

## **L'OTITE MEDIA ACUTA**

### **Cosa è?**

L'otite media acuta (OMA) è caratterizzata da rapida (entro 72 ore) comparsa di segni e sintomi di infiammazione a carico dell'orecchio medio, associata a presenza di versamento all'interno della cavità timpanica. L'OMA è la patologia batterica più frequente in età pediatrica: nei primi 3 anni di vita la quasi totalità dei bambini va incontro ad almeno un episodio e circa un terzo soffre di due o più episodi.

### **Perché è importante?**

L'OMA è causa di un considerevole impegno assistenziale perché determina quasi sempre la richiesta di almeno una visita medica, la sistematica prescrizione di antipiretici e, spesso, quella di antibiotici. Inoltre, anche se raramente, l'OMA può dare luogo a complicanze gravi quali la mastoidite. Oltre ai costi diretti, l'OMA comporta elevati costi indiretti, almeno equivalenti a quelli diretti, che derivano soprattutto dalla perdita di giorni di lavoro di uno dei genitori. Inoltre, per la frequente recidività, l'OMA ha ricadute rilevanti sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia.

### **Quali sono le cause?**

L'otite media acuta è sempre preceduta da una alterazione della funzionalità della tuba di Eustachio che favorisce il passaggio dei batteri che colonizzano il nasofaringe verso l'orecchio medio (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*). La disfunzione della tuba, già presente nei bambini nei primi anni di vita per la posizione orizzontale e per la brevità, è aggravata da una infezione da virus respiratori (per esempio virus respiratori sinciziale, rhinovirus, adenovirus, virus influenzale).

### **Quali sono i sintomi?**

L'otalgia (dolore riferito all'orecchio) viene considerato sintomo cardine ed esclusivo di OMA, ma in realtà può essere assente in circa metà dei bambini al di sotto dei due anni di vita. Quando presente non necessariamente è sinonimo di OMA ma può essere associato a una infiammazione dell'orecchio esterno o ad anomalie di posizione del timpano o ancora può essere un dolore che origina al di fuori dell'orecchio come nel caso di patologie dell'orofaringe e dei denti (otalgia riflessa).

La storia clinica non permette, da sola, una diagnosi precisa perché i sintomi possono essere assenti (soprattutto nei bambini al di sotto dell'anno di vita, "otite latente") oppure essere molto vaghi e aspecifici, comuni a molte infezioni dell'età pediatrica (febbre, irritabilità, nausea, vomito, diarrea).

### **Come può essere diagnosticata?**

La diagnosi di OMA è possibile soltanto quando nel singolo paziente sono contemporaneamente dimostrabili: (1) un esordio acuto della sintomatologia; (2) la presenza di segni di infiammazione della membrana timpanica; (3) la presenza di versamento nella cavità timpanica.

La dimostrazione della presenza di infiammazione della membrana timpanica si basa su: (a) rilievo otoscopico di una membrana timpanica molto iperemica con estroflessione per presenza di versamento endotimpanico o (b) rilievo otoscopico di membrana di colore giallastro per visione in trasparenza di materiale purulento endotimpanico, o (c) riscontro di perforazione spontanea con otorrea. L'estroflessione rappresenta il segno che, considerato da solo, ha la più elevata correlazione con una OMA batterica.

Lo strumento più semplice ed efficace per porre diagnosi di OMA è l'otoscopio che deve avere una fonte luminosa adeguata e disporre di specula di diverso diametro per adattarsi alle diverse dimensioni del canale auricolare a seconda dell'età del bambino.

### **Quali sono le complicanze?**

Le complicanze dell'OMA sono rare ma impegnative. La mastoidite acuta rappresenta la complicanza più frequente: l'età al di sotto dei 2 anni e una

storia di OMA ricorrente rappresentano i principali. La diagnosi di mastoidite acuta si basa su criteri clinici. Una TAC delle rocche petrose può essere utile per valutare l'estensione del processo e la presenza di ulteriori complicanze intracraniche. La terapia è basata su antibiotici ad ampio spettro per via endovenosa per un periodo prolungato in tutti i casi non complicati mentre su un approccio anche chirurgico in presenza di complicanze intracraniche quali la meningite otogena, ascessi cerebrali e tromboflebiti dei seni venosi .

### **Come si cura?**

La terapia dell'OMA ha come obiettivo il contenimento dei sintomi, di cui il dolore è il principale, e l'eradicazione dei patogeni batterici responsabili. Il trattamento cardine del dolore è rappresentato dalla somministrazione di antidolorifici a dosaggio adeguato per via sistemica (paracetamolo o ibuprofene). La somministrazione di preparati locali a livello auricolare come unica misura antidolorifica non è consigliabile. Se l'otalgia si associa a febbre, la somministrazione di paracetamolo o ibuprofene per os permette di affrontare efficacemente ambedue i sintomi. Gli estratti naturali sono poco o nulla efficaci.

Considerato il rapporto fra il beneficio in termini di riduzione del dolore e di febbre e il rischio di effetti collaterali, una terapia antibiotica immediata è sempre raccomandata nei soggetti con OMA di età inferiore a 2 anni con otite bilaterale, nei soggetti con sintomatologia grave, in quelli con otorrea da perforazione spontanea, in quelli con storia di ricorrenza. La vigile attesa (cioè iniziare con un trattamento per il dolore e la febbre ma non postporre di 48-72 ore l'inizio della somministrazione di un antibiotico) può essere applicata a bambini di età superiore a 2 anni con OMA mono o bilaterale, senza sintomatologia grave o a quelli di età compresa fra 6 mesi e 2 anni, con forma monolaterale e non grave . La vigile attesa deve essere valutata nel singolo caso, condivisa con i genitori e può essere applicata solo nel caso in cui sia garantita la possibilità di follow-up (telefonico e/o clinico) a distanza di 48 ore.

### **Strategia terapeutica dell'OMA non complicata\***

<b>Diagnosi</b>	<b>Certa</b>			
<b>Lateralità</b>	<b>Bilaterale</b>		<b>Monolaterale</b>	
<b>Severità sintomi</b>	<b>Grave</b>	<b>Lieve</b>	<b>Grave</b>	<b>Lieve</b>
<b>Età &lt; 6 mesi</b>	Antibiotico immediato	Antibiotico Immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato
<b>Età 6 – 24 mesi</b>	Antibiotico immediato	Antibiotico Immediato	Antibiotico immediato	Attesa Vigile
<b>Età &gt; 24 mesi</b>	Antibiotico immediato	Attesa Vigile	Attesa vigile	Attesa Vigile

\* assenza di otorrea, complicanze intracraniche o storia di ricorrenza

La terapia dell'OMA è empirica e deve basarsi sulla conoscenza dei batteri più spesso in causa e sulla loro sensibilità agli antibiotici in assoluto e relativamente all'area geografica ove si opera.

La rimozione delle secrezioni nasali mediante irrigazione delle cavità nasali può migliorare la funzionalità della tuba e favorire il drenaggio del versamento timpanico verso il nasofaringe.

Non esiste alcuna evidenza di beneficio aggiungendo altri farmaci, come steroidi e antistaminici alla terapia analgesica e/o antibiotica. Non c'è alcuna evidenza di efficacia delle cosiddette terapia alternative (es. omeopatia).

### **Come si previene?**

La prevenzione dell'OMA ricorrente rappresenta un obiettivo primario dell'assistenza pediatrica.

Fattori di rischio: per ridurre il rischio di OMA è consigliabile che i bambini siano allattati al seno per almeno 3 mesi , che frequentino comunità nelle quali vengono seguite accurate norme igieniche, che riducano al minimo l'uso del succhiotto e che non siano esposti al fumo passivo.

L'impatto di altri fattori, come prematurità, la presenza di fratelli più grandi, di allergia e di anomalie cranio-facciali non può essere modificato e i bambini che

presentano questi fattori rimangono persistentemente ad aumentato rischio di ricorrenza.

Vitamina D: la vitamina D svolge un ruolo cruciale nell'immunità innata. La somministrazione di vitamina D 1000 UI/die per 4 mesi durante la stagione invernale ha ridotto la ricorrenza in bambini di età inferiore a 5 anni con storia di OMA ricorrente non complicata da otorrea rispetto ai controlli.

Probiotici: attualmente la somministrazione di probiotici orali non può essere considerata un metodo accettabile di prevenzione dell'OMA. Al contrario, la somministrazione topica di probiotici ha ricevuto nuova rilevanza dopo la identificazione di ceppi di *Streptococcus Salivarius*, isolati dal faringe di soggetti sani, con capacità immunomodulanti, anti-infiammatorie e un buon profilo di sicurezza. I dati relativi alla somministrazione per via orale e soprattutto per via nasale sono incoraggianti.

Medicina complementare e alternativa: i risultati sono molto spesso contraddittori. Echinacea purpurea non ha dimostrato di essere in grado di ridurre il rischio di OMA in bambini a rischio di età inferiore a 5 anni. Non sono disponibili dati per quanto riguarda la prevenzione di OMA ricorrente mediante utilizzo di omeopatia.

Immunoprofilassi. La somministrazione di vaccino pneumococcico coniugato nel primo anno di vita, secondo lo schema raccomandato, determina una riduzione significativa del numero di bambini con OMA ricorrente. Inoltre, il vaccino antinfluenzale è in grado di ridurre l'incidenza di OMA, a patto che la somministrazione avvenga prima dell'inizio della stagione influenzale, ed è efficace nel prevenire ulteriori episodi in bambini con storia di OMA ricorrente.

Profilassi antibiotica. Poiché la profilassi antibiotica può essere associata a effetti collaterali e può contribuire a selezionare resistenze tra i patogeni respiratori, attualmente l'uso deve essere individualizzato e riservato essenzialmente ai bambini di età inferiore ai 2 anni, con OMA altamente ricorrenti, soprattutto se complicate da otorrea, e solo dopo che le altre opzioni preventive hanno fallito.

## **Consigli per i genitori**

La diagnosi di OMA non è possibile basandosi solo sulla sintomatologia, ma deve essere effettuata con un esame otoscopico che permetta una visualizzazione completa della membrana timpanica. Un trattamento per via sistemica del dolore è sempre raccomandato. A fronte di una diagnosi certa di OMA, gli antibiotici devono essere utilizzati, sotto la guida del pediatra, solo quando non sia possibile scegliere una strategia di osservazione clinica, quindi nei bambini: (1) di età inferiore a 2 anni con otite bilaterale; (2) con sintomatologia grave ; (3) con complicanze, incluso otorrea da perforazione spontanea e (4) con storia di ricorrenza. La prevenzione è prioritaria e la riduzione dei fattori decisiva.