



# Otite moyenne aiguë de l'enfant

## Questions - Réponses

### Messages clés

1. L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation du tympan associée à :

- un épanchement dans la cavité de l'oreille moyenne
- une otalgie et des signes généraux (fièvre, etc.)

2. L'OMA de l'enfant est une maladie bénigne. Elle guérit spontanément dans 85% des cas en 2 à 3 jours.

3. La priorité : soulager la douleur et faire baisser la fièvre. L'antalgique de référence est le paracétamol par voie orale, l'ibuprofène est une alternative.

4. L'antibiothérapie n'est ni systématique ni urgente.

5. Par précaution, une antibiothérapie d'emblée est justifiée chez les nourrissons de moins de 6 mois, et dans les cas sévères ou particuliers quel que soit l'âge.

6. Au dessus de 6 mois, il est légitime de ne pas prescrire d'antibiotique d'emblée et de réévaluer au bout de 2 à 3 jours si besoin, ou de prévoir une prescription dite 'conditionnelle'.

7. L'antibiotique de référence est l'amoxicilline seule à la dose de 70 à 90 mg/kg/jour pendant 5 à 7 jours, voire 10 jours.

### 1. Morniflumate suppositoires (Nifluril®)

Le morniflumate n'est guère utilisé que dans quelques pays européens (France, Italie, Espagne, Pologne). Cet Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) a été très peu étudié dans l'otite moyenne aiguë (OMA). Le seul essai comparatif disponible (versus placebo, chez 79 nourrissons âgés de 6 à 18 mois), ne montre qu'une efficacité clinique modeste lors de l'évaluation au 3ème jour de traitement (1), sans qu'on sache si cette efficacité est inférieure, similaire ou supérieure à celle du paracétamol ou de l'ibuprofène. Ses effets indésirables sont ceux des AINS, sans être moindres que ceux du paracétamol, ni vraisemblablement de l'ibuprofène (l'AINS considéré comme celui ayant le moins d'effets indésirables (2)).

### 2. Corticothérapie orale et OMA

L'évaluation comparative de la corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL est pauvre et on ne connaît donc pas son utilité dans l'OMA. Les effets indésirables semblent rares (3). Toutefois, le risque lié à une corticothérapie brève est controversé. Selon une étude cas-témoins, en cas de varicelle, le risque est plus élevé chez les enfants ayant reçu une corticothérapie par voie générale dans les 30 jours précédents (4).

### 3. Codéine (Codenfant®) et antalgie

Malgré une évaluation limitée, l'association de codéine (3 mg/kg/jour) au paracétamol semble conférer un supplément d'antalgie en comparaison au paracétamol seul (5). En France, son usage est réservé aux enfants de plus de 1 an, lorsque l'efficacité du paracétamol est insuffisante (6).



# Otite moyenne aiguë de l'enfant

## 4. Ibuprofène : seringues orales différentes

Les seringues orales présentes dans les spécialités à base d'ibuprofène sont graduées différemment :  
 ADVIL® : 1 graduation = 7,5 mg d'ibuprofène  
 NUREFLEX® : 1 graduation = 10 mg d'ibuprofène

## 5. Voie locale

Les médicaments à visée antalgique administrés localement, commercialisés en France, contiennent un anesthésique local associé à d'autres substances, et leur utilité dans l'OMA n'est pas connue. Leurs effets indésirables chez l'homme sont peu connus (5). Les résumés des caractéristiques (RCP) de ces spécialités attirent l'attention sur les risques d'utilisation en cas de perforation tympanique (6).

L'eau oxygénée boratée n'a pas été évaluée dans l'otite moyenne aiguë de l'enfant.

## 6. Allergie à l'amoxicilline

En cas d'allergie à la pénicilline, les macrolides, l'association érythromycine + sulfafurazole (Pediazole®) ou le cotrimoxazole sont des alternatives (5,6).

## 7. Mastoïdite et OMA

Les mastoïdites sont devenues très rares, même en l'absence de traitement antibiotique d'emblée de l'OMA. Les signes de mastoïdite sont souvent présents dès la première consultation, la recherche de ces signes devrait accompagner tout diagnostic d'OMA (7).

## 8. Pas de corrélation entre l'examen clinique et les bactéries en cause

L'OMA survient le plus souvent au décours d'une infection virale. Une surinfection bactérienne est fréquente : le pneumocoque et Haemophilus influenzae sont les bactéries les plus souvent détectées. L'examen clinique n'est pas performant pour orienter sur l'origine microbiologique (7).

### Références :

- 1 - Portmann M et coll. "Efficacité et tolérance du morniflumate dans les otites aiguës du nourrisson : résultats d'une étude randomisée contre placebo" Rev Laryngol 1990 ; 111(5) : 507-510.
- 2 - In : "Martindale The Complete Drug Reference" 33th ed, The Pharmaceutical Press, London 2002.
- 3 - Prescrire Rédaction "Corticothérapie dans les infections aiguës de la sphère ORL" Rev Prescr 2001 ; 21 (219) : 531-534.
- 4 - Prescrire Rédaction "Reconnaître les varicelles graves" Rev Prescr 2003 ; 23 (236) : 114-120.
- 5 - Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : traiter la douleur et arrêter l'escalade antibiotique" Rev Prescr 2003 ; 23 (238) : 270-286.
- 6 - In : "Dictionnaire Vidal". Vidal, Paris : 2004.
- 7 - Prescrire Rédaction "L'otite moyenne aiguë chez l'enfant : l'évolution naturelle est le plus souvent favorable en quelques jours" Rev Prescr 2003 ; 23 (237) : 194-208.