

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Gennaio 1999

numero 1

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Trattamento steroideo locale dell'ipertrofia adenoidea e tonsillare: uno studio retrospettivo

Alfredo Mendoza, Franco Panizon

¹Clinica Pediatrica dell'Università di Trieste, IRCCS Burlo-Garofolo

Local Steroid Treatment for Tonsil and Adenoid Hypertrophy: Retrospective Study

Abstract

Scope of the Research – When adenoid-tonsil hypertrophy is symptomatic, it should be surgically treated. However, corticosteroid or antibiotic treatments have turned out to be able to reduce the size of tonsils/adenoids, thus allowing the patient to avoid surgery. We tried to apply this principle to our clinical practice and to assess its feasibility and practical usefulness. **Materials and Methods** – We identified a group of non-atopic children among a number of selected out-patients referred to us over a period of 5 years. The patients belonging to this group suffered from significant and symptomatic adenoid hypertrophy or symptomatic tonsil hypertrophy, and they had been administered dipropionate beclomethasone 300 gamma/die (6 puffs) over a period of 3 to 6 months. We assessed the results of the aforementioned treatment by checking their clinical records or through phone interviews. **Results** – 37 non-atopic children, aged 2 to 7, suffering from radiologically significant and symptomatic adenoid hypertrophy were administered a local steroid treatment (dipropionate beclomethasone spray) over a period of 3 to 6 months. Such treatment entailed a partial or temporary improvement in 13 cases, whereas it completely solved the problem in 19 cases. With reference to 10 cases of symptomatic tonsil hypertrophy (recurrent tonsillitis = 5 cases, dysphonia-dysphagia = 5 cases) and 3 cases of combined tonsil and adenoid hypertrophy (rale with night apnoea), dipropionate beclomethasone spray, locally administered over a period of 3 to 6 months, reduced the size of tonsils in 8/13 cases and completely solved the problem (without resorting to surgery) in 3 cases. **Discussion** – Local steroid treatment is clinically effective in most of the patients suffering from symptomatic adenoid hypertrophy, whereas it is clinically effective only in a small number of patients suffering from tonsil hypertrophy. We plan to carry out a randomised prospective study in order to validate in a better way the possible applications of the aforementioned treatment and to quantify in an objective manner the results in terms of size reduction.

PREMESSE E SCOPO DEL LAVORO

L'ipertrofia delle adenoidi e delle tonsille, sebbene considerata, se sintomatica, indicazione chirurgica, è in realtà una

condizione dinamica e potenzialmente reversibile, anche con terapia medica.

Una sperimentazione controllata, peraltro rimasta senza seguito, ha dimostrato che l'uso locale sistematico degli steroidi ha un'efficacia clinica e anatomo-radiologica sulla ipertrofia adenoidea ostruttiva o semi-ostruttiva. Un effetto analogo può, in ipotesi, essere presunto anche per l'ipertrofia tonsillare, data l'omologia del tessuto linfatico: osservazioni sporadiche hanno, in passato, confermato questo assunto. D'altronde, anche il trattamento antibiotico protratto, riducendo le complicanze suppurative (sinusite, tonsillite) si è dimostrato efficace nel ridurre l'ipertrofia adenoidea e tonsillare.

Sebbene nelle condizioni di marcata ipertrofia adenoidea e di ipertrofia tonsillare con disturbo meccanico l'intervento chirurgico sia probabilmente preferibile, esiste uno spazio (ostilità dei genitori all'intervento; lunghe lista d'attesa; disturbi borderline) in cui si può porre l'indicazione a un trattamento medico.

Questo studio retrospettivo ha alle sue spalle soltanto la valutazione positiva, raccolta in itinere, dei due AA., che per questo motivo sono stati confortati dapprima a mantenere l'indicazione ad un trattamento medico (steroido) in alcuni casi selezionati, e successivamente a rivalutarne in maniera obiettiva i risultati. Lo studio ha dunque, per le limitazioni date dall'essere retrospettivo, un significato preliminare; esso è stato condotto a termine per valutare la fattibilità e la ragionevolezza di una ricerca sistematica su questa linea, anche in vista di una applicazione terapeutica più diffusa.

Nel corso di 5 anni, gli AA. della ricerca hanno effettuato 1560 visite ambulatoriali a carattere consultivo, all'interno dell'Ospedale. Di queste, 412 riguardavano patologia respiratoria subacuta o ricorrente (infezioni respiratorie ricorrenti, bronchite asmatica, otite sierosa, respirazione orale, roncopia, tosse persistente).

E' entrato nello studio un numero ristretto di pazienti, suddivisi in due gruppi.

Il primo gruppo era costituito da 37 bambini, di età compresa tra 3 anni e 8 anni, non atopici (prick test negativi per dermatofagoide, gatto, graminacee, alternaria) con disturbi riferibili al naso (respirazione orale, roncopia, tosse persistente correlata a sinusite, otite sierosa, sinusiti ricorrenti) in cui era stata chiesta una radiologia del faringe per una valutazione quali-quantitativa del volume adenoideo, e in cui era stata osservata una ipertrofia significativa (>3mm) ma non occludente, nei quali era stata prescritta una terapia steroidea nasale, mediante spray per un periodo non inferiore a 3 mesi.

Il secondo gruppo era costituito da 13 bambini con ipertrofia tonsillare sintomatica (ostruzione con disfonia-disfagia o con brevi apnee notturne (<20") ovvero accompagnata da tonsilliti ricorrenti, per i quali è stata egualmente prescritta una terapia steroidea locale, con beclometasone somministrato di-

rettamente per spray sulle tonsille, egualmente per un periodo non inferiore ai 3 mesi. Tre bambini di questo gruppo (respirazione orale, roncopatia notturna, brevi crisi di apnea) presentavano anche significativa ipertrofia tonsillare e hanno ricevuto sia il trattamento per via oro-faringea che il trattamento per via nasale.

Le dosi somministrate sono state in tutti pari a 300 gamma/die (6 puff), eccetto che nei 3 pazienti con ipertrofia combinata sintomatica che hanno ricevuto una dose pari a 600 gamma/die. Il trattamento non è stato mai inferiore a 3 mesi, eccetto che nei 10 casi usciti di terapia e considerati fallimenti terapeutici; in 18 casi il trattamento è stato mantenuto per

un periodo aggiuntivo, non superiore ad altri 3 mesi (totale max. 6 mesi).

Nei casi con sinusite in atto la terapia è stata completata con un ciclo di amoxicillina 50 mg/Kg x 10gg. I pazienti sono stati ricontrollati ambulatorialmente una o più volte, e successivamente intervistati al telefono a distanza di almeno un anno.

I risultati sono esposti nelle tabelle.

RISULTATI

Adenoidi	Ipertrofia +	Ipertrofia ++	Negativo	Buono	Definitivo
roncopatia resp. orale	7	12	-	9	8
sinusite ricorrente	8	10	3	4	11
totale adenoidi 37	-	-	5	13	19

Tonsille	Ipertrofia	Ipertrofia	Negativo	Buono	Definitivo
Tonsilliti ricorrenti	0	5	2	1	2
difonia-disfagia	0	5	2	2	1
apnee notturne	0	3	1	2	0
totale tonsille 13	-	-	5	5	3

Si è trattato, in sintesi, di 37 casi di patologia nasale non allergica, e di 12 casi di ipertrofia tonsillare.

L'ipertrofia adenoidea non era mai occlusiva o subocclusiva: è stata descritta come significativa in 20 casi e molto significativa in 17; tutti i casi erano fastidiosamente sintomatici, caratterizzati in 19 casi da sintomatologia prevalentemente ostruttiva e in 18 casi da sintomatologia prevalentemente suppurativa, ma spesso anche complicati (in entrambe le categorie) da tosse ricorrente-persistente, da otiti ricorrenti e/o da otite sierosa.

I risultati sono stati molto buoni (risoluzione del problema a 3 mesi circa dall'inizio e a un anno di distanza, dopo l'interruzione del trattamento, che è durato in 13 casi oltre i 3 mesi, e che in nessuno ha superato i 6 mesi) in 2/3 casi (19/37); buoni (miglioramento, poi ricaduta) in poco più di 1/3 dei casi (13/37); negativi (interruzione della terapia, chirurgia) solo in 5 casi.

L'ipertrofia tonsillare era sempre importante: un miglioramento (visibile riduzione delle dimensioni, riduzione dei sintomi) si è ottenuto in 8 casi (tutti quelli che hanno continuato la terapia per almeno 3 mesi); in 2/5 casi di tonsillite ricorrente, in 1/5 casi di disfonia-disfagia ma in nessun caso di roncopatia con crisi (brevi) di apnea i risultati sono stati sufficienti, o sufficientemente persistenti per evitare la tonsillectomia.

CONCLUSIONE

Il trattamento steroideo locale con beclometasone a dosi di 400 gamma/die rispettivamente per via nasale nella patologia adenoidea e per via oro-faringea nella ipertrofia tonsillare, e mai superiore agli 800 gamma nelle situazioni di severa ipertrofia mista (3 casi con roncopatia, ipertrofia tonsillare e brevi crisi di apnea) si è dimostrato sostanzialmente efficace.

Nella patologia rinosinusale, accompagnata a ipertrofia adenoidea moderata, il trattamento corticosteroideo probabilmente agisce non soltanto sulle dimensioni del tessuto adenoideo, ma più in generale sulla pervietà nasale e sulla ventilazione dei seni, consentendo l'interruzione del circolo vizioso flogosi-sinusite-ipertrofia adenoidea. La riduzione delle dimensioni adenoidee non è mai stata ricontrollata mediante una seconda radiografia, che ci è sembrata superflua ai fini clinici e delle decisioni terapeutiche. E' nostra opinione che l'indicazione alla terapia steroidea nasale sia piuttosto rappresentata dai sintomi di disturbata ventilazione naso-sinusale che dalla mera ipertrofia; e, più in generale, che l'ipertrofia moderata costituisca una indicazione migliore che non l'ipertrofia severa, ostruttiva, per la quale riteniamo più ragionevole l'intervento.

L'ipertrofia tonsillare rappresenta raramente una indicazione formale all'intervento: indicazioni che peraltro in tutti i nostri 13 casi erano presenti (tonsilliti ad alta ricorrenza, patologia ostruente con disfagia-disfonia, o crisi occlusive, sia pure non severa, notturne). In tutti i casi in cui il trattamento è stato mantenuto per almeno 3 mesi (8/13) le dimensioni delle tonsille si sono consistentemente ridotte e ha dimostrato un sicuro effetto sulle dimensioni delle tonsille; quest'ultimo effetto si è associato ad interruzione delle tonsilliti ricorrenti in due casi; negli altri non è stato sufficiente però ad evitare la tonsillectomia, e solo in 3/12 ha permesso di evitare la tonsillectomia.

Riteniamo di poter concludere che la somministrazione locale di steroidi riduce effettivamente in maniera significativa il volume tonsillare, ma in linea di massima non riteniamo che possa sostituire l'intervento, se non, forse, tentativamente, nell'ipertrofia tonsillare con tonsilliti ricorrenti.

Lo studio ha tutte le limitazioni di una ricerca non prospettica e non controllata specie per quel che riguarda la rac-

colta di parametri rigorosamente oggettivi di misurazione e per la mancanza di controlli radiologici a distanza (che tuttavia considereremmo non etici, una volta risolto il problema clinico).

Anche per ciò che riguarda le dimensioni delle tonsille sarebbe stato opportuno non limitarsi ad una valutazione ispettiva, ma ricorrere ad una misurazione ecotomografica (che dà anche la misura delle dimensioni della parte intravelica della tonsilla, e che avrebbe potuto, quella sì, venire ripetuta alla fine del trattamento). Tuttavia ci sembra di poter affermare:

a) che il trattamento è ben tollerato e accettato dalla grande maggioranza delle famiglie e dei bambini

b) che i risultati, in pratica, si possono vedere fin dalle prime settimane, e che, quando ci sono, incoraggiano la famiglia a persistere (qualche volta, anzi, viene difficile sospendere il trattamento, proprio per il successo ottenuto), e viceversa, quando tardano, autorizzano ad un cambiamento di strategia prima dello scadere dei 3 mesi, che servono a consolidare il successo

c) che ci sembra esistano le premesse per due ricerche sistematiche, mirate rispettivamente all'ipertrofia adenoidea (studiata mediante fibre ottiche) e alla ipertrofia tonsillare (studiata mediante ecotomografia).

Bibliografia

- Dernein J, Goetz DW: Pediatric adenoidal hipertrophy and nasal aerway obstruction: reduction with aqueous nasal beclomethazone. Pediatrics 95, 353, 1995.