



Uno dei problemi più frequenti che incontra l'otorinolaringoiatra è la gestione dei pazienti, per lo più pediatrici, con problemi di ipertrofia tonsillare ed adenoidica. Del resto, questa patologia è quella che si osserva più frequentemente in età pediatrica. È nota la eterna diatriba tra il pediatra (difensore delle tonsille e delle adenoidi!) e l'otorinolaringoiatra, il boia spietato, terminator di questi organi.

In realtà, l'approccio diagnostico e terapeutico a questi problemi non è “terra di nessuno” e nemmeno si presta a libere interpretazioni del tipo: “io opero di più” oppure “io curo solamente!”.

Esistono linee guida, definite a livello internazionale, fornite dall'Istituto Superiore della Sanità che stabiliscono il corretto approccio clinico e diagnostico e, quindi, terapeutico alla patologia adenotonsillare. Seguendo le succitate linee guida si può inquadrare il paziente correttamente e decidere se e come intervenire.

I bambini affetti da patologia adenotonsillare cronica presentano i seguenti segni e sintomi:

- apnee e russamento nel sonno da più di sei mesi;
- infezioni ricorrenti (più di sei all'anno) a carico delle tonsille e dell'orecchio medio non responsive a terapia antibiotica;
- anamnesi positiva per ascessi tonsillari;
- malattia metaforica (artriti a distanza, problemi cardiologici, neurologici) associata a VES, TAS, Tampone tonsillare ed indici infiammatori elevati.

A tale proposito bisogna considerare che il solo TAS (titolo antistreptolisinico) non è mai indicativo di una infezione tonsillare né tantomeno pone necessità di intervenire chirurgicamente. Esso è unicamente un titolo anticorpale che evidenzia una immunità contro lo streptococco beta emolitico di gruppo A (SBEGA).

Questo significa che il referto indicativo di un elevato livello di TAS non è matematicamente indicativo di una malattia cronica delle tonsille da trattare sempre con chirurgia, ma solamente una memoria del nostro sistema immunitario contro una precedente infezione da streptococco.

I bambini affetti da sintomi quali russamento notturno ed apnee nel sonno o da infezioni ricorrenti delle prime vie aeree (il famoso “naso che cola del moccioso”) o da otiti ricorrenti, sono sempre valutati mediante l'utilizzo della endoscopia nasale. L'endoscopia nasale è un esame sicuro e foriero di tantissime informazioni che ha sostituito in toto da circa un ventennio la vecchia (ed inutile!!!) radiografia

del cranio.



Fig. 1 - vegetazioni adenoidee di IV Grado

Nel bambino utilizzo un fibroendoscopio flessibile, sottile (2,7 mm circa) che permette, senza alcun trauma e fastidio per il piccolo paziente, di osservare bene tutti i punti chiave delle cavità nasali per una diagnosi precisa di sinusiti o di patologia adenoidea in età pediatrica.

La terapia medica della ipertrofia adenotonsillare nel bambino si avvale dell'utilizzo di:

- cortisonici per via generale e topici intranasali;
- docce nasali;
- decongestionanti nasali;
- immunostimolanti;
- antileucotrienici (in casi selezionati).

Nelle forme croniche si ricorre all'utilizzo dei cortisonici per via generale, per periodi brevi (massimo 5 giorni) e successivamente dell'utilizzo di cortisonici topici e di soluzioni ipersaline intranasali, per lunghi periodi. La terapia dovrà avere una durata di circa 3 mesi, successivamente il piccolo paziente deve essere rivalutato mediante l'endoscopia nasale.