



Otite media acuta (OMA)



Diagnosi clinica

Definizione

L'otite media acuta (OMA) è un'infezione dell'orecchio medio, rara negli adulti, complicanza in genere di un'infezione virale delle vie aeree superiori.

Segni e sintomi

Insorgenza acuta di dolore auricolare (mono o bilaterale), febbre ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), +/- secrezione auricolare.

Criteri clinici

La diagnosi di OMA si pone sulla base dei segni e sintomi clinici e della valutazione otoscopica.

Esami

Test microbiologici

Test microbiologici ed esami ematici solitamente non sono necessari.

Le colture di materiale purulento da timpani perforati non sono utili ad orientare il trattamento.

Altri test diagnostici

Otoscoopia, necessaria per la diagnosi definitiva se disponibile. Reperti classici: tumefazione, infiammazione/congestione della membrana timpanica, che può essere opaca e avere mobilità ridotta + essudato purulento.

Esami di imaging solitamente non necessari.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Nella maggior parte dei casi la terapia antibiotica non è necessaria e la gestione iniziale può avvalersi di un approccio sintomatico e di vigile attesa.

La sola otorrea non dà indicazione al trattamento.

Otite ricorrente non grave (>3 episodi in 6 mesi o >4 episodi in 12 mesi): non evidenze a favore del trattamento antibiotico.

Prescrizione di antibiotico in caso di sintomi gravi: TC > 39°C ; importante malessere generale; dolore auricolare persistente non responsivo ad analgesici + otorrea.

Terapia sintomatica

Paracetamolo: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

Ibuprofene: 200-400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 2,4 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

Follow up

48-72 ore. Importante istruire i pazienti a monitorare i sintomi e riferire se peggiorano o persistono dopo alcuni giorni.

Elementi di allerta

Visita ORL: in caso di secrezioni persistenti e/o perforazione non guarita dopo 6 settimane o associazione a sintomatologia vertiginosa intensa.

Invio in PS: in caso di sospetto di complicanze acute (es. meningite, mastoidite, paralisi dei nervi cranici).

Razionale della terapia

La terapia antibiotica non è necessaria nella maggior parte dei casi di OMA, in quanto autolimitanti e ad eziologia virale. Nei casi ad eziologia batterica i benefici apportati dalla terapia antibiotica si limitano alla riduzione della durata sintomi, in particolare dolore, di circa 48 ore e delle rare complicanze.

POTENZIALI COMPLICANZE

Ascesso cerebrale: 0.03 per 10.000 episodi di OMA;
mastoidite 5.62 per 10.000 episodi di OMA.

Numero di pazienti da trattare con antibiotico per prevenire:

- 1 ascesso cerebrale: 19.988
- 1 mastoidite: 2.181

Terapia antibiotica

Prima scelta

UNA TRA QUESTE:

Amoxicillina [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

Amoxicillina/acido clavulanico [cat. AWaRe Access]: 875/125 mg per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

Seconda scelta

ALLERGIA A PENICILLINE NON DI TIPO I

Cefuroxima [cat. AWaRe Watch]: 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni.

ALLERGIA A PENICILLINE DI TIPO I

Sulfametossazolo+trimetoprim [cat. AWaRe Access]: 800 mg+160 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni.