

CONCLUSION



Cette méta-analyse conclut qu'un dépistage systématique, en pratique de médecine générale, d'un usage excessif d'alcool n'est guère efficace pour identifier les patients à prendre en considération pour une courte intervention. D'autres recherches sont nécessaires pour pouvoir recommander une stratégie faisable et efficiente en première ligne dans l'identification et la prise en charge de la problématique de la consommation d'alcool.

Références

- Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999;28:503-9.
- Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325:870.
- Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ* 1988;297:663-8.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997;277:1039-45.
- Gomel MK, Saunders JB, Wutzke SE et al. Implementation of early intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in general practice. Final report for the Research into Drug Abuse program. Department of Human Services & Health, July 1996.
- Berglund G, Nilsson P, Eriksson KF et al. Long-term outcome of the Malmo preventive project: mortality and cardiovascular morbidity. *J Intern Med* 2000;247:19-29.
- Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med* 1997;13:464-70.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-92.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract* 2001;51:206-17.

Prévention des récurrences d'otites moyennes aiguës: intérêt de l'adénoïdectomie?

Koivunen P, Uhari M, Luotonen J et al. Adenoidectomy versus chemoprophylaxis and placebo for recurrent acute otitis media in children aged under 2 years: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:487-91.

Analyse: P. Chevalier

RÉSUMÉ

Question clinique

Chez des enfants de moins de 2 ans, quelle est l'efficacité d'une adénoïdectomie versus sulfamidothérapie continue (pendant six mois), versus placebo, dans la prévention des récurrences d'otite moyenne aiguë (OMA)?

Contexte

L'otite moyenne aiguë est un des motifs de consultation médicale les plus fréquents pour les jeunes enfants et la motivation principale de la prescription d'un antibiotique en pratique ambulatoire dans cette tranche d'âge¹. Elle est également fréquemment récidivante (1/3 des enfants) dans une sous-population d' "otitis prone children", constituée surtout de très jeunes enfants (moins de 12 mois)². Chez des enfants âgés de plus de 3 ans, présentant des otites récidivantes, une étude n'a pas montré d'efficacité préventive significative d'une adénoïdectomie³. Qu'en est-il chez des enfants plus jeunes (moins de 2 ans)?

Population étudiée

Durant trois ans, dans un hôpital de référence (troisième ligne) en Finlande, 180 enfants âgés de 10 à 24 mois ont été inclus dans cette étude s'ils avaient présenté au moins 3 épisodes d'OMA dans les 6 mois précédents. Étaient exclus, les enfants ayant subi une adénoïdectomie, une tympanoplastie, présentant une malformation crânienne, des déficits immunologiques ou sous chimioprophylaxie antibactérienne.

Protocole d'étude

Les enfants (n=180) ont été répartis, dans cette étude randomisée en double aveugle, entre trois groupes: adénoïdectomie en hôpital de jour (n=60), chimioprophylaxie par sulphisoxazol 50mg/kg 1x par jour pendant 6 mois (n=60) ou placebo (n=60). Ils étaient suivis par un des trois otoscopistes de référence, expérimentés. Toute otite moyenne avec effusion (OME) était traitée et étroitement suivie:



de l'amoxicilline était d'emblée prescrite; en cas de persistance de l'OME après deux semaines, une myringotomie était pratiquée et, si elle persistait encore après deux mois, des drains transtympaniques étaient mis en place. Le suivi était assuré durant les 2 ans après disparition de l'effusion. En cas d'infection respiratoire aiguë, une consultation du médecin de famille ou d'un des trois ORL de référence était recommandée avec des critères stricts pour le diagnostic d'OMA traitée d'office par amoxicilline. Le protocole d'étude se basait sur une puissance de 80% et la compliance thérapeutique y était vérifiée.

Mesure des résultats

Le critère de jugement primaire est l'échec de l'intervention: 2 épisodes d'OMA dans les 2 mois après celle-ci, 3 épisodes dans les 6 mois ou persistance de l'OME pendant au moins 2 mois. Les critères de jugement secondaires sont le nombre moyen d'OMA, le nombre de visites médicales, les prescriptions d'antibiotique, le nombre de jours symptomatiques (rhinite, otalgie, fièvre) et les effets indésirables. Les résultats sont analysés jusqu'à la date de sortie d'étude, donc non en intention de traiter.

Résultats

Le nombre de sorties d'étude est variable selon les groupes: 1 pour le groupe adénoïdectomie (2%), 15 pour le groupe chimioprophylaxie (25%) et 14 pour le groupe placebo (23%), en majorité pour violation du protocole.

DISCUSSION

Commentaires sur la méthodologie

La randomisation dans cette étude semble correcte. Les caractéristiques de base dans les différents groupes sont bien mentionnées mais aucune analyse statistique n'en est faite malgré des différences observées (par exemple pour l'âge du premier épisode d'OMA). Le respect du double aveugle ne semble pas garanti pour le groupe adénoïdectomie, les évaluateurs étant au fait de l'intervention. Comme précédemment signalé, l'analyse des résultats n'est pas en intention de traiter. La différence importante de sorties d'études entre les trois groupes rend l'interprétation des résultats fort délicate. Il faut également tenir compte des autres interventions (tympanostomie, antibiothérapie systématique en cas d'OME).

Chirurgie et prévention des récurrences d'OMA

Une intervention chirurgicale prévient-elle les récurrences d'OMA? Les avis sont contradictoires, très probablement en fonction des critères de choix des populations étudiées (OMA ou OMA + OME persistante) et du type d'intervention proposé. Pour la mise en place de drains transtympaniques, des synthèses récentes de la littérature aboutissent à des résultats divergents: efficacité à court terme mais non à long terme pour une synthèse⁴, effica-

Douze enfants du groupe adénoïdectomie ont subi une tympanostomie. En considérant la violation de protocole comme une sortie d'étude, un échec de traitement (critère primaire) est observé pour 25 enfants (42%) du groupe adénoïdectomie, 17 enfants (34%) du groupe chimioprophylaxie et 26 enfants (52%) du groupe placebo, sans différence statistiquement significative. Il en est de même si la violation de protocole est considérée comme un échec thérapeutique. Aucune différence significative n'est observée pour les critères secondaires. Il n'y a pas d'analyse statistique des effets indésirables, plus fréquents en valeur absolue dans le groupe chimioprophylaxie. La compliance thérapeutique est moindre dans ce dernier groupe (due à un enfant).

Conclusions des auteurs

Les auteurs concluent qu'une adénoïdectomie n'est pas efficace, comme premier acte chirurgical, dans la prévention des récurrences d'OMA chez les enfants âgés de 10 à 24 mois et ne recommandent donc pas cette intervention.

Financement

Cette étude est financée par les Departments of Paediatrics and Otorhinolaryngology, Oulu University Hospital (Finlande).

Conflits d'intérêt

Aucun n'est déclaré.

citée variable selon le critère diagnostique d'OMA pour une autre⁵. Le bénéfice éventuel de ce type d'intervention dans une OME est un autre débat. Une adénoïdectomie en surplus d'une mise en place de drains n'apporte pas de bénéfice complémentaire⁶. Une adénoïdectomie ou adénoïdotosillectomie isolée (sans mise en place de drains transtympaniques) n'apporte pas de bénéfice préventif pour la récurrence d'OMA chez les enfants âgés de 3 à 15 ans³. Cette étude montre également l'absence de preuve de bénéfice d'une adénoïdectomie chez les enfants de moins de deux ans.

Une décision chirurgicale, quelle qu'elle soit, chez un enfant atteint d'OMA récidivantes (ou d'OME persistante) devra tenir compte également de l'évolution spontanément favorable de ces affections et des séquelles possibles d'une effusion persistante⁷.

Antibiothérapie et prévention des récurrences d'OMA

Une antibiothérapie d'une OMA n'en prévient pas les récurrences⁸.

Cette étude ne montre pas d'efficacité d'un traitement prolongé (6 mois) par sulfamidé, dans la prévention de récurrences d'OMA. L'efficacité d'autres antibiotiques en prévention est également controversée⁹.

CONCLUSION



Cette étude montre l'absence de preuve d'efficacité d'une adénoïdectomie ou d'une chimio-prophylaxie de 6 mois par sulfamidé pour la prévention de récurrences d'épisodes d'OMA, chez des enfants de moins de 2 ans. Elle correspond ainsi avec ce type de données connues chez des enfants plus âgés.

Références

1. Chevalier P, Janssens S, Van Lierde S. L'otite moyenne aiguë. Recommandations pour le bon usage des antibiotiques. WVVH-SSMG – BAPCOC 2001.
2. Lanphear B, Byrd R, Auiger P, Hall C. Increasing prevalence of recurrent otitis media among children in the united states. *Pediatrics* 1997;99(3).
<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/3/e1>.
3. Paradise J, Bluestone C, Colborn K et al. Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media. Parallel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes. *JAMA* 1999;282:945-53.
4. Rovers M, Schilder A, Zielhuis G, Rosenfeld R. Otitis media. *Lancet* 2004;363:465-73.
5. Hendley J. Otitis media. *N Engl J Med* 2002;347:1169-74.
6. Mattila P, Joki-Erkkila V, Kilpi T, Jokinen J, Herva E, Puhakka H. Prevention of otitis media by adenoidectomy in children younger than 2 years. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:163-8.
7. Rosenfeld R, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope* 2003;113:1645-57.
8. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Williams R, Chalmers T, Stange K et al. Use of antibiotics in prevent recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion. A meta-analytic attempt to resolve the brouhaha. *JAMA* 1993;270:1344-51.