



L'otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant

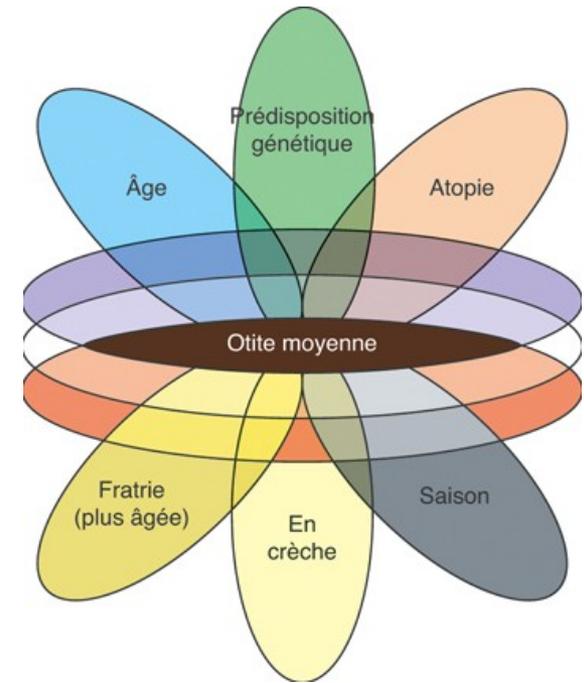


GRUPE
HOSPITALIER
DU HAVRE

Dr Paul Gangloff
Service d'ORL et CCF, GHH

Introduction

- Epidémiologie:
 - Infection la plus fréquente de l'enfant
 - Première cause prescription AB
 - Enjeu de santé publique (Résistances, €)
- Physiopathologie:
 - Maladie d'adaptation (infections rhinopharyngées)
 - Contamination via la trompe d'Eustache
- Facteurs de risque:
 - Endogènes (âge < 4 ans, hérédité, déficit immunitaire, malformations, allergie , RGO ...)
 - Exogènes (∅ ou allaitement < 3 mois, tabagisme passif, collectivité, pollution, automne, tétine, précarité...)



Nosologie des otites

- Durée des otites:
Aigüe : < 3 semaines (infection)
Subaigüe: 3 semaines à 2 mois
Chronique: > 2 mois (inflammation)
- Diagnostic précis de l'OMA =
OTOSCOPIE:
→ contenu de l'oreille moyenne



Air = absence d'épanchement
→ OMA congestive



Pus = épanchement
→ OMA purulentes ou collectée

OMA congestive

- Etiologie virale à 90%
- SF: otalgie parfois intense
- OTOSCOPIE:
 - Reliefs normaux du tympan
 - +/- bulles ou phlyctènes



OMA purulente

- Etiologie bactérienne
 - Haemophilus influenzae (1/3) associé à conjonctivite
 - Streptococcus pneumoniae (1/3) souvent fièvre > 38,5°C
 - Moraxella catarrhalis (5 à 10%)
- OTOSCOPIE:
 - Bombement du tympan
 - Otorrhée en cas de perforation



Prévention - Vaccination

- Pneumocoque: Prevenar 13[®]
- Haemophilus influenzae b: Act-Hib[®]

Vaccins contre :		Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T) Poliomyélite inactivé (Polio)		DT Polio	DT Polio	DT Polio	
	Coqueluche acellulaire (Ca)		Ca	Ca	Ca	
	<i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)		Hib	Hib	Hib	
	Hépatite B (Hep B)		Hep B	Hep B	Hep B	
	Pneumocoque (Pn conj)		Pn ² conj	Pn ² conj	Pn ² conj	
	Méningocoque C (vaccin conjugué)					1 dose
	Rougeole (R) Oreillons (O) Rubéole (R)					1 ^{ère} dose
	Papillomavirus humains (HPV)					

Résistances bactériennes aux antibiotiques (1)

Pneumocoque

1) Résistance à la Pénicilline: ↓ résistance depuis 2003

- ↓ consommation d'antibiotiques
- Vaccination antipneumococcique
- Mais PSDP = 63% en 2011

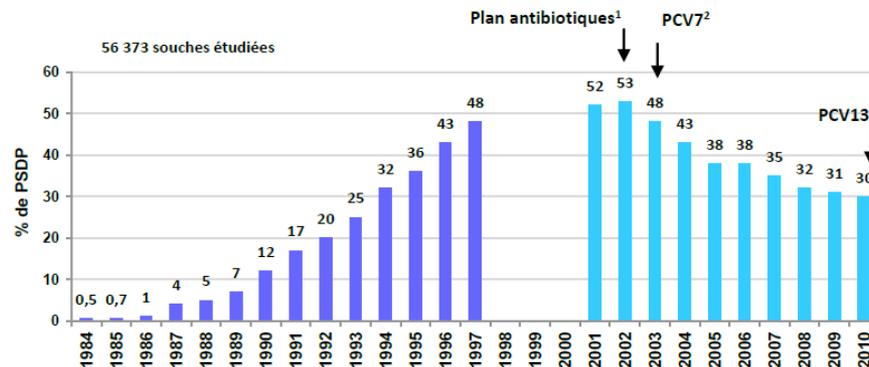


Figure 1 - *S. pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) en France d'après les données du CNRP. (1984-1997 : P. Geslin; 2001-2010 : CNRP-ORP, E. Varon, L. Gutmann). ¹Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, nov. 2001

2) Macrolides-lincosamides-streptogramines:

80% de résistance pour les PSDP

Résistances bactériennes aux antibiotiques (2)

Haemophilus Influenzae

1) Résistance naturelle : macrolides et lincosamides

2) Résistance aux aminopenicillines:

- Bêtalactamases: ↓ producteurs de Bêta-lactamase < 20%
- BLANR
- Sensibilité diminuée à l'amoxicilline ≈ 8%
- diminue l'intérêt de la prescription des céphalosporines

• Attention: **Prescription de Céphalosporine**

➔ **↑E. Coli producteur de Bêtalactamases à spectre étendu BLSE**

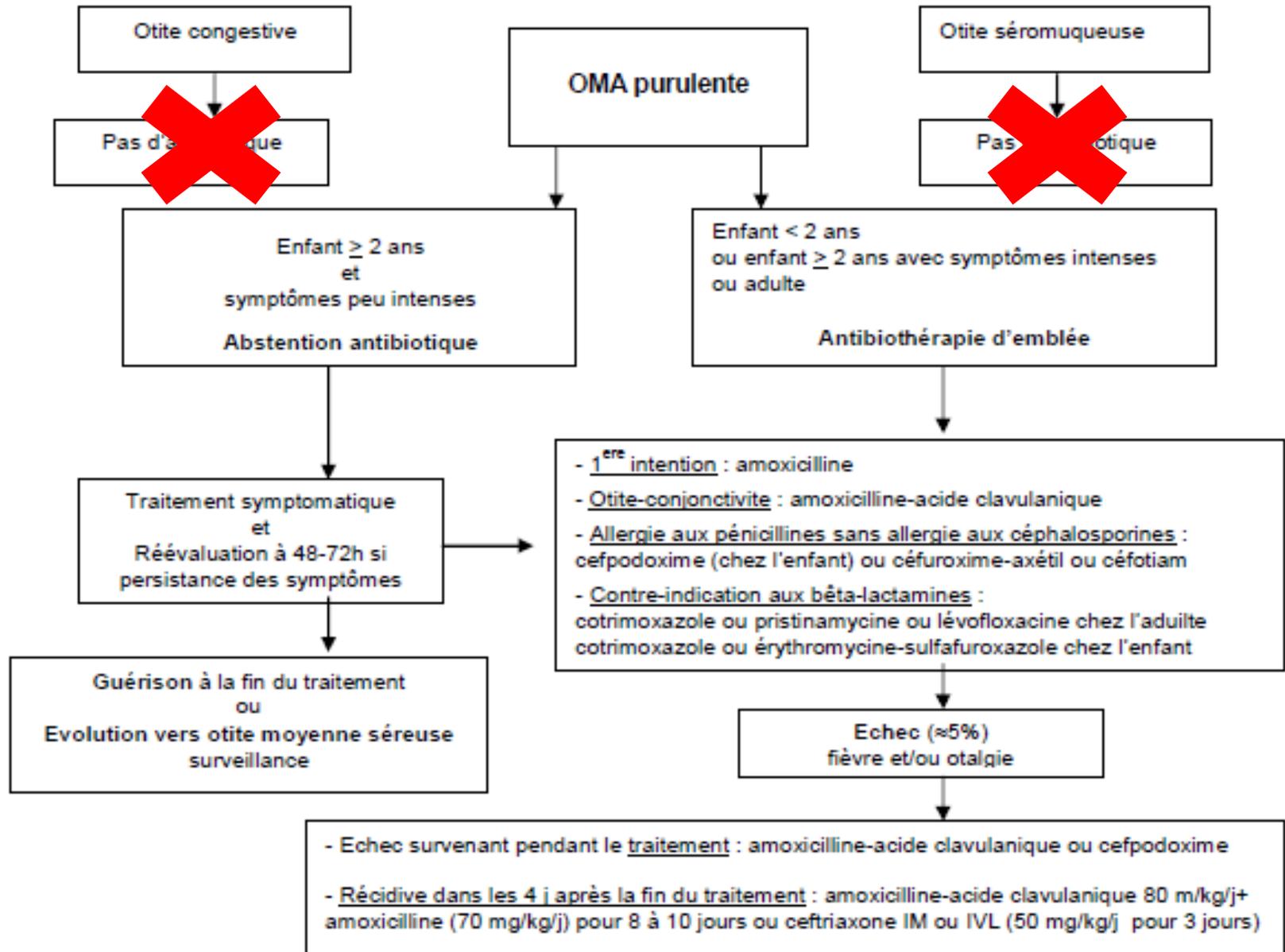
Antibiothérapie (1)

- **Amoxicilline : recommandée en première intention**
80 – 90 mg/kg/j en 2 ou 3 prises/j ≤ 2 ans : pendant 8 – 10 jrs
> 2 ans : pendant 5 jrs

EXCEPTIONS

- OMA purulente + conjonctivite (Hib) → Amoxicilline/ac-clavulanique
- Allergie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines → Cefpodoxime (C3G) (Orelox®)
- < 6 ans et allergie Bêta-lactamines → Erythromycine + sulfafurazole (Pediazole®)
→ Cotrimoxazole (Bactrim®)
- > 6 ans et allergie Bêta-lactamines → Pristinamycine (Pyostacine®)
- NR < 30 mois impossibilité voie orale → Ceftriaxone (Rocéphine®) IM

Antibiothérapie (2)



Antibiothérapie (3)

Antibiotique	Posologie	Prises/j	Durée Ttt
Amoxicilline 1ere intention	80 à 90mg/kg/j	2 ou 3	< 2 ans 8 à 10 j
Amoxicilline après échec (PSDP)	150mg/kg/j	3	
Amoxicilline + Acide clavulanique	80mg/kg/j	3	
Cefpodoxime - Proxetil	8mg/kg/j	2	2 ans 5 j
Sulfamethoxazole + Triméthoprime = cotrimoxazole	30 et 6 mg/kg/j	2	
Pristinamycine	50mg/kg	2	5
Erythromycine + Sulfafurazole	50 mg/kg/j 150 mg/kg/j	3	10
Ceftriaxone	50mg/kg	1	1

Conduite à tenir en cas d'échec

Ttt initial = Amoxicilline



- Echec en cours de ttt:
 - amoxicilline-ac.clavulanique
 - Cefpodoxime proxetil
- Echec en fin de ttt:
 - amoxicilline-ac.clavulanique
- 2eme échec:
 - Avis ORL (paracentèse + bactério?)
 - amoxicilline-ac.clavulanique 80mg + amoxicilline 70mg
 - Ou ceftriaxone

Ttt initial ≠ Amoxicilline



- Avis ORL:
 - Paracentèse + bactério?

Les otites problématiques

- Récidivantes:

- > 3 épisodes en 6 mois chez un enfant de moins de 1 an
- > 4 épisodes en 1 an dont au moins 1 dans les 6 derniers mois
- > 6 épisodes /an chez les enfants de plus de 1 an

NB: suivi régulier+++

- Traînantes ou prolongées:

- Signes d'activités 3 semaines après le diagnostic

- Séro-muqueuses:

- Épanchement rétro-tympanique > 2mois consécutifs
- ≠ épanchements post-otitiques (≈ 40 jours!)

Enfant < 3mois

- Hospitalisation
- Paracentèse
- Bilan infectieux complet pour le nouveau né
→ septicémie néonatale
- AB IV (Rocéphine 100mg/kg/j 3 à 5 jours)
- Diagnostic différentiel = otite externe bilatérales

Complications des OMA



- Mastoïdites
- Collections intracrâniennes:
 - thrombophlébites septiques du sinus latéral; empyèmes extraduraux; abcès cérébraux
- Paralysie faciales périphériques
- Labyrinthites:
 - Vertige, surdité de perception
- Arthrites purulentes temporo-mandibulaires
- Ostéomyélites de la base du crâne

Conclusion

- Prévention = Vaccination
- Eviction des facteurs exogènes (si possible)
- OMA congestive → pas AB (et pas AINS)
- OMA purulente → Antibiothérapie amoxicilline première intention
- Si OMA problématique → avis ORL

Références

- Collège d'ORL et CCF - Item 147 (ex item 98) : Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant:
 - <http://campus.cerimes.fr/orl/enseignement/otalgie/site/html/1.html>
- RECOMMANDATION DE LA SPILF – NOVEMBRE 2011
ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE EN PRATIQUE COURANTE DANS
LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ADULTE ET L'ENFANT:
 - http://www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php
- e-POPI - 1^{er} juillet 2013:
 - http://www.epopi.fr/?page=fiche&id=127&cat_id=592