

Otite esterna acuta (AOE): una sintesi delle raccomandazioni della American Academy of Otolaryngology⁽¹⁾, NHS Clinical Knowledge Summary⁽²⁾, Australian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery⁽³⁾

Milena Milandri e Lucia Rossi

Progetto Buon Uso del Farmaco, Azienda USL Cesena

Abstract

Acute otitis externa: recommendations of international guidelines

This paper is a selection of recommendations on management of acute otitis externa from relevant international guidelines and deals with the issues of differential diagnosis, risk factors, pain management and therapy. Each statement is rated either as pragmatic or evidence-based according to available published data. Only initial therapy with topical products and their adverse events are supported by good quality studies. Practical hints for self-management and prevention are included.

Quaderni acp 2009; 16(5): 214-216

Key words Acute otitis externa. Recommendations. Otaglia. Topical preparations. Self-management

Questo articolo sintetizza le raccomandazioni principali di alcune importanti linee-guida internazionali sulla gestione della otite esterna acuta, con particolare riferimento alla diagnosi differenziale, ai fattori favorevoli, alla gestione del dolore e alla terapia. Ciascun suggerimento viene denominato come pragmatico o basato sull'evidenza in rapporto alla qualità delle prove disponibili. Viene dato rilievo al tema della terapia iniziale con prodotti topici e agli effetti avversi più comuni poiché supportato da studi clinici di buona qualità. Vengono forniti consigli utili per la prevenzione e l'autogestione della terapia.

Parole chiave Otite esterna acuta. Raccomandazioni. Otaglia. Preparazioni topiche. Autogestione

Abbreviazioni

RP Raccomandazione pragmatica, basata su opinioni di esperti, linee-guida e reviews

RBE Raccomandazione basata sull'evidenza

Definizioni

Otite esterna diffusa: infiammazione generalizzata del canale uditivo esterno (CUE) con o senza coinvolgimento della membrana timpanica.

– **acuta:** durata < 3 settimane

– **cronica:** durata > 3 mesi

Otite esterna maligna: estensione dell'otite esterna al tessuto osseo che circonda il canale uditivo esterno (figura 1).

Eziologia

Batterica nel 98% dei casi:

- ▶ *Pseudomonas aeruginosa* 20-60%
- ▶ Altri Gram negativi 2-3%
- ▶ *Staphylococcus aureus* 10-70%
- ▶ Funghi (forme croniche)

Fattori favorevoli

Traumi dell'orecchio, eccessiva umidità, agenti chimici, dermatite seborroica, dermatite da contatto.

Il cerume

- ▶ costituisce un'importante barriera nei confronti dell'umidità e delle infezioni;
- ▶ crea un pH lievemente acido che inibisce lo sviluppo di infezioni (in particolare da *P. aeruginosa*);
- ▶ può essere alterato da esposizione all'acqua, pulizia aggressiva, depositi di sapone, gocce auricolari alcaline.

Elementi per la diagnosi

1. Sintomi: insorgenza rapida (48 ore) di una qualsiasi combinazione di dolore (spesso severo), prurito, sensazione di orecchio chiuso, secrezione.

2. Segni di infiammazione del canale uditivo:

- ▶ rossore, edema del canale uditivo esterno, eczema;
- ▶ dolorabilità ai movimenti di orecchio (pinna e trago) o mandibola;

- ▶ possibile secrezione (sierosa o purulenta), linfadenite regionale.

3. Indagini microbiologiche: non necessarie, se non in casi particolari (fallimento terapeutico, otite maligna...).

Raccomandazioni (1)

a. DIAGNOSI DIFFERENZIALE RP

Escludere altre cause di otalgia, otorrea e infiammazione del canale uditivo esterno (foruncolosi, eczema, seborrea e altre dermatosi infiammatorie, dermatite da contatto, sensibilizzazione al trattamento topico, infezioni virali).

b. FATTORI DI RISCHIO RP

Valutare la presenza dei fattori che possono richiedere una gestione particolare della AOE:

- ▶ diabete, infezione da HIV o altri stati di immunodepressione (rischio di otite maligna e di otomicosi);
- ▶ precedente radioterapia;
- ▶ membrana timpanica non intatta, presenza di timpanostomia.

Nell'otite maligna l'osteomielite invade progressivamente il mastoide, il temporale e le ossa della base del cranio; può diffondere al liquido cerebrospinale e causare meningite.

P. aeruginosa è responsabile del 90% dei casi.

Il trattamento è necessariamente sistematico.

2. GESTIONE DEL DOLORE RP

Rimuovere i fattori favorevoli e trattare il dolore in relazione alla severità:

- ▶ Dolore lieve/moderato: paracetamolo o ibuprofene.
- ▶ Dolore severo: eventuale aggiunta di codeina.

Attenzione: l'utilizzo di anestetici locali può mascherare l'evoluzione dei sintomi e causare dermatiti da contatto. Quando utilizzati, richiedono controlli ravvicinati del paziente.

Per corrispondenza:

Milena Milandri

e-mail: milena.milandri@ausl-cesena.emr.it

saper fare

TABELLA 1: TERAPIA DELL'OTITE ESTERNA ACUTA

Terapia topica	Terapia sistemica
<ul style="list-style-type: none"> ▶ è supportata da studi randomizzati vs placebo e studi comparativi che hanno mostrato eccellente efficacia clinica e batteriologica (NNT*=2 per la guarigione) ▶ consente il raggiungimento nel tessuto infetto di concentrazioni di antimicrobico 100-1.000 volte superiori rispetto alla terapia sistemica ▶ non interferisce con la flora commensale dell'ospite 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ non è supportata da dati di efficacia clinica ▶ può produrre importanti effetti avversi ▶ può favorire lo sviluppo di resistenza ▶ spesso gli antibiotici selezionati non sono efficaci su <i>P. aeruginosa</i> e <i>S. aureus</i> ▶ aumenta la persistenza della malattia (penicilline, macrolidi e cefalosporine) e le recidive (cefalosporine)

* NNT = Number needed to treat. Numero di pazienti che è necessario trattare per ottenere 1 guarigione.

FIGURA 1: POSSIBILE ESTENSIONE DELLA AOE



3. TERAPIA INIZIALE RBE (tabella 1)

La terapia iniziale prevede l'impiego di prodotti topici.

La terapia antimicrobica sistemica non è utile, a meno che l'infezione non si estenda oltre il canale uditivo o sia presente una forma severa associata a specifici

fattori dell'ospite (diabete, immunodepressione...).

Quale terapia topica RBE

La scelta dell'antimicrobico topico per la terapia iniziale della AOE diffusa deve basarsi su efficacia, bassa incidenza di

eventi avversi, probabilità di adesione alla terapia e costo (tabella 2).

Efficacia della terapia

- ▶ Non differenze su esiti clinici
 - fra antisettici e antimicrobici

TABELLA 2: PRODOTTI OTOLOGICI IN COMMERCIO IN ITALIA

Principio attivo	Nome commerciale	Posologia giornaliera nell'adulto	Prezzo (euro)
ANTINFETTIVI			
Polimixina B + Neomicina + Lidocaina*	Anauran*	4-5 gocce, 2-4 volte	6,80
Tobramicina*	Tobral*	4 gocce, 3 volte	7,40
CORTICOSTEROIDI E ANTINFETTIVI			
Flumetasone + Cliochinolo	Locorten	2-3 gocce, 2 volte	8,23
Flumetasone + Gentamicina*	Vasosterone oto*	2-4 gocce, 2-4 volte	4,40
Idrocortisone + Ciprofloxacina*	Mediflox*	3 gocce, 2 volte	10,00
Idrocortisone + Polimixina B + Neomicina + Lidocaina*	Mixotone*	3-4 gocce, 3-4 volte	6,77
Fluocinolone acetone + Neomicina*	Localyn oto*	3-5 gocce, 3-4 volte	5,35
Desametasone + Neomicina*	Desalfa*	4 gocce, fino a 4 volte	7,00
Desametasone + Tobramicina*	Tobradex*	4 gocce, 3 volte	8,90
ANALGESICI E ANESTETICI			
Fenazone + Procaina*	Otalgan*	5-8 gocce, 2-4 volte	7,40
	Otomidone*	3-4 gocce, ogni 1-3 ore	7,40
	Otopax*	5-8 gocce, 2-4 volte	6,80
ALTRI PRODOTTI PRESENTI IN ITALIA, non citati dalle linee-guida			
Clortetraciclina + Sulfacetamide	Aureomix	2 gocce, ogni 3 ore	7,40
Oxitetraciclina + Cloramfenicolo + Sulfacetamide	Cosmiciclina pomata	2-3 applicazioni	5,10
Betametasona sodio fosfato + Tetraciclina cloridrato	Betafloroto	4-5 gocce, 3-4 volte	7,50

*controindicati in caso di perforazione della membrana timpanica
Fonte: L'Informatore Farmaceutico, 68ª edizione, 2008.

- fra antibiotico + steroide e antibiotico da solo.

Indipendentemente dall'agente topico utilizzato, si ha una risoluzione clinica nel 65-90% dei casi entro 7-10 giorni.

4. EFFETTI AVVERSI PIÙ COMUNI

- ▶ Prurito (7%)
- ▶ Reazioni locali (5%)
- ▶ Rash, fastidio, otalgia, capogiri, vertigini, superinfezioni fungine e riduzione dell'udito (<2%)
- ▶ Ototossicità (per cicli ripetuti e prolungati) con aminoglicosidi, in particolare neomicina
- ▶ Sensibilizzazione della cute con neomicina, gentamicina, polimixina, cloramfenicolo, bacitracina, idrocortisone

5. SINTESI DELLE EVIDENZE DISPONIBILI SUI TRATTAMENTI

- ▶ Gli aminoglicosidi sono ototossici e possono danneggiare l'orecchio interno; sono pertanto controindicati in caso di perforazione della membrana timpanica. L'uso prolungato può inoltre causare dermatite da contatto.
- ▶ Il cloramfenicolo causa dermatiti da contatto nel 10% dei pazienti (non è raccomandato dal British National Formulary).
- ▶ Il cliochinolo ha un rischio di reazioni cutanee e ototossicità inferiore agli aminoglicosidi. Presenta proprietà sia antibatteriche sia antifungine ed è da preferire agli aminoglicosidi sebbene non esistano studi di confronto diretto.
- ▶ I chinoloni andrebbero riservati alle infezioni documentate da *Pseudomonas*.
- ▶ Gli antibiotici orali NON sono generalmente consigliati.
- ▶ Rimedi tradizionali come l'**aceto** non sono stati mai valutati negli studi clinici, ma potrebbero essere efficaci per l'analogia con i preparati antisettici. Per esempio, la maggior parte delle preparazioni a base di acido acetico ha una concentrazione di 2-2,5%, che corrisponde a una diluizione del 50% del comune aceto di vino.
- ▶ In Inghilterra sono disponibili sia una preparazione a base di desametasone 0,1% + neomicina 0,5% + acido acetico 2% sia uno spray di solo acido acetico al 2%.
- ▶ I coni per la pulizia del cerume NON devono essere usati in caso di AOE.

6. AVVERTENZE RP

I pazienti devono essere informati sulle corrette modalità di applicazione delle gocce auricolari. In caso di ostruzione del canale uditivo, il passaggio del farmaco va favorito da una accurata pulizia dell'orecchio, dal posizionamento di un tampone o da entrambe le procedure.

Il canale uditivo dovrebbe essere pulito da residui infiammatori, cerume o qualsiasi materiale estraneo; la pulizia dell'orecchio va eseguita con un lavaggio delicato usando acqua o soluzione salina a temperatura corporea prima di iniziare il trattamento topico. Questa operazione può essere rischiosa: se la membrana timpanica non è intatta rivolgersi allo specialista. Non vi sono studi randomizzati che abbiano valutato la sicurezza dei lavaggi auricolari nei **diabetici** e nei **pazienti immunodepressi**. Nei diabetici e anziani la pulizia per tappo di cerume è stata da alcuni considerata un fattore favorente lo sviluppo di otite maligna.

Come somministrare le gocce auricolari:

- ▶ porre il paziente in posizione supina con l'orecchio interessato rivolto verso l'alto;
- ▶ applicare le gocce, possibilmente a temperatura corporea, lungo la parete del canale uditivo fino a quando questo non risulti pieno; la quantità richiesta varia in relazione all'età del paziente e alle dimensioni del canale;
- ▶ muovere delicatamente il lobo dell'orecchio in senso antero-posteriore per favorire l'eliminazione di aria e assicurare il riempimento;
- ▶ il paziente deve restare in posizione per 3-5 minuti (utile un *timer*);
- ▶ lasciare il canale uditivo aperto per favorire il prosciugamento ed evitare il ristagno di umidità e materiale infetto.

7. MEMBRANA TIMPANICA NON INTATTA RP

In caso di presenza di timpanostomia o perforazione della membrana timpanica, è necessario prescrivere un preparato topico non ototossico.

Gli antibiotici applicati nell'orecchio medio possono attraversare la finestra rotonda e raggiungere l'orecchio interno; l'esperienza clinica con gli antibiotici ototossici nei pazienti con perforazione della membrana timpanica suggerisce che la perdita dell'udito si verifica tanto più quanto più prolungata è la sommini-

strazione di antibiotici. Vanno evitate in particolare:

- ▶ gocce contenenti alcol;
- ▶ gocce con pH acido (la maggior parte degli agenti antisettici/acidificanti);
- ▶ sostanze con potenziale ototossico (neomicina, polimixina B).

8. VALUTAZIONE DEL PAZIENTE RP

In caso di mancata risposta alla terapia iniziale entro 48-72 ore, può essere giustificato procedere con un accertamento microbiologico. I pazienti a rischio di otite maligna vanno seguiti con particolare attenzione. Il paziente va istruito sugli eventuali effetti avversi e, in caso di comparsa, invitato a contattare il proprio medico.

9. QUANDO INVIARE IL PAZIENTE ALLO SPECIALISTA? RP

- ▶ Sospetto di otite maligna
- ▶ Persistenza dei sintomi nonostante il trattamento
- ▶ Cellulite estesa
- ▶ Dolore severo che non risponde alla codeina
- ▶ Secrezione ed edema importanti

La prevenzione RP

- ▶ Evitare danni durante le manovre di asportazione del cerume.
- ▶ Mantenere le orecchie asciutte e pulite, utilizzando tappi auricolari durante il nuoto, asciugando il canale auricolare con phon a bassa temperatura dopo il lavaggio dei capelli, evitando l'ingresso nel canale auricolare di shampoo, sapone e acqua.
- ▶ Trattare eczemi e psoriasi.
- ▶ Usare gocce acidificanti prima e dopo il nuoto, come per esempio una soluzione costituita da una parte di aceto di vino bianco e una parte di alcol, se la membrana timpanica è intatta (MayoClinic.com). ♦

(1) <http://www.entnet.org/>-

(2) <http://www.cks.nhs.uk/>-

(3) <http://www.anzhns.org/links/links.html/>-

Bibliografia di riferimento

- [1] Black RJ, et al. Ototoxic ear drops with grommet and tympanic membrane perforations: a position statement. *Med J Aust* 2007;186:605-6.
- [2] Coates H, et al. Ear drops and ototoxicity. *Aust Prescr* 2008;31:40-1.
- [3] Rosenfeld, et al. Otolaryngology. *Head and Neck Surgery* 2006;134:S4-S23.
- [4] www.cks.library.nhs.uk/otitis_externa.