

Otite, Mastoidite e Vigile Attesa

FEDERICO MARCHETTI

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

indirizzo per corrispondenza: marchetti@burlo.trieste.it

La terapia dell'otite media acuta (OMA) è uno degli ambiti terapeutici più discussi negli ultimi anni, in merito alla opportunità di utilizzare l'antibiotico in tutti i casi con diagnosi probabile o certa di otite. In ogni caso sembra che esista una divergenza di comportamenti (e probabilmente di opinioni) tra le diverse linee guida (LG) pubblicate negli ultimi anni (che prevedono, sulla base di documentate evidenze, la possibilità di utilizzare la "vigile attesa" in casi selezionati), e i comportamenti adottati dai pediatri di famiglia e gli specialisti otorini nella pratica clinica. In altre parole, si continua a prescrivere ancora l'antibiotico in tutti i casi di OMA, anche di fronte a un bambino con otalgia, senza febbre e con una membrana timpanica un po' iperemica (diagnosi incerta o di poca probabilità). E questo ha un suo costo, non tanto economico, ma ecologico e di educazione della famiglia, esemplificativo a volte di una gestione più complessiva della comune patologia delle infezioni delle alte vie respiratorie.

In Inghilterra recentemente sono state pubblicate delle LG da parte della [NICE](#) che hanno un obiettivo ambizioso, ma anche molto razionale, che riunisce bambini e anziani, rispetto a condizioni molto specifiche di fronte alle quali è opportuno utilizzare l'antibiotico in prima istanza nei casi di *Respiratory tract infections*.

Per l'otite questi casi riguardano, sulla base dei risultati di un lavoro di metanalisi, i bambini con età < 2 anni e con OMA bilaterale e quelli con otorrea. Un trattamento antibiotico immediato va anche riservato ai bambini con OMA e compromissione delle condizioni generali o con una condizione di base che può essere a rischio di decorso prolungato della sintomatologia o di complicanze (ad esempio malattia cronica). Secondo gli esperti della NICE l'adozione nella pratica di queste raccomandazioni può ridurre del 63% l'utilizzo dell'antibiotico nei casi di OMA, percentuale simile a quella ottenuta dal gruppo di lavoro italiano dei pediatri di famiglia che ha adottato nella pratica [la strategia della vigile attesa](#).

Le LG della NICE sono molto simili, nel razionale e nelle indicazioni, a quelle pubblicate dalla [Regione Emilia Romagna](#) nel 2007 e che hanno, come più volte detto, una valenza nazionale e internazionale.

Vi è in particolare un motivo per cui le LG che prevedono la vigile attesa di fronte a casi selezionati di OMA sono spesso disattese: la paura di avere delle complicanze e in primis la mastoidite.

L'importante lavoro retrospettivo pubblicato recentemente su *Pediatrics* sui casi di mastoidite in Inghilterra associati o meno all'uso dell'antibiotico (esempio di sorveglianza "nazionale", di una prospettiva sanitaria di sanità pubblica e di rigore metodologico) e recensito su questo numero di *Medico e Bambino Pagine Elettroniche* dal prof. Bartolozzi nella rubrica ["Appunti di Terapia"](#) ci dice alcune cose importanti:

1. il general practitioner (GP) research database ha incluso i dati relativi a 2.622.348 bambini di età tra 3 mesi-15 anni, di cui 854 hanno avuto la mastoidite tra il 1990 e il 2006; un episodio antecedente di OMA è stato riportato in solo il 35,7% degli 854 bambini con mastoidite;
2. l'incidenza di mastoidite è rimasta stabile tra il 1990 e il 2006 (1,2 casi per 10.000 bambini-anno), sebbene la prescrizione antibiotica si è ridotta del 50% durante il periodo di osservazione;
3. i bambini con mastoidite trattati con antibiotico erano 1,8 per 10.000 episodi

- (139/792,623) vs 3,8 per 10.000 episodi (149/389,649) in quelli non trattati con antibiotico;
4. il numero dei pazienti da trattare (NNT) con antibiotico per prevenire un caso di mastoidite in corso di OMA è pari a 4831 bambini;
 5. se paradossalmente i bambini con OMA non fossero più trattati con antibiotico, la stima anno in Inghilterra di nuovi casi anno di mastoidite "aggiuntivi" sarebbe di 255, ma 738.755 casi non riceverebbero una prescrizione di antibiotici;
 6. gli Autori della sorveglianza concludono che, sebbene l'uso degli antibiotici possa ridurre i casi di mastoidite, l'alto numero di pazienti da trattare per prevenire un caso di OMA preclude l'utilizzo sistematico dell'antibiotico come strategia per prevenire questa complicanza.

Bisogna inoltre considerare che i casi di mastoidite non sono tutti necessariamente sottoposti a un intervento di mastoidectomia, ma molti casi possono essere curati con l'antibiotico per via parenterale.

C'è un ultimo aspetto che, tenendo anche conto dei limiti di una sorveglianza retrospettiva, andrebbe considerato. Adottare una strategia di "vigile attesa" non significa lasciare il bambino e la famiglia senza cura. Di fronte a un bambino con OMA che non tende a migliorare spontaneamente o che peggiora, la terapia antibiotica è ragionevolmente iniziata in tempi utili per prevenire le possibili complicanze, tenendo anche conto che, nell'esperienza inglese retrospettiva, in 7 casi su 10 l'esordio della mastoidite non aveva una clinica di OMA che ha richiesto l'intervento del medico.

Vuoi citare questo contributo?
F. Marchetti. OTITE, MASTOIDITE E VIGILE ATTESA. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2009; 12(3)
http://www.medicoebambino.com/?id=CM0903_10.html