

**RACCOMANDAZIONI
OTITE MEDIA ACUTA (OMA)
IN ETÀ PEDIATRICA**

GUIDA RAPIDA 2007

Questa guida rapida fornisce una sintesi delle raccomandazioni contenute nella Linea guida regionale *OTITE MEDIA ACUTA IN ETÀ PEDIATRICA*.

Si raccomanda di utilizzare la guida dopo aver preso visione del testo completo della Linea guida, DOSSIER 154-2007, scaricabile dal sito web: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss154.htm

PREVENZIONE

FORTE

Comunicare ai genitori che:

- allattamento al seno prolungato ed esclusivo per i primi 6 mesi e non esposizione al fumo di sigaretta proteggono il bambino dal rischio di sviluppare OMA;
- vaccinazione antipneumococcica e antinfluenzale non apportano sostanziale beneficio nella prevenzione dell'OMA;
- non esistono evidenze sufficienti relative alla profilassi con xilitolo.

DEBOLE

- L'utilizzo del ciuccio e del biberon aumenta il rischio di sviluppare OMA;
- in caso di frequenti episodi di OMA e solo laddove le condizioni della famiglia lo permettano, la frequenza dell'asilo potrebbe essere temporaneamente sospesa.

DIAGNOSI

DEBOLE

La diagnosi di OMA dovrebbe basarsi su:

- esordio acuto dei segni e sintomi;
- rilevazione all'otoscopia tradizionale dei segni di infiammazione dell'orecchio medio;
- rilevazione dell'essudato endotimpanico.

Il non utilizzo dell'otoscopia pneumatica sovrastima i casi di OMA (numerosi falsi positivi).

TRATTAMENTO: VIGILE ATTESA

FORTE

In assenza di patologie di base gravi e quando il *follow up* possa essere assicurato, la strategia di vigile attesa (pronta somministrazione di analgesici, non somministrazione dell'antibiotico per 48-72 ore dall'esordio dei sintomi, informazioni scritte ai genitori, somministrazione dell'antibiotico se dopo 48-72 ore i sintomi non si risolvono o peggiorano) dovrebbe essere utilizzata nei bambini con OMA di età ≥ 1 anno, a meno che non presentino sintomi gravi o otorrea.

A giudizio del curante la strategia di vigile attesa potrebbe essere applicata anche in bambini fra i 6 e i 12 mesi di età con condizioni generali non preoccupanti.

TRATTAMENTO

FORTE

- Qualora l'antibiotico si renda necessario utilizzare amoxicillina, al dosaggio standard di 40-50 mg/Kg/die in 3 somministrazioni al giorno (ogni 8 ore) per 5-7 giorni;
- in pazienti con allergia alla penicillina utilizzare macrolidi o cotrimoxazolo. L'elevata % di resistenze a questi antibiotici in Emilia-Romagna impone un attento *follow up*;
- la prescrizione di paracetamolo o ibuprofene è indicata per il sollievo dei sintomi acuti;
- antistaminici, mucolitici, decongestionanti, gocce otologiche, non sono indicati in quanto inefficaci e non privi di effetti collaterali.

DEBOLE

In caso di otalgia consigliare l'esecuzione di lavaggi nasali con soluzione fisiologica. È necessario spiegare a chi si prende cura del bambino come eseguirli.

FORTE

Nel consigliare sussidi terapeutici a carico della famiglia si dovrebbero raccomandare sempre, a parità di efficacia, le opzioni meno costose.

DEBOLE

Nei casi di non risposta dopo 48 ore di terapia standard o di ricorrenza (da 13 a 30 giorni dal primo episodio) si raccomanda di utilizzare l'amoxicillina ad alto dosaggio (80-90 mg/Kg/die). In caso di mancata risposta anche alle alte dosi di amoxicillina si suggerisce di usare l'associazione amoxicillina clavulanato.

OTITI MEDIE ACUTE RICORRENTI

FORTE

Nei casi di otiti medie acute ricorrenti non si dovrebbe prescrivere la profilassi antibiotica prolungata a basso dosaggio, né la vaccinazione antipneumococcica.

INVIO DALLO SPECIALISTA

DEBOLE

Quando si sospetti una riduzione persistente dell'udito, considerare l'invio del bambino allo specialista.

COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA

FORTE

Informare, anche tramite l'utilizzo di materiale scritto, chi si prende cura del bambino delle cause e storia naturale dell'OMA, dei rischi e vantaggi della terapia antibiotica e della vigile attesa, della possibilità di ricorrere a terapie di supporto efficaci.

ALGORITMO TERAPEUTICO OMA in bambino senza patologia di base grave

OMA COMPLICATA: esordio con un'infezione generalizzata (sepsi, meningite) o con complicanze suppurative (mastoidite)

diagnosi di OMA
non complicata

otorrea/sintomi
preoccupanti

Sì

amoxicillina
40-50 mg/Kg/die
in 3 somministrazioni
per 5-7 giorni

No

età < 12 mesi

Sì

amoxicillina
40-50 mg/Kg/die
in 3 somministrazioni
per 5-7 giorni

No

strategia di
vigile attesa

migliora

Sì

STOP

No

amoxicillina
40-50 mg/Kg/die
in 3 somministrazioni
per 5-7 giorni

controllo

STOP

Nei bambini di età compresa fra 6 e 12 mesi, nel caso il curante lo ritenga opportuno e in base alle evidenze disponibili, la strategia di vigile attesa può essere applicata

La strategia di vigile attesa consiste in:

- non somministrare l'antibiotico nelle prime 48-72 ore dall'esordio dei sintomi
- assicurare una buona analgesia con paracetamolo o ibuprofene
- informare chi si prende cura del bambino con istruzioni anche scritte

RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

Area RISCHIO INFETTIVO

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
v.le Aldo Moro 21 - Bologna

-- GRUPPO DI LAVORO

SIMONA DI MARIO, *CeVEAS - Az. Usl di Modena*

CARLO GAGLIOTTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

MARA ASCIANO, *Az. Usl di Rimini*

GIORGIO BENAGLIA, *pediatra ospedaliero Az. Usl di Reggio Emilia*

GIUSEPPE BOSCHI, *pediatra di famiglia Az. Usl di Reggio Emilia*

ICILIO DODI, *pediatra ospedaliero Az. ospedaliero-universitaria di Parma*

GIUSEPPE GREGORI, *pediatra di famiglia Az. Usl di Piacenza*

PAOLA TAMBURINI, *pediatra di famiglia Az. Usl di Reggio Emilia*

MARIA LUISA MORO, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

GRAFICA

A cura di GIULIA GUERZONI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

STAMPA

A cura di TIPOGRAFIA MODERNA Srl, via Dei Lapidari 1/2 - Bologna

COPIA DELL'OPUSCOLO PUÒ ESSERE RICHIESTA A:

FEDERICA SARTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*
e-mail: fsarti@regione.emilia-romagna.it

IL FILE .PDF DELLA GUIDA RAPIDA OTTIE MEDIA ACUTA È REPERIBILE NEL SITO WEB:
<http://asr.regione.emilia-romagna.it>

RACCOMANDAZIONI FARINGOTONSILLITE IN ETÀ PEDIATRICA

GUIDA RAPIDA 2007

Questa guida rapida fornisce una sintesi delle raccomandazioni contenute nella Linea guida regionale *FARINGOTONSILLITE IN ETÀ PEDIATRICA*.

Si raccomanda di utilizzare la guida dopo aver preso visione del testo completo della Linea guida, DOSSIER 153-2007, scaricabile dal sito web: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss153.htm

PREVENZIONE

DEBOLE

- Raccomandare ai genitori di non esporre i bambini al fumo di sigaretta e agli inquinanti solforici emessi dalle auto;
- comunicare ai genitori che la pulizia della casa con detergenti antibatterici e la somministrazione al bambino di immunostimolanti non prevengono le faringotonsilliti ripetute.

DIAGNOSI: CLINICA, RAD, ESAME COLTURALE

FORTE

La diagnosi di faringotonsillite streptococcica non può basarsi esclusivamente sul rilievo di singoli segni clinici. L'utilizzo di uno *score* composito come il MclSAAC, in grado di guidare il percorso diagnostico-terapeutico, andrebbe invece promosso.

FORTE

- In caso di sospetta faringotonsillite streptococcica la diagnosi dovrebbe basarsi su:
- *score* clinico di MclSAAC;
 - RAD in caso di *score* clinico > 1 (a giudizio del medico in caso di *score* 5);
 - esame colturale di conferma in caso di RAD negativo quando:
 - * lo *score* è = 3 - 4 se c'è un alto sospetto streptococcico (stretto contatto con un paziente infetto, o *rash* scarlattiniforme, o periodo dell'anno in cui si registra un numero superiore all'atteso di infezioni streptococciche);
 - * lo *score* è pari a 5.

TRATTAMENTO

FORTE

- Iniziare una terapia antibiotica solo se l'infezione da *S. pyogenes* è ragionevolmente certa (clinica + RAD positivo, o clinica + esame colturale positivo, o *score* = 5);
- utilizzare amoxicillina, al dosaggio di 50 mg/Kg/die in 2 somministrazioni al giorno (ogni 12 ore) per 6 giorni;
- in pazienti con allergia alla penicillina utilizzare i macrolidi. L'elevata % di resistenze del piogene ai macrolidi in Emilia-Romagna impone un attento *follow up*;
- alla fine della terapia non richiedere alcun test di laboratorio per confermare l'eradicazione del piogene;
- la prescrizione di paracetamolo o ibuprofene è indicata per il sollievo dei sintomi acuti.

INVIO IN OSPEDALE

FORTE

In caso di stridore/dispnea/impossibilità a deglutire liquidi/trisma/scialorrea inviare immediatamente il bambino in ospedale.

GESTIONE DEL PORTATORE CRONICO DI *S. PYOGENES*

FORTE

Sospettare lo stato di portatore di piogene in un bambino che:

- in presenza di clinica suggestiva e RAD positivo, non risponde prontamente alla terapia antibiotica (dopo 24 ore);
- ha un RAD positivo in fase di benessere;
- ha frequenti episodi di faringotonsillite con RAD positivo (≥ 3 episodi in 12 mesi).

DEBOLE

Un portatore di piogene con mal di gola dovrebbe essere trattato solo in caso di sintomatologia francamente suggestiva di infezione da piogene (*score* di MC ISAAC 4 o 5). Sospendere il trattamento se, dopo 24 ore, non si osserva un netto miglioramento.

FORTE

Il portatore generalmente non deve essere trattato per eradicare il piogene. In caso ci sia l'indicazione, utilizzare clindamicina, o penicillina benzatina+rifampicina, o cefalosporina orale.

PREVENZIONE MALATTIA REUMATICA

DEBOLE

La malattia reumatica è attualmente rara nei paesi ricchi. Per prevenirla è sufficiente iniziare la terapia antibiotica entro 9 giorni dall'inizio dei sintomi. Le ricadute e ricorrenze sembrano ridursi quando la terapia inizi 48 ore dopo l'esordio dei sintomi.

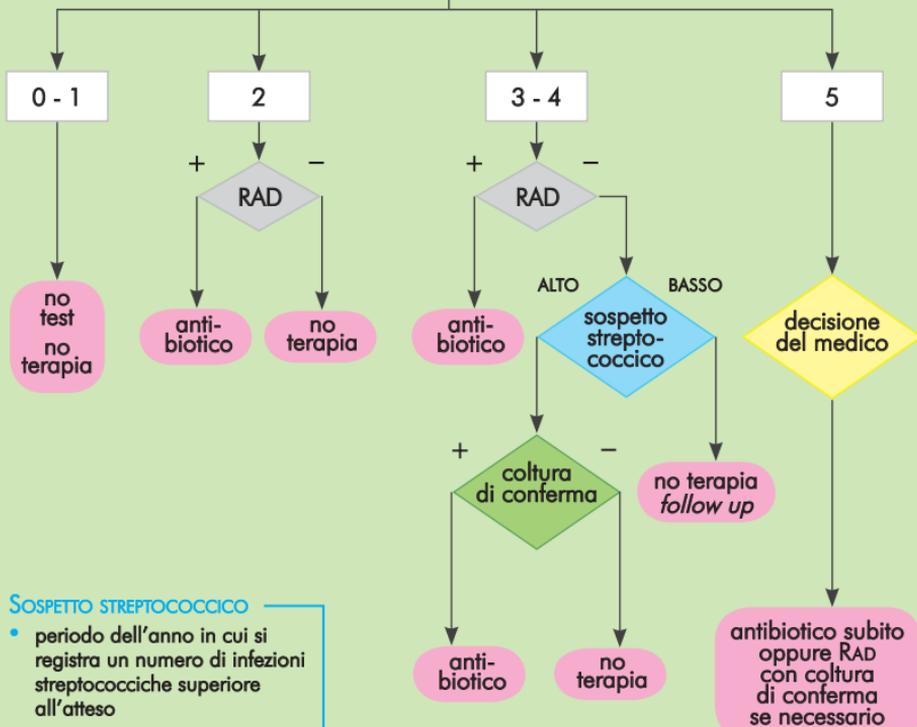
COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA

FORTE

Informare, anche tramite l'utilizzo di materiale scritto, chi si prende cura del bambino delle cause e storia naturale della faringotonsillite, dei rischi e vantaggi della terapia antibiotica e della possibilità di ricorrere a terapie di supporto efficaci.

MClSAAC	SCORE
temperatura $\geq 38^{\circ}$	
assenza di tosse	
adenopatia dolente laterocervicale anteriore	
tumefazione o essudato tonsillare	
età 3-14 anni	
TOTALE	0 - 5

SCORE CLINICO MClSAAC



SOSPETTO STREPTOCOCCICO

- periodo dell'anno in cui si registra un numero di infezioni streptococciche superiore all'atteso
- contatto stretto con paziente infetto
- *rash* scarlattiniforme

RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

Area RISCHIO INFETTIVO

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
v.le Aldo Moro 21 - Bologna

-- GRUPPO DI LAVORO

SIMONA DI MARIO, *CeVEAS - Az. Usl di Modena*

CARLO GAGLIOTTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

MARA ASCIANO, *Az. Usl di Rimini*

STEFANO ALBORESI, *Az. Usl di Bologna*

FILIPPO BERNARDI, *Az. ospedaliero-universitaria di Bologna*

LAMBERTO REGGIANI, *Az. Usl di Imola*

ANNA TOMESANI, *Az. Usl di Bologna*

MARIA LUISA MORO, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

GRAFICA

A cura di GIULIA GUERZONI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

STAMPA

A cura di TIPOGRAFIA MODERNA Srl, via Dei Lapidari 1/2 - Bologna

COPIA DELL'OPUSCOLO PUÒ ESSERE RICHIESTA A:

FEDERICA SARTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*
e-mail: fsarti@regione.emilia-romagna.it

IL FILE .PDF DELLA GUIDA RAPIDA FARINGOTONSILLITE È REPERIBILE NEL SITO WEB:
<http://asr.regione.emilia-romagna.it>