

PDTA VENETO

OTITE MEDIA ACUTA

PREMESSA

L'infezione dell'orecchio medio è la patologia infantile a maggior prevalenza dopo le infezioni a carico dell'apparato respiratorio.

Si definiscono:

- Otite media acuta (OMA): infiammazione e pus nell'orecchio medio con sintomi e segni di infezione locali e sistemici.
- Miringite: infiammazione della membrana timpanica da sola o in associazione con otite esterna
- Otite media con versamento (OME), detta anche otite media sierosa: liquido nell'orecchio medio senza segni o sintomi di infiammazione acuta dell'orecchio
- Otite media cronica suppurativa: processo infiammatorio persistente associato con perforazione della membrana timpanica ed essudato per più di 6 settimane
- Otite media acuta ricorrente: 3 episodi di OMA in 6 mesi o 4 in 12 mesi

Etiologia.

Il 30% delle OMA sono causate da virus mentre la restante etiologia batterica vede tre protagonisti principali: il Pneumococco (30% di tutte le OMA) è il germe più pericoloso sia perché ha un basso tasso di autoguarigioni con frequenti recidive sia per le possibili complicanze (mastoiditi, meningiti, sepsi, etc.); la *Moraxella catarrhalis* autoguarisce nell'80% dei casi e non è germe invasivo; l'Emofilo dell'OMA è per il 90% quello senza capsula e per conseguenza poco virulento, mentre il 10% con la capsula è prevenuto oggi dal vaccino.

Moraxella ed Emofilo sono germi produttori di Beta-lattamasi, ma creano patologia più modesta per numeri e gravità rispetto al Pneumococco.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROTOCOLLO

- Migliorare la qualità dell'approccio diagnostico (accuratezza diagnostica nel differenziare OMA e miringite)
- Selezione dei pazienti da sottoporre a trattamento antibiotico (riduzione della prescrizione antibiotica; utilizzo dell'amoxicillina come farmaco di 1^a scelta)

CRITERI DI INCLUSIONE

Il presente percorso diagnostico-terapeutico si riferisce al bambino > 6 settimane che presenta segni-sintomi locali e sistemici compatibili con OMA.

Sono esclusi:

- bambini di età inferiore a 6 settimane
- prematuri ricoverati in ospedale
- soggetti con anomalie cranio-facciali
- immunodepressi o con importanti malattie sistemiche
- bambini affetti da complicanze dell'OMA (sepsi, mastoidite)

DIAGNOSI

A. Otite Media Acuta (OMA)

Possibili sintomi sono il dolore, la febbre e l'irritabilità variamente associati.

All'otoscopia, il solo segno specifico è un timpano rigonfio (estroflesso) ed infiammato.

Se manca il rigonfiamento, per la diagnosi di OMA devono essere dimostrate infiammazione acuta e diminuita mobilità del timpano: per una diagnosi più accurata risulta pertanto utile l'uso dell'otoscopio pneumatico che dimostra la diminuita mobilità della membrana, e/o l'esecuzione dell'esame impedenziometrico.

Culture di routine del drenaggio dell'orecchio non sono di aiuto diagnostico.

B. Miringite

Mobilità del timpano normale al pneumotoscopio con arrossamento che può essere periferico.

Un'infiammazione limitata al polo superiore può progredire verso l'OMA; prevedere un follow-up a breve termine (48/72 ore).

C. Otite Media con Versamento (OME)

Mancanza di infiammazione acuta nonostante sia visibile liquido in orecchio medio e/o mobilità ridotta del timpano al pneumotoscopio.

VALIDITÀ PREDITTIVA DEI TEST AMBULATORIALI

L'impedenziometria rappresenta il gold standard nella valutazione delle affezioni dell'orecchio medio.

Non esistono dati precisi di letteratura su sensibilità e specificità dell'otoscopia pneumatica nella diagnosi di OMA, si può stimare che la specificità nell'esclusione dell'OMA (mobilità timpanica conservata) sia vicina al 100%.

TERAPIA

A. Controllare dolore e febbre con analgesici sistemici (paracetamolo, ibuprofene).

Decongestionanti ed antistaminici non sono di aiuto nel trattamento dell'OMA; può essere utile un loro uso quando vi sia una eziologia allergica.

Cortisonici od antibiotici topici non sono raccomandati.

B. Terapia antibiotica

➤ In caso di miringite gli antibiotici non sono indicati.

➤ Nell'OMA vanno trattati con antibiotici i bambini con meno di 2 anni di età.

➤ Nei bambini con 2 o più anni con sintomi lievi, la maggior parte dei casi risolve spontaneamente, non richiede antibiotici, ma solo trattamento sintomatico se si è sicuri di un adeguato follow-up. Se i sintomi peggiorano o non rispondono al trattamento sintomatico dopo 48-72 ore, trattare con antibiotici.

La strategia terapeutica antimicrobica si preoccupa soprattutto del Pneumococco. L'amoxicillina per os presenta ottimale battericidia contro Pneumococco in orecchio medio, pari a quella del ceftriaxone.

➤ La terapia di prima scelta per casi comuni non complicati è:

amoxicillina 50 mg/Kg/die, ter in die per 6-10 giorni a seconda della rapidità del miglioramento (follow-up anche solo telefonico tra 24 e 72 ore).

Trials clinici randomizzati hanno confrontato cicli brevi di terapia (3-7 giorni) con cicli di tipo tradizionale (7-10 giorni). Tali studi indicano che la terapia di 5 giorni può essere efficace nelle otiti non complicate in bambini di età superiore ai 2 anni.

➤ Nei casi a rischio (soprattutto bambini di età inferiore a 2 anni e tutti quelli con immuno-deficit o patologia cronica) aumentare il dosaggio della amoxicillina a 80-90 mg/Kg/die in tre dosi per 10 giorni.

➤ In caso di mancata risposta all'amoxicillina, farmaci alternativi sono considerati:

- amoxicillina con acido clavulanico 50-90 mg/Kg/die in 2 somministrazioni per 5-10 gg. oppure
- ceftriaxone 50 mg/Kg/die i.m. in 1 dose giornaliera per 5 gg.

Ciò perché tali farmaci uniscono discrete garanzie verso Pneumococco e stabilità per le Beta-lattamasi.

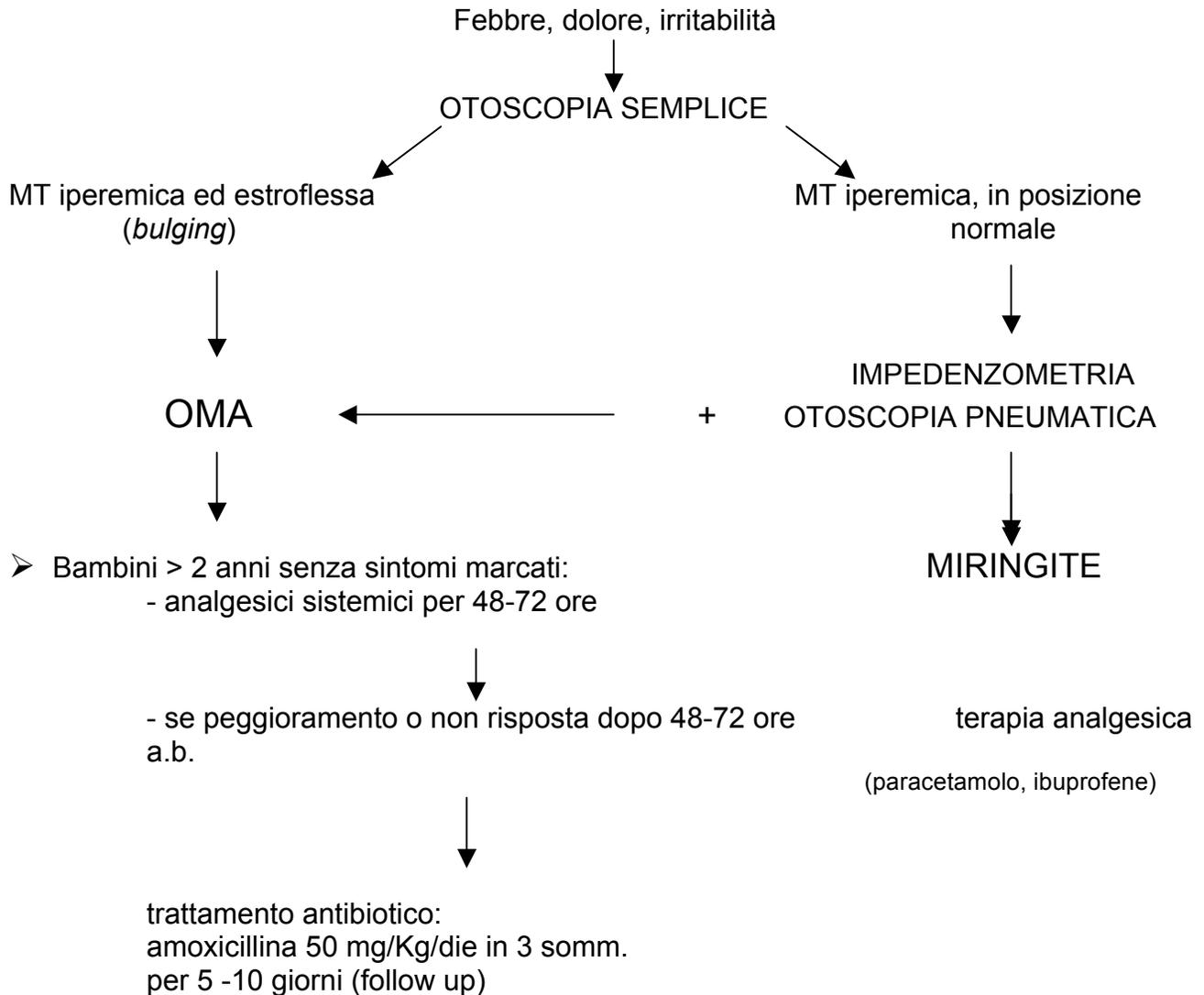
- Cefuroxime-axetil 30 mg/Kg/die in due somministrazioni per 5-10 gg e cefaclor 50 mg/Kg/die in due somministrazioni per 5-10 gg. (10 giorni sempre in bambini inferiori ai due anni) sono alternativi alla amoxicillina, se questa non è tollerata oppure non accettata.

I macrolidi in orecchio medio sono poco attivi e non garantisti verso pneumococco; il loro impiego può essere consentito solo negli allergici veri ai beta-lattamici.

OMA ricorrente:

- se la ricorrenza si presenta dopo 6 settimane, trattare con antibiotici di prima scelta (Amoxicillina 90 mg/kg/die per 10 giorni)
- se la ricorrenza si presenta prima delle 6 settimane, trattare con antibiotici di seconda scelta
- la profilassi antibiotica non è raccomandata perché favorisce l'aumento delle resistenze batteriche
- valutare il possibile impiego del vaccino antipneumococcico

Algoritmo dell'otite media acuta



Se non risposta:

- amoxicillina + acido clavulanico 50-90 mg /Kg/die in 2 somm. per 5-10 gg.
- ceftriaxone 50 mg/kg/die i.m. in una dose giornaliera per 5 gg.

➤ Bambini < 2 anni o bambini con sintomi marcati:

Amoxicillina 80-90 mg/Kg/die in 3 somm. per 10 gg.

Se l'amoxicillina non è accettata o tollerata:

- cefuroxime axetil 30 mg/Kg/die in 2 dosi per 5-10 gg (10 se < 2 anni)
- cefaclor 40 mg/kg/die in due somministrazioni per 5-10 gg. (10 se < di 2 anni)

BIBLIOGRAFIA

- 1) O'Neil P. Acute otitis media. *BMJ* 1999; 319: 833-5.
- 2) Rivard CI, Fernandez A. Otitis media in children: frequency, risk factors, and research avenues. *Epidemiologic Reviews* 1993; 15 (2): 444-65.
- 3) Berman S. Otitis media in children. *N Eng J Med* 1995; 332: 1560-5.
- 4) Marchetti F, Misticoni G. et al: La terapia dell'otite media in età pediatrica: la trasferibilità delle conoscenze scientifiche alla pratica del quotidiano. *Farmaci* 1994; 18 (2): 45-55.
- 5) Fromm J, Culpepper L, Grb P et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *BMJ* 1990; 300: 582-6.
- 6) Majeed A, Harris T: Acute otitis media in children. *BMJ* 1997; 315: 321-2.
- 7) Marchetti F. Trattare o non trattare? Il caso dell'otite media acuta. *Medico e Bambino* 1998; 7: 453-5.
- 8) Van Buchen FAM, Peeters MF, Van't Hof MA: Acute otitis media: a new treatment strategy. *BMJ* 1985; 290: 1033-7.
- 9) Claessen JQ, Appelman CL, Tow-Otten FW, et al. A review of clinical trials regarding treatment of acute otitis media. *Clin Otorolaryngol* 1992; 17: 251-7.
- 10) Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, et al: Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: meta-analysis of 5400 children from thirty-three randomized trials. *J Pediatr* 1994; 124: 355-67.
- 11) Del Mar C, Glasziou P, Haymen M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997; 314: 1526-9.
- 12) Fromm J, Culpepper L, Jacobs M, et al: Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ* 1997; 315: 98-102.
- 13) Mastroiacovo P, Bonati M. Quali evidenze nel trattamento delle patologie pediatriche più comuni? *Prospettive in pediatria* 1998; 28: 195-206.
- 14) Damoiseaux R, van Balen F, Hoes A, et al. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350-4.
- 15) Mastroiacovo P. Piccole orecchie sorde all'antibiotico. *OcchioClinico Pediatria* 2000; 6: 10-12.
- 16) Marolla F, Porro E. Le nuove linee guida per l'otite media acuta. Uno studio nell'ambulatorio del pediatra di famiglia. *Medico e Bambino* Febbraio 2000 pagine elettroniche (www.medicobambino.com).
- 17) Cates C. An evidence based approach to reducing antibiotic use in children with acute otitis media: controlled before and after study. *BMJ* 1999; 318: 715-6.
- 18) Liberati A, editor. *La medicina delle prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997.
- 19) Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ* 1998; 317: 273-6.
- 20) Feder G, Eccles M, Grol R. Using clinical guidelines. *BMJ* 1998; 317: 465-68.
- 21) Rosser WW. Application of evidence from randomised controlled trials to general practice. *Lancet* 1999; 353: 661-4.
- 22) Dowell SF, Marcy SM, Phillips WR, et al. Otitis media-Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics (suppl)* 1998; 101 (1): 165-171.
- 23) Klein JO. Review of consensus reports on management of acute acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1152-5
- 24) Gruppo di lavoro sulle linee guida per la prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie. Prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni respiratorie. *Medico & Bambino* 2000; 7: 438-440.

- 25) Dowell SF, Butler JC, Giebink GS, et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance-a report from the Drug-resistant Streptococcus pneumoniae therapeutic working group. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18; 1-9.
- 26) Gruppo di lavoro ACP sulla formazione permanente. La formazione permanente. *Medico & Bambino* 2000; 3: 177-82.
- 27) Guideline for the diagnosis and treatment of acute otitis media in children. Alberta Clinical Practice Guideline working group, Alberta Medical Association. In www.amda.ab.ca/cpg/index.html, February 2000.
- 28) Institute for Clinical Health Improvement. Otitis media in children. Diagnosis, treatment and prevention. *Postgraduate medicine*, 2000; 107:239-247
- 29) Children's Hospital Medical Center, Cincinnati (OH) Evidence based clinical practice guideline for medical management of otitis media in children 2 months to 6 years of age. Riportato in www.guideline.gov , National Guideline Clearinghouse, Agency for Health Research and Quality, Department for health and Human Services, Rockville, MD, USA, 1999
- 30) New Zealand Guideline Group Acute otitis media in www.nzgg.org.nz , Enigma Publishing Ltd, 2001-06-19
- 31) Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Antibiotics for acute otitis media in children (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 1, 2001, Oxford, Update Software.
- 32) Kozyrskyj AL, Hildes-Ripsyein GE, Longstaffe SEA, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP, Moffat MEK. Short course antibiotics for acute otitis media (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford, Software Update.
- 33) Damoiseaux RA, van Balen F A, Hoes A W, De Melker R A Antibiotic treatment of acute otitis media in children under two years of age: evidence based? *British Journal of General Practice* 1998, 48:1861-1864
- 34) Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society (CPS).
- 35) Antibiotic management of acute otitis media *Paediatrics and Child Health* 1998;3(4): 265-267
- 36) The Otitis Media Guideline Panel, American Academy of Pediatrics. Managing otitis media with effusion in young children. *Pediatrics*, 1994, 94(5), in www.aap.org/policy/otitis.htm
- 37) Witmer A, Wells A M, Seymour R J. A comparison of the effectiveness of pharmacologic treatment of otitis media with effusion in children: integrative and meta-analysis. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 1998;5(4)
- 38) Flynn CA, Griffin G, Tudiver F. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 39) Butler CC, van der Voort JH. Oral or topical nasal steroids for hearing loss associated with otitis media with effusion in children (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 40) Acuin J, Smith A, Mackenzie I. Interventions for chronic suppurative otitis media (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software

Redatto dall'associazione culturale Lucrezia Corner di Venezia

(...)

Discusso e revisionato con il Prof. Ruggero D'Elia, titolare della Cattedra di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Padova