ULB UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES, UNIVERSITÉ D'EUROPE

Année académique 2011-2012

NOKI VESTITULUTA

Lukuikulu Magali

« Otite moyenne aiguë : comparaison du traitement des enfants âgés de 0 à 10ans chez le généraliste et en intrahospitalier. »

Mémoire de fin d'études

4e master en médecine

Tuteur : Dr Marco SCHETGEN
Médecine générale,
Maitre de stage,
Chargé de cours à l'Université Libre de Bruxelles

Remerciements

J'exprime ma vive reconnaissance à toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Je remercie tout particulièrement :

Le Docteur Schetgen Marco, mon promoteur, pour sa patience, sa disponibilité et ses conseils avisés.

Tous les généralistes qui ont répondu à mon questionnaire.

Les membres du jury qui ont pris le temps de lire mon travail.

Madame Walmagh Joëlle, secrétaire du SSMG pour sa disponibilité.

Toute ma famille qui m'a soutenue durant ces longues études avec une pensée toute particulière pour toi maman.

Raoul Mpeza, mon mari et Joshua, mon fils pour leur encouragement, leur soutien.

Sans oublier Anne-Corinne, Fanny, Nelly, Martine, Maureen pour leur disponibilité.

TABLE DES MATIERES

1 **RESUME** 1

2 **INTRODUCTION** 1

2.1 Epidémiologie de l'OMA 2

2.2 Les pathogènes 2

2.3 Signes et symptômes 3

2.4 Diagnostic 3

2.5 Traitements 4

2.5.1 Antidouleurs et gouttes otiques 4

2.5.2 Les antibiotiques 4

2.5.3 Les décongestionnants ou vasoconstricteurs 5

3 **METHODOLOGIE DE L'ENQUETE** 6

3.1 Objectif de l'étude 6

3.2 Matériels et déroulement de l'étude 6

3.3 Analyse statistique 7

3.4 Résultats 7

3.4.1 Résultats des paramètres démographiques 7

3.4.2 Résultats sur les antibiotiques 8

3.4.3 Résultats sur les antidouleurs 9

3.4.4 Résultats sur les décongestionnants ou antihistaminiques en gouttes nasales 9

3.4.5 Résultats sur les gouttes otiques 9

4 **COMPARAISON DES DIFFERENTS TRAITEMENTS** 9

4.1 Patient se présente avec un tympan rouge foncé non bombant 9

4.2 Patient se présentant avec un tympan rouge foncé bombant 10

4.3 Patient se présentant avec une otorrhée 10

5 **DISCUSSION** 10

6 **CONCLUSION** 13

7 **REFERENCES** 13

8 **ANNEXES** 15

1 RESUME

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une pathologie fréquente chez les enfants de moins de 36 mois, pour laquelle on constate qu'on administre le plus souvent des antibiotiques.

Notre étude consiste à comparer le traitement de l'otite moyenne aiguë administré chez le généraliste à celui donné aux urgences de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Notre analyse est basée essentiellement sur le cas des enfants âgés de 0 à 10 ans ; et en nous référant aux recommandations de bonnes pratiques. Nous avons réalisé une étude prospective sur 2 mois pour la première ligne de soins, via un questionnaire (***Groupe 1***) incluant 58 patients, ainsi qu'une étude rétrospective sur 2 mois basée sur les dossiers des patients, pour les urgences de l'hôpital Saint-Pierre (***Groupe 2***) incluant 166 patients. Nous avons observé une différence significative dans les deux groupes concernant la prescription d'antibiotiques, des antidouleurs et des gouttes otiques.

Les antibiotiques ont été prescrits dans le groupe1dans 65.5% des cas et dans 44.6% des cas dans le groupe 2. Les antidouleurs ont été prescrits dans le groupe 1 dans 98.3% des cas et dans 51.8% des cas dans le groupe 2. Les gouttes otiques ont été prescrites dans le groupe 1 dans 12.1% des cas et dans 59.6% des cas dans le groupe 2.

La prudence, la proximité entre les médecins généralistes et les familles des patients et ayant des recommandations de bonnes pratiques qui sont parfois légèrement différentes de celles de l'hôpital peuvent expliquer la différence observée dans la prise en charge de l'OMA.

2 INTRODUCTION

L'otite moyenne aiguë (OMA) est une inflammation aiguë du tympan pouvant être associée à un épanchement purulent dans la cavité de l'oreille moyenne[1].

C'est une pathologie fréquente chez l'enfant avant l'âge de 3ans[2] avec un pic entre 6-18 mois et un pic d'accroissement à l'âge de5 à 6 ans. L'incidence de L'OMA est estimée à 136/1000/enfants année chez les moins de 4ans[3].

Le diagnostic de l'OMA repose sur la triade « *otalgie, la température et l'aspect otoscopique pathologique*[2] ».La guérison est spontanée dans 80% des cas[4], mais c'est une des pathologies infantiles, pour laquelle on constate qu'on administre le plus souvent des antibiotiques[5,13].

Notre étude établira une comparaison des traitements administrés lors de la prise en charge de l'OMA des patients âgés de 0 à 10 ans, chez les généralistes d'une part et aux traitements donnés aux urgences de l'hôpital Saint Pierre d'autre part. Cette analyse permettra de mettre en évidence les causes éventuelles des différences dans les traitements et ce, en se référant aux recommandations de bonnes pratiques.

2.1 Epidémiologie de l'OMA

Environ 10% d'enfants ont eu un épisode d'OMA avant l'âge de 3 mois ; 60 à 80% d'enfants ont eu au moins un épisode d'OMA avant l'âge d'un an ; et 80 à 90% d'enfants ont eu deux épisodes d'OMA avant l'âge de 3ans[6].

La survenue d'un épisode de rhinopharyngite virale et le dysfonctionnement de la trompe d'eustache (Annexe1) sont les facteurs favorisant l'otite moyenne aigue.[2.8]

Il existe plusieurs facteurs de risque tel que : l'âge, sexe masculin[6,8]… (Annexe2).

2.2 Les pathogènes

Les trois bactéries les plus fréquentes sont: *Streptocoque Pneumonia* (30à 44%), *Haemophilus Influenzae atypique* (22 à 33%) et *Moraxella Catharralis* (7à 20%)[1]. La fréquence est variable d'un pays à un autre.

Depuis l'introduction du vaccin antipneumococcique 7-valent, on observe une augmentation de la fréquence d'*H.Influenzae*[5] et ainsi que les complications de l'OMA. Ce qui a conduit à l'introduction du vaccin antipneumococcique 13-valent couvrant les souches de S.pneumonia responsable des complications de l'OMA[3]tel que la méningite, mastoidite. (Annexe 3).

S. pneumonia se retrouve dans les otites unilatérales ou bilatérales à fréquence égale. En 1998, l'on observait en Belgique 7% de souches de pneumocoques résistantes[1] à la Pénicilline. L'H. influenzae atypique se retrouve fréquemment dans les otites bilatérales et un tiers à un quart de souches d'H. influenzae produisent des β-lactamases, et 90% des souches de M. catharralis produisent des β-lactamases.

Le virus le plus fréquent est le *virus Respiratoire Syncytial* dans 74% des cas, rhinovirus et entérovirus.

2.3 Signes et symptômes

Les plaintes les plus fréquentes sont l'otalgie, suivie du frottement de l'oreille accompagnée de la fièvre survenant chez un tiers à deux tiers d'enfants. A cela s'ajoutent l'hypoacousie, les céphalées, l'insomnie, l'apathie, une anorexie, des vomissements et de la diarrhée.[1,2,9]

Chez les patients de moins d'un an, le manque de spécificité des symptômes fait du diagnostic de l'OMA un challenge.[9]

2.4 Diagnostic

Pour le diagnostic, les symptômes seront associés à l'examen otoscopique, où l'on observa un tympan érythémateux non bombant ou bombant, dont les reliefs ossiculaires diminuent ou une perforation du tympan avec une otorrhée aiguë[1,2] (annexe4).

2.5 Traitements

2.5.1 Antidouleurs et gouttes otiques

Pour soulager l'otalgie et faire baisser la fièvre, l'ibuprofène ou le paracétamol sont recommandés. L'étude de « *Bertin L and al*[10]» n'a pas démontré une différence entre les deux médicaments.

Des gouttes otiques contenant de la lidocaïne ou de la benzocaïne peuvent aussi être prescrits lors d'une otalgie. Selon les études de « *Ruth Foxlee and al*[11]» et de « *Hoberman A and al*[12]», il ya une diminution de la douleur de 25% après 30 min d'instillation des gouttes. Cette dernière préconise de ne pas prescrire des gouttes contenant de la benzocaïne chez les moins de 2 ans car il ya un risque de méthémoglobinémie. Dans les recommandations de bonnes pratiques, les gouttes ne sont pas recommandées, car elles peuvent être allergisantes ou ototoxiques[1].

2.5.2 Les antibiotiques

Dans les années 1990, 85% d'enfants avec une OMA recevaient des antibiotiques en Belgique[1], malgré que la méta-analyse de « Rosenfeld[13]» en 1994 souligne la guérison spontanée de l'OMA dans 80% des cas. Selon la méta- analyse de « *Sharon Sanders and al*[14] », l'antibiothérapie ne réduit pas la douleur dans les 24 heures et les jours suivant chez les enfants dont l'état général n'est pas altéré. Les antibiotiques n'ont pas d'effet sur l'hypoacousie. L'Amoxicilline[14,15]est le premier choix pour toute OMA. Toutefois, en cas d'allergie à la pénicilline IgE non médié, l'on prescrira les médicaments suivants : Cefuroxime axetil, Cefpodoxime, Cefdinir et Ceftriaxone (intramusculaire). Par contre, dans le cas d'allergie à la pénicilline IgE médié on prescrira de la Co-trimoxazole et des macrolides : Erythromycine-Sulfisoxazole, Azithromycine et Clarithromycine, mais les macrolides ayant une résistance aux pneumocoques de 32%[15] et n'étant pas efficaces pour

éradiquer H.Influenzae ne sont pas prescrits en Belgique[1].Comme alternative, on préférera le Co-trimoxazole ayant quand même une résistance aux pneumocoques de 28%[15].

L'Amoxicilline -Clavulanate a des indications limitées dû à ses effets secondaires tels que les diarrhées. Il a cependant l'avantage de diminuer la durée des symptômes, d'avoir moins d'échec de traitement et d'épanchements à la guérison de l'otite[12].

Une antibiothérapie est recommandée à tous les patients âgés de moins de six mois pour éviter les complications de l'OMA tel que mastoïdite, méningite, abcès cérébral, paralysie faciale (annexe 3). L'antibiothérapie est également recommandé quelque soit l'âge, pour un enfant avec une otorrhée ou une otite bilatérale, une fente palatine, un Syndrome de Down, une résistance amoindrie, une antibiothérapie est recommandée. Les patients de six mois à deux ans, une antibiothérapie ne sera prescrit que lorsque l'état général est fort altéré (otalgie modérée à sévère ou si la température ≥ 39°C) ou s'il n'y'a pas d'amélioration de l'état général après une observation de 24 h-48h. Pour les patients âgés de plus de deux ans, on recommande une observation de 48-72h avant toute antibiothérapie[15,16].

2.5.3 Les décongestionnants ou vasoconstricteurs

Aucune étude n'a montré d'efficacité[17,18]pour les gouttes nasales, l'avantage semble uniquement subjectif[1].

3 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

3.1 Objectif de l'étude

Comparer le traitement de l'otite moyenne aigue dans la prise en charge des enfants âgés de 0 à 10ans chez le généraliste et aux urgences de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles ; et en se référant aux recommandations de bonnes pratiques.

3.2 Matériels et déroulement de l'étude

Afin de comparer nos deux populations, 2 études ont été réalisées :

Pour la 1ère ligne de soins, une étude prospective sur 2 mois du 1 février2012 au 30 mars 2012 a été faite, via un questionnaire (annexe 5) composé de 4 parties reprenant : les données démographiques (sexe, âge) du patient, le lieu d'examen , le mode de garde, les antécédents d'otite moyenne aigue et les allergies , les symptômes de l'OMA, la durée des symptômes , la ou les personne(s) qui a ou ont répondu à l'anamnèse , le syndrome otite-conjonctivite, la description du tympan examiné au moyen de l'otoscope et les différents traitements de l'OMA. Ce questionnaire sera mis en ligne en se servant de Google docs, dont les données s´afficheront sous forme de tableau et les réponses y sont directement inclues ; assurant l´anonymat des participants.

Le questionnaire ainsi crée a été envoyé par mail à 1872 généralistes via la secrétaire de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), 58 questionnaires ont été récoltés.

Pour les Urgences de l'Hôpital Saint-Pierre, une étude rétrospective sur une période de 2 mois a été réalisée entre le1er septembre 2011 au 31 octobre 2011, en se basant sur les dossiers des patients passés aux urgences ayant une « OMA ». Les données ainsi recueillies ont été mises sur un tableau Excel sur base du questionnaire des généralistes, en essayant de faire correspondre les 2 enquêtes. Certaines informations reprises dans le questionnaire du

généraliste n'avaient pas été systématiquement demandées aux urgences. Dans les cases correspondantes, soit « aucune réponse », soit « non » ou soit « faible » a été mis.

Les dossiers médicaux dans lesquels la description du tympan ou les traitements n'étaient pas mentionnés n'ont pas été sélectionnés .Nous avons ainsi pu récolter 166 dossiers des patients.

Notre étude a été soumis à la commission d'éthique de l'hôpital Saint-Pierre est porte le numéro : AK 12-04-46/4146

3.3 Analyse statistique

Pour comparer l'âge, la durée des symptômes et la température dans nos deux groupes, un test « t de Student » a été utilisé et nos résultats seront présentés sous forme de moyenne avec leur déviation standard et pour comparer les autres variables tel que les différents traitements données, nous utiliserons un tableau 2x2 et la différence entre nos deux groupe se fera au moyen d'un test χ^2et les résultats seront exprimés en pourcentage.

Une différence sera définie comme statistiquement significative lorsque la valeur de p est inférieure à 0,05 pour nos deux tests.

3.4 Résultats

Nous appellerons « **groupe 1** » : *le groupe des patients chez le généraliste* et le « **groupe 2** » : *le groupe des patients aux urgences*.

3.4.1 Résultats des paramètres démographiques

Aucune différence significative n'a été observée pour le sexe, l'âge moyen, la température et la durée des symptômes.

Les différentes valeurs sont :

Paramètres	**Groupe 1**		**Groupe 2**	
	Garçons	*Fille*	*Garçons*	*Fille*
Sexe	51%	49%	60%	40%
Age moyen (mois)	34.97 (DS*: 26. 46)		30.36 (DS: 22. 43)	
Température (°C)	38.53 (DS: 0.91)		38.00 (DS: 1.38)	
Durée des symptômes (jour)	2 (DS : 1.49)		2 (DS : 1.57)	

DS : déviation standard.

Avec un pic entre 0-24 mois et 35-60 mois dans les 2 groupes.

3.4.2 Résultats sur les antibiotiques

Une différence significative a été observée (p=0.006) pour la prescription d'antibiotiques.

Antibiotiques	**Groupe 1**	**Groupe 2**
Prescriptions d'antibiotiques	65,5% (n*=74)	44,6%(n=38)
Antibiothérapie différée	1,7%(n=1)	14,5%(n=24)

n=nombre de patients.

Dans le groupe 2, 78.6% des prescriptions d'antibiotiques étaient données le troisième jour par contre dans le groupe 1, aucune différence statistique n'a été observée en ce qui concerne la prescription de l'antibiothérapie entre les différents jours.

Les différents antibiotiques utilisés dans les différents groupes sont :

Antibiotiques		
Groupe 1	*Amoxicilline*	73,6% (n=28)
	Amoxicilline-clavulanate	18.42% (n=7)
	Erytromycine-sulfisoxazole	2.63% (n=1)
	Pénicilline	2.63% (n=1)
Groupe 2	*Amoxicilline*	95.9%(n=71)
	Amoxicilline-clavulanate	1.35% (n=1
	Cefadroxil	2.7% (n=2)

3.4.3 Résultats sur les antidouleurs

Une différence significative dans la prescription d'antidouleurs a été observée dans les deux groupes, dans le groupe 1: 98.3% (n=57) des patients ont reçu des antidouleurs versus 51.8% (n=86) dans le groupe 2. ($p<0.05$).

Les différents antidouleurs sont :

Antidouleurs	**Groupe 1**	**Groupe 2**
Paracétamol/Ibuprofène	44.8% (n=26)	31.9% (n=53)
Paracétamol	24.1% (n=14)	12% (n=20)
Ibuprofène	29.3% (n=17)	7.8% (n=13)

3.4.4 Résultats sur les décongestionnants ou antihistaminiques en gouttes nasales

Aucune différence significative n'a été observée dans les deux groupes

3.4.5 Résultats sur les gouttes otiques

Une différence significative dans la prescription des gouttes otiques a été observée dans les deux groupes.

Dans le groupe 1, 12.1%(n=7) des patients ont reçu des gouttes otiques contre 59.6%(n=99) des patients dans le groupe 2 avec $p<0.05$

4 COMPARAISON DES DIFFERENTS TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ASPECT DU :

4.1 Tympan rouge foncé non bombant

Une différence significative dans la prescription d'antidouleurs et des gouttes otiques ($p< 0.05$).dans le groupe 1, il y avait 22 tympans rouges non bombants et 108 tympans rouges non bombants dans le groupe 2.

Les différents traitements :

Traitement	Groupe 1	Groupe 2
Antidouleurs	100%(n=22)	54,6%(n=59)
Gouttes otiques	4,5%(n=1)	64,8%(n=70)
Antibiotiques et antihistaminiques	Pas de différence significative	

4.2 Tympan rouge foncé bombant

Une différence significative dans la prescription d'antibiotiques, des antidouleurs, des gouttes otiques. Dans le groupe 1, il y avait 25 tympans rouges bombants et 31 tympans rouges bombants dans le groupe 2.

Les différents traitements :

Traitement	Groupe 1	Groupe 2
Antidouleurs	100%(n=25)	41.9 %(n=13)
Gouttes otiques	4%(n=1)	48.4%(n=15)
Antibiotiques	92%(n=23)	58.1%(n=18)
Antihistaminiques	Pas de différence significative	

4.3 Une otorrhée

Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne le traitement d'une otorrhée dans les deux groupes.

5 DISCUSSION

L'otite moyenne aigue est une pathologie fréquente chez les enfants avant l'âge de 36 mois. Dans notre étude, l'âge moyen était d'environ 30 mois avec un pic entre 6 mois et 20 mois, et une durée moyenne des symptômes de 2 jours dans les deux groupes.

En ce qui concerne la prescription d'antibiotiques, une différence significative a été observée ($p=0.006$) : on prescrivait plus d'antibiotiques chez le généraliste. Cette différence peut s'expliquer par le petit échantillonnage, car sur 1872 généralistes qui ont reçu le questionnaire 58 réponses ont été récoltées : il n y a eu que 3% des médecins qui ont participé à l'enquête.

Le fait de considérer toutes les OMA comme des OMA unilatérales et de ne pas faire la distinction entre une OMA unilatérale et bilatérale peut expliquer l'attitude différente dans l'antibiothérapie. En effet, selon l'étude de « Rovers MM and al [8]» tout patient avec une otite bilatérale quel que soit son âge doit recevoir d'office une antibiothérapie. Or cette information était manquante dans notre questionnaire vu le nombre limité des questions.

Nous avons voulu connaitre le nombre d'enfants de moins de 6 mois dans chaque groupe ainsi que l'antibiothérapie administrée, ce qui pourrait expliquer la différence de prescription des antibiotiques. En effet selon les recommandations de bonnes pratiques[1], tous les enfants de moins de 6 mois doivent recevoir des antibiotiques s'ils ont une OMA. Chez les généralistes, il y avait 7 enfants de moins de 6 mois et 6 ont reçu une antibiothérapie et aux urgences, il y en avait 4 et tous ont reçu une antibiothérapie et nous voyons qu'il n'y a pas de différence statistique dans cette tranche d'âge avec p=0.205.

En ce qui concerne le groupe d'âge de 6 mois à 2 ans, selon les recommandations de bonnes pratiques[15,16], l'antibiothérapie n'est prescrite aux patients que si ils ont une température supérieur ou égale à 39°C ou une otalgie modéré à sévère. Nous avons observé l'antibiothérapie dans ce groupe d'âge et nous avons constaté que chez les généralistes, sur 21 patients de 6 mois à 2 ans, 11 ont reçu des antibiotiques et dans le groupe 2 sur 86 patients de 6 mois à 2ans, 46 ont reçu des antibiotiques. Nous voyons qu'il n'y a pas de différence significative p >0.05, ceci n'explique pas la différence de l'antibiothérapie dans nos deux groupes.

Selon les recommandations de bonnes pratiques, une antibiothérapie est suggérée chez tout patient ayant une otorrhée. Chez les généralistes, il y'avait 6 patients avec une otorrhée, 2/6 ont reçu des antibiotiques et aux urgences, 21 patients avec une otorrhée, 11/21 ont reçu des

antibiotiques. Nous voyons qu'il n'ya pas de différence significative avec p=0.410, ceci n'explique pas la différence.

Selon l'étude de « SPIRO DM [16] », l'antibiothérapie doit être prescrite après 48h s'il y a une altération de l'état général. Aux urgences, 78.6% des prescriptions d'antibiotiques étaient données le 3^{ième} jour par contre chez les généralistes, aucune différence statistique entre les différents jours n'a été observée.

Le facteur de risque « crèche » que nous n'avons pas pu comparer n'étant pas systématiquement demandé aux urgences pouvait être intéressant, du fait qu'un enfant qui va à la crèche, le médecin aura plus tendance à prescrire des antibiotiques qu'un enfant gardé à la maison.

L'inquiétude des parents et le fait que les généralistes soient proches de leurs patients peuvent influencer la prescription d'antibiotique chez le généraliste.

Pour les antidouleurs, nous avons observé une différence significative dans les deux groupes, chez les généralistes 98.3% (n=57) des patients ont reçu des antidouleurs versus 51.8% (n=86) aux urgences ($p<0.05$). Cette différence peut s'expliquer par le fait que pour soulager la douleur aux urgences, les patients n'ayant pas reçu des antidouleurs, ont reçu un antibiotique et/ou des gouttes. Une autre explication est le fait qu'aux urgences, les parents ayant déjà administré des antidouleurs à la maison, l'urgentiste ne trouve pas l'intérêt de le mentionner dans le dossier du patient.

La prescription d'antidouleurs n'a pas été orientée par la présence de température ou de l'otalgie, elle s'est fait au cas par cas : sur 86 patients ayant reçu des antidouleurs aux urgences, 13 patients n'avait ni température, ni otalgie mais plutôt une irritabilité.

Pour la différence significative dans la prescription des gouttes otiques, chez les généralistes, 12.1% (n=7) des patients ont reçu des gouttes otiques contre 59.6% (n=99) des patients aux urgences avec $p<0.05$. Selon les recommandations de bonnes pratiques[1] , Les gouttes otiques ne sont pas recommandées, ce qui explique la faible prescription chez les généralistes, car les gouttes peuvent être ototoxiques ou allergisantes, et ne doivent pas être instillées dans une oreille avec un tympan perforé. Ce qui amène souvent à prescrire du De Icol qui sont des gouttes ophtalmiques isotoniques.

Aux urgences en ce qui concerne la prise en charge globale de la douleur, nous avons 78.13% des patients qui ont reçu des antidouleurs et/ou des gouttes otiques

6 CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons constaté qu'en médecine générale, on a prescrit plus d'antibiotiques et des antidouleurs qu'aux urgences.

La proximité entre le généraliste et les familles l'amène parfois à céder plus facilement à la pression de celles-ci en matière d'antibiothérapie. De plus, le médecin généraliste est souvent confronté aux problèmes du week-end, ce qui n'est pas le cas aux urgences, où les patients peuvent revenir si l'état général du patient se dégrade, ce qui le conduit à une certaine prudence et à une prescription des antibiotiques quitte à ce qu'elle soit en différée et des antidouleurs.

Enfin, les recommandations de bonnes pratiques semblent parfois légèrement différentes des recommandations hospitalières, ce qui explique la différence dans la prescription des gouttes otiques, qui sont plus prescrites aux urgences.

7 REFERENCES

1. *Société scientifique de médecine générale: Recommandations de bonne pratique dans la prise en charge de l'otite moyenne aiguë. Décembre 2000.*

2. *Patrice Tran Ba Huy, O.R.L Université francophones. 1996:460-461,434-435.*

3. *Conseil supérieur de la santé belge, publication du conseil supérieur de la santé n°8687. Vaccination chez l'enfant : vaccins antipneumococciques 7-,10-,13-valent. Octobre 2010*

4. *Sharon Sanders, Paul P Glasziou, Chris B Del Mar, Maroeska M Rovers, Antibiotics for acute otitis media in children Editorial Group: Cochrane Acute Respiratory Infections Group Published: 20 JAN 2010, Assessed as up-to-date: 8 NOV 2008, DOI*

5. *Coker TR, Chan LS, Newberry SJ et al. diagnosis, microbial epidemiology and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. JAMA 2010.304:2161.*

6. *D.W. Teele, J.O. Klein, B. Rosner, Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston: a prospective, cohort study, J. Infect.Dis. 160 (1989) 83—94*

7. *Kathleen A Daly, Howard J.Hoffman, Kari Jorunn Kvaerner and al, Epidemiology, natural history, and risk factors: Panel report from the ninth International Research Conference on Otitis media, review article, 2009.*

8. *Rovers MM, Schilder AG, Zielhuis GA,Rosenfeld RM;Otitis Media.Lancet 2004;363:46.*

9. *Fani Ladomenou a, Anthony Kafatos b, Yiannis Tselentis c, Emmanouil Galanakis. Predisposing factors for acute otitis media in infancy journal of infection (2010)61,49-53*

10. *Bertin L, Pons G, D'athis P et al. A randomized –blind, multicentre controlled trial f ibuprofen versus acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media in children. Fundam Clin Pharmacol 1996; 10:387*

11. *Ruth Foxlee,, Ann-Charlott Johansson2,Jessika Wejfalk3, Liz Dooley4, Chris B Del Mar, Double-blind randomised controlled trials ,topical analgesia for acute otitis media,Editorial Group: Cochrane Acute Respiratory Infections Group,2009,DOI: 10.1002/14651858.CD005657.pub2*

12. *Hoberman P,Paradise JL,Reynold EA,Urkin J.Efficacy of Auralgan for treating earbpain in children with acute otitis media. Arch pediatr Adolesc Med 1997; 151:675.*

13. *Rosenfield RM, Vertress JE, Carr J, Cipolle RJ, Gebink GS, Canafax DM – Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media:meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomized trials journal of pediatrics 1994;124(3):355-67:10.1002/14651858.CD000219.pub2,the Cochrane. Published by john Wiley & 97; 151:675.*

14. *Sharon Sanders, Paul P Glasziou, Chris B Del Mar, Maroeska M Rovers Editorial Group: Antibiotics for acute otitis media in children Cochrane Acute Respiratory Infections Group Published: 20 JAN 2010,Assessed as up-to-date:8 NOV 2008,DOI:10.1002/14651858.CD000219.pub2, Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley &97; 151:675.*

15. *BAPCOC. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2008.*

16. *Spiro DM, Tay K, Arnold DH, Dziura JD, MD Baker, Shapiro ED Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. JAMA 2006.296:1235 15.*

17. *Flynn CA, Griffin GH, Schultz JK.Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst REV 2004; CD001727.*

18. *Chronmaitree T,Saeed K,Uchida T,et al Arandomized,placebo-controlled trial of the effect of antihistamine or corticosteroid treatment in acute otitis media.J Pediatr 2003.143:377.*

8. ANNEXES

- ANNEXE 1 : La physiopathologie de l'OMA

Dans 75% des cas, l'OMA se développe après une infection virale des voies respiratoires supérieures(rhinopharyngite) qui sera surinfecté par bactéries pathogènes, cette surinfection va déclencher un œdème de la muqueuse nasale, du nasopharynx et de la trompe d'eustache qui va obstruer l'isthme de la trompe d'eustache, cette obstruction va créer une pression négative dans l'oreille moyenne qui sera suivi d'une accumulation des secrétions produit par la muqueuse de l'oreille moyenne, les virus et bactéries qui ont colonisés les voies respiratoires vont entrer dans l'oreille moyenne via le reflux, l'aspiration et l'insufflation. La multiplication microbienne au niveau des secrétions dans l'oreille moyenne va résulter en une sécrétion purulente et les manifestations clinique de l'OMA vont faire leur apparition.

Au niveau de l'oreille, l'épanchement peut persister en général pendant 2 semaines dans 70% des cas et des mois après l'infection.

- ANNEXE 2 : Les facteurs de risque de l'OMA

Age entre 6 et 18 mois et le sexe masculin, Antécédents familiaux d'OMA, le mode de garde : crèche ou garderie, ne pas allaiter son enfant, le tabac et la pollution, race et ethnie, les pays en voie de développement, Les conditions sociaux et économiques, la saison : automne

et hiver, les défenses de l'hôte modifiés et des pathologies sous-jacentes telles que la fente palatine, Syndrome de Down, rhinite allergique, une grossesse difficile et l'utilisation de la sucette, une grande fratrie.

- ANNEXE3 : Les complications de l'OMA

Intratemporales :

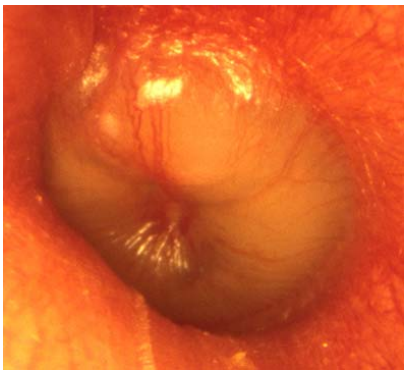
Perte d'audition, problème d'équilibre et moteur, perforation tympanique, tympanosclérose, atélectasie de l'oreille moyenne, cholestéatome, otite moyenne adhésive, mastoïdite, petrositis, labyrinthite

*Intracrânienne*s : méningite, thrombose du sinus latéral, de l'artère carotide, sinus caverneux, abcès cérébral, empyème sous dural

- ANNEXE 4 : Le tympan vu à l'otoscope

Le tympan rouge non bombant

Tympan rouge bombant



Otorrhée

- ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE SUR LA RECOLTE DES DONNEES

RECOLTES DES DONNEES SUR L'OTITE MOYENNE AIGUE (0-10ans)

- Sexe : FILLE ou GARCON
- Age : ans
- Lieu d'examen : consultation / visite à domicile /crèche
- Enfant va à la crèche ou reste à la maison
- Antécédents d'otite moyenne aigue : OUI / NON si OUI : 1 >2
- Allergies : Pollen/Poussière/Médicaments :……. ou autres :

Symptômes :

Réponse à l'anamnèse par : ☐ enfant ☐ papa ☐ maman

Depuis combien de temps : jours

Température la plus élevée	°C		
Enfant se touche l'oreille	FAIBLE/FORT	Insomnie	
rhume		Apathique	
Otalgie	FAIBLE/FORT	Anorexie	
Hypoacousie	FAIBLE/FORT	Vomissements	
Céphalées		Nausées	
Irritabilité/pleurs	FAIBLE/FORT	Diarrhées	

Conjonctivite associée NON/OUI

Examen à l'otoscope :

Conduit auditif rouge	
Tympan rouge foncé non bombant	
Tympan rouge foncé bombant	
Otorrhée	
Présence d'un niveau de liquide-air :	

Traitements :

- Antihistaminiques ou décongestionnant nasal : pseudoephédrine
- Antidouleurs : Paracétamol/ibuprofène ou autres :
- Antibiotiques :Amoxicilline/Amoxicilline-clavulanate/Pénicilline/cefadroxil/ cefuroxime-axetil Cefpodoxime poxetil / ceftriaxone/ azithromycine/érythromycine - sulfisoxazole/moxifloxacine ou autres :……
- Traitement local : Corticoïde +antibiotique

Instructions : Cocher la case correspondant aux symptômes, à l'otoscope ou encercler la bonne assertion.