

Tonsillectomia e adenoidectomia: un commento ai commenti

Abbiamo letto i commenti relativi alle linee guida "Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia", pubblicate su *Medico e Bambino* 2003;22(7):452-3, e vorremmo fare alcune considerazioni.

L'interesse e il dibattito che hanno accompagnato la diffusione del documento di indirizzo, durante i congressi dove è stato presentato e sulle riviste scientifiche ospitanti - tra cui *Medico e Bambino*, che si ringrazia per lo spazio dedicato - testimoniano l'utilità del documento nel riportare l'attenzione su un argomento controverso quale la chirurgia adenotonsillare. Il documento non intende rappresentare un punto di arrivo totemico, quanto piuttosto un luogo di partenza per discutere e definire, con un approccio multidisciplinare e sulla base delle prove scientifiche disponibili, la migliore pratica clinica su un argomento tuttora non privo di aree di incertezza. Si rammenta che è previsto un aggiornamento del documento entro il 2006 e che, anche a quel fine, i commenti e i suggerimenti costruttivi, saranno considerati attentamente.

In particolare, le documentate osservazioni formulate dalla Clinica Pediatrica dell'IRCCS "Burlo Garofolo" sono meritevoli di una risposta tempestiva nel merito.

1. Epidemiologia della ADT. La scelta della chirurgia adenotonsillare come argomento su cui sviluppare linee guida per l'appropriatezza clinica e organizzativa si basa sull'evidenza della considerevole variabilità geografica dell'intervento e sullo scarso trasferimento in (one) day-surgery delle operazioni a fronte delle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni. Una considerevole variabilità geografica, riscontrata sia a livello internazionale^{1,2} che in singoli Paesi³, è stata da noi confermata anche in Italia attraverso l'analisi dei tassi regionali di tonsillectomia, standardizzati per età e sesso, e calcolati sulla base dei dati messi a disposizione dal Ministero della Salute. Al di là delle complesse questioni di metodo relative alla determinazione dei bisogni, non era nostro obiettivo stimare il tasso atteso di tonsillectomia, quanto piuttosto mettere in luce la variabilità della pratica clinica che è di fatto una misura del disaccordo esistente tra i medici per mancanza di criteri condivisi. Abbiamo peraltro osservato, nel corso dello studio sull'epidemiologia della tonsillectomia in Italia (in via di pubblicazione), che le temperature minime possono spiegare (solo) una parte della variabilità osservata della tonsillectomia per tonsillite ricorrente; e che dunque gli effetti del clima sulla morbilità dovrebbero essere te-

nuti presenti da chi volesse cimentarsi con una stima del fabbisogno di tonsillectomia.

2. Per quanto riguarda le *indicazioni alla chirurgia per OSAS*, il documento indica esplicitamente e ripetutamente (pagina 16: § suggerimenti per la pratica clinica) che «l'intervento di adenotonsillectomia è consigliabile nei bambini con apnea ostruttiva "significativa"», non considerando mai l'adenoidectomia da sola come possibile alternativa all'intervento combinato. Più in generale, per quanto riguarda l'OSAS, l'assenza di prove di grading elevato ha suggerito al gruppo di lavoro una posizione di prudente attesa sui criteri necessari per stabilire diagnosi e stadiazione della sindrome nei bambini. A questo proposito, si rimanda al Forum sulla tonsillectomia aperto sui siti www.pnlg.it e www.asplazio.it, dove sono disponibili i commenti formulati dal Gruppo di Studio Interdisciplinare SIP Medicina del Sonno (MDRS -SIDS) e dalla Associazione Italiana Medicina del Sonno e la risposta del gruppo di lavoro.

3. Tonsillite ricorrente. Nel documento di indirizzo, i criteri di Paradise⁴ vengono citati come importante dato di background, prima di descrivere le prove sull'efficacia della tonsillectomia in caso di tonsillite ricorrente e la discussione tra Paradise e Burton che ha curato la revisione Cochrane sull'efficacia della tonsillectomia⁵. Il documento LINCO/PNLG non adotta affatto i criteri di Paradise - peraltro storicamente meritori anche rispetto alla pratica clinica corrente - ma, esplicitamente, si basa su quelli ragionevoli riportati sulle Linee guida del SIGN⁶ che introducono l'impatto degli episodi di tonsillite acuta sulle attività quotidiane («invalidanti e tali da impedire le normali attività»). Il punto più critico riguarda l'aggettivo "batterico". Questo non rappresenta un "refuso" come ironicamente si ipotizza, ma un'aggiunta, rispetto ai criteri SIGN, apportata al testo del documento dopo il referaggio esterno (effettuato, tra gli altri, anche dal Prof. De Martino, eminente pediatra e infettivologo). La modifica ha comportato un'approfondita consultazione tra panel e referee, durante la quale è stato raccolto anche il parere del Prof. Paradise. Ha prevalso infine l'opinione che, in assenza dell'aggettivo "batterico", anche episodi influenzali o parainfluenzali potessero contribuire a soddisfare impropriamente i criteri SIGN adottati nel documento di indirizzo, con il rischio di inviare al chirurgo molti piccoli bambini che soffrono di ripetuti episodi virali durante l'inverno.

Si concorda peraltro che le tonsilliti da adenovirus e/o da agenti atipici non possano essere ignorate e che l'argomento sia meritevole di approfondimento.

4. Sindrome PFAPA. Non appare possibile affermare al momento, considerate le deboli prove disponibili - comprese quelle derivanti dallo studio retrospettivo su registro di Galanakis⁷ - che PFAPA possa essere considerata un'indicazione alla tonsillectomia (l'assenza di evidenza non equivale a evidenza di non efficacia). La tonsillectomia in corso di PFAPA dovrebbe quindi essere effettuata solo all'interno di studi randomizzati controllati in grado di produrre prove di livello elevato su cui basare le raccomandazioni per la pratica clinica.

5. OMAR e OME. Il documento volutamente non esamina le prove relative all'efficacia degli altri trattamenti dell'otite media. Si limita ad alcuni suggerimenti per la pratica clinica relativi alla prevenzione delle ricadute (che, in questo caso, non affondano le proprie radici nelle prove scientifiche raccolte, ma rispondono piuttosto alla richiesta degli esperti coinvolti nel referaggio). Si concorda che il NNT (numero necessario da trattare) rappresenti una misura comprensibile della probabilità di beneficio clinico derivante da un intervento sanitario (misura purtroppo non sempre disponibile). Piuttosto che "frettoloso e riduttivo", il suggerimento del documento di indirizzo "sulla base delle prove disponibili, si sconsiglia l'effettuazione della adenoidectomia come prima opzione terapeutica per il trattamento dell'otite media cronica effusiva", appare sintetico e pertinente, anche sulla scorta della discussione sulla letteratura disponibile riportata nel commento. Resta inteso che, se la EBM detta la rotta, poi sta al pilota far atterrare l'aereo sulla pista.

Enrico Matera,
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Giovanni Baglio e Eugenio Pallestrini,
Ospedale "San Martino", Genova
Paola Marchisio,
Istituto di Pediatria, Università di Milano
Vincenzo Calia, ACP, Roma
Tom Jefferson, ISS, Roma

Bibliografia

1. Pearson RJC. Hospital caseloads in Liverpool, New England and Uppsala. *Lancet* 1968;559:66.
2. Mc Pherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. *N Engl J Med* 1982;307:1310-4.
3. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent tonsillitis? *Clin Otolaryngol* 2001;26:371-8.
4. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat

infection in severely affected children. N Engl J Med 1984;310:674-83.

5. Burton MJ, Towler B, Glasziou P. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: update Software.

6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. SIGN Publication Number 34. Edinburgh, January 1999

7. Galanakis E, Papadakis CE, Karatzanis AD, Bitsori M, Helidonis ES. PFAPA syndrome in children evaluated for tonsillectomy. Arch Dis Child 2002;86:434-5.

Ringraziamo gli Autori per la tempestiva e puntuale risposta ai commenti. Alcune divergenze rimangono e, come sottolineato, le linee guida rappresentano un luogo di partenza per discutere e definire la migliore pratica clinica su un argomento che, su alcuni punti, non trova risposte definite nella letteratura scientifica. La parola, a questo punto, passa al lettore. (www.medicoebambino.com)

M&B

E cosa sarebbero i gol d'autore per i ragazzi che guardano la TV?!

È iniziato di nuovo il campionato di calcio e già inizia anche nella TV nazionale il florilegio di espressioni standard dei giornalisti per commentare lo spettacolo.

Come, per definire sommariamente quello che accade e le reazioni emotive delle persone coinvolte, nel campo della cronaca giudiziaria, si usa il termine (come aggettivo o come sostantivo?!) "blitz", e nel campo della cronaca, i sostantivi "rabbia" e "paura", così nel campo della cronaca sportiva si usa l'espressione "gol di autore". Ma cosa si intende, esattamente?

Il sostantivo tedesco "Blitz", ad esempio, significa semplicemente fulmine. Aggiungendosi, nel frasario militare, alla parola "Krieg", guerra, è andato a formare il sostantivo composto "Blitzkrieg", o "guerralampo", sostantivo che non aveva alcuna autorità per trasformare Blitz in un aggettivo di intensità di tempo (= "veloce... come un lampo"), ma ha semplicemente aggiunto una sottocategoria alla parola "Krieg", caratterizzandola come una specie di guerra veloce.

Ma è proprio attraverso questa impropria deriva aggettivale del sostantivo "Blitz" che si è arrivati, attraverso la sua identificazione con il concetto di fulmineo, al suo uso per definire un'azione militare (o di polizia), caratterizzata da una certa peccentorietà (un'azione che viene messa in atto senza essere prima annunciata...).

Cosa che non ha ormai nulla a che fare neanche con l'aggettivo fulmineo. Ecco cosa accade quando si maltrattano le parole: poco a poco non si sa più neanche cosa significano!

Ora, quando si parla di "gol d'autore", a quale concetto ci si riferisce? All'autore come responsabile di un'azione esteticamente indifferente? All'autore come responsabile di un'azione dal valore estetico (autore del libro, del quadro...)? E in questo caso è giustificato, rispetto alla realtà oggettiva, definire il gol, per quanto frutto di un'abilità e coordinazione motoria fuori da comune, come equivalente a un'opera d'arte? Può un uomo che passa la sua vita a correre dietro una palla, cercando di infilarla in un rettangolo di spazio, essere definito, con la coscienza pulita, come autore di opere d'arte? Chi viene esaltato o umiliato in questo: il vero artista, che modifica la realtà in senso estetico, o il calciatore? E cosa: le forme dell'arte vera o gli effetti di una mera azione muscolare ben coordinata?

E qual è l'insegnamento per i giovani, che osservano e ascoltano? Cosa, da questo, i giovani imparano sull'arte e sulla realtà?

Anche tralasciando la mancanza di attenzione pedagogica, che certamente non c'è, la cosa più importante da chiedersi di fronte a questo è: a chi si rivolge questo modo di parlare? All'essere umano intelligente, con la voglia di crescere e imparare nel rapporto con la prassi della comunicazione, o alle folle osannanti, da cui non ci si aspetta la declinazione di un linguaggio ma solo la declinazione di indifferenziate passioni? Tutto questo, non ricorda un po' le adunate oceaniche o, peggio, il "Lebensraum" (lo "spazio vitale")?

Non sono forse queste parole-grilletto, che cercano il luogo della psiche dove accendere la fiamma? E non sono forse queste parole-grilletto espressioni del significato pecuniario che questa fiamma possiede? E non è forse l'oggetto di questo linguaggio usato e sfruttato nel più spudorato dei modi? Poi ci meravigliamo dell'aumento della violenza. Ma non osiamo avventurarci su questo campo. Certo è che il linguaggio usato in questo modo finisce per essere costituito solo da parole-contentitore, che sostituiscono discorsi e argomentazioni. Un linguaggio che non vuole intendere alcunché, ma tastare a caso qualcosa nell'interiorità semplificata che è oggetto tradizionale dei messaggi pubblicitari.

Qual è l'interlocutore di queste parole-contentitore? Qual è il giudizio sull'interlocutore di chi le usa? Qual è la crescita culturale che inducono? E, infine, qual è il vero ambito psicologico, morale ed esistenziale dell'oggetto trattato in cotale comunicazione?

Una comunicazione impoverita, in cui le parole significano tutto e nulla, e lentamente si svuotano, non comunicando più nulla,

cioè generando il contrario della comunicazione, e alludendo alla violenza.

Scriviamo tutto questo ben coscienti, a causa del nostro lavoro, del significato che hanno le parole, e il loro spessore comunicativo nella crescita mentale ed emozionale dei bambini e ragazzi, che tanto dipendono dalla televisione. Crescita mentale ed emozionale che punta spontaneamente in ogni sua manifestazione proprio verso la capacità di comunicare ed entrare in relazione con gli altri.

Quando, allora, in nome di Dio, anzi in nome dei nostri figli, inizieremo a non accettare tutto questo come indifferente, e a indignarci e a ribellarci?

Vincenzo Nuzzo, Napoli

Lasciamo stare i figli. Siamo noi, in ogni momento della nostra vita, che partecipiamo e costruiamo il contesto. Oggi ce l'ho con il contesto, noi che ci modifichiamo con il contesto e che lo modifichiamo, con i nostri atti, con le nostre parole, con la nostra accettazione e non accettazione. Anch'io, in questo momento, sto parlando attenendomi al concetto di mercato: vince quello che ha successo, il modo di parlare o il modo di fare che vengono accettati (e comprati). Questo vale per i libri, i giornali, le antenne televisive, le idee, i comportamenti. È vero che nel produrre parole, azioni, programmi televisivi, libri, giornali, comportamenti, idee, non tutti siamo nella stessa situazione di potere (e di responsabilità). I medici, però, ne hanno abbastanza. Quanto alla televisione, io semplicemente non la posso più guardare. Ma, ciononostante pago il canone, e quelli credono che io la guardi. Sono un ipocrita anch'io.

F.P.

Investire nel futuro

Giorgio Tamburlini, nell'editoriale di *Medico e Bambino* di settembre 2003, solleva un problema molto importante che è quello della spesa sociale per l'infanzia. Tamburlini si sofferma sui sostegni alle famiglie, sui servizi socio-educativi e sulla scuola, e analizza molto bene l'attuale situazione italiana per quanto riguarda le risorse che vengono investite in questi ambiti.

Tamburlini afferma che la quota di spesa sociale che il nostro Stato indirizza all'infanzia è una delle più basse d'Europa, ma io vorrei far riflettere su un altro aspetto del problema che riguarda non tanto l'infanzia normale cui si riferisce Tamburlini, ma l'infanzia con "problemi", e in particolare l'infanzia con disturbi specifici dell'apprendimento o dislessia (3% dei bambini in età scolare).

Qui il problema assume un aspetto ancora più grave in quanto la spesa sociale è ancora più bassa di quella investita per i bambini "normali", e in questo campo ci discostiamo molto, ancora una volta, dalla media europea. La non-diagnosi o la diagnosi tardiva di questi disturbi conduce inevitabilmente a una serie di reazioni a cascata con l'esito finale della trasformazione di disturbo in una situazione di svantaggio socio-culturale o in una situazione di handicap vero e proprio. Sappiamo che la non-diagnosi o la diagnosi tardiva di un disturbo dell'apprendimento è causa di disturbi psico-patologici secondari, che vanno dalla bassa stima all'ansia e alla depressione, e di percorsi adolescenziali devianti che conducono alla tossicodipendenza, all'alcol e alla violenza. Il 30% dei minori ospitati nelle carceri minorili americane ha un disturbo dell'apprendimento (Briar 1989); il 50% dei suicidi in età adolescenziale riguarda soggetti con disturbi dell'apprendimento (Sabadini 1999). Per questi bambini oggi in Italia si fa pochissimo, sia da parte del mondo della sanità sia da parte del mondo della scuola. Questi bambini dovrebbero ricevere una maggiore attenzione da parte della Pediatria di famiglia e dei servizi territoriali di Neuropsichiatria infantile (inserimento nei bilanci di salute di un questionario sulle difficoltà scolastiche e incentivi per i pediatri di famiglia e i neuropsichiatri infantili che seguono questi bambini) e una maggiore attenzione da parte della scuola (leggi integrazione scolastica e incentivi agli insegnanti). Lo stesso vale per tutti gli altri bambini con difficoltà scolastiche da altre cause (disturbi del linguaggio, ADHD), e per tutti gli altri bambini con disturbi del comportamento, dell'umore, d'ansia, del comportamento alimentare (anoressia nervosa). Non investire su tutta questa patologia "emergente" è senz'altro un gravissimo errore di politica sanitaria e scolastica, con gravi ripercussioni sulla vita familiare, scolastica e relazionale e sul futuro lavorativo e sociale di questi bambini.

Angelo Spataro, Sezione di Palermo dell'Associazione Italiana Dislessia

Ho poco da aggiungere alle osservazioni di Spataro, che condivido. La scarsa attenzione ai problemi di questi bambini è uno degli aspetti del problema più generale che l'editoriale intendeva sottolineare dello scarso investimento sull'infanzia, a sua volta frutto della scarsa comprensione delle conseguenze a lungo termine. Quanto la letteratura ci ha fatto conoscere in questi ultimi anni in merito agli effetti a lungo termine meriterebbe un evento scientifico dedicato.

Giorgio Tamburlini

I nuovi bisogni delle famiglie e le risposte del pediatra

In questi ultimi mesi molti convegni trattano il tema dei nuovi bisogni delle famiglie e delle risposte che la Pediatria di famiglia deve dare nell'ambito appunto delle cure primarie. Ed è proprio su queste risposte, che rappresentano poi il modo di fare pediatria di base, che vorrei fare alcune considerazioni, partendo ovviamente dalla famiglia, nucleo costitutivo di una società che cambia ogni giorno di più. Partiamo da una famiglia che sempre di più consta di mamma e papà (anche se sempre più rilevante diventa il numero delle famiglie mono parentali) e di uno, massimo due, figli (quasi un'eccezione). In questo quadro si inseriscono poi le figure dei nonni alcune volte conviventi, altre volte chiamati a supportare i genitori nella gestione della quotidianità dei figli, dati i tempi stretti e incalzanti che la società moderna "ci ha imposto": andare e tornare dalla piscina, dalla lezione di inglese, dal controllo del dentista e del pediatra, dalla festa di compleanno, dal tenerli a casa allorché si ammalano, e la baby-sitter non si trova o costa troppo, o quando le insegnanti fanno sciopero o le scuole, ubriacate dal vento dell'autonomia, concedono una settimana di vacanza a febbraio e il genitore non può permettersi l'assenza dal lavoro e la settimana bianca. Figli che devono poi essere gestiti durante il lungo periodo delle vacanze estive che non sono altrettanto lunghe per i genitori: ecco allora nuovamente i nonni o i nuovi lager chiamati centri estivi, e i bimbi costretti ad acquistare i libri per le vacanze e a svolgere i compiti che una zelante insegnante ha loro assegnato (in tal modo sono "impegnati" e non si annoiano perché si sa che l'ozio è il padre dei vizi). Così facendo, sicuramente questa generazione si integrerà nei ritmi e nel tourbillon quotidiano che la società moderna (cioè noi stessi) ci impone e si impone. Ed allora la ricetta a questo mondo così frenetico non è certo bere un Cynar (è alcolico quindi non si può somministrare ai pargoli e gli adulti devono stare attenti alla prova palloncino) come faceva, nel Carosello delle 20.30, il mitico Ernesto Calindri ("contro il logorio della vita moderna") seduto a un tavolino in strada, a Milano, tra auto sfreccianti e fumose, ma piuttosto ampliare gli spazi dove posteggiare i figli: aumento vertiginoso del numero dei nidi (pardon comunità per la prima infanzia) spesso in strutture e con personale inadeguati ma che ha capito il business, le scuole esclusivamente a tempo ultrapieno (le vecchie scuole a "tempo normale", nel senso di "normale per i tempi di un bimbo", sono un residuo dell'era preistorica ancora esistente in qualche piccolo centro di campa-

gna), i centri estivi-lager in estate e quant'altro aliena sempre di più il tempo stretto di fare e vivere in famiglia. Siccome abbiamo visto che una famiglia moderna non può neanche più permettersi che uno degli attori di questo teatro dei pupi si ammali, si chiede all'operatore sanitario di far guarire ancor prima che ci si ammali, se ci si ammala far guarire in tempi ultrarapidi con medicine che devono essere sempre più acqua santa o rigenerante di energie come in uso tra i calciatori (per carità non parliamo di doping), di vaccinare tutti e per tutto in barba a qualunque dato di epidemiologia o di rapporto costo-beneficio, di avere gli ambulatori dei pediatri superatrezzati per fare ecografie di ogni tipo, puntati midollari se il caso, self help diagnostico ultramoderno che neanche E.R. e il mitico dott. Ross (il bel George Clooney) si sognerebbero, apertura no limits degli ambulatori 24 h su 24 in una sorta di ipermercato della sanità. Poi però ti accorgi che ciò che "monta" non è la malattia del bimbo, ma il "malessere" dei genitori, sempre più ansiosi, impreparati, impauriti, inidonei a soddisfare quel bisogno arcaico ma sempre presente che un cucciolo d'uomo abbi-

sogna: stare, giocare, essere ascoltato, portato a spasso e ai giardinetti (non certo nei centri commerciali) da mamma e papà. Malessere dei genitori che sempre più spesso si trasforma in ambiente familiare ostile verso i piccoli sempre più capricciosi e pretenziosi, che dà origine a una sorta di depressione celata della madre, e a una incazzatura perenne del padre che trova qualche momento di oblio nella visione televisiva della partita della squadra del cuore (praticamente tutti i giorni): in parole povere alla disgregazione della famiglia! E il pediatra si trastulla tra i suoi stick, i suoi tamponi dalle risposte sempre più rapide, tra gli spirometri di ultima generazione che tanto non ripuliscono l'aria delle nostre città dalle polveri sottili e da tutte quelle schifezze che vi galleggiano e che fanno "fischiare" i bambini. Ma questo pediatra bravissimo e preparatissimo non può dilatare il tempo a sua disposizione, e non può o non vuole sentire quel malessere che la famiglia cela e che il bambino manifesta sempre più con "nuovi sintomi" che nessun esame strumentale riuscirà a inquadrare in una malattia organica. Ecco forse la mission primaria del pediatra delle

cure primarie (scusate il bisticcio) deve essere rivolta a questo aspetto; bisognerebbe cioè essere meno George Clooney e più Massimo Dapporto (il pediatra della serie televisiva "Amico mio") o come dice la rivista essere "un pediatra per amico". Io ormai sono un pediatra over 40 (47 per la precisione), lontano dagli ardori dei primi anni post-specialità e troppo giovane per la pensione, ma forse più critico, disincantato e brontolone.

Antonino Baio, Pediatra di base, Dolo (VE)

La mia personale opinione in merito, se posso essere un po' radicale, è che sarebbe utile un operatore alquanto diverso, per formazione e collocazione professionale, dell'attuale pediatra di base per svolgere un servizio corrispondente ai tempi e ai problemi. Cosa che non sarà perseguita: sia perché la definizione medica dei bisogni del bambino è ancora predominante, sia perché i pediatri (cioè la maggioranza dei pediatri) sarebbero i primi a opporsi.

Giorgio Tamburlini