

SPECIALE FEBBRE & RAFFREDDORI

UN PEDIATRA PER AMICO
BIMESTRALE PER I GENITORI
SCRITTO DAI PEDIATRI

 **uppa.it**



UPPA, NON LA SOLITA ZUPPA

UPPA, **Un Pediatra Per Amico**, è un bimestrale per i genitori scritto da pediatri e altri specialisti dell'infanzia. Gli ingredienti sono: indipendenza, competenza e tanta passione! Non si trova in edicola ma si può ricevere in abbonamento.



PUOI ABBONARTI A UPPA DALLA NOSTRA EDICOLA DIGITALE A 24,00 € L'ANNO
VAI SU EDICOLA.UPPA.IT

Speciale

Febbre e raffreddori

Scriveva Gianni Rodari (*Il naso che scappa*, in "Favole al telefono") che una volta un signore si ritrovò senza naso perché era scappato via. Dopo un inutile inseguimento, dovette riacquistarlo da un pescatore a peso d'oro, era un naso grosso, costò l'incredibile somma di tremendamila lire, tredici tredizioni e mezzo e, appena lo riebbe tra le mani, gli chiese: "Perché sei scappato? Cosa ti avevo fatto?" Il naso lo guardò di traverso, arricciandosi tutto per il disgusto, e disse: "Senti, non metterti mai più le dita nel naso. O almeno tagliati le unghie". Ma davvero il naso è così importante da costare tutta quella somma lì? Sembra proprio di sì! A voler tralasciare la sua funzione più vitale, cioè quella di procurarci aria per sopravvivere, il naso e tutti gli organi ad esso collegati, orecchie e gola, sono spesso fonte di preoccupazione e di cura. Ma naso chiuso, respiro

russante e febbre alta a volte generano cure stravaganti e piene di fantasia.

Vi offriamo questo speciale "Febbre e raffreddori" proprio per fare un po' di chiarezza a riguardo e smontare alcune mode degli ultimi anni e alcuni grossi investimenti pubblicitari di aziende farmaceutiche.

Nell'inserto troverete innanzitutto informazioni pratiche su cos'è la febbre, che segnale vuole dare al nostro corpo e come va gestita. Segue un approfondimento sul naso e le sue cure, compresa quella con la soluzione fisiologica tanto odiata dai bambini, ma amata dai grandi gruppi industriali di officinali. Affrontiamo anche il tema dibattuto "tonsille sì, adenoidi no" o viceversa, quando è opportuno operare o meno; chiudiamo con le otiti, che non sono necessariamente l'immancabile "mal di orecchie" che ogni bambino patisce.

ABBONARSI È FACILISSIMO
VAI SUL SITO EDICOLA.UPPA.IT



Febbre, buon compagno di battaglie

Avere la febbre non è necessariamente un segnale di malanno. È la benefica reazione del nostro corpo a un agente provvisorio che altera il nostro equilibrio biologico. Sfatiamo alcuni miti a riguardo

DI FRANCO PANIZON, PEDIATRA

La febbre è l'evento più comune nella storia clinica di ogni bambino. È l'evento che più spesso e più intensamente, almeno all'inizio, mette in allarme il sistema familiare. La febbre è al tempo stesso il campanello che annuncia la malattia e il primo e più elementare meccanismo di difesa. Quando alcune sequenze molecolari entrano in contatto con alcune cellule dell'organismo, a cui è affidata la

protezione esterna, scatta il segnale dell'allerta e si mette in moto un complesso e sofisticato sistema di risposta. Una parte di questa risposta è la febbre: alcune molecole liberate dalle cellule "aggredite" vanno al cervello e liberano altre molecole che "comanda" alla temperatura corporea di salire. Com'è che questo comando si trasforma in realtà? I muscoli si mettono al lavoro, aumentano il loro tono,

al limite "rabbriviscono" e aumentano la produzione di quella temperatura che in condizioni normali è un tepore, 36-37 gradi centigradi.

Nello stesso tempo, i vasi sanguigni della cute si contraggono, meno sangue arriva in superficie, la produzione di sudore diminuisce, cosicché questo calore, prodotto in lieve eccesso, viene difficilmente disperso. A una temperatura superiore a 37 gradi non sono solo le cellule del nostro corpo che si trovano a disagio (è per questo che la febbre si accompagna a malessere), ma si trovano ancora peggio virus e batteri, che riescono difficilmente a moltiplicarsi.

Ecco dunque cos'è la febbre. Ecco perché ci fa star male, ma anche perché ci serve per farci tornare in forma. Non dovremmo combatterla a tutti i costi anzi dovremmo considerarla un buon compagno di battaglia.

Il fatto è che, oggi, l'infezione non la temiamo più. Sappiamo che la maggior parte delle malattie guariscono da sole, e siamo in grado di difenderci molto bene con antibiotici da quelle poche malattie che potrebbero essere pericolose.

Contro le malattie più importanti, inoltre, siamo stati vaccinati da piccoli. Ed è per tutti questi motivi che, a differenza degli animali selvatici, o dei nostri progenitori che dalle malattie non potevano difendersi, ci possiamo permettere il lusso di trascurare l'aiuto che ci potrebbe dare la febbre, e considerarla soltanto come una fastidiosa seccatura, anziché quello che è: un buon compagno di battaglia.



Vero o falso?

È VERO CHE...

UN BAMBINO NORMALE (2/6 ANNI)

PUÒ AVERE LA FEBBRE PIÙ VOLTE L'ANNO

Questo non costituisce un pericolo per la sua salute, anzi: molte febbri, molti anticorpi.

I BAMBINI CHE VANNO AL NIDO HANNO LA FEBBRE PIÙ SPESSO

Si ammalano infatti più di frequente dei loro coetanei che non ci vanno. Questo per un motivo molto semplice: la febbre dipende dal fatto che il sistema immunitario ingaggia una piccola battaglia contro un microbo (quasi sempre un virus) che non aveva mai incontrato e contro cui non possedeva anticorpi sufficienti; questi microbi non vivono nell'aria, ma nell'organismo di altre persone; perciò quante più persone si incontrano da vicino, tanti più microbi si "conoscono"; un bambino che sta a casa incontra un numero limitatissimo di persone (i genitori, i nonni, i fratellini), chi va al nido incontra ogni giorno molti bambini, i loro genitori, il personale dell'asilo ecc.; ecco perché "conosce" molti microbi e ha molte febbri.

LA FEBBRE NON È UN BUON MOTIVO PER ANDARE AL PRONTO SOCCORSO

I Pronto Soccorso degli ospedali pululano di bambini con la febbre. Niente di più sciocco che precipitarsi in ospedale perché magari non si è riusciti a contattare il proprio medico di fiducia, oppure perché il farmaco somministrato non ha provocato la caduta della temperatura. La febbre può sempre aspettare e non richiede praticamente mai un soccorso immediato.

CON LA FEBBRE SI CRESCE

Può darsi che l'aumento di temperatura corporea stimoli un po', lì per lì, l'allungamento delle ossa, che

comunque è costante in tutta l'infanzia; poi il bambino con la febbre può stare qualche giorno a letto, disteso, e questo lo fa diventare automaticamente più "lungo". Quando guarisce è passato un po' di tempo, le ossa si sono un po' allungate, è stato in posizione orizzontale qualche giorno, la mamma lo misura e... che sorpresa quando si accorge che è cresciuto più del solito!

IL FARMACO ANTIFEBRILE NON SEMPRE ANNULLA LA FEBBRE

Non tutte le febbri sono uguali, non tutti i bambini rispondono ai farmaci allo stesso modo: perciò aspettarsi che la medicina cancelli la febbre è un'illusione. A volte questo capita davvero, a volte invece la medicina impedisce semplicemente che la febbre salga di più e la mantiene allo stesso livello. Ma siccome la febbre non fa male, non ha senso insistere con il farmaco.

permanenti sul Sistema Nervoso Centrale e spariscono senza lasciare tracce con la crescita.

DOPO TRE GIORNI DI FEBBRE BISOGNA SOMMINISTRARE UN ANTIBIOTICO

La decisione di somministrare un antibiotico (che deve essere presa sempre soltanto dal medico curante) non dipende dalla durata della febbre, ma dalla presenza di sintomi che possano suggerire la presenza di una malattia "batterica", cioè causata da un microbo sensibile all'antibiotico. Le malattie con febbre causate da batteri, nei bambini, sono molto poche, se paragonate al gran numero di febbri che i bambini hanno; perciò la maggior parte delle volte che un bambino ha la febbre, anche se questa dura diversi giorni, non dovrebbe ricevere una terapia antibiotica.

È FALSO CHE...

LA FEBBRE ALTA FA VENIRE LA MENINGITE

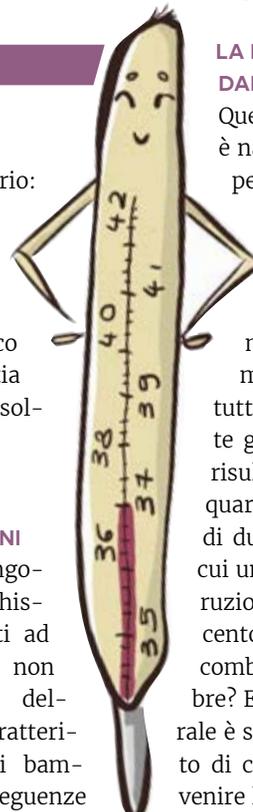
Se mai è vero il contrario: la meningite ha fra i suoi sintomi anche la febbre, che può essere alta; ma per fortuna la meningite è così rara che è sciocco pensare a questa malattia quando un bambino ha soltanto la febbre.

LA FEBBRE ALTA FA VENIRE LE CONVULSIONI

Le convulsioni febbrili vengono soltanto ad alcuni (pochissimi) bambini predisposti ad avere questo disturbo; non dipendono dall'altezza della febbre, ma dalle caratteristiche genetiche di quei bambini, non danno conseguenze

LA FEBBRE DIPENDE DALL'ERUZIONE DEI DENTI

Questa "leggenda" probabilmente è nata dalla constatazione che nel periodo in cui spuntano i denti (un periodo lungo un paio di anni) le febbri sono molto frequenti e, siccome un dente per spuntare ci mette molti giorni (diciamo una settimana) e i denti di latte sono in tutto venti, se moltiplichiamo sette giorni per venti abbiamo come risultato centoquaranta. Centoquaranta giorni distribuiti nell'arco di due anni: questo è il periodo in cui un bambino è impegnato nell'eruzione dei denti; volete che in quei centoquaranta giorni non abbia, per combinazione, anche qualche febbre? Ecco che la coincidenza temporale è stata trasformata in un rapporto di causa ed effetto: i denti fanno venire la febbre.



Col naso per aria

Scopriamo il naso e la sua anatomia. Un piccolo organo ma con grandi funzioni: riesce a lavorare da solo anche nelle situazioni più difficili, con muco e raffreddore. Sono utili i lavaggi con la fisiologica? Vediamo a chi servono...

DI FEDERICO MAROLLA, PEDIATRA

Il naso serve a farci respirare, è la porta di ingresso dell'aria, ed è l'unico che ci può dire se oggi l'aria di città è più puzzolente di ieri o se è il caso di fare colazione con latte inacidito. Cerchiamo di capire come funziona: così possiamo spiegarci quelle antipatiche situazioni che capitano a noi e ai nostri bambini quando abbiamo il raffreddore, il naso chiuso, il muco ecc.

La gobbetta in mezzo al viso non è altro che l'entrata di un'affascinante grotta (le fosse nasali), che ha come pavimento il palato della bocca e termina nel faringe, quello spazio che è dietro la lingua, oltre le tonsille e dal quale partono due tubi: la trachea che porta ai polmoni e dietro l'esofago, che porta allo stomaco. Questa grotta, costituita da due cavità uguali (destra e sinistra) separate

sul davanti da una parete (il setto nasale) e riunite più in fondo nelle coane, è occupata da cunicoli e anfratti che aumentano moltissimo la superficie interna che entra a contatto con ciascuna molecola di aria inspirata. L'interno della grotta è rivestito da cellule speciali che producono un fluido trasparente, il muco che, come una calda coperta, protegge tutto l'albero respiratorio; queste cellule sono come un tappeto, perché la loro superficie è rivestita di sottilissime ciglia.

Questa particolare conformazione del naso e delle fosse nasali hanno degli scopi ben precisi: filtrare, riscaldare e umidificare l'aria che con ogni respiro introduciamo nei polmoni.

Moltissime particelle sospese nell'aria, che non devono arrivare ai polmoni perché dannose, rimangono imprigionate proprio nel naso (filtrazione); quelle più grosse tra i peli, quelle più piccole nella calda coperta di muco che viene continuamente spostato dalle cellule che lo producono come su un nastro trasportatore. Questo efficacissimo meccanismo, presente in tutto l'albero respiratorio, è detto clearance muco-ciliare: ovvero trasporta il muco dalle fosse nasali fino alla faringe in appena 10-15 minuti; da qui, tramite il riflesso della deglutizione, raggiunge lo stomaco. L'attività fisica

e l'aria caldo-umida favoriscono il trasporto muco ciliare; i virus che causano infezioni respiratorie, l'aria molto secca o fredda (sotto i 12 °C) arrestano il movimento ciliare, favorendo ulteriormente le infezioni.

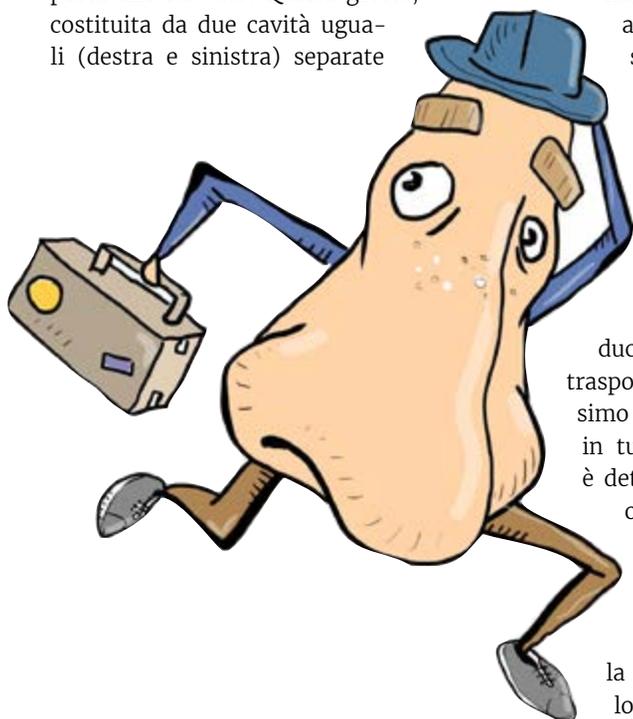
PICCOLI MOCCIOSI

Il muco che riempie il fazzoletto o che, come una candela, scende dal naso dei bambini, è costituito principalmente da acqua e contiene diverse sostanze importanti per le difese immunitarie (immunoglobuline, leucociti, proteine antibatteriche e antivirali); ne produciamo anche un litro al giorno e ogni 15 minuti viene rinnovato. Quando si dice: "Il bambino è pieno di muco, non so come mandarlo via", in realtà si dice una frase senza senso poiché il muco viene continuamente prodotto e deglutito insieme alla saliva e non è mai lo stesso; si capisce quindi che il "moccio" durante un raffreddore dura anche molti giorni e che i lavaggi nasali, anche se a volte possono aiutare il bambino a liberare il naso, hanno un beneficio molto breve.

Quando l'aria che respiriamo è fredda, il naso risponde aumentando lo spessore della parete interna in modo tale da riscaldarla: alla fine, qualsiasi sia la temperatura esterna, l'aria che giunge al faringe e poi ai polmoni è sempre a 36°C; i polmoni ovviamente ringraziano!

QUANDO IL NASO NON FUNZIONA SIAMO TUTTI A DISAGIO

Il povero naso, infiammato, gonfio, intasato da muco denso, non riesce a far passare l'aria che è obbligata ad



attraversare la bocca e perciò arriva ai polmoni non filtrata, né umidificata, né riscaldata favorendo l'infiammazione dei bronchi. E cominciano gli starnuti che, come i fulmini con i temporali, accompagnano il raffreddore e l'influenza proiettando il muco fuori dal naso, disperso in migliaia di goccioline, a una velocità che può raggiungere 180 km/h e a una distanza di 4-5 metri. I lattanti e i bambini piccoli non sanno respirare con la bocca, per questo sono molto infastiditi quando hanno il raffreddore; hanno difficoltà a prendere il latte, sono irritabili e il loro sonno è disturbato. È per questo che è utile mantenere le loro fosse nasali libere anche con qualche lavaggio nasale che, in fin dei conti, è l'unica cosa che può essere fatta durante il raffreddore e le infezioni delle vie respiratorie. I lavaggi nasali si fanno con la *soluzione fisiologica*, che non è altro che acqua purificata e sale alla concentrazione dello 0.9%.

Poiché il costo della soluzione fisiologica è esorbitante, trattandosi di un liquido da mettere nel naso (che pullula di germi) e che perciò non è necessario che sia sterile, una possibile soluzione a basso costo è il flacone di fisiologica in vetro (quello che si usa per le flebo), oppure l'accurata preparazione domestica: si porta a ebollizione un litro di acqua, si aggiunge un cucchiaino raso di sale grosso da cucina (circa 9 gr di sale) e si versa in un contenitore ben lavato. Per evitare la crescita eccessiva di germi, conviene conservare la soluzione in frigo (massimo 3 giorni), oppure bollirla o sostituirla ogni 24 ore.



Un "regalo" piuttosto interessato

Quando un neonato torna a casa dalla maternità, spesso alla sua mamma viene consegnata una "valigetta" di prodotti fra cui non manca mai la "soluzione" per i lavaggi nasali.

E così, appena tornati a casa, molti genitori interpretano questo regalo, tutt'altro che disinteressato, come un invito a vigilare contro il pericolosissimo "raffreddore".

E siccome quasi tutti i neonati hanno un respiro piuttosto rumoroso, soprattutto durante il sonno (pur non essendo affatto "raffreddati", ma anzi avendo il naso così perfettamente libero da attaccarsi senza difficoltà al seno materno o al biberon), ecco che scatta il riflesso condizionato: respiro rumoroso uguale raffreddore, raffreddore uguale lavaggio nasale... con le preziosissime fialette portate a casa nella valigetta degli omaggi.

E giù con i lavaggi, inflitti a bambinetti quasi sempre urlanti, che di questi lavaggi non avvertono alcuna necessità, nel vano tentativo di guarire il "raffreddore", ovvero di cancellare quel rumore respiratorio che cancellare non si può.

Allora aumentano i lavaggi, si chiude il bambino in casa nel timore che prenda freddo con grande disagio per tutti, eccetto che per le ditte produttrici delle costose fialette, astutamente introdotte nella valigetta degli "omaggi".

E l'otorino sentenziò: "Via tonsille e adenoidi!"

Rari i casi in cui l'operazione è urgente e indispensabile. Il russore non è necessariamente un sintomo di ostruzione e non deve spaventare. I metodi per riconoscere una gola malata

DI FEDERICO MAROLLA, PEDIATRA

La rimozione delle tonsille spesso associata a quella delle adenoidi è il più frequente intervento chirurgico programmato nei bambini. Fin dall'antichità l'uomo si è confrontato con questa massa di carne che può ostruire così tanto la gola da creare diversi problemi; Aulo Cornelio Celso racconta che a Roma si toglievano con le mani, nel XVI secolo si strangolavano con un legaccio e a Parigi ovviamente si ghigliottinavano. Oggi le tecniche sono decisamente più sicure.

OPERAZIONI NON SEMPRE NECESSARIE
Nel 1938, però, il dott. J. A. Glover andò a contare i bambini che venivano sottoposti in Inghilterra a tonsillectomia e

scoprì una fortissima variabilità geografica sia nel numero di operazioni praticate, sia nella frequenza di complicazioni post-operatorie, concludendo che vi era la tendenza a eseguire interventi sulla base di valutazioni piuttosto soggettive e, di conseguenza, molti di questi interventi erano praticati senza un fondato motivo.

Tuttora in Italia è presente un'ampia differenza fra una regione e l'altra e ciò dipende dalle diverse valutazioni e indicazioni degli otorinolaringoiatri e dei pediatri.

Da qui la necessità di stabilire una volta per tutte dei criteri oggettivi a cui tutti i medici dovrebbero uniformarsi: criteri basati non sulle opinioni di

ciascuno o sulla sua maggiore o minore propensione a impugnare i "ferri del mestiere", ma sulle risultanze della letteratura scientifica internazionale che, trattandosi di operazioni così frequenti, è, ovviamente, vastissima.

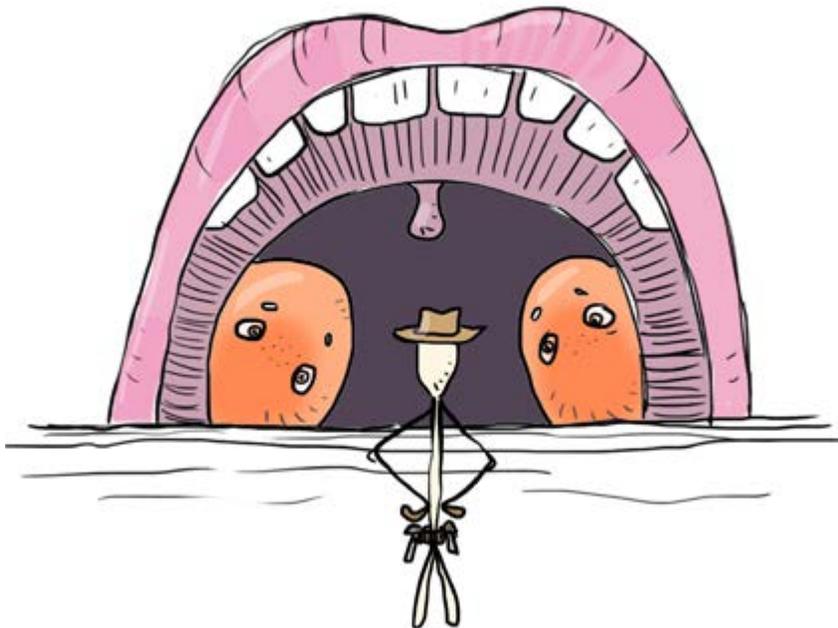
OPERARE: SÌ O NO?

L'indicazione principale all'intervento di adenoidectomia è la presenza di *apnee nel sonno*.

Di che si tratta? Non basta che un bambino russi o abbia la bocca aperta mentre dorme. È probabile che un bambino soffra di apnee quando il bambino:

- dorme con la bocca semiaperta;
- russa molto rumorosamente;
- tende a tenere il capo leggermente esteso all'indietro o di lato e durante la fase di sonno profonda presenta delle pause più o meno lunghe (almeno 3 secondi, ma spesso molto di più).

Queste pause terminano con una profonda inspirazione, seguita da una ripresa del respiro con un ritmo più regolare, ma sempre "russante"; quando sono lunghe e frequenti preoccupano molto i genitori, che tendono a scuotere i bambini per fargli riprendere fiato. Questi bambini dormono male e in maniera discontinua perché risvegliati da una spiacevole sensazione di mancanza d'aria e perciò di giorno possono avere problemi di comportamento a scuola, essere stanchi e pigri al mattino, o disattenti e iperattivi, tendono a sudare molto di notte e non è raro che facciano la pipì a letto. Spesso basta il racconto dei genitori



e un'accurata visita del bambino per prendere la decisione giusta riguardo all'intervento chirurgico; nei casi dubbi gli esami *pulsossimetria* notturna (con un piccolo apparecchio portatile) e/o *polissonografia* (diario del sonno) ci possono aiutare a capire se effettivamente un bambino presenta o meno delle apnee notturne.

E se russa senza apnee? Diciamo subito che circa un bambino ogni venti russa abitualmente, ma solo uno su cinquanta ha anche le apnee.

Quando c'è un semplice russamento, il pediatra ha il compito di valutarne le conseguenze: qualche volta, se proprio è necessario perché il sonno è molto disturbato, potrà prescrivere una terapia. Ma spesso converrà sopportare un rumore che non è un sintomo.

NON SI TOLGONO LE TONSILLE

Ai bambini che si ammalano di tonsilliti ricorrente, se non in rarissimi casi (le PFFA, vedi il box).

Nei rari casi di bambini che sentono poco a causa di otiti croniche secretive (presenza di muco denso) e che possono avere un ritardo di linguaggio, può essere presa in considerazione l'asportazione delle adenoidi.

Ma è raro che si tolgano solo le adenoidi; se si deve intervenire, si fa quasi sempre un'asportazione di tonsille e adenoidi insieme.

È un intervento pericoloso? Oggi in tutti gli ospedali si devono adottare le massime precauzioni per evitare conseguenze serie post-chirurgiche.

I bambini sotto i 3 anni vengono sempre ricoverati per 1-2 giorni; la semplice asportazione di adenoidi può essere effettuata in *day-surgery* (la sera si torna a casa); è sempre previsto un ricovero per 24 ore dopo l'intervento di rimozione delle tonsille per prevenire le complicanze emorragiche.

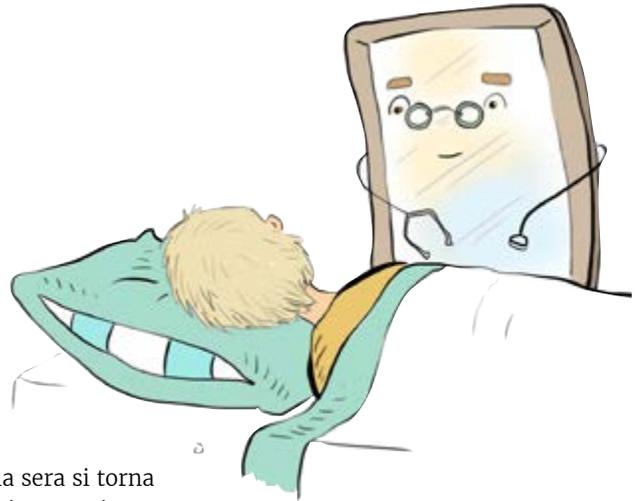
UNA STRANA SIGLA

PFAPA è un acronimo che deriva da cinque parole inglesi: *Periodic Fever, Aphthas, Pharyngitis and cervical Adenopathies*: in italiano potremmo tradurre così: Febbre periodica con Afte e Linfonodi del collo infiammati.

I bambini con PFAPA si ammalano regolarmente ogni mese o quasi, hanno la febbre alta, le placche sulle tonsille, le afte in bocca e i linfonodi del collo infiammati e gonfi; il tampone faringeo è regolarmente negativo per lo Streptococco Beta Emolitico di gruppo A.

Presentano una caratteristica particolare: la febbre cala rapidamente in poche ore somministrando una dose unica di cortisone.

È questa una malattia che, pur non essendo grave e pur essendo facile da diagnosticare, può essere a volte molto fastidiosa e disturbare per anni la vita di un bambino. È forse l'indicazione principale per l'asportazione delle tonsille.



Il trucco dello specchietto

Spesso capita che i genitori raccontino al pediatra di essere preoccupati perché a loro sembra che il bambino nel sonno non riesca a respirare con il naso. Si tratta di bambini che effettivamente dormono con la bocca spalancata, spesso sbavano e hanno un alito pesante al mattino.

Senza ricorrere a visite specialistiche o a esami sofisticati, c'è un semplice sistema per scoprire se quel bambino, che ha la bocca aperta, usa comunque il naso per respirare.

Basta prendere uno specchietto di quelli che si usano per controllare il trucco o curare le sopracciglia: se si avvicina lo specchietto alla bocca del bambino che dorme tenendolo con la superficie riflettente davanti alle labbra, si appannerà solo se il fiato è emesso dalla bocca; stessa prova la si può fare se si mette lo specchietto davanti alle narici, si appannerà solo se il respiro avviene attraverso il naso.

Le otiti, perché vengono, come e quando curarle

L'infezione che può arrivare nell'orecchio provoca dolore, soprattutto nei bambini più piccoli. Non sempre è necessario intervenire da subito con una terapia antibiotica, vanno osservati bene i ristagni liquidi nella membrana del timpano

DI **SERGIO CONTI NIBALI**, PEDIATRA

Dopo il raffreddore, l'infezione dell'orecchio è la malattia più frequente nel bambino e una delle prime cause per ricorrere al pediatra: la gran parte dei bambini ne ha almeno una nei primi 3 anni di vita. Molto spesso guarisce senza complicanze e senza farmaci.

OTITE MEDIA ACUTA

Nell'orecchio c'è la tuba di Eustachio che mette in comunicazione l'orecchio medio con gola e naso: quando un bambino ha un raffreddore, un'infezione alla gola o un'allergia, questa tuba si può bloccare e del liquido vi si raccoglie.

Se il liquido si infetta, si può avere un rigonfiamento doloroso della membrana del timpano: ecco qui l'otite media acuta, cioè un'inflammatione dell'orecchio medio e della membrana del

timpano, che, come si usa in medicina, chiameremo con la sigla OMA. Il bambino con l'OMA può avere febbre e lamenta dolore, in genere molto intenso, a una o entrambe le orecchie (se è abbastanza grande da localizzare il dolore), quasi sempre si associa raffreddore e tosse. Questi sono i sintomi, ma la diagnosi si fa visitando il bambino e guardando la membrana timpanica con l'otoscopio: il passo successivo è decidere il trattamento.

PERCHÉ PROPRIO I BAMBINI?

Molti fattori aumentano il rischio di OMA nei bambini piccoli: le dimensioni e la forma delle loro tube di Eustachio favoriscono il ristagno di liquido; minore è l'età del bambino alla prima OMA, maggiore è la possibilità che ne abbia altre. Sebbene non si conosca il motivo, i maschi ne hanno di più delle

femmine; sono più frequenti in bambini che hanno una familiarità con OMA.

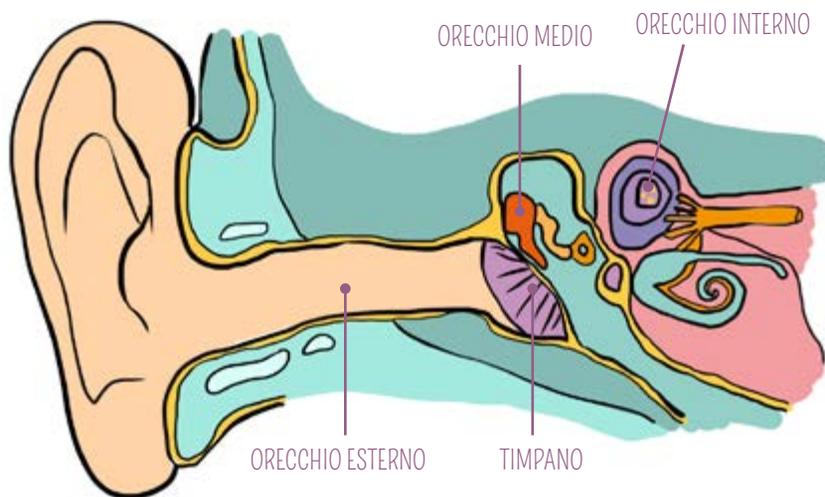
Vediamo quali sono le cause scatenanti:

- il naso "raffreddato" soprattutto nei bambini inseriti in asilo perché esposti a un numero maggiore di batteri e virus;
- le allergie causano il naso chiuso;
- il fumo passivo delle sigarette;
- I bambini allattati con il biberon hanno più OMA di quelli allattati al seno.

Durante e dopo un episodio di OMA, il bambino può avere disturbi dell'udito che a volte durano per settimane dopo la guarigione. Questo succede perché il liquido che ristagna dietro la membrana del timpano si frappone alla trasmissione del suono; un problema transitorio che si risolve quando il liquido va via. Si può sospettare quando il bambino dice più spesso del solito "Come?", "Cosa?", non risponde ai suoni, ha più problemi a farsi capire in ambienti rumorosi o vuole alzare il volume della TV.

ANTIBIOTICI, MA NON PER TUTTI

Se il bambino ha dolore all'orecchio è utile consultare il pediatra. Una volta si era soliti iniziare subito una cura antibiotica, oggi non più. Molti anni fa alcuni pediatri olandesi hanno sperimentato un approccio meno invasivo, dimostrando su migliaia di bambini con OMA che un atteggiamento di "vigile attesa" di 2-3 giorni consentiva di risparmiare molte terapie antibiotiche sostanzialmente inutili. Cosa significa "vigile attesa"? Una



volta fatta la diagnosi, al bambino viene dato un analgesico per alleviare il dolore: in genere si usa il paracetamolo; il pediatra resta disponibile per verificare l'andamento della malattia, rivedendo il bambino in caso di peggioramento. Se entro 2-3 giorni dall'inizio dei sintomi il bambino non migliora, allora si parte con l'antibiotico (l'amoxicillina per bocca è il più adatto). A meno che il bambino non abbia meno di un anno, oppure fuoriesca del pus dall'orecchio, o stia molto male: in questo caso l'antibiotico va iniziato subito.

E POI CHE SI FA?

La membrana del timpano può restare infiammata per diversi giorni, anche se il bambino potrebbe non manifestare alcun sintomo. I bambini più sensibili potranno riferire una sensazione di orecchio tappato: questa sensazione è causata dalla permanenza di muco dietro la membrana del timpano; una situazione che ha molte possibilità di risolversi spontaneamente, senza l'utilizzo di farmaci.

I bambini con OMA possono andare a scuola, se si sentono sufficientemente bene e se è possibile somministrare comunque i farmaci necessari.

L'OMA è una di quelle condizioni cliniche che più facilmente possono ripresentarsi; tanto più precoce è stato il primo episodio, tanto più facilmente potrà ripresentarsi in seguito. Qualche volta, ma piuttosto di rado, ci possono essere complicazioni: una di queste è la mastoidite (infezione dell'osso



mastoide, che sta dietro l'orecchio); è una complicanza rara ed è indipendente dall'aver ricevuto o meno una terapia antibiotica. I rischi a lungo termine si hanno soprattutto se il muco dietro la membrana del timpano persiste per molti mesi.

DALL'OMA ALL'OTITE MEDIA CON EFFUSIONE

Spesso quando i sintomi dell'OMA spariscono, il liquido rimane nell'orecchio e si può arrivare a quella che si chiama Otite Media con Effusione che, con un'altra sigla, è chiamata OME. Questa condizione, più difficile da diagnosticare rispetto all'OMA perché non provoca altri sintomi di rilievo, lascia comunque un ristagno di liquido e una lieve riduzione dell'udito. Entro tre mesi tutto dovrebbe tornare alla normalità. Se così non fosse è utile eseguire un test uditivo. I bambini che hanno numerose infezioni possono arrivare ad avere una perdita dell'udito e se il bambino ha meno di 3 anni, e l'abbassamento dell'udito dura da più di 6 mesi, può essere ritardato lo sviluppo del linguaggio.

Utile e inutile

È inutile:

- Coprire le orecchie con un paraorecchi. L'otite non viene dal raffreddamento del padiglione auricolare, ma arriva al timpano passando dal naso o dalla bocca.
- Mettere le gocce nell'orecchio. Meglio calmare il dolore con un farmaco analgesico per bocca.
- Pulire l'orecchio esterno con il cotton fioc. Il cerume non è sporcizia, ma la normale secrezione della pelle dell'orecchio e il suo utilizzo può causare danni alla membrana del timpano.
- L'adenoidectomia, levare le adenoidi. Non risolve il problema delle otiti ricorrenti, se non in rari casi e in presenza di adenoidi molto ostruenti.

È utile:

- L'allattamento al seno. Diminuisce la frequenza delle otiti.
- Evitare l'esposizione al fumo di sigaretta.
- La vaccinazione antipneumococco. Ha un modesto effetto protettivo, ma solo nei bambini con otiti ricorrenti.