

## **L'OTITE MEDIA SECRETIVA: Perché è più frequente nel bambino?**

Viene definita otite media secretiva (OMS) la presenza di un versamento (muco) non infetto da batteri, dietro una membrana timpanica integra in assenza di segni e sintomi d'infiammazione acuta.

Per descrivere questa condizione vengono spesso usati nella pratica clinica altri termini sinonimi come per esempio: otite secretoria, otite trasudativa, catarro tubarico, mucotimpano, glue-ear, otite siero-mucosa.

Gli studi epidemiologici effettuati dimostrano come la maggior parte dei pazienti colpiti da questo problema ha meno di 10 anni. Il picco di frequenza è tra i 2 e i 5 anni.

Mentre la frequenza nell'adulto è del 10% nel lattante è del 20%.

### **Le cause**

La formazione di secrezioni all'interno dell'orecchio medio è quasi sempre conseguente ad un episodio di otite media acuta non completamente guarita.

Studi statistici dimostrano come il bambino che presenta il primo episodio di otite media acuta nei primi 2 mesi di età è 6 volte più a rischio di infezioni recidivanti rispetto a chi lo abbia avuto a 18 mesi. Questo si verifica perché un'otite media acuta non completamente guarita comporta un prolungamento dell'infiammazione anche senza dolore ma con una sola sensazione di ovattamento auricolare che il bambino non riesce a riferire. Questa condizione porta all'alterazione della funzione di trasporto muco-ciliare un'alterazione della funzione tuba di Eustachio (condotto che mette in comunicazione l'orecchio medio con le cavità nasali) con conseguente formazione di trasudato nella cassa timpanica. Se a questo si aggiunge che nei bambini la presenza di adenoidi spesso contribuisce alla ostruzione della tuba, si capisce perché l'età pediatrica risulta più predisposta all'insorgenza di otite media secretiva.

Nei bambini infatti si manifesta spesso bilateralmente (80%) mentre negli adulti è più frequente in forma monolaterale. Negli adulti la patologia può essere ad insorgenza acuta secondaria a brusche variazioni di pressione (dopo un volo aereo, nei subacquei, negli aviatori) oppure recidivante o cronica quando è dovuta a cause nasali (deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati, poliposi nasale) o rinofaringee (persistenza di adenoidi, fibromi, neoplasie).

- **Fattori Ambientali:** Il 90% dei pazienti sviluppa un oms nella stagione invernale. Sono più frequenti gli episodi di oms nei bambini che frequentano l'asilo rispetto ai bambini tenuti a casa.

- **Fattori Congeniti:** I bambini affetti da sindrome di Down, malattia di Crouzon, s. di Aperte mucopolosaccaridosi e palatochisi sono più esposti a sviluppare una oms
- **Fattori allergici:** Il 20 % di bambini presenta rinite allergica. L'89 % di bambini affetti da otite media secretiva risulta affetto da rinite allergica, ma non è dimostrabile relazione di causalità perché le Ige riscontrate nel versamento sono aspecifiche e potrebbero essere frutto di trasudazione passiva e non prodotte attivamente.

### Come si manifesta?

#### Il dolore (Otalgia)

Si tratta di un dolore della durata da qualche minuto ad alcune ore, che a volte può far svegliare il bambino di notte ma dopo aver pianto un po' o dopo aver sbadigliato o dopo essersi soffiato il naso si riaddormenta. Non si associa a febbre. È dovuto alla distensione della membrana timpanica esercitata dal versamento. Nel caso si verifichi sovrainfezione batterica del versamento il dolore può diventare persistente e può comparire la fuoriuscita all'esterno di materiale purulento (otorrea) che risulta maleodorante.

Raramente l'oms può manifestarsi con disturbi dell'equilibrio, ed ancora più raro ma possibile è la presenza di una paralisi del nervo facciale.

#### La riduzione dell'udito (Ipoacusia)

L'oms rappresenta la causa più frequente di disturbi dell'udito che colpiscono tutti i bambini del mondo in una fase del loro sviluppo. Nel 95 % dei casi si tratta di un'ipoacusia inferiore a 30 Db. L'entità dell'ipoacusia è spesso variabile nel tempo (varia anche di giorno in giorno) e può variare anche con la posizione del capo (peggiore dal lato del decubito).

#### Ripercussioni nel linguaggio

I primi anni di vita sono di fondamentale importanza per l'acquisizione del linguaggio. È stato ampiamente dimostrato come un'alterazione della percezione uditiva nel 1° anno di età possa essere responsabile di un ritardo del linguaggio. Negli anni successivi un'ipoacusia permanente e prolungata può essere comunque responsabile di un disturbo del linguaggio.

#### Segni indiretti che devono allertare genitori e insegnanti

- Aumenta il volume sonoro del televisore o della radio.
- Non risponde quando lo si chiama da una stanza all'altra.
- È distratto a scuola.
- Confonde la pronuncia di alcuni fonemi.

## La diagnosi

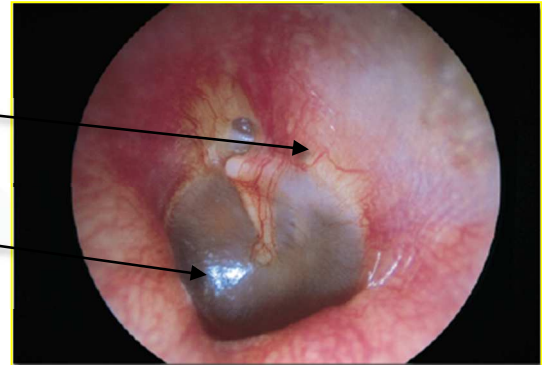
### Otoscopia:

La membrana timpanica si presenta spesso estroflessa ed inspessita, con livelli idroarei.

Ectasia di vasi che dal timpano vanno in periferia.

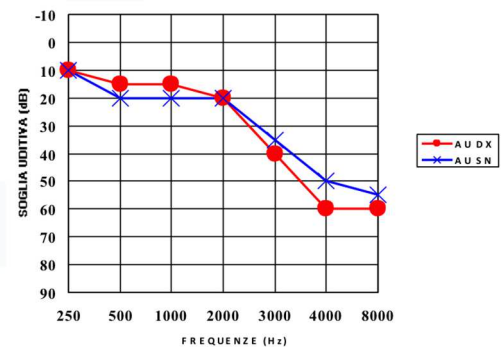
In caso di lunga evoluzione colorazione bluastra dovuta ai depositi di emosiderina.

Nelle fasi iniziali e soprattutto di lieve entità la membrana può non presentare i suddetti segni caratteristici.



### Esame audiometrico:

Serve a misurare l'entità dell'ipoacusia. Si tratta di ipoacusia di tipo trasmissivo che si manifesta alle frequenze di 500, 1000, 2000, 4000 Hz. L'attendibilità di questo esame è strettamente correlato alla collaborazione del paziente. Per tale motivo nei lattanti e nei bambini non collaboranti non è eseguibile.



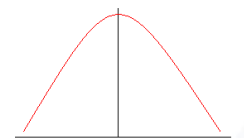
### Esame Impedenziometrico:

È un esame che offre rapidità d'esecuzione, affidabilità dei risultati. Permette di rilevare la presenza di versamento nell'orecchio medio e di rilevare l'eventuale chiusura della tuba di Eustachio.

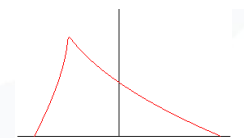
In condizione di normalità il timpanogramma risulta di tipo A ed è possibile rilevare i riflessi stapediai. Con la presenza di versamento timpanico il timpanogramma risulta di tipo C e non sono rilevabili i riflessi stapediai.

Nel caso in cui la tuba di Eustachio risulti stenotica il timpanogramma risulta di tipo B e non è possibile rilevare i riflessi stapediai.

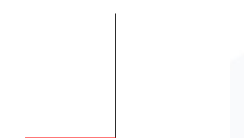
I limiti di questo esame sono rappresentati dal fatto che permette di analizzare una data situazione solo in determinato momento. Per tale motivo la sua efficacia nel monitorare l'evoluzione dell'otite deve essere ripetitivo e regolare come un vero esame di screening.



Timpanogramma tipo - A



Timpanogramma tipo - C



Timpanogramma tipo - B

### **Le possibili cure**

La scelta terapeutica dipende dalla causa che ha determinato l'otite media secretiva.

Dopo un episodio di otite media acuta anche se ben trattata dal punto di vista terapeutico è importante monitorare la funzione timpanica e le condizioni della membrana timpanica per un periodo variabile a seconda dei risultati dei controlli.

#### Terapia farmacologia:

I farmaci che si possono utilizzare nelle diverse situazioni sono i seguenti:

- Antibiotici: solo nelle sovrainfezioni batteriche.
- Antinfiammatori steroidei (cortisonici): preferibilmente per uso locale (aerosol).
- Antistaminici: utili nei pz con dimostrata o sospetta allergia.
- Decongestionanti nasali: utili sempre.
- Fluidificanti e mucoregolatori: utili come terapia integrante.
- Vacciniterapia: proposta nel periodo appena successivo a terapia chirurgica.

#### Le Cure Termali:

Le cure termali possono rappresentare un'alternativa valida per il trattamento dell'otite-media secretiva. In particolare sono indicate le *insufflazioni tubo-timpaniche*, ed il *polizer*. Con queste due metodiche viene introdotta direttamente nell'orecchio medio i principi attivo dell'acqua termale con l'obiettivo di rimuovere le secrezioni endotimpaniche e ristabilire l'equilibrio presso rio fra orecchio medio ed esterno.

#### La chirurgia:

Nei pazienti che nonostante la terapia farmacologia e / o le terapie termali continuano ad avere otite media secretiva con timpanogramma alterato per più di sei mesi continuativi è consigliato l'intervento chirurgico di miringotomia con inserzione di drenaggio trans-timpanico.

In età pediatrica questo intervento può essere associato o meno ad intervento di adenoidectomia e/o tonsillectomia (nei casi di adenotonsillite cronica, ipertrofia adenoidea ostruente gli osti delle tube di Eustachio).

Nell'adulto vanno risolte chirurgicamente tutte le eventuali patologie nasali (deviazioni del setto nasale, ipertrovia dei turbinati, polipi nasali, displasia bullosa e sinusite) o rinofaringee (Persistenza di adenoidi, fibromi, neoplasie).

## **MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI DRENAGGIO TRANS-TIMPANICO**

L'intervento si esegue in anestesia locale con l'ausilio di un microscopio. Si pratica una piccola incisione nella membrana del timpano attraverso la quale si posiziona un piccolo drenaggio per favorire la fuoriuscita delle secrezioni ristagnanti. Preferiamo usare dei drenaggi con delle alette flessibili (T-tube) che raramente vengono espulsi spontaneamente, ma la loro rimozione avviene in modo programmato ed opportuno. L'intervento viene eseguito nell'adulto in anestesia locale (ambulatoriale), mentre nel bambino si rende necessaria l'anestesia generale. I drenaggi trans-timpanici sono piccoli tubicini di materiale sintetico non curano le cause dell'otite ma il loro scopo è quello di aerare l'orecchio medio, consentire l'eliminazione di tutte le secrezioni, permettere la guarigione della mucosa infiammata ed ottenere il recupero della diminuzione di udito.



Alla dimissione (che avviene solitamente il giorno dopo l'intervento) saranno fornite tutte le istruzioni valide per il decorso post-operatorio.

### **Rischi e complicazioni**

Oltre ai comuni rischi dell'anestesia ed a quelli comuni a qualsiasi tipo di intervento, le complicazioni più frequenti dell'applicazione di tubi di ventilazione transtimpanici, con o senza adenoidectomia e tonsillectomia, sono i seguenti:

- **Infezioni:** Molto rare e possono comunque essere facilmente controllate con antibiotici.
- **Sordità:** Rarissimo che si abbia una sordità dopo tale tipo di intervento.
- **Non causano disagio** ma richiedono alcune attenzioni poiché non deve assolutamente entrare acqua nell'orecchio. Per tutto il tempo della loro permanenza dovrà essere evitata la pratica del nuoto sia al mare che in piscina. Per la doccia o il bagno potranno essere utilizzati appositi tappi in materiale sintetico per proteggere il condotto uditivo esterno.
- **Perforazione della Membrana Timpanica:** Con tale intervento si esegue una perforazione temporanea della membrana timpanica. Talvolta, quando il drenaggio (tubicino) viene rimosso, la membrana timpanica non si chiude spontaneamente. In questi casi la perforazione potrà essere chiusa chirurgicamente in un secondo tempo.

