



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË (OMA)



**EN MILIEU AMBULATOIRE**

MISE À JOUR 2020

# AVERTISSEMENT

La présente recommandation a été élaborée avant l'émergence du coronavirus SARS-COV-2 et ne traite pas la prise en charge de COVID-19. Elle est valable pour les cas cliniques non COVID-19.

## Messages-clés

- L'otite moyenne aiguë (OMA) est une des infections les plus fréquentes de l'enfant. L'OMA est la conséquence d'une infection virale des voies aériennes supérieures. Les signes sont d'apparition brutale ; le diagnostic repose sur l'examen otoscopique. *(Recommandation forte)*
- Etant donné qu'un certain nombre d'otites vont guérir spontanément, une surveillance étroite sans prise d'antibiotiques peut être proposée chez des enfants de plus de 2 ans, en l'absence de signes de gravité, avec prescription de paracétamol pour traiter la douleur et la fièvre. *(Recommandation forte)*.
- L'enfant doit être réévalué à 48 ou 72 h. Si l'état de l'enfant s'aggrave, un recours à une antibiothérapie est de mise. *(Recommandation forte, niveau de preuve élevé)*.
- La prescription différée d'antibiotiques constitue une autre option. *(Recommandation faible)*

## PERIMETRE DE LA RECOMMANDATION

Les présentes recommandations ne concernent que

- Les patients sans immunodépression (corticothérapie par voie générale, traitement immunosuppresseur, chimiothérapie dans les 6 mois précédents, splénectomie, infection HIV avec CD4 inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>).
- Les enfants de plus de trois mois. Avant cet âge, du fait d'une épidémiologie bactérienne particulière et de leur gravité potentielle, les otites justifient un avis spécialisé et une éventuelle paracentèse avec prélèvement bactériologique.

**PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË (OMA) EN MILIEU AMBULATOIRE**

## CONTEXTE

- L'otite moyenne aiguë (OMA) est une des infections les plus fréquentes de l'enfant ; 75 % des enfants présentent une OMA avant l'âge de 3 ans (1). C'est une des premières causes de prescription d'antibiotiques. Un certain nombre de ces otites va guérir spontanément (2). Les germes les plus fréquents sont *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*. *Moraxella catarrhalis* semble avoir un rôle moins important.
- En raison de l'augmentation des résistances aux antibiotiques observée dans les années 1990, les recommandations de traitement avaient été actualisées dans plusieurs pays et une attitude de surveillance avec réévaluation à 48-72 heures avait été préconisée dans les otites peu graves. Depuis 2005, la résistance de *Streptococcus pneumoniae* et d'*Haemophilus influenzae* aux bêta-lactamines a diminué de façon significative. (3)
- L'introduction du vaccin conjugué contre *Streptococcus pneumoniae* initialement 7-valent puis à 13 valences dans le calendrier vaccinal a entraîné une modification de l'épidémiologie de l'OMA. Certains sérotypes vaccinaux particulièrement résistants ont été remplacés par d'autres non contenus dans le vaccin. (4)(5)

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

- L'OMA est la conséquence d'une infection virale des voies aériennes supérieures qui entraîne une inflammation de la trompe d'Eustache et la diffusion des virus et des bactéries se trouvant dans le nasopharynx vers l'oreille moyenne.
- Le diagnostic, qui repose sur l'examen otoscopique, est parfois difficile chez le petit enfant.
- Les signes sont d'apparition brutale : fièvre, otalgie, pleurs, irritabilité et inappétence chez le petit enfant.
- Aspect du tympan caractéristique pour l'OMA :
  - Congestion et hypervascularisation.
  - Epanchement rétrotympanique avec disparition du triangle lumineux et des reliefs.
  - Aspect bombé de la membrane tympanique.
  - Otorrhée.
- L'aspect du tympan ne permet pas de déterminer l'agent étiologique mais l'association otite-conjonctivite purulente oriente vers *Haemophilus influenzae*.
- Les complications des OMA sont la mastoïdite, la méningite et l'abcès cérébral. Elles sont devenues exceptionnelles depuis l'utilisation des antibiotiques. (6)
- Les recommandations nationales de plusieurs pays tels que les Pays Bas, la Suède, les USA, le Royaume Uni, le Canada et l'Italie préconisent, dans certaines circonstances, une surveillance sans antibiothérapie d'emblée, étant donné qu'un certain nombre d'otites vont guérir sans antibiotiques.

### PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË (OMA) EN MILIEU AMBULATOIRE

Cette attitude peut être proposée chez des enfants de plus de 2 ans sans signes de toxicité et sous surveillance étroite. L'enfant doit être réévalué à 48 ou 72 h. Si l'état de l'enfant s'aggrave, un recours à une antibiothérapie est de mise (*Recommandation forte, niveau de preuve élevé*).

- La prescription différée d'antibiotiques constitue une autre option. Dans ce cas, on remet au patient une prescription valable à partir d'une certaine date ultérieure et à n'utiliser qu'en cas de signes cliniques définis au préalable (*recommandation faible*).
- Les enfants ayant une forte fièvre (supérieure ou égale à 39°C) avec
  - des signes systémiques modérés ou majeurs
  - des otalgies importantes
  - une durée des symptômes depuis plus de 48 heures
 devraient bénéficier d'une antibiothérapie.  
C'est également le cas pour les enfants avec une otorrhée (*recommandation forte*).
- La prise en charge est la même que l'otite soit unilatérale ou bilatérale.
- La prise en charge de la douleur et de la fièvre doit être systématique avec la prescription de paracétamol (*recommandation forte*).

Pathogènes	Antibiotique traitement empirique	Durée de traitement
<b>Streptococcus pneumoniae</b> <b>Haemophilus influenzae</b> <b>(Moraxella catarrhalis)</b>	<b>Traitement de 1<sup>ère</sup> ligne :</b>  <u>Amoxicilline per os</u> Adultes: 1 g 3x/jour  Enfants: 75-80 g/kg/jour en 2 à 3 prises (dose maximale = 3 g/jour)	Adultes et enfants de plus de 2 ans : 5 jours (10 jours si récurrence dans le mois)  Enfants ≤ 2 ans : 8 à 10 jours
	<b>En cas d'allergie à la pénicilline :</b>  Céfuroxime-axétil per os Adultes: 500 mg 2 à 3x/jour  Enfants : 30 mg/kg/jour en 2 à 3 prises (dose maximale = 1,5 g/jour)	
	<b>En cas d'allergie aux bêta-lactamines :</b>  Enfants : Sulfaméthoxazole 30 mg/kg/jour + triméthoprime 6 mg/kg/jour per os en 2 prises (dose maximale = 1600/320mg par jour)  Adultes : Sulfaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 160 mg per os 2x/jour Ou Lévofloxacine 500mg per os 1x/jour	

#### PRISE EN CHARGE DE L'OTITE MOYENNE AIGUË (OMA) EN MILIEU AMBULATOIRE

<b>En cas d'échec du traitement initial ou devant un tableau clinique évoquant une infection à <i>Haemophilus influenzae</i> :</b>	
Adultes : Amoxicilline-acide clavulanique per os 875/125 mg 3x/jour	
Enfants : Amoxicilline-acide clavulanique per os 80 mg/kg/jour en 3 prises Ou, pour améliorer la tolérance : Amoxicilline 50 mg/kg/jour en 3 prises + 40 mg/kg/jour amoxicilline-acide clavulanique en 3 prises, les deux étant pris simultanément.	

## ANNEXES

### Sources générales consultées

- Recommandations de la société de pédiatrie américaine : The diagnosis and management of acute otitis media, *Pediatrics* 2013 ;131 :e964-e699.
- Recommandations de la société canadienne de pédiatrie : La prise en charge de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant de six mois et plus, *Pediatr Child Health* 2016 ; 21(1) : 45-50.
- Recommandations de la haute autorité de santé française. [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm\\_otite\\_aigue\\_enfant\\_cd-1711116.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_otite_aigue_enfant_cd-1711116.pdf)

### Références spécifiques

1. Vergison A, Dagan R, Arguedas A et coll. Otitis media and its consequences : Beyond the earache. *Lancet Infect Dis* 2010 ;10(3) : 195-203
2. 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(2) : 116-126
3. Brieu N, Varon E, Baraduc R, et coll. Observatoires régionaux du pneumocoque : évolution de la résistance aux antibiotiques et des sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* isolés en France entre 2009 et 2013. *J antinf* 2015.10.001
4. Ben-Shimol S, Givon-Lavi N, Leibovitz E, Raiz S, Greenberg D, Dagan R. Near elimination of otitis media caused by 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV) serotypes in southern Israël shortly after sequential introduction of 7-valent/13-valent PCV. *Clin Infect Dis* 2014; 59(12) : 1724-32
5. Tamir SO, Roth Y, Dalal I, Goldbarb A, Grotto I, Marom T. Changing trends of acute otitis media bacteriology in central Israel in the pneumococcal conjugate vaccines era. *Pediatr Infect Dis J* 2015 ; 34 : 195-199

6. Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, Chi DH. Intratemporal and intracranial complications of acute otitis media in a pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014 ; 78 :2161-2164
7. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ; 6 : CD000219-CD000219
8. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, Kearney DH, Bhatnagar S Shope TR et coll. Shortened antimicrobial treatment for acute otitis media in young children. *N Engl J Med* 2016; 375: 2446-2456
9. Kozyrskyj A, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K. Short course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane database Syst Rev* 2010 ; 9 :CD001095-CD001095

## Grades de recommandation et niveaux d'évidence.

Cf. Méthodologie du Conseil scientifique

## GROUPE DE TRAVAIL

### GT Antibiothérapie ambulatoire :

**Dr Vic ARENDT**, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

**Dr Maria BARTH**, médecin généraliste en cabinet privé

**M. Marcel BRUCH**, pharmacien, Direction de la Santé et membre du Conseil scientifique

**M. Yves BRUCH**, pharmacien, Contrôle médical de la sécurité sociale et membre du Conseil scientifique

**Dr Eugène PANOSETTI**, médecin-spécialiste en ORL, CHL

**Dr Siggy RAUSCH**, médecin généraliste en cabinet privé

**Dr Thérèse STAUB**, coordinatrice du groupe de travail, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

**Dr Gérard SCHOCKMEL**, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, Hôpitaux Robert Schuman

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](http://conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)  
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225