

### Tubini timpanostomici a New York nel 2002

**GIORGIO BARTOLOZZI**

*Membro della Commissione Nazionale Vaccini*

Indirizzo per corrispondenza: [bartolozzi@unifi.it](mailto:bartolozzi@unifi.it)

Tutti ormai sanno che l'**otite media** è la più comune malattia dell'infanzia (a tre anni di età il 75% dei bambini ha avuto un'otite o più di una) e molti sono d'accordo che il riconoscimento e la cura di questa affezione spetta di diritto al pediatra di famiglia. Solo quando l'otite esce dagli usuali binari per durata, per complicazioni o per ripetitività, il pediatra ritiene corretto rivolgersi all'otorino, ricordando sempre che spetta a lui condurre "la danza" e concordare con l'otorino il da farsi.

Mentre in Italia l'intervento dell'otorino, in caso di otite media acuta, è rivolto prevalentemente all'asportazione delle adenoidi e/o delle tonsille, negli Stati Uniti prevale l'inserzione di un tubino timpanostomico, che in quel Paese rappresenta la procedura chirurgica più frequentemente eseguita nei bambini (si parla di circa 2 milioni d'inserzioni ogni anno). I **tubini timpanostomici** possono essere inseriti:

- per trattare la persistenza di un'otite media con versamento (OME)
- per trattare episodi ricorrenti di otite media acuta

Ambedue queste circostanze possono essere associate a una riduzione dell'acutezza auditiva e possono, alla lunga, avere delle conseguenze sulla ricchezza del vocabolario del bambino (deficit cognitivo, linguistico e psico-sociale quando l'OME si prolunghi per molti mesi) o sulle strutture dell'orecchio medio.

I tubini timpanostomici sono dei piccoli condotti che servono a ventilare l'orecchio medio, attraverso la membrana del timpano, in sostituzione della ventilazione attraverso la tuba di Eustachio, chiusa in queste condizioni.

I **benefici** immediati dell'inserzione del tubino timpanostomico prevedono una diminuzione nel numero delle otiti medie acute, accorciano la durata del versamento nell'orecchio medio e migliorano l'udito. Non è stato ancora ben definitivo il vantaggio sulla qualità della vita di questi bambini. C'è tuttavia il rischio che il tubino timpanostomico determini delle cicatrici nel timpano, che determini una perdita dell'udito di bassa intensità, che induca otorrea, colesteatoma, perforazione persistente oltre al rischio dell'anestesia generale per la sua inserzione.

Le **linee guida statunitensi del 2004** (molto simili alle precedenti del 1994) prevedono l'inserzione del tubino timpanostomico quando l'otite media con versamento (timpanogramma piatto) duri 4 mesi o più, con persistente perdita dell'acutezza auditiva o con la presenza di altri segni o sintomi, o per la presenza di otiti ricorrenti in bambini a rischio. Sono definiti bambini a rischio:

- quelli che hanno perdita di udito indipendentemente dall'otite media con versamento
- quelli che hanno disturbi del linguaggio
- quelli con autismo o con altre manifestazioni di alterato sviluppo psichico
- quelli con sindrome di Down o con altri sindromi cranio-facciali
- quelli con disturbi della visione
- quelli con ritardo nel parlare
- quelli con palato fissurato
- quelli con ritardo di sviluppo

Fa piacere venire a sapere che queste linee guida sono state concordate fra l'Accademia Americana di Pediatria, l'Accademia dei Chirurghi Otorinolaringoiatri (va ricordato che l'otorinolaringoiatria è una branca chirurgica) e del collo, e l'Accademia Americana dei Medici di Famiglia. L'età del bambino può andare dai due mesi ai 12 anni.

La descrizione delle caratteristiche cliniche dei bambini sottoposti negli USA all'inserzione del tubino timpanostomico sono state oggetto di una ricerca, pubblicata di recente (Keyhani S, Kleinman LC, Rothschild M et al. [Clinical characteristics of New York City children who received tympanostomy tubes in 2002](#). *Pediatrics* 2008;121:e24-e33).

Questo studio retrospettivo ha riguardato 1.046 bambini che erano stati operati nel 2002 in uno

dei 5 ospedali dell'area di New York. Sono stati analizzati i dati clinici di 682 (65%) bambini per i quali è stato possibile ottenere i dati essenziali attraverso le cartelle dell'ospedale, del pediatra e dell'otorino.

L'età media di questi bambini è stata di 3,8 anni, il 57% erano maschi: più del 25% aveva già ricevuto dei tubini in precedenza. Le ragioni dell'intervento furono nel 60,4% dei bambini un'otite media con versamento, nel 20,7% un'otite media ricorrente e nel 10,6% un cattivo funzionamento della tuba di Eustachio. I bambini con otite media ricorrente, avevano avuto 3,1 episodi di otite nell'anno precedente; quelli con otite media con versamento avevano il versamento in media da circa un mese, al momento in cui furono sottoposti all'intervento chirurgico. Il 25% dei bambini aveva un versamento bilaterale dell'orecchio medio, la cui durata era superiore ai 42 giorni.

Da questi dati si ricava che le **caratteristiche cliniche** dei bambini che ricevettero i tubini timpanostomici variavano largamente. La maggior parte dei bambini aveva un versamento nell'orecchio medio, la cui durata era nettamente inferiore a quella raccomandata dalle linee guida del 2004, prima dell'intervento. Tutto ciò sottolinea la difficoltà nella pratica clinica di far coincidere la corrente pratica clinica con le linee guida più recenti.

#### **Considerazioni personali di un pediatra italiano**

Quale prima riflessione?

Che tutto il mondo è Paese. Linee guida per ogni malattia e per ogni situazione: ma a cosa servono se poi nella pratica corrente non vengono affatto seguite? Inserire un tubino timpanostomico un mese dopo un'otite media acuta perché è presente un'otite media con versamento dimostra un'ignoranza crassa della patologia dell'orecchio medio: ogni otite media acuta quando sia superata, lascia per periodi di tempo diversi una situazione che si identifica con un'otite media con versamento.

A volte questa situazione dura 1-2 settimane, ma spesso può durare un mese o più: non come patologia ma come evoluzione, diciamo fisiologica, di un'otite media acuta. Sotto questo riguarda i nostri otorini sono molto, ma molto più corretti, anche se, secondo il mio parere, potrebbero usare più spesso l'inserzione di un tubino timpanostomico, per risolvere il problema dell'otite media acuta, invece di intervenire sempre sulle adenoidi/tonsille.

Vuoi citare questo contributo?

G. Bartolozzi. TUBINI TIMPANOSTOMICI A NEW YORK NEL 2002. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2008; 11(3)  
[http://www.medicoebambino.com/?id=AP0803\\_20.html](http://www.medicoebambino.com/?id=AP0803_20.html)