



Otite media acuta (OMA)



Diagnosi clinica

Definizione

Infezione dell'orecchio medio più frequente prima dei 5 anni (picco <2 anni), spesso secondaria a infezione virale delle alte vie aeree. Frequente (85% dei bambini ha almeno una OMA prima dei 3 anni), causa ripetute visite in ambulatorio, accesso in Pronto Soccorso (PS) e prescrizione inappropriata di antibiotici.

Segni e sintomi

Insorgenza acuta di otalgia (mono o bilaterale); febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$); +/- secrezione auricolare.

Criteri clinici

La diagnosi (senza possibilità di distinguere tra OMA virale e batterica) si pone in presenza di tutti i seguenti criteri: esordio acuto; otoscopia positiva per infiammazione; presenza di essudato endotimpanico.

Gestione dell'infezione

Vigile attesa

Non uso di antibiotici, somministrazione di analgesici, informazioni scritte ai genitori e rivalutazione dopo 48-72 ore. Si attua in presenza di tutte le seguenti condizioni: possibilità di follow-up; età > 24 mesi; assenza di: impianto cocleare o sordità, sintomi gravi (febbre $> 39^{\circ}$, importante malessere generale), otorrea, condizioni di rischio (sindrome di Down, fibrosi cistica, immunodeficienza, anomalie craniofacciali, diabete mellito non compensato). A giudizio del curante la vigile attesa può essere applicata anche in bambini con età fra 6 e 24 mesi con condizioni generali non preoccupanti.

Terapia sintomatica

Paracetamolo: 10-15 mg/Kg/dose per OS ogni 6-8 ore, non superare i 60 mg/Kg/die, (adolescente: dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

Ibuprofene (da non usare nei bambini con meno di 3 mesi e in caso di disidratazione): 5-10 mg/Kg dose per OS ogni 6-8 ore, non superare i 30 mg/Kg/die (adolescente: dose massima 1.2 gr/die).

Follow up

Controllo da parte del pediatra dopo 48-72 ore o prima se peggiora; se i sintomi non si sono risolti o sono peggiorati somministrazione dell'antibiotico.

Elementi di allerta

Sospetto di paralisi del facciale o di mastoidite: invio urgente in PS. Persistenza di essudato o sospetta riduzione dell'udito per più di 3 mesi: invio a ORL per valutazione udito.

Esami

Test microbiologici - Di solito non necessari.

Altri test diagnostici - Di solito non necessari.

Razionale della terapia

La terapia antibiotica non è indicata nella maggior parte dei casi di OMA, nei quali va adottata la vigile attesa. In assenza di miglioramento entro 48-72 ore, si raccomanda la terapia antibiotica per ridurre la durata dei sintomi e la probabilità di complicanze. La terapia antibiotica è diretta contro *Streptococcus pneumoniae* che causa la gran parte delle rare complicanze.

POTENZIALI COMPLICANZE

Le principali complicanze di OMA (paralisi del nervo facciale e mastoidite) sono rare e la loro frequenza non aumenta con la vigile attesa. Tale strategia consente, d'altro canto, di non utilizzare gli antibiotici in circa i due terzi dei casi (forme virali e forme batteriche che guariscono spontaneamente).

Terapia antibiotica

• **Amoxicillina** [cat. AWaRe Access]: 90 mg/kg/die per OS in tre somministrazioni per 5 giorni (se serve prolungare nel bambino < 2 anni).

SE NON RISPOSTA O RECIDIVA:

• **Amoxicillina+acido clavulanico** [cat. AWaRe Access]: 90 mg/kg/die (dose riferita ad amoxicillina) per OS in tre somministrazioni per 5 giorni (se serve, prolungare nel bambino < 2 anni).

SE ALLERGIA ALLE PENICILLINE DI I TIPO, EVENTO RARO MA SOVRASTIMATO, UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE:

• **Claritromicina** [cat. AWaRe Watch]: 15 mg/kg/die per OS in due somministrazioni per 5 giorni.

• **Azitromicina** [cat. AWaRe Watch]: 10 mg/kg/die per OS in una unica somministrazione per 3 giorni.

• **Sulfametossazolo+trimetoprim** [cat. AWaRe Access]: 40 mg/Kg/die (dose riferita a sulfametossazolo) per OS in due somministrazioni per 5 giorni; la percentuale di resistenze a questi antibiotici impone un attento follow up.

SE ALLERGIA DI II TIPO:

• **Cefalexina** [cat. AWaRe Access]: 75-90 mg/Kg/die per OS in tre somministrazioni per 5 giorni.