

# TRATTAMENTO MEDICO MASSIMALE DELL'IPERTROFIA ADENOIDEA: UNO STUDIO PROSPETTICO SU BAMBINI IN ETÀ PRESCOLARE

a cura della Redazione

Commento a: Zwierz A, Domagalski K, Masna K, Burduk P. Maximal medical treatment of adenoid hypertrophy: a prospective study of preschool children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024 May;281(5):2477-2487. doi: 10.1007/s00405-024-08459-6.

## INTRODUZIONE

L'ipertrofia adenoidea (IA) è una delle cause più comuni di ostruzione nasale, rinite, roncopia, respirazione per via orale e infezione delle vie respiratorie nei bambini in età prescolare (1). La diagnosi viene generalmente confermata tramite nasofaringoscopia (2). Sebbene sia efficace, il trattamento chirurgico comporta rischi significativi e può generare ansia nei bambini, inducendo molti genitori a preferire opzioni conservative per evitarlo. Attualmente, i medici adottano un approccio conservativo nel trattamento dell'IA, impiegando diverse metodiche, tra cui antibiotici sistemici, spray nasali a base di steroidi, soluzioni saline ipertoniche, inibitori di pompa protonica, batterioterapia, medicina tradizionale cinese e farmaci anti-leucotrieni (3). Lo studio di Zwierz e colleghi ha esaminato l'efficacia del trattamento medico massimale combinato per l'IA nei bambini in età prescolare, analizzando i sintomi riportati dai genitori e gli esiti della nasofaringoscopia pre- e post- trattamento.

## RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 69 bambini (32 femmine e 37 maschi) di età compresa tra 3 e 7 anni con sospetta IA, diagnosticata tramite nasofaringoscopia e timpanometria. Infatti, l'otite media cronica (OME) spesso coesiste con l'IA. La strategia chirurgica è stata adottata in caso di assenza di miglioramenti dopo il trattamento farmacologico. Si prevedeva adenoidectomia e timpanotomia in caso di persistenza dei sintomi e OME, mentre le sole adenoidectomie e timpanotomie sono state effettuate rispettivamente in assenza di OME o in caso di OME persistente. Lo schema terapeutico prevedeva una terapia combinata di 12 mesi con mometasone furoato intranasale (50 µg/narice *bis in die* per tre settimane con una pausa di una settimana) intervallato da gocce decongestionanti di mannitolo, desloratadina per via orale, irrigazione nasale con soluzione salina e batterioterapia, con interruzione durante l'estate. Il 33% dei bambini è stato sottoposto a intervento chirurgico a causa della mancanza di miglioramenti e della persistenza dei sintomi. Il 78% dei genitori hanno segnalato una riduzione dei disturbi, con ridotto numero di infezioni, minore roncopia,

diminuzione del catarro e migliore pervietà nasale (Tabella 1). Inoltre, considerando l'intera popolazione di studio, le dimensioni delle adenoidi sono diminuite in modo significativo, mentre nessun miglioramento è stato osservato nella timpanometria. Confrontando il gruppo di bambini sottoposti a intervento chirurgico (n = 18) con quello trattato farmacologicamente (n = 46), si è notata una differenza nelle dimensioni delle adenoidi e nella copertura del muco: nel 66,6% dei bambini sottoposti a intervento chirurgico le dimensioni degli adenoidi sono rimaste invariate o aumen-

Sintomi	Outcome	Pazienti (n, %)
Indisposizione	Miglioramenti	50 (78,1%)
	Nessun miglioramento	14 (21,9%)
Infezioni ricorrenti del tratto respiratorio superiore	Miglioramenti	49 (76,6%)
	Nessun miglioramento	15 (23,4%)
Roncopia	Miglioramenti	47 (73,4%)
	Miglioramenti periodici	5 (7,8%)
	Nessun miglioramento	12 (18,8%)
Respirazione con la bocca	Miglioramenti	35 (54,7%)
	Miglioramenti periodici	6 (9,4%)
	Nessun miglioramento	23 (35,9%)
Rinite	Miglioramenti	49 (76,6%)
	Nessun miglioramento	15 (23,4%)
Ostruzione nasale	Miglioramenti	51 (79,7%)
	Nessun miglioramento	13 (20,3%)

**Tabella 1** - Valutazione genitoriale dello stato di salute dei bambini all'ultima visita rispetto alla prima visita.



tate, rispetto al gruppo trattato farmacologicamente in cui le dimensioni delle adenoidi sono diminuite nel 67,4% dei casi. In aggiunta, nel gruppo conservativo il catarro si è verificato meno frequentemente rispetto al gruppo trattato chirurgicamente, con una riduzione complessiva dei sintomi, delle infezioni e della pervietà nasale (Tabella 2).

## DISCUSSIONE

Dallo studio di Zwierz e colleghi è emerso che durante il trattamento la maggioranza dei pazienti ha mostrato un miglioramento tale da non richiedere un intervento chirurgico. Tuttavia, circa il 30% ha subito un intervento chirurgico entro i 9-12 mesi dall'inizio della terapia, su richiesta dei genitori. Nel gruppo trattato solo farmacologicamente, è stata rilevata una diminuzione della copertura mucosa e le dimensioni delle adenoidi sono diminuite dell'8,4%, mentre nel gruppo sottoposto a intervento chirurgico sono aumentate dell'1,1%. Inoltre, l'effetto del trattamento è durato solo 3-6 mesi dopo la sospensione. Di conseguenza, gli autori suggeriscono che, per ridurre il rischio di effetti collaterali, possono essere applicate interruzioni al trattamento. In accordo con studi precedenti, l'intervento chirurgico non era più necessario dopo cicli continui di terapia con steroidi nasali (4). Zwierz e colleghi hanno utilizzato una dose dimezzata di steroidi nasali a base di mometasone, rispetto alla letteratura precedente (5), ottenendo risultati simili, tra cui la riduzione della rinosinopia, delle infezioni ricorrenti e delle dimensioni delle adenoidi. Inoltre, l'uso di antistaminici all'ini-

zio del trattamento conservativo massimale sembra vantaggioso, in quanto riduce l'infiammazione e lo spessore del muco (6). La pulizia nasale con soluzione salina ipertonica ha migliorato significativamente i sintomi nei pazienti trattati. In aggiunta, la supplementazione batterica locale ha ridotto le infezioni ricorrenti delle vie respiratorie superiori, in accordo con studi precedenti (7), indicando che i probiotici possono ripristinare la flora nasale. Nonostante i risultati promettenti, lo studio ha alcune limitazioni, come la mancata finalizzazione del trattamento per alcuni bambini e la difficoltà nel valutare i tassi di allergia dei pazienti. Ulteriori ricerche con campioni più ampi sono necessarie per confermare l'efficacia della terapia a lungo termine nei bambini con OME nelle zone climatiche temperate.

## CONCLUSIONI

La terapia combinata ha dimostrato un impatto positivo, portando a miglioramenti significativi in un ampio spettro di pazienti. Le pause terapeutiche hanno contribuito a ridurre al minimo gli effetti collaterali, suggerendo che questa strategia dovrebbe essere implementata all'inizio del trattamento prima di considerare l'intervento chirurgico. Inoltre, Zwierz e colleghi raccomandano un approccio terapeutico graduale, riservando l'intervento chirurgico solo per i pazienti che non rispondono positivamente alla terapia dopo 6-9 mesi. Questo approccio terapeutico può essere considerato anche per i bambini con controindicazioni all'intervento chirurgico.

Sintomi	Outcome	Trattamento farmacologico	Trattamento chirurgico	p-value
Indisposizione	Miglioramenti	42 (91,3%)	8 (44,4%)	< 0,001
	Nessun miglioramento	4 (8,7%)	10 (55,6%)	
Infezioni ricorrenti del tratto respiratorio superiore	Miglioramenti	41 (89,1%)	8 (44,4%)	< 0,001
	Nessun miglioramento	5 (10,9%)	10 (55,6%)	
Rinosinopia	Miglioramenti	36 (78,3%)	11 (61,1%)	0,131
	Miglioramenti periodici	4 (8,7%)	1 (5,6%)	
	Nessun miglioramento	6 (13,0%)	6 (33,3%)	
Respirazione con la bocca	Miglioramenti	19 (41,3%)	4 (22,2%)	0,041
	Miglioramenti periodici	6 (13,0%)	0 (0,0%)	
	Nessun miglioramento	21 (45,7%)	14 (77,8%)	
Rinite	Miglioramenti	41 (89,1%)	8 (44,4%)	< 0,001
	Nessun miglioramento	5 (10,9%)	10 (55,6%)	
Ostruzione nasale	Miglioramenti	42 (91,3%)	9 (50,0%)	< 0,001
	Nessun miglioramento	4 (8,7%)	9 (50,0%)	

**Tabella 2** - Miglioramento dei sintomi nel gruppo di bambini sottoposti a intervento chirurgico rispetto a quello trattato solo farmacologicamente



## Bibliografia

1. Niedzielski A, Chmielik LP, Mielnik-Niedzielska G, Kasprzyk A, Bogusławska J. Adenoid hypertrophy in children: a narrative review of pathogenesis and clinical relevance. *BMJ Paediatr Open*. 2023 Apr;7(1).
2. Zwierz A, Domagalski K, Masna K, Burduk P. Effectiveness of Evaluation of Adenoid Hypertrophy in Children by Flexible Nasopharyngoscopy Examination (FNE), Proposed Schema of Frequency of Examination: Cohort Study. *Diagnostics (Basel)*. 2022 Jul 17;12(7).
3. Zwierz A, Masna K, Domagalski K, Burduk P. 150th Anniversary of global adenoid investigations: unanswered questions and unsolved problems. *Front Pediatr*. 2023;11:1179218.
4. Demirhan H, Aksoy F, Ozturan O, Yildirim YS, Veyseller B. Medical treatment of adenoid hypertrophy with “fluticasone propionate nasal drops”. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010 Jul;74(7):773–6.
5. Bhat VK. Steroid Nasal Spray versus Curettage Adenoidectomy in School Children – A Randomized Controlled Trial. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*. 2017 Sep 18;8(5).
6. Bachert C, van Cauwenberge P. Desloratadine treatment for intermittent and persistent allergic rhinitis: a review. *Clin Ther*. 2007 Sep;29(9):1795–802.
7. Ciprandi G, La Mantia I, Damiani V, Passali D. Local Bacteriotherapy - a promising preventive tool in recurrent respiratory infections. *Expert Rev Clin Immunol*. 2020 Nov;16(11):1047–52.

