

ÇOCUKLARDA ADENOTONSİLLEKTOMİYE GÜNCEL YAKLAŞIM

CURRENT APPROACH TO ADENOTONSILLECTOMY IN CHILDREN

Mustafa KAYMAKÇI¹ Selçuk YAZICI²

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı,
²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir

Yazışma Adresi:

Selçuk YAZICI

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çağış Kampüsü, Bigadiç Yolu, 18. km 10145 Balıkesir

E posta: mail_selcuk@yahoo.com.tr

Kabul Tarihi: 06 Mart 2012

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Adenotonsiller hipertrofi çocukluk yaş grubunda sık görülmektedir. Etkilenen çocuklarda uygun tedavi ile yaşam kalitesi belirgin artmaktadır. Ameliyat sonrası bazı vakalarda nadir ancak ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar bazen adenotonsiller hipertrofiden daha tehlikeli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle operasyona karar vermeden önce gerekirse uzun süreli izlemi de içeren çok detaylı inceleme gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Adenotonsiller hipertrofi, endikasyonlar, komplikasyonlar

SUMMARY

Adenotonsillary hypertrophy is commonly seen in pediatric population. Life quality of affected children is significantly improved by appropriate treatment. Occasionally, some rare but important post-operative complications may be observed. These complications sometimes cause health problems that are more dangerous than adenotonsillary hypertrophy. Thus a very detailed pre-operative assessment, including long period follow up if necessary, is essential.

Key words: Adenotonsillary hypertrophy, indications, complications

Giriş

Tonsiller ve adenoid doku insan organizmasının en önemli savunma sistemlerindedir. Adenotonsiller hipertrofi çocukluk çağında sık görülen hastalıklardandır. Dolayısıyla adenotonsillektomi kulak burun boğaz kliniklerinde en çok yapılan operasyonlardandır. Sık yapılmasındaki en büyük etken ameliyatın oldukça geniş yelpazede dağılım gösteren birçok endikasyonunun olmasıdır. Hastalığın pek çok komplikasyonu da vardır. Bu nedenle gerekli vakalarda cerrahi müdahale yapıldığında hastanın yaşam kalitesini büyük oranda artmaktadır.

Endikasyonlar

Tonsil ve adenoid dokusu doğumda çok küçük bir lenfoid doku iken bağışıklık sisteminin gelişmesi ve sık bakteriyel enfeksiyonlar ile karşılaşılması sonucu hipertrofiye uğrayarak hava yolunu tıkaçıcı etkiye neden olabilir^{1,2}. Hastaların muayenesinde tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu hikâyesinin olması ve enfeksiyonların şiddeti önemlidir.

Adenotonsillektomi endikasyonları kronik üst solunum yolu enfeksiyonlarından uyku apnesine kadar değişen geniş bir yelpazeyi kapsar³. Kesin endikasyonlar dışında

hekimin yorumunu gerektiren ikinci derecede önemli (isteğe bağlı) endikasyonların da olması hastanın operasyon kararı vermeden önce uzun süre ve detaylı takibini gerektirmektedir. Endikasyonların çeşitliliği hastaların semptomlarının da pek çok yönden değerlendirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Adenotonsiller hipertrofide tanı ve ameliyat kararı hikâye ve fizik muayene değerlendirilerek ayrıca polisomnografi yapılarak konulmalıdır. Adenotonsillektominin, ameliyat sonrası kişide oluşturacağı olumlu ve olumsuz etkilerin de operasyondan önce iyi bir şekilde ortaya konması şarttır. Cerrahi tedavi hastaların yaşam kalitesini yükseltmekte ise de ameliyatın kanama, velofarengal yetmezlik ve pulmoner ödem gibi yaşamı tehdit eden ciddi komplikasyonları da mevcuttur. Adenotonsillektomi endikasyonları içerisinde en öne çıkan neden; antibiyotik tedavisine yeterli cevabın alınamaması ve sık enfeksiyon geçirilmesidir (Tablo 1).

Son yıllarda hipertrofiye uğrayan adenotonsiller dokunun meydana getirdiği üst solunum yolu daralmasına bağlı hipoventilasyon ve uyku bozukluğu durumları da giderek artan operasyon nedenlerindedir^{4,5}. Tonsil ve/veya

adenoid hipertrofinine bağlı uyku bozukluğu basit horlamadan tıkayıcı uyku apnesi sendromuna (OSAS) kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Horlama basit benign bir rahatsızlık olarak kabul edilmekte ise de OSAS hayatı tehdit eden bir patolojidir ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Sağlıklı çocuklarda OSAS görülme oranı %2 iken obez çocuklarda bu oran %37 ile %46 arasında değişmektedir^{6,7}.

Tablo 1. Tonsillektomi Endikasyonları

Kesin	İsteğe bağlı
<ul style="list-style-type: none"> • Malignite şüphesi • Hemorajik tonsillit • Peritonsiller abse • Kronik obstruktif tonsil hipertrofisi • Uyku ile ilgili solunum bozuklukları (sleep-related breathing disorder) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kronik tonsillit, • Reküren akut tonsillit • Halitozis • Persiste servikal lenfadenomegali • Magma, tonsil debris • Nonobstruktif tonsil hipertrofisi • Tonsil kistleri • Tonsillolitiyazis • Febril konvülsiyonlara neden olan tonsillit atakları • Tüberküloz lenfadenit • Difteri/ B hemolitik grup A streptokok taşıyıcılığı • Eagle sendromu

Tablo 2. Brodksy ve arkadaşlarının tonsil hipertrofisi skalası

0	Tonsil dokusunun havayolu açıklığına engelleyici etkisi yok
1+	Tonsil dokusu havayolu açıklığının %25 den azını kapatır
2+	Tonsil dokusu havayolu açıklığının %25-50'sini kapatır
3+	Tonsil dokusu havayolu açıklığının %50-75'ini kapatır
4+	Tonsil dokusu havayolu açıklığını %75'den fazla kapatır

The American Academy of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery yılda üç veya daha fazla tonsillit ve/veya adenoidid geçirilmesini, medikal tedaviye dirençli kronik tonsillit tanısının olmasını ya da beta laktamaz dirençli antibiyotikler ile kontrol altına alınamayan tekrarlayan tonsillit ataklarının olması hallerinden birinin varlığını adenotonsillektomi için yeterli saymaktadır⁸.

Adenotonsillektomiye aday hastalar genellikle eş zamanlı olarak farklı üst solunum yolu rahatsızlıklarından da şikâyetçidirler. Bunlar arasında allerji, tekrarlayan otitis media, rinosinüzit, uyku apnesi hastalığı, burun tıkanıklığı ve kraniyofasial gelişim bozukluğu sayılabilir. Bu sebeple de adenotonsillektomi endikasyonu konulurken genellikle birden çok neden bir arada bulunmaktadır.

Adenotonsillektominin diğer endikasyonları içerisinde tekrarlayan orta kulak enfeksiyonları ve rinosinüzit atakları sayılabilir^{9,10}.

Tanı

Tonsil ve adenoid hastalıklarının tanısında altın standart hikâye ve fizik muayenedir. Hekim hikâyeyi sorgularken özellikle hastada uyku bozukluğu, horlama, kronik ağız kokusu varlığı, hipersomnolans ya da hiperaktivite hali, enüresis, disfaji ve düşük okul başarısı olup olmadığını sorgulamalıdır¹¹. Sistemik muayene ile baş boyun muayenesi bir bütün olarak düşünülmelidir. Adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda ağızdan solunum, diş gelişiminde bozukluk gibi ek muayene bulguları dikkatle aranmalıdır. Çocuklarda faringeal hava yolunun en dar olduğu bölge retropalatal alandır ve bu bölgede hipertrofiye uğramış tonsil ve adenoid dokuları birbiri üzerine örtük tıkanıklığa sebep olabilirler^{12,13}. Muayene sırasında Brodksy² ve arkadaşlarının önerdiği skalaya göre hava yolu tıkanması derecelendirilmelidir (Tablo 2).

Fizik muayene de sadece orofarengal hava yolu değil aynı zamanda nazal hava yolu da değerlendirilmelidir. Burada adenoid hipertrofisi, konka hipertrofisi ve septum deviasyonu araştırılmalıdır. Flexible endoskopik nasofarengoskopi ile nazal kavite, adenoid doku, tonsiller bölge incelenmeli, ayrıca velofarengal yetmezlik olup olmadığı araştırılmalıdır¹⁴.

Çocuk yaş grubunda obezite özellikle batı toplumlarında giderek artmaktadır¹⁵. Ülkemizde de obezite hem çocuk hem erişkin yaş grubunda benzer şekilde giderek artan oranlarda görülmektedir. Obezite ile paralel olarak OSAS oranı da artmaktadır. OSAS hipertansiyon, sol ventrikül anomalisi ve diyabet riskini arttırmaktadır¹⁶. Bu nedenle; adenotonsiller hipertrofisi olan çocuklarda OSAS varlığı hastanın kardiyovasküler yönden ayrıntılı incelenmesini gerektirir. Tıkayıcı uyku apnesi sendromu tanısı için en geçerli yöntem polisomnografidir.

Komplikasyonları

Cerrahi komplikasyonlar erken ve geç olmak üzere iki dönemde görülebilir. Erken dönem komplikasyonlar disfaji, bulantı, kusma, otalji, boyun ağrısı, trismus ve kanamadır. Geç dönemde ise kanama ve velofarengal yetmezlik görülebilir. Adenotonsillektominin sık yapılan bir cerrahi işlem olmasına karşın komplikasyon görüme oranı düşüktür¹⁷. Dört yaş altı çocuklarda komplikasyon gelişme oranı daha yüksektir¹⁷. Kanamanın adenotonsillektominin majör komplikasyonu olmasından dolayı hastaların ameliyata hazırlık döneminde kanama diyatezi yönünden iyi sorgulanması önemlidir. Kronik üst havayolu obstrüksiyonu olan çocuklarda kardiyopulmoner hastalık olma ihtimali yüksektir^{18,19}. Bu nedenle hekimin bu hastalarda cerrahi öncesi kardiyoloji konsültasyonu, akciğer grafisi, elektrokardiyografi ve polisomnografi yaptırması uygundur. Adenotonsillektomi

sonrası velofarengeal yetmezlik görülmesi nadirdir. Özellikle yarık damak veya submüköz defekti olanlarda risk yüksektir, bu nedenle preoperatif dönemde endoskopik muayenede bu bölgenin incelenmesi önemlidir. Atlantoaksial subluksasyon da nadir görülen bir diğer komplikasyonudur. Atlantoaksiyal subluksasyon durumunda hastalar şiddetli boyun ağrısı, tortikolis ve boyun hareketlerinde zorlanmadan şikâyetçidirler. Adenotonsillektomi doğru endikasyon halinde çocukların yaşam kalitesini iyileştiren bir cerrahi yöntemdir. Ancak nadir görülen bazı önemli komplikasyonları yönünden hastaların preoperatif ve post operatif dönemde çok yakın takibi gereklidir.

KAYNAKLAR:

1. Brodsky L, Koch RJ. Bacteriology and immunology of normal and diseased adenoids in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993; 119: 821–829.
2. Brodsky L, Moore L, Stanievich JF. A comparison of tonsillar size and oropharyngeal dimensions in children with obstructive adenotonsillar hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1987; 13: 149–156.
3. Smith SL, Pereira KD. Tonsillectomy in Children. *ORL.* 2007; 69: 336–339. DOI: 10.1159/000108364.
4. Hoşal N, Kaya S, Güney E. Çocuklarda tonsil ve adenoid hiperplazilerinin kardiyopulmoner sistem üzerine olan etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 1976; 19: 45-56.
5. McGowan FX, Kenna MA, Fleming JA, O'Connor T. Adenotonsillectomy for upper airway obstruction carries increased risk in children with a history of prematurity. *Pediatr Pulmonol.* 1992; 13: 222-226.
6. Ali NJ, Pitson D, Stradling JR. Snoring, sleep disturbance and behaviour in 4–5 year olds. *Arch Dis Child.* 1993; 68: 360–366.
7. Mallory CB, Fiser DH, Jackson R. Sleep-associated breathing disorders in morbidly obese children and adolescents. *J Pediatr.* 1989; 115: 892–897.
8. American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery: 1995 Clinical Indicators Compendium. Alexandria, American Academy of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, 1995.
9. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK et al. Adenoidectomy and adenotonsillectomy for recurrent acute otitis media: paralel randomized clinical trials in children not previously treated with tympanostomy tubes. *JAMA.* 1999; 282: 945–953.
10. Coyte PC, Croxford R, McIsaac W, Feldman W, Friedberg J. The role of adjuvant adenoidectomy and tonsillectomy in the outcome of the insertion of tympanostomy tubes. *N Engl J Med.* 2001; 344: 1188–1195.
11. Richardson MA: Evaluation of tonsils and adenoids in sleep apnea syndrome. *Laryngoscope.* 1980; 90: 1106–1110.
12. Arens R, Mc Donough JM, Corbin AM et al. Upper airway size analysis by magnetic resonance imaging of children with obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167: 65–70.
13. Arens R, Marcus CL. Pathophysiology of upper airway obstruction: a developmental perspective. *Sleep.* 2004; 27: 997–1019.
14. Wiatrak B, Woolley A. Pharyngitis and adenotonsillar disease; In Cummings CW, Haughey BH, Thomas JR, Harker LH, Flint PW (eds): Cummings Otolaryngology, Head and Neck Surgery (4th ed). St Louis, Mosby Inc. 2005.
15. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents 1999–2000. *JAMA.* 2002; 288: 1728–1732.
16. De la Eva RC, Baur LA, Donaghue KC, Waters KA. Metabolic correlates with obstructive sleep apnea in obese subjects. *J Pediatr.* 2002; 140: 654–659.
17. Brigger MT, Brietzke SE. Outpatient tonsillectomy in children: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 135: 1–7.
18. Fuilleminault CG, Eldridge FL, Simmons FB, Dement WC. Sleep apnea in eight children. *Pediatrics.* 1976; 58: 23–30.
19. Ross RD, Daniels SR, Loggie JM, Meyer RA, Ballard ET. Sleep apnea-associated hypertension and reversible left ventricular hypertrophy. *J Pediatr.* 1987; 111: 253–255.