

## ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

### Évolution de l'atteinte ophtalmologique des enfants atteints de toxoplasmose congénitale

WALLON M *et al.* Ophthalmic outcomes of congenital toxoplasmosis followed until adolescence. *Pediatrics*, 2014;133:601-608.

La toxoplasmose congénitale (TC) est une infection sévère qui peut entraîner une atteinte neurologique responsable d'un retard des acquisitions et des lésions oculaires. La plupart des enfants sont asymptomatiques à la naissance et les manifestations cliniques apparaissent avec le temps, notamment les chorioretinites. Une atteinte de la macula peut conduire à une altération de la fonction visuelle. La mise en place d'un traitement spécifique pendant la grossesse et à la naissance, en cas de TC, réduit la sévérité de l'atteinte à court terme. En revanche, il n'existe aucune étude prospective évaluant le suivi à long terme.

Le but de ce travail est de déterminer le pronostic oculaire à long terme et d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs associés.

Cette étude prospective a été menée à Lyon entre 1987 et 2008 et a inclus des nouveau-nés ayant une TC confirmée par une sérologie suivis au moins 6 mois après le diagnostic. S'il existait une séroconversion maternelle au cours de la grossesse, les enfants étaient considérés comme infectés en cas de PCR spécifique positive dans le liquide amniotique, en cas d'élévation des IgA et IgM dans le sang fœtal ou en cas d'augmentation des IgG spécifiques au cours de la première année de vie ou devant la persistance d'un taux > 5 UI/mL. Les enfants ayant une infection prouvée étaient traités par pyriméthamine, d'abord associé à la sulfadiazine pendant 2 mois puis à la sulfadoxine pendant 10 mois. Un bilan neurologique, ophtalmologique et sérologique était réalisé tous les 3 mois pendant 2 ans puis par semestre et de façon annuelle à partir de la 4<sup>e</sup> année.

Sur les 485 nouveau-nés vivants infectés par la toxoplasmose pendant la grossesse, 477 ont été suivi plus de 6 mois. La majeure partie des enfants (67,7 %) a été infectée au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. Le diagnostic de TC était fait avant la naissance dans 27,9 % des cas et à la naissance dans 48,4 % des cas. Pour les 23,7 % restants, le diagnostic était fait sur une augmentation du taux d'IgG spécifiques au cours de la première année de vie. Les traitements antibiotiques étaient donnés après la naissance pour une durée médiane de 15 mois. Le suivi médian des enfants était de 10,5 ans (6 mois-22 ans). Lors du dernier suivi, 65,2 % des patients ne présentaient aucune manifestation clinique de TC. Pour les 166 enfants restants (34,8 %), une atteinte non oculaire était retrouvée chez 49 enfants ; il s'agissait le plus souvent d'une atteinte intracrânienne. Au cours du suivi, une nouvelle atteinte neurologique apparaissait chez 9 patients. Une chorioretinite était

détectée chez 142 patients (29,8 %). Les lésions étaient monoculaires dans 69 % des cas et n'entraînaient pas de diminution de la vision dans 80,6 % des cas. Aucun patient ne présentait d'atteinte bilatérale sévère. La lésion initiale était détectée dans les 15 premiers jours de vie chez seulement 5,6 % des enfants. Pour les autres, les premières anomalies étaient en moyenne visualisées à 4,2 ans. Dans 10 % des cas, les premières lésions apparaissaient après 12,5 ans. Deux pics d'incidence d'apparition des lésions étaient observés, à 7 ans et entre 11 et 13 ans.

Concernant les facteurs prédictifs de l'atteinte ophtalmologique, une infection précoce pendant la grossesse, une prématurité et une atteinte extra-oculaire, étaient associées à un plus grand risque de développer une chorioretinite.

Cette large étude prospective est la première qui évalue le suivi évolutif des enfants atteints de TC à long terme. Une atteinte sévère neurologique ou ophtalmologique est rare en cas de traitements antibiotiques spécifiques pendant et après la grossesse. En revanche, ce travail insiste sur la nécessité d'un suivi prolongé des enfants jusqu'à la puberté car de nouvelles lésions, notamment de chorioretinite, peuvent apparaître à l'adolescence.

### Traitement des otorrhées des enfants porteurs d'aérateurs transtympaniques

VAN DONGEN T *et al.* A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *N Engl J Med*, 2014;370:723-733.

La pose d'aérateurs transtympaniques (ATT) est une procédure chirurgicale fréquente chez l'enfant ayant pour but de restaurer l'audition en cas d'otite sérumqueuse et de prévenir la récurrence d'otite moyenne aiguë chez les enfants à risque. Une otorrhée aiguë est un problème non négligeable après la pose d'ATT, avec une fréquence de 26 à 75 % selon les études. L'otorrhée peut être accompagnée d'une odeur particulière, d'une douleur, d'une fièvre et entraîner une altération de la qualité de vie. La prise en charge thérapeutique varie selon les centres entre l'abstention thérapeutique initiale, l'administration d'antibiotiques et corticoïdes locaux ou la prise d'une antibiothérapie orale.

En l'absence d'essai randomisé contrôlé avec une puissance statistique suffisante, les auteurs avaient pour but, dans ce travail, d'évaluer la meilleure prise en charge thérapeutique entre les trois stratégies actuellement utilisées.

Il s'agissait d'un essai ouvert randomisé, contrôlé, mené entre juin 2009 et mai 2012 ayant inclus des enfants de 1 à 10 ans porteurs d'ATT depuis plus de 15 jours et présentant une otorrhée. Les enfants fébriles à plus de 38,5 °C, ceux ayant reçu

## ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

des antibiotiques dans les 2 semaines précédant l'otorrhée ou ayant eu trois ou plus d'épisodes d'otorrhée dans les 6 mois précédents étaient exclus. De même, les enfants porteurs d'une trisomie 21, d'une anomalie craniofaciale, d'un déficit immunitaire ou d'une allergie nécessitant des traitements n'étaient pas inclus. À chaque pose d'ATT chez des enfants rentrant dans les critères d'éligibilités, les chirurgiens ORL demandaient à être contactés par téléphone par les parents en cas de l'apparition d'une otorrhée. En cas d'accord des parents pour participer à l'étude, une visite au domicile de l'enfant était effectuée avec examen clinique – notamment otoscopique – et remise d'un questionnaire afin d'évaluer la qualité de vie. Un traitement était attribué de façon aléatoire avec stratification sur l'âge pour les différents groupes. Les enfants recevaient soit des gouttes auriculaires de bacitracine-colistine-hydrocortisone pendant 7 jours, soit un traitement oral par amoxicilline-clavulanate pendant 7 jours, soit une simple observation pendant 15 jours. Une visite médicale de contrôle était programmée à 2 semaines et 6 mois.

Après application des critères d'inclusion, 230 enfants ayant une otorrhée aiguë avec ATT ont été randomisés en trois groupes de traitement. Il n'existait aucune différence concernant les critères démographiques entre les trois groupes. L'âge moyen des enfants était de 4,5 ans et la durée médiane de l'otorrhée avant l'entrée dans le protocole était de 3 jours. Une otorrhée bilatérale était présente dans 17 % des cas. Après 2 semaines de prise en charge, 5 % des enfants recevant les

gouttes auriculaires avaient une otorrhée persistante contre 44 % dans le groupe antibiotique *per os* et 55 % dans le groupe d'observation. La durée médiane de l'otorrhée était de 4 jours avec les gouttes auriculaires *versus* 5 jours avec l'antibiothérapie orale et 12 jours sans traitement ( $p < 0,001$ ). Au cours des 6 mois de suivi, le nombre médian de jour avec otorrhée était de 5 jours avec le traitement local, de 13,5 jours avec l'antibiothérapie orale et de 18 jours sans traitement.

Quel que soit le traitement utilisé, le score de qualité de vie ne variait pas significativement selon les groupes après 15 jours de suivi.

En termes de complications, aucune cellulite ou mastoïdite n'était observée. Dans le groupe recevant des gouttes auriculaires, 21 % des enfants décrivaient une douleur au moment de l'administration ; des troubles digestifs étaient observés chez 23 % des enfants ayant une antibiothérapie orale.

Cet essai randomisé met en évidence qu'un traitement par gouttes auriculaires (antibiotique-glucocorticoïdes) est plus efficace à 15 jours d'évolution qu'une antibiothérapie orale sur une otorrhée chez 1 patient porteur d'ATT. Il souligne également qu'une abstention thérapeutique n'est pas une attitude recommandée.

J. LEMALE

Service de Gastro-Entérologie et Nutrition Pédiatriques,  
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.