

Traitement antimicrobien de l'otite moyenne aiguë (OMA) chez les enfants

Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, 2020

Exclusions : Nourrissons de moins de 6 mois, anomalies crâniofaciales, patients immunosupprimés, présence de tube de tympanostomie ou OMA récurrente¹

Diagnostic : Le diagnostic d'une OMA nécessite la présence des trois critères suivants :

1. Apparition récente des symptômes

- Les symptômes peuvent être non spécifiques, en particulier chez les enfants préverbaux. Les symptômes peuvent notamment comprendre : une otalgie (ou une otalgie « présumée »), la fièvre, les pleurs, l'irritabilité, les troubles du sommeil, le manque d'enjouement.
- Dans les cas de l'OMA, se tirer ou se frotter l'oreille peut survenir; toutefois, d'autres causes peuvent être possibles (comme des infections virales)

2. Présence d'épanchement de l'oreille moyenne

- La perte des repères osseux; OU
- La présence d'un niveau hydroaérique sur la membrane tympanique; OU
- La mobilité absente ou limitée de la membrane tympanique visualisée à l'otoscope pneumatique

3. Signes d'une inflammation dans l'oreille moyenne

- Bombement de la membrane tympanique (Le diagnostic est renforcé par la présence d'un érythème distinct ou intense de la membrane tympanique, de plaques hémorragiques et d'un liquide purulent d'aspect jaunâtre, opaque)
- Perforation aiguë de la membrane tympanique

Gravité	Organisme probable	Schéma empirique privilégié	Autres schémas empiriques	Durée du traitement
Légère (OMA unilatérale, sommeil et appétit satisfaisants, alerte, réponse appropriée aux analgésiques, température buccale ² inférieure à 39 °C, malade depuis moins de 48 heures)	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. pyogenes</i>	Période d'observation de 48 heures SANS antibiotiques (Approche « attente vigilante ») • Les soignants <u>doivent</u> avoir accès aux soins médicaux. • Voir la page suivante pour plus de précisions.	<u>Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 48 heures :</u> amoxicilline (haute dose) 75-90 mg/kg/jour PO divisée q12h* (max. 3 g/jour) <u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline :</u> Céfuroxime axétil 30 mg/kg/jour PO divisée q8h ou q12h* (max. 1 g par jour)	<u>Enfants de 2 ans ou plus, SANS aucun des facteurs de risque suivants: récurrence de l'OMA, perforation tympanique ou échec thérapeutique du traitement initial :</u> 5 jours
Modérée/grave (OMA bilatérale, appétit ou sommeil perturbé, douleur intense, température buccale ² supérieure ou égale à 39 °C, malade depuis plus de 48 heures ou perforation tympanique)	Comme ci-dessus	amoxicilline (haute dose) 75-90 mg/kg/jour PO divisée q12h* (max. 3 g/jour)	<u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline :</u> céfuroxime axétil 30 mg/kg/jour PO divisée q8h ou q12h* (max. 1 g par jour) <u>Seulement si ne peut pas utiliser amoxicilline ou céfuroxime :</u> Macrolide ³	<u>Enfants de moins de 2 ans ET/OU présentant l'un des facteurs de risque suivants : récurrence de l'OMA, perforation tympanique ou échec thérapeutique du traitement initial:</u> 10 jours
Échec thérapeutique (après 2 à 3 jours d'un traitement approprié) OU Première récurrence dans les 6 semaines suivant le dernier épisode	Comme ci-dessus	amoxicilline+clavulanate 45-60 mg/kg/jour (d'après le composant amoxicilline) PO divisée q12h ^{4,*}	amoxicilline+clavulanate 45 mg/kg/jour (d'après le composant amoxicilline) PO divisée q12h ^{4,*} ET amoxicilline 45 mg/kg/jour PO divisée q12h ⁵ <u>Seulement si ne tolère pas les médicaments oraux:</u> cefTRIAXone 50 mg/kg IV/IM q24h pour 3 jours	

Observation SANS antibiotiques (approche « attente vigilante »)

- Les démarches acceptables comprennent une réévaluation planifiée, un accès à une réévaluation rapide ou une prescription d'antibiotiques « au cas où » (seulement remplir si besoin).
- Les soignants devraient faire partie de la décision d'observer sans antibiotiques. Les discussions devraient comporter les points suivants :
 - L'OMA peut spontanément se guérir sans antibiotiques (soit à l'origine de pathogènes viraux ou à l'origine de bactéries moins virulentes)
 - Une utilisation excessive d'antibiotiques peut mener à une résistance aux antibiotiques, ce qui peut limiter à l'avenir les options thérapeutiques pour l'enfant.
 - Une exposition inutile aux antibiotiques peut, en plus, donner lieu à des effets secondaires pour l'enfant; dont les nausées, les vomissements et les éruptions cutanées.
 - Des consignes détaillées pour une analgésie optimale avec l'ibuprofène ou l'acétaminophène
 - Une réévaluation (ou une instauration des antibiotiques) doit être entreprise en cas d'aggravation des symptômes à tout moment, ou en cas de non-amélioration des symptômes après 48 heures.

Conseils cliniques

- **Un diagnostic précis d'une OMA est le pilier de la prise en charge.**
- **Une analgésie adéquate est un élément essentiel de la prise en charge de l'OMA; recommander l'ibuprofène⁶ (agent de choix) ou l'acétaminophène⁷ au besoin pour contrôler la douleur.**
- Une OMA doit être différenciée d'une otite moyenne avec épanchement (OME), étant donné que la prise en charge d'une OME ne nécessite pas d'antibiotiques.
- Une OMA bilatérale doit être traitée immédiatement avec antibiotiques (ne pas procéder à l'observation sans antibiotiques).
- Lorsque l'OMA s'accompagne d'une conjonctivite purulente, les pathogènes les plus probables sont *H. influenzae* et *M. catarrhalis*; privilégier l'amoxicilline+clavulanate pour ces patients (ou céfuroxime axétil chez les patients allergiques à la pénicilline).
- En raison d'une augmentation des taux de résistance, il ne faut généralement pas utiliser les antimicrobiens suivants en première ligne : macrolides, clindamycine ou triméthoprime+sulfaméthoxazole.
- Les mesures préventives contre l'OMA sont :
 - Hygiène des mains
 - Vaccination antipneumococcique
 - Vaccin antigrippal (influenza) annuellement
 - Allaitement exclusif de préférence pendant au moins six mois
 - Absence d'exposition à la fumée de tabac, si possible
 - Aucun biberon en position couchée, si possible
 - Utilisation limitée ou réduite de la suce chez les enfants de plus de six mois

*Il faut ajuster la dose en cas d'insuffisance rénale.

¹ L'OMA récurrente se définit comme suit : 3 épisodes ou plus d'OMA sur une période de 6 mois, **OU** 4 épisodes ou plus d'OMA sur une période de 12 mois (avec au moins un épisode au cours des 6 derniers mois). Ces patients pourraient bénéficier d'une consultation en otolaryngologie (ORL).

² La température rectale et tympanique est environ 0,3 à 0,6 °C SUPÉRIEURE à la température buccale. La température axillaire est environ 0,3 à 0,6 °C INFÉRIEURE à la température buccale.

³ Les options de macrolides PO comprennent : azithromycine 10 mg/kg PO x1 (max 500 mg), ensuite 5 mg/kg PO q24h (max 250 mg) pour les jours 2-5; OU clarithromycine 15 mg/kg/jour divisé q12h (max 1000 mg/jour; il faut ajuster la dose en cas d'insuffisance rénale)

⁴ Utiliser la formulation 7:1 d'amoxicilline+clavulanate

⁵ La combinaison d'amoxicilline+clavulanate PLUS amoxicilline est utilisée pour atteindre une dose élevée du composant amoxicilline (c.-à-d. 90 mg/kg) tout en limitant la quantité du composant clavulanate. En général, les doses plus élevées de clavulanate ne sont pas nécessaires et peuvent donner lieu à l'apparition (ou à l'aggravation) de diarrhées.

⁶ Ibuprofène 10 mg/kg/dose PO q6-8h PRN (max. 40 mg/kg/jour)

⁷ Acétaminophène de 10 à 15 mg/kg/dose PO q4h PRN (max. 75 mg/kg/jour)

Références :

1. N Le Saux, JL Robinson; Canadian Paediatric Society. Management of acute otitis media in children six months of age and older. *Paediatr Child Health* 2016;21(1):39-50.
2. Liberthal AS et coll.; American Academy of Pediatrics. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics*. 2013; 131 (3): e964-e999
3. Sakulchit T & Goldman RD. Antibiotic therapy for children with acute otitis media. *Canadian Family Physician*. 2017; 63 (9): 685-687
4. IWK. Acute Otitis Media Guidelines. Consultation sur application mobile. 2019-06
5. Bugs & Drugs. Consultation sur application mobile. 2019-06