

Türkiye'nin doğusunda, Elazığ ilinde çocuklarda tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı

Frequency of the tonsillectomy and adenoidectomy in children in Elazığ province, in the east of Turkey

Cahit Polat¹, Kaan Demirören²

¹KBB, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ

²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ

Geliş Tarihi / Received: 02.03.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 03.06.2010

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to detect the frequency of tonsillectomy and adenoidectomy in children according to their socioeconomic status.

Materials and Methods: Data was collected by a questionnaire distributed to two schools containing students belong to different socioeconomic levels. The age and gender of the children, whether tonsillectomy or adenoidectomy were performed or not, socioeconomic and educational status of the parents were questioned. Data was compared statistically by Chi-square test.

Results: Of the 775 children, 4.9% were performed tonsillectomy, 2.7% adenoidectomy and 2.1% were both of them. The incidence of tonsillectomy and adenoidectomy was found to be significantly higher among the children belong to high socioeconomic status and whose parents more educated and had high economic status ($p<0.01$).

Conclusion: We think that the reason of the high incidence of tonsillectomy and adenoidectomy among the children having high socioeconomic status and their parents are more cautious about their children's health problems and they use health services more easily.

Key words: Adenoidectomy, tonsillectomy, prevalence, South Anatolia

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada çocuklarda tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığının sosyoekonomik düzeye göre belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Sosyoekonomik düzeyi birbirinden farklılık gösteren iki okulda bilgi formları dağıtılarak veriler toplandı. Formlarda çocukların yaşları, cinsiyetleri, tonsillektomi ve adenoidektomi geçirip geçirmediği, aile geçiminin nasıl sağlandığı ve ebeveynin eğitim durumu sorgulandı. Veriler istatistiksel olarak "Ki-kare" testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 775 çocuktan %4.9'u tonsillektomi, %2.7'si adenoidektomi, %2.1'i ise hem tonsillektomi, hem adenoidektomi geçirmişlerdi. Tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı sosyoekonomik düzeyi daha iyi olan okulda, aynı zamanda eğitim düzeyi ve ekonomik düzeyi daha iyi olan ailelerin çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak bulundu ($p<0.01$).

Sonuç: Sosyo-ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarında tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığının daha fazla oluşunun, çocukların sağlık sorunlarıyla daha iyi ilgilenmeleri ve sağlık imkanlarından daha kolay faydalanmaları sebebiyle olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Adenoidektomi, tonsillektomi, sıklık, Güney Anadolu

GİRİŞ

Tonsillektomi ve adenoidektomi çocukluk yaş grubunda en sık yapılan ameliyatlardandır. Tonsillektominin ve adenoidektominin belirlenmiş endikasyonları olmasına rağmen, bu ameliyatların sıklığı ülke, toplum, sosyoekonomik düzey, hekimlerin uzmanlık alanları ve yıllara göre farklılık göstermektedir^{1,2}.

Çalışmamızda Elazığ yöresinde çocukluk yaş grubunda tonsillektomi ve adenoidektominin sıklığını belirlemeyi amaçladık. Ayrıca tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığının sosyoekonomik düzey ile ilgili olup olmadığını görmek istedik. Literatürde ülkemizde benzeri bir çalışmaya rastlamadık.

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Cahit Polat, KBB, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Elazığ
Email: drcahitpolat@yahoo.com

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2010, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GEREÇ VE YÖNTEM

Elazığ yöresinde tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığını belirlemek için sosyoekonomik düzeyi birbirinden farklılık gösteren, biri Yatılı İlköğretim Bölge Okulu (YİBO) ve diğeri sosyoekonomik düzeyi iyi olan bir semtte yerleşik İlköğretim Okulu (SİO) tespit edildi. Elazığ Mili Eğitim Müdürlüğü'ne çalışmanın amacından ve içeriğinden bahsedilerek dilekçe ile başvuruldu. Gerekli izin alındıktan sonra okullarla irtibat kuruldu. Hazırladığımız bilgi formları sınıf öğretmenleri ile işbirliği yapılarak öğrenci ailelerine gönderildi ve aile tarafından doldurulması sağlandı.

Hazırladığımız formlarda çocukların yaşları, cinsiyetleri, tonsillektomi ve adenoidektomi geçirip geçirmediği, aile geçiminin nasıl sağlandığı ve ebeveynin tahsil durumu sorgulandı. İlk ve ortaöğretim mezunu olan ailelerin çocuklarını eğitim düzeyi kötü grup, lise ve yüksek öğretim mezunu olan ailelerin çocuklarını eğitim düzeyi iyi grup olmak üzere iki gruba ayırdık. Kendi geçimini sağlamaya yetecek ekonomik geliri olmayan ya da zorlukla geçinen aileler ekonomik düzeyi kötü gruba, geçim sıkıntısı olmayan aileler ise ekonomik düzeyi iyi gruba dahil edildi.

Okullar, ekonomik ve eğitim düzeyleri açısından gruplara ait veriler "SPSS for Windows vs.10" bilgi-

sayar programında "Ki-kare" testi ile karşılaştırıldı. $P < 0.05$ olan değerler anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza ilköğretim 1-8. sınıflara dağıtılan bilgi formlarını hatasız olarak dolduran 413'ü (%53.3) YİBO ve 362'si (%46.7) SİO'na gitmekte olan 775 çocuk dahil edildi. Çocukların 457'si (%59) erkek, 318'i (%41) kız idi. Olguların ortalama yaşı 13.3 ± 3.8 yıl idi.

Olguların 38'i (%4.9) tonsillektomi, 21'i (%2.7) adenoidektomi, 16'sı (%2.1) ise hem tonsillektomi, hem adenoidektomi geçirmişlerdi. Tonsillektomi ve adenoidektomi yapılan olguların okullarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı SİO'da YİBO'na göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0.01$). Tonsillektomi ve adenoidektomi oranlarının ailelerin eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması Tablo 2'de, ekonomik düzeylerine göre karşılaştırılması Tablo 3'de görülmektedir. Tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı hem eğitim düzeyi, hem de ekonomik düzeyi iyi olan gruplarda kötü olan gruplara göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0.01$).

Tablo 1. Okullara göre tonsillektomi ve adenoidektomi oranlarının karşılaştırılması.

	Yatılı ilköğretim bölge okulu		Semt ilköğretim okulu		p
	n	%	n	%	
Tonsillektomi	12/413	2.9	26/362	7.2	<0.01
Adenoidektomi	2/413	0.5	19/362	5.2	<0.01
Adenotonsillektomi	2/413	0.5	14/362	3.9	<0.01

Tablo 2. Ailelerin eğitim düzeylerine göre tonsillektomi ve adenoidektomi oranlarının karşılaştırılması.

	Eğitim düzeyi kötü grup		Eğitim düzeyi iyi grup		p
	n	%	n	%	
Tonsillektomi	14/491	2.9	24/284	8.5	<0.01
Adenoidektomi	3/491	0.6	18/284	6.3	<0.01
Adenotonsillektomi	2/491	0.4	14/284	4.9	<0.01

Tablo 3. Ailelerin ekonomik düzeylerine göre tonsillektomi ve adenoidektomi oranlarının karşılaştırılması.

	Ekonomik düzeyi kötü grup		Ekonomik düzeyi iyi grup		p
	n	%	n	%	
Tonsillektomi	11/423	2.6	27/352	7.7	<0.01
Adenoidektomi	1/423	0.2	20/352	5.7	<0.01
Adenotonsillektomi	0/423	0	16/352	4.5	<0.01

TARTIŞMA

Tonsillektomi 20. yüzyılın başında son derece yaygın bir girişim olmuş ve başta solunum olmak üzere birçok sistem hastalığında tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1930'lu yıllarda yapılan tüm cerrahi girişimlerin 1/3'ünü tonsillektomi oluşturmuş, İngiltere'de ise çocukların %50-75'inin tonsilleri alınmıştır.³ ABD'de 1959 yılında 1.4 milyon girişim yapıldığı bildirilmesine rağmen⁴ bu sıklık 1979 yılında 0.5 milyon, 1990'lı yıllarda ise 0.3 milyona inmiştir.^{3,5,6} İskoçya'da 1990-1996 yılları arasında çocukluk dönemi tonsillektomi sayısında %15'lik bir azalma, Hollanda'da ise 1974-1985 yılları arasında %67'lik azalma olduğu ve Hollanda'da 1991 yılından sonra tonsillektomi sayısının sabit kaldığı bildirilmiştir.⁷ Tonsillektomi ve/veya adenoidektomi halen ABD, İskoçya, Hollanda ve Türkiye gibi birçok ülkede çocukluk döneminin en sık yapılan ameliyatlarıdır.⁸⁻¹⁰ Bu girişimlerin yapılma sıklığı ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkenin farklı bölgelerine göre değişmektedir. Örnek olarak Kuzey İrlanda ve Hollanda'da Kanada'ya göre yaklaşık olarak 6 kat,⁷ İngiltere'nin kuzeybatısında (%0.21) ise güneydoğusuna göre (%0.14) 1.5 kat daha fazla tonsillektomi yapılmaktadır.⁹ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda bir yıl içinde yapılan tüm pediatrik ameliyatların %75'inin adenoidektomi ve/veya tonsillektomi olduğu bildirilmiştir.⁸ Finlandiya'da ise çocukluk döneminde adenoidektomi sıklığı %24, tonsillektomi sıklığı ise %8 olarak bildirilmiştir.¹¹ Çalışmamızda tonsillektomi %4.9, adenoidektomi %2.7, adenotonsillektomi %2.1 yapılma oranlarıyla nispeten düşük görülmektedir.

Bu ameliyatların yapılma sıklığında azalmanın temel nedeni antibiyotik konusundaki gelişmeler olmasına rağmen tonsillerin immünolojisi hakkındaki yeni bilgilerin de katkısı olmuştur. Yaşla birlikte bu dokulardaki enfeksiyon sıklığının azalması, sınırlı sayıda da olsa bazı çalışmalarda adenoidektomi ve/

veya tonsillektominin etkinliği konusunda şüphelerin gelişmesi ve aşılama öncesi dönemlerde tonsillektomi sonrası polio riskinin arttığı fark edilmesi bu azalmada etkili olmuştur.⁸

Tonsillektomi ve/veya adenoidektomi girişimlerinin sıklığı coğrafik özelliklere, yıllar içindeki değişen tıbbi görüşlere, bu girişime karar veren uzmanlık alanı bireyelerine, sosyokültürel özelliklerdeki farklılıklara göre değişmektedir. Tabii ki insan gücü, ameliyat zamanı ve hastane yatak olanakları da diğer sosyal değişkenlerdir. Bu farklılıklarda uluslar arası kesin kabul görmüş bir rehberin olmayışı da önemli bir etkidir. Önceleri beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının komplikasyonlarından korunmak için tonsillektomi yapılmakta iken, günümüzde en sık konulan endikasyon rekürren enfeksiyon veya tıkayıcı semptomlara neden olan hipertrofidir.¹² Obstruktif uyku apnesi olan çocuklarda davranışsal ve neurokognitif problemler yüksek oranda görülmüştür.¹³ Pediatrik IgA nefropatili 6 hastanın tonsillektomi sonrası üriner semptomlarında ve renal fonksiyonlarında düzelme tespit edilmiştir.¹⁴ İngiltere'de ise son yıllarda yapılan tonsillektomi olgularının yaklaşık 2/3'ünde endikasyonun rekürren enfeksiyon olduğu bildirilmiştir.¹⁵

Bir çalışmada aileye ait faktörlerin kararı nasıl etkilediği araştırılmış ve ebeveynin sigara içiyor olması, annenin sağlığı, ebeveynde herhangi bir ameliyat ve tonsillektomi öyküsünün olması değerlendirilmiş ve bunların içinde sadece ebeveynin tonsillektomili olmasının kararı anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır.¹⁶ Bunun sebebi olarak da tonsillektomiden kendisi fayda gören ebeveynin çocuğu için tonsillektomiye daha kolay kabul ettiği ileri sürülmüştür. Mattila ve ark. çalışmasına göre¹¹, sadece tonsillektomi oranlarının 4-8 ile 13-23 yaş arası dönemde, adenoidektomi ve tonsillektominin ise 4-8 yaş arası dönemde pik yaptığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı ailelerin hem eğitim düzeyine, hem ekono-

mik düzeyine ve aynı zamanda çoğunlukla benzer sosyoekonomik seviyeye ait ailelerin çocuklarını gönderdikleri iki farklı okula göre anlamlı derecede farklılık göstermiştir. Ekonomik ve eğitim düzeyi iyi olan ailelere ait çocuklardaki tonsillektomi ve adenoidektomi sıklığı ekonomik ve eğitim düzeyi kötü olan çocuklardakinden daha yüksek oranda bulunması bu ameliyatların sıklığının ailelerin eğitim ve ekonomik düzeyleriyle yakından ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Ailenin yaşadığı ortamda hastaneye ulaşabilme imkânı oldukça önemlidir. Adenoidektomi ve tonsillektomi ameliyatı aileleri tarafından şikâyet ve bulgularının, aynı zamanda hastalanma sıklığının çok iyi bilinmediği yatılı okuyan çocuklarda daha az yapılmaktadır. Bu nedenle ailenin eğitim düzeyinde artış ile beraber sağlık problemlerinin farkına varabilmesi adeno-tonsillektomi sıklığını artırmaktadır.

Sonuç olarak sosyo-ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarının sağlık sorunlarıyla daha iyi ilgilenmesi ve sağlık imkânlarından daha rahat faydalanmaları adenotonsillektomi oranı yüksekliğinin izahı olabilir.

Teşekkür

Yazarlar Elazığ İli Millî Eğitim Müdürlüğüne, Elazığ 75. Yıl İMKB YİBO ve Elazığ MEB Yunus Emre İÖO idareci, öğretmen, öğrenci ve velilerine teşekkür eder.

KAYNAKLAR

1. Faramarzi A, Kadivar MR, Heydari ST, Tavasoli M. Assessment of the consensus about tonsillectomy and/or adenoidectomy among pediatricians and otolaryngologists. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:133-6.
2. Erickson BK, Larson DR, St Sauver JL, Meverden RA, Orvidas LJ. Changes in incidence and indications of tonsillectomy and adenotonsillectomy, 1970-2005. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140:894-901.
3. Rosenfeld RM, Gren RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Oto Rhinol Laryngol* 1990;99:187-91.
4. Deutsch E. Tonsillectomy and adenoidectomy. Changing trends. *Pediatr Clin N Am* 1996;43:1319-38.
5. Derkay CS. Paediatric otolaryngology procedures in the United States: 1977-87. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1993;25:1-12.
6. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. *Pediatrics* 2002;110:7-15.
7. Van Den Akker EH, Hoes AW, Burton ML, Schilder AGM. Large international differences in (adeno) tonsillectomy rates. *Clin Otolaryngol* 2004;29:161-4.
8. Erişen L, Basut O, Coşkun H, Tezel İ, Hızalan İ, Onart S. [The evaluation of our adenotonsillectomy cases and their indications] Adenotonsillektomi olgularımız ve endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Kulak Burun Boğaz Klinikleri* 1999;1:85-8.
9. Capper R, Canter RJ. Is the incidence of tonsillectomy influenced by the family medical or social history? *Clin Otolaryngol* 2001;26:484-7.
10. Clement WA, Wales Y. Readability and content of postoperative tonsillectomy instructions given to patients in Scotland. *Clin Otolaryngol* 2004;29:149-52.
11. Mattila PS, Tahkokallio O, Tarkhanen J, Pitkaniemi J, Karvonen M, Tuomilehto J. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:37-44.
12. Hoddeson EK, Gourin CG. Adult tonsillectomy: Current indications and outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140:19-22.
13. Rudnick EF, Mitchell RB. Behavior and obstructive sleep apnea in children: Is obesity a factor? *Laryngoscope* 2007;117:1463-6.
14. Mariotti AJ, Agrawal R, Hotaling AJ. The role of tonsillectomy in pediatric IgA nephropathy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;135:85-7.
15. Faulconbridge RV, Fowler S, Horrocks J, Topham JH. Comparative audit of tonsillectomy. *Clin Otolaryngol* 2000;25:110-7.
16. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of the children with recurrent tonsillitis? *Clin Otolaryngol* 2001;26:371-8.