

L'otite moyenne aiguë évolue spontanément vers la guérison dans au moins 85 % des cas. Une antibiothérapie ne sera envisagée que chez les enfants pour lesquels des complications sont à craindre, cependant sans preuve actuelle que l'antibiotique prévienne ces complications. Dans le cas d'une antibiothérapie, le choix se portera sur l'amoxicilline pendant 5 jours.

- Ces recommandations concernent l'OMA chez **l'enfant**.
- L'évolution naturelle de l'OMA est la **guérison** dans au moins 85 % des cas [niveau de preuve 1]\*. Il n'y a pas de facteurs prédictifs fiables d'évolution non favorable.
- Il n'y a pas de « gold standard » de **diagnostic clinique** de l'Otite Moyenne Aiguë (OMA). Ce diagnostic doit reposer sur un ensemble de symptômes et signes cliniques ET de signes otoscopiques [niveau de preuve 3 A]: otalgie récente, et/ou symptômes généraux ET, à l'otoscopie, signes d'effusion dans l'oreille moyenne (tympen immobile, opaque et/ou avec niveau hydro-aérique) AVEC signes d'infection aiguë (tympen bombant et/ou écarlate, différence nette d'érythème entre les 2 tympens, otorrhée récente).
- La sédation de la **douleur** et la gestion de l'**hyperthermie** sont des éléments essentiels du traitement de l'OMA [niveau de preuve 1]. Elles ne modifient pas l'évolution de l'OMA mais sont indispensables à une bonne gestion de la maladie. Le paracétamol et l'ibuprofène sont recommandés [niveau de preuve 2].
- Le bénéfice clinique des **décongestionnants** nasaux locaux, des **vasoconstricteurs** par voie générale, des **antihistaminiques**, utilisés seuls ou en combinaison est non significatif. Par contre, leurs effets indésirables sont prouvés [niveau de preuve 1].
- Il n'y a aucune preuve que les **gouttes otiques**, et les **mucolytiques** modifient l'évolution de l'OMA [niveau de preuve 3 B].
- Il n'y a aucune preuve que l'**antibiothérapie** prévienne les **complications** suppuratives de l'OMA [niveau de preuve 2] ou les **récidives** [niveau de preuve 1]. Certains experts jugeant que certaines catégories d'enfants auraient plus de risque de faire une complication, estiment qu'un traitement antibiotique pourrait être envisagé pour ceux-ci [niveau de preuve 3 A]. Ce sont:
  - les enfants de moins de 6 mois;
  - les enfants de 6 mois à 2 ans, d'emblée si l'état général est altéré, ou après 48 heures si l'examen clinique confirme le diagnostic;
  - les enfants de plus de 2 ans si persistance des symptômes (otalgie, fièvre) après 3 jours ou aggravation dans les 3 jours;
  - les patients à risque plus élevé de complications: syndrome de Down, malformation vélo-palatine, dépression immunitaire;
  - les enfants présentant une otorrhée aiguë isolée (pas d'autres signes ni symptômes) persistante plus de quelques jours, avec référence à l'ORL nécessaire dans ce cas.
- L'**antibiothérapie** a un effet favorable limité sur l'**évolution clinique** :
  - pour les enfants de moins de 2 ans sur l'amélioration symptomatique : il faut en traiter 7 à 8 par antibiotiques pour en améliorer 1 (Number Needed to treat NNT) [niveau de preuve 2].
  - pour les enfants de 2 mois à 15 ans, sur la précocité de la disparition de l'otalgie dans les 2 à 7 jours : il faut en traiter 20 par antibiotique pour en soulager 1 (NNT) [niveau de preuve 1].
- Pour le **choix de l'antibiotique** :
  - au point de vue efficacité clinique, la littérature ne donne pas de preuve de l'efficacité plus grande d'un antibiotique par rapport à un autre ;
  - pour des considérations bactériologiques et parce que le germe le plus redoutable est le pneumocoque, l'amoxicilline est un premier choix [niveau de preuve 3 A] ;
  - la cure se limitera en principe, à 5 jours [niveau de preuve 3 A] ;
  - la dose d'amoxicilline sera de 75 mg/kg par jour en 3 administrations [niveau de preuve 3 A].
- Une nécessaire **surveillance** de l'évolution sera recommandée. L'administration d'un antibiotique ne présente en aucun cas une garantie d'absence de complication [niveau de preuve 3 A].
- Une **prévention** de l'OMA est à recommander, notamment l'arrêt du tabagisme ambiant [niveau de preuve 3 A].
- Un **message clair aux parents** est INDISPENSABLE, reprenant des informations utiles sur les traitements et la surveillance à assurer. Un document annexé à ces recommandations représente un outil utile.