



Otite récidivante de l'enfant : du bon diagnostic à la prise en charge

*Dr BRECHETEAU Clémence, Service d'ORL du Pr Laccourreya
Dr RABIER Valérie, Service des Maladies infectieuses et tropicales*

Rappels sur l'otoscopie

■ Indolore si bien faite

→ Position d'examen

- Allongé (ventre, dos)
- Contention

→ Maitrise du geste

→ Anatomie

- Limite des poils

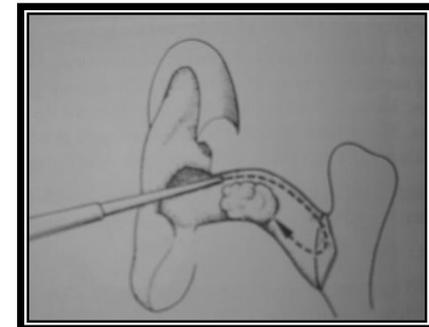
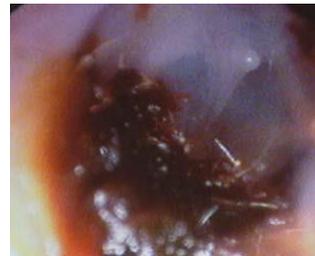
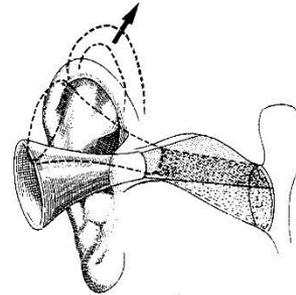
■ Le Cérumen

→ Protège la peau du CAE

→ S'élimine de dedans en dehors

→ Lavage +++

- Ablation instrumentale
- Aspiration

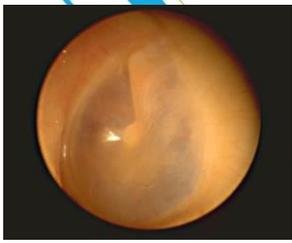


Otite externe

- Rare chez l'enfant
- Epidémiologie
 - Surtout l'été
 - Favorisée par
 - L'humidité(bains)
 - Peau trop sèche, grattage
- Clinique
 - Douleur +++
 - Spontanée, pression tragus, traction pavillon
 - Parfois adénopathie satellite (parotidienne, prétragienne)
 - Rarement fièvre
- Otoscopie : CAE oedématié, parfois otorrhée
- Traitement
 - Gouttes auriculaires (ATB+Cortico), pansement
 - Antalgiques palier 2



Otite moyenne



■ Otites sans épanchement

→ aiguës : myringites, otites congestives

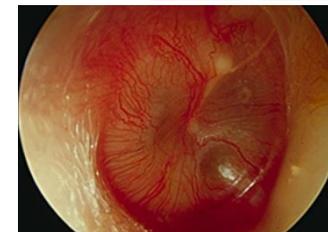
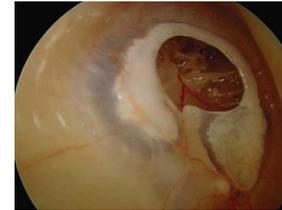
→ chroniques :

- non cholestéatomateuse
- otite chronique cholestéatomateuse

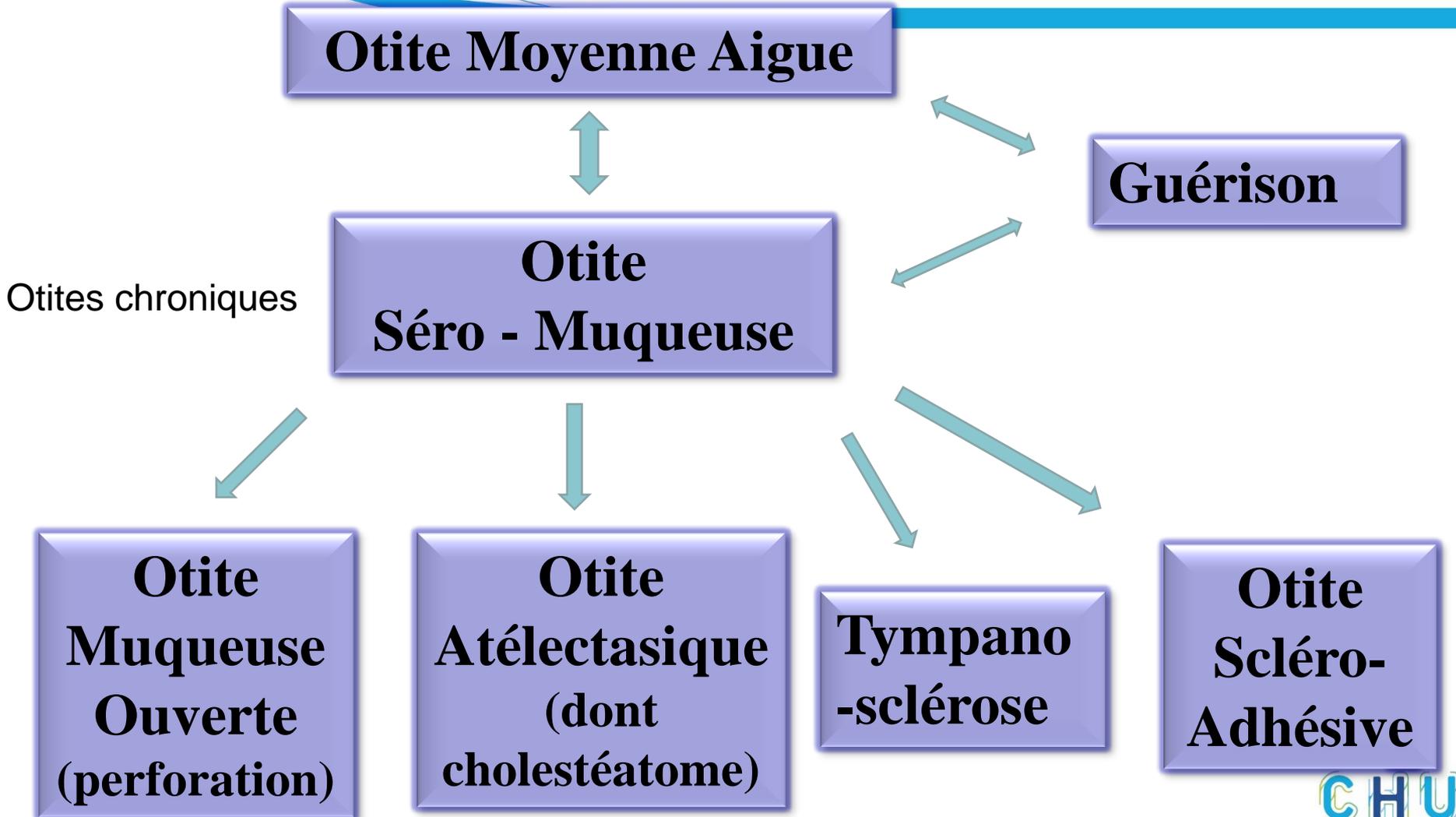
■ Otites avec épanchement

→ aiguës : OMA

→ chroniques : otite séreuse



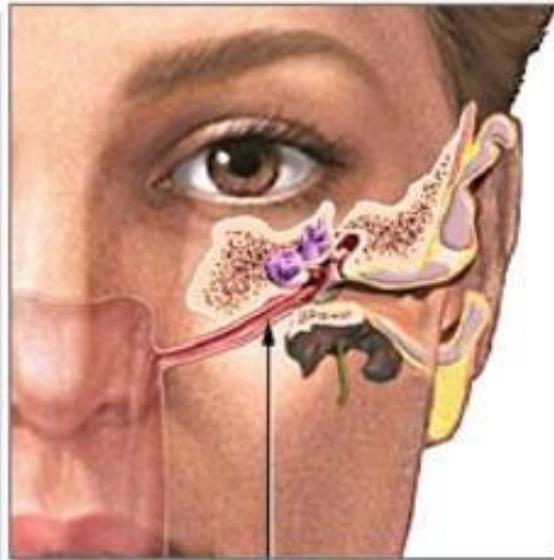
Evolution naturelle des otites



Enfant

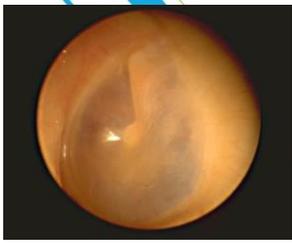


Adulte

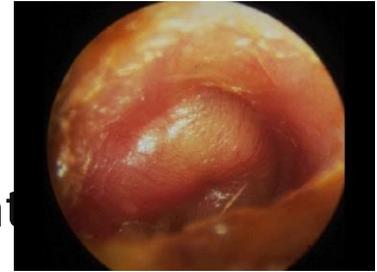


Trompe d'Eustache

Otite Moyenne Aigue



- **Enfant > 3 mois, rare chez l'adulte**
- **Causes**
 - Débute par une infection virale le plus souvent
 - Propagation par le rhinopharynx
- **Clinique**
 - Otalgie d'apparition brutale, parfois absente
 - Otorrhée purulente
 - Fièvre, troubles digestifs +/- constants
- **Otoscopie**
 - Tympan bombé inflammatoire
 - Perte des reliefs



Otite Moyenne Aigue



■ Germes

→ *Haemophilus influenzae* 45%

- 15% des souches productrices de bêta lactamases, 7% BLNAR

→ *Streptococcus pneumoniae* 35%

- 28% des souches de sensibilité diminuée à la pénicilline

→ *Moraxella Catarhalis* < 10%

■ Particularité chez le nouveau-né

→ *Streptococcus pyogenes*

→ *Staphylococcus aureus*

→ *Pseudomonas aeruginosa*

Place de l'antibiothérapie

- Quel est le principal poste de prescription d'antibiotiques en ville?
 - Les infections urinaires?
 - Les infections pulmonaires
 - Les infections cutanées?
 - Les infections ORL?

Place de l'antibiothérapie

- Infection ORL = 1er poste de consommation d'antibiotiques
- Évolution de la consommation des antibiotiques de ville.

Figure 5. Motifs en pourcentage de prescription des antibiotiques en ville

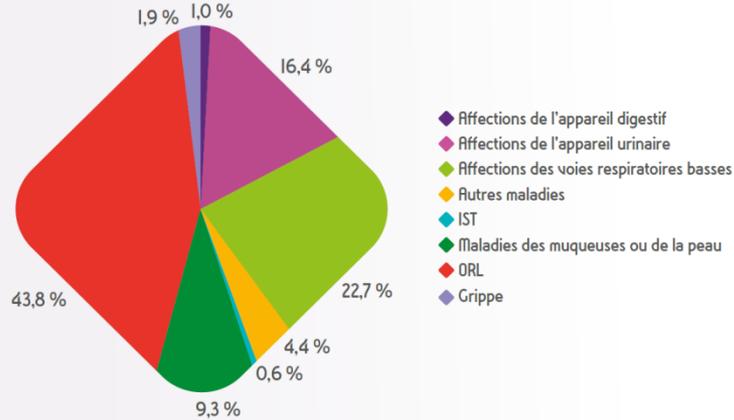
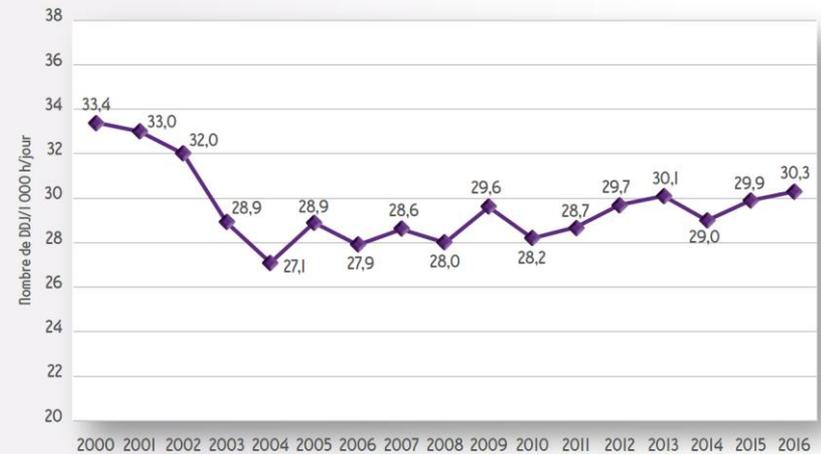


Figure 3. Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ pour 1 000 h/jour entre 2000 et 2016



Source ANSM 2016

Place de l'antibiothérapie

- Faut il traiter toutes les otites de l'enfant de moins de 2 ans?

Place de l'antibiothérapie

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A Placebo-Controlled Trial of Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media

Paula A. Tähtinen, M.D., Miiä K. Laine, M.D., Pentti Huovinen, M.D., Ph.D., Jari Jalava, Ph.D., Olli Ruuskanen, M.D., Ph.D., and Aino Ruohola, M.D., Ph.D.

- Étude randomisée en double aveugle incluant des enfants de 6 à 35 mois
- 161 enfants bras amox-clav contre 157 bras placebo
- Moins d'échec sous amox-clav à J3, plus d'effet secondaire

Place de l'antibiothérapie

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL *of* **MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 13, 2011

VOL. 364 NO. 2

Treatment of Acute Otitis Media in Children
under 2 Years of Age

Alejandro Hoberman, M.D., Jack L. Paradise, M.D., Howard E. Rockette, Ph.D., Nader Shaikh, M.D., M.P.H.,
Ellen R. Wald, M.D., Diana H. Kearney, R.N., C.C.R.C., D. Kathleen Colborn, B.S., Marcia Kurs-Lasky, M.S.,
Sonika Bhatnagar, M.D., M.P.H., Mary Ann Haralam, C.R.N.P., Lisa M. Zoffel, C.R.N.P., Carly Jenkins, R.N.,
Marcia A. Pope, R.N., Tracy L. Balentine, R.N., and Karen A. Barbadora, M.T.

- Etude randomisée double aveugle de 6 à 23 mois
- 291 enfants: 144 (10 jours d'amoxicilline-clavulanate)/147 placebo
- Moins d'échec, moins d'otite séro-muqueuse

Place de l'antibiothérapie

- Faut il traiter toutes les otites de l'enfant de moins de 2 ans?
 - OUI ! D'emblée
- Et chez l'enfant de plus de 2 ans ?
 - En cas de symptômes bruyants : oui d'emblée
 - OMA perforée (otorrhée)
 - OMA très algique ou très fébrile (>38°5)
 - Si pauci symptomatique
 - pas d'antibiothérapie systématique
 - traitement symptomatique (sans AINS)
 - Et réévaluation à 48h



Quelle antibiothérapie?

- Le traitement d'une OMA en 2019 est-il le même qu'en 2001 ?

Quelle antibiothérapie?

■ 3 évolutions majeures épidémiologiques:



- Diminution du nombre d'infection invasive à pneumocoque
 - Résistance aux bêta-lactamines de *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae* producteurs de bêta-lactamase
- **Perte d'intérêt des céphalosporines orales et injectables**

Quelle antibiothérapie?

- Dans un contexte environnemental délicat
 - Émergence des entérobactéries multirésistantes (BLSE, carbapénèmase)
 - Aucun sur-risque d'émergence d'entérobactéries multirésistantes sous amoxicilline. (Rodriguez-bano, CID 2010)
 - Nouveau mode de résistance d'*Haemophilus influenzae* (BLNAR)

Impératif de limiter l'usage des céphalosporines orales et injectables

Quelle antibiothérapie?

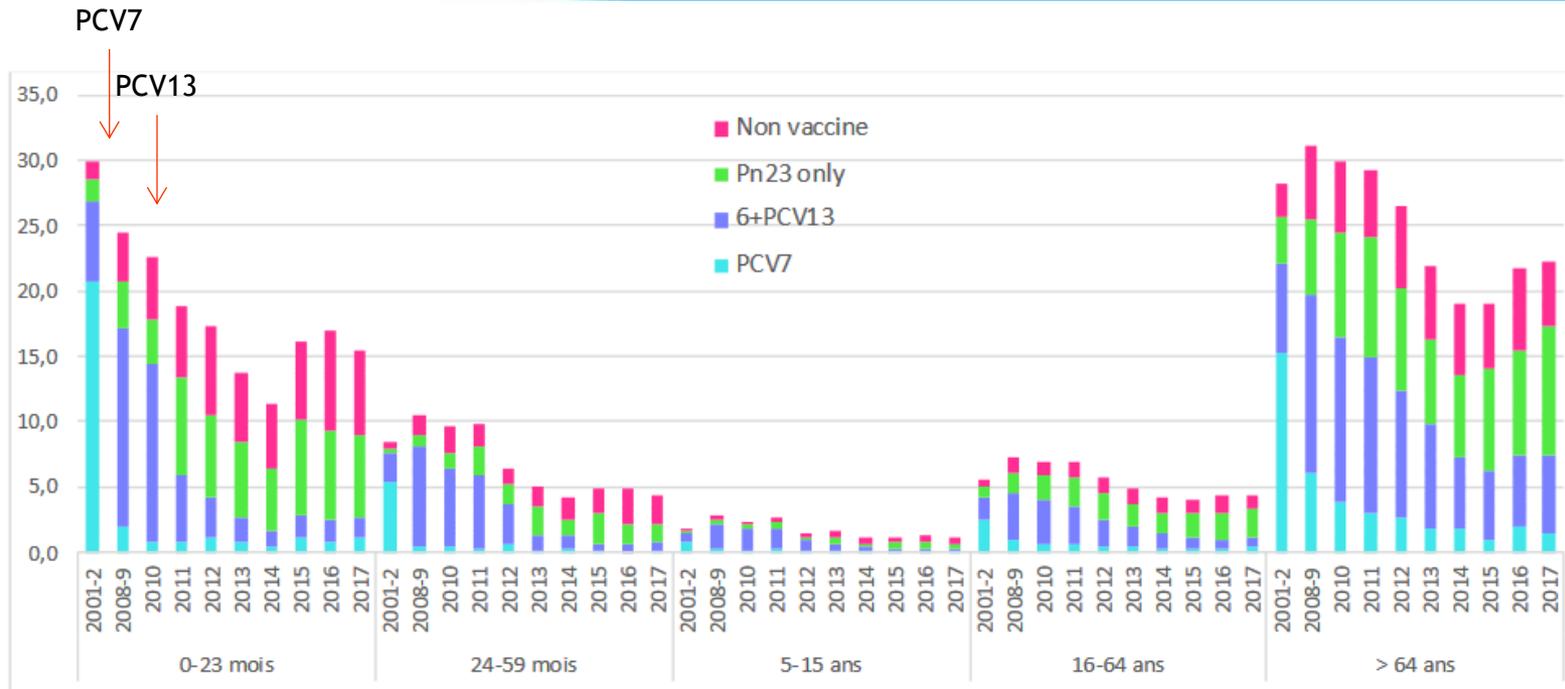
- Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline.
 - Modifications d'une ou plusieurs protéines de liaison aux pénicillines (PLP).
 - Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline: cmi (mg/l)
 - Pénicilline G: S < 0,064
I > 0.064 et < 1
R > 1 mg/l
 - Amoxicilline: S < 0,5
I > 0,5 et < 2
R > 2 mg/l
 - Céfotaxime: idem
 - Résistance associée au cotrimoxazole et à l'érythromycine

Quelle antibiothérapie?

- **PSPD:**

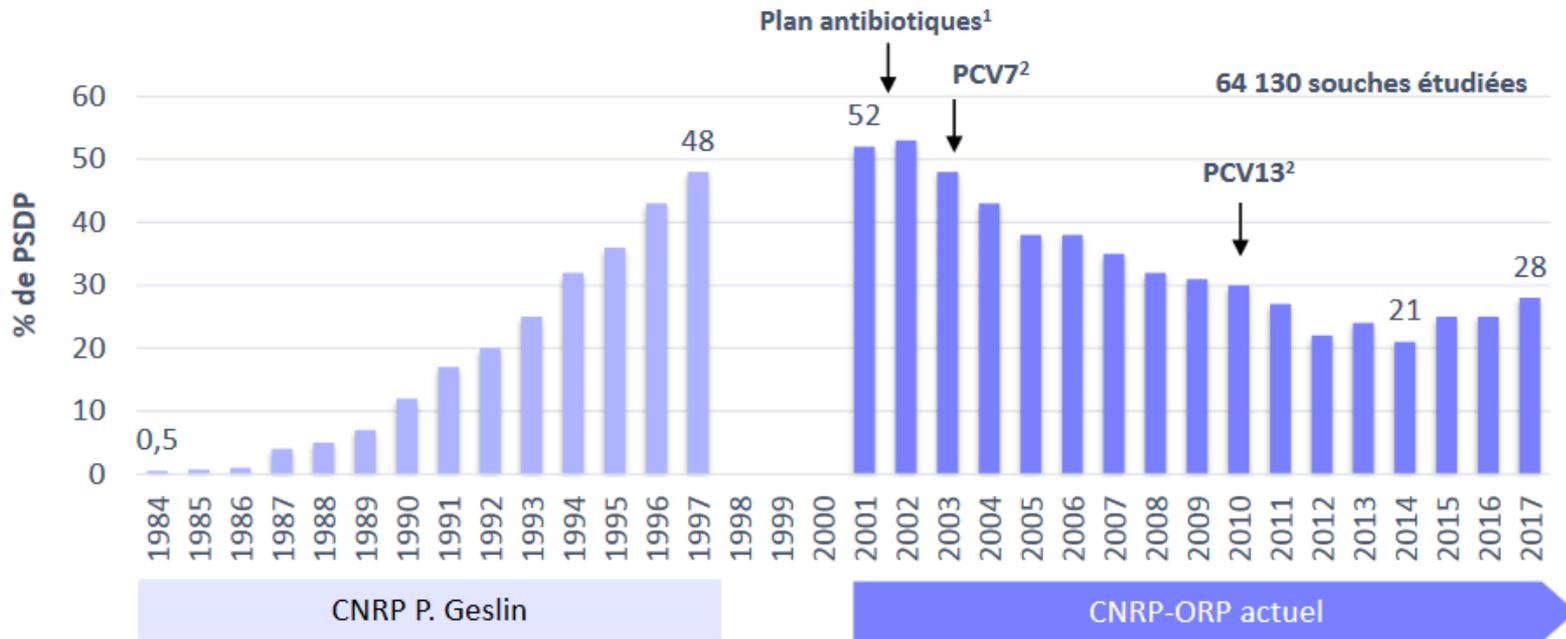
- 2017 28% (62% en 2005 et 77% en 2001) de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline
- Prévenar? 92,4 % (deux doses à 9 mois), vaccin maintenant obligatoire
- France 3ème pays d'Europe (Espagne et Roumanie)
- Surveillance ++ des souches de sensibilité diminuée au céfotaxime

Incidence des infections invasives à pneumocoque (IIP) par groupe de sérotypes, France, 2001-2017



- Incidences les plus élevées : 0-23 mois et >64 ans
- Chez 0-23 mois : quasi disparition des sérotypes vaccinaux après introduction des vaccins
- Depuis 2015-2016, ré augmentation de l'incidence des IIP

Quelle antibiothérapie?



¹http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_01.htm

²Vaccin conjugué pneumococcique (PCV)

Quelle antibiothérapie?

- ***Moraxella catarrhalis***:
 - Pathogénicité discutée
 - Isolement exceptionnel dans les échecs
 - 90% des souches productrices de bêtalactamase
- ***Haemophilus influenzae***:
 - 15 % des souches productrices de bêtalactamase (contre 31% en 2001), 7 % des souches BLNAR (souches résistantes à l'ampicilline sans production de bêta-lactamase, modification des PLP).
 - 16% des souches résistent au cotrimoxazole

Quelle antibiothérapie?

En pratique :

- Amoxicilline : 80 mg/kg/j (3 doses/poids/jour)
 - 8 à 10 jours âge < 2 ans
 - 5 jours âge > 2 ans + adulte
- Si 3 doses impossibles, privilégier 2 doses (école, collectivités)
- Réévaluation clinique si persistance de la symptomatologie:
 - Association otite/conjonctivite: amoxicilline-ac. Clavulanique (HI)
 - Allergie:
 - Cefpodoxime
 - Érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole

Evolution naturelle - Echec du traitement des OMA

■ Evolution vers la guérison

- Fièvre \searrow : 48-72 h
- Ootalgie \searrow : 24-48 h
- Affaissement du tympan : 24 h
- Tardissement de l'otorrhée : 24-96 h

■ Echec du traitement

- aggravation ou persistance OMA après au moins 48 h de ttt
- réapparition moins de 4 j après la fin du ttt des signes fonctionnels, généraux et otoscopiques d'OMA

Et si échec ?

- Si échec du traitement , doit-on faire une paracentèse?

Et si échec ?

- Complications :
 - Méningite
 - Labyrinthe
 - Abscès cérébraux
 - Thrombophlébite cérébrale
 - Mastoïdite
 - Otite séro-muqueuse (revoir le tympan à distance)

■ 1er échec:

→ En cours de traitement:

- Amoxicilline-acide clavulanique
- Cefpodoxime-proxetil

→ En fin de traitement:

- Amoxicilline-acide clavulanique

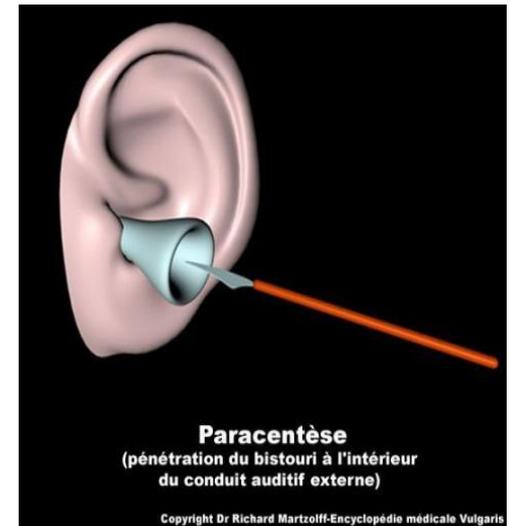
■ 2ème échec:

- Paracétèse
- Amoxicilline-acide clavulanique (80 mg/kg/j)+ amoxicilline (70 mg/kg/j)

Critères de la paracentèse

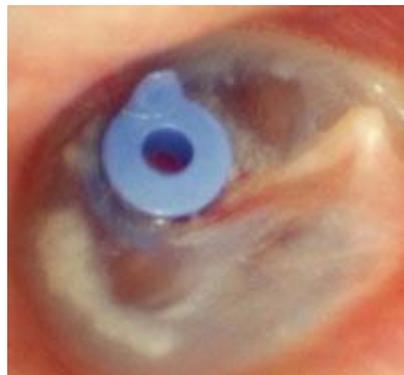
■ Critères de paracentèse

- Enfant de moins de 3 mois (infection materno-foétale)
- Otite hyperalgique d'emblée
- 2^{ième} échec thérapeutique



OMA récidivantes

- 3 épisodes en 6 mois ou 4 dans l'année
- Facteurs favorisants
 - Tabagisme, habitat
 - Collectivités
 - Anémie ferriprive, allergie, hypertrophie des végétations, RGO...
- Traitement
 - Adénoïdectomie
 - Pose d'aérateurs trans-tympaniques



→ Définition

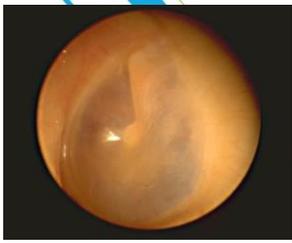
- Épanchement liquidien de l'oreille moyenne
- 10 à 20 % des enfants entre 2 et 4 ans
- 5% à 5 ans et < à 3 % à 10 ans

→ Facteurs favorisant

- Climat hivernal
- Tabagisme passif
- RGO
- Vie en collectivité
- Maladies dysimmunitaires

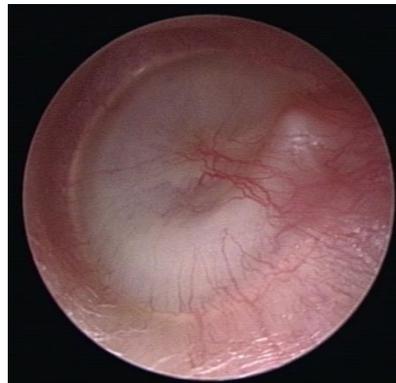
→ Symptomatoologie

- Non douloureuse
- Hypoacousie 20 à 40 dB
- Modification du comportement de l'enfant



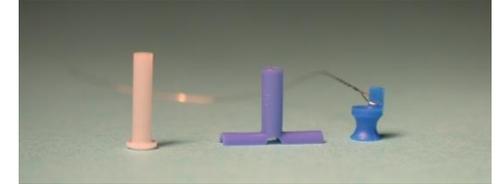
■ Otoscopie

- Tympan dépoli strié de vaisseaux
- Rétracté
- parfois bombé
- Niveaux hydro-aériques rares
- Aspect bleuté rare
- Parfois quasi-normal, Dc difficile



■ Traitement

- Médical
- Aération de l'oreille: aérateurs trans tympanique
- Adénoïdectomie

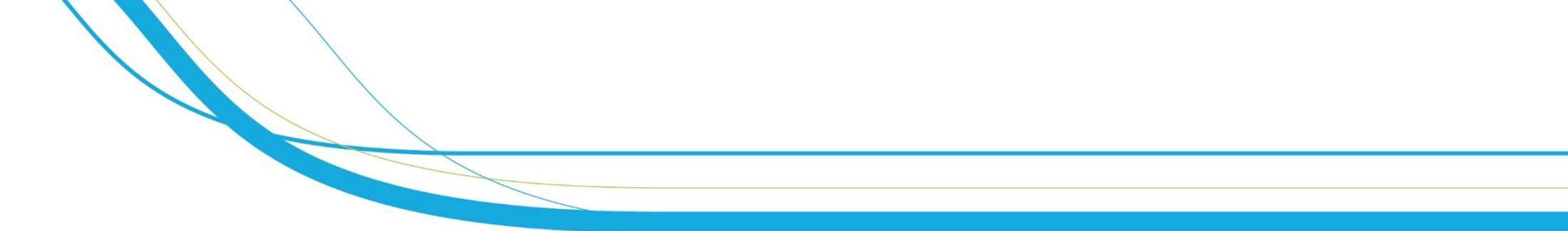


■ Indications thérapeutiques

- Dépend de l'âge, la saison, ATCD, otoscopie, surdité
 - Surveillance ou TTT médical (DRP, corticoïdes, cures)
 - Chirurgie (ATT) si récurrence/persistance, retentissement scolaire
- OSM unilatérale et/ou douloureuse
 - Examen du cavum systématique

■ Évolution

- Guérison spontanée en quelques semaines
- Évolution sur plusieurs années
- Vers les otites chroniques
 - Non cholestéatomateuses
 - Cholestéatomateuses



Merci de votre attention