GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 1 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Références	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1- Triglia J, Roman S, Nicollas R. Otites séromuqueuses. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Paris, Oto-rhino-laryngologie. 2003;	Chapitre / ouvrage					
2- Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion (update). Otolaryngology - Head & Neck Surgery 2016; 154: S1-S41.	Recommendations American Academy				Niveau 1 GRADE A	
3- Lescanne E, Lanotte P, Pondaven S, Autret-Leca E. (2006). Otites moyennes aiguës. EMC - Oto-rhino-laryngologie. 1. 1-11. 10.1016/S0246-0351(06)39235-5	Chapitre/ ouvrage					
4- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2013;131(3): e964-99.	Recommendations American Academy				Niveau 1 GRADE A	
6- Casey JR, Kaur R, Friedel VC, Pichichero ME. Acute otitis media otopathogens during 2008 to 2010 in Rochester, New York. Pediatic Infectious Disease Journal 2013;32(8):805-9.	Etude prospective de cohorte	277 enfants Suivis ; 208 prélèvements par paraC sur OMA ; 863 prélèvements nasoP systématiques	Analyse bactério liquide OM par paracentèse lors d'une OMA / comparaison avec prélèvements nasopharyngés chez enfants vaccinés contre le Pneumo	Répartition bactériologie stable depuis vaccination anti Pneumo	Niveau 2 GRADE B	
7- Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, Limbos MA, Suttorp MJ, Shekelle PG, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. JAMA 2010;304(19):2161-9.	Méta analyse	135 articles	Epidemiologie bacteriologique OMA enfanst vaccinés contre le pneumo ou non	Modification de la bactériologie depuis vaccination : diminution des AMO à pneumoC	Niveau 1 GRADE A	
5- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2004; 113:1451-65.	Recommendations American Academy				Niveau 1 GRADE A	
8- Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Nov 15;11(11).	Méta analyse	13 études 3401 enfants	Comparaison douleur TTT Abio / placebo Comparaison évolution enfants ttt ABio immédiat /surveillés	Evolution spontanée favorable sans ABio dans la majorité des cas Faible effet sur douleur après 24h, perfo, nbre de OMA controL et OSM à 4 semaines	Niveau 1 GRADE A	
9- Bluestone C, Stoll S. Pediatric otolaryngology, 1990. In p. 320-486. (2ème edition; vol. vol 1)	Ouvrage					
10- Otitis media with effusion in under 12s (NG233) : https://www.nice.org.uk/ NICE guideline Published: 30 August 2023	Recommendations				Niveau 1 GRADE A	
11- Rovers MM, Schilder AGM, Zielhuis GA, Rosenfeld RM. Otitis media. Lancet Lond Engl. 2004 Feb 7;363(9407):465–73.	Revue de la littérature	4 méta analyses			Niveau 1 GRADE A	

12- F. Simon, M. Haggard, R.M. Rosenfeld, H. Jia, S. Peer, M.-N. Calmels, V. Couloigner, N. Teissier,International consensus (ICON) on management of otitis media with effusion in children, European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases,Volume 135, Issue 1, Supplement, 2018, Pages S33-S39, ISSN 1879-7296	Recommendations françaises				Niveau 1 GRADE A	
13- Tos M. Epidemiology and natural history of secretory otitis. Am J Otol. 1984; 5:459-462)						
14- Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. Pediatrics.1997;99:318-333	Etude prospective de Cohorte	2253 enfants suivis jusqu'à 2 ans :	Otoscopie, tympanométrie et épisodes OMA Recherche facteurs d'inflence ; niveau SEco, tabac, allaitement…	Facteur de R OMA : bas niveau SE, nombre exposition collectivité	Niveau 2 GRADE B	
15- Casselbrant, M.L., Mandel, E.M., 2003. Epidemiology. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD. Evidence-Based Otitis Media, second ed. BC Decker Inc, Hamilton,pp. 147e162	Ouvrage					
16- Paradise JL. Otitis media in infants and children. Pediatrics. 1980 May;65(5):917–43.						
17- Martines F, Bentivegna D, Di Piazza F, Martinciglio G, Sciacca V, Martines E. The point prevalence of otitis media with effusion among primary school children in Western Sicily. Eur Arch Oto-Rhino- Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2010 May;267(5):709–14	Etude prospective de cohorte	2097 enfants suivis 10 mois	Otoscopie, tests cutanés allergiques, tympanogramme audiométrie et RS	Prévalence OSM §% diminue après 6 ans, augmente avec tests allergo +, facteurs socio-écoN	Niveau 2 GRADE B	
18- Maris M, Wojciechowski M, Van de Heyning P, Boudewyns A. A cross-sectional analysis of otitis media with effusion in children with Down syndrome. Eur J Pediatr. 2014 Oct;173(10):1319-25.	Etude rétrospective	107 enfants avec T21	Données cliniques et audioM	Pic d'OSM à 1 an puis 6-7 ans : prévalence augmentée à 60%	Niveau 4 GRADE C	
19- Flynn T, Möller C, Jönsson R, Lohmander A. The high prevalence of otitis media with effusion in children with cleft lip and palate as compared to children without clefts. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009 Oct;73(10):1441-6.	Etude prospective comparative	121 oreilles testées d'enfants avec FLP / 31 oreilles enfant Nx	Prévalence OSM et retentissement auditif	Prévalence OSM significativement supérieure chez enfants avec FLP Perte auditive supérieure mais biais de tests audioM	Niveau 2 GRADE B	
20- Maw AR, Bawden R. The long-term outcome of secretory otitis media in children and the effects of surgical treatment: a ten-year study. Acta Otorhinolaryngol Belg. 1994;48(4):317–24	Etude prospective comparative randomisée	222 enfants SUIVI OSM pdt 10 ans ATT uniL+Adéno /ATT UniL+ ADéno et amygdalectomie /ATT uniL seul	Otoscopie audioM tympanométrie	Meilleurs résultats ATT combiné avec adénoïdectomie	Niveau 1 GRADE A	
21- Bluestone C, Klein J. Otitis media in infants and children. Third edition. Philadelphia: Saunders; 2001. p58-77 p.	Ouvrage					
22- Gok U, Bulut Y, Keles E, Yalcin S, Doymaz MZ. Bacteriological and PCR analysis of clinical material aspirated from otitis media with effusions. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2001 Jul 30;60(1):49–54.	Etude prospective de cohorte	20 patients 37 prélèvements	Analyse bactériologique culture et PCR du liquide d'OSM	24% de culture + 94% d'ADN bact retrouvé Pas d'anaérobie Bactéries présentes dans liquide d'OSM	Niveau 2 GRADE B	

				PCR plus sensible		
23- Saafan ME, Ibrahim WS, Tomoum MO. Role of adenoid biofilm in chronic otitis media with effusion in children. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2013 Sep;270(9):2417–25.	Etude prospective comparative	100 enfants 2 groupes : HVA + OSM/ HVA isolé Adénoidectomie pour les 2 gpes +ATT groupe OSM	PCR, analyse bactério et SEM sur liquide et VA	Biofilm+ ++ si VA et OSM / VA seul PCR meilleure méthode de détection	Niveau 1 GRADE A	
24- Klein JO, Teele DW. Isolation of viruses and mycoplasmas from middle ear effusions: a review. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1976 Apr;85(2 Suppl 25 Pt 2):140–4.	Revue de la littérature	663 éudes virales 771 études bactério	Etude bactério et viro sur prélèvements OM et gorge/nasoP	4.4% virus 23.7% bactéries	Niveau 1 GRADE A	
25- Li J-D, Hermansson A, Ryan AF, Bakaletz LO, Brown SD, Cheeseman MT, et al. Panel 4: Recent advances in otitis media in molecular biology, biochemistry, genetics, and animal models. Otolaryngol-- Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2013 Apr;148(4 Suppl): E52–63.	Revue de la littérature (2007/2011)				Niveau 1 GRADE A	
26- Jang C-H, Shin S-H, Cho H-H, Moon S-J, Cho Y-B. Expression of matrix metalloproteinase-9 and -2 in pediatric chronic otitis media with effusion. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006 Jul;70(7):1155–8.	Etude comparative	25 patients allergiques 20 non allergiques	Bilan allergo sang (MAST/CLA)	Médiateurs de l'inflammation retrouvé chez les patients allergiques/ non allergiques	Niveau 2 GRADE B	
27- Jennings CR, Guo L, Collins HM, Birchall JP. Matrix metalloproteinases 2 and 9 in otitis media with effusion. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2001 Dec;26(6):491–4.	Etude de cohorte	19 prélèvements	Etudes enzymes liquide OM (matrix métalloprotéinases	MMP9 et 2 impliquées dans chronicité de l'OSM	Niveau 2 GRADE B	
28- Rye MS, Blackwell JM, Jamieson SE. Genetic susceptibility to otitis media in childhood. The Laryngoscope. 2012 Mar;122(3):665–75.	Revue de la littérature			Nombreux gènes associés aux OM	Niveau 1 GRADE A	
29- Santos-Cortez RLP, Chiong CM, Reyes-Quintos MRT, Tantoco MLC, Wang X, Acharya A, et al. Rare A2ML1 variants confer susceptibility to otitis media. Nat Genet. 2015 Aug;47(8):917–20	Etude de cohorte	51 prélèvements pour analyse génétique chez indigènes avec OM	Recherche mutation dans deux autres cohortes	Rôle du variant A2ML1 dans l'OM	Niveau 2 GRADE B	
30- Rye MS, Warrington NM, Scaman ESH, Vijayasekaran S, Coates HL, Anderson D, et al. Genome-wide association study to identify the genetic determinants of otitis media susceptibility in childhood. PLoS ONE. 2012;7(10): e48215.	Etude de cohorte	416 analyses génétiques			Niveau 2 GRADE B	

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 2 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025 Chapitre n° : 2 - Diagnostic d'une otite séreuse ou séromuqueuse

Références	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
Rosenfeld 2016	Recommandations AAO-HNS	-	-		Niveau I	Reco américaines les plus récentes
Simon 2018	Consensus international	-	-		Niveau I	Analyse des principales reco internationales
Hidaka 2023	Recommandations japonaises	-	-		Niveau I	Mise à jour la plus récente
Jones 2003	Prospectif, lecture d'une vidéo-otoscopie par des spécialistes en aveugle	50 otoscopies vues par 34 internes de pédiatrie et 6 séniors de pédiatrie	Evaluation de la précision diagnostique de l'OSM	Otoscopie pneumatique était le moyen diagnostic le plus fiable	Niveau 2	Otoscopie réalisée par des pédiatres
Takata 2003	Méta-analyse	Analyse de 52 études	8 techniques de diagnostic d'OSM	Tympanogramme Se=94% et Sp=62%	Niveau I/2	Examen fait par des pédiatres ou ORL ou inconnu

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 3 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Références chapitre	Référence reco	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1	36	Literature Review	735	Questionnaires	Questionnaire pas bon pour recherche surdité	4	
2	37	Randomised trial	186	Audiogramme	Bénéfice des t tubes	2	
3	38	Etude cohorte	6531	Questionnaires	Questionnaire bon pour recherche surdité	3	
4	39	Clinical guidelines	NA	NA	NA	4	
5	40	A nation-wide, population-based survey	1708	Questionnaires	Effets délétères OSM avant 3 ans	3	
6	41	Birth cohort study	1000	Test comportement	Séquelles tardives OSM	3	
7	42	Etude cohorte	154	Questionnaires		3	
8	43	Etude cohorte	64	Test moteur	Retentissement de OSM sur équilibre	3	
9	44	Revue littérature	NA	Test et questionnaire	Retentissement de OSM sur équilibre	4	
10	45	Etude cas-contrôle	72 avec DTT vs 56 contrôles	Epreuves rotatoires et posturographie dynamique	Pas de différence entre les groupes	4	
11	46	Revue de littérature sur les complications des aérateurs	NA	NA	NA	4	
12	47	Case study	37	Audio et otoscopie	ATT ou chirurgie selon le degré de gravité de la poche	4	
13	48	Etude immunohistologique collagène type 1, 2, 3, 4 biopsies tympaniques d'enfant	NA	NA	Pas d'altération du collagène – épaississement couche épithéliale	4	
14	49	Retrospective review	55	Audio	Lien chole et ATT	4	
15	50	Retrospective review	80	Audio otoscopie		4	
16	51	Revue critique de la littérature	NA	NA	Relation OSM allergie prouvée chez l'animal – plus difficile chez l'homme	4	
17	52	Etude cohorte	291	Tympano, rhino otoscopie	Lien OSM et rhinite allergique	4	
18	53	Case-control study	470	Test bio et otosopie	Lien OSM et rhinite allergique	4	
19	54	Case study	81	Test bio et otosopie	Lien OSM et rhinite allergique	4	
20	55	Etude rétrospective sur 102 enfants avec hypertrophie adénoïdienne et 68 enfants avec hypertrophie adénoïdienne et OSM	170	Etude facteurs de risque OSM	Dans le groupe HVA+OSM, plus d'enfants masculins, plus de socialisation, plus d'anomalie congénitales. Fréquence allaitement maternel, allergie, tabagisme passif, terrain familial identique dans les deux groupe	4	
21	56	Revue de littérature sur OSM et taille des végétations adénoïdes		10 études retenues -	Corrélation entre l'hypertrophie adénoïdienne et l'OSM	4	
22	57	Rétrospective transversale	316	Patients avec hypertrophie vg cassés en 2 groupes selon tympanogramme normal ou pas	Hypertrophie asso à OSM : VG> 0,815% de la choane asso à OSM	3	
23	58	Etude rétrospective	68	Histologie	NA	4	
24	59	Case report	1	NA	NA	NA	
25	60	Suivi cohorte	107	Audio et otoscopie	OSM et T21	4	
26	61	Etude rétrospective sur suivi auditif enfants T21	102	Audio et clinique	OSM et T21 – l'OSM esr la cause la plus fréquentes de surdité, efficacité aérateurs, appareillage, conduction osseuse. Développement part perceptionnelle avec le temps	4	
27	62	Etude rétrospective étudiant le risque de chirurgie secondaire du voile pour raison phonatoires et la fréquence de la mise en place des aérateurs	249	Test et clinique	OSM et fente : Un nombre de mise en place d'aérateurs supérieure à 2 est corrélé avec une plus grande fréquence de geste phonatoire sur le voile	3/4	

28	63	Case study	44	Audio et otoscopie	OSM et Cornelia	4	
29	64	Retrospective study	97	Audio et otoscopie	Noonan et OSM	4	
30	65	Retrospective study	76	Audio otoscopie	Mucopolysaccharidoses et OSM	4	
31	66	Revue littérature	NA	NA	Chez les enfants à développement normal, le retentissement de l'OSM est modéré sur le développement langagier, mais la plupart des études étudient l'OSM et non les OSM avec surdités	4	
32	67	Etude rétrospective	57	Audio otoscopie	OSM et audition	4	
33	68	Cas contrôle	223	Audio otoscopie	OSM et audition	3	
34	69	Etude cohorte	437	Audio otoscopie	OSM et audition	3	
35	70	NA	NA	NA	NA	4	
36	71	Etude rétrospective -	9	ASSR en conduction aérienne et osseuse	Efficacité de l'ASSR pour évaluer l'osseuse, l'érienne, le Rinne	3/4	
37	72	Méta analyse	1961	NA	RGO et OSM	3	
38	73	Etude prospective	44	peptest	RGO et OSM	3	
39	74	Etude prospective	15	Test bio	Helicobacter dans liquide OSM	4	
40	75	Etude rétrospective	31	Dosage du pepsinogène dans le liquide d'OSM – recherche Helicobacter Pylori	Le niveau de pepsinogène dans le liquide d'OSM est supérieur au niveau sérique – 19% des OSM ont de l'Helicobacter pylori.	3	
41	76	Comparative cross-sectional study	2016	Tympano fibro	RGO et OSM	3/4	
42	77	Etude rétrospective	51	Recherche œsophagite en fibroscopie et biopsie	La fréquence d'une œsophagite est augmentée si OSM	3	
43	78	Revue de littérature sur reflux pharyngolaryngé et OSM	1624	36 études cliniques et 3 articles expérimentaux	La prévalence du RGO est de 40,7% et du reflux pharyngolaryngé de 28,7 % dans l'OSM. La plupart des études rapportent de la pepsine et du pepsinogène dans les liquide d'OSM.	3/4	
44	79	Comparative cross-sectional study	260	Tympanométrie	Etude anomalie tympanométrie entre enfants de 4-12 ans avec tableau de rhinite allergique et sans tableau de rhinite allergique	3	Sélection par questionnaire – pas de test allergique
45	80		NA	NA			
46	81	Clinical guidelines	NA	NA	OSM et rhinite allergique	4	
47	82	Etude rétrospective	121	Audio et otoscopie	OSM et DCP	3/4	
	83					4	
	84					4	

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 4 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Références	Référence reco	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1	85	Revue littérature		Audio tonale et vocale	Perte 18-35 dB avec OSM	B	
2	86	Analyse de décision	NS	Conséquences perte audition	Retard acquisition langage, déficit attentionnel, …	A	
3	87	Avis d'expert	NS	Effets d'une perte auditive	Retard scolaire	Accord professionnel	
4	88	Etude de cohorte	159	Effets perte auditive sur qualité vie	Absences à l'école, manque de sommeil	B	
5	89	Prospectif	70	Test dans le bruit	Déficit lors atcd OSM	C / niveau de preuve 2	
6	90	Etude comparative non randomisée	NS	Effet fluctuation auditive liée à OSM	Altération tests des fonctions auditives centrales	B	
7	91	Etude de cohorte	22162	Effet atteinte auditive sur scolarité	Baisse niveau académique en fin de scolarité	B	
8	92	Analyse de décision	NS	Multiples (actualisation recommandations américaines)		A	
9	93	Meta analyse	1728	Audiométrie, langage, etc…	Pas de différence à long terme après pose att	A	
10	94	Meta analyse	493 articles	Effets audiométriques de pose att	Amélioration seuils auditifs M9 post opératoire, puis efficacité diminue progressivement	A	
11	95	Revue littérature			ATT améliore audition à 1-3 mois, NS à 12-24mois	B	
12	96	Etude de cohorte	224	Myringotomie vs pose att	Pas de différence auditive 25 ans après traitement	B	
13	97	Analyse de décision		Multiples (recommandations américaines)		A	
14	98	Multicentrique, descriptif	1638	Tests auditifs et cognitifs	Impact cognitif même avec baisse auditive légère	C	
15	99	Etude comparative randomisée faible puissance	186	Effets pose précoce aérateur vs surveillance au niveau langage	Bénéfice à court terme lors d'une pose aérateur, mais plus à 18 mois	B	
16	100	Etude comparative randomisée faible puissance	182	Effets sur le développement d'une pose précoce vs retardée d'att	Meilleur développement langage à 4 ans, mais plus à 8 ans, lors d'une pose att précoce	B	
17	101	Etude de cohorte	6350	Langage, tests cognitifs	Faible corrélation avec OSM et pose att	B	
18	102	Analyse de décision	NS	Guidelines NICE		A	
19	103	Analyse de décision	NS	Guidelines japonaises		A	
20	104	Etude de cohorte	229	Etude comportement après att chez enfant à risque et non à risque	Impact positif de traitement surdité précocement chez enfants à risque	B	
21	105	Etude de cohorte	663	Scores cognitifs et neuro	Pas impact ATT sur neurodéveloppement	B	

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 5 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025					
Référence chapitre	**Référence reco**		**Design**	**N**	**Commentaire**
3	108	**Casselbrant ML. Pediatr Infect Dis J 1992**	ECR (niveau 1)	n=263	Enfants 7 à 35 mois avec OMA récidivantes sans OSM intercurrente : compare prophylaxie amox, placebo, ou ATT. Taux de nouvel épisode d'OMA par an : 1,08 pour placebo 1,02 pour ATT, 0,6 pour ATB. 7% de complication de l'amox. 3,9% perfo résiduelle post ATT.
4	109	**Clark A Otolaryngol Head Neck Surg 2023**	Série de cas (niveau 4)	n=124	Enfants 0-12 ans - OMA récidivantes sans OSM, il a été observé que sur un an de suivi 60% des enfants n'ont eu aucune infection à compter de leur inclusion, et parmi les 40% restant seuls 11 enfants ont nécessité la mise en place d'ATT
5	110	**Hoberman A. N Engl J Med 2021**	ECR (niveau 1)	n=250	Enfants 6-35 mois : pas de dss en intention de traiter entre ATT et pas d'ATT sur 2 ans de suivi.
6	111	**Lous J Journal Pedatric Oto 2011**	Revue de la littérature (5 ECR) (niveau 1)	n=519	l'ATT évite la récidive d'une OMA 0 1 enfant sur 3 en 6 mois
7	112	**Raol N. Otolaryngol Head Neck Surg 2017**	Etude cohorte (niveau 2)	n=13000	Enfant < 5ans, Moins OMA avec ATT à 1 an, mais idem à 2 ans
8	113	**Venekamp RP Cochrane Database Syst Rev 2018**	Méta-analyse (niveau 1) (analyse 5 ECR)	n=805	Etudes avant 2012 et vaccination, A 1 an 1,15 épisode OMA avec ATT, contre 1,7 sans ATT.
9	114	**Mac Keith S. Cochrane Database Syst Rev 2023**	Meta-analyse (niveau 1)	n=2888	1 seule étude retenue (Bernard 1991): bénéfice de l'ATT sur la récidive des OMA à 6 mois mais pas à 1 an.
10	115	**Bernard et al 1991**	ECR (niveau 1)	n=60	Bénéfice de l'ATT sur la récidive des OMA à 6 mois mais pas à 1 an.
11	116	**Kujala T. Pediatr Infect Dis J. 2012**	ECR (niveau 1)	n=300 (200)	Enfants <2 ans : incidence des OMA à 1 an 1,15 pour ATT versus 1,7 sans ATT

ECR : Essai comparatif randomisé

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 6 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

	Références	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
117	Tos 1989	Prospective	146 enfants	Suivi longitudinal de patients opérés par ATT : audition et otoscopie	Survenue de cholestéatomes lors du suivi	Niveau 2	
118	Pichichero 1989	Prospective	89 enfants	Survenue de tympanosclérose en fonction du traitement	Tympanosclérose plus souvent retrouvé dans le groupe traité ATT plutôt que le groupe traité par antibiotique	Niveau 2	Ne permet pas de conclure sur la responsabilité de l'ATT
119	Kay 2001	Méta-analyse	4649 oreilles	Facteur de risque de survenue de tympanosclérose ou atrophie	La pose d'un ATT augmente le RR de tympanosclérose de 3,5 et d'atrophie focale de 1,7	Niveau 1	Aucun lien de causalité avec l'ATT mis en évidence
120	Johnston 2004	Prospectif randomisé	429 enfants	Prévalence des anomalies tympaniques	La mise en place précoce ne permet pas de prévenir l'apparition d'anomalies tympaniques chez les enfants présentant une OSM.	Niveau 1	
121	De Beer 2005	Prospectif	358 enfants	Survenue d'anomalies tympaniques lors du suivi otoscopique	La prévalence d'anomalies tympaniques et plus importante en cas de pose d'ATT	Niveau 2	Pas de lien de causalité établi avec l'ATT
122	Cayé-Thomasen 2008	Prospectif	168 enfants	Survenue d'anomalies tympaniques lors du suivi otoscopique, paracentèse versus aérateur	Aucune différence significative d'évolution entre les deux côtés	Niveau 2	
123	Diacova 2007	Rétrospectif	197 oreilles	Incidence de poche de rétraction post-tympanoplastie avec ATT	L'incidence des poches de rétraction était supérieure chez les patients ayant eu des antécédents d'aérateurs, mais le taux et la gravité des cholestéatomes observés était moindre.	Niveau 3	
124	Djurhuus 2015	Prospectif	217206 patients	Incidence de cholestéatome chez les patients avec et sans pose d'ATT	Réduction du risque d'apparition de cholestéatome en cas d'ATT	Niveau 2	
125	Bhutta 2024	Review de séminaire	0	Lecture d'articles			Cite deux auteurs Jennings BA et al. et Bayoumy AB et al. Rapportant dans les pays développés un taux de 0,1 à 2% de cholestéatome dans les 25 ans suivant une OSM

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 7 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025						
Références	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1 / 126 Blanc	Recommandations SFORL	N/A	Diagnostic, bilan et traitement de l'OSM	Pose ATT si : retard de langage + Rinne > 10dB ou si surdité mixte ou ST > 30dB sur la meilleure oreille ou PR sous-ligamentaire postérieure ou OMA à répétition. Adénoïdectomie associée si hypertrophie végé et > 4 ans ou si hypertrophie végé symptomatique avant 4 ans	1	
2 / 127 Rosenfeld	Recommandations AAO-HNS	N/A	Diagnostic, bilan et traitement de l'OSM	Faire otoscopie à 3 mois de la pose d'ATT pour vérif et éducation thérapeutique Adénoïdectomie associée si hypertrophie végé et > 4 ans ou si hypertrophie végé symptomatique avant 4 ans ; Pas d'ATT à long terme en 1ère intention sauf si nécessité d'une ventilation prolongée ; Pas d'oflocet systématique en post-ATT	1	
3 / 128 Mandel	Etude prospective randomisée	109	Myringotomie / ATT / surveillance – recul 3 ans	Myringotomie = surveillance pour durée de l'épanchement et OMA ; ATT permet résolution de l'OSM plus longue mais risque otorrhée et perforation	2	
4 / 130 Mandel	Etude prospective randomisée	111+109	Myringotomie / ATT / surveillance –	ATT associé à meilleure résolution de l'OSM et récupération auditive que myringotomie seule ou surveillance. Myringotomie équivalente à surveillance. Complications liées aux ATT : otorrhée et perfo	2	
5 / 129 Gates	Etude prospective randomisée	578	4 à 8 ans Myringotomie bilatérale ou VG ou VG-ATT ou ATT Suivi 2 ans	OSM plus longue avec myringo seule que dans les autres groupes, ATT-VG a le moins de morbidité et moins d'interventions pour ATT_VG que ATT seuls → faire vg entre 4 et 8 ans si OSM	2	
6 / 131 Maw	Etude prospective randomisée	122	Enfants avec OSM : VG/AVG/surv et ATT unilat pour tous. Examen de l'oreille non opérée et suivi 10 ans	VG-ATT mieux que VG seul ou ATT seul pour guérison de l'OSM	2	
7 / 132 Wallace	Revue systématique	N/A	3 revues systématiques, 41 études indépendantes	ATT et VG guérissent l'OSM et améliorent l'audition	1	
8 / 133 MacKeith	Revue systématique COCHRANE	N/A	19 RCT	ATT améliorent audition et OSM mais à court terme, effets à long terme restent à évaluer	1	
9 / 134 Rach	Etude prospective randomisée	43	Evolution du langage dans groupe OSM sans et avec ATT	Pas de différence significative	2	
10 / 135 Elkholy	Etude prospective randomisée	40	VG-ATT ou VG seules – suivi 1 an	VG seules associées à moins de complications que VG-ATT. Pas de lien entre biofilm et VG	2	
11 / 136 Dempster	Etude prospective randomisée	78	Effet sur l'audition entre VG, VG-ATT avec oreille contrôle controlatérale	Effet de la chirurgie à 6 mois mais pas à 12 mois. Adénoïdectomie plus efficace chez les garçons : guérit 60% des OSM. Pas de différence VG-ATT ou ATT seuls	2	
12 / 137 Maw	Etude prospective randomisée	186	Effet sur langage : ATT vs surveillance – suivi 9 et 18 mois	A 9 mois meilleur niveau de langage dans le groupe ATT, 85% des enfants du groupe surveillance ont finalement été opérés	2	
13 / 138 Velepic	Etude prospective randomisée	161 oreilles / 87 enfants	Otoscopie pour diag OSM ; traitement de l'OSM par VG ou ATT-VG ; recul à 6 mois	VG ou VG-ATT équivalent pour traitement de l'OSM sauf sur 2000Hz – mais complications	2	
14 / 139 Paradise	Etude prospective randomisée	6350 / 429 avec OSM	ATT direct ou à 9 mois du diagnostic d'OSM : effets sur développement à 9 et 11 ans	Pas de différence entre les 2 groupes	2	
16 / 140 Yousaf	Etude prospective randomisée	150	Comparaison myringotomie laser à pose ATT sur résolution OSM	Pas de différence significative, myringotomie laser reste ouverte chez 1/3 des oreilles à 3 mois	4	
17 / 141 Ruckley	Etude comparative avec biais	36	Chez chaque patient : 1 côté myringotomie laser et shepard de l'autre ; VG systématique. Suivi à 3 mois	Toutes les myringotomies fermées à J42. Guérison de l'OSM dans 81% des myringotomies et 100% des ATT	4	
18 / 142 Popova	Etude prospective randomisée	78	Comparaison VG-ATT ou VG-myringotomie, enfants 3 à 7 ans, suivi à 1 an	Pas de différence entre seuil auditif, OMA, récidive de l'OSM. 40% d'otorrhée dans le groupe ATT	2	
19 /143 Koopman	Etude prospective randomisée	1403/ 208 enfants opérés	Chez chaque patient : 1 côté myringotomie laser et T-tube de l'autre ; suivi à 6 mois	Fermeture myringo environ 2,4 sem post-op. Guérison de l'OSM dans 40% des cas avec myringo laser versus 78% avec ATT	2	
20 / 144 Gates	Etude prospective randomisée	578 / 491 opérés	Myringotomie bilatérale ou ATT ou VG-myringotomie ou VG-ATT 4 à 8 ans – Suivi à 2 ans	VG-myringo et VG-ATT ont la meilleure efficacité sur seuil auditif et durée avant récidive	2	
21 / 145	Etude prospective randomisée	N/A	Evaluation complications post-op VG-	Pas de complication otologique dans le groupe myringotomie. Plus de	2	

Tao			myringotomie ou VG-ATT, enfants de 4 à 12 ans	récurrence d'OSM dans le groupe myringotomie à 3 mois mais pas de différence après		
22 / 146 Assiri	Revue de la litterature	N/A	Prévalence et fdr d'otite moyenne, Otite chronique et otite récidivante	Les FDR d'otite moyenne chronique et récidivante sont l'allergie, le tabagisme passif, le sexe masculin et le ronflement	4	
23 / 147 Salam	Prospective, cas-témoin	113	Présence de glue, pression à l'ouverture, adénoïdectomie surajoutée, taux de récidive de l'OSM	La glu sous pression est un fdr de récurrence d'OSM	3	
25 / 149 Yoo	Multicentrique observationnelle prospective	401	temps d'extrusion des ATT et temps de réapparition de l'OSM selon type d'att, âge <7 ans, composition du liquide,	Temps d'extrusion plus long avec t-tubes en silicone qu'en titane, temps de réapparition de l'épanchement plus court si < 7 ans et épanchement purulent	2	
148 Maw A model to refine the selection of children with otitis media with effusion for adenoidectomy. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1993 Jun;18(3):164-70	Etude rétrospective	122 / 166	Patients avec OSM ou pas de chirurgie, étude de l'effet selon l'âge et la chirurgie, développement d'un modèle prédictif	Efficacité de l'adénoïdectomie à plus de 50% entre ,33 ans et 8 ans, plus de 50% après 8 ans.	3	

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 8 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Référence chapitre	Référence recommandation	Nom premier auteur, date	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1	150	Fiche des 25 actes…	Données de santé				Accord professionnel	
2	151	Stenstrom, 2005	Etude comparative randomisée de faible puissance	113	Audiométrie enfants ayant eu att vs ttt médical	Groupe aérateurs avec audition plus faible (2-8 dB)	B	
3	152	Hochman, 2006	Meta analyse d'essais randomisés	1344	Etude bénéfice d'utiliser des gouttes locales en postopératoire sur la survenue de complications	Ods ration de 0.44 (0.3–0.65) en faveur du traitement	A	
4	153	Vlastarakos, 2007	Revue littérature	NS	Etude complications post att	1% cholestéatome, 3% perforation	C	méthodologie non explicitée dans l'article
5	154	Kay, 2001	Meta analyse	8608	Etude complications post att	16% otorrhée précoce, 26% tardive. 3,8% d'otorrhée chronique. 7% d'obstruction	A	
6	155	Denneny, 2002	Review				C	
7	156	Van Dongen, 2013	Cohorte rétrospective	1184 patients	Incidence et facteurs associés à l'otorrhée sur ATT	Otorrhée : 52% des patients dont 12% d'otorrhée précoce. Facteurs associés à otorrhée : âge jeune, OMA à répétition, infection des VAS, fratrie	C	
8	157	Escamilla, 2009	Etude rétrospective	143	Etude des complications postopératoires	43% de complications	C	
9	158	Syed, 2013	Meta analyse	2476	Etude de l'efficacité des traitements prophylactiques des otorrhée postopératoires	Efficacité de : lavage au SSI durant la chirurgie, dose unique d'antibiotique locaux, application prolongée d'antibiotique locaux, prise orale postopératoire d'antibiotiques ou stéroïdes.	A	
10	159	Société Française d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale			Recommandations pour la pratique clinique "Utilisation des gouttes et poudres à usage auriculaire"		A	
11	160	Mair 2016	Essai contrôlé randomisé	83	Libération prolongée de ciprofloxacine poloxamer versus placebo	Otorrhée : 14,3% versus 42,9%n p=0,023	A	Double aveugle

12	161	Faramarzi 2016	Essai contrôlé randomisé	268	Incidence de l'otorrhée précoce : irrigation per opératoire au sérum physiologique versus ATB per os versus ATB per os et local versus absence de traitement	Incidence de l'otorrhée : 2,3% irrigation au sérum physiologique versus 0% pour les groupes avec ATB, 1,1% pour le groupe contrôle	A	Très faible taux de complication dans les 4 groupes.
13	162	Gabarain 2019	Essai contrôlé randomisé	128	Incidence, durée, QdV, liée à l'otorrhée précoce et obstruction à 4-6 semaines. Traitement local par sérum physiologique versus ciprofloxacine	Otorrhée : sérum physiologique 23,9%, ciprofloxacin 16,7%; p = .32. QdV et obstruction similaire	A	
14	163	Licameli, 2008	Cohorte prospective	70 patients	Comparaison des complications entre un ATT couvert d'un antibactériel ou non couvert	Pas de différence significative concernant l'otorrhée, l'expulsion précoce, les perforations, les granulomes, les obstructions d'ATT	B	
15	164	Wang, 2013			In vitro study		C	
16	165	Antonelli, 2011			In vitro study		C	
17	166	Praveen, 2005	Cohorte prospective	606 patients	Complications post ATT chez les patients exposés au tabagisme passif ou non	Otorrhée, rétraction tympanique et myringosclérose : plus fréquents chez les exposés	B	
18	167	Steel 2017	Meta analyse	25 études	Bouchons d'oreille ou non, pratique de la natation ou non et survenue d'une otorrhée. ATB per os versus ATB locale pour traiter l'otorrhée	Pas de preuve de l'efficacité de l'éviction de l'eau. Efficacité meilleure des traitements locaux	A	2 Essais contrôlés randomisés seulement pour l'éviction de l'eau
19	168	Subtil 2019	Essai contrôlé randomisé	244	Bouchon d'oreille + bandeau versus pas de protection Otorrhée à 6 mois	32% versus 22%, p=0,09	B	Pas d'aveugle
20	169	Walker, 2018			In vitro study		C	
21	170	Venekamp 2016	Cochrane systematic review	9 études (2132 patients)	ATB locale (associé ou non à de la dexaméthasone) versus ATB orale	Preuve faible à modérée que l'ATB locale est plus efficace que l'ATB orale, les gouttes corticoïdes seules, ou que l'abstention thérapeutique. Pas de preuve qu'une ATB locale soit plus efficace qu'un nettoyage au sérum physiologique. Pas de preuve que les gouttes ATB-corticoïdes sont plus efficaces que les ATB seules.	A	Risques de biais faibles à modérés.
22	171	Idicula, 2016 Laryngoscope	Etude transversale	15 patients	Recherche de biofilms chez des sujets présentant une otorrhée chronique sur ATT	Présence de biofilm chez 60% d'entre eux	C	

23	172	Prulière-Escabasse, 2010	Etude rétrospective	58	Présentation otologique des patients avec dyskinésie ciliaire primitive	70% d'OMA à répétition chez les moins de 5 ans	C	
24	173	Yaman, 2010	Etude rétrospective	87	Etude complications post att	34% myringosclérose, 23% atrophie, 5% perforation	C	
25	174	Wang, 2018	Analyse transversale	4	Etude de diversité bactérienne entre ATT normaux et ATT sur otorrhée	Les ATT avec otorrhée sont associés à des tissus de granulation avec flore Gram-negative	C	
26	178	Bezdjian, 2018	Avis d'expert	128 ORL pédiatres interrogés	Prise en charge des médialisation des ATT	Pas de consensus sur la nécessité de retirer chirurgicalement les ATT médialisés	Accord professionnel	
27	175	Mackenzie, 1984	Etude rétrospective	939	Comparaison de la durée de rétention de différents types d'ATT	Les Shepard sont les ATT ont la durée de rétention la plus coure, et les Collar Button la plus longue	C	
28	176	Saliba, 2011	Etude rétrospective	271	Comparaison de la durée de rétention et des complications des ATT sous-annulaires versus ATT Duravent	Les sous-annulaire restent en place 35 mois versus 7 mois ; otorrhée : 21,4% versus 26,9%)	C	
29	177	Groblewski, 2006	Etude rétrospective	7	Description de la prise en charge des ATT médialisés	50% étaient symptomatiques. Tous les ATT ont été retirés chirurgicalement	C	
30	179	Hidaka, 2023	Analyse de décisions		Multiples (guidelines japonaises)		A	
31	180	De Beer, 2005	Etude de cohorte	385	Evolution anomalies tympaniques post att à long terme	avec 10 ans de recul, la plupart des anomalies tympaniques disparaissent spontanément	B	
32	181	Hellström, 2011	Meta analyse	493 articles	efficacité et risques des att	Perfo tympanique post att 1-6 %	A	
33	182	Alrwisan, 2016	Cohorte rétrospective	47724	Perfo tympanique	ATT multiples et âge avancé facteurs prédictifs péjoratifs de perforation	C	
34	183	Baik, 2015	Simulation de cohorte (Markov)		Complications selon type ATT	ATT longue durée = plus de perforations	B	
35	184	Goel, 2021	Meta analyse	290897	Facteurs risques d'avoir insertions ATT répétées	ATT courte durée : risque poses répétées 25%	A	
36	185	Rosenfeld, 2022	Analyse de décisions		Multiples (guidelines américaines)		A	
37	186	Goode, 1983	Avis d'expert	NS	Avantages du T tube	Opérateur détermine quand retirer aérateur	Accord professionnel	
38	187	Carignan, 2006	Etude de cohorte	58	Complications post T tube	Taux perforation comparable aérateurs courte durée	B	
39	188	Dündar, 2014	Etude comparative expérimentale	15 cochons d'inde	effet N acetyl cysteine sur myringosclérose	Effet inhibiteur myringosclérose	C	

40	189	Branco, 2017	Cohorte prospective randomisée monocentrique	156	Facteurs risque myringosclérose après ATT	Baisse si ATT<12 mois, augmente si otorrhée	B	
41	190	Golz, 1999	Etude rétrospective	2829	Facteurs risque cholestéatome post att	Incidence cholé augmente si 3 poses aérateurs ou plus	C	
42	191	Spilsbury, 2010	Etude rétrospective	45980	Facteurs risque cholestéatome post att	Poses multiples aérateurs augmente risque cholé iatrogène	C	
43	192	Rakover, 2000	Etude rétrospective	NS	Incidence cholé avec ou sans pose aérateurs dans l'enfance	Diminution nombre cholé depuis utilisation aérateur en traitement OSM	C	
44	193	Khodaverdi, 2013	Etude de cohorte	224	Myringotomie vs pose att	Pas de différence auditive 25 ans après traitement	B	
45	194	Sederberg-Olsen, 2018	Prospectif, observationnel	262	Otoscopie, audiométrie	Audition normale 25 ans après att (89% patients)	C	
46	195	de Beer, 2004	Etude de cohorte	358	Audiométrie chez adultes ayant eu att dans l'enfance	Audition plus faible de 5-10 dB lors atcd pose att	B	
47	196	Browning, 2010	Meta analyse	1728	Audiométrie après pose att	Pas de différence à long terme sur audiométrie	A	

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 9 – RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Référence chapitre	Référence reco	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
Rosenfeld RM, 2022.	197	Guideline					Revue de littérature
Hancock S, 2022.	198	Etude cohorte	136 enfants	Récurrence de pose d'ATT	Diminution du risque chez les enfants de plus de 4 ans	C	
MacKeith S, 2023.	199	Cochrane	10 études – 1785 enfants	Etude comparant adénoïdectomie seule ou avec autres traitements	Efficacité incertaine de l'adénoïdectomie sur la persistance de l'OSM	B	
Hoghoughi MA, 2021.	200	Etude de cohorte	42 enfants	Otoscopie, PEA, tympanométrie,	Enfants opérés technique Sommerlad – diminution des OSM	C	
A. Richard Maw : Chronic otitis media with effusion and adeno-tonsillectomy—A prospective randomized controlled study, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Volume 6, 1984, 239-246	201						

GRILLE D'ANALYSE DE LA LITTERATURE CHAPITRE 10 - RECOMMANDATION OSM SFORL 2025

Référence chapitre	Référence reco	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
1/202- Poetker DM, 2005	202	Cohorte	292	Culture liquide OSM lors pose DTT	Positivité culture dans moins de 50 % des cas	A / niveau de preuve 2	
2/203- van Zon A1, 2012	203	Cochrane		Essais comparatifs randomisé antibiotiques oraux vs placebo	23 études – 3027 enfants Pas d'efficacité des antibiotiques sur l'audition et le langage – influence du temps de traitement	A / niveau de preuve 1	
Mulvaney 2023 (29)	204	Review cochrane	19 études (n=2581)	Effet antibiothérapie orale sur OSM	Effet de 10 à 14 jours d'ATB sur OSM très incertain. Souligne effets secondaires.	A / niveau de preuve 1	Idem recommandation précédente. Toutes les études incluses sont anciennes et déjà majoritairement cités dans le V1 des recos
3/205- Luong A1, 2008	205	Review			Profil immunologique du liquide d'OSM et/ou données animales en faveur d'un rôle de l'allergie	C	
4/206- Smirnova MG1. 2005	206	Etude de cohorte	27 enfants	Dosage IL2, IL4, IL5, IL13, GM-CSF dans le liquide d'OSM d'enfants	Présence IL2, IL4, IL5, IL13, GM-CSF dans le liquide d'OSM	C	
5/207- Maeda K1, 2004	207			Modèle murin OSM par blocage de la trompe d'Eustache	Présence TNF alpha	C	
6/208- Griffin G, 2011	208	Cochrane	16 études 1880 participants	Etude antihistaminiques et/ou décongestionnants sur l'OSM chez l'enfant	Pas d'efficacité	A / niveau de preuve 1	
7/209- Ertugay CK, 2013	209	Etude prospective randomisée double aveugle contre placebo	120 enfants	Montlukast vs levocetirizine vs placebo	Amélioration otoscopie et tympanométrie	A / niveau de preuve 1	
8/210- Suzuki M, 1999	210	Cohorte	53 patients	Azelastine Hydrochloride + S-carboxymethyl cystéine versus S-carboxymethyl pendant 8 semaines	Amélioration minime des signes otologiques (interrogatoire)	C / niveau de preuve 2	
Ikeda 2022 (27)	211	Review	18 études	Effet de la carbocystéine », antihistaminiques, corticoïdes nasals sur OSM	Pas d'efficacité des corticoïdes locaux à 1 mois, Effet à plus long terme. Pas d'efficacité des antihistaminiques, effets bénéfiques de traitements longs uniquement par S-carboxymethylcystéine	A / niveau de preuve 2	Idem précédente recommandation
9/212- Rosenfeld RM. 1992	212	Review	16 études		Efficacité corticothérapie sur une courte durée – pas d'indication de corticothérapie au long cours	C	
10/213- Ducharme FM, 2003	213	Etude de cohorte	48 enfants sous corticothérapie pour asthme versus 35 enfants non exposés – 2 à 17 ans	Etude de la densité osseuse, métabolisme osseux, fonction des surrénales	Pas de différences majeures entre les deux groupe	B	

12/214- NiedermanLG, 1984	214						
13/215- Macknin ML, 1985	215	Etude double aveugle prospectif	49 enfants	Soit myringotomie soit otoscope pneumatique et tympanométrie	Inefficacité de la dexaméthasone sur une durée de 15 jours	B	
14/216- Giebink GS, 1990	216	Essai randomisé contrôlé	76 enfants	Trimehoprim-sulfamethoxazole 4 semaines versus prednisolone 2 semaines, versus ibuprofène 2 semaines	Pas d'efficacité au long cours	B	
15/217- Lambert PR. 1986	217	Essai prospectif avec crossover	60 enfants	Prednisolone versus placebo 15 jours	Pas d'efficacité prednisolone	B	
16/218- Berman S, 1990	218	Essai randomisé en double aveugle	53 patients	Prednisolone 7 jours + TMP/SMZ 30 jours versus TMP/SMZ seul 30 jours	Efficacité supérieure de l'association versus TMP/SMZ seul.	A	
17/219- Podoshin L, 1990	219	Essai prospectif randomisé en double aveugle	136 enfants	Amoxicilline et corticothérapie versus amoxicilline seule	Efficacité supérieure amoxicilline et corticothérapie versus amoxicilline seule	A	
18/220- Mandel EM, 2002	220	Essai randomisé double aveugle	144 enfants	Amoxicilline et corticothérapie versus amoxicilline seule	Otoscopie, audiométrie impédancemétrie – tests allergiques – dosage IgG, A, M : Efficacité supérieure amoxicilline et corticothérapie versus amoxicilline seule, effet bénéfique qui disparait au-delà de 15 jours	A	
19/221- Schwartz RH, 1980	221	Etude prospective en crossover	41 enfants	TMP/SMZ pour tous les enfants – et prednisone versus placebo doses dégressives 7 jours	Amélioration dans le groupe corticoïdes de l'otoscopie pneumatique et impédancemétrie	A	
20/222- Hemlin C, 1997	222	Essai randomisé double aveugle	142 enfants	Céfixime versus céfixime et bétaméthasone	Otoscopie et tympanométrie : supériorité bras céfixime/bétaméthasone	A	
21/223- Shapiro GG, 1982	223	Essai randomisé	45 enfants	3 semaines d'aérosol dexaméthasone versus placebo	Tympanométrie, otoscopie pneumatique : supériorité temporaire sur la fonction tubaire du groupe avec déxaméthasone	B	
22/224- Williamson I, 2009	224	Essai randomisé double aveugle	217 enfants	Mometasone spray nasal versus placebo spray nasal – 3 mois	Tympanométrie – effets secondaires – OM8-30 score, audition : efficacité supérieure dans le groupe mometasone	A	
Simpson SA, 2011	225	Cochrane	1é études – 945 participants	Corticoïde nasal seul ou en association en essai randomisé contrôlés	Pas d'efficacité sur l'audition, effet sur l'OSM à court terme, sans efficacité au long terme		Recul faible
23/226- Bhargava R, 2014.	226	Essai prospectif randomisé double aveugle	100 enfants avec HVA grade 3 ou 4	Mometasone 6 mois versus spray sérum physiologique 6 mois	Symptomatologie, audiométrie, tympanogramme, otoscopie pneumatique : efficacité groupe mométasone	A / niveau de preuve 2	
24/227- El-Anwar MW, 2015.	227	Etude en prospectif	60 enfants	20 traités par mometasone furoate spray nasal 3 mois, 20 enfants prednisolone 3 semaines, 20 enfants spray nasal sérum physiologique	Supériorité groupe corticoïde local ou général	B	

Mulvaney 2023 (28)	228	Review cochrane	26 études (n=2770)	Effet de corticoïdes locaux et oraux sur OSM, audition	Pas ou peu d'effet bénéfique à long terme sur OSM et qualité de vie des corticoïdes par voie orale + effets secondaires. Effet limité des corticoïdes locaux sur l'audition, effets très limités sur la persistance de l'OSM à 1 an	A / niveau de preuve 1	Idem reco précédente
25/229- Brown DT1 1988	229	Review		Mécanismes d'action de la carbocystéine		Niveau de preuve 4	
26/230- Moore RA, 2001.	230	Review	4 études – informations sur 283 enfants	S Carbométhylcystéine entre 10 à 15 jours	Supériorité S Carbométhylcystéine entre 1 et 3 mois vs placebo	C / niveau de preuve 2	

Etude	Design	Méthode	Effectif	Durée ttt	Disparition OSM	Audition	Durée suivi
Niedermann 1984	Cortico Oral V placebo	**ECR**	26	2 sem	pas de DSS	pas de DSS	2-5 sem
Macknin 1985	Cortico Oral V placebo	**ECR**	49	2 sem	pas de DSS	pas de DSS	2-6 sem
Giebink1990	Cortico Oral V rien	**ECR**	37	2 sem	efficace à court terme	efficace à court terme	2-4 sem - 12 mois
Lambert 1986	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	60	2 sem	pas de DSS	pas de DSS	3 sem
Berman 1990	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	68	1 sem	pas de DSS	pas de DSS	2-4 sem
Podoshin 1990	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	136	2 sem	pas de DSS	pas de DSS	2 mois
Mandel 2002	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	144	2-4 sem	pas de DSS	pas de DSS	2-4 sem

Schwartz 1980	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	41	1 sem	pas de DSS	pas de DSS	1 sem
Hemlin 1997	ATB + cortico oral V ATB + placebo	**ECR**	142	1 jour	pas de DSS	pas de DSS	1 sem - 6 mois
Shapiro 1982	cortico nasal V placebo	**ECR**	45	3 sem	pas de DSS	pas de DSS	3 sem
Williamson 2009	cortico nasal V placebo	**ECR**	217	3 mois	pas de DSS	pas de DSS	1 - 9 mois
Bhargava 2014	cortico nasal V placebo	**ECR**	58	24 sem	amélioration	amélioration	24 sem

11 Efficacité des traitements pressionnels et crénothérapiques dans le contrôle de l'OSM Grille analyse littérature – recommandation OSM SFORL 2025

Référence chapitre	Référence reco	Design d'étude (prospective, rétrospective, méta-analyse, cohorte, …)	Nombre de patients inclus	Paramètres analysés (examens, traitements, …)	Principaux résultats	Niveau de preuve	Commentaires
		Articles non trouvés : Guillerm, 1959)					
1 **Reidpath**	231	Méta-analyse	3 études (132 patients)	Amélioration des symptômes (otoscopie et tympanométrie) après auto-inflation nasale au ballon	L'auto-inflation était associée à un OR de 3,5 (2,03-6,14) concernant l'amélioration des symptômes par rapport aux contrôles	B	Pas d'aveugle, pas de suivi à long terme
2 et 3 **Perera 2013**	232 233	Cochrane	8 études, 702 patients	Efficacité de l'auto-inflation chez l'adulte et l'enfant sur le	Concernant l'amélioration du tympanogramme ou de l'audiométrie à plus d'un mois, l'auto-inflation était associée à un meilleur risque relatif d'amélioration (1,74, 95% CI 1,22-2,50)	A	Pas de suivi à long terme. Pas d'effets indésirables, donc en faveur
4 **Williamson**	234	Essai randomisé	320 patients (4-11 ans) randomisés en 2 groupes	Tympanogramme, qualité de vie associée à l'OSM	Effet bénéfique de l'auto-inflation au ballonnet (1.37, 95% CI 1.03 to 1.83; nombre de sujet à traiter = 9)	A	Efficacité de l'auto-inflation, amélioration de qualité de vie spécifique, bonne observance, peu d'effet indésirable
5 **Webster**	235	Cochrane	11 études (1036 patients), âge de 3 à 11 ans	Evaluation de l'auto-inflation concernant la qualité de vie, la persistance de l'OSM, les effets indésirables	Niveau de certitude faible à très faible : l'auto-inflation pourrait avoir un effet bénéfique sur la qualité de vie et la persistance de l'OSM à court terme, mais l'effet est incertain concernant l'audition	A	Effet bénéfique à balancer avec le risque d'otalgie et les contraintes de temps
Dubreuil C et al.	237	Etude de cas	27 enfants ou adolescents ; 54 adultes	Evaluation par aéroliseur manosonique automatique sur les signes cliniques de dysfonction tubaire	Variabilité des associations corticoïdes et antibiotiques utilisés	C	
8 **Saga**	238	Etude rétrospective	37 patients	Audiométrie après aérosol-thérapie versus chirurgie	76% des patients ont obtenus des résultats comparables à ceux de la chirurgie	C	0
11	240	Essai randomisé	80 patients	Traitement systémique par stéroïdes versus insufflation d'eau sulfureuse	Efficacité significative sur la tympanométrie à 1 mois	B	0

Califano							
12 **Mirandola**	241	Rétrospective	95 patients	Effet de l'insufflation d'eau sulfureuse 12 jours par an sur l'audiométrie	Amélioration des symptômes dès la première cure	C	Méthodologie peu claire sur le nombre de perdus de vue, le groupe contrôle
13 **Costantino**	242	Rétrospective	23 patients	12 jours d'aérosols et d'insufflation d'eau sulfureuse	Amélioration du tympanogramme (type A : 13% à 57% après la cure)	C	0
14 **Fermo**	243	Rétrospectif	74 enfants (5,0 +/- 1,7 ans)	Irrigation nasale ou de la trompe d'Eustache avec de l'eau thermale	Amélioration de 10 dB de l'audition à 2 mois, diminution de 50% à 6% d'épanchement rétrotympanique à 2 mois, amélioration des valeurs de la tympanométrie à 2 mois	C	Pas de groupe contrôle, suivi court à 2 mois seulement
15 **Mesolella**	244	Rétrospectif	24 patients T21	2 cycles espacés de 6 mois de 12 jours d'aérosols et d'irrigation de la trompe d'Eustache avec de l'eau thermale	69% de courbe A après traitement versus 0 avant	C	6-8 mois de suivi, pas de donnée otoscopique ou audiométrique
16 **Goulioumis**	245	Revue littérature	0 patients	Anatomie, physiologie, physiopathologie et technique chirurgicale de la dilatation tubaire	Technique sûre et qui semble efficace chez l'enfant	C	Description des particularités pédiatriques en terme d'anatomie et physiologie de la trompe auditive Légère revue de la littérature Sécurité de la technique
17 **Magro**	246	Série de cas	78 patients	Description scannographique de l'anatomie de la trompe auditive chez l'enfant	La longueur de la TA est passée de 32 mm chez les enfants de 4 ans à 37 mm Chez les 5 à 7 ans à 41 mm chez les 8 à 18 ans L'angle horizontal est passé de 17° chez les enfants de 4 ans à 21 °chez les 5 à 7 ans et 23° chez les 8 à 18 ans	C	Etude anatomique pure sur scanners des rochers

18 **Yu**	247	Série de cas	193 patients	Mesure des mensurations de la trompe auditive sur des scanners d'enfants. Création de modèles de prédiction de la taille de la trompe auditive en fonction de l'âge, de la taille, du poids, du sexe.	Taille de la trompe auditive plus petite chez les filles Prudence avant 5 ans car certains enfants présentent une portion cartilagineuse de la trompe auditive inférieure à 20 mm (longueur standard des dispositifs de dilatation tubaire de l'adulte).	C	Considérations anatomiques pures sur scanner des rochers Nécessité de ballons dédiés pour les enfants de moins de 5 ans (Même si les dispositifs actuels de dilatation tubaire présentent généralement une extrémité distale de plus de 2 mm de diamètre ce qui empêche le passage de l'isthme et protègerait donc l'insertion dans la portion osseuse de la trompe auditive)
19 **Demir**	248	Rétrospective	30 patients	Comparaison Qualité de vie avec questionnaire OM-6 à 6 semaines et 1 an. Groupe DTT seul et dilatation tubaire seule	Qualité de vie significativement meilleure à 6 semaines après DTT. Qualité de vie meilleure (NS) à 1 an après dilatation tubaire seule.	C	Tendance à une amélioration de la QOL à long terme mais non significatif
20 **Demir**	249	Rétrospective	30 patients	Comparaison ABG entre dilatation tubaire et DTT en première ligne de traitement	Amélioration significative dans les 2 groupes de l'ABG mais amélioration significativement meilleure dans le groupe dilatation tubaire (suivi moyen 14.4 mois)	C	Dilatation tubaire (en première ligne sans DTT !) serait supérieure à DTT sur l'ABG
21 **Gurberg**	250	Rétrospective	20 patients	Risque d'échec du DTT ou de la dilatation tubaire = normalisation du tympanogramme Groupe dilatation tubaire vs groupe apparié selon âge et antécédents chirurgicaux	Risque d'échec plus faible dans le groupe dilatation tubaire à 6 ans 12% contre 47% dans le groupe apparié Longue durée de suivi (Médiane 6.7 ans (1.4 à 10.9)	C	Population en échec de poses de DTT multiples +/- adénoïdectomie Bénéfice de la dilatation tubaire vs simple surveillance Suggérerait une efficacité de la dilatation tubaire par rapport à l'évolution naturelle sur plusieurs années
22 **Chen**	251	Rétrospective	25 patients	Critère composite (guérison, efficace, inefficace) : Symptômes cliniques, tympanogrammes et ABG	Meilleurs taux de guérison et d'efficacité dans le groupe dilatation tubaire vs DTT (mais non significatif) ABG significativement diminué à 18 mois dans le groupe	C	Non significatif sur le critère composite de guérison/efficacité/inefficacité
23 **Toivonen**	252	Rétrospective	46 patients	Comparaison dilatation tubaire +/- myringotomie +/- DTT +/- adénoïdectomie vs DTT seuls +/- adénoïdectomie Population en échec d'une 1ère pose	La dilatation tubaire présente un risque d'échec plus faible que le groupe DTT (hazard ratio 0,26 ; ([IC] à 95 % : 0,10, 0,70 ; p = 0,007). La probabilité d'être sans échec à 2 ans était de 87 % après dilatation et de 56 % après DTT seul.	C	Bénéfice de la dilatation en cas d'échec d'une première pose de DTT ?

				de DTT			
24 **Gurtler**	253	Rétrospective	19 patients	Otoscopie, audiométrie, tympanométrie, TMM, scores ETS et ETS-7.	TMM, ETS, et ETS-7 significativement améliorés Audiométrie et tympanométrie améliorés de manière non significative Rétraction tympanique inchangée 1 perforation sur 3 spontanément refermée	C	Étude descriptive non comparative
25 **Leichtle**	254	Rétrospective	52 patients	Audiométrie, tympanométrie, TMM, Lübecker questionnaire jusqu'à 1 an post-opératoire	Amélioration globale, du questionnaire, soutenu par l'amélioration de l'audiométrie, tympanométrie et TMM	C	Étude descriptive non comparative
26 **Tisch**	255	Rétrospective	126 patients	1er groupe : Valsalva et tympanogramme 2ème groupe : Questionnaire aux parents à distance	1er groupe : 18.3% des patients seulement passaient le VALSALVA ou présentaient un tympanogramme normal. Seulement 1 épistaxis bénigne comme complication 2ème groupe : 76.5% d'amélioration subjective de l'audition, 55.9% très satisfaits et 25.4% satisfaits. 1 seule épistaxis bénigne.	C	Résultats décevants pour le 1er groupe. Gros biais de mémorisation pour le 2ème groupe dont les parents ont répondu aux questionnaires (de plus seulement 50% des parents ont souhaité répondre).
27 **Aboueisha**	256	Revue de la littérature + Méta-analyse	408 patients 7 études Age moyen 9 ans	Efficacité (ABG, tympanogramme) et effets indésirables Suivi moyen 19 mois	2ème intention Diminution tympanogramme type B de 64.2 à 16.1% Normalisation tympanogramme type A dans 73.6%. Réduction du ABG de 15.1dB. 5.1% d'effets indésirables mineurs (principalement épistaxis). Dilatation tubaire diminue significativement plus l' ABG par rapport au DTT -6.4dB et présente un taux d'échec significativement plus bas.	B	7 articles retenus Pas d'essai contrôlé randomisé Innocuité apparente de la technique (épistaxis bénignes seulement) Amélioration de critères objectifs (tympanogrammes, ABG) Supériorité apparente aux DTT seuls. Exclusion des patients syndromiques (T21, fente vélaire…)
28 **Saniasiaya**	257	Revue de la littérature	284 patients	Revue de la littérature 7 articles	2ème ligne de traitement dans 6/7 études Amélioration des symptômes dans toutes les études Aucune complication majeure	B	Pas d'étude contrôlée randomisée Sécurité apparente de la technique Amélioration systématique des résultats
29 **Howard**	258	Rétrospective	43 patients	Complications post opératoires et impossibilité per-opératoire de réaliser la dilatation tubaire	4,7% de complications (2 patients) 1 épistaxis tari spontanément après méchage antérieur 1 vertige attribué plus tard à un épisode migraineux	C	Description des effets indésirables de la chirurgie et des échecs de réalisation

					1 échec de chirurgie faute d'exposition suffisante		
30 **Hubbel**	259	Rétrospective	182 patients	Risque de béance tubaire (sur des symptômes subjectifs)	9.3% des patients Risque augmenté significativement à 13.3% dans la population pédiatrique (7 à 18 ans) Risque augmenté en cas de dilatations multiples ou d'état inflammatoire majeur pré-opératoire	C	Etude non spécifiquement pédiatrique Béance tubaire plus fréquente chez l'enfant mais résolutive dans tous les cas.