

OTITE MEDIA ACUTA

Cosa è?

L'otite media acuta (OMA) è una infiammazione con presenza di pus nell'orecchio medio con sintomi e segni di infezione locali e sistemici molto frequente in età pediatrica. L'incidenza è massima nel secondo semestre di vita. Nell'80% dei casi l'eziologia è batterica, in prevalenza *Streptococcus Pneumoniae* (20 - 40%), *Haemophilus Influenzae* (10 - 30%), *Moraxella Catarrhalis* (5 - 15%), *Streptococcus Pyogenes* (3 - 7%).

Come si presenta:

Le caratteristiche della sintomatologia sono generalmente molto variabili e poco specifiche. Si va da forme con dolore, febbre, malessere a quadri praticamente asintomatici o con sintomi aspecifici (anoressia, disturbi gastrointestinali, irritabilità). I sintomi più caratteristici sono: otalgia (bambino che si tocca l'orecchio), irritabilità, e/o febbre. Gli elementi fondamentali per la definizione di OMA sono i seguenti:

- **Esordio acuto**, entro 72 ore ed in genere improvviso inizio dei sintomi;
- Segni di **infiammazione** dell'orecchio medio (iperemia e colore giallastro della MT);
- **Essudato nell'orecchio medio**, indicato da estroflessione della membrana timpanica o da assente/fortemente limitata mobilità; o otorrea da perforazione spontanea.

Il concetto di gravità della sintomatologia dell'otite media è tuttora poco chiaro in letteratura. Sono state formulate per questa ragione diverse scale di gravità. Come esempio, si riporta (tabella 1) il punteggio utilizzato da Le Saux, sulla base del quale un episodio è definito lieve se la somma dei punteggi è compresa fra 0 e 2, moderato fra 3 e 7 e grave fra 8 e 15.

Quali esami strumentali fare:

- **OTOSCOPIA SEMPLICE:** La valutazione otoscopica consente, da un lato, una valutazione diretta della membrana timpanica e delle sue caratteristiche che possono indirizzare verso una diagnosi di flogosi, dall'altro una analisi indiretta, per trasparenza, dell'obiettività della cassa timpanica, alla ricerca della presenza di essudato. L'acronimo "COMPLETES" facilita la memorizzazione degli elementi da valutare:
 - Color tympanic membrane (colore);
 - Other conditions (livelli idro-aerei, perforazione, retrazione, otorrea, timpanosclerosi);
 - Mobility (mobilità);
 - Position (posizione);
 - Lighting (luminosità);
 - Entire surface (visualizzazione di tutti i quadranti);
 - Translucency (trasparenza);
 - External auditory canal (canale auricolare esterno);
 - Seal (tenuta d'aria).

Tab. 1

CARATTERISTICA	PUNTEGGIO 0	PUNTEGGIO 1	PUNTEGGIO 2	PUNTEGGIO 3
T° corporea (°C)	< 38	38.0 – 38.5	38.6 – 39.0	> 39.0
Irritabilità	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Portare la mano all'orecchio	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Iperemia MT*	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Estroflessione MT*	Assente	Lieve	Moderata	Grave

*MT: membrana timpanica

La descrizione deve avvenire per entrambe le membrane timpaniche e l'episodio deve essere descritto come bilaterale o monolaterale, in quanto è noto che gli episodi bilaterali possono avere una maggiore gravità ed una evoluzione meno favorevole. La definizione di flogosi della membrana timpanica con presenza di essudato nell'orecchio medio si basa sul rilievo di membrana estroflessa con intensa iperemia oppure di colore giallastro (per visione in trasparenza di materiale purulento endotimpanico). La mobilità della membrana timpanica risulta spesso assente o fortemente ridotta ed è possibile identificare la presenza di livelli idro-aerei retro-timpanici. In alternativa è segno obiettivo certo di OMA la presenza di otorrea con membrana timpanica perforata spontaneamente.

- **PNEUMOTOSCOPIA:** Numerose linee guida riportano che la diagnosi di OMA raggiunge il maggiore grado di affidabilità quando condotta con un otoscopio pneumatico in grado di identificare la presenza di versamento endotimpanico in modo significativamente più rilevante rispetto all'otoscopio semplice. L'utilizzo dell'otoscopio pneumatico è tuttavia estremamente limitato nella pratica comune quotidiana italiana.
- **IMPEDENZOMETRIA E REFLETTOMETRIA:** L'impedenzometro e il riflettometro possono essere di aiuto nell'individuare la presenza di versamento timpanico e quindi risolvere i casi dubbi.

Quali esami di "laboratorio" fare:

Non ci sono evidenze circa l'utilità di eseguire esami di laboratorio specifici in caso di OMA.

Come trattarla in ps:

L'otalgia è parte integrante della definizione di OMA e la gestione terapeutica deve prevedere in Pronto Soccorso una valutazione del dolore e la sua cura. Il trattamento sintomatico dell'otalgia si avvale dell'impiego di analgesici, ad esempio:

- **Paracetamolo:** 10 - 15 mg/Kg/die, ogni 6 ore;
- **Ibuprofene:** 20 - 30 mg/Kg/die, in 3 somministrazioni

Nei bambini oltre i 3 anni di vita è accettabile la somministrazione topica di soluzioni analgesiche (lidocaina 2%) in soluzione acquosa, in aggiunta alla terapia antalgica sistemica, nelle prime 24 ore dalla diagnosi di OMA con otalgia da moderata a severa, in assenza di perforazione timpanica.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

Le principali indicazioni al ricovero sono rappresentate dalle complicanze dell'OMA, di cui se ne riporta una classificazione. (Tabella 2)

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

VIGILE ATTESA: Più dell'80% degli episodi di OMA si risolvono spontaneamente in 2-3 giorni, senza terapia antibiotica. La linea guida pubblicata dall'American Academy of Pediatrics consiglia un atteggiamento di vigile attesa per i 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 prevede l'opzione di non trattare immediatamente con antibiotici l'otite non grave usando in prima battuta solo un analgesico per OS, e di passare alla terapia antibiotica in caso di mancata risoluzione. La vigile attesa

Tab. 2

INTRATEMPORALI	ENDOCRANICHE	VENOSE
LOCALI	MENINGITE/ ENCEFALITE OTOGENA	TROMBOFLEBITI
REGIONALI: Mastoidite Acuta Paralisi del nervo facciale Petrosite Labirintite	Ascessi extra e subdurali Ascessi cerebrali	

può essere applicata solo nel caso in cui sia garantita la possibilità di follow-up (telefonico e/o clinico) entro 48 - 72 ore e deve essere valutata nel singolo caso e condivisa con i genitori. Questa gestione è dichiaratamente rivolta solo a soggetti sani, in assenza di sintomi gravi e senza patologie otologiche pregresse (recente OMA, effusione endotimpanica resistente).

TERAPIA ANTIBIOTICA

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 invece sempre raccomandata nei soggetti con otite media acuta di età inferiore a 2 anni con otite bilaterale, nei soggetti con sintomatologia grave, in quelli con otorrea da perforazione spontanea e in quelli con storia di ricorrenza.

La gravità dell'episodio deve essere tenuta in considerazione, pur in assenza di dati di evidenza sulla superiorità di un punteggio clinico rispetto ad altri. Nei soggetti con sintomatologia grave, di età inferiore a 2 anni, nei quali, espletate tutte le procedure diagnostiche, non ci sia ancora certezza di OMA, il trattamento antibiotico è ragionevolmente consigliabile.

Le molecole raccomandate per il trattamento sono da distinguere in base a criteri clinici come segue:

- **otite media acuta non complicata** e con sintomatologia lieve in soggetti senza fattori di rischio per resistenze batteriche e senza storia di ricorrenza:
 - Scelta raccomandata: **AMOXICILLINA** (50-90 mg/Kg/die, in 2-3 dosi)
 - Scelta alternativa: **CEFACTOR** (50 mg/kg/die)
- **otite media acuta complicata** da otorrea, con sintomatologia grave, e/o in soggetti a rischio di resistenza batterica o con recidività:
 - Scelta raccomandata: **AMOXICILLINA/ACIDO CLAVULANICO** (80-90 mg/Kg/die, in 2 somministrazioni)
 - Scelte alternative: **CEFUROXIMA AXETIL** (30 mg/Kg/die, in 2 somministrazioni) o **CEFPODOXIMA PROXETIL** (8 mg/Kg/die, in 2 somministrazioni).

Tab.3 Strategia terapeutica dell'otite media acuta non complicata*

DIAGNOSI CERTA				
LATERALITÀ	BILATERALE		MONOLATERALE	
SEVERITÀ SINTOMI	GRAVE	LIEVE	GRAVE	LIEVE
Età < 6 mesi	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato
Età 6 - 24 mesi	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Antibiotico immediato	Vigile attesa
Età > 24 mesi	Antibiotico immediato	Vigile attesa	Vigile attesa	Vigile attesa

* assenza di otorrea, complicanze intracraniche o storia di ricorrenza

Le scelte alternative sono da consigliare nei soggetti in cui sia dimostrato un fallimento terapeutico, con persistenza di sintomi oltre 48-72 ore dall'inizio della terapia o in cui il rischio di patogeni resistenti sia aumentato (età < 3 anni, frequenza asilo nido, terapia antibiotica nei 30 giorni precedenti, recidività di OMA, appartenenza ad area geografica ad alta prevalenza di batteri). In caso di maggior rischio di resistenze un'alternativa è rappresentata dall'incremento della dose di amoxicillina (sia semplice che protetta) fino a 100-120 mg/kg/die. L'uso dei macrolidi non è consigliabile ad esclusione dei casi con allergia sia ad amoxicillina che a cefalosporine. Si raccomanda che la durata della terapia antibiotica sia di 10 giorni in bambini a rischio di evoluzione sfavorevole (minori di 2 anni e/o con otorrea spontanea). E' possibile una durata ridotta (5 giorni) in bambini maggiori di 2 anni senza rischio di evoluzione sfavorevole.

Un'alternativa alla terapia per via orale è rappresentata dalla somministrazione parenterale di **CEFTRIAXONE** (50mg/kg in monodose, per 3 giorni).

L'utilizzo di ceftriaxone per via intramuscolare deve essere tuttavia riservato alla gestione del fallimento terapeutico dopo adeguata somministrazione di farmaci per via orale o per i soggetti incapaci di assumere correttamente la terapia per os.

Tab.4 Terapia antibiotica dell'otite media acuta

CARATTERISTICHE DELL'EPISODIO	RACCOMANDATA	ALTERNATIVA
Sintomi lievi No otorrea No ricorrenza No fattori di rischio*	Amoxicillina (50 mg/kg/die in 2 - 3 dosi)	Cefaclor (40 - 50 mg/kg/die in 2 dosi)
Sintomi gravi Otorrea Ricorrenza No fattori di rischio*	Amoxicillina+ acido clavulanico (80 - 90** mg/kg/die in 2 - 3 dosi)	Cefuroxima axetil (30 mg/kg/die in 2 dosi) Cefpodoxima proxetil (8mg/kg/die in 2 dosi)

* Fattori di rischio di maggiore resistenza batterica: età < 3 anni, frequenza all'asilo, fratelli più grandi che frequentano l'asilo, recente (meno di un mese) terapia antibiotica

**Dose riferita ad amoxicillina

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics and American Academy of family physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2004;113: 1451-1465.
2. Berman S. Otitis media in children. N Eng J Med 1995;332:1560-5.
3. Linee Guida della Società Italiana di Pediatria. Otitis Media Acuta: dalla diagnosi alla prevenzione. 2010; 9-44.
4. Marchisio P, Mira E, Klersy C, et al. Medical education and attitudes about the acute otitis media guidelines: an Italian survey of paediatricians and otolaryngologists. Pediatr Infect Dis J 2009; 28 (1):1-4.
5. Sanders S, Glasziou PP, DelMar C, Rovers M. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub2. (revisione 2009).