

TONSILLECTOMIZZIAMO IL BAMBINO CHE RUSSA?

Medico e Bambino pubblica in questo numero a pag. 645, preceduto da un corsivo insolitamente lungo (che sta a indicare un minimo di presa di distanza), un articolo della prof.ssa A. Battistini e della dott.ssa R. Marvasi che, oltre a costituire una revisione aggiornata dell'argomento, è anche un punto di vista, forse appena un po' radicale, degli Autori. L'articolo si discosta alquanto, per lo svolgimento e per le sue conclusioni, da un articolo pubblicato sul numero di settembre di *Area Pediatrica*, firmato da un'altra autorevole personalità della pediatria italiana, Anna Maria Villa (caratterizzata da una competenza ancora più specifica, perché si occupa professionalmente dei disturbi del sonno in età pediatrica).

Sintetizzando un po' brutalmente i due articoli e i due punti di vista, si può dire che: a) il primo suggerisce (quasi) di togliere adenoidi e tonsille a tutti i bambini che russano abitualmente, allargando quindi l'attenzione dalla sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) a tutti i disturbi ostruttivi (DROS), compreso il meno impegnativo "russamento primario" (e quindi a non meno del 5% dei bambini nell'età prescolare); b) l'altro (allineato alle linee guida più accreditate) raccomanda di togliere adenoidi e tonsille soltanto ai bambini con OSAS che raggiungono un punteggio sufficiente alla polisonnografia (che non arrivano al 3%).

I due articoli rispondono a due logiche differenti: il primo rappresenta la traduzione in azione di una tambureggiante letteratura statunitense che mette in evidenza forti correlazioni (peraltro solo statistiche) tra il semplice russamento abituale, anche senza apnee, e i disturbi della sfera psico-comportamentale (dalla resa scolastica all'iperattività, al decadere del punteggio cognitivo); il secondo corrisponde a una logica molto più restrittiva e molto più tecnologica, in verità troppo lontana dalle disponibilità reali del mercato della salute (la polisonnografia è un esame che, per ora, non viene fatto "per tutti i cantoni").

Malgrado questa distanza, entrambe le posizioni finiscono per indicare, sia pure in misura diversa, la necessità di un aumento degli interventi di tonsillectomia sulla popolazione pediatrica: Battistini e Marvasi, privilegiando il criterio clinico, prevederebbero un numero almeno doppio di ectomie rispetto a quelle individuate con il solo criterio polisunnografico, che sarebbero comunque, anche così, più del doppio rispetto all'attuale. In Italia, si operano di adenotonsillectomia, e non soltanto per l'indicazione OSAS, meno dell'1% dei bambini: troppo pochi!

Medico e Bambino, comunque sia, trova preziosi entrambi i contributi e trova soprattutto opportuno che i pediatri si impadroniscano dell'argomento. Come si può ben capire, questo, allo stato attuale delle conoscenze, costituisce un problema che va al di là di una presa di posizione accademica, che riguarda la pediatria quotidiana, l'otorino e la ortodonzia, e anche i grandi numeri del servizio sanitario.

Stimare con un raddoppio il numero dei bambini con una indicazione forte alla adenotonsillectomia significa che oggi troppi bambini hanno un disturbo serio misconosciuto; che troppi pediatri sono insensibili a questa problematica; che il comune timore per l'eccessiva aggressività degli

otoiatri è del tutto ingiustificato. Dobbiamo però ancora capire se i candidati all'ectomia sono tutti quelli indicati nell'articolo, sulla base del solo giudizio clinico, o soltanto la metà di questi (selezionati dal rigore della polisunnografia). In altre parole dobbiamo capire se non corriamo il rischio di passare da indicazioni troppo restrittive a un ricorso all'ectomia eccessivamente disinvolto, con un numero troppo alto di bambini sottoposti a interventi di efficacia non dimostrata.

Intendiamoci, non è che l'adenotonsillectomia non migliori dimostratamente una parte almeno delle sindromi respiratorie ostruttive: è che non ne conosciamo il risultato nei tempi medio-lunghi; il che significa che non conosciamo abbastanza bene né la storia naturale dell'ostruzione respiratoria alta del bambino, né la storia innaturale del bambino operato.

È una questione che, ci sembra, ha ancora troppe evidenze di immaturità, ma che chiede, proprio per questo, al pediatra, per ora, di arrangiarsi. Che vuol dire da un lato impadronirsi dell'argomento, migliorando il livello di informazione e di attenzione (seguendo criticamente la letteratura relativa) e dall'altro intervenendo sul caso, appoggiandosi, per ora, principalmente, sul buon senso clinico (pericolosa affermazione, ce ne rendiamo conto, ma ci è scappata).

Nella pratica questo significa partire dalla valutazione diretta (ipertrofia tonsillare, respirazione orale, difficoltà inspiratoria nasale a labbra serrate), proponendo ai genitori una osservazione guidata del sonno (sonno difficile, rumoroso, respiro paradossale, apnee) e valutando, infine, il contesto nel suo insieme (resa scolastica, sonnolenza diurna, comportamento, irritabilità, crescita). Forse è meglio questo che non seguire un punteggio rigido (che, a sua volta, non è che l'espressione di una opinione "esperta"): facendo i punteggi, magari, si sbaglia il conto. D'altra parte, una attenta valutazione clinica (una clinica significativa), come suggerito nel Consensus nazionale sulla appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia (vedi *Medico e Bambino* 2003;22(7):441-57), indirizza verso la tonsillectomia con scarsi margini di errore e, se qualcuno sfugge, pazienza. Al contrario, sarà importante saper diagnosticare le forme ostruttive dipendenti da altre cause: obesità, anomalie cranio-facciali, ipotiroidismo, ostruzioni nasali e, certamente non da ultimo, da malocclusione dentale significativa.

Resta una piccola frazione in cui si sarà in dubbio o magari soltanto vi sarà la necessità di dare una prova provata ai genitori della reale gravità del problema (delle desaturazioni notturne) e in cui la polisunnografia potrebbe essere di aiuto.

M&B

PERCORSI CLINICI

Il percorso è il tempo necessario per effettuare un dato tragitto. Un tragitto facile o difficile, divertente o triste, con aspettative positive o negative, fatto con un pensiero di at-

Editoriali

tenzione o di superficialità. Dietro un percorso si nascondono insidie, non sempre consapevoli, ma anche sorprese positive e insegnamenti di vita che servono a volte a far riconoscere la strada con facilità.

Medico e Bambino ha deciso di intraprendere dei "Percorsi clinici" (questo il nome della nuova rubrica) che raccontano di casi. Non è certo una novità per la rivista. I casi sono presenti spesso nelle revisioni e analisi formali, nelle "Domande e risposte" e nei "Casi indimenticabili". E i casi sono stati anche oggetto di racconti fatti di possibili errori (Perché si sbaglia). Tutto questo è parte della storia di *Medico e Bambino*.

Allora perché dare un nome nuovo e una nuova formalizzazione a quello che è già parte della rivista? È difficile rispondere se non con una verità: le storie di bambini che osserviamo quotidianamente sono la nostra essenza di vita. E dietro queste storie c'è di più di una diagnosi (asma bronchiale, sindrome nefrosica, malattia di Crohn, bambino sano...). Ci sono relazioni, anamnesi, percorsi di diagnosi e di terapia, riunioni di reparto o tra gruppi di pediatri di famiglia, che viaggiano a volte su automatismi più o meno consapevoli, su piccoli insegnamenti difficili da trasferire nel sapere quotidiano, di rapporti, di successi o profonde delusioni. Non è certo questa una novità per una rivista: tutte (pediatriche e non) hanno una loro sezione di casi, più o meno estesa o riconoscibile.

L'obiettivo è tuttavia quello di usare un metodo che racconti quello che effettivamente è successo nel "percorso" intrapreso, anche su casi apparentemente banali, ma che, alla fine, hanno insegnato qualcosa in più (almeno a chi lo descrive, ma speriamo anche al lettore). Speriamo senza presunzione, ma con la curiosità che appartiene a diversi livelli del sapere medico: l'emotività, la condivisione, il rigore scientifico, l'errore e la gratificazione.

Perché farlo in un'era di medicina basata sull'evidenza? Proprio per toglierci da un equivoco (l'evidenza non spiega tutto e non sempre esiste) e forse per ridare un senso più vero a quello che ogni pediatra fa quotidianamente: vedere e parlare di storie di bambini. A volte il difficile non sta nella terapia (facciamo tanto, forse troppo), ma nella diagnosi e nelle interpretazioni di test ed esami, nella relazione con il bambino e la famiglia, nella relazione tra pediatra di famiglia e ospedaliero, spesso difficili a cui, colpevolmente, non si pensa mai abbastanza.

Non è un caso che la medicina basata sulle prove stia spostando il suo sapere metodologico in altri ambiti come, ad esempio, quello diagnostico o dello stesso counselling. Difficile riuscirci, ma il tentativo è legittimo.

Il primo percorso che raccontiamo a pag. 669 appartiene a una storia tra quelle più difficili che un pediatra può incontrare.

Nessuna novità, anche se di fronte a una malattia severa, ogni volta si cresce un po' emotivamente ma anche scientificamente.

Speriamo che i giovani lettori abbiano la curiosità di apprendere qualcosa di più e quelli più anziani magari di rivivere una emozione ma che alla fine serve per dire: ne vale davvero la pena.

Federico Marchetti

TRA SERVIZIO E POTERE. OVVERO, PACE IN TERRA AGLI UOMINI DI BUONA VOLONTÀ

C'è un buon motivo per cui l'Italia occupi un posto così indecente nella scala mondiale della corruzione, ovvero dell'immoralità. Una faccenda che riguarda tutti, uno per uno, e che riguarda tanto la cosa pubblica, lo stato e la politica, quanto la medicina, che è cosa pubblica, quanto la pediatria che è parte della medicina.

Il motivo di fondo è che l'Italia è un Paese intelligente, dove si fa presto a tirare le conseguenze e dove i processi di maturazione, in serra o al sole, sono più rapidi che altrove.

Si tratta della commistione-confusione tra servizio e potere. Il servizio nasce dal bisogno: la medicina è al servizio dell'uomo e delle sue piaghe; lo Stato e la politica sono al servizio della società, delle sue necessità d'ordine, di sicurezza interna, di sicurezza verso l'esterno, di solidarietà, di prosperità. Quello di "servitore dello Stato" è un titolo d'onore a cui molti hanno creduto. A un ideale politico molti hanno dedicato tutta la vita; molti, moltissimi, l'hanno semplicemente gettata, la vita, sulle barricate, sul campo, al confino, in prigione, nei Lager, nei Gulag. Anche per la cura dei malati molti hanno dedicato la vita, e alcuni l'hanno gettata.

Ma il servizio produce una dipendenza, e gratifica chi lo rende, di un potere ineliminabile: se io mi occupo di te, se io curo i tuoi interessi, se io ti curo, tu, in qualche modo, sei in mio potere.

E la tentazione di usare questo potere per un fine diverso da quello per cui era nato è una tentazione antica. Dalla rivoluzione alla dittatura la strada è sempre stata breve, e ancora più breve è quella dalla cura alla Casa di cura, o alla cura della Real Casa. Ma queste sono semplificazioni troppo facili. In realtà il passaggio tra la cura generosa e francescana, tra l'impegno-dedizione e la rendita di posizione, è molto più articolato, più lento, più morbido; le porte di passaggio tra una posizione e l'altra sono infinite, e ciascuno, nella sua vita, e anche nell'arco di una giornata, è tentato di passare qualcuna di queste porte, e anche le passa, in tutti e due i sensi, e spesso non sa bene lui stesso se sta dando o prendendo (non dico dando o ricevendo, perché tutte le volte che si dà, anche si riceve: dico proprio prendendo, perché l'atto di prendere è l'atto del predone, lo dice la parola stessa).

Allora, questa faccenda è soltanto (eccetto che per gli eroi e i veri delinquenti) una questione di misura.

Ma è anche una questione di logica: se posso farlo, perché non farlo? In fondo, a chi devo voler bene più che a me stesso e alla mia famiglia? Oppure: ogni lavoro richiede una mercede, ciascuno preferisce avere una mercede maggiore che non una mercede minore; se posso avere una mercede maggiore, non faccio che obbedire a una regola naturale.

È proprio questo che rende naturale, logico e matematico il passaggio, un passaggio sfumato, complesso, e spesso inavvertito da chi lo compie, tra il dare e il prendere.

E siccome l'Italia è un Paese intelligente, dove tutto matura più in fretta, ecco che nel giro di pochi anni ha capito quale è la strada naturale ed è diventata un Paese corrotto. Corrotto? Tanto corrotto che quasi non ce se ne accorge, se non quando un fatto sanguinoso, o la statistica dei morti ammazzati o il turbinio di miliardi che girano tra finanza e politica, appaiono nelle cronache e scoperciano la torta. Ma

la grande corruzione organizzata semina anche una corruzione più sottile e diffusa. Quel tanto che basta a un politico miscredente per battersi balbettando in favore della vita eterna dell'embrione o per altri principi altissimi che non ha afferrato bene; quel tanto che basta a un professore universitario per accettare qualche compromesso per il bene superiore del suo istituto e della sua scuola, o per partecipare a qualche intrighino; oggi io faccio questo per te, domani tu farai quest'altro per me, o magari per non occuparsi troppo del suo impegno primario, quello per cui riceve lo stipendio, cioè per insegnare; quel tanto che basta, in fondo, a ciascuno (anche all'impiegato di sportello alla posta) per credere che la trasformazione da servizio in potere sia una cosa automatica, quasi doverosa, e meritevole di riconoscimento e riconoscenza.

In tutto questo, la marmellata televisiva, che è un'altra delle eccellenze del nostro Paese, aiuta. Una televisione dove il modello (continuo) sono i seni occhieggianti dall'alta moda, le cosce delle intellettuali di dubbia autorevolezza, la disinvoltura dei fidanzati e delle fidanzate, la violenza delle tribune, ma specialmente la continua falsificazione della parola, per cui tutti, dall'esperto al presentatore, alla velina, all'ospite dicono quello che non pensano, con parole così false che tutti capiscono che effettivamente non lo pensano, ma intanto la marmellata ha fatto il suo effetto, perché così di vero non c'è più niente.

E qui per la miseria. Perché il principio del buon commercio

è l'onestà, "io so cosa vendo e tu sai cosa compri", e quando questa merce di scambio non c'è più, non c'è più niente con cui scambiare niente, e finisce che tutto si ferma. L'Università non sa rinnovarsi né insegnare; la Sanità non sa trarre soddisfazione dal suo lavoro né produrre salute al giusto prezzo per tutti; le associazioni scientifiche perdono di vista la scienza e a volte il comune senso del pudore; la politica è fatta di ridicole arrampicate sulle spalle degli altri; ciascuno fa finta che gli altri credano che lui sia qualcuno: insomma la cosa diventa un circo alla Kusturica.

Naturalmente non è così: perché le cose ancora camminano, perché la salute ancora è protetta, perché a scuola ancora si impara, perché la formazione continua sostiene e si sostiene, insomma, perché le persone per bene sono ancora tante, o perché la parte per bene che è in ciascuno di noi ancora prevale, mediamente, sulla parte per male. Ma è necessario che queste persone per bene sappiano che è importante che rimangano tali, anche per se stessi, non solo per il Paese. Che un Paese troppo intelligente è un Paese stupido, che una maturazione troppo rapida porta a una vecchiaia precoce. Che la soddisfazione del proprio lavoro, che deriva dalla coerenza tra il principio e la pratica, tra la vocazione e la realizzazione, è la prima e la più importante di tutte le retribuzioni possibili. Pace, amici miei.

Pace in terra agli uomini di buona volontà.

Franco Panizon

LA FACCIA E... L'ANIMA DELLA CELIACHIA

Trieste, Area di Ricerca di Padriciano, 20 gennaio 2006

09.00-9.15	I SESSIONE Celiachia: c'è ancora qualcosa da sapere?	13.15-14.30	<i>Pranzo senza glutine</i>
09.15-9.45	Celiachia a colpo d'occhio Ovvero la "facies" celiaca	14.30-16.00	III SESSIONE L'anima della celiachia ovvero: a che punto siamo con la ricerca
09.45-10.15	Pelle, osso, muscoli e... nervi: quattro casi per entrare nel discorso		<ul style="list-style-type: none"> • Celiachia e autoimmunità: modelli animali • Il topo che fa gli antitransglutaminasi • L'anatomia del celiaco vista attraverso gli autoanticorpi • Celiachia e "regolatori" dell'immunità • Terapia in pillole e... altre storie
10.15-11.30	(compresa discussione) Che cosa è la celiachia 1: impariamo dalla dermatite erpetiforme Che cosa è la celiachia 2: impariamo dal neurologo e dall'immunologo Celiachia "ridotta all'osso"	16.00-16.15	<i>Tè e succo di frutta</i>
11.30-11.45	<i>Caffè e biscotti senza glutine</i>	16.15-17.30	TAVOLA ROTONDA Legiferare sulla celiachia: tra garanzie per la salute e sottolineature di malattia Esperienze europee a confronto <i>Intervengono i rappresentanti delle Associazioni della Celiachia di diversi Paesi europei</i>
11.45-13.15	II SESSIONE Celiachia "pronta per l'uso" ovvero: quanto rapida può essere la diagnosi <ul style="list-style-type: none"> • Una goccia di sangue • Una goccia di siero • Una goccia di saliva Esperienze sul campo: <ul style="list-style-type: none"> • Trieste • Asolo • Brasile • Africa 		

COMITATO SCIENTIFICO

Alessandro Ventura
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste
Tel. 040 3785315 e-mail: ventura@burlo.trieste.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Eurospital SpA - Divisione Diagnostici
Dott. Federica Rapagna
Tel. 040 8997205 www.eurospital.com