

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in extenso sono pubblicati on line

Ricerca



@ IL PROCESSO DI VERIFICA IN PEDIATRIA DI BASE: L'ESEMPIO DEL PROTOCOLLO DI VIGILE ATTESA DELL'ACP NELLA GESTIONE DELL'OTITE MEDIA ACUTA

M. Martocchia

Pediatra di libera scelta, ASL2 Potenza, Regione Basilicata

Indirizzo per corrispondenza: michelemartocchia@tin.it

EVALUATION OF PAEDIATRICS PRIMARY CARE: THE EXAMPLE OF THE ACP (CULTURAL ASSOCIATION OF PAEDIATRICIANS) PROTOCOL FOR THE "WAIT-AND-SEE" STRATEGY FOR CHILDREN WITH ACUTE OTITIS MEDIA

Key words Acute otitis media, Family paediatricians, Antibiotics, Delayed prescriptions, "Wait-and-see" approach

Summary The Author reports the application of the protocol for the "wait-and-see" strategy for children with acute otitis media (AOM) in primary care. In 4 years the protocol was applied to 635 cases of AOM, 63% of which spontaneously recovered without using antibiotics. Antibiotics were used according to the characteristics of the eardrum, more frequently in case of a clear acute otitis media at the otoscopic examination. Practice guidelines based on a wait-and-see strategy for children with AOM are applicable and effective in primary care.

Introduzione - Il processo di verifica in pediatria di base nasce come un bisogno di verificare se stessi e il trasferimento operato sul campo delle conoscenze acquisite in formazione, con la forza oggettiva dei dati. L'efficacia di alcuni processi formativi può essere validata dalla verifica degli esiti, attivatrice a sua volta di nuovi bisogni. L'informatizzazione dell'ambulatorio costituisce lo strumento necessario per soddisfare questo bisogno, a condizione che l'archivio informatico sia progettato, realizzato e usato anche con questa finalità.

Ho utilizzato le potenzialità offerte dal mio software di gestione per programmare un processo di verifica della linea guida dell'ACP sulla gestione dell'Otite Media Acuta (OMA) (che prevede, in casi selezionati, un approccio di vigile attesa nell'uso dell'antibiotico in prima istanza), con il duplice obiettivo di: a) monitorare il rispetto sul campo delle evidenze emerse dalla ricerca; b) verificare quello che consideravo un suo punto debole, costituito dal ruolo marginale riservato all'otoscopia nel momento decisionale trattamento/non trattamento, nella consapevolezza dei limiti a essa riconosciuti.

I molteplici quadri otoscopici, rilevabili in bambini con sintomi di interessamento acuto dell'orecchio medio, non consentono di formulare una diagnosi eziologica dell'OMA e spesso non permettono di avere la ragionevole certezza della presenza di una effusione endotimpanica. Saper "leggere" dal quadro otoscopico la situazione fisiopatologica a carico della cassa del timpano può essere un dato importante nel momento decisionale trattamento/non trattamento? Esiste una storia naturale diversa di diversi quadri otoscopici nei casi eleggibili al non trattamento secondo quanto previsto dal protocollo OMA-ACP?

Materiali e metodi - Il software di gestione è uno dei più diffusi in Italia per la pediatria di famiglia (Pdf), valido come strumento

clinico-assistenziale per quelle che sono le esigenze generali del Pdf ma ancora inadeguato per l'implementazione di un processo di verifica accurato e puntuale dell'enorme mole di dati che è possibile archiviare nelle diverse sezioni. Ho inserito tutti i casi di OMA venuti alla mia osservazione, anche quelli in gestione su decisione di altri operatori sanitari, nella sezione visite della cartella clinica dei rispettivi pazienti, avendo cura di registrare accuratamente i sintomi riferiti, l'obiettività clinica con dettagliata descrizione del quadro otoscopico.

Il singolo caso è stato valutato in base ai criteri di valutazione otoscopica (vedi Tabella), allo status, fattori di rischio, evolutività, decisione di trattamento/non trattamento antibiotico.

Risultati - Nel periodo in esame, dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2004, gli assistibili in carico come pediatra di base sono stati 1443, di questi 761 maschi e 682 femmine, con una media annuale di 879. Gli accessi in assistenza archiviati per sospetto o sintomi di interessamento acuto dell'orecchio medio sono stati 748 con una media annuale di 187 accessi, che hanno interessato 533 assistiti con una media annuale di 133 (15% degli assistibili).

Nel 46% di tutti gli accessi in questi quattro anni di applicazione del protocollo OMA-ACP non è stata fatta alcuna prescrizione antibiotica. Solo 54 accessi (7,2%) sono stati trattati in prima istanza, pur essendo eleggibili al non trattamento. Nella maggior parte dei casi si trattava di OMA "del venerdì", per le quali non era possibile nei due giorni successivi una vigile attesa. Tutti i 40 accessi (5,3%), gestiti da altri operatori sanitari, hanno ricevuto prescrizione antibiotica.

Dai dati relativi a 635 casi di OMA, reclutabili secondo i criteri del protocollo OMA-ACP, si rileva che le percentuali in termini di risoluzione spontanea, trattamento antibiotico in seconda istanza ed esiti evolutivi in otorrea delle OMA tipo 1 e tipo 2, eleggibili al non trattamento, sono notevolmente diverse: nelle OMA tipo 1 (N=232) la risoluzione spontanea è stata pari all'82% dei casi e l'otorrea si è verificata nel 4,5% dei casi; nelle OMA tipo 2 (N=279) è stato necessario utilizzare l'antibiotico in seconda istanza nel 39% dei casi e l'otorrea è stata riscontrata nel 18% dei casi. Nelle forme eleggibili tipo 3 (miringiti bollose), che costituiscono circa il 6% delle OMA reclutabili, la risoluzione spontanea si è avuta nel 78% dei casi e nessuna di esse è stata trattata con l'antibiotico in seconda istanza.

Discussione - L'impressione generale, sia pure relativa a un contesto singolo, è che il protocollo OMA-ACP può essere applicato in un contesto di pediatria ambulatoriale. Non è però conosciuto o accettato da tutti gli operatori sanitari, per molti dei quali vige ancora la regola generale di trattare con antibiotici sempre e subito tutti i casi di OMA. Viene confermata la possibilità nel 63% di una risoluzione spontanea dei casi eleggibili al non trattamento. I dati riportati sembrano indicare che esiste una storia naturale diversa in rapporto ai diversi tipi di quadro otoscopico. Il gruppo critico è quello delle OMA tipo 2, le OMA "vere" anche alla otoscopia semplice che, così come definite e in modo esemplificativo rappresentate nella Tabella, sono un gruppo eterogeneo, nel quale è possibile individuare almeno tre sottogruppi in rapporto agli effetti che l'effusione endotimpanica in tensione ha determinato sulla membrana del timpano (MT) al momento dell'otoscopia. Un primo sottogruppo, che potremmo definire di "OMA rosse", nelle quali l'iperemia e/o la congestione e/o la presenza di aree emorragiche in-

Tipo negativo	Quadro otoscopico negativo e/o lieve iniezione e/o lieve opacità della MT in sintomatico per otalgia o per sospetta otalgia
Tipo n.c.	Quadro otoscopico non classificabile per diagnosi fatta da altri oppure per sospetto clinico personale di OMA fatta telefonicamente, in situazioni di visita o vigile attesa non proponibile
Tipo 1	OMA caratterizzata da segni otoscopici diretti e indiretti di presenza di effusione poco o non in tensione con modificazioni del colore e lievi modificazioni della posizione della MT
Tipo 2	OMA caratterizzata da segni otoscopici di presenza di effusione in tensione con evidenti modificazioni del colore e della posizione della MT
Tipo 3	OMA con caratteristica presenza di bolla/e, tipiche della miringite bollosa e dell'OMA bollosa, spesso difficilmente differenziabili fra loro
Tipo 4	OMA caratterizzata dall'otorrea con MT spesso non ispezionabile per ingombro del condotto uditivo o con evidenza di perforazione della stessa

Tabella. Accessi in assistenza con sospetto o sintomi di interessamento acuto dell'orecchio medio. Classificazione in rapporto al quadro otoscopico.

dicano una buona vascolarizzazione della MT per quanto bombata e protrusa nel condotto. Un secondo sottogruppo, che potremmo indicare come "OMA a ciottolato", nelle quali l'accumulo di isole di cheratinociti della superficie epiteliale della MT, responsabile del tipico aspetto, denuncia una sofferenza più graduale e prolungata della stessa. Un terzo sottogruppo infine delle "OMA bianche", il cui aspetto biancastro, edematoso, lardaceo, esprime una severa condizione di sofferenza vascolare che può esitare in una miringotomia ischemica e conseguente otorrea. L'archiviazione dettagliata e completa del quadro otoscopico e le

potenzialità del software di gestione consentirebbero una loro riclassificazione per verificare se esiste una storia naturale diversa anche in questi diversi sottogruppi.

Emerge implicitamente un bisogno formativo inespresso o forse poco avvertito dal PdF di fisiopatologia e diagnostica otoscopica. Personalmente infatti sono consapevole che le mie competenze otoscopiche di base sono il retaggio del corso di specializzazione in otorinolaringoiatria, abbandonato dopo una seduta di adenotonsillectomia, quando per la prima volta mi sono sentito un pediatra, perché ero dalla parte di quei bambini operati "al grido".

Casi contributivi



HERPES ZOSTER BREAKTHROUGH

F. Napolano

Pediatra di libera scelta, Distretto Sanitario 33, ASL CE-1

Indirizzo per corrispondenza: napola@inwind.it

HERPES ZOSTER BREAKTHROUGH

Key words Chickenpox, Vaccine, Herpes zoster breakthrough

Summary *The latent varicella vaccine virus is a rare cause of herpes zoster in childhood. We report the case of a healthy 2 years old boy who developed an herpes zoster infection 6 months after vaccination, localised in one chest dermatoma. Varicella zoster virus vaccine can occasionally reactivate in healthy children and present as herpes zoster.*

Il caso - Un bambino di 23 mesi viene accompagnato dai genitori al mio ambulatorio per valutare un esantema al tronco. All'esame obiettivo si rilevano vescicole di 1-2 mm di diametro, disposte a grappolo e distribuite monolateralmente lungo un metamero del torace (*Figura disponibile on-line*). Il bambino presentava fitte dolorose alla spalla omolaterale già da due mesi.

Sei mesi prima era stato vaccinato contro la varicella. Il piccolo non presentava un deficit immunitario, non faceva uso di cortisonici o farmaci immunodepressivi, non si ammalava frequentemente e non ha manifestato la varicella.

La diagnosi clinica è di herpes zoster. Il decorso è durato circa 1 mese senza importante nevralgia.

Il contributo - La vaccinazione antivaricella poteva spiegare quella patologia dopo 6 mesi? Perché non aveva funzionato?

In letteratura è riportato un caso di una bambina di 2 anni che sviluppò herpes zoster dopo 16 mesi dalla vaccinazione con ceppo Oka (lo stesso che è presente nel vaccino che utilizziamo). Gli Autori hanno dimostrato che si trattava di un evento indotto dalla vaccinazione perché, con un'analisi del genoma del virus prelevato dalle vescicole con la tecnica PCR e dei frammenti di restrizione, hanno confermato che il virus era quello vaccinicco e non il ceppo selvaggio. Altri studi avevano già considerato la possibilità di una varicella e di herpes zoster dopo la vaccinazione, coniano il termine di breakthrough, e, cosa particolare, indicando la possibilità di varicella breakthrough addirittura dopo 6 anni dalla vaccinazione, quindi ben oltre le 3 settimane dell'incubazione del virus selvaggio. In uno studio di valutazione degli effetti della vaccinazione antivaricella viene suggerito che i casi di varicella breakthrough sono più comuni nei soggetti vaccinati sotto l'anno di età e dopo 3-5 anni dalla vaccinazione.

La varicella breakthrough potrebbe dipendere sia da una minore risposta immunitaria sia da una mutazione genomica nel ceppo di virus selvaggio. In un altro lavoro sono stati seguiti circa 1000 vaccinati in un periodo di 10 anni con questi risultati: a) la sierconversione si è ottenuta nel 94% dei sieronegativi, e il 56% dei soggetti sieropositivi prima del vaccino mostrarono un aumento del titolo anticorpale; b) il 21% di soggetti sieronegativi (119/559) contrasse la varicella breakthrough; c) 4 soggetti (0,7% di 559) svilupparono herpes zoster dopo la vaccinazione, 2 preceduti da varicella breakthrough.

Di fronte a un caso di varicella in un soggetto vaccinato tre anni prima è più probabile che si tratti di una varicella breakthrough che di una varicella naturale insorta in un soggetto che non ha risposto al vaccino.

Le **pagine verdi** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono in full text sulle **pagine elettroniche** della rivista (accesso libero al seguente indirizzo: www.medicobambino.com). Il sommario delle elettroniche è riportato a pag. 5.

I contributi di questo numero sono molto interessanti per la loro rilevanza scientifica e metodologica. Da segnalare nella rubrica "**Occhio all'evidenza**" una disamina critica sull'uso degli antileucotrieni nel wheezing ricorrente. Nella rubrica "**Protocolli di diagnosi e terapia**", una revisione critica degli interventi preventivi sulla trasmissione dell'HIV dalla madre al neonato nei Paesi poveri, di integrazione (anche culturale) al lavoro pubblicato a pag. 32. In "**Appunti di terapia**" si parla del bilancio tra i rischi e benefici delle nuove terapie biologiche nella malattia di Crohn, e di come la qualità delle cure nel neonato di peso molto basso possa influenzare la sopravvivenza. La sindrome di Stevens-Johnson è vista attraverso le immagini, ma anche con una disamina critica che ne definisce le possibili cause (rubrica "**Pediatria per immagini**").