

# Marco e le adenoidi: gliele togliamo?

Patrizia Elli

Pediatra di famiglia, Buccinasco (Milano)

## Abstract

### Marco's adenoids: should we remove them?

A ten year old boy, Marco, snores, has an obstructed nose and rhinolalia. The otorhinolaryngologist prescribes two month administration of inhaled steroids followed by adenoidectomy. Parents, a bit doubtful, seek their paediatrician's point of view. Evaluating the mother's assertions and reordering them, makes the paediatrician able to achieve a shared therapeutic goal, well accepted, at the moment, by the family.

Quaderni acp 2005; 12(2): 83-84

**Key words** Adenoids. Adenoidectomy. Steroid

Marco, un bambino di 10 anni, è stato visitato da un otorinolaringoiatra perché da tempo ha respiro russante, naso chiuso, rinolalia e respirazione orale, anche diurna. Il medico propone ai genitori l'intervento di adenoidectomia, preceduto dalla somministrazione di cortisone per via inalatoria per due mesi. I genitori si rivolgono al pediatra perché hanno delle perplessità circa tale terapia. Vagliando, evidenziando e riordinando gli elementi presenti nelle affermazioni della mamma, il pediatra facilita così la ricerca di un obiettivo terapeutico condivisibile e accettabile senza difficoltà da parte della famiglia in quel momento.

**Parole chiave** Adenoidi. Adenoidectomia. Cortisone

## Lo scenario

Marco, un bambino di 10 anni, è stato visitato da un otorinolaringoiatra perché da tempo ha respiro russante, naso chiuso, rinolalia e respirazione orale, anche diurna. Il medico propone ai genitori l'intervento di adenoidectomia preceduto dalla somministrazione di cortisone per via inalatoria per due mesi. I genitori si rivolgono al pediatra perché hanno delle perplessità circa tale terapia.

**Mamma** "Dottore, l'otorino ci ha detto che Marco dovrà essere operato ma che prima deve fare terapia con il cortisone: sinceramente non capisco perché e poi... il cortisone per così tanto tempo... so che può dare molti problemi!"

**Pediatra** "Se ho capito bene, i suoi dubbi sono relativi alla terapia cortisonica: perché farla se poi si deve operare? E poi c'è la paura degli effetti collaterali del farmaco. È così?"

**Mamma** "Sì, io non la farei e lo farei operare subito".

**Pediatra** "Comincerei dagli effetti collaterali del cortisone perché capisco che possano preoccuparla. In questo caso

non si tratta di prendere il farmaco per bocca, ma di somministrarlo per via inalatoria, con uno spray. Così arriva dove vogliamo che funzioni e non va in circolo: questa differenza evita appunto gli effetti collaterali che lei teme".

**Mamma** "Non pensavo ci fosse differenza! Ma perché darlo se poi devo operarlo?"

**Pediatra** "Si è visto che, in alcuni casi, la terapia protratta con cortisone riduce le dimensioni delle adenoidi evitando l'intervento. Penso che l'otorino l'abbia proposta per questo motivo".

## Cosa dice (o non dice)

### L'Evidence Based Medicine

Il pediatra, che si trova ancora una volta di fronte ad un problema ricorrente nella sua pratica quotidiana, è consapevole che le alternative non chirurgiche del trattamento dell'ipertrofia adenoidea cronica sono limitate. Grazie a una recente verifica con alcuni colleghi sullo stato delle conoscenze disponibili al riguardo, sa anche che è stato osservato che un trattamento con cortisonico per via inalatoria sembrerebbe permettere in alcuni casi di

## La buona comunicazione: un percorso a tappe

### La mamma

che cosa ha in mente:

- *Dubbi* sulla necessità e opportunità della terapia: "perché farla se poi il bambino deve essere operato?"
- *Paure*: "il cortisone per così tanto tempo!"
- *Quello che sa*: "... so che può dare problemi!"
- *Quello che pensa di fare*: "... lo farei operare subito"

### Il pediatra

che cosa fa:

- Verifica con la mamma la comprensione del quesito
- Legittima la sua preoccupazione
- Non contraddice le prescrizioni dello specialista
- Fornisce solo le informazioni richieste

evitare l'intervento chirurgico. Durante l'esercitazione di gruppo, né la consultazione di Clinical Evidence (giugno 2004) aveva dato alcuna risposta rispetto a questo argomento, né il controllo dell'indice di Prescrivere (1999-2003) forniva citazioni utili al riguardo. Anche l'analisi delle revisioni sistematiche di area pediatrica del Cochrane Database non aveva identificato nulla di possibile interesse. La ricerca in banca dati, condotta utilizzando il browser MeSH di PubMed e provando a lanciare la query **Adenoids AND Beclomethasone** (al quesito formulato con il termine "Corticosteroids" non seguiva infatti alcuna segnalazione),

Per corrispondenza:

Patrizia Elli

e-mail: patriziaelli@virgilio.it

aveva invece selezionato due articoli: Demain JG, Goetz DW. Pediatric adenoidal hypertrophy and nasal airway obstruction: reduction with aqueous nasal beclomethasone. *Pediatrics* 1995; 95:355-364 e, disponibile in full text, Criscuoli G, D'Amora S, Ripa G et al. Frequency of surgery among children who have adenotonsillar hypertrophy and improve after treatment with nasal beclomethasone. *Pediatrics* 2003;111: 236-238. Questo studio, prospettico, con una fase iniziale condotta in cross over e in singolo cieco, è stato effettuato su 60 bambini nel Dipartimento di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale pediatrico Santobono-Pausilipon di Napoli.

Le conclusioni degli Autori permettono di ipotizzare, con una confidenza statisticamente accettabile (95% IC: 0.44-0.98), che la terapia cortisonica, somministrata per via nasale in dosi considerate sicure per un periodo di almeno sei mesi, si associa a un miglioramento clinico dell'ipertrofia adenoidea cronica e a una riduzione dell'intervento chirurgico di adenoidectomia.

I dati evidenziano anche che, già dopo due settimane di trattamento, è possibile individuare i bambini che risponderanno ad un trattamento prolungato.

**Mamma** "Beh, visto così, il problema è diverso!".

**Pediatra** "La letteratura in effetti ha evidenziato un buon risultato sulla riduzione delle adenoidi dopo una terapia di due mesi. Lo studio più recente indica addirittura di continuare la cura per sei mesi...".

**Mamma** "Per sei mesi tutti i giorni?".

**Pediatra** "Sì".

**Mamma** "Mah... non so se riesco a fargliela fare per così tanto!".

**Pediatra** "Potremmo comunque fare la terapia per 15 giorni al termine dei quali valutiamo se ci sono stati dei benefici: se non è cambiato nulla interrompiamo; se invece va meglio sarebbe utile proseguire. Pensa sia possibile seguire un programma di questo tipo?".

**Mamma** "Sì, anche perché, se funziona, sono più convinta anch'io".

**Pediatra** "Benissimo, allora facciamo così e ci rivediamo tra 15 giorni".

### Discussione generale

Il pediatra subito si rende conto che da parte dello specialista non sono stati forniti elementi sufficienti ai genitori per poter seguire il percorso terapeutico indicato. Evita comunque di sottolineare questo aspetto e dà invece alla mamma una lettura delle indicazioni proposte, definendo con lei quali sono gli elementi necessari a lei per decidere.

Accoglie anzitutto i dubbi e le paure espresse ("i suoi dubbi sono... e poi c'è la paura...") e, partendo da queste, fornisce informazioni che tranquillizzano senza banalizzare. L'ascolto e la riformulazione di quanto gli viene riferito ("se ho capito bene... è così?") favoriscono il cambiamento ("Beh, visto così, il problema è diverso!"), percepito inizialmente come fonte di difficoltà ("non so se riesco a...").

Vagliando, evidenziando e riordinando gli elementi presenti nelle affermazioni della mamma, il pediatra facilita così la ricerca di un obiettivo terapeutico condivisibile e accettabile senza difficoltà da parte della famiglia in quel momento. ("Potremmo comunque fare... pensa sia possibile...?"). ♦

### La buona comunicazione

**Abilità di counselling utilizzate nel colloquio:**

- **Riformulazione:** il pediatra ripropone quello che la mamma ha detto, senza aggiunte proprie.
- **Ascolto attivo:** il pediatra fa domande mirate a raccogliere informazioni utili per raggiungere un obiettivo, che è caratteristica della comunicazione professionale.
- **Atteggiamento empatico:** attenzione e rispetto per l'interlocutore ("... capisco che possano preoccuparla...").
- **Visione sistemica:** integrazione e non contrapposizione con lo specialista.

Corsi di formazione  
disponibili come formazione ACP

## Vaccinare oggi pensando al domani

Programma

1<sup>a</sup> sessione: ore 9-11

### La situazione locale, l'organizzazione e l'interazione tra operatori

- Stato attuale: l'organizzazione dell'attività vaccinale, i ruoli degli operatori, i dati disponibili
- I problemi aperti: domande al pubblico e agli esperti
- Analizzare i risultati di salute ottenuti vaccinando: quali indicatori, dove trovarli, come aggregarli, come comunicarli
- I problemi aperti e le proposte di miglioramento: domande al pubblico e agli esperti

2<sup>a</sup> sessione: ore 11-13

### Prevenire le infezioni invasive batteriche con le vaccinazioni

- Gli obiettivi vaccinali, le strategie e i criteri decisionali, le scelte nel mondo, in Europa, in Italia
- Le domande all'esperto

3<sup>a</sup> sessione: ore 14-16

### Prevenire morbillo, pertosse, varicella

- Gli obiettivi vaccinali, le strategie e i criteri decisionali, le scelte nel mondo, in Europa, in Italia
- Le domande all'esperto

4<sup>a</sup> sessione: ore 16-17

### Le informazioni ai genitori i rapporti tra medici e industria

- Discussione in plenaria: gli obiettivi dell'informazione, il ruolo dei pediatri, i materiali informativi, le esperienze in Italia e nel mondo

Direzione corso:  
dr.ssa Luisella Grandori, referente vaccini ACP, responsabile locale Servizio Vaccinale

Per organizzare il corso concordare con la Segreteria ACP: Gianni Piras, cell. 333 2562649  
e-mail: acpnazionale@tiscali.it