

OTITA MEDIE ACUTĂ ÎN PRACTICA PEDIATRICĂ: UPDATE

Prof. Dr. Doina Anca Pleșca

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

REZUMAT

Otita medie acută (OMA) este una dintre cele mai frecvente infecții din copilărie. Este considerată cauza principală a prescrierii antibioticelor în pediatrie. Medicii au tendința de a supradiagnostica această boală, ducând la o prescripție inutilă de antibiotice, care expune copilul la reacții adverse nedorite, în principal diaree.

Diagnosticul se bazează în mod obișnuit pe simptome și pe examenul otoscopic. Un diagnostic de OMA trebuie luat în considerare la orice copil mic care prezintă iritabilitate, letargie, otoree și febră, cu sau fără durere localizată la ureche.

Distincția dintre OMA și otita medie cu efuziune (OME) este importantă. OME este mai frecventă decât OMA.

Tratamentul primar are drept scop reducerea durerii. Simptomele în OMA izolate, unilaterale, se rezolvă de obicei după 2 zile fără tratament antibiotic. Trebuie luată întotdeauna în considerare posibilitatea de sepsis la un copil bolnav cu febră.

Cuvinte cheie: otită medie acută, copil, infecții, antiinflamator, analgezic

INTRODUCERE

Infecțiile tractului respirator (ITR) reprezintă una dintre principalele cauze de morbiditate și mortalitate în întreaga lume atât la copii, cât și la adulți (1,2). În țările dezvoltate, aproximativ 50% dintre consultații sunt reprezentate de bolile aparatului respirator. ITR sunt produse de agenți etiologici diverși (viruși, bacterii, fungi, protozoare etc.) care pot să afecteze căile respiratorii superioare și/sau inferioare. De cele mai multe ori, evoluția acestor infecții este benignă, auto-limitată și, implicit, ușor de tratat. Există situații în care evoluția clinică este severă (pneumonia acută comunitară, bronșiolita acută, bronșita etc.) și poate să fie urmată de constituirea unor leziuni pulmonare sechelare importante, toate acestea impunând o abordare terapeutică susținută și de lungă durată.

De cele mai multe ori, ITR au un caracter recurent, astfel că, în decursul unui an, pot să apară mai multe episoade de îmbolnăviri. Frecvența infecțiilor respiratorii variază în funcție de vârsta pacientului. În primii ani (0-6 ani), infecțiile acute respiratorii superioare au o frecvență de 6-8 episoade/an. În cazul în care copiii frecventează o colectivitate (creșă, grădiniță, școală etc.), numărul acestor episoade poate să crească. În contrast, infecțiile acute respiratorii inferioare sunt mai rare, mai severe, impun de cele mai multe ori spi-

talizare și, implicit, necesită costuri mari pentru îngrijiri medicale. Se estimează că, în țările dezvoltate, aproximativ 6% dintre copiii cu vârsta sub 6 ani prezintă ITR cu caracter recurent. Structura pe vârstă a ITR recurente care apar în copilărie arată că 25% dintre episoade se înregistrează la copii sub vârsta de un an și 18% apar la copii cu vârste cuprinse între 1 și 4 ani (3).

După infecțiile căilor respiratorii superioare, otita medie acută (OMA) (otita acută supurată) este cea mai frecventă afecțiune pentru care se solicită asistență medicală (Philip Fierman, 2003). În plus, este considerată cea mai frecventă infecție bacteriană la sugar și la copilul mic, având un vârf al incidenței între 6 și 11 luni.

Se estimează că 80% dintre copii vor avea un episod de OMA în primii 3 ani și 30% vor avea 2 sau mai multe episoade, în timp ce 25% dintre sugari vor prezenta peste 3 episoade/an.

Otita medie acută constă în inflamația acută, de obicei purulentă, a urechii medii, produsă un agent patogen infecțios (bacterii, virusuri, infecții viro-bacteriene), care pătrunde prin trompa lui Eustachio la nivelul urechii medii. Afecțiunea debutează brusc prin prezența unor semne și simptome ale inflamației, cum ar fi otalgia și febra.

Autor de corespondență:

Prof. Dr. Doina Anca Pleșca, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

E-mail: doinaplesca@yahoo.com

FACTORI FAVORIZANȚI

Cei mai importanți factori favorizanți sunt:

- Susceptibilitatea crescută la infecții acute respiratorii (ITR) (5). Unul din 3 copii cu ITR superioare va dezvolta OMA și 94% dintre ITR preced OMA (7);
- Particularitățile anatomice ale trompei lui Eustachio la sugar și la copilul mic (*scurtă, orizontalizată, largă, tonus muscular redus, elemente care predispun la obstrucție*) (5,8);
- Particularități anatomice ale masivului cranian;
- Reflux gastro-esofagian;
- Alimentarea sugarului în poziția culcat;
- Utilizarea suzetei (6,8);
- Fumatul pasiv (6,8);
- Frecventarea colectivității (6,9);
- Imaturitate imună (*sinteză redusă de Ac*)

În tabelul 1 sunt ilustrați factorii favorizanți responsabili de producerea otitei medii acute (17).

TABELUL 1. Factori favorizanți în OMA

Factori favorizanți
Infecțioși: rinofaringite acute, rinosinuzite acute sau cronice
Mecanici și inflamatorii: vegetații adenoidale, tumori benigne sau maligne ale foselor nazale, deviația de sept nazal
Mecanici: palatoschizis
Traumatici: adenoidectomia, tamponamentul anterior și posterior al foselor nazale, perforațiile timpanice
Generali: boli infecto-contagioase (gripă, rujeolă, rubeolă, varicelă, scarlatină), alergii, pneumonie/bronhopneumonie
Alții: frigul, umezeala, schimbările bruște de temperatură, nealăptatul la sân

ETIOLOGIE

Otita acută medie (supurată) este definită ca o reacție inflamatorie care apare la nivelul urechii medii secundar unei infecții acute respiratorii superioare. La copii, particularitățile anatomice ale trompei lui Eustachio favorizează apariția mai frecventă a infecției. Etiologia OMA poate să fie variată: bacteriană, virală sau mixtă (viro-bacteriană).

În tabelul 2 este ilustrată cea mai frecventă etiologie regăsită în OMA (9,11,14).

TABELUL 2. Etiologia bacteriană în OMA (după Institut National d'excellence en santé et en services sociaux, Quebec, 2016)

Cele mai frecvente etiologii bacteriene
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (40-50%)
<i>Haemophilus influenzae</i> (30-40%)
<i>Moraxella catarrhalis</i> (10-20%)
<i>Staphylococcus pyogenes</i> și <i>Staphylococcus aureus</i> (10-20%)
<i>Streptococcus pyogenes</i>

CRITERII DE DIAGNOSTIC

Elementele definitorii pentru diagnosticul pozitiv de otită medie acută (OMA) sunt următoarele (8,11):

- Debut acut (febră, alterarea stării generale, reflux alimentar etc.);
- Prezența exsudatului la nivelul urechii medii;
- Semne și simptome ale inflamației urechii medii (otalgie, eritem al membranei timpanale etc.);

Semnele și simptomele cel mai frecvent regăsite la copilul cu OMA sunt ilustrate și în tabelul 3:

- Febră înaltă, letargie, iritabilitate, anorexie
- Plâns, țipete neconsolate;
- Otagie severă și pulsatilă debutată brusc;
- Otoree, cefalee, semne/simptome de infecție înaltă respiratorie;
- La copilul mai mare pot să apară vertij, hipoacuzie.

TABELUL 3. Semne și simptome asociate OMA

Semne și simptome localizate la nivelul extremității cefalice	Semne și simptome generale	Alte semne
Otagie Otoree Cefalee Semne /simptome de IACRS	Febră Iritabilitate Letargie Anorexie Greață/vărsături Diaree	Vertij Hipoacuzie

Diagnostic pozitiv

Diagnostic clinic de OMA presupune prezența obligatorie a următoarelor elemente clinice (9,14):

- debut acut, în primele 24-48 ore;
- timpan roșu și bombat la examenul otoscopic;
- acumulare lichidiană la nivelul urechii medii.

Congestia izolată a timpanului NU este sugestivă pentru OMA. Aceasta poate să fie produsă de diferite alte cauze precum: febră, plâns, traumă, infecții acute respiratorii superioare.

Cea mai importantă procedură de confirmare OMA este examenul otoscopic (8,10,14,17). La examenul otoscopic se pot decela alterări ale timpanului cu modificări histologice particulare diferitelor etape evolutive:

– **faza congestivă** (17): timpanul este hiperemic în jurul mânerului ciocanului, apoi pe întreg cuprinsul *pars tensa*;

– **faza exsudativă** (17): timpanul este mat, cu nuanța luminos Politzer modificat sau dispărut, uneori prin transparența timpanului se poate vedea un nivel de lichid sau bule de aer; mobilitatea timpanului este redusă. După apariția supurației la nivelul urechii medii, timpanul devine intens congestiv, bombat, îngroșat, cu pierderea reperelor clasice anatomice. În evo-

luție, timpanul perforează cel mai des la nivelul cadranelor inferioare, iar conductul auditiv extern este umplut inițial cu secreții seroase, apoi mucopurulente. După aspirarea secrețiilor din conduct, se poate observa perforația timpanului;

Alte proceduri suplimentare de confirmare a diagnosticului pozitiv sunt: examen otomicroscopic, endoscopie nazo-faringiană, examenul microbiologic al secrețiilor recoltate, radiografiile în incidență Schüller, timpanograma (10) etc.

Diagnostic diferențial

În fața unui copil cu semne și simptome de OMA, se impune efectuarea unui diagnostic diferențial. Cele mai frecvente entități clinice care sunt luate în discuție sunt:

1. Otița externă, care este o infecție a canalului auditiv extern.

2. Otița medie seroasă reprezintă o entitate clinică frecvent regăsită în patologia pediatrică. Se caracterizează prin acumularea de lichid abacterian la nivelul urechii medii. În absența inflamației, cel mai frecvent este asimptomatică. Poate să apară în contextul unei infecții acute respiratorii care determină disfuncția trompei lui Eustachio sau după rezoluția unui episod de OMA (10).

3. Otița medie recurentă se definește ca episoade repetate de OMA (≥ 3 episoade de OMA în 6 luni cu evidență de vindecare între episoade sau ≥ 4 episoade de OMA în 12 luni) (9).

Până la împlinirea vârstei de 7 ani, aproximativ 40% dintre copii au ≥ 6 episoade de OMA.

Și alte afecțiuni cu localizare craniană pot avea un tablou clinic asemănător OMA. Dintre acestea, menționăm: otiță medie cronică reacutizată, unele afecțiuni dentare, afecțiuni ale articulației temporomandibulare etc.

TRATAMENT

Tratamentul OMA este complex (6,8,9). Acesta constă din terapia durerii, terapia antiinfecțioasă, metode chirurgicale, la care se adaugă metode profilactice (vaccinare antipneumococică etc.).

OMA este o condiție medicală asociată cu durere semnificativă (9,14). În această situație, tratamentul durerii trebuie inițiat cât mai rapid, indiferent dacă pacientul pediatric primește sau nu antibioterapie. Administrarea orală/intrarectală de analgezice trebuie să fie inițiată cât mai rapid (în primele 24 ore de la debutul simptomatologiei) pentru a reduce suferința copilului. Medicația utilizată este reprezentată de analgezice/antipiretice. Dintre acestea, menționăm: ibupro-

fen 10 mg/kgc/doză (max. 400 mg) administrat per os la 6-8 ore și/sau acetaminofen / paracetamol administrat la sugari după vârsta de 3 luni, în doze de 15 mg/kg/doză per os, la 6 ore (15).

Atât acetaminofenul, cât și ibuprofenul sunt eficiente în reducerea durerii în cazul copiilor cu OMA (9). Această afirmație se bazează pe o metaanaliză întreprinsă asupra unor trialuri randomizate și controlate (Sjoukes et al., 2016). În aceeași metaanaliză, nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două produse în ceea ce privește reducerea durerii. Utilizarea combinată a celor două medicamente nu a fost superioară utilizării doar a unui singur produs (9).

Utilizarea de substanțe analgezice topice locale sub formă de picături crește semnificativ numărul pacienților la care durerea s-a redus după administrare (9).

În conformitate cu ultimele ghiduri publicate (9), decongestionantele nazale și antihistaminicele utilizate ca monoterapie sau ca terapie combinată nu au demonstrat că ameliorează simptomatologia determinată de OMA.

OMA este o infecție autolimitată a urechii medii. Aceasta este determinată de virusuri și/sau bacterii care pot fi uneori prezente concomitent. La majoritatea copiilor, OMA se rezolvă fără tratament antibiotic (9).

Majoritatea copiilor cu OMA unilaterală, izolată, nu necesită terapie cu antibiotice (9,17).

Inițierea antibioterapiei este recomandată tuturor copiilor care prezintă semne și simptome sistemice severe precum hipertermie, vărsături, letargie, refuz alimentar.

La următoarele categorii de pacienți pediatrici se impune inițierea de antibioterapie (14):

- Sugari sub 6 luni
- Copii sub 2 ani cu OMA bilaterală
- Simptomatologie care durează de peste 48 ore
- Perforație timpanală (otoree, vizualizarea perforației timpanale)
- Copii imunodeprimați

În tabelul 4 sunt ilustrate abordările terapeutice în OMA, în funcție de vârstă (14).

TABELUL 4. Recomandările terapeutice în funcție de vârstă

Vârstă	Recomandări terapeutice inițiale
< 2 luni	Internare obligatorie Managementul durerii Timpanocenteză și culturi din secreții Ceftriaxon sau amoxicilină-acid clavulanic în dozele standard
Între 2 și 6 luni	Amoxicilină-acid clavulanic în doze mari timp de 10 zile

Vârsta	Recomandări terapeutice inițiale
Peste 6 luni	Timp de 48-72 ore, în cazul în care nu este vorba de o afecțiune severă, se va supraveghea pacientul Prima linie de tratament – amoxicilină 80-90 mg/kg, 7-10 zile Managementul durerii cu analgezice Amoxicilină-acid clavulanic în prezența semnelor severe de boală sau a istoricului de utilizare anterioară de antibiotice

În cazul în care nu există răspuns la terapia inițială, se recomandă următoarea abordare (tabelul 5) (8,9, 14,15).

TABELUL 5. Recomandări terapeutice după eșecul primei scheme de tratament

Terapia inițială	Amoxicilină 80-90 mg/kg/zi Managementul durerii utilizând analgezice
Dacă anterior pacientul a primit antibioterapie	Amoxicilină-acid clavulanic 90 mg/kg/zi de amoxicilină și 6,4 mg/kg/zi acid clavulanic, de 2 ori/zi timp de 5-10 zile. Managementul durerii utilizând analgezice
Lipsă de răspuns după 48-72 ore utilizând tratament farmacologic	Ceftriaxon Timpanocenteză Managementul durerii cu analgezice

În cele mai multe din cazuri, otita medie acută apare din cauza infecției virale a tractului respirator superior, de aceea se consideră ca, timp de 24-48 de ore, să se temporizeze inițierea tratamentului cu antibiotic. În urma studiilor întreprinse în ultimii ani, s-a observat că, la sugarii și copiii cu vârste cuprinse între 6 luni și 10 ani care nu au prezentat semne de boală severă (otalgie moderată/medie, febră sub 39°C, timpan congestionat fără bombare) și la care nu s-a inițiat de la debutul simptomatologiei tratament antibiotic, 67% dintre aceștia nu au mai necesitat antibioterapie (8,14,15).

La copiii sub vârsta de 6 luni sau care prezintă semne de boală severă (otalgie medie/severă, febră peste 39°C, timpan intens congestionat, fără repere anatomice), se instituie tratament antibiotic (14,15). Ca variante terapeutice agreate în prezent, precizăm:

- Amoxicilină per os 80-90 mg/kgc/zi;
- Claritromicină, azitromicină, eritromicină per os;
- Cefalosporine: cefuroximă (30 mg/kgc/zi), ceftriaxon (30-50 mg/kg/zi); cefdinir pe os (15 mg/kgc/zi);

Durata tratamentului antibiotic este variabilă. Astfel, pentru copiii în primii 2 ani, terapia este de 10 zile, în timp ce, pentru copiii cu vârsta de peste 2 ani, terapia este de 7-10 zile. În caz de eșec al antibioterapiei, se intervine chirurgical (timpanotomie). În tabe-

lul 6 sunt ilustrate recomandările care vizează durata antibioterapiei în funcție de severitatea bolii și vârsta pacientului (16).

TABELUL 6. Durata antibioterapiei în funcție de severitate și vârsta pacientului

	Recomandare de AB orală	Ceftriaxon
OMA severă	0-18 ani 10 zile	3 zile
	< 2 ani 10 zile	
OMA ușoară/moderată	2-5 ani 7 zile	3 zile
	Peste 5 ani 7 zile	

Decongestionantele nazale și antihistaminicele nu se recomandă; nu există beneficii clinice demonstrate.

Metodele chirurgicale constau din miringotomie, adenoidectomie, antrostomie / mastoidectomie.

Miringotomia (7,10,14,17) se indică când nu există un răspuns la tratament antibiotic, manifestat prin persistența otalgiei și a febrei după 48-72 de ore. Este o intervenție chirurgicală în condiții de sterilitate și se efectuează sub anestezie generală. Incizia membranei timpanice se face în cadranul antero-inferior și trebuie să fie paralelă cu fibrele radiare din *pars tensa* cu aspirarea secrețiilor. Pentru a evita cicatrizarea rapidă a inciziei, se plasează un tub aerator transtimpanal.

Adenoidectomia (9,17) se indică în otita medie recurentă/recidivantă.

Antrostomia/mastoidectomia (9,17) este indicată când se suspicionează prezența unei complicații (otomastoidita).

La copiii sub vârsta de 2 ani vaccinați antigripal, s-a observat o reducere a incidenței OMA în sezonul rece, cu aproximativ 30%.

COMPLICAȚII

Infecția de la nivelul urechii medii se poate extinde, determinând uneori complicații intra și extracraniene. Dintre complicațiile intracraniene menționăm abcesul cerebral, meningita acută, empiemul subdural, septicemia. Complicațiile extracraniene sunt reprezentate de mastoidita acută (1-4/100.000 populație, EU, Canada, Australia, SUA, 0,3/100.000 Danemarca (7); 6,0/100.000 Israel (8); 3,8/100.000 Olanda (9)), paralizie facială, labirintită acută.

Au fost citate complicații pe termen lung precum: pierderea auzului, întârzierea dezvoltării limbajului/vorbirii, abilități scăzute de socializare, perforația timpanului.

MONITORIZARE

Majoritatea cazurilor de OMA sunt autolimitate (14,16). După rezoluția semnelor și simptomelor și

oprirea tratamentului, pacienții vor fi reevaluați la 4-6 săptămâni de către medicul de medicină primară pentru a preveni persistența otitei medii seroase.

Pacienții la care simptome precum durerea și febra nu se remit în 48-72 ore de tratament vor fi reevaluați de medicul specialist ORL (16).

Pacienții cu simptomatologie persistentă sau cu OMA recurente vor fi reevaluați de un medic specialist ORL pentru o eventuală timpanocenteză. Dacă după inițierea antibioterapiei starea pacientului nu se îmbunătățește, antibioticul trebuie schimbat (16).

BIBLIOGRAFIE

- Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C et al. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet Infect Dis*, 2002;2:25-32.
- Kvaerner KJ, Nafstad P, Jaakkola J. Upper respiratory morbidity in preschool children: A cross-sectional study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000; 126:1201-6.
- Bellanti JA. Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients. *Drugs*, 1997; 54 Suppl 1:1-4.
- Agence française de sécurité sanitaire de produits de Robinsontsante, oct 2015. *Revue de la Société de pathologie infectieuse de langue française* vol.35, nr.12, dec 2015, p.566-577.
- Easton J et al. Amoxicillin/clavulanic acid – a review of its use in the management of paediatric patients with AOM. *Drugs* 2003; 63(3):311-340.
- Gisselsson-Solen M. Acute otitis media in children – current treatment and prevention. *Curr Infect Dis Rep*. 2015 May; 17(5):476.
- Ma'in Al Shawabkeh, Hassan Haidar, Aisha Larem, Zahraa Aboul-Mahmood, Ali Alsaadi, Abdulsalam Alqahtani. Acute Otitis Media – An Update. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*, Volume 8 - Issue 4, 2017, pg.1-6.
- American Academy of Pediatrics: Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. (2013). Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*, Vol. 113 (5): pp.1451-1465.
- Otitis media (acute): Antimicrobial prescribing, NICE 2018.
- Leskinen K, Jero J. Complications of acute otitis media in children in southern Finland. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Mar; 68(3):317-24.
- Melissa K Van Dyke et al. Etiology of Acute Otitis Media in Children Less Than 5 Years of Age. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, Volume 36, Number 3, March 2017, 271-281.
- Jarold L Cosby, Nick Francis, Christopher C Butler. The role of evidence in the decline of antibiotic use for common respiratory infections in primary care. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, issue 11, pg 749-756.
- La Saux N, Robinson JL. La prise en charge de l'otite moyenne aigue chez les enfants de six mois et plus. *Paediatric Child Health* 2016;21 (1):45-50.
- Children's Health Queensland Hospital and Health Service. Acute otitis media – emergency management in children 2018.
- Pediatric Acute Otitis Media (Ear Infection) Care Process Model June 2019 Update.
- Brenda L Natal et al. Emergent Management of Acute Otitis Media. Medscape, June 2019.
- R. Hainăroșie, Doina Anca Pleșca, în *Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie*, coord. Doina Anca Pleșca, Editura Amaltea, 2019, 79-88, ISBN 978-973-162-195-1.