

Conduite à tenir devant une otite moyenne aiguë

Drs A. Jabidi**, M. Zalagh**, N. Errami**, M Akbiri*, F Benariba***
 *Spécialiste en ORL, **Professeur assistant, ***Professeur agrégé et Chef de service
 Service ORL et CCF Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat

L'otite moyenne aiguë (OMA) constitue un motif fréquent de consultation, notamment chez l'enfant.

En effet, elle représente la pathologie infectieuse la plus fréquente et la première cause de prescription d'antibiotiques en pédiatrie^(1,12). Ceci impose donc une otoscopie systématique chez tout enfant fébrile.

Souvent bénigne, il faut cependant craindre des complications loco-régionales mais surtout, méningo encéphaliques qui peuvent être fatales.

L'otite moyenne aiguë obéit à une épidémiologie locale en perpétuelle évolution par rapport à l'efficacité des antibiotiques.

EPIDEMIOLOGIE

Les OMA touchent essentiellement l'enfant avec **un maximum de fréquence entre 6 et 24 mois**. Ceci est dû à plusieurs facteurs :

- à une **anatomie-physiologie particulière** de la trompe d'Eustache qui est béante et courte;
- à la **fréquence des infections des voies aériennes supérieures**, en particulier des rhino-pharyngites (les infections virales faisant le lit des OMA) chez les jeunes enfants^(2,13).

L'agent pathogène est bactérien. Les virus (rhinovirus, virus respiratoire syncytial) jouent un rôle surtout dans la rhino-pharyngite causale et cèdent très rapidement la place aux bactéries⁽²³⁾.

Les germes responsables d'OMA sont essentiellement *l'haemophilus influenzae* et le *pneumocoque*⁽¹⁰⁾. Ces 10 dernières années, une augmentation du nombre de souches d'*H. influenzae* productrices de β -lactamase et l'apparition de souches de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline ont été notées^(8,9). Aussi, cela doit conduire le praticien à suivre l'épidémiologie locale et l'évolution clinique pour adapter l'antibiothérapie qui est le plus souvent probabiliste.

Les bactéries en cause dépendent de l'âge du sujet :

- **chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de 3 mois** : outre le *pneumocoque* et *l'haemophilus*, on retrouve souvent des *staphylocoques dorés*, des *pseudomonas aeruginosa* et des *entérobactéries*⁽¹³⁾.
- **chez l'enfant de 3 mois à 3 ans** : *l'haemophilus influenzae* représente 40% des causes, suivi du *pneumocoque* (25%), de *moraxella catarrhalis* (10%), du *staphylocoque doré* (8%), puis viennent le *pseudomonas aeruginosa*, le *streptocoque du groupe A* et les *entérobactéries*⁽¹¹⁾.
- **Chez le grand enfant et l'adulte**, on note surtout l'importance du *pneumocoque* et de *l'haemophilus*⁽¹³⁾.

DIAGNOSTIC POSITIF

LES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Elles sont variées. Le diagnostic se fonde sur :

Des signes d'appels spécifiques

- **L'otalgie** qui peut se traduire par des attitudes évocatrices chez le petit enfant qui pleure et tend la main vers l'oreille douloureuse.
- **L'otorrhée purulente** qui signe une infection de l'oreille et une perforation qui impose un prélèvement.
- **D'autres signes** peuvent orienter vers l'oreille : hypoacousie et acouphènes.

Des signes d'appels non spécifiques

- Ce sont des signes généraux comme .
- **la fièvre** qui peut atteindre 39-40 °C;
 - **les troubles digestifs** : vomissements, diarrhées;
 - l'altération de l'état général, les pleurs, l'insomnie, la toux et les vomissements.
- L'existence de tels signes chez le nourrisson imposent une otoscopie de principe.

LOTOSCOPIE

C'est l'examen clé qui permet de poser le diagnostic. Elle bénéficie de l'emploi du microscope binoculaire.

Elle doit être bilatérale (les deux oreilles sont touchées dans 30% des cas chez l'enfant).

Le tympan est normalement gris perle translucide avec un triangle lumineux antéro-inférieur et des reliefs bien visibles (fig. 1).

Otoscopie va déterminer le stade évolutif de l'OMA.

On distingue 3 stades :

- L'otite moyenne aiguë congestive : le tympan est rose ou rouge vif dans son ensemble, le triangle lumineux disparaît. Le manche du marteau et la courte apophyse restent nettement visible. Il n'y a pas encore de collection liquidienne. (Fig. 2)

- L'otite moyenne aiguë suppurée collectée : le tympan est rouge violacé, épaissi et bombant, surtout dans sa partie postéro-inférieure avec disparition des reliefs. Il existe une collection purulente dans la caisse. (Fig. 3)

- L'otite moyenne aiguë suppurée perforée : le tympan se rompt spontanément donnant issue à une otorrhée purulente et laissant une perforation punctiforme, le plus souvent postérieure. Cette perforation soulage le patient. (Fig. 4)

Le tableau clinique peut orienter vers le germe : si l'OMA est très fébrile et très douloureuse, on suspecte le pneumocoque. L'association à une conjonctivite purulente est en faveur de l'haemophilus^(5,13).

L'OMA touche le plus souvent le nourrisson entre 6 mois et 2 ans et est plus fréquente en hiver

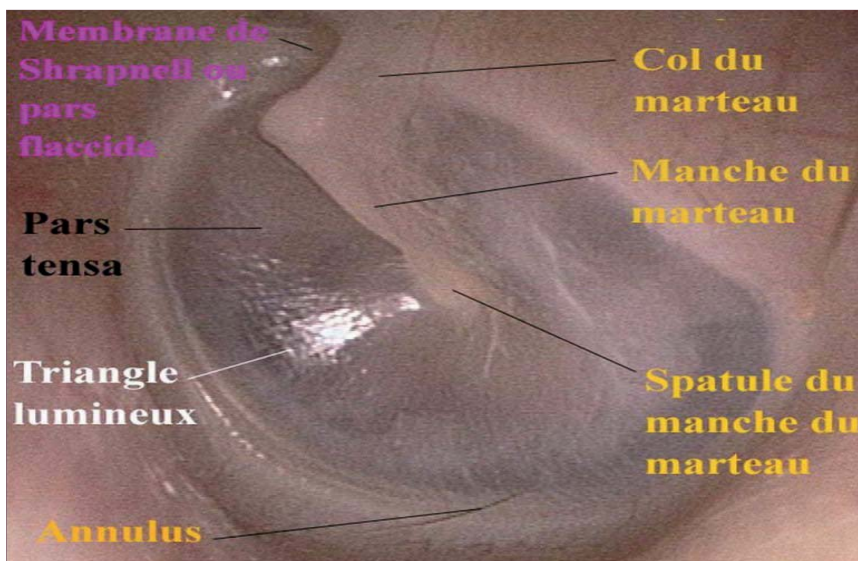


Fig. 1 : Tympan normal⁽¹⁷⁾

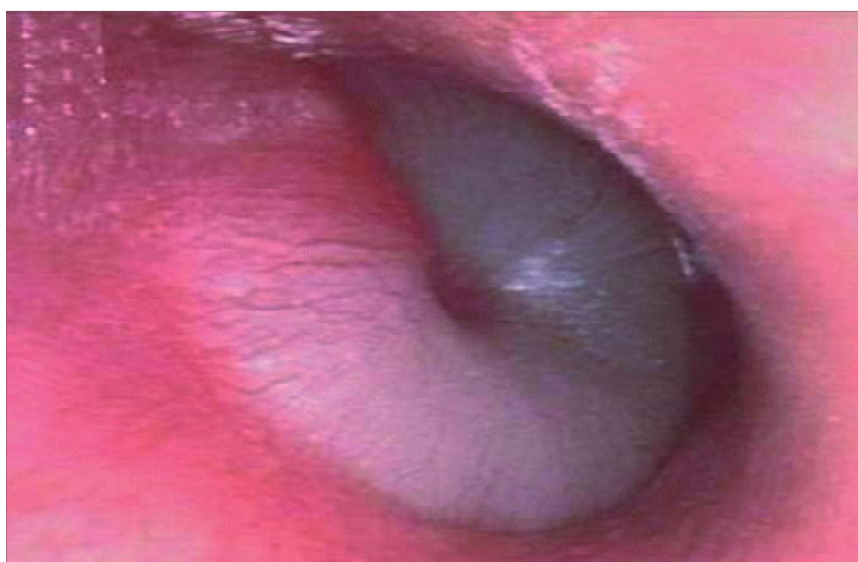


Fig. 2 : Otite moyenne aiguë congestive⁽¹⁷⁾

LES COMPLICATIONS

Le diagnostic positif étant posé, l'examen doit rechercher des signes de complications qui sont devenues de plus en plus rares grâce à l'antibiothérapie^(13,16).

LA MASTOÏDITE AIGUË

C'est la complication la plus classique. Les signes fonctionnels et généraux sont exacerbés. Il existe un oedème inflammatoire comblant le sillon rétro-auriculaire (signe de Jacques).

Le pavillon est refoulé en bas et en avant. La pression de l'antre mastoïdien est douloureuse. Un scanner sera réalisé en urgence et montrera une opacité mastoïdienne.

Le traitement est chirurgical, basé sur une mastoïdectomie.

LA LABYRINTHITE OTITIQUE

Elle est généralement séreuse, par inflammation du labyrinthe au contact du foyer infectieux et reste exceptionnellement infectieuse, suppurée⁽¹³⁾.



Fig. 3 : Otite moyenne aiguë suppurée collectée⁽¹⁷⁾

L'OMA va alors s'accompagner de vertiges, nausées, vomissements et troubles de l'équilibre. Le grand enfant peut signaler une hypoacousie et des acouphènes.

On recherchera un nystagmus battant vers l'oreille malade (nystagmus d'irritation).

LA PARALYSIE FACIALE

Il s'agit d'une paralysie faciale périphérique d'installation brutale et précoce.

Elle se signe chez l'enfant par une asymétrie faciale à la mimique et aux pleurs.

Son pronostic est favorable sous antibiothérapie adaptée au prélèvement bactériologique. Une corticothérapie est associée dès que le germe est identifié et contrôlé par le traitement antibiotique^(13,17).

LES MÉNINGITES PURULENTES

Elles sont souvent la conséquence d'une bactériémie. Elles sont redoutées dans les otites à *Haemophilus* et à pneumocoques. Elles se manifestent par des céphalées, des vomissements et une raideur méningée.

La ponction lombaire, doit être réalisée au moindre doute.

LES ABCÈS CÉRÉBRAUX, CÉRÉBELLEUX ET THROMBOPHLEBITES DU SINUS LATÉRAL

Ces complications sont plus rares. Elles se caractérisent par des signes neurologiques survenant dans un contexte fébrile avec des troubles du comportement.

Le diagnostic est porté grâce au scanner et à l'IRM.

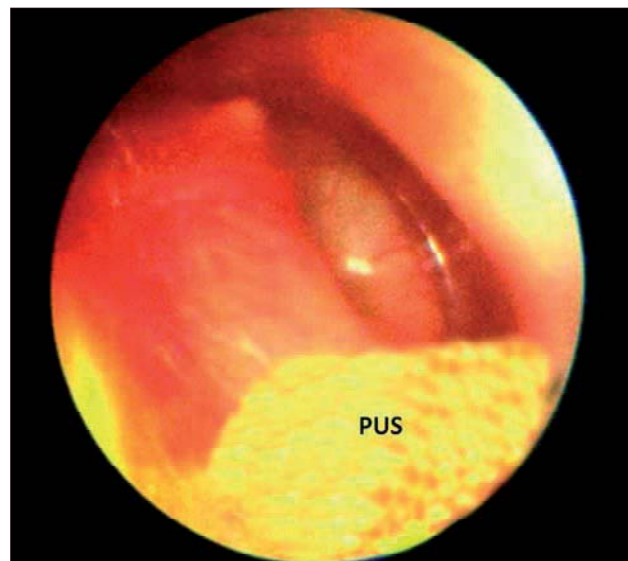


Fig. 4 : Otite moyenne aiguë suppurée perforée⁽¹⁷⁾

L'ÉCHEC DU TRAITEMENT

C'est actuellement une situation fréquemment rencontrée. L'échec d'une première cure d'antibiotiques est observé devant la persistance des signes généraux, fonctionnels et otoscopique.^(13,17)

L'OMA persistante se prolonge pendant au moins 3 semaines, malgré un ou plusieurs traitements antibiotique(s).

Un prélèvement bactériologique s'impose.

Dès que le germe est identifié, une antibiothérapie adaptée sera mise en route, parfois par voie parentérale⁽¹⁷⁾.

LES FACTEURS FAVORISANTS

Le diagnostic positif étant posé et les complications écartées, un interrogatoire ciblé et un examen clinique adapté permettent de préciser l'existence de facteurs favorisants, surtout devant une OMA récidivante (en sachant que toute OMA peut être la première d'une série de récidives)⁽¹³⁾.

DES FACTEURS LOCAUX

Un foyer obstructif et infectieux rhinopharyngé, représenté par une hypertrophie et une infection des végétations adénoïdes, une rhinosinusite chronique seront recherchés à l'examen clinique par une rhinoscopie antérieure et postérieure, voire une nasofibroskopie⁽¹⁹⁾. La radiographie simple des sinus et du cavum de profil peuvent être intéressantes dans certaines situations.

UNE PATHOLOGIE DE TERRAIN

Elle doit être recherchée dans les formes récidivantes. Certains facteurs, comme un tabagisme passif, une immaturité du système immunitaire, une vie précoce en collectivité (crèches, garderies...), favorisent la contamination bactérienne et virale⁽¹³⁾.

Une allergie est dépistée par un bilan adapté (tests cutanés, IgE spécifiques...) et une carence martiale par le dosage du fer sérique⁽¹⁹⁾.

Enfin, une PH-métrie peut révéler un reflux gastro-œsophagien (RGO)⁽¹⁸⁾.

TRAITEMENT

Le traitement de l'OMA reste controversé surtout chez l'enfant. Souvent, les parents sont en attente d'une prescription d'antibiotiques (ATB) or la littérature médicale a montré que la guérison clinique spontanée d'un enfant atteint d'une OMA non compliquée est fréquente, de l'ordre de 80 %^(2,3,6,7).

Dans les années 50, l'origine supposée bactérienne des OMA a conduit à la prescription systématique d'antibiotiques⁽²⁾. Leur utilisation fréquente a favorisé l'émergence croissante de souches bactériennes résistantes^(1,14,15).

En 2005, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a établi un guide des recommandations visant à uniformiser la prise en charge de l'otite moyenne aiguë et à réduire le taux de résistances bactériennes⁽⁴⁾.

FORMES NON COMPLIQUEES

Les dernières recommandations ont conduit à redéfinir les schémas thérapeutiques des OMA et notamment, l'indication et le choix de l'ATB⁽⁵⁾.

La prescription d'une antibiothérapie est à discuter car le plus souvent, l'OMA est d'origine virale et sa guérison est spontanée. Cependant, le risque de surinfection et la nette diminution des complications justifient l'utilisation encore répandue des ATB⁽¹³⁾.

LES GERMES EN CAUSE

Entre 3 et 18 mois :

L'hæmophilus influenzae domine (40% des cas) suivi par le streptococcus pneumoniae (30% des cas), moraxella catarrhalis (10%) puis le staphylocoque doré (9%) et enfin le streptocoque le pyocyanique.

Avant 3 mois :

Le risque de staphylocoque et d'entérobactéries nécessite un prélèvement bactériologique systématique.

Après 2 ans :

On retrouve souvent le streptococcus pneumoniae et l'hæmophilus influenzae.

Cette antibiothérapie est généralement probabiliste, visant les germes les plus fréquents selon l'âge et tenant compte des résistances selon l'épidémiologie locale (*voir encadré*).

Toute otorrhée bénéficiera d'un prélèvement bactériologique et d'un antibiogramme.

Les résistances sont fréquentes

- 40% des souches d'hæmophilus influenzae sont résistantes aux pénicillines A par production de β -lactamases.

- 70% des pneumocoques ont une sensibilité diminuée à la pénicilline G (PSPD). De plus, de nombreux pneumocoques sont résistants aux macrolides^(1,14).

Les critères faisant suspecter une otite à PSPD sont principalement⁽⁵⁾: l'âge (< 2 ans), la vie en collectivité et en milieu urbain, la fièvre (> 38,5°C) et l'otalgie importante.

Les indications

OMA congestive chez l'enfant de plus de 3 mois :

- **Pas d'antibiothérapie;**
- **Antalgiques - antipyrétiques** utilisés à la demande, en fonction de la fièvre et de la douleur.

Les gouttes auriculaires à visée antalgique sont indiquées par certains auteurs⁽¹⁾ mais sont formellement contre-indiquées en cas de perforation tympanique.

- **Désobstruction et désinfection des fosses nasales** par lavage répétés au sérum physiologique avec utilisation de mouche-bébé chez le petit enfant et des vasoconstricteurs locaux chez l'adulte.

OMA simple

En l'absence de facteurs de résistance et après l'âge de 2 ans, on peut utiliser l'amoxicilline (100 mg/kg/j en 3 prises pendant 8 jours).

OMA suppurée

La paracentèse en urgence est décidée dans les situations suivantes :

- otite hyperalgique ou hyperfébrile;
- présence d'une complication;
- nouveau-né et nourrisson de moins de 3 mois;
- OMA récidivante.

Le traitement médical dépend de l'orientation bactériologique. Si la symptomatologie est en faveur d'une infection à *hæmophilus* (conjonctivite associée), les molécules suivantes sont préconisées :

- céfixime (8 mg/kg/j) ou cefpodoxime proxetil.
 - amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j en 3 prises pendant 8 jours);
 - céfuroxime axétil (250 mg matin et soir).
- En cas d'allergie aux β -lactamines on utilise l'érythromycine-sulfafurazole (50mg/kg/jour d'érythromycine et 150mg/kg/jour de sulfafurazole), en 3 prises par jour, pendant 10 jours⁽⁴⁾.

En cas de prise d'un traitement ATB dans les 3 mois précédants, il faut changer de type d'ATB.

Si la symptomatologie est en faveur d'une otite à pneumocoque (OMA très fébrile et très douloureuse) ou en l'absence d'orientation, le traitement suivant est recommandé :

- amoxicilline-acide clavulanique (80mg/kg/j en 3 prises pendant 8 jours);
- céfuroxime axétil ou cefpodoxime proxetil.

Les mêmes mesures que précédemment sont préconisées en cas d'allergie aux bêta-lactamines et en cas de prise d'un traitement ATB dans les 3 mois précédants.

Les traitements adjuvants

Les antalgiques - antipyrétiques doivent être prescrits systématiquement chez le jeune enfant car il est exposé à un risque de convulsions lors de l'hyperthermie.

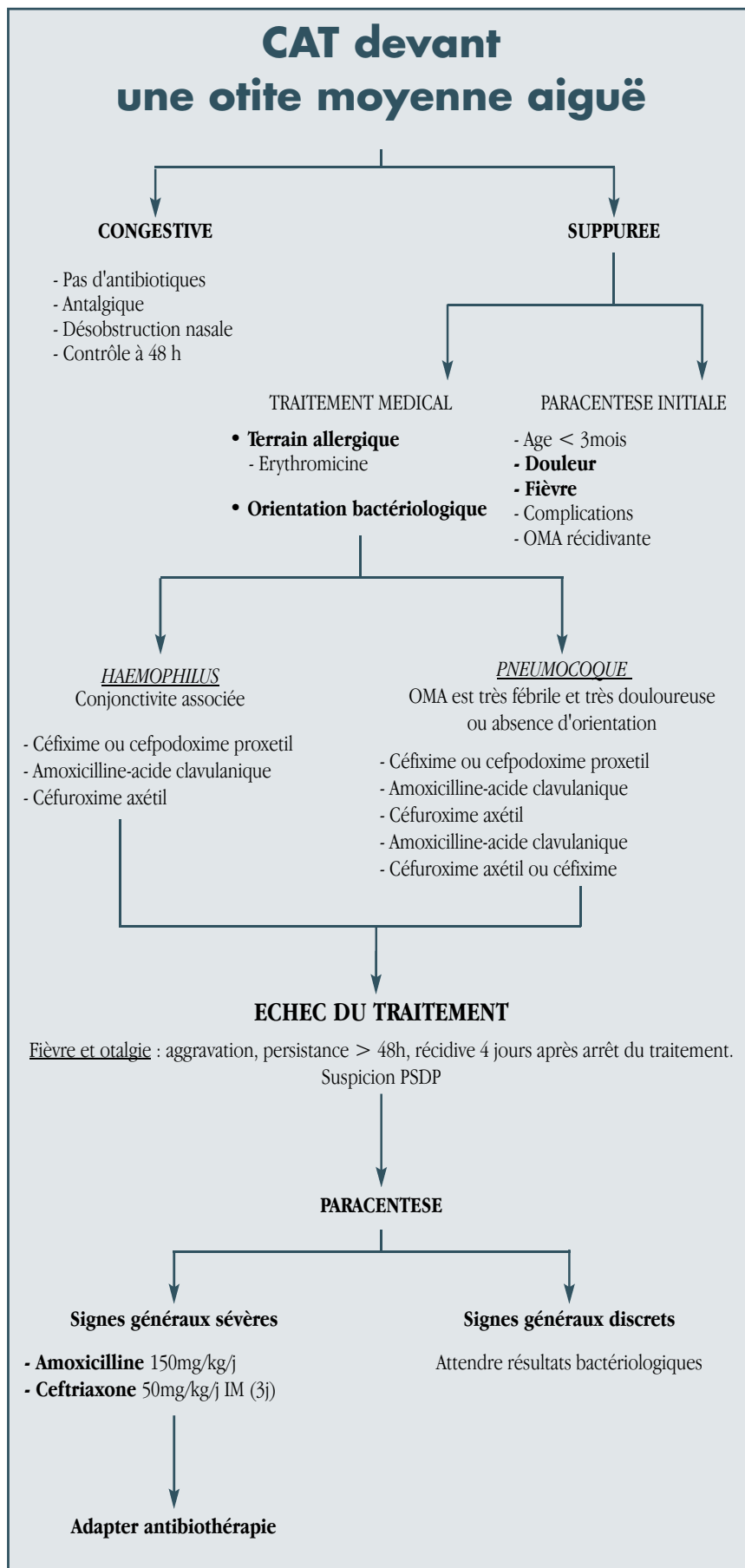
La désobstruction et la désinfection des fosses nasales doivent également être conseillées.

La surveillance

Dans tous les cas, une réévaluation clinique est de règle après 48 heures.

En cas d'échec, il faut suspecter une infection à PSPD. Dans ce cas, la paracentèse s'impose pour l'identification bactériologique et pour l'antibiogramme. Elle se fait par incision radiaire, dans le quadrant postéro -inférieur, sous prémédication et anesthésie locale avant l'âge de 18 mois et sous anesthésie générale au-delà.

S'il persiste des signes généraux importants, sans attendre les résultats, il convient de prescrire de l'amoxicilline à fortes doses (150 mg/kg/j en 2 prises) si l'état général est conservé sinon, et en cas de vomissements, la ceftriaxone administrée par voie intramusculaire est recommandée (50 mg/kg/j pendant 3 jours). L'antibiothérapie sera secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme.



FORMES
COMPLIQUEES

La présence d'une complication impose **l'hospitalisation immédiate** avec :

- mise en place d'une voie veineuse;
 - prise de sang pour un bilan sanguin : NFS à la recherche d'une hyperleucocytose, VS et CRP, à la recherche d'un syndrome inflammatoire, ionogramme, glycémie, groupage et bilan de coagulation en prévision d'une éventuelle intervention chirurgicale.
- Une hémoculture est de mise si la température dépasse 38,5° C. Enfin, suivant les signes cliniques et au moindre doute, une ponction lombaire complètera ce bilan.

Le traitement des formes compliquées se fait par voie parentérale.

Des mesures spécifiques sont indiquées selon les cas :

- héparinothérapie dans les thrombophlébites cérébrales;
- corticothérapie en cas de paralysie faciale;
- antiémétiques et anti-vertigineux dans les labyrinthites;
- mastoïdectomie dans les cas de mastoïdites.

CONTROLE DU TRAITEMENT

- La récupération anatomique et fonctionnelle se fait autour du 15^{ème} jour aussi, **la persistance d'un épanchement à 6 semaines signe l'évolution vers l'otite sérumuqueuse (OSM)**^(1,15).
- Dans les formes récidivantes, il faut :
 - isoler le germe qui risque d'être résistant et adapter l'antibiothérapie;
 - rechercher des facteurs favorisants infectieux, obstructifs notamment, une

hypertrophie adénoïdienne pouvant nécessiter un geste chirurgical.

- Enfin, si une OSM persiste et qu'elle s'accompagne d'une gêne auditive, un aérateur transtympanique sera posé.

CONCLUSION

L'otite moyenne aiguë est une affection très fréquente dont les complications souvent redoutables sont devenues rares depuis l'utilisation systématique de l'antibiothérapie. Cependant, cela a contribué au problème de la montée d'une résistance bactérienne.

Une bonne connaissance de la sensibilité régionale des germes et une surveillance étroite sont donc plus que jamais indispensables.

RÉSUMÉ : L'otite moyenne aiguë (OMA) représente la première cause de prescription d'antibiotiques chez l'enfant. Elle correspond le plus souvent à la surinfection de l'oreille moyenne par une bactérie avec présence d'un épanchement purulent ou mucopurulent dans la caisse du tympan. Ses complications sont rares mais potentiellement graves justifiant le recours à une antibiothérapie en cas de forme collectée ou purulente. Au plan bactériologique, on note l'augmentation de fréquence des pneumocoques à sensibilité diminuée à la pénicilline qui constitue un problème thérapeutique croissant. Face à ce phénomène, le recours à un examen bactériologique après paracentèse est justifié en cas d'échec à 48 heures d'une antibiothérapie adaptée bien conduite. A travers ce travail, nous essayons de ressortir une conduite à tenir pratique devant toute OMA.

SUMMARY : Acute otitis media (AOM) is the most common indication for the prescription of antibiotics in children. It's the expression of a bacterial median ear infection, with purulent or mucopurulent effusion. Several intrinsic as well as external elements favour this infection. Complications are fortunately uncommon but potentially severe necessitating therefore, in case of acute median ear effusion, a management by antibiotherapy. The emergence of multiresistant strains of Streptococcus pneumoniae increases the risk of therapeutic failure. In case of failure of a well-adapted treatment after 48 hours, myringotomy with bacteriologic examination may be necessary.

BIBLIOGRAPHIE

1- Ganga-Zandzou PS, Fermantel A, Robic C, Pouessel G et coll. Évaluation de la prise en charge de l'otite moyenne aiguë du nourrisson et de l'enfant en médecine de ville dans le Nord de la France. *Presse Med* 2009;38:1730-1737.

2- Cherpillod J et coll. L'otite moyenne aiguë chez l'enfant. *L'otite moyenne aiguë chez l'enfant. Revue Médicale Suisse* 2006;54.

3- Cohen R. Otite moyenne aiguë de l'enfant. *Rev Prat Med Gen* 2007;57(16):1791-5.

4- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé : recommandations de bonne pratique. *Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Otite Moyenne aiguë*. 2005.

5- Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997 Issue 1.

6- Mudry A. Controverses autour de l'otite moyenne aiguë. *Arch Pédiatr* 1999;6: 1338-44.

7- Gehanno P. Otites moyennes aiguës, aspects cliniques, évolution, notions thérapeutiques. *Rev Int Ped* 1998; HS : 1720.

8- Geslin P. Évolution de la résistance des pneumocoques isolés d'otites moyennes aiguës en France. *Bilan du CNR* 95-96. *Arch Pédiatr* 1998;5:982-7.

9- Husson MO, Pierreti A, Quelquejay J, Vaneecloo FM, Courcol RJ, Vincent C. Étude de l'épidémiologie bactérienne de l'otite moyenne aiguë de l'enfant observée en ville dans la région Nord Pas-de-Calais. *Pathologie Biologie* 2001; 49(10):789-793.

10- Stahl JP, Archimbaud A and le Groupe d'Etude des Otites de l'Enfant de la Région Grenobloise. Traitement de l'otite moyenne aiguë de l'enfant : comparaison du céfuroxime axétil suspension et de l'amoxicilline/acide clavulanique. *Médecine et Maladies Infectieuses* February 1995;25(Issue 2): 147-153.

11- Nicollas R, Sudre-Levillain I, Triglia JM. Otites moyennes aiguës de l'enfant EMC - Médecine, Volume 1, Issue 5, October 2004, Pages 433-439.

12- Babin E, Lemarchand V, Moreau S, Goullet de Rugy M, Valdazo A, Bequignon A. Failure of antibiotic therapy in acute otitis media. *J Laryngol Otol* 2003;117:173-176.

13- Roger G, Carles P, Pangon B, Thien HV, Polonovski JM, Begue P et al. Management of acute otitis media caused by resistant pneumococci in infants. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:631-638.

14- François M, Van den Abeele T, Viala P, Narcy P. Acute external mastoiditis in children : report of a series of 48 cases. *Arch Pédiatr* 2001;8:1050-1054.

15- François M. Complications des otites moyennes aiguës et chroniques. EMC - Oto-rhino-laryngologie, Volume 2, Issue 1, February 2005, Pages 92-106

16- Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP, Pearson JP. Reflux of gastric juice and glue ear in children. *Lancet* 2002;359:493.

17- Legent F, Billet J, Malard O. Atlas pratique oreille et bouche. Paris:Masson. 2001.