



RECOMMANDATIONS DE BASE :

Otite moyenne aiguë

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une infection de l'oreille moyenne, symptomatique et fréquente. L'infection est due à des bactéries ou virus des sécrétions nasopharyngées transmis de la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne. Tout rétrécissement de la trompe d'Eustache (ex. œdème) compromet le drainage de l'oreille, permettant ainsi aux virus et aux bactéries de se multiplier, le résultat étant l'otite clinique. Le présent document s'applique aux enfants âgés de 6 mois ou plus.

DIAGNOSTIC

L'OMA se manifeste clairement au bout de quelques jours de symptômes. Souvent, chez l'enfant non verbal, ces symptômes sont souvent non-spécifiques (ex. fièvre, pleurs et/ou irritabilité) et semblables à toute autre infection virale ou bactérienne. Le diagnostic repose sur un examen de l'oreille moyenne afin d'identifier la présence ou non d'une infection bactérienne, indépendamment de la présence de fièvre.

» Les DEUX critères nécessaires au diagnostic clinique d'OMA :

1) Présence d'un épanchement dans l'oreille moyenne, soit :

- » Bombement de la membrane tympanique (MT) **-OU-**
- » Perte des repères osseux ou présence de liquide derrière la MT **-OU-**
- » Mobilité absente ou limitée de la MT avec l'utilisation d'un otoscope pneumatique

2) Signes d'inflammation à l'oreille moyenne :

- » Érythème marqué ou zones hémorragiques sur une MT bombée **-OU-**
- » MT jaunâtre

- » La présence d'une **perforation aiguë de la MT** lors d'une OMA indique habituellement une infection bactérienne (souvent un streptocoque du Groupe A) que l'on doit obligatoirement traiter par un antibiotique systémique. Une culture bactérienne devrait être considérée s'il y a présence de pus dans le canal auditif.
- » Il faut **faire la distinction** entre l'OMA et l'**otite chronique suppurative** (plus de 3 semaines d'otorrhée indolore sans symptômes aigus) causée par une perforation antérieure de la MT ou un drain trans-tympanique. Pour diriger la prise en charge thérapeutique de celle-ci, obtenir une culture du liquide/sécrétions. En attendant les résultats, prescrire un traitement empirique (topique ou systémique) selon la sévérité clinique. Si les symptômes persistent malgré le traitement, référer l'enfant au service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) pour éviter le risque d'une mastoïdite chronique.

LES SIGNES CI-DESSOUS NE CONCORDENT PAS AVEC LE DIAGNOSTIC D'OMA

- » Écoulement chronique de l'oreille
- » Érythème isolé ou opacité de la MT
- » Mobilité limitée de la MT, sans signe d'inflammation
- » Position rétractée ou neutre de la MT

DÉTERMINER LA NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE IMMÉDIAT

SYMPTÔMES LÉGERS

- » L'OMA dont les symptômes sont légers se résorbe souvent spontanément et **ne doit pas nécessairement être traitée par antibiotiques**. La surutilisation d'antibiotiques pour ce genre de cas pourrait augmenter la résistance bactérienne et aussi exposer l'enfant à des effets secondaires inutiles.
- » Si l'enfant a **6 mois et plus** et **répond aux critères suivants**, considérer une période d'observation de 24 à 48 heures, à voir si les symptômes se résorbent spontanément :
 - » **Légèrement malade** (ex. alerte, attentif, réagit bien à l'analgésie) **-ET-**
 - » Symptômes depuis **moins de 48 heures** **-ET-**
 - » Température moins que **39°C**

- » Aviser les parents/gardiens de faire le suivi avec un médecin si les symptômes s'aggravent ou persistent après 48 h. Alternativement, leur procurer une ordonnance facultative à remplir après 24-48 h si les symptômes persistent.

SYMPTÔMES MOYENS OU SÉVÈRES

- » L'enfant qui répond aux critères suivants **devrait recevoir des antibiotiques** par voie orale pour soulager les symptômes et prévenir les complications :
 - » **Modérément ou gravement malade** (ex. difficulté à dormir, douleur intense malgré les analgésiques, manque d'appétit et/ou irritabilité) **-OU-**
 - » Symptômes depuis **plus de 48 heures** **-OU-**
 - » Température de **39°C ou plus** **-OU-**
 - » **Perforation aiguë de la TM** (présence de pus dans le canal auditif ou perforation notée à l'examen).

PRISE EN CHARGE DE L'OMA

- » Il est important de soulager la douleur pendant la prise en charge et le traitement. Prescrire l'utilisation de l'ibuprofène et/ou de l'acétaminophène, par voie orale. Si le traitement est efficace, la plupart des enfants n'auront plus besoin d'analgésiques au bout de 24 à 48 h ([voir Recommandations TREKK sur la prise en charge de la douleur](#)).
- » Puisque la plupart des OMA d'origine bactérienne sont causées par *S. pneumoniae* et le streptocoque du Groupe A, l'antibiotique de première intention est l'amoxicilline.

Scénario clinique	Antibiotique	Indications
OMA sans complications	Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour PO div BID (max 4 g/jour)	<ul style="list-style-type: none"> » Âge 6 mois à moins de 2 ans : traiter pendant 10 jours; » Âge 2 ans et plus : traiter pendant 5-7 jours.
OMA, perforation aigüe	Amoxicilline 45-60 mg/kg/jour PO div TID (max 4 g/jour)	<ul style="list-style-type: none"> » Tout âge : traiter pendant 10 jours. » Aucune donnée probante appuyant l'ajout d'un antibiotique topique.^{1, 2}
OMA, suspicion d'allergie à la pénicilline (rare chez les enfants)	Céfuroxime axétil en suspension 30 mg/kg/jour PO div BID (max 1 g/jour) ou Céfuroxime en comprimé (si capable d'avaler un comprimé entier) 250 mg PO BID -OU- <i>Si antécédents d'une allergie potentiellement mortelle :</i> Clarithromycine 15 mg/kg/jour PO div BID (max 1 g/jour)	<ul style="list-style-type: none"> » Vérifier si l'anamnèse concorde avec une réaction cutanée sévère (ex. syndrome Steven-Johnson) ou avec une anaphylaxie (respiration difficile, hypotension). » Référer tout patient dit allergique à la pénicilline à un allergologue pour évaluation complémentaire. » La clarithromycine est plus susceptible d'être associée à un échec thérapeutique. » Durée du traitement : comme pour l'OMA sans complications ou avec perforation aigüe.
OMA, échec thérapeutique ou reprise des symptômes (douleur persistante et/ou fièvre après 48 h ou OMA dans les 30 derniers jours)	Amoxicilline-clavulanate 45-60 mg/kg/jour PO div TID (max 2625 mg/jour ou 875 mg/dose) -OU- Ceftriaxone 50 mg/kg/jour IV/IM q24h (max 1 g/dose)	<ul style="list-style-type: none"> » Amoxicilline-clavulanate : Dosage d'après la composante d'amoxicilline; Formulation préférée : 7:1. Tout âge : traiter pendant 10 jours. » Ceftriaxone : traiter pendant 3 jours. » L'enfant atteint d'une OMA d'origine bactérienne devrait se sentir mieux en moins de 24 h; pour la plupart, résolution des symptômes au bout de 24 h. » Revoir le diagnostic et exclure toute possibilité de complications (ex. mastoïdite aigüe).
OMA, drain trans-tympanique	Ciprofloxacine 0,3 % / dexaméthasone 0,1 % en gouttes otiques, 4 gouttes à l'oreille affectée BID	<ul style="list-style-type: none"> » Obtenir culture de l'écoulement de l'oreille. L'infection pourrait être d'origine virale avec otorrhée chronique. » Tout âge : traiter pendant 7 jours.

À noter : Consulter le formulaire local pour posologie plus détaillée.

COMPLICATIONS D'UNE OMA

- » L'infection associée à l'OMA pourrait se propager aux structures adjacentes.
- » Il est important d'évaluer le patient étroitement pour reconnaître et exclure toute complication.
- » La **mastoïdite aigüe** se manifeste par la douleur ou l'œdème sur la mastoïde. L'inflammation de l'os pétreux pourrait entraîner une **paralysie faciale unilatérale** (nerf facial, VII) et/ou une **diplopie** latérale (nerf abducens, VI).
- » La **thrombose veineuse cérébrale du sinus latéral** ainsi que la **méningite** se manifestent par des céphalées sévères ou persistantes et/ou par des paralysies des nerfs crâniens.
- » Pour toute suspicion de mastoïdite aigüe, thrombose veineuse cérébrale, ou méningite, consulter immédiatement votre **Centre de référence pédiatrique**. La prise en charge de ces maladies nécessite une considération particulière sur le plan médical et chirurgical, des consultations spécialisées (ex. ORL), et l'hospitalisation.

Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour le diagnostic et le traitement de l'otite moyenne aigüe chez l'enfant au service de l'urgence. Ce sommaire est produit par le conseiller sur l'otite moyenne aigüe du réseau TREKK, le Dr. Nicole Le Saux du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO). Il s'agit des meilleures connaissances disponibles au moment de la parution de ce bulletin. Par contre, les professionnels de la santé devraient continuer à utiliser leur propre jugement et prendre en considération le contexte, les ressources et les autres facteurs pertinents. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant de réclamations d'une tierce partie. De plus, le réseau TREKK n'assume aucune responsabilité pour les changements apportés au présent document sans son autorisation. Le présent sommaire s'appuie sur les sources suivantes :

1. Le Saux N, Robinson JL. [Management of acute otitis media in children six months of age and older](#). Paediatr Child Health 2016; 21:39-50.
2. Liberthal A et al. & American Academy of Pediatrics. [The diagnosis and management of acute otitis media](#). Pediatrics 2013;131 (3)
3. Hoberman A, et al. [Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age](#). N Engl J Med 2011; 364:105-15.
4. Shaikh N, Hoberman A, Kaleida P, Ploof D, Paradise J. [Diagnosing Otitis Media – Otoscopy and Cerumen Removal \(Video\)](#). N Engl J Med 2010; 362:e62.
5. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola A. [A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media](#). N Engl J Med 2011; 364:116-26.
6. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. [Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis](#). BMJ 2010; 340:c2096.
7. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. [Antibiotics for acute otitis media in children](#). Cochrane Database Syst Rev 2015; CD000219.

Traduction française : Danielle Buch, Rédactrice médicale et scientifique. © Août 2019, TREKK, Version 2.0. Prochaine révision : 2021.