

**Infections respiratoires** Seules les OMA purulentes justifient d'une antibiothérapie. L'amoxicilline redevient l'antibiotique de première ligne pour la majorité des otites. Les céphalosporines ne doivent plus être prescrites. L'intérêt de l'acide clavulanique a fortement diminué.

## LA NOUVELLE ANTIBIOTHÉRAPIE DES OTITES MOYENNES AIGÜES

**Dr Catherine Freydt** (rédactrice fmc@legeneraliste.fr), sous la direction scientifique du **Dr Robert Cohen** (CHI Créteil, président du Groupe de Pathologie Infectieuses Pédiatriques, ex-président du groupe de travail sur l'actualisation des recommandations du traitement antibiotique des infections ORL)

Dans les recommandations de l'Afssaps de 2005, les deux antibiotiques préconisés dans les OMA étaient l'association amoxicilline-acide clavulanique et le cefpodoxime proxétel (2). L'évolution des résistances bactériennes, préoccupante, a nécessité leur révision par le groupe de travail présidé par le Dr Robert Cohen en 2011, l'objectif étant de réserver la prescription des antibiotiques aux seules situations cliniques où leur efficacité a été démontrée, de limiter l'émergence et la diffusion de nouvelles résistances bactériennes ainsi que la survenue d'effets indésirables (1,3).

### LES RAISONS DE CE CHANGEMENT

→ **L'utilisation des céphalosporines doit être réduite au minimum possible.** Elles favorisent l'émergence d'entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu, mécanisme de résistance très préoccupant. Et, du fait de la diminution des souches d'*H. influenzae* productrices de bêta-lactamases et de l'augmentation des souches de pneumocoques de sensibilité intermédiaire à la pénicilline, elles ont beaucoup perdu de leur intérêt ; pour ces derniers, l'amoxicilline, à la dose de 80-90 mg/kg/j conserve une très bonne activité, ce qui n'est pas le cas des céphalosporines orales (3).

→ **L'association amoxicilline-acide clavulanique n'a plus de raison d'être utilisée en première intention** dans la majorité des cas, du fait de la forte réduction de la proportion des souches d'*H. influenzae* productrices de bêta-lactamases (< 20 % ces dernières années) (4). L'acide clavulanique étant générateur de plus de diarrhée et de vomissements, le rapport bénéfice-risque de l'amoxicilline seule est meilleur.

→ **L'amoxicilline peut être prescrite en deux prises par jour**, ce qui doit en faciliter la prescription (de même pour l'association amoxicilline-acide clavulanique).

### QUELLES OMA TRAITER PAR ANTIBIOTHÉRAPIE ?

Les seules OMA purulentes (OMAP), ce qui implique la qualité du diagnostic qui repose sur l'association de :  
– **signes fonctionnels** : otalgie et ses équivalents (irritabilité, pleurs, insomnie, enfant qui se touche les oreilles) ;

– **signes généraux** : fièvre et ses signes d'accompagnement (frissons, myalgies, céphalées) ;

– **signes otoscopiques** : inflammation de la membrane tympanique (congestion ou hypervascularisation) associée à un épanchement rétrotympanique extériorisé (otorrhée) ou non (opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement).

→ **Aucune antibiothérapie** en cas de :

– **Otite congestive** : tympan rouge (par dilatation des vaisseaux tympanique) qui ne s'accompagne pas d'épanchement rétrotympanique. Le plus souvent d'origine virale, elle est spontanément résolutive et peut être douloureuse ;

– **Otite sérumuqueuse** qui se manifeste par un épanchement rétrotympanique sans inflammation marquée de la membrane tympanique, ni otalgie intense, ni signes généraux.

→ **En cas d'OMAP chez l'enfant de moins de 2 ans** : l'antibiothérapie d'emblée reste recommandée.

→ **En cas d'OMAP chez l'enfant de plus de 2 ans** :  
– si la symptomatologie est peu bruyante, l'abstention de toute antibiothérapie est recommandée en première intention. Une réévaluation de l'enfant après 48 à 72 heures sous traitement symptomatique est conseillée. En l'absence d'amélioration ou en cas d'aggravation, une antibiothérapie doit être instituée ;  
– si la symptomatologie est bruyante ou s'il existe des difficultés de compréhension des consignes, une antibiothérapie peut être prescrite d'emblée.

### SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES : AMOXICILLINE À DOSE ÉLEVÉE

→ **L'amoxicilline à raison de 80-90 mg/kg/j en 2 ou 3 prises quotidiennes** est l'antibiotique de première intention. La durée de l'antibiothérapie reste de **8 à 10 jours chez l'enfant de moins de deux ans et de 5 jours chez l'enfant plus âgé.**

→ Les autres antibiotiques ont un rapport bénéfice-risque moins favorable. Peuvent cependant être proposés dans les situations suivantes :

– association amoxicilline-acide clavulanique en cas de syndrome otite-conjonctivite (forte probabilité d'une infection à *H. influenzae*) ;

– cefpodoxime en cas d'allergie vraie aux pénicillines sans allergie aux céphalosporines

– érythromycine-sulfafurazole ou cotrimoxazole (triméthoprime-sulfaméthoxazole) en cas de contre-indication aux bêta-lactamines mais avec une efficacité moindre

– le recours à la ceftriaxone en une seule injection IM en première intention doit rester exceptionnel (impossibilité d'assurer un traitement adapté par voie orale).

→ **En cas d'échec thérapeutique** : amoxicilline-acide clavulanique de préférence ou cefpodoxime. ♦



Otite purulente.

### RETOUR DE L'AMOXICILLINE : UNE PRESCRIPTION EN DEUX PRISES PAR JOUR

#### BIBLIOGRAPHIE

- 1 - SPILF, SFP, GPIIP. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Recommandations de bonne pratique. Novembre 2011.
- 2 - AFSSAP. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant, octobre 2005.
- 3 - Ministère de la Santé. Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.
- 4 - Cohen R., Bingen E., Levy C., Benani M., Thollot F. et al. Résistance aux antibiotiques des pneumocoques et *H. influenzae* isolés de la flore rhinopharyngée d'enfants présentant une otite moyenne aiguë entre 2006 et 2010. *Arch. Pédiatr* 2011 ; 18 : 926-31.