

TONSİLEKTOMİ ENDİKASYONLARI VE POSTOPERATİF PROFLAKSİ TEDAVİSİ*

Dr. Şinasi Yalçın** Dr. Mehmet Koyuncu** Dr. Süleyman Sırrı Kılıç***
Dr. Osman Akduracak** Dr. Esra Bolat** Kimyager İhsan Halifeođlu****

Key words : Tonsillectomy, Chemoprophylaxy.
Anahtar terimler : Tonsillektomi, kemoproflaksi.

Tonsilektomi ve adenoidektomi endikasyonlarının daha dikkatli ele alınması ve yaygın antibiyotik kullanımı, tonsilektomi ve adenoidektominin (T+A) bir miktar azalmasına sebep olmuşsa da, halen ülkemizde çocukluk yaş grubunda oldukça yaygın uygulanan bir cerrahi girişimdir. A.B.D.'de yılda bir milyondan fazla çocuğa T+A yapılmaktadır.^{1,2}

T+A sorunu sadece endikasyonu tam olmadan yapılan ameliyatlara sınırlı değildir. Endikasyonu olduğu halde antibiyotiklerle baskılanarak ameliyatı geciktirilen olgular da sorundur. Gelişigüzel kullanılan penisillin türevleri sonucu beta laktamaz üreten organizmalar boğazda hızla çoğalmakta ve enfeksiyonlara neden olmaktadır. Brook ve Gober bir grub hastada penisillin tedavisi öncesi beta laktamaz üreten bakterileri % 14 oranında saptarken, tedavi sonrası bu oranın % 48'e çıktığını göstermişlerdir.³

Ayrıca çocuklarının hastalıklarını abartılı bir şekilde anlatan ve doktoru ameliyat için iknaya çalışan ebeveynler, sorunu daha da karmaşıklaştırmaktadır.

Ülkemizde oldukça az araştırma yapılan bu konuda bir çalışma planlayarak T+A endikasyonlarını, preoperatif ve postoperatif bakım ve T+A sonrası proflaktik kemoterapi konularını gözden geçirmeyi amaçladık.

* Fırat Üniversitesi Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Fırat Üniversitesi Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı Öğretim El.

*** Fırat Üniversitesi Tıp Fak. İntaniye Anabilim Dalı Öğretim El.

**** Fırat Üniversitesi Tıp Fak. Biyokimya Anabilim Dalı Öğretim El.

Materyal ve Metod

Çalışmamız 1986-87 yıllarında F.Ü. Hastanesi KBB Kliniğine başvuran 90 hasta üzerinde yapıldı.

Kliniğimize, tekrarlayan tonsillit veya burundan nefes alamama yakınmaları ile başvuran hastalardan detaylı öykü alındı ve tam bir KBB muayenesi yapıldı. İlk başvurduklarında tonsilliti olmayan hastaların «akut atak» sırasında en azından iki defa başvurması sağlanarak ailenin tariflediği ve gözlenen tonsillit atakları karşılaştırıldı.

Hastaların tümünden boğaz kültürü, ASO, sedimantasyon ve protein elektroforezi istendi. Hastalar Pittsburgh Çocuk Hastanesi tonsilektomi ve adencidektomi endikasyonlarına göre değerlendirildi.⁴ Özellikle akut tonsillit atak sayısı önemsenerek T+A endikasyonu koyulan hastalar 30'ar kişilik 3 grupta toplandı.

I. Grup : T+A endikasyonu olduğu halde ameliyat için yatırılacağı tarihte akut enfeksiyonunun olması, ameliyattan ebeveynlerin vazgeçmesi gibi çeşitli nedenlerle ameliyatı ertelenen hastalar bu grubu oluşturdu.

II. ve III. grubu oluşturan 60 hastaya ameliyat sonrası proflaktik tedavi hariç aynı işlemler yapıldı. II. gruptaki hastalar T+A sonrası bir hafta boyunca oral penisillin türevi antibiyotikle, III. gruptaki hastalara ameliyattan önceki akşam vücut ağırlıklarına göre 1.200.000 veya 2.400.000 I.U. benzatin penisillin İ.M. yapılarak proflaksi gerçekleştirildi.

II. ve III. gruptaki hastalar ameliyat için hastaneye yatırıldıkları akşam ve ameliyat sabahı kültürleri yenilendi.

Ameliyat sırasında çıkartılan tonsiller veya adenoidler hemen steril şartlarda mikrobiyolojiye gönderilerek, spesmenlerin yüzeyinden aerob ve spesmenler ortadan kesilerek iç yüzünden aerob ve anaerob mikroorganizmalar için kültür alındı. Anaerob ekimler hemen Gas-Pak'a konuldu ve 48 saat enküpe edildi.

Hastalar postoperatif birinci günde taburcu edilirken ebeveynlere önceden hazırlanmış formlar verilerek bir hafta boyunca hastanın ateş, aktivasyon derecesi, boğaz ağrısı, beslenebilme, trismus, ağız kokusu ve kanamasını takip edip kaydetmeleri istendi.

Ameliyattan bir hafta ve 3 ay sonra hastalar kontrole geldiklerinde boğaz kültürü, ASO, sedimantasyon ve protein elektroforezi yenilendi.

Bulgular

Çalışmamızı oluşturan 90 olgunun en küçüğü 4, en büyüğü 14 yaşındaydı. Ancak hastaların % 83,3'ünü (75 hasta) 6-12 yaş grubundaki ilkokul çocukları oluşturmuyordu.

Çocuklar ilk başvurduklarında genellikle akut enfeksiyonları yoktu. Alınan boğaz kültürlerinde değişik yoğunluklarda olmak üzere A grubu beta hemolitik streptokok (AGBHS), St. koagulaz (+), St. pneumonia, Neisseria ve St. koagulaz(—) suçlarının değişik varyasyonlarla mikst olarak ürediği rapor edildi. Olguların 62'sinde (% 69,9) boğazlarında değişik yoğunluklarda AGBHS saptandı. Normal boğaz florası (NBF) olguların sadece 9'unda (% 10) saptandı.

Yaz ve sonbahar aylarında % 80 oranında 1/200'ün altında saptanan ASO değerleri, özellikle kış ve ilkbahar aylarında % 70 hastada yükselmiş olarak saptandı. Yükseklik oranı 1/300 ile 1/1250 arasında değişmekteydi ve genellikle 1/400'ün üzerindeydi.

Hastalarda sedimantasyon oranı ve BK sayısı da ASO ile paralellik gösteriyordu ve sedimantasyon oranı 20 mm/st'in, BK de 10.000'in bir miktar üzerinde seyrediyordu.

Protein elektroforezinde de kış ve ilkbahar aylarında yapılan tetkiklerde 62 olguda (% 68,8) alfa iki globlin fraksiyonunda bariz bir şekilde, alfa bir globlin fraksiyonunda hafif derecede artma saptandı.

I. grubu oluşturan ve ameliyatları çeşitli nedenlerle ertelenen 30 hasta, 1,5 yıl takip edildi. Bu hastalar bu süre boyunca özellikle kış aylarında ortalama 4,8 defa akut tonsillit atağı geçirdiler. Her hasta birkaç gün okula gitmemek zorunda kaldı. Bu gruptaki hastalardan İ.Ö.Ç. isimli 33967 protokol numaralı 8Y, erkek hasta akut eklem romatizması geçirdi. Kardit semptomları oluşmadı. Penadur LA 1.200.000 I.U. IM ve aspirinle şikâyetleri düzeldi.

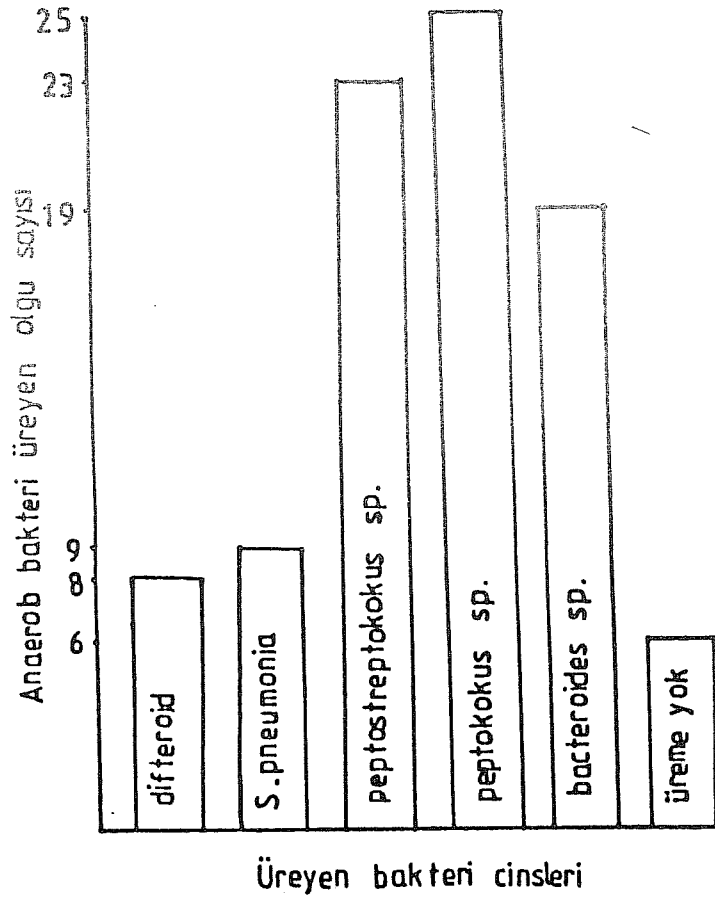
II. gruptaki, yani ameliyat sonrası bir hafta boyunca proflaktik oral penisillin verilen hastaların, ameliyattan önceki akşam ve ameliyat sabahı alınan boğaz kültürlerinde % 76,6 (23 hasta) oranında paralellik vardı ve aynı yoğunluk ve cinste bakteriler rapor edildi. Bakteri yoğunluklarında farklılaşma 7 olguda saptandı.

III. gruptaki yani ameliyattan önceki akşam alınan kültürden sonra, ağırlıklarına göre 1.200.000 veya 2.400.000 I.U. benzatin penisillin yapılan hastaların akşam ve sabah kültürleri arasında belirgin farklılaşmalar vardı. Sa-

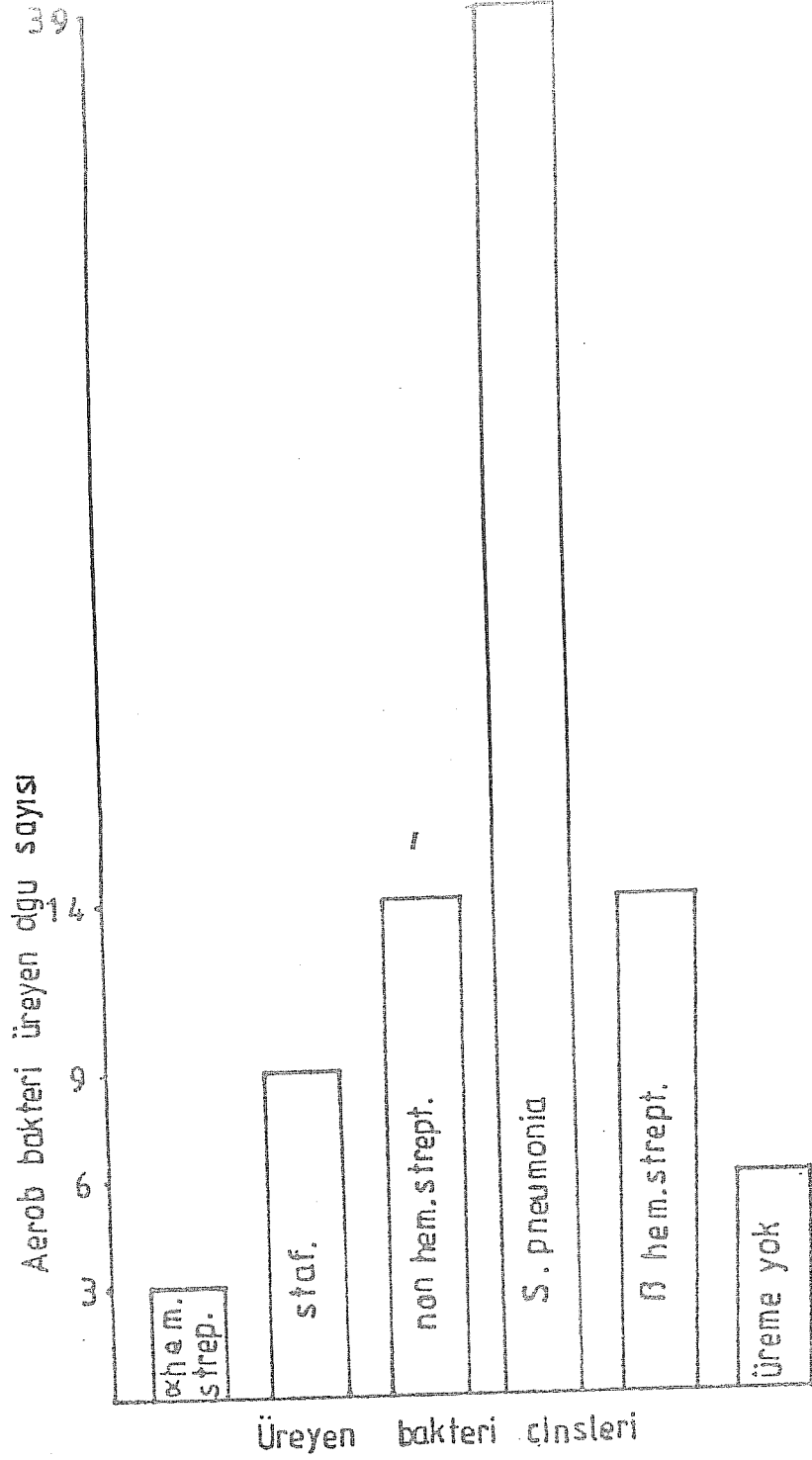
bah alınan kültürler akşam alınanlarla karşılaştırıldıklarında % 66,6 oranında (20 hasta) AGBHS aleyhine farklılaştıkları saptandı. AGBHS ya azalmış yada tamamen silinmişlerdi.

Ameliyat sonrası tonsiller çıkartılır çıkartılmaz tonsil yüzeyinden alınan kültürler, her iki grup için de, ameliyat sabahı alınan kültürlerle uyumlu bulunmuştur.

Ameliyattan hemen sonra tonsiller kesilerek iç yüzlerinden aerob ve anaerob bakteriler için alınan kültürlerde, aerob ve anaerob bakterilerin mikst kültürleri elde edildi. II. ve III. gruplar arasında üreyen bakteriler açısından fark saptanmadı. Aerob ve anaerob olarak üreyen bakteriler Tablo I ve II'de gösterilmiştir.



TABLO I: Tonsilin iç yüzünden alınan kültürde üreyen anaerob bakteriler. (Bazı olgularda birden fazla bakteri ürediği için olgu sayısı 60 dan fazla görülmektedir.)



TABLO II: Tonsilin iç yüzünden alınan kültürde üreyen aerob bakteriler.
 (Bazı olgularda birden fazla bakteri ürediği için olgu sayısı 60'dan fazla görülmektedir.)

Hastalara verilen anketler, ameliyattan bir hafta sonraki kontrollerinde değerlendirildiklerinde, II. ve III. gruplar arasında herhangi bir fark saptanmamıştır.

Tonsilektomiden bir hafta sonra alınan boğaz kültüründe sadece 8 olguda (% 13,3) NBF üretken, 9 olguda (% 15) AGBHS üremiştir. ASO değerlerinde değişme gözlenmemiştir.

Tonsilektomiden 3 ay sonra BK, sedimantasyon, ASO ve protein elektroforezleri yenilendiğinde, tüm değerlerin normale yaklaştığı saptandı. ASO 52 olguda (% 86,6) 1/200'ün altındaydı. Boğaz kültürlerinde ise 15 olguda (% 25) NBF ve 7 olguda (% 11,6) AGBHS ürettiği rapor edildi.

Tartışma

3 yaşın altındaki akut tonsilit ataklarının büyük oranda viral kökenli olduğu bilinmektedir.^{5,6} AGBHS enfeksiyonları genellikle 6-18 yaş arasında görülmektedir. Ancak hiçbir semptom vermeden % 8-10 oranında sağlıklı kişilerin de boğazında AGBHS bulunmaktadır ve bu oran kış aylarında damlacıkla bulaşmanın artması ile % 75 oranına ulaşabilmektedir.⁷ Akut streptokokal anjin geçirenlerin de % 3 oranında akut eklem romatizması geçirdikleri bilinmektedir ve bu oran gittikçe azalmaktadır.⁸ Bizim çalışmamız sırasında 1,5 yılı aşkın bir sürede çalışmaya dahil etmediklerimizle birlikte 400'ün üzerinde tekrarlayan tonsillit atakları geçiren çocuklar arasında sadece bir hastamızda akut eklem romatizması görülmesi bu kanıyı doğrulamaktadır. İ.Ö.Ç. isimli hastaya halen 20 günde bir 1.200.000 I.U. benzatin penisillin yapılmaktadır ve ASO 1/200'ün altındadır.

Son zamanlara kadar streptokokal tonsilitlerin tedavisi için penisillin enjeksiyonların yeterli olacağına inanılır ve penisillinle tedavi edilemeyen tonsillitlerin muhtemelen viral olduğuna hükmedilirdi. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarla gösterildi ki AGBHS'lar penisilline hassastır ancak beta laktamaz üreten birçok aerob ve anaerob bakterinin AGBHS'larla birlikte olması penisillinin etkisini yok etmektedir.^{3,9,10} Çalışmamızda da IM benzatin penisillin yapılmasına rağmen tonsilektomi sonrası tonsil içinden alınan kültürlerde sadece 6 olguda (% 10) üreme olmazken, 14 olguda (% 2,3) AGBHS üretilmiştir.

AGBHS'lar yanında beta laktamaz üreten bakterilere ve penisilline dirençli bakterilere karşı klindamisin^{3,11} ve klavulanik asit ihtiva eden penisillin türevi antibiyotiklerle iyi sonuçlar alındığını, atakların önlendiğini ve AGBHS'ların eredike edildiğini iddia eden yayınlar vardır.¹² Zaten akut

ataklar ve salgınlar dışında boğazda üretilen AGBHS'lerin eradikasyonları gerekmemektedir. Olgularımızda tonsillektomi sonrası birinci haftada % 15 (8 olgu), 3 ay sonra % 11,1 olguda AGBHS hastalar asemptomatik olduğu halde, kültürde pozitif bulunmuştur. Kanımızca bu gibi durumlarda ASO ve proteinelektroforezi iyi birer yol göstericidirler. ASO 1/200'ün üzerinde, alfa iki globlinler 1. Ogr/100 mlt.'nin üzerinde ve boğazda AGBHS varsa uygun bir antibiyotikle profilaksi yapılmalıdır.

Tonsil ve adenoid cerrahisinde endikasyon halen dikkatli bir hikaye ve fizik muayene ile konmaktadır.¹³ Tekrarlayan ataklar poliklinikte de değerlendirilerek tonsillektomi endikasyonu konulmalıdır. Pittsburgh ekolünün endikasyonları kanımızca günümüzde en geçerli ölçütlerdir.

Tonsillektomi sonrası profilaksi için, oral antibiyotik yerine daha garantili, daha kolay ve daha ucuz olduğu için ameliyattan önceki gece bir flakon benzatin penisillinin IM yapılması daha uygun olur kanısındayız.

Özet

Tonsillektomi endikasyonu olan 90 hastanın 60'i opere edildi. Boğaz kültürleri, kan sayımı, ASO, sedimentasyon, protein elektroforezi ve klinik değerlendirme birkaç kez yapıldı. Tonsillektomi için endikasyonlar ve postoperatif profilaksi gözden geçirildi. Klinik değerlendirmenin, tonsillektomi endikasyonları için laboratuvar bulgularından çok daha değerli olduğu sonucuna varıldı.

Tonsillektomi sonrasında, tonsil nüvesinden alınan kültürlerde, Benzatin penisillinin bakteri eradikasyonunda yeterli olmadığı gözlemlendi.

SUMMARY

Tonsillectomy indications and Postoperative prophylaxis

60 of 90 patients whom tonsillectomy indicated, were operated. Throat cultures, WBC, ASO, sedimentation, protein electrophoresis and clinical evaluation were established several times. Indications for tonsillectomy and postoperative prophylaxis have been reviewed. It was concluded that clinical evaluation was much more valuable than laboratory findings for tonsillectomy indications.

After tonsillectomy, it was observed that in the cultures which were taken from core of the tonsils, Benzatine penicillin was not enough to eradicate the bacteries.

KAYNAKLAR

- 1 — Shaikh W, Vayda E, Feldman W : A Systematic review of the literature on evaluative studies of tonsillectomy and adenoidectomy, **Pediatrics**, 57 (3):401, 1976.
- 2 — Kornblut A D : A traditional approach to surgery of the tonsils and adenoids, **Otolaryngol Clin North Am**. 20 (2): 349, 1987.
- 3 — Bróok I, Gober A E : Emergence of beta lactamase-producing aerobic and anaerobic bacteria in the oropharynx of children following penicillin chemotherapy, **Cl Pediatr**. 23:388 1984.
- 4 — Paradise J L. Tonsillectomy and adenoidectomy, **Ped Clin North Am** 28 (4): 881 1981.
- 5 — Moffet H L, Siegel A C, Doyle II K : Nonstreptococcal pharyngitis, **J. Pediatr.**, 73 (1):51 1968.
- 6 — Glezen P W, Cleyde W A, Senior R J et al. Group A streptococci, mycoplasmas and viruses associated with acute pharyngitis, **Jama** 202 (6) : 455 1967.
- 7 — Joklik W K, Smith D T : **Zinserr Microbiology**, 15 th Ed. New York : Appleton-Century Crofts, 373, 1973.
- 8 — Adams F H, Emmanouilides G C : **Most Heart Disease in Infants Children and Adolescents**, Baltimore : Williams and Wilkins Co. 1983.
- 9 — Knudsin R B, Miller J M : Significance of the staphylococcus aureus carrier state in the treatment of disease due to group A streptococci.
- 10 — Scheifele D W, Fussell S S : Frequency of ampicillin resistant haemophilus parainfluzenae in children, **J Infect Dis**. 143:495, 1981.
- 11 — Brook I, Hierokawa R. Treatment of patients with reccurent tonsillitis due to group A beta hemolytic streptococci: a prospective randomized study comparing penicillin, erythromycin and clindamycin, **Cl Peditr**. 24:331, 1985.
- 12 — Brook I. The clinical microbiology of Waldeyer's ring, **Otolaryngol Clin Nort Am** 20 (2):259, 1987.
- 13 — Paradise J L : Clinical trials of tonsillectomy and adenoidectomy : Limitations of existing studies and a current effort to evaluate efficacy, **South Med J**. 69:1049, 1976.