

# Antibiothérapie des otites moyennes aiguës en pratique quotidienne ORL

## Introduction

Les infections de la sphère ORL sont les plus fréquentes des infections bactériennes de l'enfant. Ce sont elles qui génèrent le plus grand nombre de prescriptions d'antibiotiques. Cette prescription, massive, a des conséquences financières, médicales (effets secondaires indésirables) et bactériologiques dans un contexte global d'augmentation de résistance bactérienne aux antibiotiques. Face à ce risque permanent, la prescription des antibiotiques doit rester rationnelle et argumentée. Pour s'adapter à l'évolution de la sensibilité des bactéries, et ajuster aux mieux l'antibiothérapie pour chaque type d'infection, les sociétés savantes mettent à jour régulièrement leurs recommandations.

Dans ce contexte infectieux en perpétuel mouvement, l'Association française de pédiatrie ambulatoire (Afpa) et le Groupe de pathologies infectieuses en pédiatrie (GPIP) de la Société française de pédiatrie ont souhaité évaluer chez les pédiatres ambulatoires, la connaissance et l'application des recommandations récentes concernant le traitement des otites moyennes aiguës (OMA) [1, 3, 4, 6].

## Matériel et méthodes

### Investigations

Les 1 520 pédiatres libéraux de l'Afpa ont été sollicités à trois reprises par e-mailing en octobre 2017 pour remplir un questionnaire en ligne sur le site Survey monkey (SurveyMonkey Inc.®). Le questionnaire, a porté sur leurs pratiques concernant le diagnostic et le traitement des OMA. Il a comporté 26 questions, le plus souvent à choix multiple. Il s'agit donc d'une étude déclarative anonymisée conçue pour être rapidement renseignée par le participant. Nous avons reçu 529 réponses, soit 35 % des interrogés et 21,5 % de l'ensemble des pédiatres installés<sup>1</sup>. Parmi celles-ci, il a été possible d'indi-

vidualiser les réponses d'un groupe de pédiatres appartenant au groupe *Pari* (Paediatricians ambulatory research investigators). *Pari* est un groupe de pédiatres de l'Afpa, formés et impliqués dans la recherche en pathologie infectieuse. Les recherches menées par ce groupe sont dirigées par l'Association clinique et thérapeutique infantile du Val-de-Marne (*Activ*).

### Data analysis

Toutes les analyses et statistiques proviennent du SurveyMonkey®.

## Résultats

96 % des pédiatres interrogés n'utilisent jamais d'antibiotiques pour traiter une otite séreuse, une laryngite, une pharyngite et une otite congestive. En revanche, leurs indications devant une otite moyenne aiguë (OMA), sont discutées en fonction de différents critères. Pour celles-ci, le critère principal intervenant pour décider d'une antibiothérapie est l'âge de l'enfant pour 77 % d'entre eux (tableau 1), l'âge charnière étant celui de 2 ans. Pour l'écrasante majorité (90 % d'entre eux), l'âge de 2 ans est aussi le critère déterminant principal pour décider de la durée du traitement.

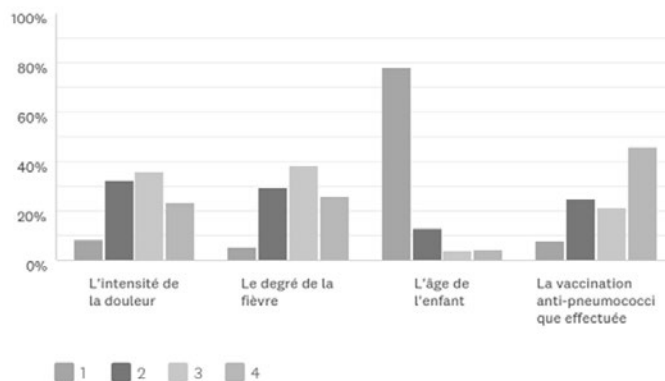


Tableau 1. Lors d'une OMA, pouvez-vous classer de 1 à 4 les critères qui vont vous faire prescrire une antibiothérapie (1 : le plus important, 4 le moins important) ?

Nathalie Gelbert<sup>1</sup>, Rémi Assathiany<sup>2</sup>, François Vié le Sage<sup>3</sup>, Andreas Werner<sup>4</sup>, Robert Cohen<sup>5</sup>,  
<sup>1</sup> auteur correspondant, Afpa, GPIP ; Chambéry, n.gelbert@fvls.fr  
<sup>2</sup> Afpa Issy-Les-Moulineaux,  
<sup>3</sup> Afpa, GPIP ; Aix-les-Bains,  
<sup>4</sup> Afpa, Villeneuve-les-Avignon

1. Conseil national de l'ordre des médecins, données 2015 : 2451 pédiatres. <https://www.conseil-national.medecin.fr/>

sites/default/files/atlas\_national\_de\_la\_demographie\_medicale\_2015.pdf

Dans un contexte d'OMA, les germes ciblés prioritairement par les pédiatres restent le pneumocoque, suivi d'*Haemophilus influenzae*, puis du streptocoque A (bonne réponse).

Concernant la résistance des germes aux ATB, les réponses sont moins tranchées, 47 % des participants pensent que la résistance du pneumocoque à l'amoxicilline diminue actuellement (bonne réponse) mais 24 % d'entre eux pensent qu'elle augmente. Pour la résistance de l'*Haemophilus*, les opinions sont encore plus partagées, 31 % la croient stable (bonne réponse) alors que 32 % pensent qu'elle a augmenté.

Devant une suspicion d'OMA à pneumocoque, la prescription d'amoxicilline est réalisée par 89 % (comme recommandé), 5 % des pédiatres prescrivent encore le cefpodoxime. En cas de suspicion d'infection à *Haemophilus Influenzae*, 64 % prescrivent l'association amoxicilline-acide clavulanique.

Concernant la durée de traitement avant 2 ans, 51 % des médecins interrogés préfèrent traiter 8 jours, 30 % traitent pendant 7 jours.

La posologie d'amoxicilline, prescrite dans le cadre d'une OMA est conforme aux recommandations : entre 80 et 100 mg/kg pour 98 % des pédiatres. Ils la prescrivent en 2 prises quotidiennes pour la grande majorité d'entre eux (92 %). En revanche 66 % continuent de proposer une prise tri quotidienne pour l'amoxicilline-acide clavulanique, sans respecter les intervalles théoriques nécessaires de 8 heures.

En cas de rechute rapide d'OMA après un traitement initial par amoxicilline, 70 % des praticiens switchent pour l'association amoxicilline-acide-clavulanique, 12 % pour la cefpodoxime ; 7 % prescrivent la ceftriaxone en parentérale ou adressent à l'ORL. La ceftriaxone reste cependant très peu utilisée d'une manière générale puisque 74 % des pédiatres la prescrivent moins de 1 fois par an.

Seuls 26 % des participants déclarent traiter des mastoïdites ou ethmoïdites à domicile, lorsque l'état général de l'enfant est rassurant. Ces prescriptions utilisent la voie *per os* pour 72 % d'entre elles.

Chez l'enfant âgé de moins de 2 ans ayant une otorrhée isolée et apyrétique, le traitement antibiotique associant la voie locale et générale (69 %) est privilégié. En revanche, si le nourrisson a une otorrhée sur aérateur Trans tympanique, c'est l'antibiothérapie locale qui est préférée (86 %). Seuls 22 % des pédiatres prescrivent dans ce cas un antibiotique *per os*.

La cefpodoxime est l'antibiotique le plus prescrit en cas d'allergie à l'amoxicilline (76 %), mais 11 % lui préfèrent un macrolide.

## Discussion

Les indications d'antibiothérapie dans les infections ORL courantes sont désormais bien ciblées par les pédiatres, et conformes aux recommandations ; en effet, l'antibiothérapie n'est pas utilisée par la quasi-totalité des pédiatres interrogés pour traiter une otite séreuse, une laryngite, une pharyngite et une otite congestive.

La plupart des pédiatres interrogés connaissent et appliquent les récentes recommandations des sociétés savantes françaises sur la bactériologie et les critères de prescription antibiotique dans l'OMA. En clinique, le germe responsable du syndrome otite-conjonctivite est l'*Haemophilus Influenzae* pour 99 % des pédiatres. Les principaux messages scientifiques sont donc bien passés chez ces professionnels.

Les réponses concernant la résistance des germes aux ATB sont plus partagées, les pédiatres restent sur les données 2016 de stabilisation ou diminution des résistances alors que la tendance est légèrement à la hausse pour *Haemophilus*. Leurs prescriptions ciblées vis-à-vis d'un pneumocoque ou d'un *Haemophilus* sont cohérentes et conformes aux recommandations.

Une antibiothérapie n'est pas systématique chez un enfant de plus de 2 ans ayant une OMA pour 76 % des pédiatres interrogés, conformément aux recommandations dont l'objectif est la réduction des prescriptions inappropriées d'antibiotiques. [4] Concernant la durée de traitement ATB, celle de 8 jours est toujours la préférée des praticiens avant 2 ans. Cet âge clé de 2 ans a bien été intégré par les prescripteurs comme critère déterminant la durée du traitement oral.

En revanche, en cas d'échec de traitement d'une OMA par amoxicilline, 7 % déclarent passer à la ceftriaxone directement, au risque d'augmenter les résistances.

Lors d'une otorrhée chez un enfant de 18 mois non fébrile, 31 % des pédiatres ne traitent pas par voie générale ; le taux monte à 79 % si cet enfant est porteur d'aérateur trans tympanique. Or, les recommandations sont de traiter les otorrhées [3]. Les posologies prescrites et le nombre de prises sont conformes aux recommandations, excepté pour l'amoxicilline-acide clavulanique qui est majoritairement encore prescrit en 3 fois sans que l'intervalle théorique de 8 heures puisse être respecté.

Un quart des participants reste confiant dans la prise orale de l'antibiotique pour traiter les complications d'otite que sont mastoïdite et ethmoïdite si l'état général de l'enfant est rassurant.

En cas d'allergie à l'amoxicilline, une minorité de pédiatres (11 %) prescrit un macrolide dont on connaît pourtant la très faible efficacité sur les germes habituellement retrouvés dans les OMA. Plusieurs particularités émergent dans les réponses des 54 pédiatres du groupe *Pari* qui ont participé à cette enquête ; ces pédiatres impliqués dans la recherche sur les pathologies infectieuses bénéficient d'au moins deux jours par an de formations complémentaires dans ce domaine.

Les principales différences de réponses entre les deux groupes de pédiatres sont celles qui concernent les critères d'antibiothérapie pour l'OMA : 90 % des pédiatres du groupe *Pari* ne traitent pas en première intention après 2 ans, vs 77 % dans le groupe général. Ils sont plus près des recommandations puisque 94 % prescrivent amoxicilline en cas d'OMA, vs 89 %, et moins d'amoxicilline-acide clavulanique 50 % (vs 63 %) en cas de suspicion d'*Haemophilus* (syndrome otite conjonctivite).

Concernant la durée, 87 % des pédiatres appartenant au groupe *Pari* l'adaptent à l'âge, vs 67 % pour les pédiatres en général. Ils prescrivent 2 fois plus de traitements longs de 10 jours chez les moins de 2 ans.

En cas d'échec de traitement, ils n'envoient pas à l'ORL et ne recommencent pas un traitement par amoxicilline, ce que faisaient 7 % des pédiatres du groupe général. 80 % des *Pari* switchent alors pour l'association amoxicilline-acide-clavulanique (vs 71 %).

La ceftriaxone IM est prescrite plus de 10 fois par an par seulement 7 pédiatres. Il faut noter qu'aucun pédiatre du groupe *Pari* ne fait partie de ces prescripteurs, ce qui témoigne probablement d'une sensibilisation plus marquée à l'écologie bactérienne.

Sur le nombre de prises, les *Pari* ont manifestement entendu les messages récents sur l'administration biquotidienne, notamment ceux plus difficiles à faire passer, concernant l'amoxicilline-acide clavulanique 38 %, vs 19 %. La recommandation de traiter une otorrhée chez un enfant de moins de 2 ans apyrétique, par une antibiothérapie générale, est également plus suivie par les *Pari*, 96 %, vs 69 %.

En cas d'allergie à l'amoxicilline, ils sont moins nombreux (8 %) à prescrire un macrolide que les pédiatres du groupe général (11 %).

### Conclusions

Les recommandations récentes, tant diagnostiques que thérapeutiques sont globalement entendues et respectées par les pédiatres. Les pédiatres du groupe *Pari* se distinguent par une application plus actualisée de ces recommandations, et c'est heureux, puisqu'ils bénéficient de formation supplémentaire.

On ne peut que recommander le site de formation (e-learning) de l'association Activ, en accès gratuit, qui permet de s'entraîner aux aspects cliniques et aux prises en charge des différentes situations : <https://www.activ-france.com/e-learning/>.

*Les auteurs remercient les pédiatres de l'Afpa qui ont bien voulu répondre à cette enquête en ligne, permettant d'orienter les axes de formation continue.*

*Financement : aucun.*

*Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.*

### Bibliographie

- [1] [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2723930/fr/mieux-prescrire-les-antibiotiques-pour-les-infections-respiratoires-hautes-et-les-infections-urinaires](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2723930/fr/mieux-prescrire-les-antibiotiques-pour-les-infections-respiratoires-hautes-et-les-infections-urinaires) » dernière consultation 10/07/2017
- [2] Recommandation HAS : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destiné aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Septembre 2005 p. 33-35.
- [3] Cohen R. et al Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie. Arch Pediatr 2016 Hors série3 p51-555
- [4] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm\\_otite\\_aigue\\_enfant\\_cd-171116.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_otite_aigue_enfant_cd-171116.pdf)
- [5] [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm\\_rhino-angine\\_enfant\\_cd-171116.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/v1-fm_rhino-angine_enfant_cd-171116.pdf)
- [6] [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2755096/fr/pose-d-aerateurs-transtympaniques-dans-l-otite-moyenne-serieuse-et-seromuqueuse-chronique-bilaterale-chez-l-enfant](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2755096/fr/pose-d-aerateurs-transtympaniques-dans-l-otite-moyenne-serieuse-et-seromuqueuse-chronique-bilaterale-chez-l-enfant)

### Ndlr

Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé !

Maugat S, Berger-Carbonne A et al. Editeur : Santé publique France - ISBN : 979-10-289-0397

Lien de téléchargement : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/>

Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-une-infection-evitee-c-est-un-antibiotique-preserve