

## **Tonsille e Adenoidi**

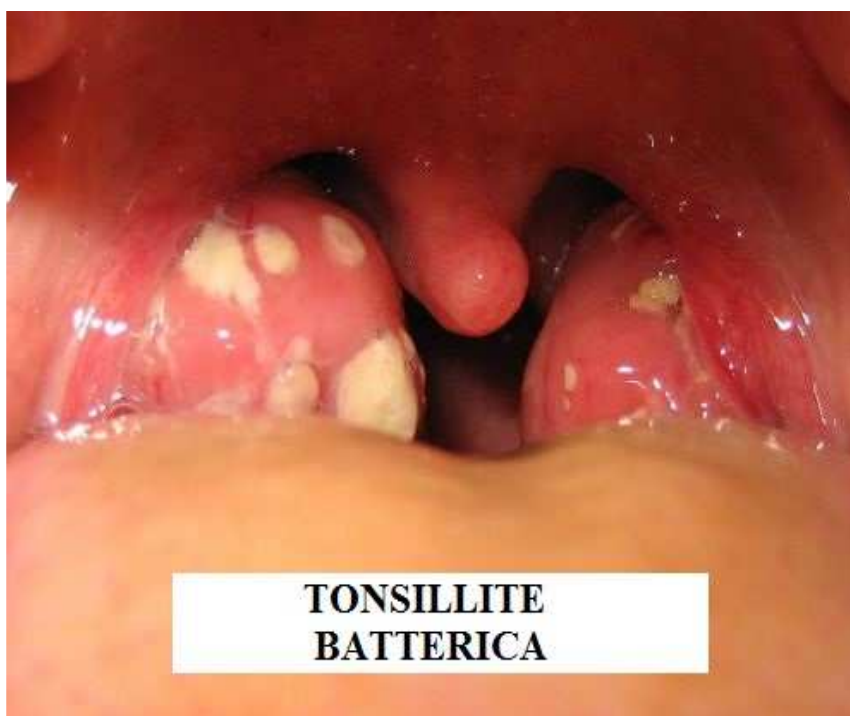
**Le Tonsille** situate nell'orofaringe, e le **Adenoidi** situate dietro al naso, sono organi linfatici, e costituiscono una valida barriera a difesa delle vie aeree superiori.

**Le Tonsille** svolgono un importante ruolo nel processo di maturazione del sistema immunitario e, dato il loro diretto contatto con l'esterno, favoriscono la produzione di anticorpi permettendo all'organismo di confrontarsi con l'ambiente esterno.

**La tonsillite** è una malattia determinata da un'infezione, virale o batterica, ed è caratterizzata da dolore, spontaneo e alla deglutizione, spesso irradiato alle orecchie, febbre, in genere superiore ai 38°C e linfonodi del collo più o meno ingrossati e dolenti.

Le tonsille si presentano arrossate e ingrossate, spesso ricoperte da pus.

Il bambino tende a rifiutare l'abbassalingua, per il fastidio e il dolore che provoca, e sta alla perizia del medico evidenziare un quadro clinico che può altrimenti passare inosservato.



**TONSILLITE  
BATTERICA**

Gli *episodi batterici acuti* vanno trattati con terapia antibiotica appropriata a ogni singolo episodio.

Nelle *forme croniche*, caratterizzate da episodi ripetuti, aspetto ingrossato e cavernoso dell'organo con alterazione dei parametri ematici specifici di flogosi (VES, Emocromo, TAS, PCR ecc...), le tonsille non solo vengono meno al compito che devono svolgere ma diventano un serbatoio settico, fonte di infezioni e/o complicanze, a volte anche gravi (malattie focali, ascessi del collo ecc.....) a carico di altri organi o tessuti (cuore, reni ecc...).

In tal caso è necessaria un'attenta valutazione clinica da parte dello *specialista* per individuarne le cause e procedere con le adeguate terapie.

Secondo i casi andranno adottate norme igienico-comportamentali atte a ridurre la possibilità di reinfezione (allontanamento temporaneo dei bambini dall'ambiente scolastico, uso di umidificatori ambientali, sospensione dell'attività sportiva, non far dormire il bambino nel "lettone", sanificazione dall'ambiente domestico allontanando ad esempio animali, peluche, moquette, ecc...), e somministrati *farmaci e/o integratori ad attività immunomodulante*, al fine di rafforzare le difese dell'organismo.

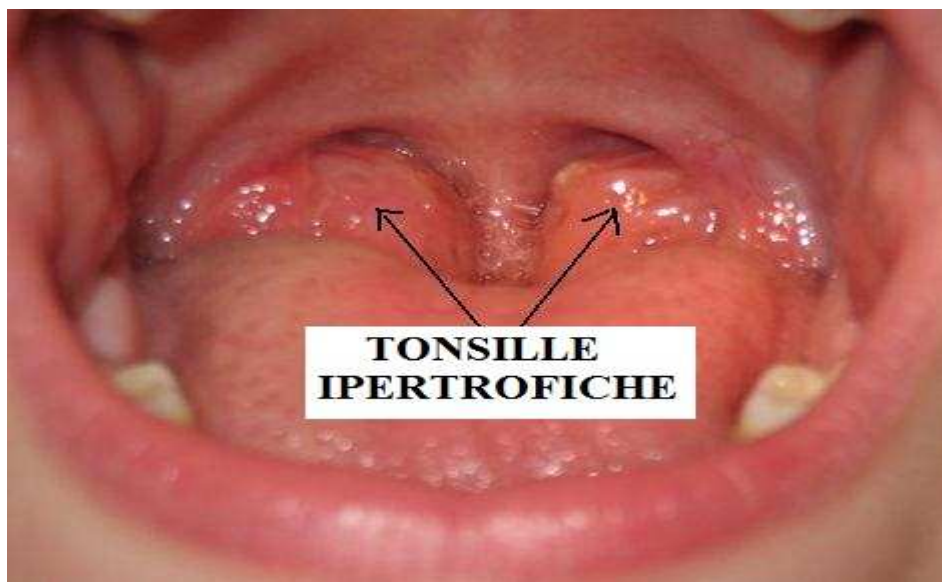
La terapia farmacologica andrà attentamente valutata a ogni singolo episodio e andranno assolutamente evitate "terapie fai da te" senza una valutazione diretta da parte del medico.

La terapia antibiotica, quando necessaria, potrà essere, al bisogno, indirizzata dall'*antibiogramma*, eseguito su *tampone mirato*, al fine di evitare il rischio dell'antibiotico-resistenza.

***Quando tutte le terapie mediche e le strategie igienico-comportamentali falliscono, si deve procedere alla tonsillectomia, al fine di evitare le temibili conseguenze di una tonsillite cronica trascurata.***

Oggi si tende a non tonsillectomizzare più molto facilmente come nel passato, ma è errato pensare che la tonsillectomia sia da evitare a tutti i costi.

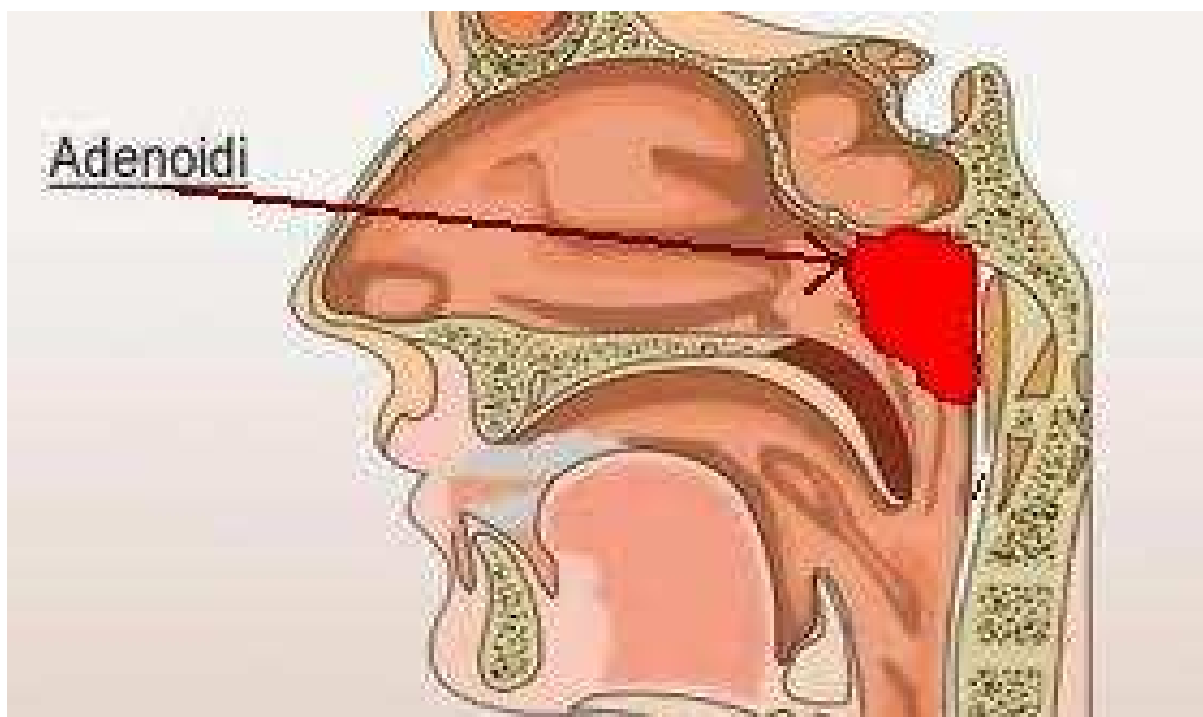
La giusta impostazione da seguire è la valutazione "caso per caso".



**In base alle attuali linee guida, le indicazioni per la tonsillectomia sono le seguenti:**

- **Tonsillite ricorrente** nonostante terapia medica (per ricorrente s'intende almeno 3-5 episodi all'anno di tonsillite batterica negli ultimi 2-3 anni);
- **Ipertrofia** di grado marcato con conseguente malocclusione dentale, disturbi della crescita oro-facciale, disturbi del linguaggio, ostruzione respiratoria, difficoltà di alimentazione, disturbi respiratori ostruttivi notturni (russamento e apnee);
- **Ascesso peritonsillare**, con conseguente rischio di ascessi del collo e disseminazione dell'infezione;
- **Tonsillite cronica causata da Streptococco beta emolitico di gruppo A** resistente a terapia medica. Questo germe è il responsabile della cosiddetta "**malattia reumatica**", che comporta danni a carico di *cuore, reni, e articolazioni*; può inoltre essere alla base delle più svariate patologie, come Uveiti o Psoriasi;
- **Ipertrofia unilaterale** con crescita asimmetrica di una tonsilla rispetto all'altra, soprattutto se instauratasi in breve tempo e accompagnata da un quadro di adenopatia evidente (linfonodi del collo ingrossati); quadro questo che prevede, nei casi dubbi, valutazione ematologica ed esame istologico della tonsilla asportata;
- **Mal di gola e/o febricola persistente** con alterazione dei parametri ematochimici specifici (Emocromo – VES - TAS - PCR - Reuma test – Mucoproteine...).

**Le Adenoidi** sono costituite da tessuto linfatico situato sulla volta del rinofaringe, regione anatomica dietro al naso.



Quando le adenoidi aumentano di volume, restringono lo spazio respiratorio retronasale causando una serie di disturbi.

Vanno generalmente incontro ad **atrofia spontanea intorno ai 12-14 anni di età**, ma è fondamentale capire se, durante questi anni così importanti per l'evoluzione psico-fisica del bambino, siano in condizioni di alterarne il regolare sviluppo.

Un fenomeno tipico è la qualità della voce del bambino, che in caso di ipertrofia si presenta nasalizzata, come "spenta", senza sonorità (**rinolalia chiusa**).

Il segnale forse più evidente dell'**ipertrofia adenoidea** è quello concernente la **difficoltà respiratoria nasale**, soprattutto notturna, con respirazione rumorosa, ostruita, a volte aggravata da fenomeni di apnea e conseguente sovraccarico cardio-respiratorio.

Altro segno tipico sono le **otiti ricorrenti**; nel cavo rinofaringeo sboccano infatti **le tube uditive di Eustachio** (piccoli condotti che collegano direttamente la cassa del timpano con il rinofaringe) che hanno la funzione di garantire la corretta funzione uditiva attraverso la normale areazione dell'orecchio medio, il mantenimento della pressione endotimpanica e l'eliminazione di eventuali secrezioni catarrali.

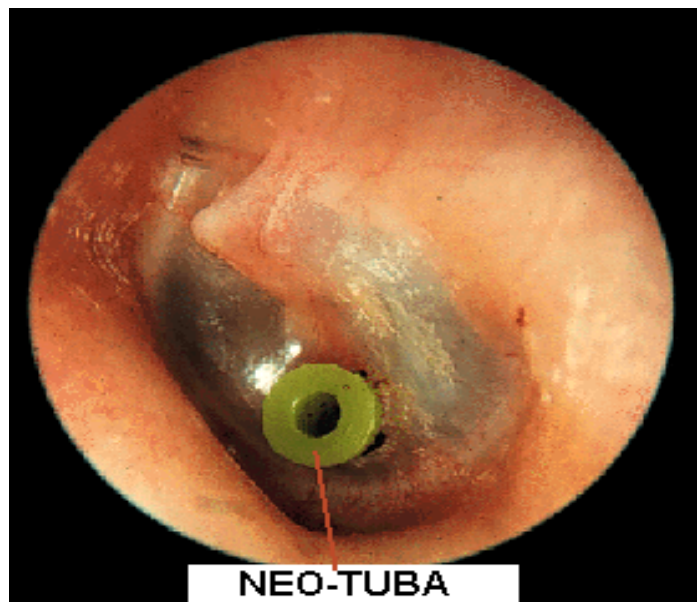


**Tuba uditiva**

La loro ostruzione da parte di adenoidi ingrossate è in grado di provocare un collasso della membrana timpanica, favorendo l'accumulo di secrezioni patologiche, con conseguenti infezioni recidivanti a carico dell'orecchio, alterazioni uditive e ritardo nell'acquisizione del linguaggio.

Un diagnosi tardiva può portare al restringimento e/o alla chiusura **della tuba** con conseguente sofferenza cronica dell'orecchio e danno uditivo, a volte permanente.

Nei casi più avanzati può rendersi, infatti, necessario l'inserimento di un tubicino (**neo-tuba**) attraverso il timpano al fine di ristabilire la normale funzione dell'organo.



L'ingrossamento cronico delle adenoidi è anche in grado di alterare la *crescita del massiccio facciale*, con innalzamento del palato, che appare ovalizzato, cupoliforme, con spostamento del morso dentale, con l'arcata superiore che tende ad interiorizzarsi, dando al piccolo paziente una "facies" caratteristica che prende appunto il nome di "Facies Adenoidea".

#### **Le indicazioni cliniche per l'Adenoidectomia sono:**

- *adenoiditi ricorrenti*, con rinorrea recidivante o cronica (scolo di muco-pus dal naso);
- *otiti recidivanti con occlusione tubarica*, e diminuzione della capacità uditiva (ipoacusia trasmissiva)
- *respirazione nasale ostruita* con respirazione orale forzata e russamento notturno, specie se aggravato da episodi di apnea;
- *disturbi del sonno*, con risvegli improvvisi, enuresi notturna (pipì a letto) e sonnolenza diurna;
- *disturbi della crescita e del comportamento*, conseguenza della cattiva ossigenazione del sangue (ipossia cerebro-tessutale cronica) che si manifesta con agitazione psico-motoria, irrequietezza, disattenzione, irritabilità ecc...;
- *anomalie della crescita dentale e palatale* con conseguente dismorfismo facciale;
- *difficoltà di alimentazione e anomalie nel linguaggio* (voce nasale, ritardo nel linguaggio, dislalie con alterazione nella pronuncia di alcune consonanti).

**La chirurgia adenotonsillare si esegue in anestesia generale e deve essere eseguita da medici specialisti in Otorinolaringoiatria.**

*Le Adenoidi e le Tonsille* non devono necessariamente essere asportate entrambe insieme. Dipende dalle condizioni cliniche del paziente e l'indicazione varia da caso a caso.

*La tonsillectomia*, con o senza adenoidectomia, si esegue generalmente in regime di one-day surgery (ricovero e intervento seguiti da pernottamento, con dimissione entro le 24 ore).

***L'adenoidectomia*** isolata, senza tonsillectomia, può essere eseguita in regime di day surgery senza pernottamento.

Va comunque sottolineato che l'*otorinolaringoiatra* non è solo " ***quello che toglie le tonsille e le adenoidi*** " ma al contrario, un corretto inquadramento clinico da parte dello specialista permette spesso di evitare l'intervento chirurgico inquadrando il bambino nel giusto protocollo terapeutico e igienico-comportamentale.