

APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEGLI INTERVENTI DI TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA IN ETA' PEDIATRICA

Il presente documento, proposto dalla commissione multidisciplinare nominata dall'Assessorato alla Salute, deve essere inteso come integrazione e adattamento alla realtà piemontese delle linee guida nazionali del 2008 circa l'appropriatezza e sicurezza degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia in età pediatrica.

E' destinato a tutti i medici coinvolti, a vario titolo, nel percorso diagnosticoterapeutico specifico ed è volto a favorire la collaborazione tra tutti i professionisti del percorso attraverso una modalità univoca di trasmissione delle informazioni cliniche, la migliore definizione dell'indicazione all'intervento e la tracciabilità del percorso che ne consenta la valutazione da parte dei professionisti stessi.

Indicazione all'intervento

La commissione regionale preposta all'analisi delle linee guida nazionali del marzo 2008 ISS concorda sulle seguenti indicazioni.

Coerentemente con quanto contenuto nella linea guida ministeriale 2008 l'indicazione all'intervento è rivolta a due differenti aspetti clinici della patologia adenotonsillare:

- tonsillite acuta ricorrente
- sindrome ostruttiva respiratoria

Tonsillite ricorrente

In accordo con quanto proposto nella linea guida ministeriale l'indicazione alla tonsillectomia viene posta in presenza di almeno 5 episodi/anno.

Gli episodi debbono essere:

- presenti da almeno un anno;
- invalidanti;
- tali da impedire le normali attività.

E' utile un ulteriore periodo di osservazione di almeno 6 mesi – 1 anno (nei casi meno gravi) per valutare l'andamento della sintomatologia.

In deroga a tali indicazioni può essere ammessa, seppure eccezionalmente, l'indicazione all'intervento in caso di tonsillite complicata da:

- gravità degli episodi o loro significativo impatto sullo svolgimento delle normali attività scolastiche o voluttuarie;
- ascesso peritonsillare, soprattutto se recidivante;
- particolari patologie da valutare caso per caso

Sindrome ostruttiva respiratoria

In accordo con quanto proposto nella linea guida ministeriale 2008 la diagnosi di OSAS *“si raccomanda di adottare un approccio diagnostico integrato, clinico e strumentale”*

La diagnosi di OSAS è importante ai fini dell'indicazione elettiva all'intervento di adenotonsillectomia e per determinare il rischio post operatori di tali soggetti

L'intervento di elezione è l'adenotonsillectomia.

Al fine di non sovraccaricare i servizi attualmente attivi, si ritiene che lo studio strumentale del sonno debba essere prioritariamente eseguito nei casi di russamento persistente eventualmente associato ad apnee (riferite dai genitori) in pazienti che presentino almeno una delle seguenti condizioni:

- età inferiore ai 3 anni;
- accrescimento staturo-ponderale inferiore al 3° per centile;
- ADHD (sindrome da deficit di attenzione-iperattività) diagnosticato dallo specialista neuropsichiatrica infantile;
- patologie malformative cranio-facciali;
- sindrome di Down;
- patologie neuromuscolari.

In caso di pazienti con OSAS definita strumentalmente l'intervento di adenotonsillectomia deve essere inserito in lista di attesa come classe B (intervento entro 60 giorni) salvo specifiche situazioni d'urgenza.

La commissione regionale concorda sulla necessità di aumentare l'offerta di tali esami strumentali al fine di poter accrescere le possibilità di screenare il rischio post operatorio.

Altre indicazioni

Al momento attuale non vi sono evidenze scientifiche all'indicazione alla adenotonsillectomia in presenza di:

- deformazione del palato
- malocclusione dentaria.

L'indicazione può essere posta solo se sono verificate le condizioni ostruttive indicate precedentemente.

Salvo casi particolari l'indicazione all'intervento di adenoidectomia senza tonsillectomia può essere posta in caso di otite cronica (sierosa, purulenta, colesteatomatosa) o acuta ricorrente solo in presenza di ipertrofia adenoidea di grado III-IV.

Non vi sono evidenze sull'utilità dell'intervento nella sindrome PFAPA e nel portatore sano di SBEGA.

ASPETTI CLINICO-ORGANIZZATIVI DELLA CHIRURGIA ADENO TONSILLARE

La commissione regionale, a fronte della estrema variabilità di percorsi diagnostico-assistenziali in ambito regionale, dopo ampia discussione, accettando uno scostamento dalle linee guida nazionali 2008, propone i seguenti criteri per quanto attiene le modalità di ricovero.

Esami preoperatori

Si ritiene utile eseguire di routine i seguenti esami (peraltro non previsti dalla LG nazionali):

- Emocromo
- PT, PTT
- ECG

Presupposto fondamentale per l'appropriatezza della fase preoperatoria è un'accurata visita preoperatoria ORL e anestesiologicala finalizzata ad escludere la presenza di fattori di rischio.

Se riscontrati è necessario procedere ad ulteriori approfondimenti da valutare caso per caso.

In presenza di alterazione dei test della coagulazione, o di anamnesi positiva per patologia emorragica, è necessario inviare i pazienti presso i competenti centri di riferimento per lo studio delle patologie coagulative (LG ISS 2008).

Modalità di ricovero per l'intervento

La modalità normale di effettuazione degli interventi di adenotonsillectomia è la one-day surgery (1 pernottamento).

Può essere eseguito un ricovero ordinario:

- in presenza di complicanze post-operatorie;
- paziente a rischio di complicanze post-operatorie (LG ISS 2008);
- per problemi logistici;
- necessità di monitoraggio post-operatorio.

Gestione della fase post-operatoria

Ordinariamente la gestione della fase post-operatoria deve prevedere:

- terapia antidolorifica: preferibilmente paracetamolo;
- terapia infusionale: non si ritiene necessario il mantenimento di una terapia infusionale idratante oltre le prime 3-4 ore dopo l'intervento, salvo casi clinici specifici; la terapia idratante deve basarsi su soluzioni elettrolitiche, evitando l'uso esclusivo della soluzione glucosata;
- terapia coagulante: non vi sono evidenze scientifiche sull'utilità della profilassi dell'emorragia dopo adenotonsillectomia; si ritiene quindi non necessario l'utilizzo routinario di agenti antifibrinolitici e la loro prescrizione va valutata caso per caso; in presenza di complicanza emorragica di natura coagulopatica (non correlata a motivi chirurgici) la migliore condotta è l'utilizzo di fattore VII e contestualmente l'invio tempestivo di un campione di sangue presso il centro dello studio della coagulazione di riferimento;

- monitoraggio cardiorespiratorio post-operatorio: necessario per 24 ore nel paziente affetto da OSAS a rischio (desaturazioni inferiori all'80% nella registrazione del sonno nella fase preoperatoria); in questi casi l'intervento deve essere eseguito in strutture sanitarie dotate di servizio di terapia intensiva;
- deve essere previsto un controllo postoperatorio specialistico-chirurgico 7-10 giorni dopo l'intervento.

Il lavoro della commissione regionale pone le basi per raggiungere gli obiettivi dell'Assessorato rispetto al tema in oggetto, che sono quelli di perseguire l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi e di dare uniformità al percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in tema di adeno tonsillectomia.

L'obiettivo potrà essere raggiunto solo con la condivisione da parte della comunità regionale degli specialisti ORL, dei pediatri, degli anestesisti e attraverso interventi di informazione-educazione alla salute rivolti alle famiglie.

Il Direttore Regionale
Vittorio DEMICHELI
Firmato in originale

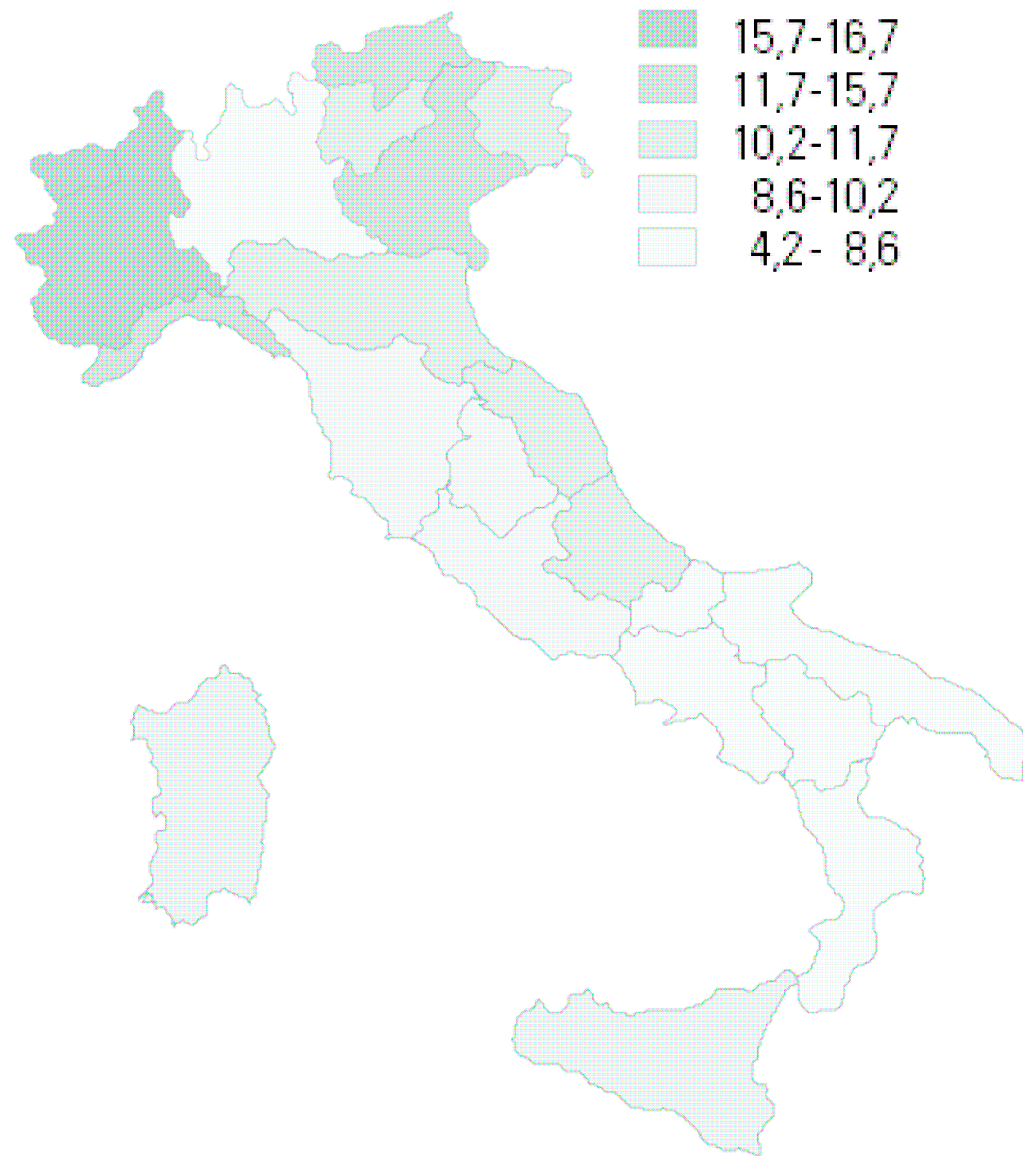
Gli interventi di tonsillectomia in Piemonte

A cura di

Roberto Gnani

Servizio di Epidemiologia- ASL TO3

Tassi std. di tonsillectomia con o senza adenoidectomia nelle regioni italiane

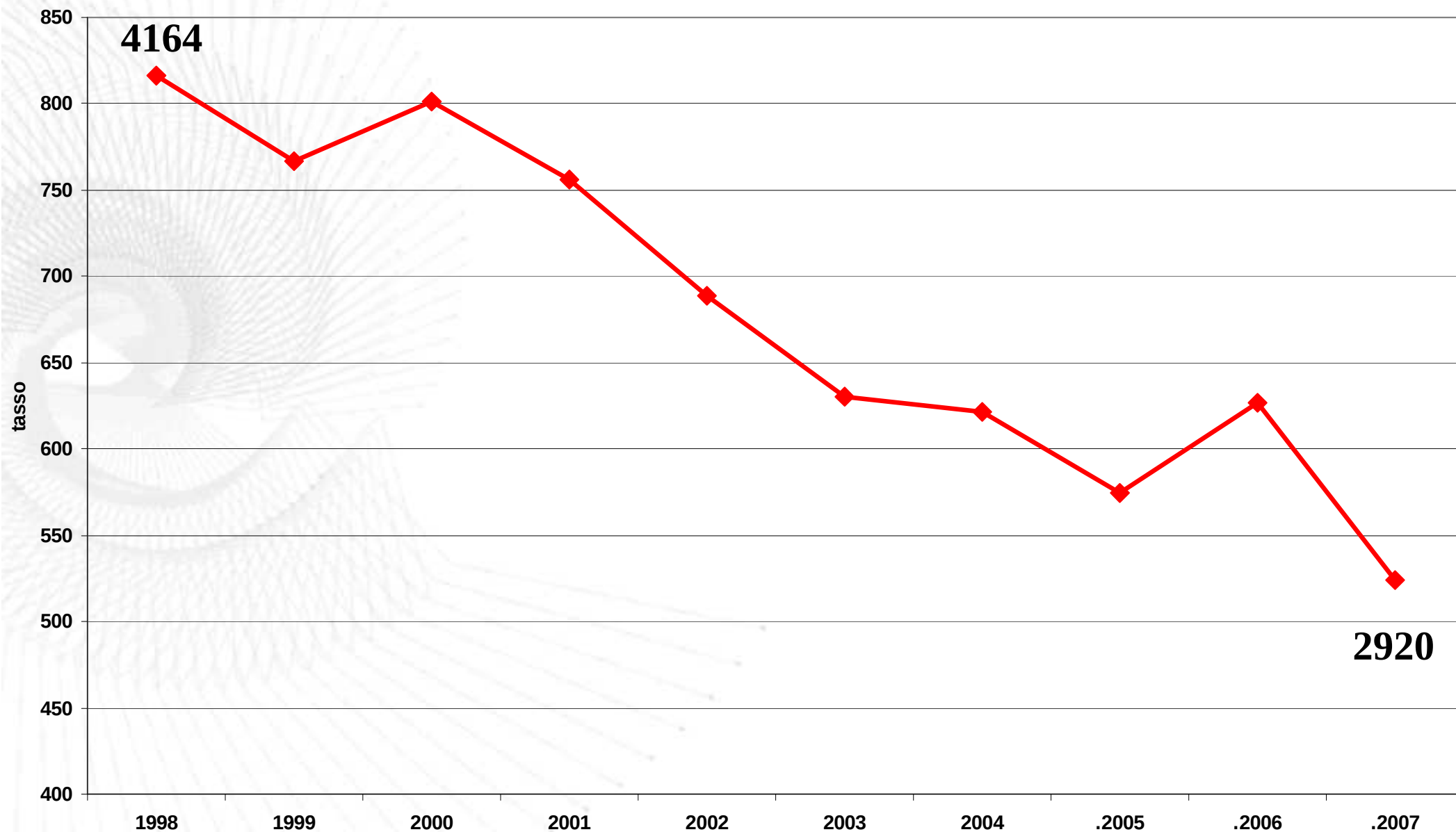


Regione	2000	2004
Abruzzo	13,06	11,67
Basilicata	3,47	4,22
Bolzano	15,98	14,83
Calabria	5,15	6,04
Campania	9,26	7,31
Emilia Romagna	11,62	11,06
Friuli Venezia Giulia	12,58	11,26
Lazio	10,89	9,76
Liguria	16,35	15,65
Lombardia	10,60	9,45
Marche	14,30	10,43
Molise	6,10	8,19
Piemonte	19,04	16,64
Puglia	5,41	4,53
Sardegna	7,28	8,60
Sicilia	10,23	9,69
Toscana	9,23	9,03
Trento	8,49	10,20
Umbria	11,29	8,63
Valle d'Aosta	18,75	16,31
Veneto	12,36	11,85

Fonte: ISS - SNLG

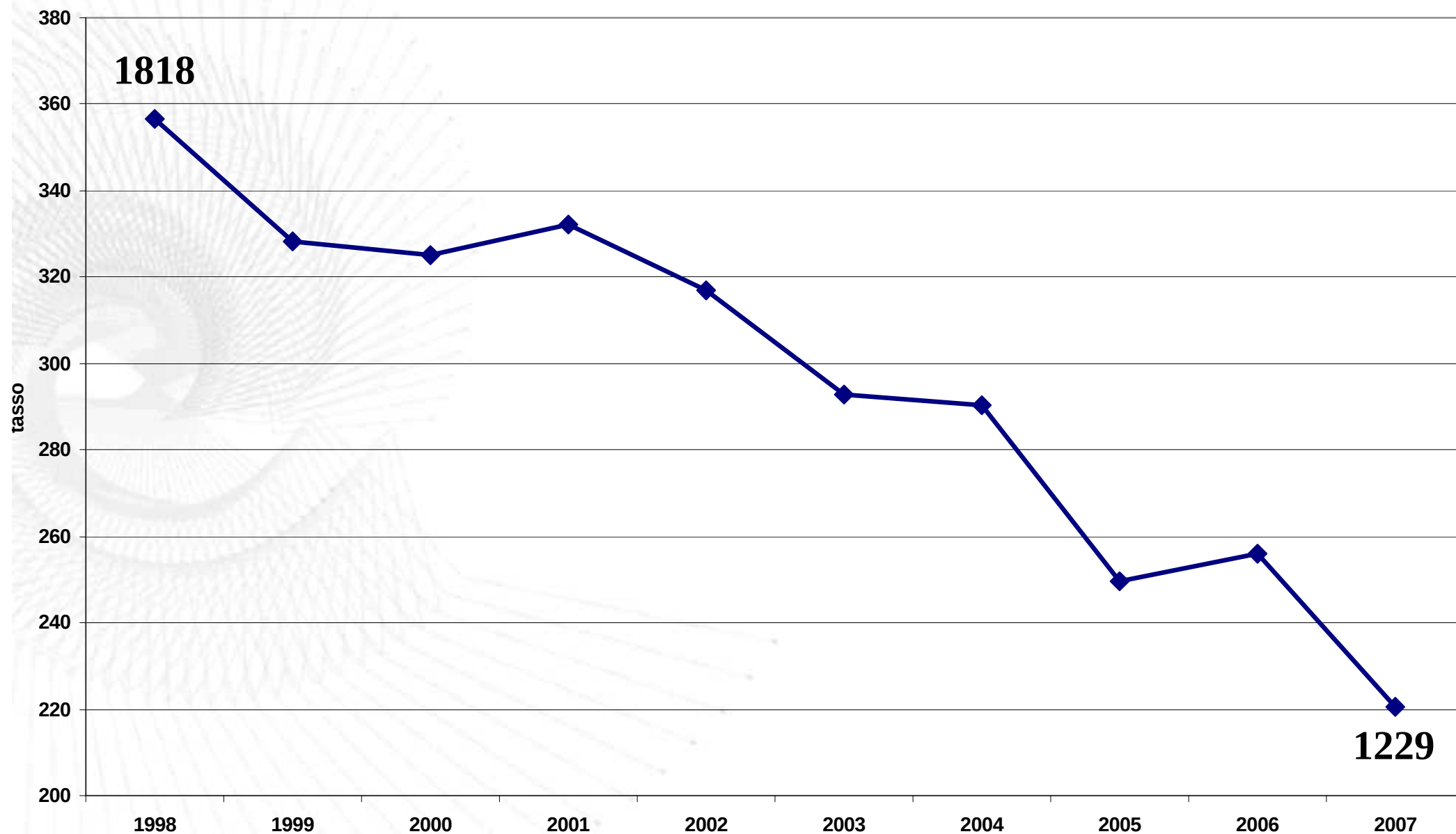
Tonsillectomia con adenoidectomia in residenti in Piemonte 1998 - 2007

età ≤ 14 anni; tassi $\times 100.000$



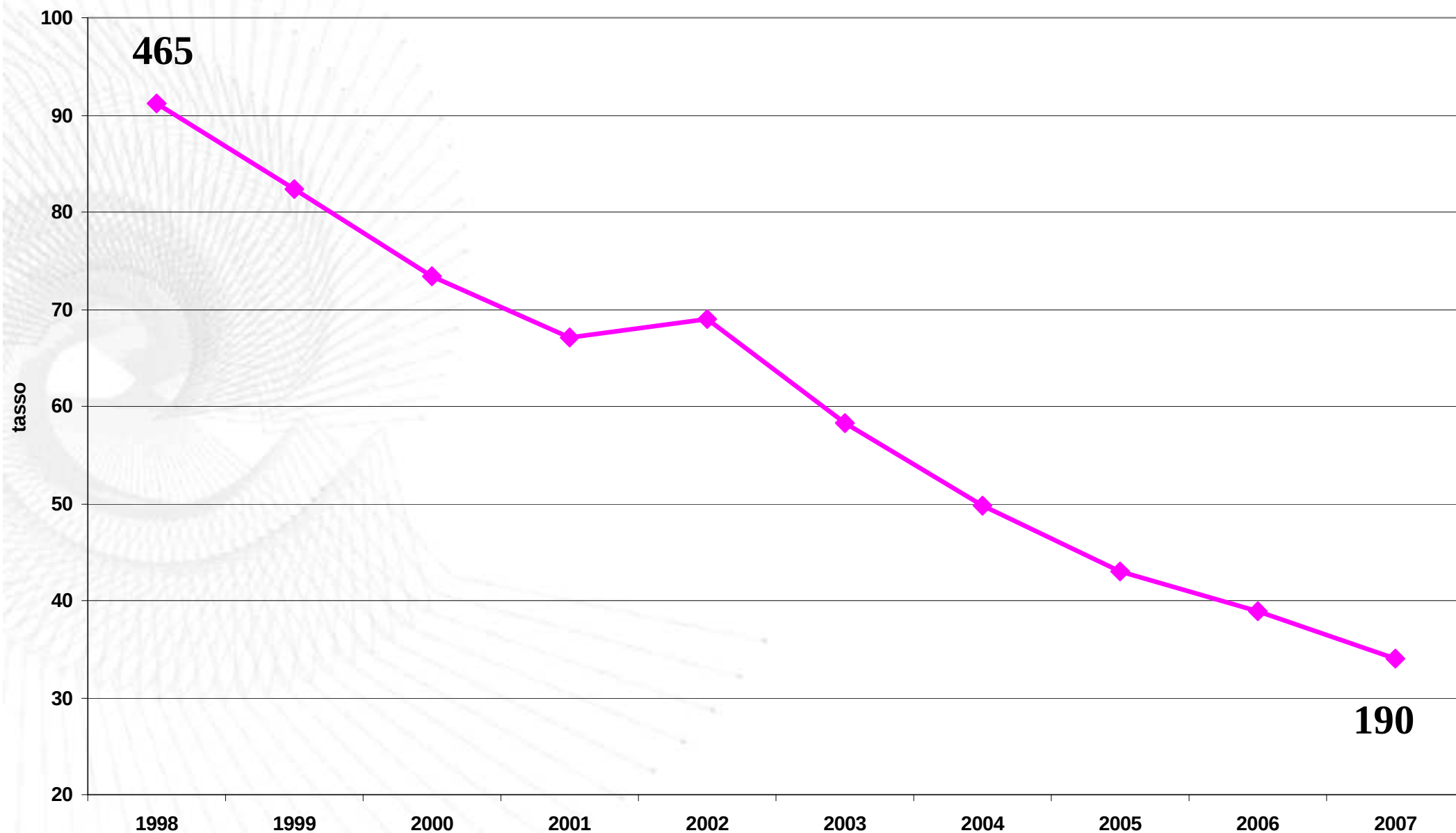
Adenoidectomia isolata in residenti in Piemonte 1998 - 2007

età ≤ 14 anni; tassi $\times 100.000$

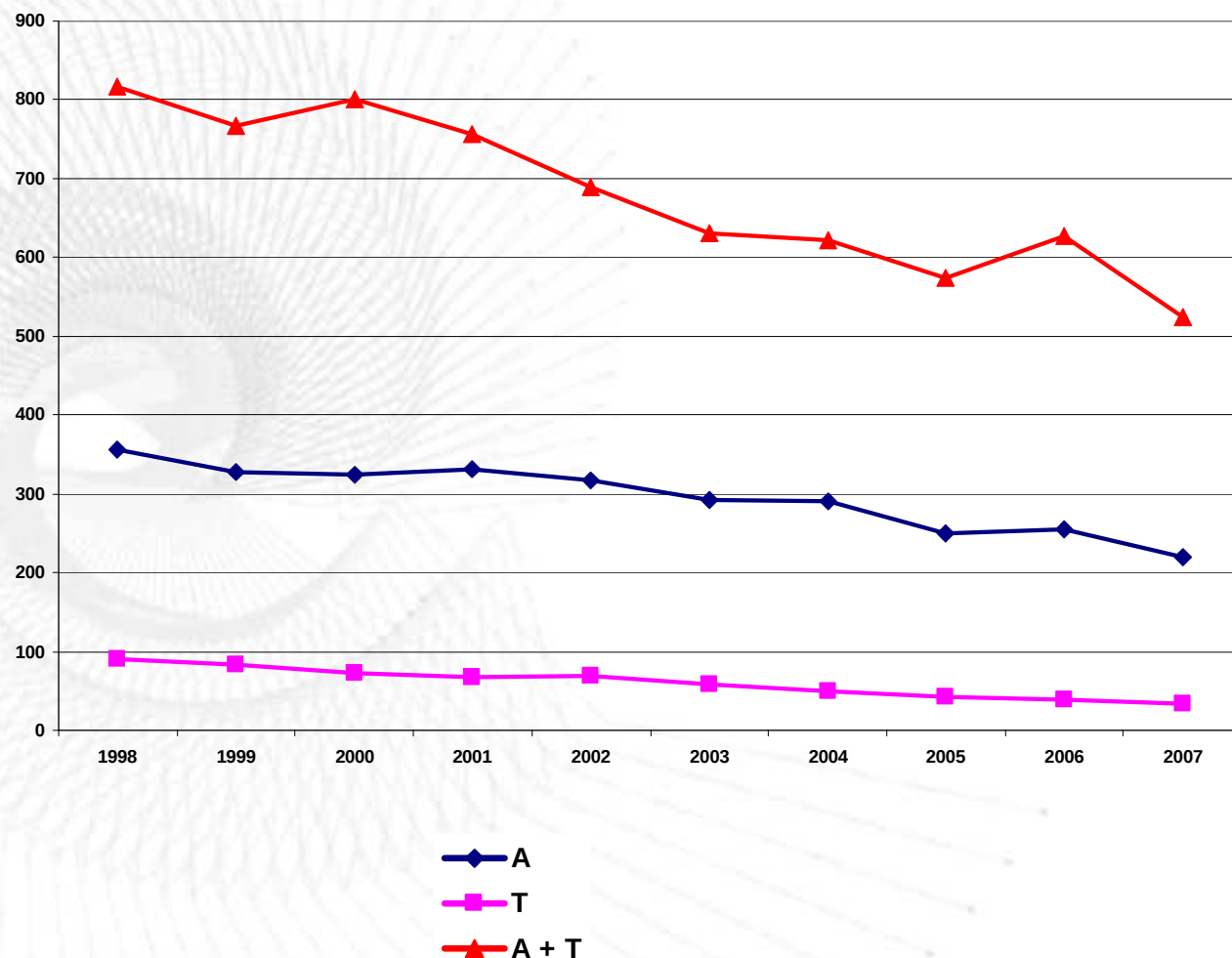


Tonsillectomia isolata in residenti in Piemonte 1998 - 2007

età ≤ 14 anni; tassi $\times 100.000$



Variazione in 10 anni in residenti in Piemonte 1998 - 2007; età ≤ 14 anni



T + A
-38%

A
-38%

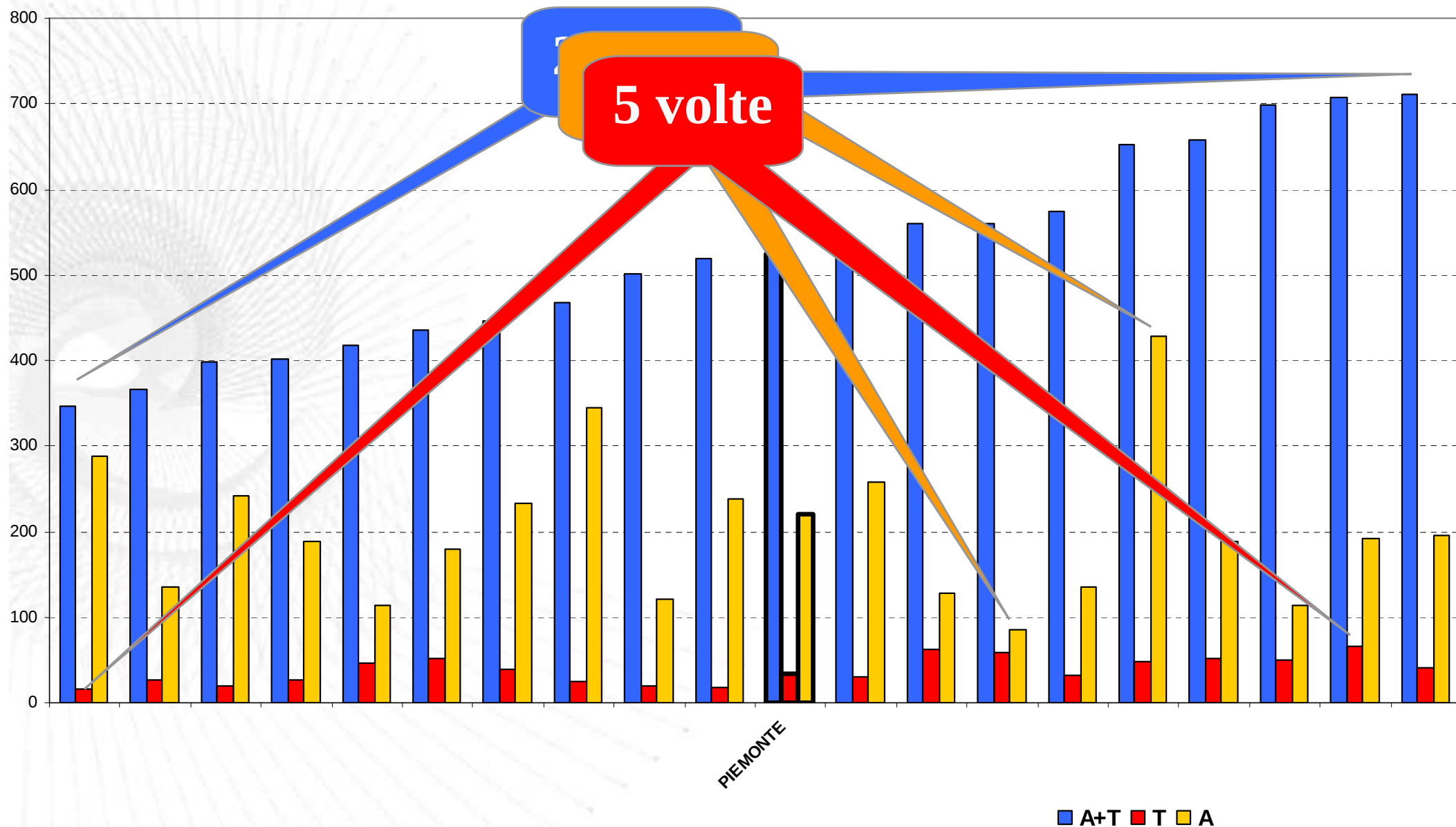
T
- 63%

Primi 10 DRG pediatrici in Piemonte; anno 2006

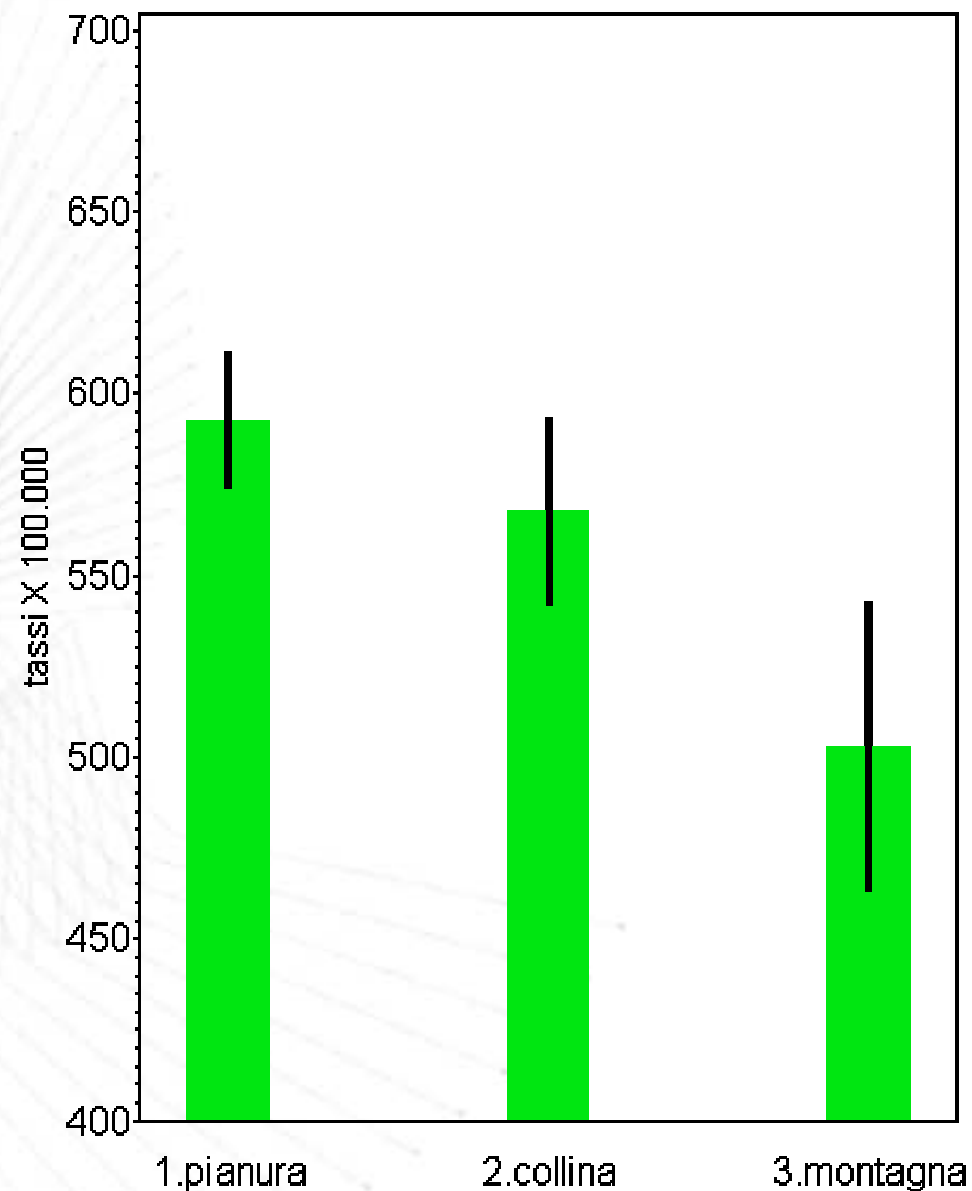
DRG	PROCEDURA	PERCENTUALE
060	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA	12,3
298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DISTURBI DEL METABOLISMO	6,5
184	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE APP. DIGERENTE	5,2
026	CONVULSIONI E CEFALEA	4,4
091	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE	3,2
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	3,1
070	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE	3,1
167	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA	2,6
333	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE	2,2
098	BRONCHITE E ASMA	2,1

Interventi per ASL di residenza nel 2007; età ≤ 14 anni

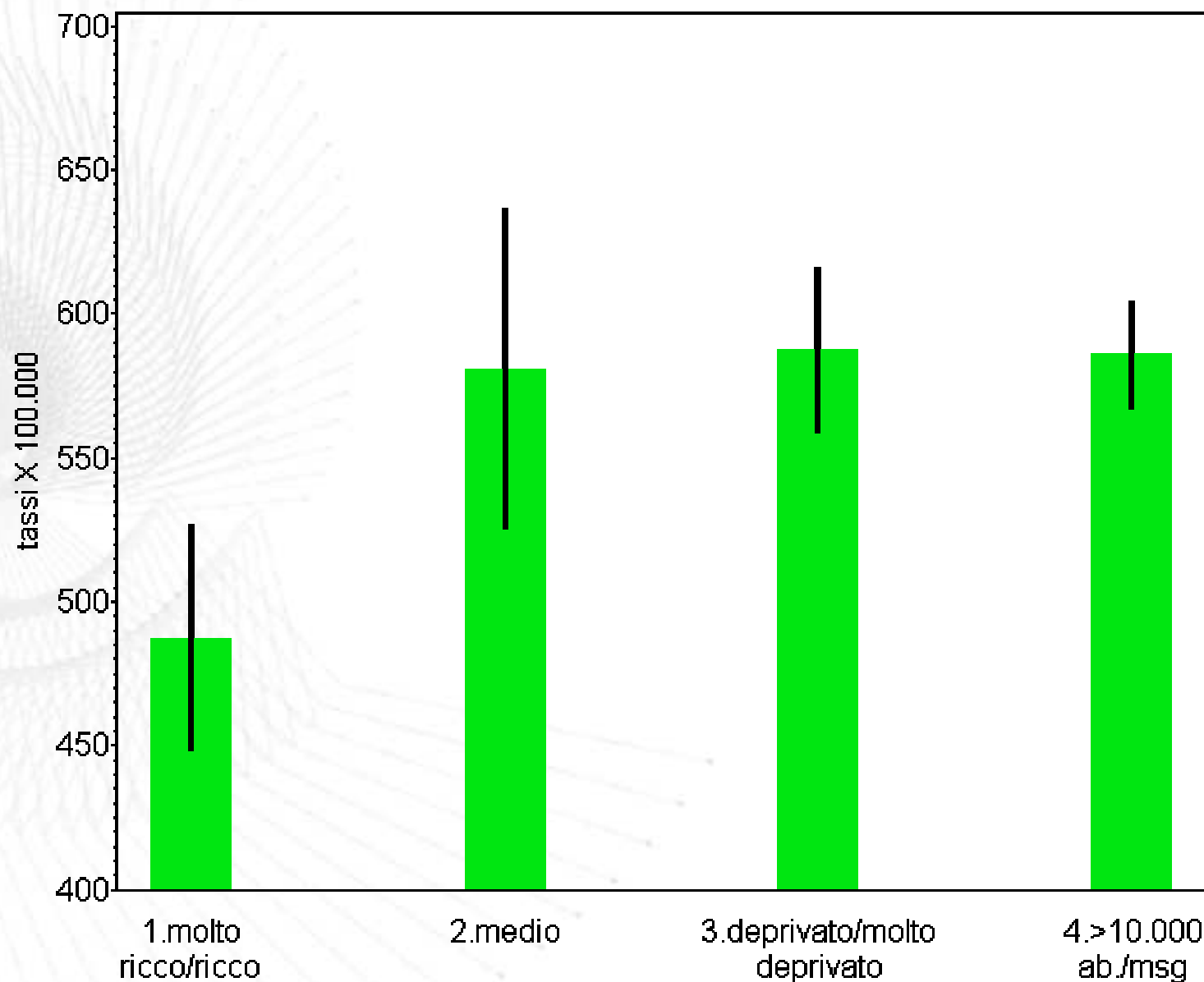
tassi x 100.000



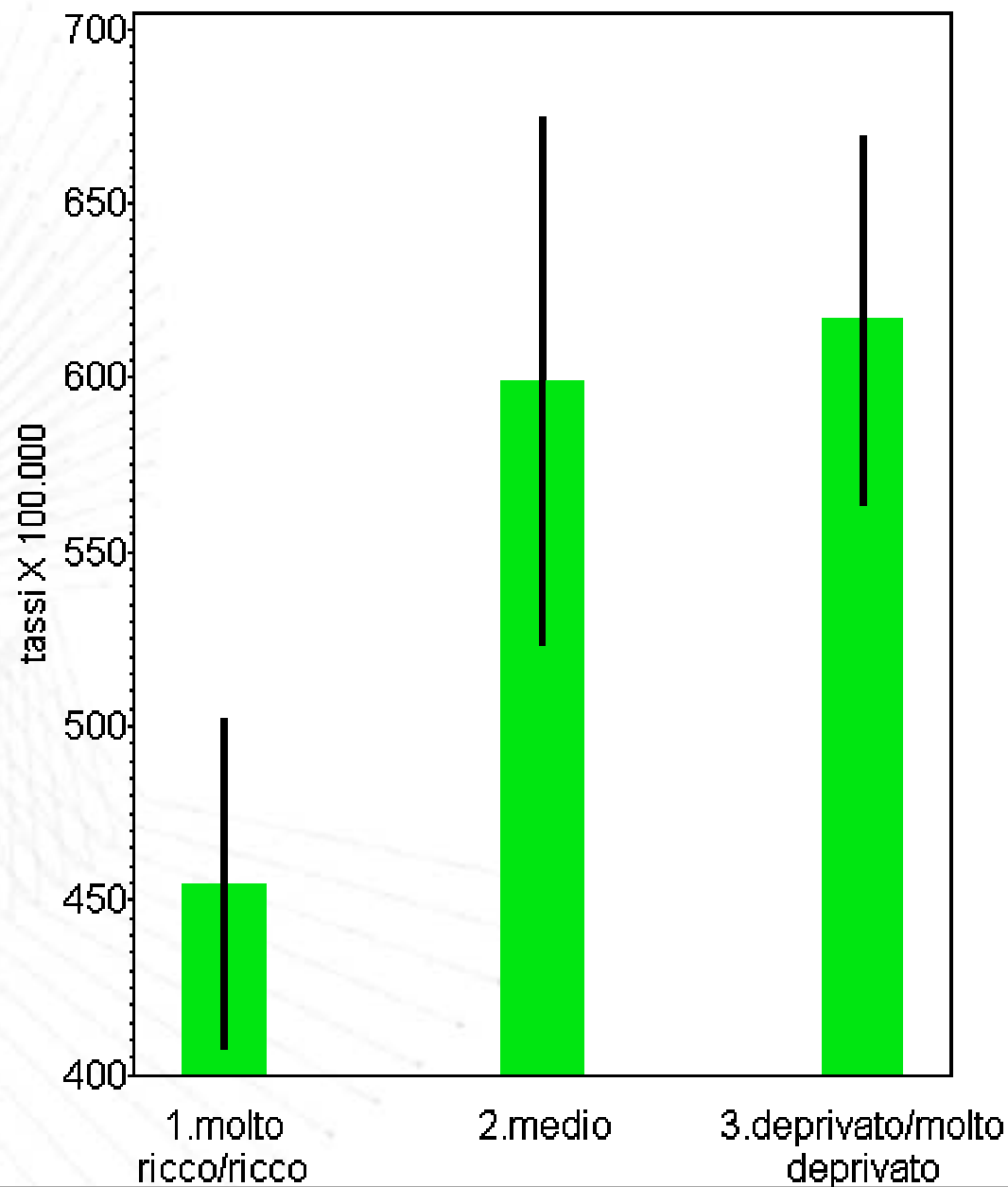
Adenotonsillectomia per area altimetrica di residenza 2006/2007 età ≤ 14 anni



Adenotonsillectomia per indice di deprivazione del comune di residenza 2006/2007 età ≤ 14 anni



Adenotonsillectomia per indice di deprivazione della sezione di censimento a Torino 2004/2005 età ≤ 14 anni



- **il Piemonte è la regione con il più alto tasso di tonsillectomie in Italia**
- **il trend è in costante diminuzione**
- **in presenza di un'importante variabilità intraregionale nel ricorso a queste procedure**

Tonsillectomie in Inghilterra e Galles

The rise in the incidence of tonsillectomy is one of the major phenomena of modern surgery

... a child living in Rutlandshire is nineteen times more likely to undergo tonsillectomy than one living in Cambridgeshire

The social incidence of tonsillectomy is the most puzzling feature of its aetiology...

Although tonsillitis seems common to all classes of society, the incidence of tonsillectomy is at least threefold heavier in the children of the well-to-do

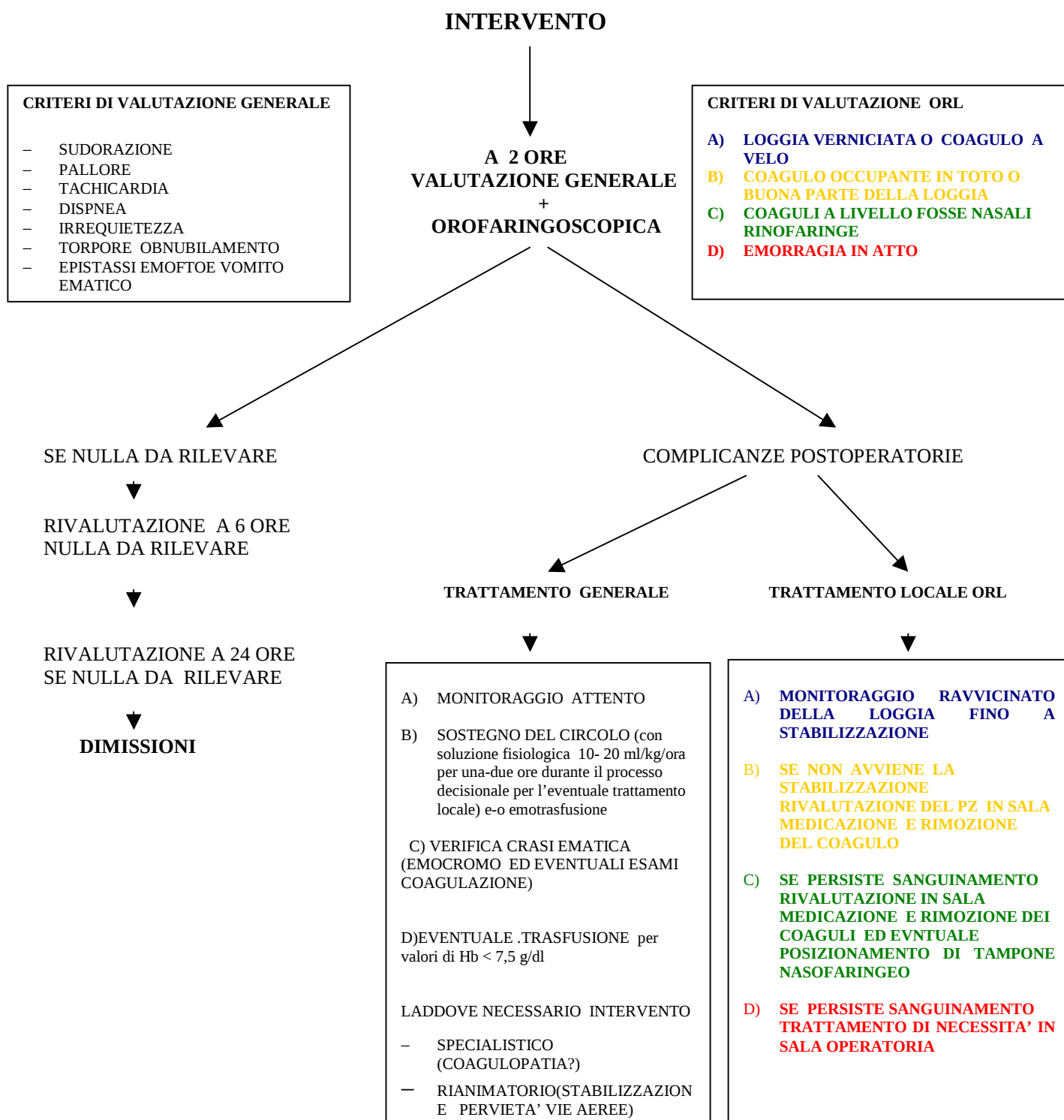
Proceedings of the Royal Society of Medicine

Vol. XXXI:1219 – 1233; 1936

Raccomandazioni relative al “Profilo assistenziale nel post operatorio in tutti gli interventi di A+T”, finalizzate ad una dimissione appropriata del paziente minore, proposte dal gruppo di lavoro regionale per la appropriatezza e sicurezza degli interventi di A+T.

La sorveglianza postoperatoria, a cura del medico e dell'infermiere del reparto, deve permettere di:

1. rassicurare il bambino e i familiari sulla normalità dell'evoluzione post intervento
2. rilevare i sintomi di disagio (dolorabilità, difficoltà all'alimentazione, malessere, ecc) e rimuoverli secondo le indicazioni delle linee guida
3. diagnosticare e trattare tempestivamente le possibili complicanze generali e/o locali , con riferimento alle linee guida ISS marzo 2008.



Raccomandazioni relative al “Profilo assistenziale nel post operatorio negli interventi di A+T in pazienti con OSAS a rischio di complicanze respiratorie post-operatorie” proposte dal gruppo di lavoro regionale per la appropriatezza e sicurezza degli interventi di A+T.

In accordo con le linee guida ISS marzo 2008 si raccomanda, al fine di ottenere una corretta diagnosi di O.S.A.S. in un paziente che presenti una sintomatologia suggestiva per questa patologia (russamento notturno persistente, riferite apnee nel sonno etc) un approccio integrato, clinico e strumentale

Individuazione dei soggetti OSAS a rischio

Con riferimento alle linee guida ISS marzo 2008 si definiscono come soggetti a rischio

1) in base alle risultanze dell'esame clinico:

- i bambini di età inferiore ai 3 anni
- i bambini affetti dalle seguenti comorbidità: asma, obesità, sindrome di Down, anomalie cranio-facciali tra cui retro-e micrognazia, malattie neuromuscolari

2) in base alle risultanze delle indagini strumentali i bambini che, in una registrazione strumentale del sonno effettuata con attrezzatura idonea e refertata da personale qualificato, presentino un nadir dell'SaO₂ < o = all'80%.

La sorveglianza postoperatoria, a cura del medico e dell'infermiere del reparto, deve permettere di prevenire e rilevare tempestivamente l'insorgenza di possibili complicanze respiratorie e di porre in atto gli opportuni presidi terapeutici

- somministrazione di O₂ con attrezzatura e modalità adeguate all'età e al peso del bambino
- in caso di persistenza o aggravamento del quadro, messa in allerta dello specialista rianimatore per valutare l'opportunità di intraprendere una ventilazione nelle opportune modalità (non-invasiva o invasiva)

Modalità dell'assistenza intra-e post-operatoria nei soggetti a rischio

Con riferimento alle linee guida ISS marzo 2008:

- in tutti i pazienti affetti da O.S.A.S. è sconsigliato l'impiego di oppioidi in corso di intervento e nel post-operatorio a scopo antalgico, dato il maggior rischio di insorgenza di depressione respiratoria
- i bambini affetti da OSAS e appartenenti alle categorie a rischio sopra riportate devono essere sottoposti a monitoraggio pulsossimetrico allarmato continuo per 24 ore, e comunque almeno fino al mattino successivo all'effettuazione dell'intervento
- i bambini affetti da OSAS e appartenenti alle categorie a rischio sopra riportate devono essere ricoverati ed operati in strutture dotate di una terapia intensiva in grado di assistere pazienti in età pediatrica
- si raccomanda l'effettuazione dell'intervento nelle ore antimeridiane

Si ricorda che per le malattie neuromuscolari il riferimento è la Rete per l'assistenza respiratoria di cui alle DGR 98-10264 dell'1.8.2003 e 13-14538 del 10.1.2005 (assistenza minori).

CODICI DIAGNOSI						CODICI INTERVENTI / PROCEDURE			
Diagnosi principale			ICD9CM	diagnosi secondaria	ICD9CM	Intervento principale	ICD9 CM	Procedura secondaria	ICD9CM
CAUSE OSTRUTTIVE	ipertrofia della tonsilla con adenoidi		474,10			adenoidectomia con tonsillectomia	28.3		
	ipertrofia isolata delle tonsille		474,11			tonsillectomia	28.0		
	ipertrofia isolata delle adenoidi		474,12			adenoidectomia senza tonsillectomia	28.6		
	apnea ostruttiva nel sonno **		327.23						
CAUSE INFETTIVE	con meno di 5 episodi all'anno	tonsillare <5 episodi/anno	474,00						
		adenoidi <5 episodi/anno	474,01						
		adenotonsillare <5 episodi/anno	474,02						
	con più di 5 episodi all'anno	tonsillare >5 episodi/anno	474,9						
		adenoidi >5 episodi/anno	474,9						
		adenotonsillare >5 episodi/anno	474,9						
		sindrome PFAPA	528,2						
		otite media acuta ricorrente	381,01						
		otite media sierosa	381,10						
		rinosinusite ricorrente o cronica	473,2						
				adenite, linfadenite laterocervicale	289,1				
				linfadenomegalia	785.6				
				uno o più ascessi peritonsillari	475				
				convulsioni febbrili	780,31				
				patologie malfornative dell'AR e AC o altre gravi malattie croniche	da 740-759 cap. 14 ICD9CM				

** NB: la diagnosi di O.S.A.S. = **codice 327.23** va posta secondo le indicazioni della linea guida "Appropriatezza e sicurezza degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia" emanata dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nel marzo 2008.

In particolare è raccomandato un approccio diagnostico integrato clinico e strumentale. Per quanto attiene alla parte strumentale, l'esame del sonno nei suoi diversi livelli di complessità (pulsossimetria e polisonnografia) va effettuato con le modalità prescritte:

- pulsossimetria notturna domiciliare con apparecchio registrante che consenta al medico refertatore il controllo pletismografico della qualità del segnale per ogni singolo episodio di desaturazione

- polisonnografia, anche in regime domiciliare, con montaggio comprensivo dei sensori di flusso nasale (nasocannule) e delle bande pletismografiche per il rilievo dei movimenti toraco-addominali

L'appropriatezza dell'utilizzo del codice, conseguente al corretto impiego delle tecniche sopradescritte, potrà essere sottoposta alle opportune verifiche