

# Scheda informativa e supporto decisionale per la prescrizione di antibiotici in caso di otite media acuta nei bambini > 6 mesi

Sintesi dei principali dati di ricerca che possono essere utilizzati per il processo decisionale congiunto con i pazienti.

## Epidemiologia

- Il picco di incidenza dell'otite media acuta (OMA) è compreso tra i 6 e i 15 mesi di vita.<sup>1</sup>
- L'incidenza è massima nel primo anno di vita, con un tasso del 22 %, quindi del 15 % nel secondo, del 10 % nel terzo-quarto e del 2 % nell'ottavo anno di vita. Entro la fine del terzo anno di vita, il 50 % dei bambini ha avuto almeno un episodio di OMA.<sup>2</sup>
- L'OMA è rara in età adulta.

## Patogenesi e frequenza della causa batterica<sup>3-5</sup>

- L'OMA deriva solitamente da un'infezione virale delle vie respiratorie superiori, che causa una perdita di funzione della tromba di Eustachio (tuba auditiva). Di conseguenza, i batteri che raggiungono l'orecchio medio durante la compensazione della pressione possono moltiplicarsi nel fluido dell'orecchio medio.
- Un'OMA virale è causata da virus respiratori.
- Le infezioni miste sono frequenti nell'OMA.

## Causa batterica:

- S. pneumoniae: 23-31 % (variazione dei sierotipi e riduzione della frequenza dopo il vaccino PCV7/13).
- H. influenzae: 56-57 % (aumento della frequenza dopo il vaccino PCV7/13)
- M. catarrhalis: 20 %

## Causa virale: 17-44 %

- VRS, rhinovirus, coronavirus, virus influenzali e parainfluenzali, adenovirus ed enterovirus

## Presentazione clinica<sup>4,6,7</sup>

### Sintomatologia

- Otalgia: dolore auricolare acuto e segni correlati; un bambino che non parla ancora tende a toccarsi / grattarsi l'orecchio
- Sintomi di infezione delle vie respiratorie superiori
- Deficit uditivo
- Possibili segni sistemici quali febbre o dolore addominale

### Segni clinici

- Rossore (infiammazione) E protrusione del timpano
- Eventuale otorrea

### Diagnosi differenziali<sup>4,6</sup>

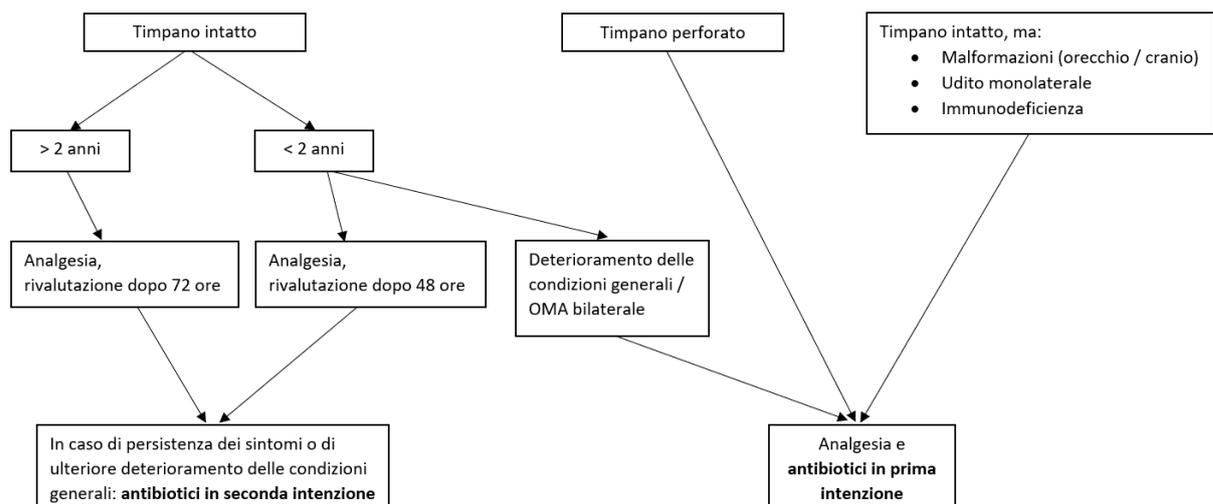
1. Ostruzione catarrale della tromba di Eustachio (nessun segno di infiammazione acuta, cioè timpano non arrossato)
2. Otite esterna (dolore alla pressione del trago)
3. Nei lattanti e nei bambini piccoli le cui condizioni generali siano fortemente compromesse: escludere un'infezione invasiva
4. Otite sierosa o siero-mucosa (versamento indolore nell'orecchio medio con deficit uditivo)

## Bandiere rosse<sup>4,7</sup>

- Ulteriore deterioramento delle condizioni generali nonostante una terapia adeguata, aumento della febbre, apatia
- Pazienti immunosoppressi
- Malformazione nota dell'orecchio interno
- Lateralizzazione del padiglione auricolare (mastoidite), ascesso cervicale profondo (mastoidite di Bezold)
- Vertigini (labirintite, VIII nervo cranico)
- Disturbo della percezione uditiva (cochleite, VIII nervo cranico).
- Paralisi facciale (VII nervo cranico)
- Altri sintomi neurologici: segni di meningismo, cefalea intensa, crisi epilettiche
- Oto/rinoliquorrea

## Diagnosi<sup>7,10</sup>

- L'anamnesi di insorgenza acuta dei sintomi tipici sostiene la diagnosi, ma non è specifica come segno isolato.<sup>5</sup>
- L'esame otoscopico del timpano permette di porre la diagnosi corretta. Un rossore isolato del timpano non è sufficiente per porre diagnosi di OMA, dal momento che il suo valore predittivo positivo è solo del 7 %.<sup>8</sup>
- Le altre analisi di laboratorio (quadro ematologico, PCR, leucociti) e gli esami microbiologici non sono utili per porre diagnosi o prendere decisioni riguardo alla terapia antibiotica.<sup>6,9</sup> Fanno eccezione le considerazioni diagnostiche differenziali nei pazienti gravi e in caso di peggioramento o persistenza dei sintomi.



## Opzioni terapeutiche:

### 1. Terapia sintomatica

- Otaglia: paracetamolo e ibuprofene devono essere proposti attivamente a tutti i pazienti.<sup>4,11</sup>
- Non esistono evidenze di efficacia delle gocce nasali decongestionanti o degli antistaminici nei bambini.<sup>12</sup>
- Gli anestetici locali topici apportano un blando sollievo dal dolore dopo 10-30 minuti. Tuttavia, l'evidenza è debole.<sup>13,14</sup>

#### Durata dei sintomi

- Una remissione spontanea dei sintomi di OMA si verifica circa nel 60 % dei casi entro le prime 24 ore, nell'80-85 % dei casi entro i primi 2-3 giorni e nel 90 % dei casi dopo 4-7 giorni.<sup>4,10</sup>
- Secondo la meta-analisi Cochrane, il 60 % dei bambini (dai 6 mesi ai 15 anni) presentava una remissione dei sintomi dopo 24 ore, indipendentemente dall'assunzione di antibiotici o di placebo. Dopo 2-3 giorni, gli antibiotici hanno significativamente ridotto il dolore, tuttavia la differenza assoluta rispetto al placebo era minima (89 % dei bambini nel gruppo antibiotico vs 84 % nel gruppo placebo). Ciò significa che il 5 % (IC 95 %: 2-7 %) in meno di bambini riferiva ancora dolore dopo 2-3 giorni di antibiotici («number needed to treat» (NNT) = 20).<sup>10,15</sup>

### 2. Terapia antibiotica

- **Vantaggi:** dopo 2-3 giorni di antibiotici, il 5 % dei bambini presenta una diminuzione del dolore auricolare; il tasso di complicanze non è influenzato.
- **Svantaggi / rischi:** gli effetti collaterali quali diarrea, vomito, eruzioni cutanee e reazioni allergiche si verificano nel 27 % e nel 20 % dei casi, rispettivamente con e senza antibiotici; sviluppo di resistenze.

Nella maggioranza dei bambini > 6 mesi e negli adulti affetti da OMA non è necessario avviare immediatamente una terapia antibiotica, dal momento che gli antibiotici hanno scarso effetto sulla durata dei sintomi, sul tasso di recidiva e sulle complicanze. Le complicanze gravi, quali la mastoidite, sono molto rare. Gli antibiotici mostrano i maggiori benefici nei bambini < 2 anni e affetti da OMA bilaterale, quindi nei pazienti con OMA e perforazione del timpano.<sup>6,10</sup>

#### Influsso della terapia antibiotica sulle complicanze

- **Perforazione del timpano e deficit uditivo:** gli antibiotici mostrano, rispetto al placebo, un blando effetto positivo sull'incidenza di perforazione del timpano (2 % nel gruppo antibiotico vs 5 % nel gruppo placebo con perforazione) e di reperti anomali alla timpanometria (marcatore alternativo di deficit uditivo) dopo 2-4 settimane (39 % nel gruppo antibiotico vs 48% nel gruppo placebo con reperti anomali alla timpanometria).<sup>10</sup>
- **Recidiva:** gli antibiotici non consentono di ridurre significativamente il numero di bambini che vanno incontro a recidiva (18 % nel gruppo antibiotico vs 20 % nel gruppo placebo con recidiva).<sup>10</sup>
- **Mastoidite:** l'incidenza di mastoidite dopo un'OMA è di 2 vs 4 episodi su 10 000 bambini, rispettivamente con e senza antibiotici. Si ottiene quindi un NNT di 5000 per prevenire un caso di mastoidite in un bambino. Un NNT così elevato esclude l'uso della terapia antibiotica dell'OMA come strategia di prevenzione della mastoidite.<sup>15,16</sup>
- Altre **complicanze** quali meningite, ascesso, trombosi del seno venoso e paralisi facciale sono ancora **più rare** in caso di OMA non complicata e non esistono prove che la terapia antibiotica precoce possa ridurre la frequenza delle manifestazioni.<sup>6,10,15</sup> Non esistono evidenze per la gestione ottimale dell'OMA nell'adulto. Le linee guida francesi, così come UpToDate, raccomandano una terapia antibiotica dell'OMA in tutti gli adulti. Tuttavia le prove della sua efficacia sono limitate e numerosi Paesi, tra cui la Svizzera, non prescrivono antibiotici in prima intenzione. L'antibiotico-terapia non è necessaria se i pazienti sono stati informati e hanno compreso che l'aggravamento significativo dei sintomi o l'assenza di miglioramento impongono una rivalutazione della situazione.<sup>6</sup>

#### Scelta dell'antibiotico e posologia<sup>6</sup>

- **Bambini:** amoxicillina 25 mg/kg ogni 12 ore per os; < 2 anni: 10 giorni / ≥ 2 anni: 5 (-7) giorni 5 (-7) giorni
- **Adulti:** amoxicillina 1 g ogni 8 ore per os; 5 giorni; in caso di perforazione del timpano: 10 giorni
- Scelta di **amoxicillina-acido clavulanico** 40 mg/kg ogni 12 ore (adulti 1 g ogni 8 ore) per os in caso di:
  - terapia antibiotica negli ultimi 30 giorni / anamnesi di OMA recidivante;
  - rischio di contatto con / colonizzazione da parte di pneumococchi non sensibili alla penicillina (PNSP);
  - mancata risposta del paziente al trattamento con amoxicillina entro 72 ore.
- **Allergia alla penicillina:** cefuroxima 15 mg/kg ogni 12 ore per os (adulti 500 mg ogni 12 ore) / claritromicina 7,5 mg/kg ogni 12 ore per os (adulti cotrimossazolo 160 TMP/800 mg SMX ogni 12 ore)

#### Vantaggi di una somministrazione ridotta di antibiotici

- Riduzione della diffusione dell'antibiotico-resistenza nei batteri e degli effetti collaterali causati dalla prescrizione di antibiotici.
- La terapia antibiotica immediata alimenta l'aspettativa, in caso di nuova malattia, di potersi recare dal medico e di poter ottenere una nuova prescrizione di antibiotici.<sup>17</sup>

