



Otite moyenne aiguë chez l'enfant : balance bénéfices/risques des antibiotiques (mise à jour)

Référence

Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 6.

Analyse de

Pierre Chevalier, médecin généraliste

Nous avons déjà abordé de nombreuses fois dans la revue Minerva le traitement de l'Otite Moyenne Aiguë (OMA) chez l'enfant en évaluant la balance bénéfices/risques d'une antibiothérapie, notamment lors de la parution des 2 dernières importantes RCTs avec l'amoxiclavulanate dans cette indication (1-3). Nous faisons référence, dans cette analyse, à la synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration sur ce sujet (4).

Ce groupe d'auteurs publie une nouvelle mise à jour de leurs recherches en 2015 (5).

Antibiotique versus placebo

Venekamp et al. ont sommé les résultats de 13 RCTs comparant la prise d'un antibiotique versus placebo, soit 3401 enfants et 3938 épisodes d'OMA, RCTs réalisées dans des pays économiquement favorisés, études avec un risque de biais faible (5).

Les principaux résultats sommés sont donnés ci-dessous (*voir tableau*), en tenant compte du fait que les échéances de mesure des critères d'efficacité sont différentes pour les études retenues.

Les résultats sommés montrent qu'après 24 heures de traitement, avec ou sans antibiotique, 60% des enfants sont guéris.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour le taux de récurrences d'OMA ni pour les complications.

Tableau. Antibiotique versus placebo : efficacité relative (Risque Relatif (RR) avec IC à 95%), avec nombre d'études et nombre de participants, qualité de preuves obtenue pour différents critères de jugement, et NNT (Number Need to Treat) ou NNH (Number Need to Harm).

Critère de jugement	RR (avec IC à 95%)	Nombre d'études (nombre de participants)	Niveau de preuves GRADE	NNT ou NNH
Douleur à 24h	0,89 (0,78 à 1,01)	5 (1394)	élevé	
Douleur à 2 à 3 J	0,70 (0,57 à 0,86)	7 (2320)	élevé	NNT 20
Douleur à 4 J à 7 J	0,76 (0,63 à 0,91)	7 (1347)	élevé	NNT 16
Douleur à 10 à 12 J	0,33 (0,17 à 0,66)	1 (278)	modéré	NNT 7
Tympanométrie anormale à 2 à 4 semaines	0,82 (0,74 à 0,90)	7 (2138)	élevé	NNT 11
Tympanométrie anormale à 3 mois	0,97 (0,76 à 1,24)	3 (809)	élevé	
Vomissements, diarrhée, rash	1,38 (1,19 à 1,59)	8 (2107)	élevé	NNH 14

Antibiotiques donnés immédiatement versus de manière différée

Les termes de prescription « différée » recouvrent aussi bien une prescription à n'utiliser qu'après un certain délai et sous certaines conditions précisées qu'une attitude type « watchful waiting » (ou de temporisation vigilante).

Il s'agit donc soit de se servir d'une prescription 48 à 72 heures seulement après la consultation si le patient (l'enfant) ne présente pas d'amélioration clinique, soit de revoir le patient (l'enfant) généralement 48h après la première consultation et, en cas de constat d'échec de la première prise en charge thérapeutique, de prescrire alors

un antibiotique. Pour ces deux situations de prescription différée nous utilisons les termes de « prescription différée (conditionnelle) ».

Cette mise à jour de Venekamp et al. de 2015 confirme nos précédentes analyses dans la revue Minerva concernant la prescription différée (conditionnelle) d'une antibiothérapie en cas d'OMA (6-7). Une antibiothérapie immédiate ne montre pas de réduction du nombre d'enfants présentant une otalgie (RR à 0,91 avec IC à 95% de 0,75 à 1,10) versus traitement différé (conditionnel), et ne montre pas de différence pour les critères tympanométriques, les perforations et les complications. Les effets indésirables (vomissements, diarrhée, rash) sont par contre plus fréquents en cas d'antibiothérapie immédiate (RR à 1,71 avec IC à 95% de 1,24 à 2,36 soit un NNH de 9).

Bénéfice plus important : pour quels enfants ?

Cette mise à jour de Venekamp et al. publiée en 2015 confirme également notre précédente analyse dans la revue Minerva (8,9) tentant de préciser quels enfants tirent potentiellement le meilleur bénéfice d'une antibiothérapie : les enfants âgés de moins de 2 ans et présentant une OMA bilatérale (NNT de 4) et les enfants présentant une OMA avec otorrhée (NNT de 3).

Conclusion

Cette nouvelle mise à jour d'une synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration confirme les précédentes analyses concernant une antibiothérapie en cas d'OMA chez l'enfant. Versus placebo : bénéfice limité à une diminution de la durée de l'otalgie au détriment d'effets indésirables. Une antibiothérapie différée (conditionnelle) montre une efficacité égale avec moins d'effets indésirables qu'une antibiothérapie immédiate. Le bénéfice est potentiellement plus important pour les enfants âgés de moins de 2 ans et présentant une OMA bilatérale et pour les enfants présentant une OMA avec otorrhée.

Références

1. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15.
2. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26.
3. Chevalier P. Amoxiclavulanate pour une OMA chez les enfants de 6 à 23 mois ou de 6 à 35 mois ? *MinervaF* 2011;10(4):45-8.
4. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 1. Review content assessed as up-to-date: 8 November 2008.
5. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, et al. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 6.
6. Chevalier P. Prise différée d'antibiotique. *MinervaF* 2009;8(8):101.
7. Kozyrskyj A, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K. Short-course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 9.
8. Chevalier P. Antibiotiques pour l'OMA : moins ou plus de 7 jours ? *Minerva* bref 28/03/2011.
9. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, et al. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006;368:1429-35.
10. Chevalier P. Antibiotiques pour traiter une OMA : plus efficace pour certains enfants ? *MinervaF* 2007;6(3):47-8.