

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

IL TRATTAMENTO DELL'OTITE MEDIA ACUTA

La "vigile attesa" nella terapia dell'otite media acuta: quando e come adottarla?

Vorremmo condividere con i lettori alcune riflessioni sull'articolo di Giorgio Longo "Le linee guida della SIP e dell'AAP sull'otite media acuta"¹. Concordiamo con l'articolo quando critica i due recenti studi sulle OMA^{2,3} che, come già osservato nell'editoriale di accompagnamento⁴, presentano numerose limitazioni metodologiche nonostante siano pubblicati su una rivista internazionale ad ampia diffusione ed elevato impact factor come *NEJM*. Tali studi, pur negativamente accolti da vari esperti a livello internazionale, hanno prodotto confusione fra i pediatri; già si sente mormorare "... eh, la vigile attesa mica funziona tanto bene, hai visto gli ultimi studi?...". Bene ha fatto quindi il collega Della Giustina a sollevare il caso e Longo a sottolineare i limiti degli studi¹. Ancora l'articolo di Longo riporta: "in Italia oltre 80% delle otiti vengono trattate con l'antibiotico" e nel box conclusivo afferma "solo 20% delle otiti merita di essere curata". Anche su questo concordiamo. Su cosa allora non siamo d'accordo? Sulla strategia proposta. Longo suggerisce di identificare i bambini da trattare immediatamente con antibiotico in base alla sintomatologia d'esordio e al quadro otoscopico. Se è vero che la pratica clinica dei pediatri fornisce utili strumenti per interpretare la sintomatologia del bambino assistito, è pur vero che la OMA è una patologia sovradagnosticata: oltre il 50% dei sospetti clinici non è confermato all'esecuzione dell'otoscopia pneumatica o alla timpanocentesi^{5,6}.

Nonostante da anni si sostenga che la diagnosi di OMA deve essere più accurata⁷, ancora nel 2010 le linee guida della SIP sottolineano che l'accuratezza diagnostica è un problema⁸. Inoltre non c'è un solo studio, a nostra conoscenza, che dimostri che, adottando i criteri diagnostici basati sulla gravità del quadro clinico e sul rilievo dell'estroflessione della membrana timpanica rilevata all'otoscopia tradizionale, l'accuratezza della diagnosi di OMA e la gestione complessiva di questa patologia migliorino. Al contrario è stato osservato che neanche negli studi clinici che esitano in pubblicazione internazionale questi criteri diagnostici vengono adottati in maniera uniforme⁹. Anche Longo rileva le discrepanze fra la "sua strategia"

per diagnosticare una OMA batterica e quella proposta nella linea guida della SIP. Quale bambino con otalgia ha un rischio maggiore di avere un'otite batterica: quello con otite bilaterale o monolaterale? Il bambino piccolo o quello con più di due anni? Il bambino con OMA ricorrenti o quello con OMA sporadiche? Questa incertezza è la prova dell'inadeguatezza del giudizio clinico e otoscopico nell'individuare le OMA da trattare con antibiotico in prima battuta.

È per questo che, invece, la vigile attesa rappresenta la strategia in grado di discriminare, senza rischi per il bambino, i casi che necessitano di antibiotico da quelli che guariscono spontaneamente. "In caso di otalgia attendere, assicurando al bambino un buon controllo del dolore, con una pronta e adeguata somministrazione di analgesico e vigilare", questa la raccomandazione chiara, univoca, praticabile, che i pediatri dovrebbero trasmettere alle famiglie. Proporre questo messaggio con coerenza può avere anche un positivo effetto aggiuntivo: aiutare la diffusione di una cultura e di un atteggiamento nei confronti della gestione della patologia dei bambini e del ricorso alla consulenza del medico più ragionata, serena e capace di identificare l'emergenza differenziandola dalla patologia comune. Non si vuole con questo scoraggiare un rapporto di fiducia fra famiglia e pediatra di libera scelta, ma al contrario creare le condizioni perché diventi più fruttuoso, evitando ai genitori perdite di tempo, facendoli riappropriare di un ruolo maggiormente attivo nella gestione delle comuni infezioni acute dei bambini e lasciando al medico più tempo per affrontare le situazioni che effettivamente richiedono attenzione e cure specifiche immediate e che rischiano, altrimenti, di essere mal gestite.

A questo proposito segnaliamo un interessante studio che valuta, con un questionario rivolto ai genitori, il ricorso al medico e l'utilizzo delle risorse sanitarie durante episodi di malattia acuta (gastroenteriti e infezioni respiratorie fra cui OMA) in bambini di età inferiore ai 5 anni in sette Paesi europei¹⁰. Hanno risposto al questionario on-line 2145 genitori italiani. Lo studio rileva una maggiore propensione dei genitori italiani a ricorrere al medico curante rispetto ai genitori degli altri Paesi europei: 87,5% dei bambini italiani viene portato dal medico in corso di un episodio

acuto, solo la Spagna ci supera con 88,7%, mentre nel Regno Unito e in Olanda questi valori sono rispettivamente 57,7% e 47%¹⁰. Quindi, se da parte dei pediatri arrivasse anche un messaggio chiaro e univoco relativo alla vigile attesa, questo potrebbe contribuire a costruire quella cultura a cui si accennava.

Reinserire, come fa Longo, il criterio della soggettività del medico come elemento fondante della diagnosi di OMA non va in questa direzione, non supporta la strategia della vigile attesa e rischia di non migliorare la gestione di una delle condizioni più frequenti fra i bambini visti negli ambulatori pediatrici italiani.

Bibliografia

1. Longo G. Le Linee Guida della SIP e dell'AAP sull'otite media acuta. Commenti "sul campo" di un bravo pediatra di famiglia e di un esperto di lungo corso. *Medico e Bambino* 2011;30:175-9.
2. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011;364:105-15.
3. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P, et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011;364:116-26.
4. Marchetti F. La terapia dell'otite media acuta: quello che gli studi clinici e le Linee Guida non dicono. *Medico e Bambino* 2011;30:143-4.
5. Karma PH, Penttilä MA, Sipilä MM, et al. Otoloscopic diagnosis of middle ear effusion in acute and non-acute otitis media. I. The value of different otoscopic findings. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1989;17:37-49.
6. Blongren K, Pohjavuori S, Poussa T, et al. Effect of accurate diagnostic criteria on incidence of acute otitis media in otitis-prone children. *Scand J Infect Dis* 2004;36:6-9.
7. Pichichero ME. Acute otitis media. Part I. Improving diagnostic accuracy. *Am Fam Physician* 2000;61:2051-6.
8. Società Italiana di Pediatria. Otite Media Acuta: dalla diagnosi alla prevenzione. Linee Guida della Società Italiana di Pediatria. Febbraio 2010. www.sipps.it/pdf/lineeguida/otite.pdf.
9. Pichichero ME, Casey JR. Comparison of study designs for acute otitis media trials. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008;72:737-50.
10. Wolleswinkel-van den Bosch JH, Stolk EA, Francois M, et al. The health care burden and societal impact of acute otitis media in seven European countries: results of an Internet survey. *Vaccine* 2010;28(Suppl. 6):G39-52.

Simona Di Mario¹, Carlo Gagliotti²,
Maria Luisa Moro²

¹CeVEAS, Az. USL di Modena

²Agenzia sanitaria e sociale della Regione
Emilia Romagna, Area Rischio Infettivo,
Bologna

L'uso della pneumo-otoscopia è utile nella diagnosi dell'otite media?

La lettura della farmacoriflessione "Le LG della SIP e dell'AAP sull'OMA" (Longo G. *Medico e Bambino* 2011;30:175-9) mi porta a riconsiderare il percorso di diagnosi e terapia che seguo di fronte a un bambino con otite.

L'OMA è sempre una sfida per il pediatra e per il suo fido otoscopio.

Ho fatto mia fin dalla prima ora la strategia del "wait and see", in questo aiutato dal consenso informato che ogni volta ho richiesto e tutt'ora richiedo alle famiglie in caso di otite che mi appaia "apparentemente degna" di non essere subito aggredita con terapia antibiotica.

Ho però un punto sul quale vorrei il parere di M&B: non si parla affatto di pneumo-otoscopia. Nella mia quotidianità è un aiuto diagnostico importante (anche se non compiutamente utilizzabile per mia incapacità tecnica nei bambini sotto l'anno) in fase acuta e successivamente nei controlli post fase acuta.

Un timpano "che si muove", per quanto ne so, ha un significato diverso da quello di un timpano immobile, significato capace di integrare i criteri enunciati nell'articolo. Confrontarsi sulla terapia è senz'altro un doveroso step; però credo che potrebbe essere importante soffermarsi anche sui criteri clinico-diagnostici che usiamo per dichiarare che un timpano arrossato oppure opaco "è" una OMA.

Non potendo contare su un timpanogramma immediato ogni volta che potrei averne bisogno, mi fa considerare non eludibile la pneumo-otoscopia, che solitamente mi permette di capire se nella cavità timpanica c'è o non c'è essudato. Da lì in avanti, poi, entrano in gioco tutti gli altri criteri.

Saverio Mirabassi
Pediatra di famiglia, Trento

È curioso che Simona Di Mario, Carlo Gagliotti e Maria Luisa Moro scoprano, at-

traverso la mia "riflessione", che le Linee Guida (SIP e americane) non raccomandano la "vigile attesa" in tutti i casi di OMA, ma soltanto nelle otiti non "gravi". Da qui il rimprovero che mi è stato fatto di avvalorare il trattamento antibiotico in prima battuta nelle otiti "vere", quelle con forte otalgia ed estroflessione della membrana timpanica.

Mentre loro, al contrario, vorrebbero non trattare mai nessuno, neanche le batteriche "certe" (salvo le OMA ricorrenti, quelle con otorrea o, nei più piccoli, con febbre elevata), perché pure queste, due volte su tre, andranno a guarire anche senza antibiotico e senza rischi per i bambini. È vero, lo hanno dimostrato F. Marchetti e coll. (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84), lo hanno dimostrato gli Olandesi nei loro lavori storici, ma è tutt'altro che scontato che tutti siano d'accordo. Gli studi pubblicati sul NEJM che io ho soltanto citato, non criticato (lo ha fatto F. Marchetti nell'editoriale di accompagnamento), hanno contribuito a risollevare questo aspetto. Riportando sulla Pagina Gialla di gennaio i due lavori, Ventura chiude il suo commento con una frase che non lascia dubbi: "... in quelle otiti con il timpano rosso e un po' di raffreddore, continueremo a non dare l'antibiotico stando in vigile attesa. Ma, scoperta dell'acqua calda (!), in quelli con segni di infezione batterica aggressiva (febbre molto alta, timpano bombé fortemente congesto o perforato) continueremo a dare l'antibiotico come abbiamo sempre fatto".

Che piaccia o meno, questo è il nocciolo della questione: tutti d'accordo per la vigile attesa nei casi di otite lieve (80% delle OMA), tuttavia nei casi nei quali l'otite presenti criteri clinici e otoscopici di gravità sono pochi a considerarla una scelta ragionevole e scontata. Mentre, come ho ricordato nella mia Farmacoriflessione, vedrei molto più favorevolmente l'opzione di adottare la "vigile attesa" nelle otiti ricorrenti (che potrebbero più utilmente giovare dell'attesa) e nei bambini più piccoli, all'esordio della febbre elevata, quando il timpano rosso rappresenta il più delle volte sol-

tanto un segno di accompagnamento delle virosi respiratorie.

Per tutto questo non ho quindi nessuna remora a ribadire l'importanza del criterio clinico, soggettivo, del medico (perché no?), come elemento fondante della decisione terapeutica e a dichiararmi contrario a una scelta aprioristica di attesa. E poi, se vogliamo dirla tutta, usare l'antibiotico in prima battuta quando limitato a quel 20% dei casi con otite grave, a eziologia batterica praticamente certa, mi sembra una scelta opportuna anche nel rapporto costi/benefici se un bambino su tre deve poi ricevere comunque l'antibiotico perché non smette di avere, o ripresenta, il dolore, gli compare otorrea o l'otite nell'orecchio controlaterale, o magari, "semplicemente", non si seda la preoccupazione dei genitori che continuano a riportarlo dal medico (Marchetti F. et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:679-84).

E infine, per rispondere al dott. Mirabassi, se la diagnosi di otite batterica si appoggia anche sull'esito della pneumo-otoscopia (dimostrativa dell'essudato endotimpanico), ben venga, sarà ancora più circostanziata e probabilmente corretta. Aggiungo soltanto (ma forse non dovrei, visto che di pneumo-otoscopia non ho nessuna esperienza) che ho qualche perplessità che questa pratica, pur raccomandata e avvalorata da evidenze scientifiche, sia realmente necessaria e dirimente. Di fronte a un'otite che abbia tutte le tipiche caratteristiche della "batterica" per tempistica di insorgenza (muco giallo nel naso), intensità del dolore, quadro timpanico che non lascia dubbi, magari con membrana bombée, la dimostrazione pneumo-otoscopica dell'essudato mi sembra pleonastica (e se negativa o dubbia, l'antibiotico lo darei lo stesso); mentre, al contrario, una membrana poco mobile, in mancanza di altri segni forti di infezione batterica, potrebbe indurre a trattare anche le otiti medie essudative. Ricordiamoci che un timpanogramma alterato è più facile da trovare che il contrario, nell'età prescolare, durante tutta la stagione invernale.

Giorgio Longo

La politica dell'immigrazione e la "politica" delle riviste scientifiche

Pur apprezzando da anni il taglio "medico" della vostra rivista, eminentemente pratico, non posso dire altrettanto per il taglio "politico" che state via via assumendo.

Sembrare ormai un allegato di *Repubblica* o, in alternativa, espressione del comitato centrale del partito di Vendola.

Da pediatra di famiglia che vive in una

piccola realtà del Sud, posso tranquillamente affermare che le mie esperienze con gli immigrati sono state in gran parte negative (soprattutto con quelli di religione musulmana).

Il numero degli immigrati giunti in Italia negli ultimi anni e la velocità con cui tale numero è progredito mi appaiono eccessivi e forieri di contrasti sociali che emergeranno sempre più nel corso dei prossimi anni (vedi Francia o Paesi nordici).

Non voglio tediare con le mie motiva-

zioni, derivanti in gran parte dall'esperienza avuta sul campo, ma comunque vi chiedo di avere uno sguardo più obiettivo della realtà, facendo tesoro delle esperienze altrui che hanno decretato il fallimento del multiculturalismo e l'impossibilità per una nazione come la nostra di poter far entrare chiunque nel proprio territorio.

Domenico Simeone
Pediatra di famiglia, Pietrelcina
(Benevento)

Gent.mo dottor Simeone, Le siamo molto grati della franchezza con la quale ci scrive; che ci costringe a confrontarci con noi stessi, come sempre accade quando una lettera controcorrente ci arriva dalla "base" dei lettori.

Per cominciare, e per sgomberare il campo", dobbiamo dirLe che il Coordinamento scientifico e il Comitato editoriale non sono esattamente un gruppo "politicamente omogeneo": ci riconosciamo, più che altro, oltre che in una lunga amicizia di lavoro, nell'idea di una Medicina per il Malato e di una Rivista per il Professionista: in quello dunque che, crediamo, Le fa apprezzare il "taglio medico e pratico" di Medico e Bambino. Quello che Lei identifica con un "taglio politico" è, ci sembra, piuttosto un taglio ideologico: che forse è malato di un eccesso di ideologismo; è possibile. È certamente in larga misura, la nostra, una posizione teorica; quindi troppo facile, non concreta. Ma non è il taglio di Repubblica: piuttosto quello della American Academy of Pediatrics, o di Lancet, o del BMJ e, anche, quello della SIP, dell'Associazione Culturale Pediatri e quello della stessa FIMP, di cui abbiamo pubblicato con qualche rilievo i documenti sul problema degli immigrati.

Forse Le sarà sfuggito che, in merito a quella che Lei chiama la scelta "politica" di integrazione degli immigrati, in Italia, in modo tempestivo e concorde "tutti i pediatri italiani" si sono ritrovati riportando documenti congiunti che dichiarano un sacrosanto diritto che accomuna i medici di tutto il mondo e in particolare i pediatri, che è quello di garantire le cure a chi ne ha davvero bisogno. Soprattutto, come dice il documento, a fronte di una serie di criticità legali, e non solo, in contraddizione con quelli che dovrebbero essere i diritti universali del fanciullo, criticità che meriterebbero di esse-

re studiate e affrontate e, quanto meno, conosciute dai pediatri. Crediamo, con molta modestia, che non occuparsi di questi aspetti, o suggerire che le integrazioni sono "impossibili", siano delle dichiarazioni politiche. Al contrario, il compito di una Rivista è quello di fornire gli strumenti pratici ma anche conoscitivi per fare in modo che il singolo pediatra possa dare risposte concrete ai bisogni dei bambini immigrati, a partire dalla conoscenza dei loro diritti. E questo è il caso dei tanti pediatri ospedalieri che hanno nelle loro corsie bambini e genitori senza formale assistenza socio-sanitaria e dei tanti pediatri di famiglia come Lei che, in alcune realtà, hanno in carico moltissimi bambini "immigrati".

È politica, tutto questo? Vogliamo chiamarla ideologia? Ma è l'ideologia del medico, l'ideologia della medicina, che vede, non può non vedere, dovunque, l'individuo e la sua sofferenza, non la sua appartenenza. E, nel caso specifico della Pediatria, accade anche che, mentre non si può non guardare, come individuo, il bambino di oggi, di qualunque colore, nello stesso tempo si finisce per vedere, come simbolo, anche il bambino che sarà l'uomo di domani, l'uomo che verrà: il BAMBINO di oggi come attore del domani. È dunque la Pediatria che ci apre (solo simbolicamente?) la visione del mondo futuro che, proprio come pediatri, non riusciamo a toglierci dagli occhi dell'immaginario. E non riusciamo a trascurare.

E non è politica, e non è ideologia, pensare e dire, come Lei pensa e dice, che "il multiculturalismo è fallito"? Dove? Quando? Da quando? Se l'America è un melting pot? Se i nostri padri hanno contribuito a renderla, con altri, un Paese multiculturale? Se il Giappone, la Corea del Sud, la Cina, l'India, il Sud Africa stanno cercando di adottare modelli transculturali? E quale sa-

rebbe, invece, la "monocultura giusta"? Certo: è questa la monocultura che sta stravincendo. Ma non c'è proprio nessun dubbio che ci sia qualche errore, qualche caducità, qualche pericolo, in questa stravittoria? E tutto questo è forse lontano dalla medicina? È proprio tanto lontano dalle questioni dell'industria del farmaco, dell'industria della salute, dell'industria dell'immortalità, dell'industria della bellezza, dell'anoressia mentale? Delle disparità che continuano a esistere tra chi viaggia ancora per congressi alla ricerca delle evidenze "sull'effimero" e chi invece si sporca tutti i giorni le mani con rilevanti problemi di salute? È politica parlare, come in questo numero della Rivista, delle differenze regionali nei tassi di ricovero ospedaliero o nella prescrizione dei farmaci, o magari riportare (come abbiamo fatto in altri numeri della Rivista) un margine di pensiero in più a quella che dovrebbe essere l'assistenza "pratica" dei bambini affetti da dislessia o discalculia, con tuttavia un richiamo necessario (indispensabile anche per il pediatra?) a quelli che sono i loro "diritti" (vede, ancora una volta parliamo dei diritti) riportati in un recente testo di legge?

Crediamo che Medico e Bambino non sarebbe Medico e Bambino se non si occupasse anche di queste cose (per un decimo del nostro spazio? Per la verità, riguardando i numeri dell'anno scorso e del primo semestre di quest'anno, ci risulterebbe che, a questi temi, ne abbiamo dedicato, in concreto, meno di un ventesimo). Anche noi cerchiamo di capire, al pari di quello che fanno altre Riviste alle quali bisogna sempre guardare per uscire dai margini di un provincialismo che sicuramente non ci fa bene.

Grazie ancora per la preziosa occasione di questo confronto.

Franco Panizon, Federico Marchetti