

## Otites moyennes aiguës dans quels cas faut-il des antibiotiques ?



Photo : CHU Sainte-Justine

D<sup>re</sup> Annie Lapointe

Dans quels cas les antibiotiques sont-ils justifiés pour traiter une otite moyenne aiguë chez un enfant ? Dans deux situations, indique une méta-analyse publiée dans le *Lancet* : lors d'une infection bilatérale, chez les patients de moins de deux ans, et en présence d'une otorrhée, peu importe l'âge de l'enfant<sup>1</sup>. Il ne faut traiter que trois ou quatre patients pour éviter la prolongation de l'otite chez un seul.

Cette étude apporte des données qui pourraient enrichir les lignes directrices actuelles. Depuis 2004, l'*American Academy of Pediatrics* et l'*American Academy of Family Physicians* recommandent d'amorcer une antibiothérapie uniquement chez les bébés de moins de six mois, chez les enfants de moins de deux ans dont le diagnostic d'otite est certain et chez les patients de deux ans et plus dans les cas graves. Chez les autres enfants, la surveillance de l'otite est suffisante, à condition que le suivi soit assuré.

Aux Pays-Bas, la D<sup>re</sup> **Maroeska Rovers** et ses collègues ont voulu déterminer par une méta-analyse quels enfants bénéficiaient le plus de la prise d'antibiotiques. Les chercheurs ont retenu six essais cliniques à répartition aléatoire sur l'effet de ces médicaments chez des enfants atteints d'otite moyenne aiguë. Les études portaient sur 1643 sujets de 6 mois à 12 ans dont l'équipe de recherche a réanalysé les données.

1. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL et coll. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006 : 368 : 1429-35.

Le principal critère d'évaluation a été la prolongation de l'otite, plus précisément la présence de douleur ou de fièvre du troisième au septième jour.

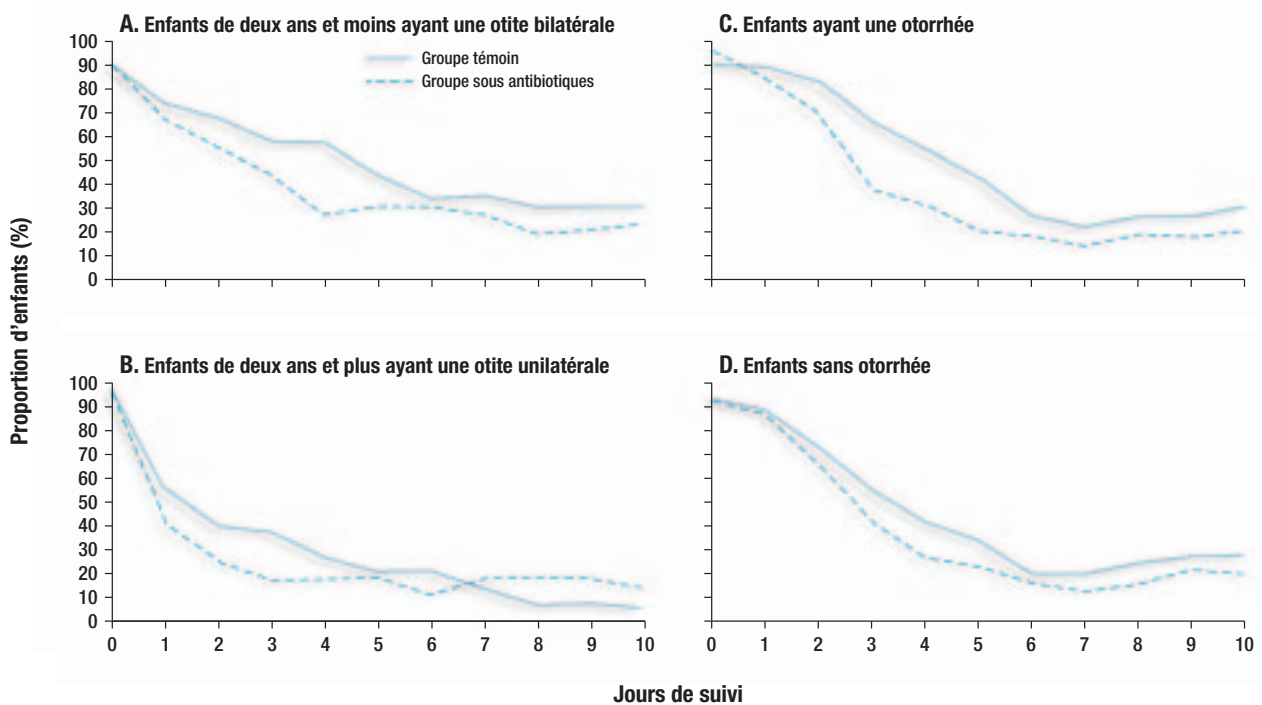
Deux sous-groupes se sont alors distingués. D'abord les enfants de moins de deux ans atteints d'une otite bilatérale (*figure*). Parmi ceux qui avaient reçu des antibiotiques, seulement 30 % ressentait encore de la douleur ou avaient de la fièvre de trois à sept jours plus tard. Par contre, ce taux grimpeait à 55 % chez ceux qui n'avaient pas été traités. La différence absolue de 25 % indique qu'il ne faut traiter que quatre enfants pour éviter qu'une otite ne se prolonge chez un seul.

Chez les enfants souffrant d'une otite avec otorrhée, l'efficacité des antibiotiques est encore plus évidente (*figure*). Parmi les sujets non traités, 60 % continuaient à avoir des symptômes trois jours plus tard, alors que seulement 24 % de ceux qui avaient pris des antibiotiques en présentaient encore. En fin de compte, il ne faut prescrire ces médicaments qu'à trois enfants pour en soulager un seul.

Otorhinolaryngologiste pédiatrique au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, la D<sup>re</sup> **Annie Lapointe** a été très intéressée par ces résultats et n'en est pas étonnée. « Des études ont déjà montré que le pourcentage d'infection bactérienne est plus élevé dans les cas d'otites bilatérales et d'otites suppurées. »

Et pour les autres enfants ? La méta-analyse a indiqué que les antibiotiques permettaient de réduire de 17 % le risque de prolongation de l'otite entre le jour 3 et jour 7 par rapport au placebo. Selon la D<sup>re</sup> Lapointe, cet avantage n'est pas suffisant pour en éclipser les inconvénients. « Il faut tenir compte des complications liées aux antibiotiques, qui consistent surtout en diarrhées, et du risque de résistance bactérienne à long terme. » Parmi les

### Proportion d'enfants dont l'otite moyenne aiguë s'est prolongée



Source : Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet* 2006 : 368 : 1429-35.

six études de la méta-analyse, le taux de diarrhées variait d'ailleurs de 2 % à 14 % dans les groupes témoins et de 4 % à 21 % dans les groupes traités.

Les chercheurs néerlandais, pour leur part, ne préconisent une antibiothérapie que chez les très jeunes enfants souffrant d'une otite bilatérale ou chez les patients atteints d'une otite suppurée. « Chez la plupart des enfants qui ont une affection légère, l'observation semble appropriée », concluent-ils. « Dans certains pays européens, on ne traite pas les otites, à moins que l'enfant ait une forte fièvre et semble avoir une infection importante. Dans ces régions, il y a très peu de résistance bactérienne », précise la D<sup>re</sup> Lapointe. 📞

## Otites aux urgences gouttes analgésiques et ordonnance à utiliser au besoin

Peut-on donner à l'urgence, dans le cas d'une otite, une ordonnance d'antibiotiques à n'utiliser que 48 heures plus tard si l'enfant ne va pas mieux ? Oui, et cette manière de procéder diminue de 56 % la prise d'antibiotiques, ont montré des chercheurs dans le *Journal of American Medical Association*<sup>2</sup>. Pour soulager

la douleur et la fièvre des patients, les médecins prescrivait cependant des gouttes otiques analgésiques et de l'ibuprofène.

Le **D<sup>r</sup> David Spiro**, de l'Université Yale, au Connecticut, et ses collègues ont recruté, aux urgences pédiatriques de l'hôpital Yale-New Haven, 283 enfants de 6 mois à 12 ans souffrant d'une otite moyenne aiguë. Ils ont donné aux parents de 145 sujets choisis au hasard une ordonnance d'antibiotiques à faire exécuter immédiatement. Les chercheurs en ont également remis une aux parents des 138 autres participants, en leur disant de ne pas l'utiliser, « à moins que l'état de votre enfant ne s'améliore pas ou s'aggrave dans les 48 heures. »

En plus de l'ordonnance d'amoxicilline, l'antibiotique généralement prescrit dans l'étude, tous les enfants recevaient de l'ibuprofène et des gouttes otiques analgésiques à utiliser à la maison. Un assistant de recherche a ensuite appelé les parents au cours des jours et des semaines suivantes pour vérifier l'état de l'enfant.

Finalement, dans le groupe muni d'ordonnances à n'utiliser qu'au besoin après deux jours, 62 % des enfants n'ont pas pris d'antibiotiques. Par contre, parmi ceux qui avaient reçu une prescription à employer immédiatement, seulement 13 % n'ont pas pris de médicaments ( $P < 0,001$ ). Malgré cet écart, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes sur le plan de la fréquence de la fièvre, des otalgies et des visites non prévues chez le médecin.

Parmi les parents qui avaient en main une ordonnance à n'employer qu'au besoin, 38 % s'en sont servi. Dans 60 % des cas, à cause de la fièvre, dans 34 % en raison de la douleur et dans 6 % parce que l'enfant était grincheux.

### Traiter la douleur et la fièvre

Entre le groupe d'enfants traités immédiatement par les antibiotiques et ceux qui ne pouvaient l'être que plus tard, au besoin, il y a eu une légère différence sur le plan de la douleur. Même si dans chaque groupe le taux de patients souffrant d'une otalgie était le même, les petits patients qui

disposaient d'une ordonnance à n'utiliser qu'après 48 heures ont souffert en moyenne 0,4 jours de plus entre le jour 4 et 6, que ceux qui avaient été traités immédiatement.

« Je pense que la différence de 0,4 jour ne justifie pas que l'on donne des antibiotiques étant donné l'énorme différence sur le plan des effets secondaires », estime la D<sup>re</sup> Lapointe. Dans le groupe qui devait prendre des antibiotiques le jour même, 23 % des enfants ont eu des diarrhées alors que dans l'autre groupe ce taux n'était que de 8 % ( $P < 0,001$ ).

C'est probablement grâce à l'utilisation des gouttes analgésiques et de l'ibuprofène, qu'il n'y a eu que 0,4 jour de douleur de plus dans le groupe sans antibiothérapie immédiate. C'est l'un des aspects intéressants de l'étude, note la D<sup>re</sup> Lapointe. « Le médecin doit négocier avec le parent qui voit son enfant souffrir et veut une solution. En lui expliquant l'importance de bien traiter la douleur et la fièvre avec des médicaments, on lui fournit un outil qui lui permet de patienter 48 heures. Si les symptômes persistent ensuite, il faut donner des antibiotiques parce que les risques que l'infection soit bactérienne sont plus élevés, et la guérison spontanée moins probable. »

Les résultats de l'étude du D<sup>r</sup> Spiro remettent, par ailleurs, en cause certaines lignes directrices concernant les très jeunes patients. « Les chercheurs n'ont pas traité différemment les enfants de moins de deux ans et les plus âgés. Il y a donc des enfants de moins de 24 mois qui n'ont pas eu de traitement antibiotique. Je trouve cela intéressant, parce qu'on n'ose pas trop le faire à cause des recommandations de 2004 qui sont très prudentes », précise l'ORL.

Finalement, tant cette étude que la méta-analyse néerlandaise vont probablement modifier progressivement le traitement de l'otite moyenne aiguë chez les enfants. La D<sup>re</sup> Lapointe compte s'inspirer des données de l'une et de l'autre. D'une part, prescrire des antibiotiques aux patients de moins de deux ans ayant une infection bilatérale et aux enfants ayant une otite avec otorrhée. D'autre part, dans des cas bien sélectionnés et sans gravité, remettre une ordonnance d'antibiotiques à n'utiliser qu'au besoin dans 48 heures et prescrire des gouttes analgésiques et de l'ibuprofène même chez les enfants de moins de deux ans. 🌸

2. Spiro DM, Tay KY, Arnold DH et coll. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006 ; 296 : 1235-41.

## Alcool et grossesse que recommander ?

Francine Fiore



Dr<sup>e</sup> Nicole April

Dans un nouveau rapport, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande de conseiller aux femmes enceintes de s'abstenir de consommer de l'alcool durant la grossesse<sup>1</sup>. Ce produit tératogène peut avoir des effets néfastes sur le

cerveau du fœtus et engendrer des problèmes de développement chez l'enfant.

« Les études sont difficiles à interpréter, et aucune preuve scientifique ne permet d'affirmer qu'une consommation modérée est sûre, indique la Dr<sup>e</sup> Nicole April, médecin-conseil à la direction du Développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec et l'une des auteures du rapport. Par prudence, nous suggérons donc aux médecins de conseiller aux femmes enceintes d'éviter la consommation d'alcool tout au long de la grossesse. »


### Un principe de précaution

Au Québec, les recommandations concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse ne sont pas harmonisées et sont parfois même contradictoires. Ainsi, certains professionnels de la santé prescrivent l'abstinence, alors que d'autres

estiment qu'une consommation occasionnelle peut être acceptable, peut-on lire dans le rapport.

L'étude qualitative de l'INSPQ avait pour but de comprendre les perceptions qu'ont les femmes enceintes de la consommation d'alcool et de l'information qu'elles reçoivent à ce sujet. D'après les participantes, les médecins ne se préoccuperaient pas suffisamment de leurs habitudes de vie, en particulier de leur consommation d'alcool et de tabac.

Par conséquent, les auteures recommandent l'élaboration de stratégies afin d'améliorer les connaissances des professionnels de la santé à ce sujet. Par exemple, les associations médicales pourraient rappeler aux médecins qui pratiquent en obstétrique l'importance de leur rôle dans la promotion de saines habitudes de vie. Elles suggèrent également la formation d'un groupe de travail qui informerait toutes les femmes des risques associés à la consommation d'alcool pour le fœtus et l'enfant à naître.

Au total, trente-trois entrevues individuelles ont été réalisées entre avril et juin 2005, soit dix-huit à Montréal et quinze à Québec auprès de femmes enceintes issues de milieux socioéconomiques divers ainsi que deux entrevues de groupe avec des professionnels de la santé. On peut consulter le rapport au [www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?NumPublication=547](http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?NumPublication=547) 

## Mises en garde

### EVRA et les risques de thrombo-embolie veineuse

Une étude rétrospective a récemment montré que les utilisatrices du timbre contraceptif Ortho Evra courent un plus grand risque de thrombo-embolie veineuse que les femmes qui prennent des contraceptifs oraux. Cependant, ce risque n'est pas apparu dans une étude similaire.

Les deux études épidémiologiques, avec cas-témoins intracohorte, ont été menées chez des femmes de 15 à 44 ans pour évaluer le risque de thrombo-embolie veineuse chez des utilisatrices d'Ortho Evra et chez les femmes prenant des contraceptifs oraux (norgestimate

1. Audet C, April N, Guyon L, De Koninck M. Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 63 pages.

et 35 g d'éthinylœstradiol). Dans l'une de ces études, le risque associé à Ortho Evra était significativement plus élevé (rapport de cotes : 2,42 [IC à 95 % de 1,07 à 5,46]), alors que dans l'autre il était semblable (rapport de cotes : 0,9 [IC à 95 % de 0,5 à 1,6]).

Le système transdermique étudié, Ortho Evra, est commercialisé aux États-Unis et contient 6 mg de norelgestromine et 0,75 mg d'éthinylœstradiol. La préparation vendue au Canada, Evra, renferme pour sa part 6 mg de norelgestromine et 0,60 mg d'éthinylœstradiol. Les deux timbres seraient bioéquivalents. « À ce titre, les données sur les événements indésirables signalés au sujet d'ORTHO EVRA® depuis sa commercialisation sont considérées comme également applicables à la préparation EVRA commercialisée au Canada », mentionne l'avis publié dans le site de Santé Canada.

Devant ces nouvelles données, la société Janssen-Ortho conseille aux médecins de bien évaluer le risque initial de thrombo-embolie veineuse chez leurs patientes avant de leur prescrire Evra. L'un des facteurs de risque connu est un indice de masse corporelle égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>. « Une prudence particulière s'impose lorsqu'on prescrit EVRA aux femmes obèses », signale la société pharmaceutique.

La mise à jour de la monographie d'Evra mentionne, en outre, le risque théorique d'une augmentation imprévue de la quantité d'éthinylœstradiol libérée en cas de fièvre ou d'exposition de la région où est appliqué le timbre à des sources de chaleur, comme un sauna ou l'eau d'une baignoire à remous.

Une étude va être réalisée pour réévaluer la quantité moyenne d'hormones libérée par le système transdermique Evra. Janssen-Ortho en dévoilera les résultats une fois que Santé Canada les aura examinés. ☞

## **Rituxan et perforations ou occlusions intestinales**

Des patients prenant du Rituxan (rituximab), indiqué dans le traitement du lymphome non hodgkinien (LNH) de type B et de la polyarthrite

rhumatoïde, ont été victimes d'occlusions ou de perforations intestinales, parfois mortelles. Dans la plupart des cas, les malades recevaient le médicament en association avec une chimiothérapie pour traiter un lymphome.

Selon les données de pharmacovigilance, parmi les quelque 730 000 patients ayant pris du Rituxan, 47 cas d'occlusion intestinale et 37 cas de perforation gastro-intestinale ont été signalés. Treize des patients en sont morts. Au Canada seulement, deux cas de perforation et deux autres d'occlusion intestinale, dont un mortel, ont été relevés.

Aucune relation de cause à effet n'a été établie entre le rituximab et les occlusions ou les perforations. Les patients présentaient d'ailleurs souvent plusieurs facteurs de risque. Dans le cas des occlusions intestinales, certains malades étaient aussi atteints de troubles digestifs variés, dont un lymphome gastro-intestinal, ou étaient également traités par chimiothérapie, radiothérapie ou corticothérapie. En ce qui concerne les perforations gastro-intestinales, certains patients souffraient aussi d'un lymphome gastro-intestinal ou avaient reçu de la chimiothérapie ou de la prednisolone.

« Malgré la présence de ces éléments, la possibilité que le RITUXAN® puisse contribuer à causer une perforation gastro-intestinale chez les patients atteints de LNH, n'a pas été exclue », précise le fabricant, Hoffmann-La Roche. Le taux de perforation gastro-intestinale était de 0,38 % chez les patients recevant du rituximab et une chimiothérapie par rapport à 0,15 % chez ceux qui n'étaient traités que par la chimiothérapie, selon les données regroupées d'essais cliniques sur des patients atteints d'un lymphome non hodgkinien.

Selon les rapports de pharmacovigilance, les symptômes évocateurs d'une perforation gastro-intestinale apparaissaient chez les patients atteints d'un lymphome non hodgkinien en moyenne six jours après le début du traitement. Ils pouvaient se manifester entre le premier et le 77<sup>e</sup> jour. Ainsi, un patient sous Rituxan qui éprouve une douleur abdominale doit faire l'objet d'une évaluation approfondie. ☞

## **Souvenirs d'un vieux Doc**

*D<sup>r</sup> Paul Vaillancourt*



Les plus jeunes trouveront ici un modèle et une source d'inspiration et les plus vieux, bien des émotions. Mais tous seront touchés à la lecture

de ce livre qui raconte la pratique d'un médecin de famille de la ville de Québec dans la deuxième moitié du siècle passé.

Cet ouvrage, qui se lit comme un roman, est un recueil de situations vécues par le **D<sup>r</sup> Paul Vaillancourt**, pimenté d'anecdotes de toutes sortes. En plus de révéler les différents aspects de la pratique d'un médecin de famille de l'époque, l'auteur présente une galerie de personnages témoignant de la vie quotidienne dans un quartier défavorisé de Québec. Ainsi, on retrouve le D<sup>r</sup> Vaillancourt au tout début de sa pratique alors qu'il ouvre son cabinet le premier lundi de juin 1951 et qu'aucun patient ne se présente. Ce n'est que vers 19 h 30 qu'il accueille sa première patiente. Ayant pratiqué la médecine familiale jusqu'à l'âge de 79 ans, le D<sup>r</sup> Vaillancourt, à la retraite depuis maintenant dix ans, a décidé de publier cet ouvrage afin de revaloriser le rôle du médecin de famille et d'inciter les jeunes médecins à pratiquer de façon plus humaine et plus valorisante la médecine familiale.

« Le D<sup>r</sup> Vaillancourt n'est pas seulement un bon conteur doué d'un humour subtil. C'est aussi un homme qui sait tirer du passé des réflexions qui devraient inspirer ceux qui travaillent dans notre système médical actuel », dit le **D<sup>r</sup> Renald Dutil**, président de la FMOQ, dans la préface qu'il signe. Mais attention, « le vieux Doc » est des plus modernes et a publié son livre dans Internet. On peut le consulter au <http://vieuxdoc.blogspot.com> ☞

*(Suite à la page 123) >>>>*

Livres *Francine Flore*

# Surveiller son enfant

## une porte ouverte sur l'attachement

*Pierre Foucault*

Aimer son enfant est une chose. Bien l'aimer en est une autre.

Voici donc un guide sur l'art d'être parents, surtout de bons parents.

Protéger, guider et communiquer sont les trois mots clés pour réussir une relation parentale riche, efficace et satisfaisante, estime l'auteur **Pierre Foucault**. Psychologue clinicien travaillant depuis plus de trente-cinq ans auprès de jeunes

en difficulté, il révèle tout simplement l'art d'être parent en disséquant la fonction parentale sous tous ses angles.

Du nouveau-né au jeune adulte, en passant par l'adolescent, cet ouvrage propose différentes approches afin d'aider un enfant à grandir et à devenir un adulte épanoui et responsable. Afin de réussir cette grande entreprise, l'auteur révèle ce qu'il faut apprendre au tout-petit, ce qu'il doit faire et ne pas faire, comment le protéger une fois qu'il a grandi et qu'il s'éloigne de la maison pour fréquenter la garderie, l'école et ses amis. L'auteur explique aussi comment s'intéresser à ce qu'il fait et l'inviter à en parler. De même, il précise comment accompagner l'adolescent et le jeune adulte dans sa quête d'autonomie et lui apporter le soutien dont il a besoin. Le texte fait part des observations que M. Foucault a recueillies auprès des jeunes au cours de sa longue carrière. Chaque cas est présenté sous la forme d'un scénario reproduisant une conversation entre un parent et son enfant. Ainsi, les besoins et le comportement de l'enfant, mais également ceux du parent font l'objet de réflexions et de discussions approfondies. Des tableaux présentent au lecteur une synthèse des données tandis que des exercices lui permettent de mieux se situer dans son rôle de parent et d'y apporter les modifications nécessaires.

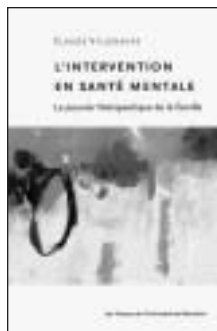
Éditions Logiques, Montréal 2006, 270 pages, 29,95 \$.

*(Suite à la page 127) >>>>*

## **L'intervention en santé mentale**

### **Le pouvoir thérapeutique de la famille**

*D<sup>r</sup> Claude Villeneuve*



De plus en plus, on reconnaît le rôle des aidants naturels, notamment de la famille, auprès des malades. Il semble que leurs services soient dorénavant les bienvenus en santé mentale.

Dans cet ouvrage, le **D<sup>r</sup> Claude Villeneuve**, directeur de la clinique externe du Département de psychiatrie du Centre hospitalier Sainte-Justine, décrit ce qu'il appelle « les interventions

familiales systémiques ». Cette nouvelle approche propose tout simplement d'intégrer la famille aux pratiques thérapeutiques. Toutefois, il ne s'agit pas de thérapies familiales pures, mais plutôt d'interventions incluant les proches du patient. Le modèle est souple et ouvert, et le clinicien l'adapte à chaque cas en se laissant conduire par les situations cliniques. Par exemple, il peut modifier à volonté le déroulement de l'intervention et décider qui sera présent à la rencontre.

À l'heure de la victoire de la biologie et du déclin de la psychanalyse, il est temps de procéder à une révision de la psychothérapie et de la transformer à l'aide des interventions familiales, estime l'auteur. Dans la première partie, son livre brosse le portrait des bouleversements qui secouent actuellement les systèmes de santé et qui ont un effet néfaste sur la psychothérapie. Dans la deuxième, on discute des avantages et des limites de l'approche interpersonnelle-systémique et son intégration à l'ensemble du traitement. Et en troisième partie, on l'applique à diverses situations cliniques. Enfin, l'auteur décrit la formation de base qui permet au clinicien de faire du travail familial systémique. Selon le D<sup>r</sup> Villeneuve, il faut installer l'intervention familiale dans le quotidien du clinicien, et la première ligne s'y prête parfaitement. ☞

Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2006, 144 pages, 24,95 \$.

*(Suite à la page 132) >>>>*



## **Nutrition, sport et performance**

*Marielle Ledoux, Natalie Lacombe  
et Geneviève St-Martin*



Viandes, fruits, légumes, pâtes, barres de céréales ou boissons énergétiques. Que faut-il manger et boire pour être vraiment en forme afin de donner le meilleur de soi-même pendant l'effort physique ?

Plus qu'un simple livre de nutrition sportive et de physiologie de l'exercice, ce guide aidera les athlètes et les sportifs, même ceux du dimanche, à faire les bons choix d'aliments afin d'améliorer leur performance. Rédigé par trois nu-

tritionnistes du sport, cet ouvrage présente les plus récentes données scientifiques dans le domaine de la nutrition sportive. Les aliments y sont décrits non seulement en fonction de leur valeur nutritive, mais également en fonction des besoins de l'organisme et de la dépense énergétique de chacun. Par exemple, on y apprend le rôle d'éléments fondamentaux, dont les protéines, les glucides, les lipides, les vitamines, les minéraux, etc. De même, on découvre où les puiser et quelle quantité en consommer. À cette fin, les auteures proposent même des programmes alimentaires et différents menus.

Selon que l'on est adepte de volleyball, de tennis, d'arts martiaux ou de ski alpin, on ne se nourrit pas de la même manière. Par conséquent, les auteures font des recommandations précises pour chaque sport et chaque type d'exercice. Certaines activités physiques exigent la consommation d'une quantité élevée de sucre rapidement absorbable et une boisson sucrée peut alors être plus efficace qu'un riz brun bio, indiquent-elles.

On trouve aussi dans cet ouvrage des chapitres consacrés aux enfants et aux adolescents. En outre, des athlètes et des entraîneurs du Québec révèlent certains de leurs secrets et donnent de précieux conseils.

Éditions Géo Plein Air 2006, Montréal, 2006, 264 pages, 34,95 \$.