



# Otite moyenne aiguë (OMA) chez l'enfant

Octobre 2009

Ce *guide clinique* est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

## GÉNÉRALITÉS

### Pathogènes bactériens les plus fréquemment rencontrés dans l'OMA :

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

### Considérations importantes pour *Streptococcus pneumoniae* :

- Chez l'enfant < 1 an : 60 % des OMA.
- La résistance du pneumocoque est stable au Québec et peut être facilement contrée par l'augmentation de la dose d'amoxicilline.
- La majorité des complications des OMA (mastoidites, etc.) surviennent dans un contexte d'otite à pneumocoques et chez les enfants < 2 ans.
- Les vaccins conjugués ont peu d'effets sur la survenue de l'otite.
- Facteurs de risque de résistance du pneumocoque à la pénicilline et aux autres antibiotiques si :
  - Fréquentation de la garderie
  - Enfant < 2 ans
  - Traitement antibiotique récent (< 30 jours)

## DIAGNOSTIC

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

### Le diagnostic d'OMA est caractérisé par :

- Début récent, habituellement abrupt, de signes et symptômes
- Présence d'un **épanchement** dans l'oreille moyenne qui se manifeste par au moins 1 des éléments suivants :
  - Bombement de la membrane tympanique OU
  - Niveau hydro-aérique derrière la membrane tympanique OU
  - Membrane tympanique colorée (blanchâtre, jaunâtre) et opaque OU
  - Otorrhée OU
  - Mobilité absente ou limitée de la membrane tympanique
- **Et inflammation** de l'oreille moyenne qui se manifeste par au moins 1 des éléments suivants :
  - Érythème marqué ou diffus de la membrane tympanique OU
  - Otalgie (évidence d'un inconfort à l'oreille qui interfère avec ou qui empêche les activités normales ou le sommeil)

Il faut différencier l'otite moyenne aiguë de l'otite avec **épanchement** sans inflammation (otite séreuse ou otite mucoïde) qui ne nécessite pas d'antibiothérapie.

## RÉFÉRENCES

American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion. Otitis Media with effusion. *Pediatrics*. 2004;113:1412-29.

American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Clinical practice Guideline, Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics*. 2004;113:1451-65.

Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de Pédiatrie. L'antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë, 2009, sous presse.

Vanderkooi OG, Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis*. 2005 May 1;40(9):1288-97.

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

# PRINCIPES DE TRAITEMENT

## • Prévention :

- Éradication du tabagisme à la maison
- Hygiène nasale adéquate selon l'âge de l'enfant

## • La grande majorité des otites guérissent sans antibiothérapie.

- Évaluation et traitement de la douleur : analgésique/antipyrétique

### Critères de traitement initial ou d'observation des enfants présentant une OMA

Âge	Diagnostic certain	Diagnostic non certain
< 6 mois	Traitement antibiotique	Traitement antibiotique
6 mois à 2 ans	Traitement antibiotique	Traitement antibiotique si symptômes graves* Option d'observation <sup>†</sup> si symptômes non graves <sup>‡</sup>
> 2 ans	Traitement antibiotique si symptômes graves* Option d'observation <sup>†</sup> si symptômes non graves <sup>‡</sup>	Option d'observation <sup>†</sup> si symptômes non graves <sup>‡</sup>

\* Symptômes graves : otalgie modérée à grave ou fièvre  $\geq 39$  °C.

<sup>†</sup> L'option d'observation = retarder le traitement antibiotique de 48 à 72 heures → appropriée seulement quand un suivi médical est assuré et une antibiothérapie débutée si les symptômes persistent ou empirant. Cette option nécessite une discussion explicative avec les parents.

<sup>‡</sup> Symptômes non graves : otalgie légère et fièvre < 39 °C dans les dernières 24 heures.

### Amoxicilline à haute dose (90 mg/kg/jour) :

Concentration adéquate 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

- Antibiotique de première intention pour le traitement de l'OMA
- Meilleure activité que tous les céphalosporines et macrolides contre les pneumocoques non sensibles à la pénicilline
- Hautes doses généralement bien tolérées par les enfants

### Antibiothérapie de l'otite moyenne aiguë (OMA)

		Antibiotique*	Posologie quotidienne orale <sup>†</sup>	Posologie maximale orale	Durée de traitement selon l'âge	
					Moins de 2 ans	2 ans et plus
<b>Traitement de 1<sup>re</sup> intention</b>		<b>Amoxicilline<sup>‡</sup></b>	90 mg/kg/jour ÷ BID	1 500 mg BID	10 jours	5 à 7 jours
<b>Traitement de 2<sup>e</sup> intention</b> Antibiothérapie en cas d'échec de traitement après 48 à 72 heures		<b>Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin<sup>MC</sup>)<sup>§</sup></b>	90 mg/kg/jour ÷ BID	1 000 mg BID	10 jours	10 jours
		<b>Ceftriaxone<sup>  </sup></b>	50 mg/kg/jour IV ou IM	2 000 mg/dose	3 jours	3 jours
Antibiothérapie en cas d'allergie à la pénicilline	Si allergie non de type I à la pénicilline	<b>Cefprozil (Cefzil<sup>MC</sup>)</b>	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	5 à 7 jours
		<b>Céfuroxime axétil (Ceftin<sup>MC</sup>)</b>	30 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	5 à 7 jours
	Si allergie de type I à la pénicilline	<b>Clarithromycine (Biaxin<sup>MC</sup>)</b>	15 mg/kg/jour ÷ BID	500 mg BID	10 jours	5 à 7 jours
		<b>Azithromycine<sup>   </sup> (Zithromax<sup>MC</sup>)</b>	10 mg/kg DIE jour 1 puis 5 mg/kg/jour DIE x 4 jours	500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	5 jours	5 jours
		<b>Clindamycine (Dalacin C<sup>MC</sup>)</b>	20-30 mg/kg/jour ÷ TID	450 mg TID	10 jours	10 jours

\* Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

<sup>†</sup> La dose quotidienne doit être répartie selon l'intervalle recommandé.

<sup>‡</sup> Une dose d'amoxicilline (50 mg/kg/jour) peut être envisagée chez l'enfant qui ne présente pas de facteurs de risque de résistance aux antibiotiques.

<sup>§</sup> La formulation 7:1 (BID) de l'amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin<sup>MC</sup>) est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Certains cliniciens préfèrent utiliser une combinaison d'amoxicilline (45 mg/kg/jour) et d'amoxicilline-clavulanate de K (45 mg/kg/jour) afin de diminuer les effets secondaires digestifs.

<sup>||</sup> Lorsqu'il y a eu échec à l'amoxicilline à hautes doses, puis échec à l'amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin<sup>MC</sup>) à hautes doses, le ceftriaxone peut être administré à une dose de 50 mg/kg/jour IV ou IM (dose maximale 2 g/dose) et consultation en ORL. Selon l'histoire, le traitement est DIE x 3 jours ou décision myringotomie et tube (anesthésie générale). Ce traitement est rarement nécessaire si de hautes doses d'amoxicilline ou d'amoxicilline-clavulanate de K ont été utilisées comme traitement antérieur.

<sup>|||</sup> Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi et al., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine (Biaxin<sup>MC</sup>, Biaxin Bid<sup>MC</sup>, Biaxin XL<sup>MC</sup>) en comparaison avec l'azithromycine (Zithromax<sup>MC</sup>).

## Otite moyenne aiguë (OMA) chez l'enfant

Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres (CMQ, OPQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Conseil  
du médicament

Québec

