



Documento di indirizzo: Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia

Il commento di Edoardo Bernkopf* e Vanna Broia specialisti in odontoiatria e protesi dentaria

* rappresentante dell'Associazione nazionale Dentisti Italiani (ANDI) nel gruppo di Studio Multidisciplinare per i Disturbi Respiratori nel Sonno della Società Italiana di Pediatria.

Nel documento di indirizzo su "Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia", fra le "indicazioni per gli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia", l'Apnea Ostruttiva nel Sonno (OSAS) viene collocata al primo posto. In particolare, fra i "suggerimenti per la pratica clinica" viene consigliato l'intervento di adenotonsillectomia nei bambini con apnea ostruttiva "significativa". Viene peraltro correttamente riportato che "la revisione Cochrane curata da Bridgman et al. sulla chirurgia dell'apnea ostruttiva non ha identificato alcuno studio randomizzato controllato che valuti l'efficacia degli interventi chirurgici nel trattamento della sindrome: l'uso della chirurgia viene suggerito solo all'interno di studi clinici". Inoltre "solo il 50 per cento degli interventi di tonsillectomia è giustificato sulla base delle evidenze scientifiche disponibili". Le conclusioni della revisione Cochrane curata da Lim e McKean sulla tonsillectomia e l'adenoidectomia, da sole o in combinazione, nel trattamento della sindrome nei bambini indicano che l'adenotonsillectomia deve continuare a essere eseguita nei bambini con apnea ostruttiva da sonno "significativa", pur in presenza di prove limitate derivanti da studi non randomizzati e non controllati (livello di prova III).

Vorremmo sottolineare che nel trattamento dell'OSAS, accanto alle tecniche chirurgiche, mediche e ventilatorie, sono da vari anni riportati dalla letteratura numerosi lavori che dimostrano l'efficacia sull'OSAS dell'adulto di dispositivi endo-orali comunemente chiamati

"Oral Devices"(1), come confermato da review anche recenti (2,3). L'esigenza di questa precisazione nasce in particolare dal fatto che nel documento si legge: "Benché la chirurgia adenotonsillare sia effettuata prevalentemente in età pediatrica, i suggerimenti riportati nel documento riguardano, quando non specificamente precisato, sia i bambini sia gli adulti". L'approccio diagnostico-terapeutico per via occlusale, peraltro, eventualmente coadiuvato dalla terapia miofunzionale (4,5) risulta efficace anche sull'OSAS del bambino, come dimostrato in uno studio da noi condotto per la parte odontoiatrica, che spero sia giudicato di grading elevato, pubblicato sull'autorevole American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (6), dove viene illustrato un device di nostro originale disegno, che si è rivelato particolarmente efficace anche in età pediatrica.

Ci permettiamo di osservare che, nella stesura di Linee Guida di settore, una posizione lodevolmente prudente, come è nell'intento dichiarato del documento, sarebbe utile non ignorasse del tutto questa opportunità diagnostico-terapeutica, giacché ciò esporrebbe i numerosi dentisti che sul territorio si occupano di trattamento dell'OSAS per via occlusale al rischio di critiche sul piano professionale quando non di aggressione medico legale in caso di insuccesso.

Inoltre un contributo italiano originale e innovativo, con struttura randomizzata caso-controllo (che, come da voi riportato, non si riscontra negli studi relativi alla tonsillectomia), validato da una delle riviste scientifiche di medicina respiratoria più autorevoli in campo mondiale, in sede tecnica andrebbe forse piuttosto valorizzato che ignorato.

Nel forum relativo a questo argomento abbiamo letto il documento inviato dalla Prof. Villa, che ha sottolineato l'esigenza di meglio definire il concetto di significatività dell'OSAS secondo parametri strumentali oltre che clinici.

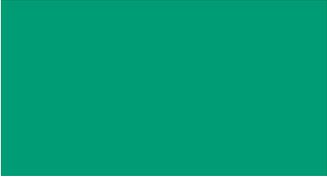
A questo proposito, non dovrebbero sfuggire alcune altre opportunità non marginali nell'approccio occlusale all'OSAS: se è vero che, come affermato dalla Prof. Villa, che "negli Stati Uniti una chirurgia per disturbi respiratori nel sonno non viene raccomandata senza un esame strumentale" è altrettanto vero che non sempre i modelli statunitensi sono trasferibili nel nostro Sistema Sanitario. La considerazione dell'aspetto occlusale-ortodontico, invece, potrebbe essere in grado di evitare spesso, con grande risparmio di risorse, sia la via chirurgica che, in alcuni casi, una costosa diagnostica strumentale (7). Anche nel

vostro documento si legge infatti: "Alla luce delle attuali conoscenze, nella maggior parte dei casi la valutazione clinica è sufficiente per: (omissis) - diagnosticare le forme ostruttive dipendenti da altre cause, quali obesità, anomalie cranio-facciali, ipotiroidismo, ostruzioni nasali". Nell'ambito delle anomalie cranio-facciali non può non collocarsi anche l'approccio occlusale e ortognatodontico.(8)

Sempre a questo proposito vorremmo sottolineare che la stesura di Linee Guida troppo vicine ai parametri di eccellenza, che solo pochi ambienti specialistici possono raggiungere, potrebbe far risultare professionalmente inadempienti i Colleghi Pediatri, Dentisti e ORL che operassero in zone del Paese dove potrebbe risultare assai difficile l'accesso a diagnostica costosa economicamente, sofisticata sotto il profilo tecnico o comunque non facilmente erogabile nell'ambito dell'assistenza routinaria. A questo proposito sarebbe forse utile che dai lavori di revisione periodica del documento di indirizzo non fossero esclusi, come purtroppo spesso succede, gli organismi scientifici e associativi che rappresentano appunto i Pediatri e i Dentisti operanti nel territorio.

Bibliografia

1. Mehta A, Qian J, Petocz P, Darendeliler MA, Cistulli PA. A randomized, controlled study of a mandibular advancement splint for obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1457-61.
2. Schmidt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L, Cartwright R, Perez-Guerra F, Menn S. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep*. 1995 Jul;18(6):501-10.
3. Kathleen Ferguson Oral Appliance Therapy for Obstructive Sleep Apnea *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, Volume 163, Number 6, May 2001, 1294-95.
4. Bernkopf E. Broia V. Bertarini A.M. Polcino P. Ostruzione nasale e ipertrofia adenotonsillare nell'Apnea Ostruttiva nel Sonno: ruolo della malocclusione. *Dentista Moderno* 2003 XXI-4 Aprile, 85-105.
5. Villa M.P., Bertarini A., Pagani J., Paggi B., Montesano M., Alterio A., Cerone E., Masieri S., Ronchetti R.. Terapia miofunzionale in bambini con ostruzione delle alte vie respiratorie. *Riv. Ital. Pediatr.* 2001; 27: 229-36.
6. Villa MP, Bernkopf E * , Pagani J, Broia V* , Montesano M, B Paggi, Ronchetti R. (*Consultant orthodontist) Randomized controlled study of an oral jaw positioning appliance for the treatment of obstructive sleep apnea in children with malocclusion. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, Volume 165, Number 1, January 2002, 123-27.
7. Kushida CA, Efron B, Guilleminault C. A predictive morphometric model for the obstructive sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1997 Oct 15;127(8 Pt 1):581-87.
8. Guilleminault C, Stoohs R. Obstructive sleep apnea syndrome in



children. *Pediatrician*. 1990;17(1):46-51.

