

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Aprile 2007

numero 4

APPUNTI DI TERAPIA

Inserzione precoce e tardiva dei tubini timpanostomici: effetto a distanza di molti anni

Giorgio Bartolozzi

Membro della Commissione Nazionale Vaccini

Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

Durante gli ultimi 40 anni, i ricercatori hanno concluso che la perdita trasmissiva di udito, successiva all'otite media con versamento, può condurre alla lunga alla compromissione dello sviluppo cognitivo dei bambini. Per prevenire o ridurre queste conseguenze, le linee guida ufficiali hanno fino a poco tempo fa raccomandato che i bambini con otite media con versamento per 3 o 4 mesi vanno sottoposti a miringotomia con inserzione di tubi timpanostomici, allo scopo di allontanare il versamento e restaurare la normale acutezza auditiva.

Dal 1991 Paradise, un famoso pediatra otorino dell'Università di Pittsburgh, ben conosciuto anche in Italia, non convinto di questo comportamento, ha iniziato una ricerca su questo argomento. In precedenti pubblicazioni egli ha dimostrato che non esiste differenza a distanza di anni fra un'inserzione precoce e una tardiva del tubino timpanostomico e che a 3, 4 o 6 anni di età non sono visibili effetti favorevoli sia sul miglioramento cognitivo, che sul linguaggio, sulla parola e sullo sviluppo psico-sociale, dati da un'inserzione precoce. Ugualmente a 4-6 anni l'intervento non aveva alcun effetto sulla loro memoria fonologica e sulla loro abilità nei processi auditivi all'età di 6 anni. Restava, tuttavia, ancora da definire se alcuni aspetti dello sviluppo, che non potevano essere definiti a 6 anni, potevano manifestarsi con l'aumentare dell'età, specialmente il saper leggere e scrivere, l'attenzione e il rendimento accademico.

Per rispondere a tutti questi interrogativi sono stati studiati bambini in età da 9 a 11 anni, che erano stati sottoposti, prima del compimento dei 3 anni, all'inserzione di un tubino timpanostomico (Paradise JL, Feldman HM, Campbell HE, et al. Tympanostomy tubes and developmental outcome at 9 to 11 anni of age. *N Engl J Med* 2007;365:248-61).

In questo studio sono stati arruolati 6.350, immediatamente dopo la nascita, e sono stati valutati regolarmente, con un numero elevato di prove, per quanto riguarda il versamento nell'orecchio medio (OME). Prima dei 3 anni di età, 429 bambini con un versamento persistente vennero sottoposti all'inserzione del tubino timpanostomico precocemente o quando il versamento era persistito per più di 9 mesi. 391 (195 appartenevano al gruppo precoce e 196 al gruppo tardivo) di questi bambini (alcuni abitanti in grandi città, altri in piccole città

o in campagna, altri infine in aree suburbane), all'età di 9-11 anni sono stati valutati, attraverso 12 prove diverse:

- Il saper leggere e scrivere
- L'attenzione
- I rendimenti sociali
- Il raggiungimento del livello scolastico

Alcuni di loro avevano un versamento bilaterale (continuo o intermittente) e altri un versamento unilaterale (persistente o intermittente). Vennero assegnati al gruppo "inserzione precoce" quelli nei quali il tubino fu inserito immediatamente, mentre vennero assegnati al gruppo "tardivo" quelli che ricevettero il tubino dopo 6 mesi in caso di OME bilaterale o dopo 9 mesi in caso di OME unilaterale.

Le medie (con le $\pm$ deviazioni standard) di 48 misurazioni non differirono significativamente in quelli che erano stati sottoposti precocemente all'inserzione dei tubini timpanostomici in confronto a quelli in cui l'inserzione era stata ritardata.

Sulla base di questi risultati si concluse che l'inserzione precoce del tubino timpanostomico, nei bambini con OME persistente, non migliora i livelli di sviluppo a 9-11 anni di età, in confronto all'inserzione tardiva, dopo 6-9 mesi di OME. Sulla base dei risultati ottenuti quindi l'attesa per almeno 6 mesi quando il versamento è bilaterale e di almeno 9 mesi quando è unilaterale, rappresenta l'opzione terapeutica da preferire. Tale trattamento conservativo viene raccomandato nelle recenti linee guida sul trattamento dell'otite (*Pediatrics* 2004;113:1412-29), anche prima di conoscere i risultati, riportati nella presente pubblicazione.

Gli Autori sottolineano che questi risultati non possono essere generalizzati a bambini che non sia sani per altre condizioni patologiche o che presentino condizioni disabilitanti, come la perdita di udito sensoriale (cioè non trasmissiva) o sindrome di Down, o che presentino versamenti di durata superiore a quella precedentemente ricordata (6-9 mesi) o infine bambini nei quali il versamento sia accompagnato da gradi estremi di perdita di udito.

CONSIDERAZIONI PERSONALI

Il pediatra di famiglia è il primo attore sulla scena dell'otite media, sia quando essa si presenta in forma acuta, che quando si manifesta come otite con versamento. È lui che conosce il bambino e la famiglia, che conosce l'intensità e la frequenza delle otiti che si susseguono negli anni ed è infine lui che conosce le ripercussioni sull'udito del versamento nell'orecchio medio: egli è capace di apprezzarne l'intensità e la durata.

Spetta quindi a lui e alla famiglia decidere quando avviare il bambino all'otorinolaringoiatra pediatra per conoscere il suo

parere. Sono il pediatra e la famiglia che debbono convincersi per primi dell'utilità dell'intervento dell'otorino pediatra e debbono essere loro che ne stabiliscono la necessità e i tempi.

Ma per non commettere errori, il pediatra di famiglia deve saper usare l'otoscopio, deve conoscere bene i meccanismi patogenetici dell'otite media acuta, la sua evoluzione nel tempo (OME), le metodiche di studio (timpanogramma, impedenziometria) e il tempo massimo per "passare la mano all'otorino".

Nella pubblicazione sopra riportata Paradise ci dice che non c'è d'aver furia in un bambino, peraltro normale, con otite media con versamento: anche quando vi sia una perdita di acutezza auditiva di media entità si possono aspettare 6-9 mesi, prima di avviare il bambino all'otorino.

E il pediatra sa che l'attesa di questi 6-9 mesi è decisiva per la salute del bambino, perché nella gran parte dei casi di OME (documentata con un timpanogramma piatto) l'avvento della buona stagione e la chiusura stagionale degli asilo nido e della scuola materna si accompagnano alla risoluzione spontanea, senza farmaci, del quadro clinico-funzionale. Se per esempio un bambino dimostra di avere una OME a gennaio-febbraio (con relativo timpanogramma piatto) è molto probabile che un nuovo esame ai primi di settembre documenterà una completa risoluzione del reperto timpanografico (sarà presente la classica immagine "a campana"). Se il bambino nell'autunno-inverno successivo presenta di nuovo di OME, il conteggio dei mesi ricomincia da capo, perché in precedenza c'è stato un intervallo senza la presenza di versamento nell'orecchio medio e quindi senza la diminuzione dell'acutezza auditiva.

Per il bambino la possibilità di aspettare 6-9 mesi, prima d'interpellare l'otorino pediatra, rappresenta quindi un elemento essenziale, perché il tempo lavora a suo favore e d'altra parte più passano gli anni e meno frequenti si fanno le otiti, sia le OMA che le OME, che diventano man mano meno frequenti dopo i 6-7 anni.

Si tratta per il pediatra di accompagnare il bambino fino all'età scolare senza che si siano manifestati danni permanenti, come conseguenza delle eventuali otiti medie.

Anche in questo caso "aspetta e guarda" sembra essere il comportamento migliore.