

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Dicembre 2002

numero 10

CASI CLINICI DELLA LETTERATURA

Otite media acuta*

a cura di Giorgio Bartolozzi

vai alla parte prima

*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.*

Inserire la figura Otite media 1°.bmp

Figura n.1 – Orecchio medio

La membrana del timpano forma la parete laterale dell'orecchio medio. La funzione della tuba di Eustachio è quella di equilibrare la pressione nell'orecchio medio con quella del naso-faringe. I batteri e virus presenti nel naso-faringe possono raggiungere l'orecchio medio durante le fasi di equilibrio pressorio. Un terzo della mucosa dell'orecchio medio e l'intera tuba di Eustachio sono tappezzate da un epitelio mucociliare (vedi le linee, formate da tanti piccoli punti (le ciglia), lungo tutta la tuba di Eustachio e la parte inferiore dell'orecchio medio), le cui ciglia battono per trasportare i batteri dall'orecchio medio in basso verso il naso-faringe (vedi frecce in basso, rivolte a destra). L'aria dall'orecchio medio entra nelle cellule della mastoide, attraverso l'aditus (vedi freccia in alto, rivolta a sinistra).

Inserire la figura Otite media 2°.bmp

Figura n.2 – Aspetto della membrana del timpano nei bambini

La figura A mostra una membrana timpanica retratta, che fa aumentare la prominenza del manico del martello. L'umbo è visibile.

La figura B mostra il reperto di un'otite media batterica, caratterizzata da una bombatura della membrana del timpano e da liquido purulento al di là della membrana. L'umbo e il manico del martello non sono visibili.

La figura C mostra una membrana timpanica rossa, senza liquido nell'orecchio medio. Il martello e l'umbo sono visibili.

TERAPIA ANTIBIOTICA RITARDATA

La piccola percentuale di bambini che beneficerà della terapia antibiotica non è facilmente identificabile al momento della diagnosi. Una strategia per ridurre la prescrizione non necessaria di antibiotici è quella di ritardare il trattamento di 48-72 ore dopo la diagnosi per determinare se c'è un miglioramento clinico spontaneo. Questo tipo di comportamento è stato usato in Olanda: i bambini sono stati attentamente monitorati e un ciclo di 7 giorni di antibiotico è stato fatto soltanto quando non si è notato miglioramento nei sintomi dopo 1-2 giorni nei bambini di meno di due anni ed entro i 3 giorni nei bambini di due anni o più. Questa politica si è associata a una riduzione nell'uso di antibiotici del 31% nei casi di otite media acuta (più basso di quello riscontrato negli Stati Uniti), con una diminuita resistenza dell'agente causale.

L'efficacia nella pratica generale di questa strategia della prescrizione ritardata di antibiotici è stata eseguita a caso in una prova riguardante 315 bambini dai 6 mesi ai 10 anni con un'orecchio acuto e timpano rosso (il 41% aveva meno di 3 anni). Dal 7 al 9% dei bambini aveva un timpano perforato e il 46% aveva il timpano bombato. I bambini erano stati assegnati a caso ai gruppi che ricevevano amoxicillina o immediatamente o dopo un ritardo di 3 giorni (la prescrizione del farmaco era stata comunque lasciata alla prima visita). I genitori erano stati avvisati di somministrare una dose piena di paracetamolo per il dolore e per la febbre. L'uso immediato degli antibiotici aveva ridotto la durata dei sintomi -incluso il pianto durante il giorno e i disturbi del sonno nella notte - di circa un giorno e pure l'uso del paracetamolo. D'altra parte il beneficio era avvenuto dopo le prime 24 ore, quando i sintomi erano comunque diminuiti. I genitori di solo 36 di 150 bambini nel gruppo che aveva ricevuto gli antibiotici in ritardo (24%), avevano usato la prescrizione di antibiotici, sulla base del fatto che i genitori avevano riconosciuto che i sintomi si stavano risolvendo da soli entro 3 giorni nella maggioranza dei bambini. I ¾ dei genitori del gruppo nel quale gli antibiotici venivano dati in ritardo, erano soddisfatti del trattamento del proprio figlio.

Un impedimento all'uso della strategia antibiotici in ritardo è stata la paura di un aumentato rischio di mastoidite acuta. In Olanda, Norvegia e Danimarca, che hanno la prescrizione di antibiotici per otite nel 31, 67 e 76% dei casi rispettivamente, l'incidenza di mastoidite è stata praticamente la stessa, cioè di 4 casi su 100.000 bambini per anno, in un periodo di 5 anni (Van Zuijlen D.A. et al., **Pediatr Infect Dis J** 20:140.4, 2001). Ma in Canada e Stati Uniti dove la prescrizione di antibiotici per otite supera il 96%, l'incidenza è stata di circa 2 casi su 100.000 bambini per anno. L'uso ristretto di antibiotici per otite acuta si è associato ad un raddoppio nell'incidenza di mastoidite acuta, ma questa differenza ammontava a 2 casi in più di mastoidite ogni 100.000 bambini per anno.

PREVENZIONE

Prove del concetto che le infezioni virali delle vie aeree predispongono i bambini all'otite media batterica o causino un'otite media virale, sono fornite dagli studi sull'effetto sull'otite media dell'immunizzazione con il vaccino dell'influenza o del trattamento dell'influenza con un inibitore della neuraminidasi. Sia in Finlandia che negli Stati Uniti i bambini di un asilo nido, che erano stati assegnati a ricevere il vaccino contro l'influenza hanno avuto una riduzione del 33-36% nel numero di casi di otite media acuta, in confronto a quelli che invece avevano ricevuto placebo, durante le sei settimane nelle quali l'influenza aveva colpito la comunità.

La capacità dell'oseltamivir di prevenire l'otite media acuta è stata esaminata in una ricerca in doppio cieco in bambini da 1 a 12 anni che avevano l'influenza, ma non avevano ancora l'otite, al momento in cui è iniziato il trattamento: l'otite acuta si sviluppò nel 27% dei 200 bambini trattati con placebo e nel 16% dei 183 bambini trattati con oseltamivir: una differenza del 40% (**Winther B et al. 40° ICAA, 17-20 settembre 2000**).

Il vaccino antipneumococcico coniugato eptavalente non ha avuto un effetto altrettanto favorevole nel prevenire l'otite media sia in ricerche finlandesi che in ricerche negli Stati Uniti: è stata valutata un'efficacia preventiva di circa il 7%, contro tutti gli episodi di otite.

OTITE MEDIA ACUTA RICORRENTE

Viene definita come otite ricorrente, un'otite che si presenti per 3 volte o più in 6 mesi o per 4 volte in un anno.

La somministrazione preventiva di antibiotici (cotrimossazolo, amoxicillina) offre scarsi vantaggi, in confronto all'elevato rischio di resistenza. Il posizionamento di un tubino timpanostomico ha presentato scarsi successi; l'adenoidectomia non ha effetto o ce lo ha solo molto limitato. La tonsillectomia e la adenoidectomia insieme riducono la percentuale degli episodi di otite: hanno quindi un certo effetto, anche se sono accompagnate da effetti collaterali.

La frequenza delle ricadute si attenua con il crescere dell'età.

AREE D'INCERTEZZA

Rimane poco chiaro come identificare, al momento della diagnosi, la piccola percentuale di bambini con otite media acuta che beneficerebbero del trattamento antibiotico.

Anche la durata della terapia non è chiara: la durata standard è di 7-10 giorni, ma mancano delle prove sicure; la durata di 5 giorni sembra assolutamente inadeguata per i casi gravi. Alcuni clinici consigliano sempre l'uso dell'antibiotico nei bambini al di sotto dei due anni con otite media acuta, ma in una vasta ricerca in doppio cieco risulta che i bambini sotto i due anni si comportano come quelli di età superiore.

Il trattamento migliore nei bambini con otite media ricorrente non è stato ancora identificato. Mentre il vaccino contro l'influenza si è dimostrato utile, il vaccino pneumococcico coniugato si considera abbia un effetto favorevole molto limitato (**Eskola J et al. N Engl J Med 2001, 344:403-9**).

LINEE GUIDA

Il CDC e l'Accademia Americana di Pediatria hanno stabilito 5 principi sull'uso giudizioso degli antibiotici nei bambini con otite media:

- La diagnosi di otite media non deve essere fatta se non c'è liquido nell'orecchio medio
- L'otite media deve essere classificata come otite media acuta o come otite media con versamento sulla base della presenza o assenza di sintomi e segni di malattia acuta
- Al contrario dell'otite media acuta, l'otite media con versamento non deve essere trattata con antibiotici
- Il versamento è facile che persista dopo il trattamento dell'otite acuta e non richiede alcuna cura
- La profilassi antibiotica dell'otite acuta va fatta solo sulla base di stretti criteri.
- E' stato accertato che almeno un quarto delle diagnosi di otite media risponde alla definizione di otite media con versamento; non trattando questi pazienti con antibiotici negli Stati Uniti si eliminano da 6 a 8 milioni di trattamenti antibiotici non necessari, ogni anno.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Nei pazienti con otite media acuta i batteri sono solo una parte del problema e la terapia antibiotica corregge quindi solo una parte del problema. L'otite acuta si risolve entro una settimana senza terapia antibiotica in più dei 4/5 dei bambini; la prescrizione di antibiotici aumenta questa percentuale di solo 13 punti. Se viene usata la terapia antibiotica, l'amoxicillina ha un buon effetto come ogni altro antibiotico, nonostante un terzo dei batteri sia già resistente in vitro.

Nel mese dopo l'otite acuta, la metà dei bambini ha ancora liquido nell'orecchio medio, che scompare entro 3 mesi, sia che vengano dati antibiotici o no. Così la pratica di ricontrollare l'orecchio del paziente, due settimane dopo il trattamento, non è giustificata. Solo un terzo dei casi di otite batterica persistente si associa a batteri resistenti all'antibiotico prescritto. In tali casi in generale è previsto il passaggio all'associazione amoxicillina-clavulanico.

IL CASO CLINICO

Poiché il bambino descritto all'inizio ha un'otite media batterica, come si ricava dalla bombatura della membrana del timpano e dalla presenza di pus, è opportuno trattarlo con antibiotici.

Alte dosi di amoxicillina debbono essere usate come prima scelta, in previsione di una resistenza dello pneumococco. L'otite acuta senza bombatura del timpano, molto più comune, è facile che guarisca spontaneamente e necessita di una strategia a prescrizione ritardata di antibiotici (da 48 a 72 ore, mentre il bambino riceve paracetamolo a dose piena): questo

trattamento è appropriato specialmente nei bambini con otite media ricorrente. I genitori divenuti familiari con il quadro clinico sono capaci di riconoscere la maggior parte degli episodi che risolvono senza cure.

Infine è ormai chiaro che la terapia antibiotica dell'otite media con versamento non viene fatta nel migliore interesse del bambino.