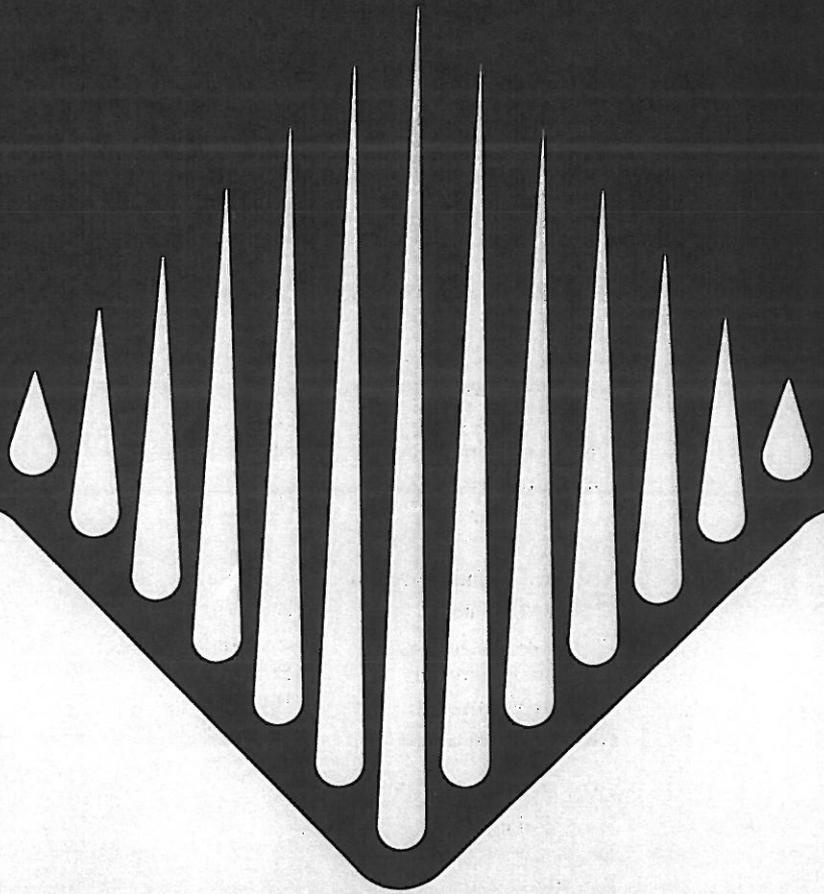


NOTIZIARIO ALLERGOLOGICO

Marzo 2000 - Volume 19

Numero 1



AGGIORNAMENTI
RUBRICHE
RECENSIONI
QUESITI

Spedizione in A. P. 45% - Art. 2 Comma 20/b Legge 662/96 - Filiale di Pisa

P
PACINI EDITORE
MEDICINA

Simposio LOFARMA ESPERIENZE CLINICHE CON OTOVENT

Il Convegno Interannuale Associazione Italiana di Aerobiologia

LA RINITE ALLERGICA: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Mantova, 30 settembre - 2 ottobre 1999

La divulgazione delle conoscenze allergologiche è certamente la missione principale della nostra rivista. Ma, come i lettori "anziani" ben sanno, ci concediamo ogni tanto delle divagazioni. Talvolta (raramente a dire il vero) queste divagazioni sono del tutto fuori tema, più frequentemente sono esplorazioni in aree mediche ai confini della allergologia. E' questo il caso delle relazioni che seguono, presentate al 2° Simposio Otovent "Esperienze Cliniche con Otovent", simposio sulla otite media e la ginnastica tubarica tenutosi a Mantova il 2 ottobre 1999.

In realtà l'otite media rientra in pieno tra le malattie ad eziopatogenesi allergica. Prima di accingermi a scrivere le righe che state leggendo ho consultato via Internet la nota banca dati Medline, inserendo le parole chiave "otitis media" e "allergy". Risultato sorprendente: sono usciti 538 articoli! L'otite media è presentata da molti autori come una delle più frequenti complicanze della rinite allergica del bambino, soprattutto quando non correttamente trattata. Un gruppo di ricercatori ha perfino condotto degli studi sperimentali nei ratti, dimostrando che la sensibilizzazione allergica sperimentalmente indotta in un gruppo di animali aumentava, rispetto ai controlli non sensibilizzati, la capacità dei lipopolisaccaridi di origine batterica di indurre otite media con effusione. Assai suggestiva è infine la recentissima dimostrazione che nella maggioranza dei pazienti nell'orecchio medio con effusione in atto sono presenti in gran numero i mastociti ed il suo mediatore triptasi, suggerendo quindi che l'infiammazione dell'orecchio medio è prevalentemente di natura allergica.

L'otite media dovrebbe quindi rientrare a pieno diritto tra le patologie allergiche. Finora è stata piuttosto trascurata dagli allergologi perchè questa patologia è prevalentemente "territorio di caccia" degli otorinolaringoiatri e dei pediatri. Non è mai troppo tardi per porre rimedio!

Paolo Falagiani

L'OTITE MEDIA CON EFFUSIONE

ELISABETTA ZOCCONI

Istituto per l'Infanzia Burlo Garofalo - Trieste

L'otite media con effusione (OME) è una patologia molto frequente in età pediatrica, caratterizzata dalla presenza di versamento endotimpanico (MEE), a membrana timpanica intatta senza segni di flogosi acuta. Tale definizione, proposta negli anni '80 e accettata internazionalmente, supera le vecchie denominazioni (otite sierosa, mucosa, glue ear) che tenevano conto del tipo di secrezione presente nell'orecchio in quanto questo dato non è desumibile senza un prelievo attraverso la miringotomia. Tale patologia, che dimostra alti picchi di incidenza nella stagione invernale e nei bambini piccoli (sotto i 6 anni) può esser la conseguenza di un episodio di otite acuta (OMA) o comparire senza precedenti infiammatori acuti evidenti. L'OME si accompagna a diminuzioni di udito che possono condizionare l'apprendimento del linguaggio orale e quindi lo sviluppo psico-intellettuale ad esso associato. Quantunque l'evoluzione del OME sia in genere benigna (80% di risoluzioni spontanee nei primi 3 mesi di storia), in alcuni casi un prolungato persistere dell'effusione nella cassa può portare a complicanze quale l'atelettasia della membrana timpanica, l'otite adesiva, la timpanosclerosi o la formazione di tasche di retrazione che possono poi evolvere verso il colesteatoma.

Eziopatogenesi

L'OME è una tipica patologia multifattoriale in cui i fattori di rischio sono legati all'età, sesso, frequenza all'asilo nido ed esposizione a fumo passivo, scarso allattamento al seno.

Il sistema timpano-ossiculare per funzionare correttamente necessita di un apporto di aria che arriva dalla tuba di Eustachio, equilibrando le pressioni dell'orecchio medio. Le funzioni della tuba di Eustachio (difesa, drenaggio e ventilazione) nel bambino sono spesso carenti anche per la particolare anatomia della tuba nei primi anni di vita. La tuba infatti risulta relativamente più corta e più larga, più orizzontale e beante, i muscoli peristafilini sono meno efficienti, per cui le infezioni rinofaringee facilmente si propagano all'orecchio. Solo verso i 6 anni il bambino raggiunge una funzionalità dell'unità rinofaringotubarica simile a quella dell'adulto. Una scarsa funzionalità tubarica, risulta ancora più evidente nei bambini affetti da alterazioni craniofacciali e da palatoschisi.

Il ruolo dell'ipertrofia adenoidica nel condizionare la disfunzione tubarica sembra facilmente comprensibile ma mai realmente dimostrato. Secondo alcuni autori le adenoidi costituirebbero un focolaio di infezione da cui si propagherebbero i germi nella cassa (indipendentemente dalle dimensioni), secondo altri solo le adenoidi ipertrofiche sarebbero collegate con la patologia tubarica ed auricolare.

Recentemente è stata sottolineata l'importanza dell'ipertrofia adenoidica laterale, vicino al *torus tubarius*, nel condizionare la

presenza di effusione nell'orecchio medio. Studi istologici su animali di esperimento hanno dimostrato che la chiusura della tuba di Eustachio con silastic provoca una metaplasia dell'epitelio cigliato della cassa con aumento della cellule mucose produttrici dell'effusione. Qualora, negli animali da esperimento, alla chiusura della tuba venga associata l'inoculazione di batteri, le modificazioni prodotte dai lisati batterici e dai metaboliti della flogosi, sono istologicamente identiche a quelle provocate dalla sola occlusione tubarica, ma quantitativamente più elevate.

Alcuni autori hanno evidenziato l'importanza del così detto surface active agent (SAA) nel ridurre la viscosità della secrezione e della tensione superficiale, facilitando l'apertura tubarica. Tale fattore, analogo al surfactant polmonare, risulterebbe diminuito nelle infezioni dell'orecchio medio per la presenza di enzimi proteolitici prodotti dai batteri che causano l'otite media. Il ruolo dell'allergia nel provocare l'edema della mucosa tubarica e di conseguenza l'OME è ancora oggetto di discussione. In letteratura si segnala l'allergia al latte quale possibile fattore di rischio ma l'uso di antistaminici nell'OME è senza effetto, mentre risultati positivi si sono ottenuti con la dieta.

Il ruolo dell'infezione batterica è evidente nell'OME dopo OMA ma da ricerche microbiologiche effettuate sull'effusione non preceduta dal fatto acuto, è stata dimostrata la presenza degli stessi germi che causano l'otite acuta anche se frequenze lievemente diverse (*Haemophilus influenzae* più frequente del *Pneumococo*). Da sottolineare che la metaplasia dell'epitelio permane anche dopo che l'infezione batterica è dominata e che i germi sono coltivabili con frequenze maggiori nell'OME più recente. (l'effusione che duri da più di 6 mesi in genere è sterile). Inoltre recenti ricerche batteriologiche hanno dimostrato che nei bambini adenoidectomizzati la cultura dell'effusione è positiva nel 20% dei casi contro il 47% dei non adenoidectomizzati.

Da questi dati possiamo dedurre che l'efficacia della terapia antibiotica può variare in funzione della durata dell'effusione. L'eziopatogenesi dell'OME è sicuramente multifattoriale, in cui occlusione tubarica, infezione batterica e diminuzione di SAA sono predominanti.

Diagnosi

- 1) Sospetto di OME può esser posto dopo OMA, in caso di riferita ipoacusia dai genitori ma in molti casi può essere asintomatica.
- 2) Con il controllo otoscopico la membrana timpanica (mt) risulta aver perso la sua normale trasparenza e motilità o risulta particolarmente retratta (segno di depressione nell'orecchio medio).
- 3) Con il pneumo-otoscopio, usato da un esaminatore esperto

è possibile evidenziare la motilità della membrana timpanica e quindi diagnosticare l'OME con un'accuratezza del 70-79%.

- 4) La timpanometria provvede a dare una misura indiretta della compliance dell'orecchio medio e quindi a valutarne le pressioni. Il valore predittivo di un timpanogramma B secondo la classificazione di Jerger (piatto) è di 49-99%. Questo sottolinea il rischio di errore del metodo (un timpanogramma B ad es. può esser presente in una perforazione timpanica). Timpanogramma normale invece ha valori più significativi. L'associazione tra pneumo-otoscopia e timpanometria permette un'accuratezza di diagnosi del 90%. Il Micro Tympanometry (timpanometria portatile Welch Allyn) ha un'eccellente specificità (95%) ma una bassa sensibilità (60%).
- 5) L'otoscopia acustica, basata sull'uso degli ultrasuoni, è una metodica non sufficientemente studiata anche se i primi dati sembrano molto promettenti.
- 6) Il controllo audiometrico ci permette di valutare il grado di danno uditivo prodotto dall'effusione e quindi il rischio sull'acquisizione del linguaggio e di stabilire con maggior correttezza la necessità di un eventuale approccio più invasivo.
- 7) La miringotomia può discernere ogni dubbio diagnostico ma non è proponibile routinariamente.

Terapia

Nella scelta terapeutica bisogna tenere conto della storia naturale della malattia che prevede una percentuale di risoluzione spontanea specie nei mesi estivi, della uni o bilateralità della lesione, della presenza di patologie associate (difficoltà respiratoria, otiti recidivanti, palatoschisi etc.), dell'età del paziente e della gravità della ipoacusia. E' comunque importante che il bambino venga seguito nel tempo anche nel caso si decida un'attesa vigile. In considerazione di fattori etiopatogenetici diversi sono i trattamenti proponibili:

1) Metodi locali che agiscono ripristinando la funzionalità tubarica

L'argomento verrà ampiamente trattato nelle relazioni successive per cui accenno soltanto che nei bambini sono indicati gli esercizi di rieducazione tubarica, l'uso dell'OTOVENT, cicli di inalazioni con acque solforose. Negli adulti o nei bambini più grandicelli e collaboranti si possono proporre le insufflazioni tubariche.

2) Terapia medica

L'antibiotico è sicuramente il trattamento che trova maggiori indicazioni in letteratura. La scelta dell'antibiotico dovrà tenere conto dell'epidemiologia, della durata della storia di OME, della sensibilità dei germi in causa. Il trattamento antibiotico dovrà coprire il Pneumococco se la storia di OME è recente, e H. influenzae se l'OME dura da più tempo. Si consiglia un ciclo di trattamento di 15 giorni a dosaggio pieno. Mentre minori sono le indicazioni al trattamento antibiotico se l'effusione dura da più di 6 mesi. Il trattamento antibiotico profilattico si è dimostrato utile nell'OME dopo OMA ma non altrettanto efficace nelle forme croniche. Sulla lunga durata (2-3 mesi) l'efficacia dell'antibiotico nell'OME dopo OMA non sembra molto evidente. Non dobbiamo dimenticare che negli ultimi anni ci

vengono segnalati preoccupanti dati sulle resistenze batteriche per cui l'uso dell'antibiotico dovrà esser sempre di più oculato. Sull'uso del cortisone per via generale la letteratura è discorde. Si suppone una possibile azione del cortisone nel ridurre l'edema del *torus tubarius* e nell'attivare il SAA con un meccanismo analogo alla attivazione del surfactant polmonare nel prevenire il distress respiratorio del neonato prematuro. In realtà il cortisone da solo non risulta efficace in studi controllati e il suo uso associato agli antibiotici risulta utile secondo alcuni studi e criticabile, secondo altri, per i possibili effetti collaterali (agitazione, modificazione del comportamento, varicella disseminata, etc.). L'uso di anti-istaminici, anti-infiammatori e decongestionanti è risultato inutile in alcuni lavori a doppio cieco. Sull'efficacia dei mucolitici non esistono studi controllati, anche se viene segnata l'attività dell'ambroxol sul SAA.

3) Trattamento chirurgico

E' noto che la miringotomia con inserzione di drenaggio timpanico è dimostratamente utile nell'OME che non ha risposto ad altri trattamenti. Le possibili complicanze (otorrea, perforazione residua, ipoacusia percettiva, colesteatoma) ne riducono le indicazioni.

Le linee guida attuali raccomandano il drenaggio timpanico nelle forme di OME che duri da più di 6 mesi o nell'OME associata a storia di otiti ricorrenti (OMAR) che non risponda alla profilassi antibiotica o nelle severe retrazioni timpaniche o infine quando vi siano fattori di rischio importanti (età < 2 anni, palatoschisi, malformazioni).

L'adenoidectomia nell'OME è ancora controversa. Il fatto che l'OME sia più frequente nei bambini sotto i 2 anni, in cui l'ipertrofia adenoidica non è evidente, e le OME in pazienti senza adenoidi o già adenoidectomizzati, fa pensare che non ci sia una stretta relazione tra adenoidi e OME. D'altra parte è esperienza di molti otorinolaringoiatri la risoluzione dei problemi auricolari (OMAR e OME) dopo l'adenoidectomia, come risulta evidente da diversi studi (Gates, Paradise, Mow, Parkers).

Le adenoidi agirebbero sia come ostacolo meccanico sia come serbatoio di germi che risalirebbero dal rinofaringe alla cassa timpanica, indipendentemente dalle loro dimensioni. Recentemente viene sottolineata la correlazione tra OME e adenoidi non ipertrofiche ma poste verso la tuba (Wright).

Le attuali linee guida propongono l'adenoidectomia nell'OME associata ad ostruzione nasale da ipertrofia adenoidica e nelle ricadute di OME dopo l'estruzione del drenaggio timpanico, indipendentemente dalle dimensioni delle adenoidi.

La tonsillectomia non ha indicazione nell'OME.

La paracentesi timpanica risolve rapidamente l'OME ma i risultati sono temporanei.

Conclusioni

L'emergenza delle resistenze batteriche, ci costringe ad un uso razionale e giudizioso degli antibiotici anche nelle otiti acute (OMA) e nelle flogosi delle prime vie aeree. La prevenzione dei fattori di rischio per OMA e OME (astensione da asilo nido, evitare fumo passivo, favorire l'allattamento al seno) può costituire una forma di profilassi. Nell'OME si dovranno sempre di più valorizzare i trattamenti locali che agiscono nel riequilibrare la pressione dell'orecchio medio. Il ruolo della chirurgia dovrà anche essere rivisto e rivalutato.