

La terapia dell'otite media essudativa

FEDERICO MARCHETTI¹, ELISABETTA ZOCCONI²

¹Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

²Unità Operativa ORL, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Una serie di dubbi sulle pratiche adottate nel trattamento dell'OME, rivisitati a partire dalle evidenze che si ricavano dagli studi clinici controllati, con un messaggio, non necessariamente univoco, ma che invita alla riflessione.

L'otite media con effusione (OME) è caratterizzata dalla presenza a livello dell'orecchio medio di materiale sieroso o mucoso, in assenza di un processo infiammatorio acuto. A differenza dei casi di otite media acuta (OMA) i bambini con OME non presentano segni di dolore acuto, febbre o malessere. Di solito la diagnosi di OME è occasionale durante una valutazione otoscopica; altre volte ce se ne accorge perché i genitori hanno l'impressione che il bambino non senta bene o perché il bambino stesso riferisce l'impressione di avere l'orecchio chiuso.

L'insorgenza e la storia naturale dell'OME sono ancora poco conosciute, così come la relazione tra OMA e OME. La prevalenza dell'OME nella popolazione scolastica è pari al 15-20% con una distribuzione bimodale intorno al 2° e al 6° anno di età¹.

Di solito dopo ogni episodio di OMA è presente un versamento endotimpanico nell'orecchio medio che nel 60-90% dei casi si risolve entro 3 mesi, mentre nel 10-30% dei casi tenderebbe a persistere dopo tale periodo, configurando un quadro patologico di OME². Tuttavia solo il 5% della popolazione ha la persistenza del versamento a un anno di distanza³. Non tutti gli episodi di OME fanno seguito a un epi-

OTITIS MEDIA WITH EFFUSION (*Medico e Bambino* 2003;22:47-51)

Key words

Otitis media, Effusion, Antibiotics, Steroids, Adenoidectomy, Tympanostomy tubes, Autoinflation

Summary

Otitis media with effusion (OME) has a high prevalence in school age children (15%) but in only 5% its duration is longer than a year. A systematic review shows that antibiotics are effective in reducing effusion but that their effect does not maintain over time. Similar results are shown for steroids alone or in association with antibiotics. Antihistamine drugs and mucolytics are not effective. Autoinflation is an effective option. Surgical treatment (tympanostomy tubes and adenoidectomy) can improve hearing function but do not seem to be capable of preventing language disorders.

sodio di OMA, ma la presenza di versamento endotimpanico può essere anche una condizione a sé stante, che potrebbe a sua volta predisporre a una maggiore frequenza di episodi di OMA.

Le condizioni patogenetiche causa del problema non sono del tutto chiare, e sono state ipotizzate un'alterata funzione della tuba, la persistenza di germi a bassa virulenza, un'ipertrofia e/o infezione adenoidea, una malocclusione dentale.

I fattori di rischio associati a una maggiore prevalenza dell'OME^{4,5} si ricavano da studi di tipo caso-controllo o

di coorte prospettici, e sono sostanzialmente gli stessi riportati nei casi di OMA: il numero di infezioni delle alte vie respiratorie, la frequenza della comunità (asilo), l'alto numero di fratelli, il basso livello socioeconomico, il fumo passivo, l'allattamento artificiale.

PERCHÉ OCCUPARSENE E CON QUALE OBIETTIVO

Come detto, il 5% dei bambini in età prescolare ha la persistenza del versamento endotimpanico a un anno di distanza. Molto controversa è la relazione tra la presenza dell'OME bilaterale,

le difficoltà uditive e il ritardo del linguaggio valutato a distanza. Alcuni lavori hanno concluso che l'OME persistente compromette il linguaggio⁶⁻⁸ (più quello recettivo che espressivo)⁹; altri studi arrivano a conclusioni opposte¹⁰⁻¹². Il principale limite sembra essere quello metodologico, in quanto la maggioranza dei lavori è di tipo retrospettivo, con l'inclusione di bambini appartenenti, a seconda dei lavori, a classi socio-economiche diverse. Recenti studi clinici randomizzati (RCT) non mostrano nessun vantaggio sullo sviluppo del linguaggio dall'inserzione precoce dei tubi endotimpanici^{13,14}.

Pur tenendo conto delle attuali controversie sulla relazione tra OME e disturbi del linguaggio, la valutazione degli interventi proposti per la prevenzione e la terapia dell'OME deve riguardare la possibilità di migliorare la funzionalità uditiva, evitare il (presunto) ritardo nell'acquisizione del linguaggio e i conseguenti problemi comportamentali; prevenire inoltre la ricorrenza di episodi di OMA.

I METODI

È disponibile una revisione del problema¹⁵, basata sui risultati di studi clinici controllati (RCT). Su alcuni dei punti riportati abbiamo proceduto con un ulteriore aggiornamento, tenendo conto dei risultati degli RCT recentemente pubblicati. Il commento riportato è rivolto a delineare i messaggi chiave (possibilmente pratici) di una determinata procedura.

LA PREVENZIONE DELL'OME

Non vi sono studi clinici controllati che hanno valutato l'efficacia di interventi rivolti a modificare i fattori di rischio per l'insorgenza dell'OME.

Commento. Sappiamo che il fumo passivo è una condizione di rischio sicuramente evitabile e con presumibili vantaggi in termini di esito. La prevenzione della patologia dell'orecchio medio è un motivo in più per favorire l'allattamento esclusivo al seno.

IL TRATTAMENTO DELL'OME

Gli antibiotici

Due revisioni sistematiche della letteratura^{16,17} giungono a conclusioni simili. La terapia antibiotica (amoxicillina, amoxicillina+acido clavulanico, cefaclor, eritromicina, cotrimossazolo) rispetto al placebo o al non trattamento è in grado di ridurre il grado di effusione (valutato con otoscopia pneumatica, timpanometria, audometria) sul breve periodo (Riduzione Assoluta del Rischio -RAR: 14%, IC 95%: 4-24%; NNT: 7). La durata del follow-up varia tra i vari studi considerati da 10 a 60 giorni, con una durata del trattamento antibiotico di 2-5 settimane.

Sul lungo periodo l'efficacia della terapia antibiotica sembra perdersi, in quanto la presenza dell'effusione è la stessa sia nel gruppo trattato che nel gruppo placebo. Il follow-up tra i vari studi è variabile, ed è compreso tra 6 settimane e 11 mesi.

Non sembra esserci una differente efficacia tra i vari antibiotici testati nella risoluzione dell'OME.

La terapia antibiotica espone al rischio di effetti collaterali che sono la comparsa di diarrea e vomito (10-30%) e di rash (3-5%).

Commento. Il ruolo degli agenti infettivi nell'insorgenza e nel mantenimento del versamento endotimpanico non è noto con chiarezza. In percentuali molto diverse tra i vari studi (dal 20% al 70%) si ritrovano a livello dell'orecchio medio gli stessi germi responsabili dei casi di OMA, anche se sembra essere maggiore la frequenza con cui si isolano l'*H. influenzae* e la *Moraxella catarrhalis*^{18,19}. I risultati degli RCT sono quasi tutti nella stessa direzione: vale a dire dimostrano un beneficio della terapia antibiotica sul breve periodo ma non a distanza. Visto che l'OME è spesso una condizione cronica, con un carattere a volte di ricorrenza, non sappiamo quanto possa essere utile avere, per un periodo più o meno lungo, il ripristino della normale funzione uditiva. Ma è una opzione possibile che andrebbe in qualche modo personalizzata: sicuramente non rappresenta la soluzione definitiva del problema.

Non esistono trial comparativi che dimostrino una diversa efficacia (sul breve periodo) dei diversi antibiotici finora utilizzati. La scelta empirica potrebbe ricadere sull'amoxicillina o su antibiotici beta-lattamici resistenti (amoxicillina+acido clavulanico o cefalosporine). Quest'ultima opzione è ragionevole se si tiene conto del profilo microbiologico rilevato in presenza di OME (diverso da quella che si riscontra in corso di OMA).

I cortisonici

È stata pubblicata una revisione sistematica del problema²⁰. L'efficacia della sola terapia cortisonica per os vs placebo è stata valutata in 3 RCT con evidenza di efficacia nella risoluzione dell'OME sul breve periodo (OR: 0.22; 95% IC:0.08-0.63). La valutazione dell'efficacia della terapia steroidea in associazione all'antibiotico rispetto alla sola terapia antibiotica è stata valutata in 4 RCT con un risultato, sempre sul breve periodo, a favore della terapia combinata (OR: 0.32; 95% IC: 0.20-0.52). In un solo RCT è stata sperimentata e provata l'efficacia della terapia cortisonica nasale in spray in aggiunta alla terapia antibiotica vs la sola terapia antibiotica o placebo spray, con una riduzione dell'effusione a 4 e 8 settimane ($p < 0,05$, non viene riportato l'intervallo di confidenza) e con una dimostrazione di miglioramento della pressione endotimpanica a 12 settimane.

Commento. Il cortisone sul breve periodo sembra avere una parziale efficacia nel ridurre l'effusione endotimpanica. Gli Autori del lavoro di metanalisi non ne consigliano tuttavia l'impiego per due ragioni: a) l'eterogeneità nei risultati dei lavori; b) la mancata dimostrazione di efficacia della terapia steroidea sul lungo periodo. Tuttavia questa opinione è discutibile, in quanto se si decidesse di intraprendere una terapia medica nei casi di OME, anche con un obiettivo di risoluzione del versamento sul breve periodo, l'aggiunta della terapia steroidea a quella antibiotica sembra essere di maggiore dimostrata efficacia e quindi forse da preferire alla sola terapia antibiotica.

La dose di steroide utilizzata è pari a

circa 1 mg/kg di prednisone, con una durata variabile negli studi da 7 a 15 giorni. L'opzione del cortisone in formulazione spray nasale andrebbe meglio studiata in formali RCT, con una durata del trattamento che andrebbe personalizzata e che è stata valutata, nell'unico RCT pubblicato, per 12 settimane.

Antistaminici e decongestionanti

Una revisione sistematica del problema non evidenzia alcun beneficio di un trattamento eseguito per 4 settimane con la combinazione dell'antistaminico e decongestionante (vasocostrittore)¹⁶.

Gli antistaminici utilizzati negli RCT sono gravati di effetti collaterali quali sonnolenza, iperattività, modificazioni comportamentali; i vasocostrittori utilizzati per via nasale per lunghi periodi possono determinare una rinite iatrogena.

Mucolitici

Anche per quanto riguarda l'uso dei mucolitici (per un periodo variabile da 15 a 90 giorni) i risultati degli RCT non evidenziano alcun beneficio del trattamento²¹.

Commento. Due pratiche terapeutiche quindi inutili, ma ancora prescritte, seppur più raramente rispetto al passato. Da abbandonare.

Autoinflazione

Una revisione sistematica sulla efficacia dell'autoinflazione rispetto al non trattamento ne evidenzia i benefici valutati con il timpanogramma e con esame audiometrico²². Le tecniche di autoinflazione utilizzate negli RCT sono diverse e con differenti risultati. Tra queste una di quelle maggiormente sperimentate riguarda l'uso del palloncino da gonfiare per via nasale.

Commento. La diversità delle tecniche di autoinflazione non consente di avere una stima accurata del beneficio. Con l'uso del palloncino (Otovent) esiste inoltre il problema del limite di età di utilizzo (di solito non prima dei 4 anni) e della capacità e accettazione della pratica terapeutica. Alcuni RCT hanno documentato che un beneficio è apprezzabile

solo se l'aderenza al trattamento è superiore al 70%. Questo in un'ottica di popolazione, ma anche individuale, in quanto l'uso dell'Otovent richiede una adeguata compliance nella modalità e tempo di esecuzione. Una pratica comunque sempre proponibile nel bambino relativamente grande, con disturbo della funzione uditiva.

Tube endotimpanici (TE)

Una revisione sistematica dei lavori pubblicata sino al 1992 giunge alla conclusione che l'inserzione di TE porta a un miglioramento della funzione uditiva pari a 12 dB (IC non riportati)²³. Gli stessi Autori della revisione concludono che è difficile dare una rilevanza clinica a questo risultato.

Due successivi RCT^{13,14} non evidenziano alcun beneficio dell'inserzione precoce dei TE sullo sviluppo del linguaggio. Al contrario in un RCT²⁴ (182 bambini) l'inserzione bilaterale dei TE ridurrebbe in modo significativo i problemi di comprensione e di espressività del linguaggio a 9 mesi di distanza.

L'inserzione di TE è gravata da effetti collaterali. Una precoce otorrea transitoria è descritta nel 16% dei casi; così come una otorrea tardiva (26% dei casi)²⁵. Una otorrea o una perforazione residua sono anche relativamente comuni (7,4%); in alcuni casi l'otorrea assume un carattere di cronicità (3,8%). Una revisione sistematica che ha considerato studi osservazionali e sperimentali sugli eventi avversi tardivi associati all'inserzione dei TE riporta una prevalenza di timpanosclerosi nel 39-65% dei pazienti ventilati rispetto allo 0-10% dei non trattati²⁵. La timpanosclerosi osservata non comporterebbe importanti danni uditivi. Una parziale atrofia della membrana timpanica è stata osservata nel 16-73% dei casi trattati e nel 5-31% di quelli non trattati²⁶.

Adenoidectomia (AD)

Sul lungo periodo l'AD da sola sembra avere la stessa efficacia dell'inserzione dei TE sul miglioramento della funzione uditiva¹⁵. Non sono disponibili studi che abbiano valutato l'efficacia di tale pratica sullo sviluppo del linguaggio e sui problemi comportamentali.

Tra gli effetti collaterali dell'AD da segnalare l'emorragia che si verifica nello 0,5% degli interventi. La mortalità per l'adenotonsillectomia (non disponibile l'informazione per la sola AD) è pari a 1 caso su 16.700-25.000 interventi¹⁵.

TE+AD

Il lavoro di revisione riporta un beneficio aggiuntivo della AD rispetto alla sola applicazione di TE molto modesto (1,1-2,6 dB)²³. Un successivo RCT²⁶ (228 pazienti) evidenzia un beneficio sul lungo periodo della combinazione dell'AD e TE.

La misura di esito adottata è stata la valutazione timpanometrica a distanza di 6 mesi e 10 anni dopo il trattamento. La durata media dell'effusione è stata di 7,8 anni per i pazienti non sottoposti a procedura terapeutica, 4,9 anni in caso di inserzione di TE, 4 anni per l'AD e 2,8 anni in caso di inserzione di TE+AD.

Commento. Anche per gli interventi di natura chirurgica mancano dimostrazioni, a livello di popolazione, di un beneficio sulla prevenzione dei disturbi del linguaggio. In effetti la pratica molto in uso negli Stati Uniti di inserzione precoce di TE non ha mai trovato da noi larghi consensi. Alla luce dei recenti RCT che sembrano negare l'utilità di una pratica chirurgica precoce, i rischi dell'inserzione dei TE ci sembrano da tenere in seria considerazione.

La scelta chirurgica è pertanto individuale, e non è escluso che abbia un beneficio in determinati sottogruppi di pazienti. In alcuni casi la sola AD è una scelta ragionevole, in particolare se ci si trova di fronte a un bambino con OME che sia anche un russatore. Da segnalazioni in letteratura e dall'esperienza di chi scrive è che l'intervento di AD ha maggiori probabilità di risoluzione dell'OME se l'esame fibroscopico evidenzia delle adenoidi "occludenti" la tuba.

Nei casi di versamento endotimpanico che non tende a risolversi, con grave disturbo della funzione uditiva, e con un ritardo del linguaggio già evidente, una scelta combinata (TE +AD) sembra essere preferibile per i benefici dimostrati a distanza.

Altre pratiche terapeutiche

Le cure termali comprendono un insieme di pratiche che riguardano prevalentemente l'inalazione di acque termali. In alcuni centri vengono proposte anche pratiche di insufflazioni tubariche con catetere (difficilmente proponibili nei bambini) o insufflazioni a pressione secondo Polizer. Mancano formali RCT che ne abbiano dimostrato l'efficacia.

La correzione della malocclusione dentale ha come razionale il ripristino della funzione tubarica e quindi la risoluzione teorica dell'OME. Anche per questa pratica mancano evidenze basate su RCT.

MESSAGGI CHIAVE

- L'otite media essudativa (OME) ha una prevalenza pari al 15-20% nella popolazione scolastica, ma solo il 5% ha una persistenza del versamento endotimpanico a un anno di distanza, con una storia naturale molto favorevole.
- La relazione tra OME, disturbi del linguaggio e comportamentali è molto controversa e non ancora del tutto chiara.
- La terapia antibiotica è in grado di ridurre il grado di effusione sul breve periodo, ma questo effetto sembra perdersi a distanza.
- Il cortisone per os avrebbe, sempre sul breve periodo, una dimostrazione di efficacia sia da solo che in associazione con la terapia antibiotica.
- Nei casi in cui è proponibile (bambino con età >4 anni), l'uso del palloncino da gonfiare (Otovent) è una pratica priva di effetti collaterali e di dimostrata efficacia.
- L'inserzione di TE e/o l'AD vanno riservati a casi limite, in cui vi siano (gravi) danni uditivi che non hanno tendenza alla risoluzione spontanea e/o in presenza di un disturbo del linguaggio già presente.
- Un intervento precoce (preventivo), al contrario, non sembra avere un rilevante beneficio sul linguaggio, a fronte dei rischi documentati della inserzione dei TE.
- Nei casi severi una scelta combinata (TE e AD) sembra dare maggiori risultati a distanza.

Commento. Sicuramente esistono pazienti con OME che possono trovare beneficio da entrambe le pratiche. In particolare è esperienza di chi scrive che il trattamento della malocclusione, in casi in cui mancano altre situazioni di rischio e che hanno un carattere di cronicità, sia uno dei presidi terapeutici importanti a cui pensare sempre. Si tratta ovviamente di casi con importanti gradi di malocclusione, in cui è facile proporre una correzione anche per altri motivi (di per sé meritevoli di intervento, secondo tempi e modalità stabiliti).

UN COMMENTO FINALE

L'OME è una condizione frequente, ma mancano fondate evidenze sulla sua storia naturale in relazione al problema del deficit uditivo e ai problemi del linguaggio. In pratica non ci sono dimostrate evidenze che la persistenza, anche per lungo tempo, dell'effusione endotimpanica conduca a difetti dello sviluppo della comprensione e della espressione del linguaggio. Inoltre, nessuno degli interventi medici e chirurgici proposti ha dato una chiara dimostrazione di migliorare la prognosi a distanza.

L'astensione da qualsiasi intervento sembrerebbe essere pertanto ragionevole, anche se esistono sicuramente sottogruppi di pazienti che meritano di attenzione in quanto è possibile che il deficit uditivo significativo (>15-20 dB), che a volte si accompagna all'OME bilaterale, possa essere di per sé causa di cattiva qualità di vita relazionale (anche in presenza di un linguaggio adeguato per l'età).

Se dovessimo pertanto definire delle priorità negli interventi disponibili, fermo restando i limiti detti in precedenza, possiamo ritenere che:

- il fumo passivo è una condizione di rischio evitabile che può essere causa del mantenimento dell'effusione. Lo stesso vale nei casi di OMA ricorrenti che automantengono il versamento endotimpanico e che potrebbero essere evitate allontanando il bambino dalla comunità (quando possibile e strettamente necessario);
- un tentativo terapeutico con antibio-

tico, meglio se associato al cortisone, è ragionevole, dando informazione alla famiglia che l'eventuale beneficio potrebbe essere transitorio;

□ nei casi in cui è proponibile (bambino con età > 4 anni) l'uso del palloncino da gonfiare (Otovent) è una pratica priva di effetti collaterali e di dimostrata efficacia;

□ l'inserzione di TE e/o l'AD vanno riservati a casi limite, in cui vi siano (gravi) danni uditivi che non hanno tendenza alla risoluzione spontanea e/o in presenza di un disturbo del linguaggio già presente. Un intervento precoce (preventivo) al contrario non sembra avere un rilevante beneficio sul linguaggio (ma anche sulla prevenzione degli episodi di OMA, a volte associati con maggiore ricorrenza alla presenza di OME), a fronte dei rischi documentati della inserzione dei TE;

□ in alcuni casi la sola AD sembra essere ragionevole, in particolare se esiste la concomitanza di condizioni cliniche e/o funzionali che sono già di per sé una formale indicazione per l'intervento (bambino che respira male, con segni di malocclusione secondaria ecc.).

Le restanti pratiche adottate sono inutili, a fronte di una patologia che ha, non dimentichiamolo, una storia naturale spontanea estremamente favorevole.

Bibliografia

1. Zielhuis GA, Straatman H, Rach GH, van den Broek P. Analysis and presentation of data on the natural course of otitis media with effusion in children. *Int J Epidemiol* 1990; 19:1037-44.
2. Berman S. Otitis media in children. *N Engl J Med* 1995; 332:1560-65.
3. Zeilhuis GA, Rach GH, Broek PV. Screening for otitis media with effusion in pre-school children. *Lancet* 1989; 1:311-4.
4. Etzel RA, Pattishall EN, Haley NJ, Fletcher RH, Henderson FW. Passive smoking and middle ear effusion among children in day care. *Pediatrics* 1992;90:228-32.
5. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics* 1997;99:318-33.
6. Friel-Patti S, Finitzo-Hieber T, Conti G, Clin-

ton-Brown K. Language delay in infants associated with middle ear disease and mild, fluctuating hearing impairment. *Pediatr Infect Dis J* 1982;15:417-21.

7. Abram SS, Walance IF, Gravel JS. Early otitis media and phonological development age 2 years. *Laryngoscope* 1996;106:727-32.

8. Bennet KE, Haggard MP. Behaviour and cognitive outcomes in middle ear disease. *Arch Dis Child* 1999;80:28-35.

9. Teele DW, Klein JO, Rosner BA. Otitis media with effusion during the first three years of life and development of speech and language. *Pediatrics* 1984;74:282-8.

10. Roberts JE, Burchinal MR, Davis BP, Collier AM, Henderson FW. Otitis media in early childhood and later language. *J Speech Hear Res* 1991;34:1158-68.

11. Roberts JE, Sanyal MA, Burchinal MR, Collier AM, Ramey CT, Henderson FW. Otitis media in early childhood and its relationship to later verbal and academic performance. *Pediatrics* 1986;78:423-30.

12. Grievink EH, Peters SAF, Bon van WHJ, Schilder AGM. The effect of early bilateral otitis media with effusion on language ability: a prospective cohort study. *J Speech Hear Res* 1993;36:1002-12.

13. Rovers MM, Straatman H, Ingels K, et al. The effect of ventilation tubes on language development in infants with otitis media with ef-

fusion: a randomised trial. *Pediatrics* 2000;106(3):e42:1-8.

14. Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, et al. Effect of early or delayed insertion of tympanostomy tubes for persistent otitis media on developmental outcomes at the age of three years. *N Engl J Med* 2001;344:1179-87.

15. Williamson I. Otitis media with effusion. *Clinical Evidence* Copyright 2002 BMJ Publishing Group. www.clinicalevidence.com

16. Stool SE, Berg SO, Berman S, et al. Otitis media with effusion in young children: clinical practice guideline number 12. AHCPR Publication 94-0622. Rockville, Maryland: Agency for Health for Health Care Policy and Research. Public Health Service, United States Department of Health and Human Service, July 1994.

17. Williams RL, Chalmers TC, Strange KC, Chalmers FT, Bowlin SJ. Use of antibiotics in preventing recurrent acute otitis media and in treating otitis media with effusion: a meta-analytic attempt to resolve the brouhaha. *JAMA* 1993;270:1344-51.

18. Post JC, Preston RA, Aul JJ, et al. Molecular analysis of bacterial pathogens in otitis media with effusion. *JAMA* 1995;273:1598-1604.

19. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year of otitis media pathogens. *Pediatr Infect Dis J* 1992;11(8 Suppl):S7-11.

20. Butler CC, van der Voort JH. Steroids for otitis media with effusion. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:641-7.

21. Pignataro O, Pignataro LD, Gallus G, Calori G, Cordano CI. Otitis media with effusion and S-carboxymethylcysteine and/or its lysine salt: a critical overview. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;35:231-41.

22. Reidpath DD, Glasziou PP, Del Mar C. Systematic review of autoinflation for treatment of glue ear in children. *BMJ* 1999;318:1177-8.

23. University of York. Centre for reviews and Dissemination. 1992. The treatment of persistent glue ear in children. *Effective Health Care* 1 (4). Search date 1992.

24. Maw R, Wilks J, Harvey I, Peters TJ, Golding J. Early surgery compared with watchful waiting for glue ear and effect on language development in preschool children: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:960-3.

25. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;124:374-80.

26. Maw R, Bawden R. Spontaneous resolution of severe chronic glue ear and the effect of adenoidectomy, tonsillectomy, and insertion of ventilation tubes. *BMJ* 1993;306:756-60.



ACP UMBRIA - ACP LAZIO - MEDICO E BAMBINO

NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA

Roma, 30-31 maggio 2003

Biblioteca Nazionale Centrale

VENERDI 30 MAGGIO

Al centro dei problemi

Presentazione del tema, epidemiologia ufficiale ed epidemiologia reale, censimento dei bisogni.

Un pediatra alle prese con i problemi relazionali

Il disturbo depressivo nel bambino. Quali sono i criteri di sospetto?

Urgenze psichiatriche in pediatria, che fare?

Il bambino nella scuola. Disturbi dell'apprendimento

La gestione del bambino con disturbo dell'apprendimento:

- un logopedista
- una psicopedagogista-insegnante
- un pediatra

Discussione

Le basi biologiche della psichiatria

La rivoluzione cognitiva

Sviluppo e plasticità del cervello

Discussione

Disturbi del sonno e tic: quali i confini tra fisiologia e patologia?

Dolori senza causa, enuresi ed encopresi: guarire con le parole

SABATO 31 MAGGIO

Principi e pratica di terapia

La terapia farmacologica

La psicanalisi

La psicoterapia cognitivo-comportamentale

Psichiatria infantile e EBM

Discussione

Disturbi psicosomatici: malattie fittizie, malattie da inganno

Dalla psicosomatica alla neuro-psico-immuno-endocrinologia

Patologia somatoforme

Tra il pediatra e lo psichiatra

Un protocollo di comportamento

Discussione

Conclusioni e chiusura dei lavori

Segreteria scientifica: S. Corbo, E. Coltura, F. Marolla, L. Reali, V. Sarno, M. Valente, A. Pierini, C. Berardi, F. Passalacqua, F. Panizon

Segreteria organizzativa: Quickline sas - v. S. Caterina, 3
34122 Trieste Tel. 040 773737 - 363586 Fax 040 7606590
e mail: info@quickline.it