

Oto-rhino-laryngologie pédiatrique

Neuf interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale
Groupe d'intérêt/surspécialisation en oto-rhino-laryngologie pédiatrique

Dernière mise à jour : décembre 2020



1 Ne demandez pas d'emblée une radiographie simple pour l'évaluation d'une fracture du nez.

Les fractures du nez sont parmi les plus fréquentes fractures du visage chez la population pédiatrique. La décision de procéder à une réduction fermée au bloc opératoire pour une fracture du nez repose sur des facteurs tels que la gêne respiratoire et la déformation du nez, qui ne sont pas évaluées efficacement avec la radiographie. La radiographie simple ne permet pas de visualiser avec précision la fracture du nez en raison de ses faibles taux de sensibilité (72 %) et de spécificité (73 %). L'examen physique suffit souvent pour poser le diagnostic de fracture du nez déplacée chez l'enfant. En général, la radiographie modifiera peu le diagnostic ou le plan de traitement chez les enfants qui ont une fracture du nez et ne devrait pas être demandée en raison de son coût et des risques associés à l'exposition aux radiations.

2 Ne demandez pas d'épreuves d'imagerie pour distinguer une sinusite bactérienne aiguë d'une infection des voies respiratoires supérieures.

Le diagnostic de sinusite bactérienne aiguë (SBA) repose sur des critères cliniques et est peu prévalent chez les enfants amenés en consultation pour des symptômes respiratoires. Même si une radiographie simple, une TDM ou une IRM peuvent aider à écarter un diagnostic de SBA, un résultat anormal ne permet pas de le confirmer. Étant donné que plusieurs enfants pourraient, pendant certaines périodes de l'année, présenter des anomalies à l'imagerie par suite d'une infection virale des voies respiratoires supérieures et qu'on les exposerait à un risque d'exposition aux radiations, on ne recommande pas les épreuves d'imagerie. Les cas où le recours à l'imagerie serait justifié sont les suivants : immunosuppression, complications orbitaires, complications touchant le système nerveux central ou sinusite suppurée.

L'American Academy of Pediatrics suggère de poser un diagnostic de SBA chez les enfants en présence de : 1) toux, écoulement nasal ou les deux, s'ils persistent > 10 jours sans amélioration; 2) aggravation ou apparition de toux, écoulement nasal ou fièvre; ou 3) apparition d'une fièvre préoccupante $\geq 39^{\circ}\text{C}$, accompagnée d'écoulement nasal purulent pendant au moins 3 jours consécutifs.

3 Ne posez pas de tubes de myringotomie chez la plupart des enfants ayant eu un seul épisode d'otite moyenne séreuse d'une durée de moins de 3 mois.

Même si l'insertion de tubes de myringotomie (drains transtympaniques) peut être associée à une brève amélioration de la qualité de vie, le décours naturel de l'otite moyenne séreuse est assez favorable et la majorité des cas d'OMS chez les enfants rentrera spontanément dans l'ordre en l'espace de 3 mois. En général, les cas d'OMS qui durent plus de 3 mois sont de nature chronique et moins susceptibles de rentrer dans l'ordre sans intervention. On dispose de données limitées sur l'efficacité des tubes de myringotomie chez les enfants dont l'OMS dure depuis moins de 3 mois. En retardant le recours à la myringotomie, on peut éviter des interventions superflues, de même que les risques, les effets indésirables et les coûts qui leur sont associés. Cette recommandation ne s'applique pas aux enfants qui présentent des facteurs de risque de troubles du développement, tels que trisomie 21, trouble du spectre de l'autisme, cécité et perte auditive permanente indépendante de l'OMS.

4 Ne prescrivez pas de routine des corticostéroïdes intranasaux/systémiques, des antihistaminiques ou des décongestionnants à des enfants présentant une otite moyenne séreuse non compliquée.

Dans la majorité des cas, le traitement médicamenteux au moyen d'antihistaminiques, de décongestionnants, d'antibiotiques et de corticostéroïdes systémiques a eu peu d'effet sur l'issue à long terme de l'otite moyenne séreuse (OMS) chez les enfants. Cet état de fait, ainsi que les coûts et les effets indésirables potentiels de ces médicaments expliquent pourquoi il n'est pas recommandé de les prescrire pour l'OMS chez les enfants. On fera exception pour les enfants présentant des comorbidités pour lesquelles ces agents seraient indiqués en première intention.

5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques oraux pour l'otorrhée non compliquée chez les enfants porteurs de tubes de myringotomie, ni pour l'otite externe aiguë non compliquée.

Le recours aux antibiotiques oraux quand ils ne sont pas indispensables peut favoriser la résistance bactérienne et accroître le risque d'infections opportunistes. Les antibiotiques topiques atteignent des concentrations plus élevées dans le conduit auditif, donnent lieu à une plus grande satisfaction chez les patients, sont associés à moins d'effets indésirables et se sont avérés d'une égale efficacité pour le traitement de l'otorrhée aiguë en présence de tubes de myringotomie (OTM) et de l'otite externe aiguë (OEA) comparativement aux antibiotiques oraux. C'est pourquoi il est préférable de prescrire des antibiotiques topiques en traitement de première intention pour l'OTM et l'OEA non compliquée.

6 Ne prescrivez pas de codéine pour le soulagement de la douleur après l'amygdalectomie/adénoïdectomie chez les enfants.

La codéine est associée à un taux élevé de réactions indésirables chez les enfants. Cela inclut un risque potentiellement fatal de dépression des centres respiratoires. Il est difficile d'établir la posologie de la codéine en raison de l'hétérogénéité génétique des patients à l'égard de l'enzyme CYP2D6 responsable du métabolisme de la codéine. L'analyse génétique de la CYP2D6 n'est pas effectuée systématiquement et ne permet pas d'identifier de manière fiable les variations du métabolisme de la codéine chez les patients. Les enfants qui la métabolisent extrêmement rapidement sont donc exposés à un risque accru de réactions indésirables. D'autres types d'analgésie peuvent être utilisés après l'amygdalectomie/adénoïdectomie.

7 N'administrez pas d'antibiothérapie périopératoire pour l'amygdalectomie élective chez les enfants.

L'administration d'une antibiothérapie périopératoire chez les enfants soumis à une amygdalectomie ne procure aucun avantage pour ce qui est des problèmes consécutifs à l'amygdalectomie. La surutilisation des antibiotiques accroît indûment la résistance bactérienne et le risque d'effets indésirables. Ces risques surclassent l'avantage d'une réduction de la fièvre postopératoire qui est le seul bienfait potentiel de l'antibiothérapie périopératoire dans le contexte de l'amygdalectomie élective. L'antibiothérapie périopératoire n'est donc pas indiquée chez les enfants soumis à une amygdalectomie élective, à moins d'indications contraires précises (p. ex., maladie cardiaque ou abcès périamygdalien).

8 Ne procédez pas à une amygdalectomie chez les enfants qui ont des infections de gorge non compliquées à répétition s'ils ont manifesté moins de 7 épisodes au cours de l'année écoulée, 5 dans chacune des deux années écoulées ou 3 dans chacune des 3 années écoulées.

Chez les enfants qui présentent un moins grand nombre d'infections de gorge à répétition (comparativement à un plus grand nombre), l'amygdalectomie est nettement moins bénéfique, et beaucoup d'enfants qui ont des infections de gorge à répétition voient leur état s'améliorer sans intervention. Par conséquent, lorsque cela ne pose pas de risque, il est recommandé d'éviter l'amygdalectomie chez les enfants qui ont un moins grand nombre d'infections aiguës. Cela permet d'éviter les interventions superflues et de réduire les coûts et les complications qui leur sont associés (p. ex., saignements, douleur, infection). Si l'amygdalectomie n'est pas indiquée, on surveillera les enfants de près, au cas où l'amygdalectomie s'imposerait par suite d'une augmentation de la fréquence des infections; on jugerait alors qu'ils sont moins susceptibles de voir leur état s'améliorer spontanément et plus susceptibles de bénéficier de l'amygdalectomie. Il faut expliquer aux familles les avantages limités et les risques possibles de l'amygdalectomie chez les enfants et les adolescents qui ont des taux faibles d'infections de gorge à répétition. La prise de décision partagée est une approche importante lorsqu'on envisage l'amygdalectomie et on tiendra compte des facteurs propres au patient lui-même et à la famille.

9 Ne procédez pas à une chirurgie endoscopique des sinus pour la rhinosinusite chronique chez les enfants, avant d'avoir d'abord essayé un traitement médicamenteux maximal et l'adénoïdectomie.

La chirurgie endoscopique des sinus (CES) s'est révélée efficace chez les enfants souffrant de rhinosinusite chronique, mais des résultats similaires ont été enregistrés avec un traitement médicamenteux et l'adénoïdectomie. Un traitement médicamenteux séquentiel progressant vers l'adénoïdectomie, puis vers la CES, permet aux enfants d'être traités initialement de façon moins invasive et moins coûteuse, et de réserver la CES pour les cas réfractaires aux approches initiales. Il est recommandé de commencer par le traitement médicamenteux maximal avant de passer à une intervention chirurgicale pour les cas non compliqués. Pour les cas compliqués (p. ex., atteinte des orbites ou de la base du crâne), la CES pourrait être plus indiquée.

Comment la liste a été établie

Cette liste a été établie par le Groupe d'intérêt/surspécialisation en oto-rhino-laryngologie pédiatrique de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. Une liste de 25 recommandations appuyées sur des données probantes concernant les examens et interventions jugés superflus a été complétée. Ces examens et interventions inutiles sont souvent invasifs et exposent les patients à des risques en plus d'engendrer des coûts injustifiés pour notre système public des soins de santé. Les membres du groupe d'intérêt/surspécialisation ont été invités à commenter les recommandations et à les classer selon cinq critères : potentiel de modification de la pratique clinique; rapport coûts:avantages; solidité des données probantes; taux d'utilisation desdits examens et interventions; et nocivité potentielle. La liste finale a ensuite été réduite et révisée en fonction du classement et des commentaires des membres.

Sources

- 1** Desrosiers AE 3^e, Thaller SR. Pediatric nasal fractures: evaluation and management. *J Craniofac Surg.* 2011; vol. 22, n° 4 : p. 1327-1329. [PMID: 21772190](#).
Mohammadi A, Ghasemi-Rad M. Nasal bone fracture--ultrasonography or computed tomography? *Med Ultrason.* 2011; vol. 13 n° 4 : p. 292-295. [PMID: 22132401](#).
Nigam A, Goni A, Benjamin A, Dasgupta AR. The value of radiographs in the management of the fractured nose. *Arch Emerg Med.* 1993; vol. 10, n° 4 : p. 293-297. [PMID: 8110318](#).
- 2** Aitken M, Taylor JA. Prevalence of clinical sinusitis in young children followed up by primary care pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; vol. 152, n° 3 : p. 244-248. [PMID: 9529461](#).
Gwaltney JM Jr, Phillips CD, Miller RD, Riker DK. Computed Tomographic Study of the Common Cold. *N Engl J Med.* 1994; vol. 330, n° 1 : p. 25-30. [PMID: 8259141](#).
Kristo A, Uhari M, Luotonen J, Koivunen P, Ilkko E, Tapiainen T et coll. Paranasal sinus findings in children during respiratory infection evaluated with magnetic resonance imaging. *Pediatrics.* 2003; vol. 111, n° 5 (partie 1) : p. e 586-589. [PMID: 12728114](#).
Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM et coll. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics.* 2013; vol. 132, n° 1 : p. e262-280. [PMID: 23796742](#).
Wald ER, Nash D, Eickhoff J. Effectiveness of amoxicillin/clavulanate potassium in the treatment of acute bacterial sinusitis in children. *Pediatrics.* 2009; vol. 124, n° 1 : p. 9-15. [PMID: 19564277](#).
- 3** Hellstrom S, Groth A, Jorgensen F. Ventilation tube treatment: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011; vol. 145, n° 3 : p. 383-395. [PMID: 21632976](#).
Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I. Drains transtympaniques (tubes de ventilation) pour la perte auditive associée à l'otite moyenne avec effusion chez l'enfant. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2005; vol. 1 : CD001801. [PMID: 15674886](#).
Rosenfeld RM, Kay D. Natural history of untreated otitis media. *Laryngoscope.* 2003; vol. 113, n° 10 : p. 1645 -1657. [PMID: 14520089](#).
Rosenfeld RM, Schwartz SR, Pynnonen MA, Tunkel DE, Hussey HM, Fichera JS et coll. Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; vol. 149, n° 1 : p. S1-S35. [PMID: 23818543](#).
- 4** Griffin, G, Flynn, CA. Antihistaminiques et/ou décongestionnants pour l'otite moyenne avec effusion (OME) chez l'enfant. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2011; vol. 9 : CD003423. [PMID: 21901683](#).
Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM et coll. Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; vol. 154, n° 1 (suppl.) : p. S1-S41. [PMID: 26832942](#).
Simpson SA, Lewis R, van der Voort J, Butler CC. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2011; vol. 5 : CD001935. [PMID: 21563132](#).
Venekamp RP, Burton MJ, van Dongen TM, van der Heijden GJ, van Zon A, Schilder AG. Antibiotics for otitis media with effusion in children. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2016; vol. 6 : CD009163. [PMID: 27290722](#).
- 5** Goldblatt EL, Dohar J, Nozza RJ, Nielsen RW, Goldberg T, Sidman JD et coll. Topical ofloxacin versus systemic amoxicillin/clavulanate in purulent otorrhea in children with tympanostomy tubes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1998; vol. 46 n°s 1-2 : p. 91-101. [PMID: 10190709](#).
Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions pour l'otite externe aiguë. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2010, vol. 6, n° 2 : p. 444-560. [PMID: 20091565](#).
Rosenfeld RM, Schwartz SR, Pynnonen MA, Tunkel DE, Hussey HM, Fichera JS et coll. Clinical practice guideline: tympanostomy tubes in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; vol. 149, n° 1 (suppl.) : p. S1-S35. [PMID: 23818543](#).
Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA et coll. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; vol. 150, n° 1 : p. S1-S24. [PMID: 24491310](#).
Rosenfeld RM, Singer M, Wasserman JM, Stinnett SS. Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; vol. 134 : p. S24-S48. [PMID: 16638474](#).
- 6** Crews KR, Gaedigk A, Dunnenberger HM et coll. Clinical pharmacogenetics implementation consortium guidelines for cytochrome P450 2D6 genotype and codeine therapy: 2014 update. *Clin Pharmacol Ther.* 2014; vol. 95, n° 4 : p. 376-382. [PMID: 24458010](#).
Kelly LE, Rieder M, van den Anker J, Malkin B, Ross C, Neely MN et coll. More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. *Pediatrics.* 2012; vol. 129, n° 5 : p. e1343-e1347. [PMID: 22492761](#).
Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA et coll. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019; vol. 160, n° 1 (suppl.) : p. S1-S42. [PMID: 30921525](#).
Prows CA, Zhang X, Huth MM, Zhang K, Saldaña SN, Daraiseh NM et coll. Codeine-related adverse drug reactions in children following tonsillectomy: a prospective study. *Laryngoscope.* 2014; vol. 124, n° 5 : p. 1242-1250. [PMID: 24122716](#).
Tobias JD, Green TP, Coté CJ. Codeine: time to say no. *Pediatrics.* 2016; vol. 138, n° 4 : p. e 20162396. [PMID: 27647717](#).
- 7** Dhiwakar M, Clement WA, Supriya M, McKerrow WS. Antibiotiques dans la réduction de la morbidité suite à une amygdaléctomie. Base de données Cochrane des revues systématiques. 2012; vol. 2 : CD005607. [PMID: 23235625](#).
Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA et coll. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019; vol. 160, n° 1 (suppl.) : p. S1-S42. [PMID: 30921525](#).

- 8 Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Base de données Cochrane des revues systématiques. 2014; vol. 11 : CD001802. [PMID: 25407135](#).
Francis DO, Chinnadurai S, Sathe NA, Morad A, Jordan AK, Krishnaswami S et al. Tonsillectomy for obstructive sleep-disordered breathing or recurrent throat infection in children. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2017. Rapport n° 16, vol. 17-EHC042-EF [PMID: 28182365](#).
Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA et coll. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children (update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2019; vol. 160, n° 1 : p. S1-S42. [PMID: 30921525](#).
- 9 Brietzke SE, Shin JJ, Choi S, Lee JT, Parikh SR, Pena M et coll. Clinical Consensus Statement: Pediatric Chronic Rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014; vol. 151, n° 4 : p. 542-553. [PMID: 25274375](#).
Desrosiers M, Evans G, Keith P, Wright E, Kaplan A, Bouchard J et coll. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 2011; vol. 40, n° 2 : p. S99-S193. [PMID: 21310056](#).
Shetty KR, Soh HH, Kahn C, Wang R, Shetty A, Brook C et al. Review and Analysis of Research Trends in Surgical Treatment of Pediatric Chronic Sinusitis. Am J Rhinol Allergy. 2020; vol. 34, n° 3 : p 428-435. [PMID: 31910642](#).
Rosenfeld RM. Pilot Study of Outcomes in Pediatric Rhinosinusitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995; vol. 121, n° 7 : p. 729-736. [PMID: 7598848](#).

À propos de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale

La Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. La Société soutient la communauté canadienne des professionnels en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale. Elle est formée exclusivement d'oto-rhino-laryngologistes chirurgiens cervico-faciaux et d'étudiants de la spécialité. La Société s'emploie à améliorer les soins aux patients par le soutien de l'enseignement, la promotion de la recherche, la diffusion de renseignements, l'avancement scientifique de la Société et le maintien de normes professionnelles et éthiques élevées.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)