

## APPLICABILITÀ DELLA STRATEGIA DELLA "VIGILE ATTESA" NEL TRATTAMENTO DELL'OMA Le attitudini dei pediatri di famiglia in Friuli Venezia Giulia

D. Orso<sup>1</sup>, M. Pizzul, N. Bassani, G. Besoli, P. Bohm, L. Castelpietra, S. Centuori, G. Cescato, A. Clemente, V. Colacino, P. Cortesia, F. Cuttini, G. De Carolis, R. De Clara, A. De Manzini, T. De Monte, P. De Mottoni, S. Facchini, S. Fain, N. Francano, G. Gaeta, A. Genero, G. Geronti, P. Iaschi, D. Lizzi, P. Lizzi, M. Lorenzon, L. Loschi, P. Lubrano, A. Macaluso, S. Marinoni, P. Materassi, S. Minisini, C. Muzzolini, F. Nicoloso, C. Perin, L. Prata, C. Rizzian, D. Rosenwirth, I. Rudoj, G. Scornavacca, R. Servello, M. Spaccini, M. Stradi, M. Tasso, L. Tion, M. Trevisan, A. Ulliana, D. Venir, A. Vinci, O. Volpi, D. Grasso<sup>2</sup>, F. Marchetti<sup>1</sup>

Pediatra di famiglia, Friuli Venezia Giulia

<sup>1</sup>Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

<sup>2</sup>SCO ORL Pediatrica e Audiologia, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Indirizzo per corrispondenza: marchetti@burlo.trieste.it

### APPLICABILITY OF "WAIT-AND-SEE" STRATEGY ON TREATMENT OF AOM

#### The attitudes of primary paediatric physicians in Friuli Venezia Giulia, Italy

**Key words** AOM, Wait-and-see strategy, Antibiotic therapy, Primary care paediatric physicians

#### Summary

**Objectives** - Evaluating the applicability of international practice guidelines based on wait-and-see strategy for children with acute otitis media (AOM) in a regional primary care paediatric practices (PPs) setting.

**Methods and materials** - A simple questionnaire was submitted to 110 primary paediatric physicians in Friuli Venezia Giulia (FVG), Italy. The physicians who answered were 57 (51.8%).

**Results** - 83% of PPs apply the wait-and-see strategy. The age under which the PPs use antibiotic in any case is 1 year of life for 43% and 2 years of life for 27%. 49% of PPs using delayed prescribing strategy discharge patients with an antibiotic prescription and instruct parents to fill if their children's symptoms persisted 2 or 3 days; 33% do not usually but from time to time discharge without prescription. 84% use amoxicillin. The used dosage of amoxicillin is 50 mg/kg for 54%, 75 mg/kg or more for 46%.

**Conclusions** - FVG's PPs generally comply with the proposed guidelines. Some controversial points remain (age criterion for wait-and-see strategy or optimal antibiotic dosage). Further studies are required to understand peculiarly influencing factors.

**Introduzione** - L'otite media acuta (OMA) è una delle più comuni infezioni dell'infanzia (30% dei bambini sotto i 3 anni e 80% sotto i 7 anni sono visti dal pediatra per un'OMA) e rappresenta il più frequente motivo di prescrizione di antibiotici in ambito pediatrico nei Paesi sviluppati: basti pensare che la spesa sanitaria statunitense direttamente legata a questa patologia si aggira attorno ai 2-3 miliardi di dollari all'anno.

In considerazione delle evidenze della letteratura, che riportano il beneficio modesto della somministrazione dell'antibiotico nei

casi di OMA nelle prime 24 ore, della rarità delle complicanze temibili come la mastoidite o la meningite, e della necessità di ridurre i costi sanitari e di prevenire il problema sempre più emergente della resistenza antibiotica, da diversi anni sono state proposte linee guida (LG) che hanno l'obiettivo di implementare la strategia di "vigile attesa", cioè l'astensione dalla prescrizione dell'antibiotico in caso di OMA, almeno per le prime 48-72 ore, a meno che non vi siano specifiche condizioni che richiedano l'utilizzo dell'antibiotico in prima istanza. Diversi studi, condotti anche nell'ambito della Pediatria di famiglia italiana, hanno dimostrato l'applicabilità della vigile attesa nel contesto sia della pediatria ambulatoriale che di Pronto Soccorso ospedaliero. Tuttavia non è sufficientemente noto se l'attitudine alla vigile attesa sia una pratica che, nelle singole realtà territoriali, trovi l'adesione motivata della maggioranza dei pediatri e quale tipologia di bambini con OMA riguarda.

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare l'adesione o l'eventuale difformità, rispetto alle LG sulla gestione dei casi di OMA, dei pediatri di famiglia (PdF) della Regione Friuli Venezia Giulia (FVG).

**Materiali e metodi** - Lo studio è stato condotto su tutti i 110 PdF della Regione FVG, attraverso l'utilizzo di un questionario molto semplice, volto a definire l'atteggiamento terapeutico nei casi di OMA, con particolare riferimento alla terapia antibiotica.

**Risultati** - I pediatri che hanno risposto al questionario sono stati 57, pari al 51,8% del totale dei PdF della Regione FVG. La maggioranza dei PdF (89%) non usa mai il pneumotoscopio per diagnosticare l'OMA, 4 (7%) lo hanno utilizzato in passato o lo utilizzano ancora qualche volta e solo 2 (4%) lo utilizzano abitualmente. L'83% dei PdF partecipanti ha sostenuto di non prescrivere l'antibiotico immediatamente e di darsi un "tempo di attesa", il 5% ha sostenuto altrimenti e il 12% non ha potuto dare una risposta univoca, sostenendo che la decisione è influenzata dal quadro clinico del paziente e dall'aspetto della membrana timpanica.

Per ciò che concerne l'età limite al di sotto della quale dare l'antibiotico subito, il 43% dei PdF che hanno risposto al questionario prescrive l'antibiotico "sempre" se il paziente ha un'età inferiore all'anno di vita, il 27% se < 2 anni, il 14% se < 6 mesi di vita e il 16% non considera l'età quale fattore decisivo per la prescrizione dell'antibiotico.

Alla domanda "Se consigiate l'attesa, date comunque la ricetta dell'antibiotico alla mamma?", la metà (N=28) ha risposto sì, il 18% riporta di non dare la ricetta al momento della visita; per il 33% la decisione dipende dalla possibilità di rivalutare il paziente in tempi brevi e/o dal giorno della settimana in cui si presenta il paziente. La maggioranza dei PdF partecipanti (84%) utilizza in prima battuta l'amoxicillina, il 5% l'associazione amoxicillina-acido clavulanico, il 9% utilizza indifferentemente l'una o l'altra. Il dosaggio dell'amoxicillina prescritto è per il 54% dei PdF pari a 50 mg/kg/die, per la restante percentuale un dosaggio superiore (di solito pari a 75 mg/kg/die).

Riguardo alla febbre quale indicazione a un differente approccio terapeutico, 44 (77%) PdF non indicano tale condizione clinica come sufficiente per l'utilizzo dell'antibiotico in prima istanza, mentre per 11 (19%), al contrario, è un elemento sufficiente.

**Conclusioni** - La strategia della vigile attesa nel trattamento dell'OMA sembra essere una pratica largamente condivisa e applicata dalla metà dei PdF della Regione FVG che hanno risposto al questionario. A fronte di un maggior impegno culturale ed educativo del pediatra ambulatoriale i vantaggi della strategia della vigile attesa nei casi di OMA, sia diretti sul paziente (quale la riduzione degli effetti collaterali della terapia antibiotica) sia indiretti sulla popolazione (in termini di farmaco-resistenze, di spesa pubblica e di educazione sul buon uso del farmaco), trovano riscontro anche nel setting della Pediatria ambulatoriale.

Rimangono ancora, così come nelle evidenze prodotte in letteratura, alcune controversie in merito all'età al di sotto della quale la strategia dell'attesa è ancora vantaggiosa, al dosaggio ottimale dell'antibiotico qualora si renda necessario il suo uso. Sarebbe auspicabile conoscere se la strategia della vigile attesa è utilizzata o meno anche in altri ambiti regionali, con l'obiettivo di poter adottare un approccio pratico comune e condiviso in conformità con le LG recentemente proposte.

**Nota.** La discussione è riportata per esteso nella versione online.

## ADR (REAZIONE AVVERSA AI FARMACI) DA IBUPROFENE: DESCRIZIONE DI UN CASO

N. Sardi, P. Fusco, S. Fungi, A. D'Amato, L. Besenon  
SC di Pediatria, Ospedale "SS. Annunziata", Savigliano (Cuneo)

**Indirizzo per corrispondenza:** sardinicola@hotmail.com

### ADR (ADVERSE DRUG REACTION) TO IBUPROFEN: CASE REPORT

**Key words** ADR, Case report, Ibuprofen, Children

**Summary** We report a case of a 7-year-old girl developing an haemorrhagic duodenitis as a consequence of the administration of a single standard dose of ibuprofen for the symptomatic treatment of an upper respiratory tract infection. The aim of the case report was to underline that gastroenteric bleeding may be one of the side effects of nonsteroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) used at standard doses.

**Caso clinico** - E. è una bambina italiana di sette anni e mezzo, giunta presso il nostro Pronto Soccorso (PS) per quattro episodi di ematemesi verificatisi durante la giornata. Tali episodi si erano verificati circa sei ore dopo l'assunzione di una singola dose da 7,5 ml (pari a 150 mg) di ibuprofene sciroppo. La bambina aveva già precedentemente assunto tale farmaco senza presentare alcun problema. L'anamnesi familiare evidenziava la presenza nel padre di ulcera da stress. L'anamnesi patologica remota risultava silente; nell'anamnesi patologica prossima era presente faringodinia da alcuni giorni: per tale motivo il curante aveva consigliato l'assunzione di ibuprofene sciroppo al bisogno; la paziente non aveva assunto altri farmaci negli stessi giorni. All'ingresso in PS, E. presentava condizioni generali discrete; peso di 23 kg; cute rosea; assenza di manifestazioni emorragiche; obiettività cardiaca e respiratoria nella norma; addome trattabile, moderatamente dolente in zona epigastrica, organi ipocondriaci nei limiti; obiettività neurologica nella norma; faringe e tonsille lievemente iperemici. L'emocromo eseguito all'ingresso evidenziava: GB 15.600, N 88%, Hb 13,2 g/dl, PLT 356.000; la PCR era nei limiti della norma (1,1 mg/dl); nella norma risultavano inoltre creatinina, azotemia, elettroliti, prove emogeniche. La bambina è stata ricoverata ed è stata sottoposta a terapia endovenosa con ranitidina (2 mg/kg/die) per 5 giorni. È stata eseguita una esofagogastroduodenoscopia (EGDS) che ha evidenziato un quadro di duodenite erosiva bulbare, compatibile con l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), e piccola lacerazione a livello esofageo ascrivibile a Mallory-Weiss.

È stata inviata segnalazione di reazione avversa su apposito modulo. La Rete di Farmacovigilanza Nazionale (RNF) ha indicato

come probabile secondo l'algoritmo di Jones, utilizzato dalla Food and Drug Administration (FDA), la reazione a carico del farmaco segnalato.

Durante il ricovero, E. non ha più presentato episodi di ematemesi ed è stata dimessa in buone condizioni generali.

Al domicilio è stata prescritta terapia antiacida. Il controllo clinico a distanza di circa un mese è risultato nella norma ed è dunque stata sospesa la terapia in atto.

**Discussione** - L'ibuprofene è un analgesico antinfiammatorio di sintesi, dotato di spiccata attività antipiretica. Chimicamente è il capostipite dei derivati fenilpropionici. L'attività analgesica è di tipo non narcotico ed è 8-30 volte superiore a quella dell'acido acetilsalicilico. È un potente inibitore della sintesi delle prostaglandine ed esercita la sua attività inibendone la sintesi perifericamente.

Numerosi studi hanno evidenziato come l'ibuprofene presenti, se paragonato ad altri FANS, un rischio relativamente basso di ADR gastrointestinali, epato-renali e di altro tipo. In età pediatrica l'ibuprofene si è dimostrato relativamente sicuro ed efficace nel trattamento del dolore acuto e della febbre. Anche a dosaggi standard (5-10 mg/kg/dose ogni 6-8 ore; dosaggio terapeutico massimo 30 mg/kg/die-1,2 g/die) si possono tuttavia determinare effetti collaterali potenzialmente importanti; l'utilizzo di tale farmaco va dunque limitato alle situazioni di reale necessità, sempre considerandone il profilo rischio/beneficio anche in base al tipo di paziente.

Un recente studio francese evidenzia come circa un terzo dei casi di sanguinamento gastrointestinale alto possano essere evitati, in quanto attribuibili all'esposizione a FANS utilizzati a dosi analgesiche o antipiretiche. L'Odds Ratio aggiustato di esposizione calcolato in questo studio è risultato pari a 8,2 per i FANS nel loro complesso. Nelle conclusioni gli Autori sottolineano dunque la necessità di una maggiore cautela nella prescrizione dei FANS in età pediatrica. Significativi sono inoltre i dati italiani dello studio dell'Istituto Superiore di Sanità condotto in sei dipartimenti pediatrici italiani: tale studio ha confermato un incremento di circa 4 volte del rischio di lesioni gastroduodenali in associazione all'uso di FANS nella popolazione pediatrica. Per quanto riguarda i singoli FANS, il ketoprofene è risultato l'antinfiammatorio non steroideo più gastrotossico.

Questi dati evidenziano chiaramente l'importanza dell'impiego appropriato dei FANS in età pediatrica: tutto il personale medico dovrebbe dunque essere sensibilizzato a una maggiore cautela nella prescrizione di FANS ai bambini.

Si ricorda inoltre la fondamentale importanza della segnalazione delle ADR, implementando in questo modo la rete di farmacovigilanza, al fine di permettere un continuo monitoraggio e un impiego sempre più razionale dei farmaci nel bambino.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi contributivi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 617. La **Ricerca** di questo numero analizza l'attitudine dei pediatri di famiglia della Regione Friuli Venezia Giulia ad applicare la "vigile attesa" nel trattamento dell'otite media acuta: un lavoro corale che offre spunti di riflessione e discussione. I due **Casi contributivi** descrivono rispettivamente un caso di HIV di difficile diagnosi e una reazione avversa da ibuprofene. **Pediatria per immagini**: quando una febbre di origine sconosciuta nasconde una tubercolosi miliare. Come spesso accade, i **Casi indimenticabili** descrivono vissuti di pediatri alle prese con diagnosi non proprio scontate. Infine i **Quiz di M&B**, curati dal prof. Panizon: in questo numero gli argomenti di valutazione spaziano dall'auxologia alla nefrologia... passando per molto altro.