jours
- Choix de l'**amoxicilline/acide clavulanique** 40mg/kg/12h (adultes 1g/8h) par voie orale si :
  - Une antibiothérapie a eu lieu au cours des 30 derniers jours ou en cas de rechute d'OMA ressortant à l'anamnèse
  - Risque de contact / colonisation par des pneumocoques non sensibles à la pénicilline (PNSP)
  - Le patient/la patiente ne répond pas au traitement par amoxicilline dans les 72 heures
- **Allergie à la pénicilline** : **Céfuroxime** 15mg/kg/12h par voie orale (adultes 500mg/12h) /
  Clarithromycine 7,5mg/kg/12h par voie orale (adultes **Cotrimoxazole** 160 TMP/800mg SMX/12h)

Avantages de la réduction de la prescription d'antibiotiques

- Ne mène pas à la propagation de bactéries résistantes ; pas d'effets indésirables provoqués par l'administration d'antibiotiques.
- Une antibiothérapie immédiate favorise une consultation médicale en cas de récidive et que les patient.e.s attendent un traitement par antibiotiques.[17]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html