

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Novembre 2002

numero 9

CASI CLINICI DELLA LETTERATURA

Otite media acuta*

a cura di Giorgio Bartolozzi

vai alla parte seconda

*Il caso clinico che verrà esposto riguarda un problema clinico molto comune e quindi non offre spunti di grande interesse culturale; tuttavia l'otite media rappresenta una condizione che offre nella pratica la possibilità di varie strategie di trattamento, spesso in aperto contrasto l'una con l'altra. L'articolo, sotto la rubrica "Clinical practice" è uscito di recente sul *New Engl J Med* (347:1169-74, 2002, fascicolo del 10 ottobre) ed è presentato come un caso clinico. Per questo è stato inserito nella presente rubrica.*

CASO CLINICO

Un bambino di 17 mesi, peraltro sano, ha un raffreddore, con rinorrea da 2 giorni, tosse e febbre fino a 38,8° C. Al 5° giorno di malattia egli diviene irritabile e si sveglia più volte durante la notte, piangendo. Il giorno seguente il bambino è senza febbre; l'esame obiettivo è negativo, se non per un leggero arrossamento della membrana timpanica di sinistra, senza presenza di liquido nell'orecchio medio, mentre a carico dell'orecchio di destra si nota un'estroflessione della membrana del timpano con all'interno un liquido bianco.

Quale trattamento iniziare in questo bambino?

IL PROBLEMA CLINICO

L'otite media è un'infezione dell'orecchio medio, che viene diagnosticata negli Stati Uniti in più di 5 milioni di bambini: calcolando che negli Stati Uniti è presente una popolazione 4 volte la nostra, ma con un numero di bambini 8 volte quelli presenti in Italia, possiamo calcolare che nel nostro Paese si abbiano oltre 600.000 casi di otite media all'anno.

Negli Stati Uniti, come in Italia, una situazione del genere comporta nella maggior parte dei casi la prescrizione di antibiotici. Questa prescrizione di antibiotici viene eseguita nonostante "la deplorabile mancanza di una prova sicura sulla questione dell'antibiotico-terapia" per questa affezione (Chan L.S. et al., 2001).

In un gran numero di casi l'otite media fa seguito a un'infezione virale del naso-faringe che disturba la funzione della tuba di Eustachio. L'alterazione della funzione della tuba deve essere tale da impedire la ventilazione, cioè il flusso aria da e per l'orecchio medio, in modo tale da produrre transitoriamente una pressione negativa nell'orecchio medio in seguito

al riassorbimento di aria, in esso contenuta. Questa situazione è quella che noi troviamo nel 66% dei bambini con raffreddore in età della scuola (Winther B. et al, 2002) e nel 75% dei bambini dell'asilo nido e della scuola materna con il raffreddore.

Nei pazienti con raffreddore, i batteri e i virus, che dal naso-faringe raggiungono l'orecchio medio, quando è ancora ben funzionante l'apertura e la chiusura della tuba e quindi quando vi sia un equilibrio pressorio, possono essere allontanati in modo meno efficiente del normale dal meccanismo fisiologico del sistema muco-ciliare, presente in tutte le vie aeree sia superiori che inferiori. Per tale ragione i batteri si possono moltiplicare all'interno dell'orecchio medio e causare un'otite media batterica.

Quando la mucosa dell'orecchio medio è invasa dai virus respiratori, da soli, si ha un'otite virale, e, quando in combinazione con i batteri, si ha un'otite batterica.

La timpanocentesi ha messo in evidenza questi agenti infettivi:

- Streptococcus pneumoniae nel 20-35% dei pazienti;
- Haemophilus influenzae non tipizzabile (e quindi non prevenibile con la corrente vaccinazione contro l'Hib) nel 20-30%;
- Moraxella catarrhalis nel 20% (che guarisce spontaneamente, anche senza l'uso di antibiotici);
- Nessun batterio nel 20-30% dei pazienti ;
- Virus con o senza batteri nel 17-44%.

STRATEGIE E DIMOSTRAZIONI DI EFFICACIA

I due elementi essenziali per la diagnosi di otite media acuta sono:

1. l'infezione della membrana del timpano e
2. il versamento nell'orecchio medio.

La retrazione del timpano, che può essere anche dolorosa (la membrana del timpano è molto ricca di terminazioni nervose per il dolore), è dovuta alla pressione negativa presente nell'orecchio medio e non ai batteri.

L'otite media acuta batterica è caratterizzata invece da un'estroflessione del timpano (comunemente detto bombato) per la presenza di liquido purulento all'interno oppure da un'otorrea purulenta dopo che la membrana timpanica si sia perforata per la pressione presente all'interno dell'orecchio medio e per la flogosi.

L'otite media senza che la membrana del timpano appaia bombata, viene ugualmente chiamata otite media acuta e rappresenta un'evenienza molto più frequente. L'infezione dell'orecchio medio può essere dimostrata da reperti locali o generali, come il dolore all'orecchio e il pianto, la febbre,

l'arrossamento della membrana del timpano e il raffreddore. Una membrana timpanica arrossata senza liquido nell'orecchio medio e quindi senza bombatura del timpano non è un'otite media acuta in senso stretto. D'altra parte l'otite acuta deve essere distinta dall'otite media con versamento, che viene definita come la presenza di liquido nell'orecchio medio senza malattia locale o sistemica.

TERAPIA ANTIBIOTICA

Una volta che sia stata fatta diagnosi di otite acuta, virale, batterica o di ambedue, il punto centrale è rappresentato dall'uso o meno della terapia antibiotica, nell'interesse superiore del bambino (vedi tabella 1).

Una meta-analisi di ricerche randomizzate e controllate contro placebo, ha dimostrato che l'otite acuta si risolve in una

settimana da sola nell'81% dei soggetti ricevuti il placebo, contro il 94% nei soggetti ricevuti gli antibiotici, con una differenza assoluta del 13% (**Rosenfeld R.M. et al. 1994**). (In altre parole è necessario trattare 7 bambini, per averne uno che si giovi degli antibiotici) e analisi più recenti hanno confermato questi risultati. In generale la velocità di risoluzione clinica fu simile nel gruppo placebo e nel gruppo trattato con antibiotici al primo giorno di terapia, e leggermente più alta dal 3° al 5° giorno e al 7° giorno fra quelli che ricevettero gli antibiotici.

L'amoxicillina è efficace come ogni altro farmaco, anche se almeno un quarto dei ceppi di *Streptococcus pneumoniae* ha aumentato la sua resistenza alla penicillina e alla amoxicillina, da un quarto a un terzo verso l'*Haemophilus influenzae* e anche se virtualmente tutti i ceppi di *Moraxella catarrhalis* siano resistenti alla amoxicillina.

Situazione dell'orecchio medio	Trattamento
Otite media con membrana timpanica bombata	Immediato trattamento con amoxicillina ad alte dosi (80-100 mg/kg/die per bocca) per 7 giorni*
Otite media senza membrana timpanica bombata	Ritardare l'uso dell'antibiotico**
Otite media acuta ricorrente	Ritardare l'uso dell'antibiotico; vaccinare contro l'influenza
Otite media acuta resistente	Alte dosi di amoxicillina-clavulanato (80-1000 mg/kg/die per bocca) per 7 giorni, ovvero Axetil cefuroxima (340 mg/kg due volte al giorno) per 7 giorni, ovvero ceftriazone (50 mg/kg al giorno per IM) per 3 giorni
Otite	

Alte dosi di amoxicillina-clavulanato (80-1000 mg/kg/die per bocca) per 7 giorni, ovvero Axetil cefuroxima (340 mg/kg due volte al giorno) per 7 giorni, ovvero ceftriazone (50 mg/kg al giorno per IM) per 3 giorni

*Per bambini che sono allergici alla penicillina, è da preferire axetil cefuroxima o cefalosporine di seconda generazione (a parte il cefaclor che può causare reazioni tipo malattia da siero), azitromicina o ceftriazone (50 mg/kg in una volta).

**La strategia di ritardare la prescrizione di antibiotici è la seguente: iniziare il trattamento con una dose piena di paracetamolo, prescrivere una dose di amoxicillina da usare soltanto se l'otalgia e la febbre persistono o se non c'è alcun miglioramento clinico entro 48-72 ore; avvisare i genitori del paziente che gli antibiotici non sono molto attivi nell'otite e che virtualmente non hanno effetto nelle prime 24 ore; spiegare gli svantaggi degli antibiotici ai genitori del paziente, soprattutto ricordare i loro effetti collaterali (diarrea ed esantema) e la possibilità di dare resistenza.

RIMANE UN PROBLEMA IMPORTANTE: LE RACCOMANDAZIONI DELLA TABELLA 1 SI RIFERISCONO ANCHE AI BAMBINI DEI PRIMI DUE ANNI DI VITA ?

Questo problema è stato esaminato in una ricerca condotta in Olanda su 240 bambini di età fra i 6 mesi e i 2 anni (**Damoiseaux R.A. et al., B.M.J. 2000**). In Olanda la resistenza dello *S. pneumoniae* all'amoxicillina è dell'1% e del

6% nei confronti dell'*H. influenzae*. Circa un terzo dei pazienti aveva la membrana bombata o perforata. L'otite fu più prolungata nei bambini in trattamento con placebo, ma la terapia antibiotica aveva avuto un effetto limitato, riducendo l'incidenza di sintomi persistenti del 13% a 4 giorni e accorciando la durata della febbre di un giorno.

Il 50% dei bambini aveva ancora liquido nell'orecchio medio un mese dopo la risoluzione dell'otite, indipendentemente dall'aver ricevuto antibiotici o placebo. Il liquido scompariva entro 3 mesi nel 90% dei bambini, indipendentemente dall'essere stati trattati con antibiotici.

Una metanalisi di prove randomizzate ha dimostrato che da 2 a 4 settimane di trattamento antibiotico per otite media con versamento comportavano un piccolo ma consistente effetto sul liquido residuo nell'orecchio medio; mentre a 1 mese c'era una differenza assoluta del 16% per la risoluzione, a 3 mesi non è stata notata alcuna differenza nei bambini che avevano ancora liquido residuo nell'orecchio medio.

OTITE MEDIA RESISTENTE

L'otite media resistente si riconosce dalla persistenza della febbre, dell'otalgia e dalla bombatura e dall'arrossamento della membrana del timpano o infine dalla persistenza dell'otorrea, dopo 3 o più giorni di antibioticoterapia. Solo in un terzo dei casi è stata riscontrata la presenza di batteri resistenti alla terapia antibiotica prescritta.

In assenza di dati sull'efficacia degli antibiotici per il trattamento delle otiti batteriche resistenti, una riunione di

esperti ha raccomandato l'uso di alte dosi di amoxicillina-clavulanato (di recente entrata in commercio anche in Italia), di axetil cefuroxima o di ceftriazone per via intramuscolare per 3 giorni. La timpanocentesi può aiutare nella scelta della terapia.

Bibliografia

Chan L.S., Takata G.S., Shekelle P. et al.: Evidence assessment of management of acute otitis media. II. Research gaps and priorities for future research, *Pediatrics* 108:248-54, 2001

Damoiseaux R.A.M.J., van Balen F.A.M., Hoes A.W. et al.: Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillina versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years, *BMJ* 320:350-4, 2000

Rosenfeld R.M., Vertrees J.E., Carr J. et al.: Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: metaanalysis of 5400 children from thirty-three randomised trial, *J Pediatr* 124:355-67, 1994

Winther B., Hayden F.G., Arruda E. et al.: Viral respiratory infection in schoolchildren: effects on middle ear pressure, *Pediatrics* 109:826-32, 2002