

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

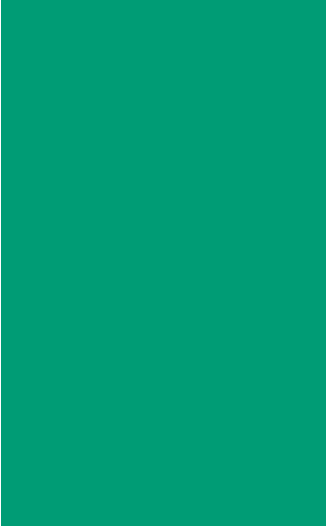
Risposta ai commenti di Edoardo Bernkopf e Vanna Broia, specialisti in odontoiatria e protesi dentaria

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

Abbiamo letto con interesse i commenti relativi alle implicazioni di competenza odontoiatrica della sindrome da apnea ostruttiva da sonno (OSAS). Tali implicazioni erano state tenute ben presenti nella fase di sviluppo del gruppo di lavoro LINCO/PNLG, che considera la multidisciplinarietà un presupposto essenziale per la qualità metodologica di una linea guida per la pratica clinica. Venne infatti contattata la Società Italiana di Ortodonzia (SIDO) che nominò come rappresentante nel gruppo di lavoro il Dr. Claudio Denuccio, primario della Divisione di Odontoiatria e Ortodonzia dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita di Roma. Il Dr. Denuccio ha partecipato alla stesura del documento di indirizzo e la SIDO figura tra le Società medico-scientifiche rappresentate.


Per quanto riguarda il trattamento dell'OSAS, il documento LINCO/PNLG prende esplicitamente in esame solamente l'apnea ostruttiva da ipertrofia adenotonsillare in età pediatrica (come chiaramente riportato nel Capitolo 1). Benché negli ultimi anni vi sia stato un crescente interesse nell'uso dei dispositivi endorali nel trattamento dell'OSAS, le prove della loro efficacia, come riportato nelle recenti revisioni 1,2, riguardano soprattutto soggetti adulti. Il loro utilizzo è infatti considerato nella Linea guida SIGN sulla gestione dell'OSAS degli adulti un'appropriatezza alternativa per i pazienti che non sono in grado di tollerare la CPAP 3, che non rappresenta un'alternativa alla tonsillectomia nei bambini. Resta peraltro inteso, come indicato nel documento LINCO/PNLG, e da Voi opportunamente ricordato, che i bambini con "forme ostruttive dipendenti da altre cause (obesità, anomalie cranio-facciali, ipotiroidismo, ostruzioni nasali)" devono essere avviati a trattamenti alternativi alla tonsillectomia: nel caso specifico di tipo ortodontico.

Si rammenta infine come sulla diagnosi e la gestione clinica dell'OSAS, il documento LINCO/PNLG abbia assunto un atteggiamento di prudente attesa: nel corso del previsto aggiornamento, saranno riesaminate anche le prove che riguardano l'efficacia dei dispositivi endorali nell'OSAS nei bambini.



Enrico Materia, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Giovanni Baglio, Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio
Paola Marchisio, Istituto di Pediatria, Università di Milano
Eugenio Pallestrini, Ospedale San Martino, Genova

Bibliografia

1. Ferguson KA. The role of oral appliance therapy in the treatment of obstructive sleep apnea. Clin Chest Med 2003; 24:355-64.
 2. Mohsenin N, Mostofi MT, Mohsenin V. The role of oral appliances in treating obstructive sleep apnea. J Am Dent Assoc 2003;134: 442-9.
 3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obstructive sleep apnea/hypopnea in adults. Addition to Guideline n°73, June 2003.
- 
- 