Maggio 2009 http://www.medicoebambino.com/?id=AP0905_20.html

MEDICO E BAMBINO
PAGINE ELETTRONICHE

Adenotonsillectomia e sviluppo di sovrappeso/obesità

GIORGIO BARTOLOZZI
Membro della Commissione Nazionale Vaccini
Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

Sia dalla letteratura che dall'esperienza personale risulta che dopo l'adenotonsillectomia (ADT) si verifica un evidente guadagno in peso. È sorprendente come prima del 1990 l'aumento del peso che si verifica in questi casi venisse considerato come un "effetto benefico". Studi successivi hanno dimostrato che il peso aumenta dopo l'ADT non solo nei bambini che erano sotto peso, ma anche in quelli che avevano un peso normale o superiore al normale (Soumtan Z, et al. 1999). In un recente articolo sull'apnea pediatrica nel sonno, gli autori esprimono la loro preoccupazione che il cambiamento del bilancio energetico dopo l'ADT possa causare aumento del peso corporeo fino al sovrappeso (Ievers-Landis CE et al, 2007).

In una recentissima pubblicazione (Wijga AH, Scholtens S, Wieringa MH, et al. Ademotonsillectomy and the development of overweight. *Pediatrics* 2009;123:1095-101) è stata studiata l'associazione dell'adenoidectomia e della tonsillectomia con il sovrappeso in una larga coorte (3.963 bambini) di bambini olandesi seguiti da 0 a 8 anni di età. Gli autori ipotizzano che adenoidectomia e tonsillectomia siano indipendentemente associate al successivo sviluppo di sovrappeso.

DISEGNO DELLO STUDIO E POPOLAZIONE STUDIATA

Sono stati studiati per 8 anni 3963 bambini, nati da 4146 donne reclutate per uno studio sull'asma. All'età di 8 anni tutti i bambini vennero visitati e misurati in peso e altezza e venne valutato il relativo indice di massa corporea (BMI).
Su queste basi vennero suddivisi in tre gruppi:

1. gruppo controllo con bambini non adenoectomizzati e non tonsillectomizzati
2. bambini soltanto adenoidectomizzati
3. bambini (adeno)tonsillectomizzati (cioè che avevano ricevuto una tonsillectomia con o senza adenoidectomia)

RISULTATI

L'adenotonsillectomia a 0-7 anni di età era associata in modo significativo al sovrappeso o all'obesità all'età di 8 anni.
L'incidenza cumulativa a 8 anni per l'adenoidectomia fu del 12% e del 15% per l'(adeno)tonsillectomia (in questo gruppo il 70% era stato sottoposto ad adenotonsillectomia, il 4% solo tonsillectomia e il 26% adenoidectomia e tonsillectomia a differenti età).

L'(adeno)tonsillectomia è stata eseguita principalmente in soggetti da 2 a 5 anni di età, mentre l'adenoidectomia da sola prevalentemente al di sotto dei 2 anni (vedi figura 1).

Figura 1. Distribuzione per età della sola adenoidectomia (A) e della (adeno)tonsillectomia ((A)T)

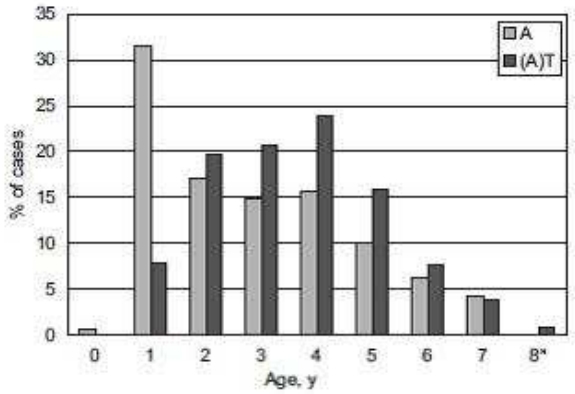
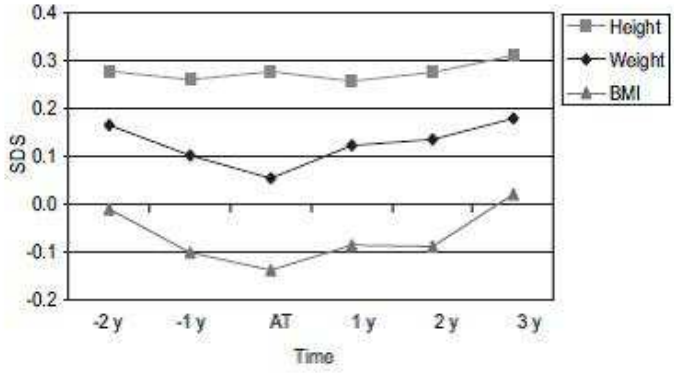


Figura 2. Sviluppo longitudinale del peso medio relativo, dell'altezza e dell'indice di massa corporea in bambini sottoposti ad adenotonsillectomia, fra due anni prima e tre anni dopo l'intervento.



Nella Figura 2 sono riportati il peso, l'altezza e l'indice di massa corporea rilevati da due anni prima dell'intervento di (adeno)tonsillectomia a tre anni dopo.
L'odds ratio per il sovrappeso è risultato essere 1,29 nei soggetti adenoidectomizzati e 1,74 nei soggetti adenotonsillectomizzati; per l'obesità, 2,19 nei soggetti adenoidectomizzati e 2,89 nei soggetti adenotosillectomizzati.
Il sovrappeso a 2 anni di età non è risultato associato con un aumentato rischio di (adeno)tonsillectomia negli anni successivi, indicando che l'associazione fra (adeno)tonsillectomia e sovrappeso non si spiega con il preesistente sovrappeso. I dati longitudinali sul peso e sull'altezza negli anni, prima e dopo l'intervento suggeriscono che l'(adeno)tonsillectomia rappresenta una svolta decisiva fra un periodo di scarsa crescita e un periodo di guadagno di peso, il che può spiegare l'aumentato rischio di sviluppare sovrappeso dopo l'operazione.

DISCUSSIONE

Il numero di pazienti che all'età di 8 anni erano stati sottoposti all'adenoidectomia soltanto e all'(adeno)tonsillectomia (rispettivamente 12 e 15%) è in accordo con i dati del resto dell'Olanda: essi sono considerevolmente più alti (van den Akker EH et al, 2004; OECD Health data 2007, Paris, disponibile a www.oedc.org/health/healthdata) di quelli della maggior parte degli altri Paesi Europei e degli Stati Uniti.
Fra le cause dell'aumento di peso nei bambini dopo adenotonsillectomia, gli Autori ricordano:

- miglioramento dell'appetito
- aumento degli introiti di energia

- riduzione delle spese di energia (per le difficoltà respiratorie)
- aumento dei livelli del fattore di crescita 1, insulino-simile o del fattore di crescita insulino-simile, legante la proteina 3.

Gli Autori ritengono che il periodo di tempo, che precede l'intervento, può essere caratterizzato dall'adattamento metabolico a una situazione nella quale (per le frequenti infezioni respiratorie, per lo scarso appetito, per la cattiva qualità del sonno, e per la difficoltà della respirazione) il bilancio fra introiti di energia e spese di energia è insufficiente a mantenere una buona, sana crescita. Quando, dopo l'intervento, "la salute sia stata ristabilita", questo adattamento metabolico può riportare a un'iperalimentazione fino allo sviluppo di un sovrappeso. La tendenza dei genitori a iperalimentare il bambino, che ha superato un periodo di scarsa salute e di scarso appetito, può giocare un ruolo importante e interagire con il meccanismo metabolico ipotizzato.

CONSIDERAZIONI PERSONALI

I punti di forza di questa pubblicazione risiedono nel disegno prospettico dello studio e nella numerosità dei soggetti studiati. Niente quindi da obiettare sulle conclusioni.
Ma quello che appare insostenibile, e che gli stessi autori riconoscono, è l'elevato numero d'interventi praticati nei circa 4.000 bambini studiati per 8 anni: elevato numero che, ci dicono sempre gli autori, è comune a tutta l'Olanda. Non essendo a conoscenza che in Olanda esista un aumento delle condizioni patologiche che portano alla decisione d'intervenire, operare di adenoidectomia e/o tonsillectomia 27 bambini su 100, cioè più di un bambino su quattro mi sembra, a onor del vero, un eccesso. Pensare che si debba intervenire su un numero enorme di bambini per una situazione di ipertrofia, spesso contingente e transitoria nel tempo, mi sembra un eccesso. Il confronto con l'incidenza della ADT negli altri Paesi europei conferma questo punto di vista.
Mi sembra di essere tornati a 30-40 anni fa, quando, andando a osservare i giovani richiamati alle armi, rilevai, insieme ad alcuni specializzandi in pediatria, che il 50% di questi era stato tonsillectomizzato. Nel frattempo in letteratura comparvero pubblicazioni sull'adenotonsillectomia come "moda" e non come necessità. Fu in quella occasione che, con l'allora ordinario di otorino dell'Università di Firenze (prof. Fini Storchi), scrivemmo diverse ricerche atte a dimostrare che la tonsillectomia poteva essere impiegata in un numero più ristretto di soggetti (non superiore al 5%): sia l'indicazione di questo intervento che quello di adenoidectomia debbono infatti rispondere a precise indicazioni recentemente aggiornate nel programma Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.
Rimane quanto riscontrato nell'articolo recensito, cioè che un buon numero di soggetti, una volta sottoposti all'intervento, ha un aumentato rischio di sovrappeso. Una ragione in più per non consigliarlo alla leggera.

Vuoi citare questo contributo?
G. Bartolozzi. ADENOTONSILLECTOMIA E SVILUPPO DI SOVRAPPESO/OBESITà. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2009; 12(5)
http://www.medicoebambino.com/?id=AP0905_20.html