



Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC) de la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale

Prise en charge thérapeutique des OSM de l'enfant (Texte court)

COMITE D'ORGANISATION

Pr Philippe Bordure, Service d'ORL, CHU Nantes
Pr Michel Mondain, Service d'ORL, CHU Montpellier

GROUPE DE TRAVAIL

Dr Denis Ayache, Fondation Rothschild, Paris
Dr Marie-Noëlle Calmels, CHU Toulouse
Pr Olivier Deguine, CHU Toulouse
Dr Martine François, APHP Debré, Paris
Pr Nicolas Leboulanger, APHP Necker, Paris
Pr Emmanuel Lescanne, Université François
Rabelais, Tours
Dr Paul Mazerolle, CHU Toulouse

Pr Rémi Marianowski, Université de Brest
Dr Jérôme Nevoux, APHP, Le Kremlin
Bicêtre
Pr Richard Nicollas, APHM La Timone,
Marseille
Pr Nathacha Tessier, APHP Debré, Paris
Pr Valérie Franco, CHU Bordeaux

GROUPE DE LECTURE

Dr Charles Banus, Agen
Dr Louise Boyeldieu, Fondation Rothschild,
Paris
Dr Julie Boyer, CHU Nantes
Dr Florence Brisse, Ville-d'Avray
Dr Angélique Charnole, Nantes
Pr Françoise Denoyelle, APHP Necker, Paris
Pr Pierre Fayoux, CHRU Lille
Dr Antoine Florant, Paris
Dr Bertrand Gardini, Toulouse
Pr Benoit Godey, CHU Rennes

Dr Michel Hanau, Amiens
Dr Jean-Philippe Joseph, Bordeaux
Pr Philippe Lambert, Sète
Pr Thierry Mom, CHU Clermont-Ferrand
Dr Hervé Picard, Fondation Rothschild,
Paris
Pr Sébastien Schmerber, CHU Grenoble
Pr Thierry Van Den Abbeele, APHP
Debré, Paris
Dr Michel Viale, Le Mans

SOMMAIRE

1	Définition, nosologie, histoire naturelle des otites séromuqueuses de l'enfant	5
2	Diagnostic d'une otite séreuse	6
3	Bilan des OSM de l'enfant	7
4	Efficacité de l'aérateur dans le contrôle de perte auditive et de ses conséquences.....	10
5	Efficacité d'ATT dans le contrôle des OMA récidivantes.....	11
6	Efficacité de l'aérateur dans la prévention de l'atrophie tympanique et de ses conséquences	12
7	Efficacité de l'aérateur dans la prévention de la réapparition des OSM	13
8	Iatrogénie des Aérateurs Transtympaniques	14
9	Efficacité de l'adénoïdectomie et des autres gestes chirurgicaux hors ATT dans le contrôle de l'OSM.....	15
10	Efficacité des traitements médicaux dans le contrôle des OSM	17
11	Efficacité des traitements pressionnels et crénothérapiques dans le contrôle de l'OSM	18
12	Conclusion	19

METHODOLOGIE

Etapas de rédaction

- Le Comité d'Organisation a :
 - défini les objectifs et le plan des RPC
 - choisi les membres du Groupe de Travail en prenant soin d'assurer une bonne représentation des différentes spécialités ciblées par ces recommandations, ainsi qu'une bonne distribution des membres du Groupe de Travail sur le territoire national.
- Le Groupe de travail a rédigé une première version des RPC. Celle-ci a été soumise aux commentaires et suggestions du Groupe de Lecture. La version finale du texte a été rédigée par le Groupe de Travail en tenant compte de ces commentaires.

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B, C, D ou Accord professionnel selon un niveau de preuve scientifique décroissant, en accord avec le guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations publié par l'ANAES en Janvier 2000.

CORRESPONDANCE ENTRE L'ÉVALUATION DE LA LITTÉRATURE ET LE GRADE DES RECOMMANDATIONS

(grille adaptée Score de Sackett)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
TEXTE : Argumentaire	Recommandation
Niveau 1	
Essais comparatifs randomisés de forte puissance	Grade A
Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés	
Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
Niveau 2	
Essais comparatifs randomisés de faible puissance	Grade B
Etudes comparatives non randomisées bien menées	
Etudes de cohorte	Présomption scientifique
Niveau 3	
Etudes cas-témoins	
Essais comparatifs avec série historique	Grade C
Niveau 4	
Etudes comparatives comportant des biais importants	Faible niveau de preuve scientifique
Etudes rétrospectives	
Séries de cas	
Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	
Toute autre publication (cas report, avis d'expert, etc)	
Aucune publication	Accord professionnel *

*En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondront à un accord professionnel.

Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine,...).

D'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES / Janvier 2000

BIBLIOGRAPHIE

Les banques de données MEDLINE et Cochrane Library ont été interrogées sur la période de 1996 à 2016.

Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues.

Les articles ont été évalués selon leur niveau de preuve définis par l'ANAES en 2000 et repris par l'HAS en 2013 (niveau de preuve I à IV).

1 Définition, nosologie, histoire naturelle des otites séromuqueuses de l'enfant

Définition

C'est une otite moyenne chronique à tympan fermé avec inflammation entraînant une métaplasie de l'épithélium d'oreille moyenne et une collection liquidienne dans les cavités d'oreille moyenne, sans signes ni symptômes d'infection aiguë.

La persistance de l'épanchement au-delà de trois mois d'évolution caractérise l'OSM.

La notion d'épanchement post-otitique n'est pas abordée.

2 Diagnostic d'une otite séreuse

Recommandation

Le diagnostic d'OSM est basé sur la présence d'un épanchement rétrotympanique durant plus de trois mois. Il est mis en évidence par otoscopie plus tympanométrie ou otoscopie seule dans des formes évocatrices, voire otoscopie pneumatique (Grade A)

3 Bilan des OSM de l'enfant

Introduction

Le bilan clinique et les examens complémentaires ont pour but de déterminer si cette OSM est simple ou compliquée, si un traitement ou un suivi sont nécessaires, et si elle est isolée ou associée à d'autres pathologies qui pourraient nécessiter une prise en charge particulière.

L'examen clinique

1 – L'otoscopie

Elle doit se faire avec un système grossissant (optique ou microscope). Elle a pour but de rechercher une rétraction tympanique.

2 – Le reste de l'examen ORL clinique

Recommandations

La nasofibroscopie fait partie du bilan d'une OSM :

- en cas d'OSM unilatérale (Grade C)
- si l'enfant ronfle ou respire bouche ouverte (Grade C)
- si une adénoïdectomie sans pose d'aérateurs transtympaniques est envisagée (Accord professionnel)

Les examens complémentaires

Un seul est nécessaire et systématique : l'évaluation de l'audition.

1 – Evaluation de l'audition

L'impédancemétrie ne permet pas l'étude de l'audition.

Recommandations

L'examen audiométrique, au moins en champ libre, est recommandé au moment du diagnostic d'une OSM chez les enfants qui ont un retard de parole-langage, des difficultés scolaires, des troubles de l'équilibre (Grade A)

Un examen audiométrique doit être réalisé après traitement de l'OSM pour vérifier l'absence de surdité de perception ou de transmission ossiculaire sous-jacente chez les enfants qui ont un retard de parole-langage, des difficultés scolaires, des troubles de l'équilibre, ou des seuils audiométriques élevés avant traitement (Grade A)

Il est recommandé de faire un enregistrement de PEA ou ASSR au moment de la pose d'ATT ou après guérison de l'OSM si l'examen audiométrique ne peut être réalisé au casque et que les seuils en champ libre sont très élevés (Grade A)

La pose d'aérateurs doit être précédée systématiquement d'un examen audiométrique subjectif, ou d'un examen audiométrique objectif peropératoire en cas d'impossibilité d'obtenir une audiométrie subjective (Accord professionnel)

2 – Bilan orthophonique

Le retentissement d'une OSM sur l'acquisition du langage oral et écrit est faible chez les enfants normaux. Mais chez les enfants qui ont des difficultés, l'hypoacousie due à l'OSM aggrave le problème.

Recommandation

Un bilan orthophonique n'est recommandé que chez les enfants qui ont une suspicion de retard de langage, de parole, ou de l'apprentissage de la lecture, et seulement après guérison de l'OSM (Grade B)

3 – Imagerie

Recommandation

L'imagerie est inutile pour le diagnostic d'OSM et pour la prise en charge des formes non compliquées (Grade B)

4 – Recherche d'un reflux gastro-oesophagien

Recommandation

La recherche d'un RGO est justifiée s'il existe des symptômes évocateurs de RGO (Grade A), dans les formes sévères d'OSM après l'âge de 7 ans (Accord professionnel) ou en cas d'OSM associée à d'autres pathologies, comme les laryngites récidivantes ou les rhinosinusites récidivantes (Grade C)

5 – Recherche d'une allergie respiratoire

Recommandation

La recherche d'une allergie est justifiée si l'OSM est associée à un asthme ou une rhinite chronique (Grade B)

4 Efficacité de l'aérateur dans le contrôle de perte auditive et de ses conséquences

Recommandation

- **L'ATT normalise l'audition lorsqu'il est en place et perméable (Grade A)**
- **L'ATT n'influence pas le seuil auditif à long terme après sa chute ou son retrait (Grade A)**

5 Efficacité d'ATT dans le contrôle des OMA récidivantes

Recommandation

L'ATT permet de réduire la fréquence des épisodes d'OMA chez l'enfant de moins de trois ans (Grade A)

6 Efficacité de l'aérateur dans la prévention de l'atrophie tympanique et de ses conséquences

Recommandations

L'ATT ne permet pas de prévenir l'évolution d'une OSM vers une atrophie tympanique (Grade B)

Les études ne permettent pas de préciser l'efficacité de l'ATT sur l'évolution d'une atrophie tympanique vers une poche de rétraction tympanique (Grade B)

Recommandation

Les ATT ont un rôle préventif dans l'apparition d'une otite moyenne chronique cholestéomateuse (Grade B)

Conclusion

Les séquelles mineures spontanées de l'OSM, comme la myringosclérose reste une atteinte structurelle de la composition de la membrane tympanique.

7 Efficacité de l'aérateur dans la prévention de la réapparition des OSM

Recommandations

L'ATT prévient la réapparition de l'OSM après sa chute ou son retrait (Grade A)

L'adénoïdectomie associée potentialise l'effet bénéfique de l'ATT sur l'OSM chez l'enfant de plus de 4 ans (Grade A)

8 Iatrogénie des Aérateurs Transtympaniques

Il faut distinguer :

1 – Les complications précoces

- Obstruction des aérateurs
- Otorrhée sur aérateur
- Granulations et polypes
- Migration : expulsion ou migration dans la caisse
 - Expulsion
 - Migration dans la caisse du tympan

Recommandation

Le traitement de l'otorrhée repose sur les gouttes auriculaires (Grade A)

2 – Les complications à moyen terme sont :

- Atrophie et rétractions
- Perforations résiduelles

3 – Les complications à long terme sont :

- Myringosclérose (anodine)
- Cholestéatome : le plus souvent lié à l'évolution de la maladie otitique

Recommandations

La iatrogénie des aérateurs transtympaniques est souvent intimement liée à l'évolutivité de la pathologie otitique sous-jacente. Cette notion doit faire partie de l'information délivrée au patient ou aux parents lors de la consultation préopératoire (Accord professionnel)

Le chirurgien devra exposer de façon claire et intelligible les principaux incidents, complications, effets secondaires et profils évolutifs liés à la mise en place d'un ATT et à la pathologie sous-jacente. Il pourra utilement s'aider de la fiche d'information établie par les plus hautes instances de la spécialité ORL (<http://www.orlfrance.org/article.php?id=76>). (Accord professionnel)

9 Efficacité de l'adénoïdectomie et des autres gestes chirurgicaux hors ATT dans le contrôle de l'OSM

1 – Adénoïdectomie

Recommandation

En cas d'hypertrophie adénoïdienne symptomatique associée à une OSM, l'adénoïdectomie améliore le contrôle de l'OSM chez l'enfant de plus de 4 ans (Grade A)

L'adénoïdectomie doit être associée à la pose d'ATT chez l'enfant de moins de 4 ans en cas d'obstruction (Grade A)

Recommandation

L'adénoïdectomie au microdébrideur par voie endoscopique semble sûre et au moins aussi efficace sur l'OSM de l'enfant que l'adénoïdectomie par curetage (Grade A)

Il n'existe pas d'évaluation médico-économique des techniques type microdébrideur, radiofréquence.

Recommandation

En l'absence de données, l'adénoïdectomie par radiofréquence n'est pas indiquée dans le cadre de la prise en charge de l'OSM (Accord professionnel)

2 – Paracentèse

Recommandation

La réalisation d'une paracentèse a montré un intérêt, en association avec une adénoïdectomie, dans la prise en charge de l'OSM (Grade A)

Recommandation

L'application de mitomycine C lors d'une paracentèse n'est pas recommandée dans la prise en charge d'une OSM en raison de l'absence de données prouvant son innocuité (Accord professionnel)

La réalisation d'une paracentèse par radiofréquence n'est pas recommandée dans la prise en charge de l'OSM (Accord professionnel)

Recommandation

La paracentèse au laser n'est pas recommandée dans la prise en charge de l'OSM (Accord professionnel)

3 – Aérateur antro-mastoïdien

Recommandation

En l'absence de preuve, la pose d'un aérateur antro-mastoïdien n'est pas recommandée dans la prise en charge de l'OSM de l'enfant (Accord professionnel)

Il n'existe pas d'étude démontrant le bénéfice médical ou médico-économique de la paracentèse par laser, radiofréquence, avec ou sans application de mitomycine.

10 Efficacité des traitements médicaux dans le contrôle des OSM

1 – Antibiotiques

Recommandation

L'antibiothérapie par voie orale améliore peu l'épanchement rétrotympanique, et n'a aucun effet bénéfique sur l'audition à moyen ou long terme. De plus elle comporte un risque d'effets secondaires et un risque de développement de résistances bactériennes. Elle ne constitue donc pas un traitement de référence de l'OSM (Grade A)

2 – Antihistaminiques et décongestionnants

Recommandation

Les traitements anti-histaminiques et décongestionnants n'ont pas montré d'efficacité dans la résolution de l'épanchement rétrotympanique, à moyen ou long terme. Ainsi ils ne constituent pas un traitement de référence de l'OSM (Grade A)

3 – Corticothérapie par voie orale ou nasale

Recommandation

La corticothérapie orale ou par voie nasale n'améliore ni la résolution de l'épanchement rétrotympanique, ni l'audition à moyen ou long terme et ne constitue donc pas un traitement de référence de l'OSM. La corticothérapie orale ou locale peut avoir une efficacité transitoire (Grade A)

4 – Mucolytiques

Recommandation

Les mucolytiques pourraient améliorer l'OSM chez un tiers des enfants sans efficacité prouvée au long cours (Grade B)

11 Efficacité des traitements pressionnels et crénothérapiques dans le contrôle de l'OSM

Méthodes d'insufflation tubaire

Recommandation

Les méthodes d'auto-insufflation ou d'insufflation tubaire au ballon (type Otovent®) ont une place dans la prise en charge de l'otite avec épanchement inflammatoire chez l'enfant compliant de plus de 4 ans (sans précision spécifique sur l'OSM) (Grade B)

Aérosolthérapie traditionnelle

Notre recherche n'a pas permis de mettre en évidence de données bibliographiques récentes concernant l'aérosolthérapie traditionnelle dans l'OSM.

Aérosolthérapie manosonique

Des études contrôlées randomisées seraient nécessaires afin de valider la place de l'aérosolthérapie dans la prise en charge et en préciser le protocole (nombre de séances et durée de traitement) et les molécules administrées.

Crénothérapie

Recommandations

Les traitements à base d'eau sulfureuse en insufflations pratiquées lors de cures thermales peuvent être utilisés pour améliorer le retentissement de l'OSM (audition, tympanogramme), sans efficacité prouvée dans la guérison de l'OSM de l'enfant (Grade C)

Toutefois, l'absence d'évaluation médico-économique et de la qualité de vie de ces thérapies, et l'absence d'évaluation de l'efficacité à distance de la cure, ne permettent pas sa recommandation en tant que traitement de première intention (Grade C)

12 Conclusion

L'OSM se définit par la persistance d'un épanchement d'oreille moyenne au-delà de trois mois.

La prise en charge d'une OSM dépend des données de l'anamnèse, du résultat de l'otoscopie, et de l'examen de l'audition, complétés éventuellement par d'autres examens.

Le traitement médicamenteux permet d'améliorer à court terme la symptomatologie, mais n'a aucun effet prouvé à moyen terme (2 mois) : il permet donc de soulager les symptômes en attendant une amélioration spontanée ou un traitement chirurgical en l'absence d'amélioration.

Dans certaines situations, une pose bilatérale d'aérateurs est indiquée d'emblée : OSM et surdité de transmission ou mixte (avec Rinne > 10 dB) associés à un retard d'acquisition d'une autre origine (surdité de perception, retard de langage, retard global des acquisitions) et qui potentialisent les effets de ces retards.

L'aérateur sera également proposé en cas :

- 1- de surdité de transmission ou mixte de plus de 30 dB HL sur la meilleure des deux oreilles
- 2- de l'existence d'une rétraction mésotympanique postérieure avec OSM
- 3- d'OMA à répétition chez l'enfant de moins de 3 ans (au moins 3 épisodes sur une période de 6 mois ou bien d'au moins 4 épisodes en 1 an).

Une adénoïdectomie est associée en dehors de contre-indications classiques (anomalie vélaire, troubles d'hémostase) :

- 1- après l'âge de 4 ans lorsque les végétations sont identifiées par la naso-fibroscopie en consultation, ou lors de l'examen du cavum sous anesthésie générale pour la pose des aérateurs
- 2- en cas d'hypertrophie adénoïdienne symptomatique sur un mode obstructif avant l'âge de 4 ans (rhinopharyngites à répétition ou obstruction pharyngée symptomatique).

Une attention particulière sera portée aux enfants dont l'évolution favorable spontanée de l'OSM est improbable en raison de causes anatomiques, et pour lesquels une surdité de transmission associée est fréquente : malformations cranio-faciales (fentes, trisomie 21, craniosténoses, etc...). Ces enfants nécessitent un suivi attentif (tous les six mois jusqu'à l'âge de 6 ans puis tous les ans).

La persistance d'une OSM au-delà de l'âge de 7 ans doit faire rechercher des causes associées : RGO, allergie.

Quelque soit la prise en charge proposée, l'état tympanique et l'audition doivent être contrôlés de manière régulière (avec ou sans traitement). L'enfant doit être suivi jusqu'à résolution complète et durable de l'OSM afin de ne pas méconnaître les complications de l'OSM.