

Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?

Laura Dell'Edera*, Federica Zanetto**, Michele Gangemi***

*Pediatria di base, ACP Puglia e Basilicata; **Pediatria di base, ACP Milano e Provincia; ***Pediatria di base, ACP Verona

Abstract

Congenital obstruction of nasolacrimal duct: what is the right time for probing?

The problem analysed in this scenario considers the opportunity and the timing of probing in a 5 month old infant with bilateral congenital obstruction of nasolacrimal duct and recurrent dacryocystitis. The paediatrician, after a traditional research of literature through books, and the consult with an expert, tries to verify the actual state of knowledge through a research on PubMed (in the Clinical Queries mask). A double study is found: a prospective randomised trial and an observational one. The very low number of recruited patients doesn't permit definite conclusions based on evidences. The paediatrician then takes into account parent's anxiety and doesn't simply reassures them, but using the available knowledge and precise communicating strategies, tries to share the decision of "watchful waiting" with a possible reevaluation as the only proposable solution at the moment.

Quaderni acp 2004; 11(6): 268-269 and 279

Key words Nasolacrimal duct congenital obstruction. Probing. NNT. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda i tempi di attesa prima di prendere in considerazione l'ipotesi del sondaggio del canale naso-lacrimale in un bambino di 5 mesi con stenosi bilaterale e dacriocistiti ricorrenti. La pediatra, dopo una ricerca tradizionale cartacea e la consultazione dello specialista, verifica lo stato attuale delle conoscenze anche con una ricerca su PubMed (nella maschera "Clinical Queries"), che le permette di reperire uno studio doppio (un trial randomizzato prospettico e uno osservazionale): i numeri molto bassi dei pazienti reclutati rendono però poco affidabile tranne evidenze conclusive. Senza minimizzare comunque la preoccupazione dei genitori né ricorrere alla semplice rassicurazione, attraverso il filtro delle conoscenze disponibili e alcune precise strategie comunicative, individua con loro la soluzione della "vigile attesa" e della rivalutazione a distanza come l'unica possibile in quel momento per il bambino.

Parole chiave Stenosi congenita del canale naso-lacrimale. Sondaggio. NNT. Counselling

Lo scenario

Claudio, 5 mesi, presenta dalla nascita una stenosi del canale naso-lacrimale bilaterale (SCCNL) e frequentemente va incontro a infezioni del sacco lacrimale. La pediatra ha già parlato ai genitori della benignità del problema, consigliando, fin dalle prime visite, lavaggi nasali e massaggio con frequenza giornaliera, e l'utilizzo di un collirio antibiotico nel momento del peggioramento. Ha previsto inoltre nel secondo semestre di vita del bambino un eventuale controllo oculistico per valutare la necessità di un intervento di sondaggio (*probing*).

Background

I canali lacrimali si sviluppano in una colonna di ectoderma nel sottocutaneo dell'incavo naso-ottico. La canalizzazione si completa intorno alla nascita e un'ostruzione membranosa può persiste-

re nel tratto più basso (valvola di Hasner). Dal 6% al 20% dei neonati sviluppano durante il primo mese di vita i sintomi dell'ostruzione congenita del canale naso-lacrimale, il cui esito più comune è la risoluzione spontanea senza trattamento (solo 0,7% di questi bambini ha ancora una sintomatologia persistente a 12 mesi).

La terapia primaria della SCCNL è il massaggio naso-lacrimale, associato a pulizia di palpebre e naso. Gli antibiotici topici vanno usati solo in caso di importante secrezione mucopurulenta.

Il trattamento chirurgico standard, condotto in anestesia generale, è il sondaggio (*probing*) del canale naso-lacrimale con una sonda sottilissima che ne lacera la membrana nel tratto più basso. Sull'età ottimale per il *probing* mancano studi controllati e una reale valutazione dei rischi e delle complicanze della procedura.

I genitori di Claudio tornano in ambulatorio, riproponendo il problema, dopo una terapia con collirio antibiotico.

Mamma "Dottorressa, il bambino ha ancora gli occhi con tanta secrezione... gli avevamo già dato il collirio antibiotico due settimane fa, si ricorda?... adesso è ancora uguale, era passato, e poi torna..."

Papà "Lei ci ha già detto che spesso è un problema che si risolve da solo..."

Pediatra "Cosa è concretamente quello che vi preoccupa?"

Mamma "Vediamo che non migliora... fino a quando dobbiamo aspettare..."

Papà "Anche il figlio del mio collega ha lo stesso problema e l'oculista ha parlato di intervento se la situazione non migliora..."

Mamma "E poi a casa tutti insistono perché sentiamo anche noi un altro parere..."

Pediatra "Su questo sono d'accordo, ne avevamo già parlato... possiamo anticipare la visita oculistica e definire meglio il percorso da seguire. Vediamo intanto se Claudio deve rimettere il collirio anche questa volta..."

Guardiamo dentro genitori e pediatra Cosa hanno in mente i genitori...

- hanno una preoccupazione
- hanno suggerimenti e pareri "non ufficiali" da verificare

Cosa fa la pediatra...

- formula una *domanda-stimolo*, empatica, che sollecita i genitori ad esprimere il proprio punto di vista rispetto al problema
- *non minimizza* la preoccupazione dei genitori
- *definisce* con i genitori un obiettivo e le tappe successive

Cosa dice (o non dice) l'Evidence Based Medicine

La pediatra fino a quel momento ha dato ai genitori informazioni basate su quanto riportato in un testo specifico di oftalmopediatria, di facile consultazione,

Per corrispondenza:
Federica Zanetto
e-mail: zanetof@tin.it

TABELLA 1: SUCCESSI E INSUCCESSI (TCR)

Randomised Controlled Study 26 occhi (22 pz)	Probing a 12-14 mesi	Nessun trattamento fino a 24 mesi
Successi	8	7
Insuccessi	2	9
Cure Rate %	80%	43%

TABELLA 2: SUCCESSI E INSUCCESSI (STUDIO OSSERVAZIONALE)

Prospective Observational Study 63 occhi (55 pz)	Probing a 11-15 mesi	Nessun trattamento fino a 24 mesi
Successi	21	23
Insuccessi	8	11
Cure Rate %	73%	68%

TABELLA 3: ANALISI DEGLI EVENTI PRESENTATI DAGLI AUTORI

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Risoluzione ostruzione CNL	7/16 43%	8/10 80%	0,86	37	2,7 IC: 2,4-8539,2

CER = Control Event Rate; EER = Experimental Event Rate; RBI = Relative Benefit Increase; ABI = Absolute Benefit Increase (per le definizioni vedi Quaderni acp 2004;5:219)

pubblicato sette anni prima (*ricerca tradizionale*). Per verificare lo stato attuale delle conoscenze sul trattamento dell'ostruzione congenita del dotto naso-lacrimale e poter quindi fornire delle indicazioni aggiornate, utili e corrette rispetto alla situazione di Claudio, in attesa di conoscere anche il parere dell'oculista (*consultazione dell'esperto*), decide di procedere alla *ricerca in banca dati*, a partenza dalla domanda in tre parti:

- si chiede in sostanza se, in un lattante affetto da stenosi congenita del canale lacrimale [POPOLAZIONE], la precocità dell'intervento di sondaggio del canale naso-lacrimale [INTERVENTO] dà effettivamente migliori risultati rispetto al procrastinarlo oltre l'anno [OUTCOME].

Pone dunque il quesito: **Lacrimal Duct Obstruction/Congenital AND Therapy**; selezionando *Category, Therapy Emphasis, Specific Search (narrow)* compaiono 3 articoli, tra i quali viene scelto il seguente, che sembra interessante per il caso in esame.

Articolo selezionato

Young J, et al. Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life: a multicentre trial of management. *Eye* 1996;10:485-91

Si tratta in realtà di uno studio doppio, un trial randomizzato prospettico (*tabella 1*), nel quale sono affluiti 26 occhi (22 bambini), e uno studio osservazionale, più corposo (*tabella 2*), di 63 occhi (55 bambini), nel quale sono affluiti i bam-

ni con caratteristiche utili per entrare nel trial randomizzato ma i cui genitori non avevano dato il consenso (34 occhi) e i bambini esclusi dalla randomizzazione perché avviati immediatamente al sondaggio tra 11 e 15 mesi. (29 occhi). I dati di questo secondo studio osservazionale sono proposti dagli Autori, come essi dichiarano, anche per evidenziare eventuali bias di selezione nel gruppo randomizzato. Gli obiettivi sono: stabilire la frequenza di risoluzione spontanea della stenosi congenita del canale naso-lacrimale (SCCNL) nel secondo anno di vita e comparare l'efficacia della risoluzione dopo sondaggio del canale naso-lacrimale (CNL), eseguito tra 11 e 15 mesi, rispetto alla risoluzione spontanea.

Analisi degli eventi presentati dagli Autori

In base al valore dell'NNT (*tabella 3*) bisognerebbe eseguire un intervento di sondaggio su 2,8 occhi per avere un successo in più rispetto all'attesa. L'IC 95% tra 2,4 e 8539,2 suggerisce che si può avere un beneficio in più trattando soltanto 2,4 occhi, ma anche trattandone 8539,2!. I numeri molto bassi dei pazienti reclutati sono certamente alla base di un IC così elevato, e contemporaneamente rendono poco affidabile trarre conclusioni da uno studio come questo.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

I genitori tornano con il parere dell'oculista. La pediatra ha ora degli elementi in

più per dare una risposta più consapevole ai genitori.

Mamma "Abbiamo portato Claudio dall'oculista, dottoressa...ci ha detto anche lui che quasi sempre è un problema che si risolve da solo...ci ha detto anche di continuare a fare come adesso..."

Papà "... e poi ha detto, se non dovesse proprio migliorare, di riportargli il bambino dopo gli 8 mesi per vedere se è necessario l'intervento..."

Pediatra "Allora, vediamo...quello che dice l'oculista ci è utile...ci dà conferma che la situazione di Claudio è ancora sotto controllo..."

Mamma "Abbiamo un po' di tempo ancora..."

Pediatra "Infatti... possiamo aspettare ancora qualche mese... anche gli studi che abbiamo a disposizione ci dicono che la possibilità di guarigione spontanea è elevata... Certo, se la situazione dovesse persistere, rivaluteremo anche con l'oculista se far eseguire a Claudio il sondaggio..."

Mamma "...è comunque sempre un intervento chirurgico..."

Pediatra "...che richiede l'anestesia generale... da prendere in considerazione infatti intorno al primo anno di vita e nei casi in cui l'ostruzione è più grave..."

Cosa fa la pediatra... per arrivare a una decisione condivisa

- restituisce informazioni in modo semplice, al momento giusto

continua a pag. 279

Le chiavi di casa di Gianni Amelio e quelle di Marziyeh Mashkini

segue da pag. 245

vere affidato il ruolo di protagonisti a bambini che interpretano quello che vivono. È "Piccoli ladri" dell'iraniana Marziyeh Mashkini, sul quale s'è scritto e discusso troppo poco. Da Berlino a Kabul. Due fratellini di 7 e 9 anni, Gol Ghoti e Zahed, sono rimasti completamente soli nell'inferno di una città martoriata dalla guerra.

Sono cani randagi che vagano dalla prigione dov'è rinchiusa la madre accusata di adulterio a quella del padre, inflessibile talebano che si ostina a non perdonare alla donna che, rimasta sola e senza sue notizie per anni, si è risposata per dare da mangiare ai figli.

I bambini ora raccolgono pezzi di legno nella spazzatura per rivenderli in cambio di pane e, non avendo né chiavi, né casa, si autodichiarano prigionieri di notte e chiedono ospitalità nella cella della madre.

Quando viene negata loro anche questa possibilità, seguendo il consiglio di un trafficante in erba che li spinge a seguire l'esempio del protagonista di "Ladri di biciclette", un film d'arte che a Kabul non piace a nessuno, rubano per finire in prigione, dove almeno potranno ripararsi dal freddo.

Per i bambini neo-neorealisticisti afgani i risultati saranno più amari di quelli ottenuti dall'attacchino di De Sica, perché solo Zahed riuscirà nel suo intento. Il film, infatti, si conclude senza carezze e speranze, con la piccola Gol Ghoti rimasta sola al mondo, mentre implora inutilmente che si aprano pure per lei le porte del carcere.

Anche lei, come Paolo, stanca di un handicap ugualmente riconducibile allo spasmo e all'impossibilità di crescere senza l'aiuto dei genitori, richiede le chiavi di una casa dove vivere, il lasciassero per un tetto sotto il quale dormire, una favilla di calore che faccia diventare di nessuna importanza persino le sbarre di ferro alle finestre. ♦

(1) Confluiti poi ne "Il cinema dell'handicap", Ed. C.C.R., Roma 1997

Stenosi congenita del canale naso-lacrimale: quanto attendere per il sondaggio?

segue da pag. 269

- lascia ai genitori la possibilità di riportare osservazioni
- prevede e individua con i genitori le condizioni in base alle quali rivalutare la decisione assunta

Discussione generale

I genitori di Claudio esprimono una preoccupazione rispetto a una questione su cui vorrebbero andare a fondo (*fino a quando possono aspettare prima di prendere in considerazione l'ipotesi del sondaggio del canale naso-lacrimale?*). La pediatra se ne prende carico e, con una sola buona domanda iniziale (*"che cosa è concretamente quello che vi preoccupa?"*), apre uno spazio di approfondimento rispetto a paure e timori dei genitori, che le riferiscono anche di indicazioni e consigli raccolti da fonti "non ufficiali" (collega, parenti). La pediatra non smentisce nulla, ma, in un clima di interesse comune dove sono assenti la semplice rassicurazione o affermazioni di marca negativa, apre un campo decisionale condiviso (*"su questo sono d'accordo, ne avevamo già parlato...possiamo anticipare..."*).

Nel colloquio successivo restituisce poco alla volta le sue informazioni e indicazioni di carattere medico, calibrandole sulle affermazioni dei genitori e riordinando i vari elementi emersi durante la conversazione (il parere dell'oculista, le conoscenze al momento disponibili, la "vigile attesa", la rivalutazione a distanza), che risulta nell'insieme equilibrata e attenta. La soluzione individuata (solo in presenza di segni e sintomi che depongono per una situazione di grave ostruzione e previa consultazione precoce dello specialista, può essere preso in considerazione il sondaggio del canale naso-lacrimale) viene alla fine accettata consapevolmente dai genitori come la migliore in quel momento per Claudio. ♦

Bibliografia

Frosini R, et al. Oftalmopediatria. Firenze: SEE, 1997
 Young J, et al. Congenital nasolacrimal duct obstruction in the second year of life: a multicentre trial of management Eye 1996;10(Pt 4):485-91
 Trattato di Pediatria. XVI ed 2002
 Young J, et al. Managing congenital lacrimal obstruction in general practice. BMJ 1997;315:293-6

Una bambina con tosse, disfagia e scialorrea

segue da pag. 271

- gna pensare all'ingestione di un piccolo corpo estraneo in laringe (5);
- E che l'ingestione di un corpo estraneo con localizzazione alta può esordire con una sintomatologia respiratoria acuta sia di stridore laringeo sia di broncostenosi. Solo un'attenta anamnesi e un'attenta disamina dei sintomi possono condurre alla diagnosi che, altrimenti, rischia di essere ritardata anche di settimane (6);
- E che la laringoscopia, la broncoscopia e l'EGDS sono il gold standard delle indagini per evidenziare la presenza di un corpo estraneo nelle vie aeree o in quelle digerenti (7). Trattandosi di indagini non poco invasive, in prima battuta potrebbe essere d'aiuto una radiografia del rinofaringe e delle vie aeree superiori in antero-posteriore e in latero-laterale, che secondo alcuni Autori, avrebbe una sensibilità superiore all'80% (8). Infatti, se si evidenzia qualcosa nella porzione anteriore, si tratta di corpo estraneo presente in laringe. Se invece il radiogramma mostra un'immagine anomala dietro l'ombra dei tessuti molli della laringe, si tratta di un corpo estraneo presente nell'ipofaringe o nell'esofago cervicale (9). ♦

Bibliografia

(1) Mahafza T, et al. Esophageal foreign bodies: a Jordani experience. Int J Pediatr Otorhinol 2002; 64:225
 (2) Haegen TW, et al. Chronic inspiratory stridor secondary to a retained penetrating radiolucent esophageal foreign body. J Pediatr Surg 2003;38:126
 (3) Panieri E, et al. The management of ingested foreign bodies in children: a review of 663 cases. Eur J Emerg Med 1995;2:83
 (4) Carluccio F, et al. Inhalation of foreign bodies: epidemiological data and clinical considerations in the light of a statistical review of 92 cases. Acta Otor Ital 1999;17:45
 (5) Reilly JS, et al. Prevention and management of aerodigestive foreign body injuries in child. Ped Clin North Am 1996;43:1403-11
 (6) Persaud RA, et al. Extraluminal migration of a coin in the oesophagus of a child misdiagnosed as asthma. Emerg Med J 2001;18:312
 (7) Uba AF, et al. Management of esophageal foreign bodies in children. East Afr Med J 2002;79:334-8 (abstr. da Meline)
 (8) Walner DL, et al. Utility of radiographs in the evaluation of pediatric upper airway obstruction. Ann Otorhin Laryng 1999; vol.127:453-6
 (9) Sartolome M, et al. Radiology forum: imaging quiz case, diagnosis: unsuspected laryngotracheal foreign body. Arch Otolaryngol 2001;127:453