

Fibro-endoscopia dell'ostruzione del cavo rino-faringeo da ipertrofia adenoidea

PASQUALE CASSANO, MATTEO GELARDI
Clinica Otorinolaringoiatrica, Università di Bari

Prendendo un centinaio di bambini con sindrome da ostruzione rino-faringea, e liberando con trattamento decongestionante e pulizia le vie nasali, rimane un'ostruzione misurabile in 4 casi su 5. In questi c'è un'ipertrofia adenoidea, ben quantificabile con la endoscopia con fibroscopio flessibile. La decisione chirurgica va presa ponderando i dati della rinomanometria, della rinoscopia anteriore e della fibroscopia.

L'ostruzione nasale transitoria, o subcontinua ma non completa è, in età pediatrica, una condizione abbastanza comune, che di solito non determina difficoltà respiratorie nasali particolarmente importanti.

Legata a fattori anatomici (incomplete sviluppo delle cavità nasali, ipertrofia del tessuto adenoideo ecc.), flogistici e persino para-fisiologici (ciclo respiratorio nasale solidale, invece che alterno, presente in un'alta percentuale di bambini), viene considerato un disturbo minore, che si risolve del tutto nel periodo pre-puberale.

In un numero non trascurabile di casi (1/4 circa della popolazione infantile), l'ostruzione assume caratteri decisamente patologici, perché di entità e durata tali da determinare un complesso di patologie flogistiche loco-regionali (rinosinuiti, otiti) e a distanza (broncopneumopatie), che incidono negativamente sulla qualità della vita (inappetenza, disturbi del rendimento scolastico) e possono interferire sullo sviluppo psico-fisico. Questi disturbi sono allo stesso tempo causa ed effetto di ostruzione nasale, chiudendo una catena eziopatogenetica che si automantiene.

Nei casi di ostruzione cronica e completa possono inoltre sovrapporsi importanti patologie del sonno (roncopatia, sindrome apnoica ostruttiva del sonno o "sleep-apnea"), con possibili serie conseguenze a carico dell'apparato cardio-re-

FIBERENDOSCOPIC ASSESSMENT OF RHINOPHARYNGEAL OBSTRUCTION DUE TO ADENOIDAL HYPERTROPHY (Medico e Bambino 19, 239-244, 2000)

Key words

Nasal obstruction, Adenoidal hypertrophy, Rhinopharyngeal fiberendoscopy

Summary

Transnasal fiberendoscopy of the nasopharynx is the easiest and most effective way to assess adenoidal hypertrophy in children. On this basis, the Authors proposed a 4-stage classification to guide the case management: the first two stages are characterized by moderate or discrete adenoidal hypertrophy, and adenoidectomy is not necessary; in 4th stage obstruction adenoidectomy is mandatory. The most important therapeutic problems are present in 3rd grade obstruction, characterized by hypertrophic adenoids taking up about 3/4 of the rhinopharynx. In this group, which includes the largest number of hypertrophic adenoids, the therapeutic strategy must take into account the existence of obstructed breathing and of frequent complications such as recurrent otitis, sinusitis, sleep apnea etc. The Authors conclude that when transnasal fiberendoscopy shows important though incomplete obstruction, the decision about treatment must be based on complementary investigations to assess the presence and severity of complications.

spiratorio fino all'ipertensione polmonare e al cuore polmonare e, nei bambini più piccoli (< 2 anni), persino alla morte nel sonno per asfissia acuta.

La responsabilità dell'ostruzione nasale cronica nella patogenesi di tale disturbo è variamente valutata in letteratura, da poco importante¹ a molto rilevante^{2,8}.

Più dubbia è l'interferenza dell'ostruzione nasale cronica sulle malformazioni del massiccio facciale (palato ogivale, malocclusioni ecc.), che in passato era-

no attribuite quasi esclusivamente a questa patologia, ma che attualmente vengono piuttosto fatte rientrare in un complesso di modificazioni scheletriche a impronta eredo-familiare. Anche qui è tuttavia ragionevole considerare che l'abitudine alla respirazione orale, giochi un ruolo importante, anche se non forse primario.

L'ostruzione nasale cronica e grave rappresenta pertanto una condizione che nel bambino va attentamente valutata e precocemente risolta.

Per quanto molteplici siano le cause di ostruzione nasale cronica (Tabella 1), le vegetazioni adenoidee costituiscono probabilmente la patologia più frequente, particolarmente tra 3 e 7-8 anni, periodo caratterizzato dalla proliferazione esuberante del tessuto linfo-reticolare, soprattutto a livello dell'anello linfatico del Waldeyer (Figura 1).

La rinomanometria dopo decongestione nasale è un discreto ma imperfetto indicatore del grado di ipertrofia adenoidea.

La diagnosi di ipertrofia adenoidea non è però agevole, poiché l'ispezione del cavo rinofaringeo con il metodo tradizionale della rinoscopia posteriore, che richiede una particolare collaborazione, solo raramente può essere effettuata nei piccoli pazienti. Per la valutazione della conformazione e del contenuto della regione rinofaringea si ricorre quindi frequentemente a indagini di tipo radiologico, che sono però di non facile esecuzione e di dubbia valutazione nel bambino; peraltro, anche nella nostra esperienza, non vi è sempre correlazione tra l'entità dell'ostruzione rilevata radiologicamente e i disturbi funzionali.

Esami strumentali che valutano la funzione respiratoria attraverso la registrazione delle resistenze nasali (rinomanometria), se validissimi nel definire l'entità dell'ostruzione, non sono però in grado di precisarne la sede.

L'endoscopia rinofaringolaringea a fibre ottiche con fibroscopio flessibile rappresenta attualmente un valido sussidio

diagnostico; non richiede infatti una eccessiva collaborazione, è un esame assolutamente privo di rischi, e consente la precisa definizione della sede, della natura e dell'entità dell'ostruzione^{9,12}.

Utilizzando fibroscopi di piccolo diametro, è possibile effettuare l'esame con la piena collaborazione del paziente, anche nel bambino di 4-5 anni.

Nell'ultimo decennio abbiamo utilizzato di routine questa tecnica in età pediatrica per la diagnosi di patologia nasale e rinofaringea. In particolare abbiamo studiato le ostruzioni da vegetazioni adenoidee, di cui abbiamo elaborato una classificazione, da noi ritenuta molto utile ai fini di un programma terapeutico. Riferiamo in questo lavoro i risultati della nostra esperienza nel settore delle ostruzioni nasali, delle quali per grandi linee abbiamo cercato di definire le più opportune strategie diagnostiche e terapeutiche.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su 98 bambini di età compresa tra i 3 e i 14 anni (77 maschi e 21 femmine), con anamnesi positiva per ostruzione nasale cronica e conseguente respirazione orale. Non sono state prese in considerazione le ostruzioni dipendenti da malformazioni anatomiche (atresie, diaframmi, deviazioni del setto ecc.). I pazienti sono stati inizialmente esaminati con rinoscopia anteriore.

Si è proceduto a una fibroendoscopia con fibroscopio flessibile, previa toilette delle cavità nasali (mediante soffiatura o lavaggio con soluzione fisiologica tiepida) e, in caso di iper-

trofia dei turbinati, decongestione con soluzione di ossimetazolina. In nessun caso è stato necessario l'impiego di anestetico locale; in oltre i 2/3 dei casi vi è stata la piena collaborazione dei pazienti; nei soggetti meno tolleranti l'esame, in genere di brevissima durata, si è rivelato comunque non eccessivamente traumatizzante, malgrado sia stata necessaria l'immobilizzazione della testa.

In 74 (75,5%) pazienti è stato possibile eseguire una rinomanometria anteriore attiva, sempre a distanza dalle manovre endoscopiche che, come è noto, possono in qualche caso indurre reazioni della mucosa di tipo vasomotorio. Anche questo esame è stato praticato previa toilette delle cavità nasali da secrezioni o croste, sia in condizioni normali che dopo decongestione dei turbinati.

Nei casi in cui venivano riferiti disturbi del sonno (russamento, sonno agitato, apnee ecc.) è stata effettuata una registrazione poligrafica durante il riposo notturno, al fine di evidenziare una eventuale patologia apnoica ostruttiva.

RISULTATI

Esame rinoscopico anteriore

La rinoscopia anteriore è patologica nel 60% dei casi e in tutti quelli con grave ipertrofia adenoidea.

In 41 (41,8%) soggetti il quadro obiettivo era perfettamente normale; in 57 (58,2%) si evidenziava invece ipertrofia bilaterale dei turbinati, cui si associava in 38 casi presenza di essudato mucopurulento o francamente purulento.

CAUSE DI OSTRUZIONE NASALE CRONICA NEI BAMBINI

Cause congenite

- Malformazioni cranio-facciali
- Stenosi/artresia coanale posteriore
- Cisti dermoidi
- Craniofaringiomi
- Teratomi
- Cordomi
- Cisti nasoalveolari e nasofaringee

Cause infettive-infiammatorie

- Iperplasia adenoidea
- Rinite allergica
- Rinite ipertrofica cronica
- Rinosinusite cronica
- Poliposi nasale

Cause traumatiche

- Deviazione della cartilagine settoale

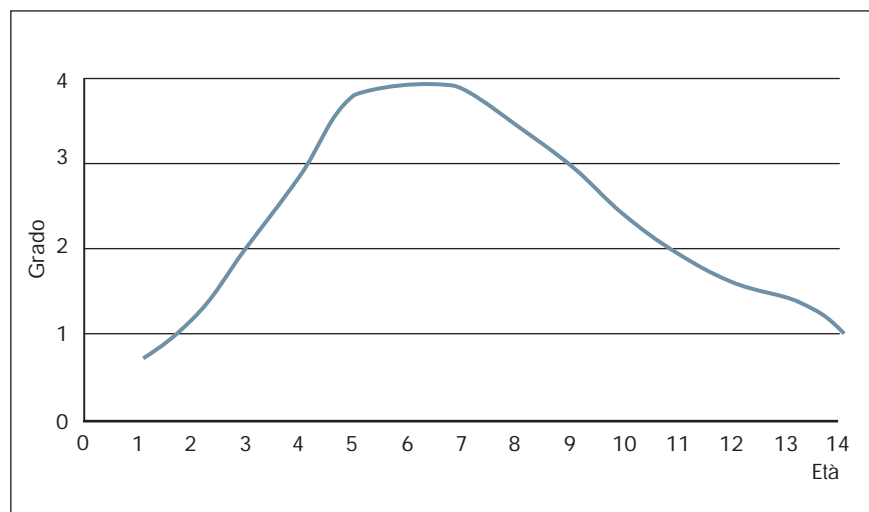


Figura 1. Grado di ipertrofia adenoidea (in relazione all'età).

Tabella 1

Fibroendoscopia rinofaringea

La fibroendoscopia distingue 4 gradi di ipertrofia adenoidea, da lieve a grave. Nella maggioranza dei pazienti la ipertrofia è di grado medio-severo (3°-4°).

In 8 pazienti (8,2%) il quadro fibroendoscopico risultava nei limiti della norma, con presenza di scarso tessuto adenoideo sulla volta del rinofaringe, e quindi con aperture coanali perfettamente libere.

Di questo gruppo 1 paziente era di età < 4 anni, 7 > 10 anni.

L'iperplasia adenoidea in questi soggetti era classificata di 1° grado.

In 21 (21,4%) pazienti (età 4-12 anni) il tessuto adenoideo era limitato alla metà superiore del cavo rinofaringeo, con sufficiente pervietà delle coane e perfetta visualizzazione dell'ostio tubarico (iperplasia adenoidea di 2° grado).

In 64 (65,3%) pazienti (età 3-9 anni) invece le vegetazioni adenoidee occupavano per circa 3/4 il rinofaringe, con ostruzione subtotale delle aperture coanali e osti tubarici parzialmente eclissati (ipertrofia adenoidea di 3° grado).

In 7 casi (7,1%) (età 3-7 anni) infine l'ostruzione risultava pressoché completa, per cui era impossibile visualizzare sia l'ostio tubarico che il bordo coanale inferiore (ipertrofia adenoidea di 4° grado) (Figure 2, 3 e 4).

Patologie nasali concomitanti e complicanze

Rinite purulenta, sinusopatia, patologia otologica sono presenti nella grandissima maggioranza dei casi, tanto più frequenti e gravi quanto è maggiore l'ipertrofia adenoidea.

In 72 casi (73,5%) venivano riferite riniti catarrali o mucopurulente ricorrenti, rilevate nella maggior parte dei soggetti sottoposti agli esami strumentali (rinoscopia, fibroscopia); queste patologie erano complicate in 21 pazienti da sinusiti, radiologicamente accertate, (etmoido-mascellare in 16 casi ed etmoido-fronto-mascellare in 5) e in 47 (44,7%) da otiti (in 28 pazienti di tipo catarrale e in 9 di tipo mucopurulento).

Una componente allergica veniva verificata mediante prick-test e RAST in 22 pazienti (20,9%).

Le suddette patologie erano così distribuite nei 4 differenti gradi di ostruzione:

□ nel 1° gruppo (8 pazienti con ipertrofia adenoidea di 1° grado) si trovano 3 casi (37%) di rinite allergica con ipertrofia dei turbinati di aspetto pallido-livido e 1 caso di rinite mucopurulenta subcronica con ipertrofia dei turbinati e abbondante essudato nelle cavità;

□ nel 2° gruppo (21 pazienti con ipertrofia adenoidea di 2° grado) venivano registrati 7 (33%) pazienti rinopatici allergici, mentre in 10 (50%) era presente una flogosi nasale batterica, complicata in 2 casi (9,5%) da sinusite: il segno obiettivo più evidente era rappresentato da ipertrofia dei turbinati (e della mucosa del complesso osteo-meatale), con secrezione mucopurulenta o francamente purulenta;

□ nel 3° gruppo (64 casi con ipertrofia

adenoidea di 3° grado) solo 5 erano esenti da patologia nasale: in 12 (19%) si rilevava una rinite allergica, in 47 (73%) flogosi nasali batteriche (ipertrofia dei turbinati ed essudato mucopurulento), associate in 11 casi a sinusite;

□ nell'ultimo gruppo (7 pazienti con ipertrofia adenoidea di 4° grado) tutti presentavano cavità nasali quasi completamente occupate da essudato mucopurulento, con complicanza sinusitica in 3 casi;

□ una patologia otitica di tipo catarrale (timpanogramma tipo B) è stata registrata in 1 caso (12%) nelle ostruzioni di 1° grado, in 5 (24%) nel 2° grado (complicate da forme purulente in 2), in 28 (44%) nel 3° grado (infezioni purulente in 8 e otite cronica in 4) e in tutti i pazienti (100%) del 4° grado (2 casi di otite catarrale, 3 di otite purulenta ricorrente e 2 di otite cronica) (Tabella II).

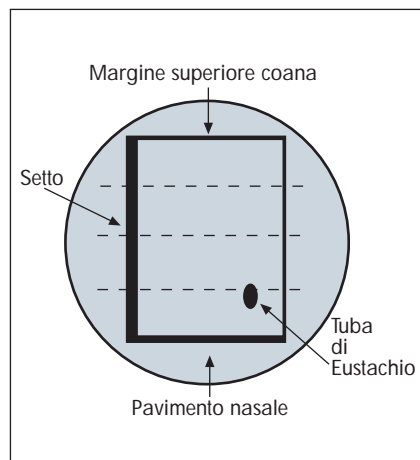


Figura 2. Visione fibroscopica della regione coanale (fossa nasale sinistra).

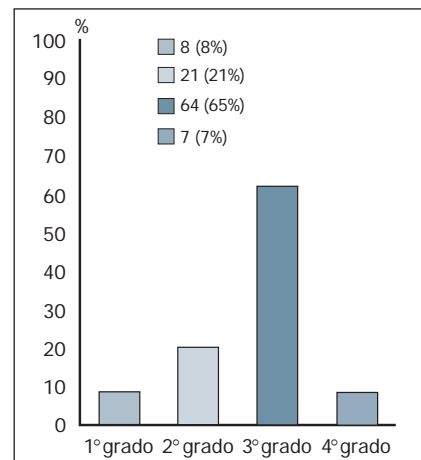


Figura 4. Grado di adenoidismo su 98 casi di ostruzione nasale cronica.

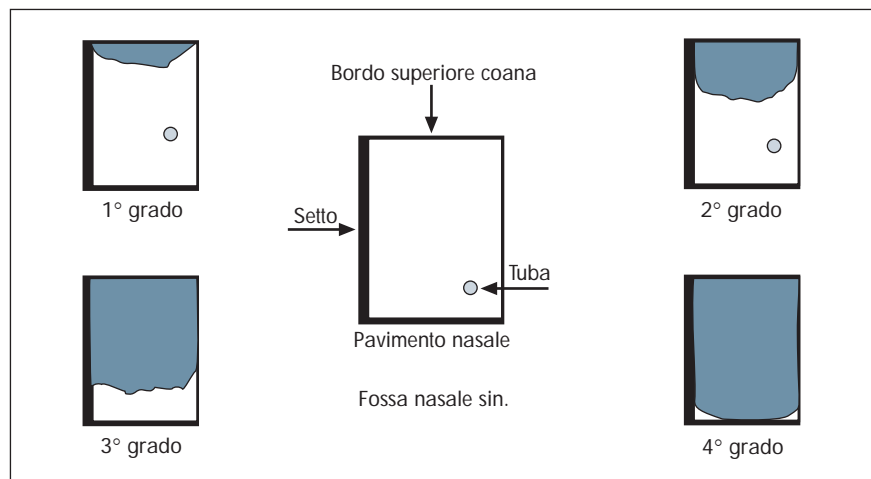


Figura 3. Classificazione endoscopica dell'iperplasia adenoidea.

Rinomanometria

La rinomanometria dopo decongestione nasale è un imperfetto indicatore del grado di ipertrofia adenoidica; una ipertrofia di 3° grado è spesso compatibile con resistenze nasali normali o poco alterate. Il giudizio operatorio deve considerare assieme sia il dato manometrico che quello fibroscopico.

Nel 1° gruppo l'esame (eseguito in 7 pazienti) risultava del tutto normale.

Nel 2° gruppo la rinomanometria (16 pazienti) faceva registrare un aumento delle resistenze nasali in 15 casi. In 1 paziente, anche dopo decongestione, veniva registrato un reperto rinomanometrico patologico, a causa di tessuto iperplastico da sinusopatia cronica.

Nel 3° gruppo l'esame veniva eseguito in 57 pazienti, con reperto perfettamente normale in 8 (14%), con alterazioni di modesta entità in 37 (65%) e di elevata entità in 12 (21%).

Nel 4° gruppo ovviamente non era possibile alcun rilievo rinomanometrico per la totale ostruzione delle fosse nasali (Tabella III).

In 4 pazienti, 2 del 3° gruppo e 2 del 4°, la registrazione poligrafica del sonno faceva rilevare una sindrome apnoica ostruttiva.

DISCUSSIONE

Tra le tecniche comunemente impiegate per la valutazione della conformazione anatomica e del contenuto del cavo rinofaringeo (Rx, rinoscopia posteriore, telescopio, endoscopia) l'endoscopia con fibroscopio flessibile rappresenta nella nostra esperienza l'indagine più affidabile e sicuramente di più facile attuazione in età pediatrica. Particolarmente importante si è dimostrata nella definizione del grado di ostruzione da vegetazioni adenoidiche, che abbiamo classificato in differenti stadi, in relazione all'entità dell'ipertrofia e al coinvolgimento delle strutture del cavo; questo schema classificativo, difficilmente ottenibile con altre metodiche di indagine, può rivelarsi di grande utilità ai fini di un programma terapeutico.

Emerge evidente dalla nostra casistica che le patologie correlate all'ostruzione del cavo rinofaringeo (riniti mucopurulente, sinusiti, otiti) aumentano por-

zionalmente al grado di ostruzione (Tabella III), con coinvolgimento, nelle forme più gravi, della totalità dei bambini. Persino le complicanze sinusitiche di tipo purulento, di solito più rare rispetto a quelle rinitiche e otitiche, sono state osservate in circa la metà dei casi del 4° gruppo.

La sindrome apnoica ostruttiva del sonno (*sleep apnea*) è stata invece rilevata in una percentuale abbastanza modesta (6%) e sempre nei casi di ostruzione totale o subtotale. Questo dato è in accordo con i nostri precedenti studi¹, che solo in rari casi riconoscevano nella ipertrofia adenoidica un fattore determinante nella patogenesi della sindrome.

Componente determinante delle apnee intermittenti è l'ipertrofia tonsillare, eventualmente associata a ipoplasia mandibolare, con "caduta" della tonsilla nel retrofaringe durante il sonno.

Le suddette considerazioni costituiscono un importante substrato per un ra-

zionale indirizzo terapeutico, medico o chirurgico.

Nella ostruzione da tessuto adenoidico di 1° e 2° grado evidentemente non sussiste alcuna indicazione alla adenoidectomia, in quanto non è compromessa la pervietà delle aperture coanali e, di conseguenza, il flusso delle correnti aeree, come d'altronde dimostrato dalla normalità dei reperti rinomanometrici nei casi in cui è stato possibile effettuare tale indagine. L'eziopatogenesi di eventuali difficoltà respiratorie nasali va dunque ricercata in questi casi in altra patologia (di tipo malformativo, flogistico) del naso e del rinofaringe.

Secondo alcuni Autori¹³, invece, la bonifica del cavo rinofaringeo è indicata anche in caso di ipertrofia adenoidica di lieve entità, quando si verificano con frequenza episodi di adenoidite responsabili poi di complicanze otitiche. A nostro parere le infezioni rinofaringee possono in tali casi essere ancora soddisfacente-

PATOLOGIE NASALI CORRELATE ALL' IPERTROFIA ADENOIDEA				
Ipertrofia	Rinite	Sinusite	Pat. Otologica	Non Patologia
1° grado (8 casi)	1 (12%)	---	1 (12%)	4 (50%)
2° grado (21 casi)	10 (50%) →	2 (9,5%)	5 (24%)	4 (19%)
3° grado (64 casi)	47 (73%) →	11 (17%)	28 (44%)	5 (7,8%)
4° grado (7 casi)	7 (100%) →	3 (43%)	7 (100%)	---

Tabella II

RISULTATI DELLA RINOMANOMETRIA NEI PAZIENTI STUDIATI				
Ipertrofia	Casi studiati	Normali <0,280	Resistenze nasali (Pa sec/cc)	
			Parz. elevata 0,280-0,350	Notev. elevata >0,350
1° grado	7	7	---	---
2° grado	16	---	15	1
3° grado	57	8	37	12
4° grado	7	esame non praticabile	es. non prat.	es. non prat.

Tabella III

TRATTAMENTO MEDICO DELLA PATOLOGIA FLOGISTICA NASALE IN ETÀ PEDIATRICA	
Per via sistemica	
<input type="checkbox"/>	Antibiotici
<input type="checkbox"/>	Mucolitici
Per via topica	
<input type="checkbox"/>	Lavaggi nasali con soluz. fisiologica
<input type="checkbox"/>	Mucolitici locali (Mesna 5%)
<input type="checkbox"/>	Blandi decongestionanti / antistaminici (componente allergica)
<input type="checkbox"/>	Aerosol - terapia (Assoc. antibiotico + mucolitico + cortisone)
<input type="checkbox"/>	Crenoterapia salsiodica e sulfurea

Tabella IV

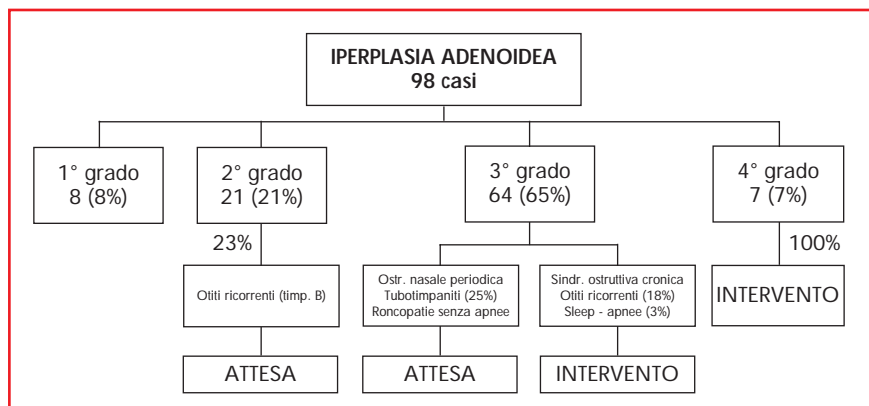


Figura 5. Iter terapeutico da seguire nei 98 casi di ipertrofia adenoidea studiati.

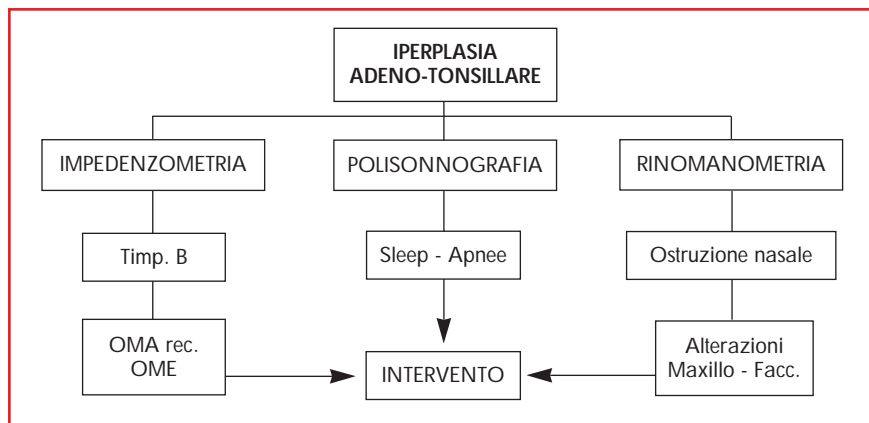


Figura 6. Indicazione al trattamento chirurgico nell'iperplasia adenoidea di 3° grado.

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ La rinoscopia anteriore e la endo-rinoscopia con fibroscopio flessibile, assieme, rappresentano lo strumento più efficace per il riconoscimento.
- ❑ La fibroendoscopia, applicabile a bambini sopra i 4-5 anni, permette di determinare con precisione le dimensioni e del tessuto adenoideo, distinguendo 4 gradi di ipertrofia, la cui dimensione è correlata al grado di ostruzione e all'entità della patologia rinosinusale e otologica.
- ❑ L'ostruzione nasale medio-lieve e moderata si associa in genere a ipertrofia di 1° o 2° grado, che, a sua volta, non è responsabile della sindrome ostruttiva, sostenuta invece da patologia rinosinusale allergica o infettiva.
- ❑ Nell'ipertrofia di 1° e 2° grado, la terapia non è mai chirurgica; la terapia medica (antibiotici, antistaminici, steroidi, toilette delle cavità sinusali, crenoterapia) è quasi sempre necessaria e sufficiente.
- ❑ Nella ipertrofia di 4° grado l'ostruzione nasale è invece completa e la terapia chirurgica è obbligatoria.
- ❑ Nella ipertrofia di 3° grado la: la terapia chirurgica è spesso utile, ma può essere evitata nell'80% dei casi se il trattamento medico è correttamente condotto.
- ❑ L'ostruzione nasale si accompagna a rinosinusite purulenta e/o a patologia otologica che arriva al 100% nella ipertrofia di 4° grado e si aggira sul 50% nella ostruzione di 3° grado. Il rapporto tra patologia infettiva e ipertrofia adenoidea è di tipo circolare.
- ❑ L'ipertrofia adenoidea e il grado dell'ostruzione nasale aumentano fino a 6-7 anni di età, poi diminuiscono.

mente controllate con terapia medica, crenoterapia salsoiodica e sulfurea e con l'assidua toilette delle cavità nasali (Tabella IV).

Altrettanto evidente è che nelle ostruzioni di 4° grado l'indicazione chirurgica alla adenoidectomia è categorica.

Le ostruzioni di 3° grado, che nella nostra casistica interessano la maggior parte dei pazienti (65%), rappresentano indubbiamente il gruppo più complesso.

Per quanto riguarda i problemi ostruttivi, difatti, le registrazioni rinomanometriche effettuate in 57 pazienti hanno rilevato resistenze nasali abnormemente elevate solo in 1/5 dei soggetti; nei restanti casi sono state appena al di sopra del range di normalità o del tutto normali. Risulta dunque evidente dal nostro studio che in questo gruppo i problemi derivanti dall'ipertrofia del tessuto adenoideo differiscono in molti casi da soggetto a soggetto, in quanto a quadri endoscopici di ingombro rinofaringeo più o meno simili possono corrispondono spesso reperti funzionali del tutto diversi.

Riguardo alla condotta terapeutica da seguire nelle ostruzioni di modalità di 3° grado, è evidente che, facendo riferimento unicamente al parametro ostruttivo, l'indicazione all'adenoidectomia è sicuramente limitata (21% dei casi). Ma è nostra opinione che nel bilancio terapeutico dell'ostruzione rinofaringea la difficoltà respiratorie vadano considerate complementariamente ad altri parametri, relativi in particolare alle patologie loco-regionali indotte o aggravate dall'ipertrofia adenoidea e dalle relative flogosi. Nei pazienti con ipertrofia adenoidea di 3° grado infatti abbiamo spesso rilevato patologie talvolta non correlate all'ostruzione cronica delle fosse nasali (allergia), ma in molti casi da questa sicuramente dipendente: vere complicanze dunque, rappresentate in 11 pazienti da sinusopatia, in 28 da otiti, in 2 da sindrome apnoica ostruttiva del sonno. Queste situazioni vanno attentamente valutate, soprattutto se di grave entità e frequente ricorrenza, in quanto possono di per sé costituire un'indicazione all'intervento di adenoidectomia (Figura 5).

In realtà, se nelle flogosi dell'orecchio medio e dei seni paranasali prevalentemente di tipo catarrale e a carattere transitorio e nelle roncopatie non apnoiche è giustificato un atteggiamento di osservazione e di attesa, nelle patologie più gravi (forme purulente, recidivanti o croniche), l'intervento si impone senza alcuna dilazione, anche se i reperti rinomano-

metrici rilevano resistenze nasali ancora non eccessivamente elevate. Riteniamo difatti che in questi casi l'ostruzione, associata alle flogosi locali, particolarmente frequenti nella seconda e terza infanzia, sia determinante ai fini delle complicanze.

Un'attenta valutazione diagnostica dei parametri funzionali (rinomanometria, impedenzometria, audiometria, polisonnografia) (Figura 6) è in questi casi indispensabile per un preciso inquadramento delle situazioni a rischio per patologie importanti di confine e non (sleep-apnea, dismorfismi maxillo-facciali), nei quali il trattamento chirurgico è indispensabile e improrogabile.

In conclusione, i risultati del nostro studio evidenziano che la fibroendoscopia del cavo rinofaringeo rappresenta il parametro di valutazione obiettiva della patologia adenoidea più affidabile, ed è in grado di guidare il programma diagnostico e terapeutico dell'ostruzione nasale. In particolare suggeriscono che l'ipertrofia adenoidea nei casi di media entità (3° grado) va attentamente considerata, per non incorrere nel rischio di decisioni chirurgiche affrettate o, al con-

trario, di dilazionare un intervento probabilmente risolutivo per patologie correlate all'ostruzione rinofaringea. Solo la corretta integrazione dei parametri obiettivi e funzionali e una completa valutazione delle complicanze può definire in queste forme la strategia di trattamento più idonea.

Bibliografia

1. Cassano P, Puca FM, Latorre F, Brancasi B. Sindrome apnoica ostruttiva del sonno nel bambino: diagnosi e trattamento. *Acta Otorhinol Ital* 1989;9:271-9.
2. Cole P, Haight JSJ. Mechanism of nasal obstruction in sleep. *Laryngoscope* 1984;94:1557-9.
3. Dayal VS, Phillipson EA. Nasal surgery in the management of sleep apnea. *Ann Otol* 1985;94:550-4.
4. Lavie P, Gertner R, Zomer Y, Podoshin L. Breathing disorders in sleep associated with "microarousals" in patients with allergic rhinitis. *Acta Otolaryngol* 1981;92:529-33.
5. Lavie P, Zomer J, Eliaschar I, Jochim Z, Halpern E, Rubin AH, Arroy G. Excessive daytime sleepiness and insomnia. *Arch Otolaryngol* 1982;108:373-7.
6. Levy AM, Tabakin BS, Harrison YS. Hypertrophied adenoids causing hypertension and severe congestive failure. *N Engl J Med* 1967;277: 506-11.

7. Olsen RD, Kern EB, Westbrook PR. Sleep and breathing disturbances secondary to nasal obstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981;89:804-10.
8. Zwillich CW, Pickett C, Hanson FN, Weil YV. Disturbed sleep and prolonged apnea during nasal obstruction in normal men. *Am Rev Respir Dis* 1981;124:158-60.
9. Cantarella G, De Berti G. Valutazione dell'ostruzione respiratoria nasale cronica del bambino mediante rinofaringoscopia a fibre ottiche e rinomanometria. *Acta Otorhinol Ital* 1990;10:59-72.
10. Fabbri F, Vicini C, Amaretti B, Pieri F, Arbelli F. La fibroendoscopia delle VADS nella pratica ambulatoriale. *Atti delle Sedute Scientifiche LXXVI Congresso Nazionale SIO, Rieti, 24-27 maggio 1989.*
11. Grimaldi M., La Rosa R.: Semeiotica endoscopica rinofaringea. *Atti del XVII Convegno Nazionale di Aggiornamento A.O.O.I. su "La diagnostica endoscopica in Otorinolaringoiatria oggi, pagg. 55-66; Sanreno 15-17 ottobre 1993.*
12. Vicini C. L'endoscopia nasale con ottica flessibile. *Atti del XVII Convegno Nazionale di Aggiornamento A.O.O.I. su "La diagnostica endoscopica in Otorinolaringoiatria oggi, pagg.41-53; Sanreno 15-17 ottobre 1993.*
13. Gattes GA, Muntz HR, Gaylis B. Adenoidectomy and otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;2 4-32(Suppl 155)1.



SEDICESIME GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia 29 settembre - 1 ottobre 2000 - Centro Congressi Camera di Commercio

Venerdì, 29 settembre

- 10.00 **MEDICINA E SOCIETÀ** (incontro aperto a medici e non medici)
Medicina pubblica e medicina privata: il verme nella radice
F. Panizon (Trieste)
L'esperienza Lombarda: le case di cura private **F. Sereni** (Milano)
Dio e mammona: si possono servire due padroni? **A. Donzelli** (Milano)
Libera professione in ospedale: luci e ombre **G. Longo** (Trieste)
Governare la spesa **G. Simon** (Udine)
- 15.00 Editoriale. Il mestiere di pediatra **V. Calia** (Roma)
- 15.40 La tosse e le tossi **G. Longo**
- 17.00 Novità in pediatria I **F. Panizon**
- 17.45 Glossario di Evidence Based Medicine **S. Fedele** (Palermo)
- 18.00 Epidemiologia del suicidio
G. Bartolozzi (Firenze), **A. Ballerini** (Firenze)

Sabato 30 settembre

- 9.00 Quando il chirurgo si lega le mani **A. Messineo** (Trieste)
- 10.00 Olio? Pesce? Olio di pesce? Basi molecolari ed esperienze
L. Greco (Napoli)
- 10.30 Glossario di Evidence Based Medicine **S. Fedele**

- 11.00 Gruppi
- 15.00 Tutta la nefrologia nell'esame di urine **L. Peratoner** (Pordenone)
- 16.00 La crescita del bambino allattato al seno **M. Mayer** (Napoli)
- 16.30 Formazione continua: il Journal Club **G. Biasini** (Cesena)
- 17.15 Gruppi

Domenica 1 ottobre

- 9.00 Gli antibiotici nella profilassi **A. Ventura** (Trieste)
- 10.00 Capire le malattie giocando con le ipotesi **A. Tommasini** (Trieste)
- 10.30 Epatiti di importazione **G. Maggiore** (Pisa)
- 11.15 Novità in pediatria II **F. Panizon**
- GRUPPI
Sabato mattina:
Pubblicare sul New England Journal Medicine **L. Greco, M. Mayer**
Chirurgia **A. Messineo**
Vaccinazioni **G. Bartolozzi**
Sabato pomeriggio: Come si realizza un Journal Club
G. Biasini, S. Fedele, R. Ferracane
Gastroenterologia **G. Maggiore, A. Ventura**
Nefrologia **L. Peratoner**

Segreteria scientifica: prof. F. Panizon, prof. A. Ventura
(Clinica Pediatrica IRCCS di Trieste) dott. F. Passalacqua (Perugia - Tel.
075 5723650) dott. L. Piermarini (0744 403172)

Segreteria organizzativa e prenotazioni alberghiere:
Quickline Congressi - v. S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 363586; Fax 040 7606590
e-mail: quick@trieste.com