Otite media acuta nei bambini: antibiotici si o no?

Data 17 aprile 2005
Categoria pediatria

La prescrizione immediata di antibiotici nell' otite media acuta rimane argomento controverso. Un recente lavoro riaccende la discussione tra le tesi dei fautori della vigile attesa e coloro che sostengono la necessità di prescrivere subito un trattamento chemioterapico.

Sono stati considerati 512 bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni, con otite media acuta afferenti alla clinica di Ottawa od al dipartimento di emergenza. Tra questi 415 sono risultati affetti da una forma moderata. I bambini sono stati randomizzati a ricevere amoxicillina (60 mg pro Kg/die) o placebo per 10 giorni. I controlli sono stati effettuati mediante questionario telefonico dopo 1, 2 e 3 giorni ed un'ulteriore volta dopo 10-14 giorni. L'end point primario era costituito dalla risoluzione clinica definita come assenza di assunzione di un qualsiasi altro antibiotico diverso dall'amoxicillina nell'arco di 15 giorni. End points secondari erano la presenza di dolore o febbre ed il grado di attività del bambino nei primi 3 giorni, il tasso di recidive ed il tasso di effusioni dall'orecchio medio a 3 mesi.
Al quattordicesimo giorno l'84.2% del gruppo placebo ed il 92.8% di quello amoxicillina ha presentato la risoluzione dei sintomi (ARR –8.6%, 95% CL da –14.4% a –3.0%). I bambini del gruppo placebo hanno presentato più frequentemente dolore e febbre nei primi 2 giorni. Tra i due gruppi non sono emerse differenze significative per quanto attiene all'incidenza di reazioni avverse ed al tasso di recidive o di effusione dall'orecchio ad uno e 3 mesi.
Gli Autori concludono che lo studio non supporta la non inferiorità del placebo e quindi la tattica della vigile attesa, in altre parole la strategia del trattamento antibiotico immediato appare più efficace sui sintomi anche se non ci sono state più complicazioni nel gruppo placebo.

Fonte: CMAJ 2005;172(3):335-41 discussione su agorà medica

Commento di Luca Puccetti

Le linee guida sul trattamento dell'otite media acuta differiscono significativamente a seconda del paese. In Olanda è raccomandata la prescrizione di analgesici e una condotta di vigile attesa, nel Regno Unito la prescrizione di amoxicillina per 5-7 giorni, mentre negli USA si raccomanda un trattamento con antibiotici di 10 giorni che spesso viene effettuato usando farmaci a largo spettro tranne nei casi in cui la diagnosi sia incerta oppure i sintomi siano molto lievi. (1)
Nell'attuale lavoro il NNT è di 11 bambini trattati per evitare una mancata risposta clinica.
Gli Autori, prudentemente, concludono che sono necessari ulteriori studi per identificare i fattori predittivi per selezionare i bambini da trattare rispetto a quelli da sorvegliare. Il Dott. Daimoiseaux, medico di medicina generale di Utrecht, e coll. sono molto critici con questa prudente raccomandazione ed asseriscono che ci sono sufficienti prove in favore della condotta di non trattare con antibiotici alla prima visita (9). Lo stesso Daimoseaux ha pubblicato nel 2000 un lavoro (2) in cui al quarto giorno la persistenza dei sintomi è stata significativamente minore nel gruppo amoxicillina (ARR 13%; 95% CL da 1% a 25%). La durata media della febbre è stata di 2 giorni nel gruppo amoxicillina vs 3 giorni nel gruppo placebo (P=0.004). Nessuna differenza significativa è stata riscontrata per quanto concerne il dolore ed il pianto, ma il consumo di analgesici è risultato più elevato nel gruppo placebo per i primi 10 giorni (4.1 vs 2.3 dosi, P=0.004). Non sono state rilevate differenze significative tra i due gruppi all'esame otoscopico effettuato al quarto ed undicesimo giorno ed al timpanogramma eseguito dopo sei settimane. Inoltre l'estensione del follow-up dello studio ha dimostrato che il 54% dei bambini del gruppo placebo non ha presentato ulteriori episodi contro il 36% di quelli trattati con amoxicillina adjusted odds ratio 2.7). Ovviamente la maggiore argomentazione riguarda l'induzione di resistenze batteriche per cui un minor uso di antibiotici ridurrebbe le reistenze già circolanti (3). Ovviamente persino Daimoseaux concede che in alcuni casi è opportuno usare gli antibiotici, ma ricorda che solo 2 casi su 100.000 persone anno è il prezzo da pagare per la strategia di non usare gli antibiotici (4).
Tuttavia Daimoseaux ignora che l'otite media è una malattia potenzialmente fatale. Non esistono solo le complicanze della mastoidite, sono stati segnalati ascessi cerebrali, tromboflebiti del seno laterale e meningiti che sono descritti soprattutto in Turchia ed in Asia (5,6). In un revisione retrospettiva, effettuata in Turchia dal 1990 al 1999, sono stati valutati 2890 casi di otite media. Novantatre pazienti (3.22%) hanno presentato 57 (1.97%) complicazioni intracraniche (IC) e 39 (1.35%) complicazioni extracraniche (EC). Quindici pazienti sono morti per IC. La mortalità globale è stata del 16.1 % in tutti i pazienti con complicazioni e del 26.3% in quelli con IC. Inoltre sorprende alquanto il disinteresse verso i sintomi riportati da bambini, quasi che siccome non possono esprimere compiutamente la loro sofferenza, questa contasse assai poco. Comunque tra il dire ed il fare c'è di mezzo il mare.. infatti anche in Olanda nel 2001 il 50% di tutti gli episodi di otite media sono stati trattati con antibiotici con un incremento del 65% rispetto alla condotta rilevata nel 1987 (8). In definitiva possiamo concludere che la mancanza di indicatori affidabili di un decorso lieve e l'aspecificità, per converso, dei migliori indicatori di complicanze, rappresentati dalla persistenza del dolore e della febbre, e la considerazione della potenziale letalità di alcune complicanze, unitamente al miglior controllo dei sintomi rappresentano buoni argomenti per confermare l'impiego immediato di antiobitici nel trattamento dell'otite acuta, specialmente in condizioni sociali disagiate od in realtà in cui l'organizzazione della risposta sanitaria appare assai carente.

1) J Am Board Fam Pract 2001;14:406-17

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 15/11/2026 alle ore 9:13 | Pagina 1 di 2

2) BMJ 2000; 320: 350 -4
3) N Engl J Med 1997; 337:441-6
4) Pediatr Infect Dis J 2001;20:140-4
5) Yonsei Med J. 2002 Oct;43(5):573-8
6) Asian J Surg. 2002 Apr;25(2):170
7) J Laryngol Otol. 2000 Feb;114(2):97-100
8) J Antimicrob Chemother 2004;53:361-6
9) CMAJ 2005;172(5): 657 - 658