ÇOCUKLARDA ADENOİDAL HİPERTROFİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE TRANSNAZAL ENDOSKOPİ

TRANSNASAL ENDOSCOPIC EVALUATION OF ADENOİDAL HYPERTROPHY İN CHILDREN

Dr. Ömer AYDIN (*), **Dr. Ali** OĞUZ(*), **Dr. Haluk ÖZKARAKAŞ (*), Dr. Gürkan KESKİN (*), Dr. Önder AKDENİZ (*),**

ÖZET: *Bu çalışmada, üst solunum yolu obstrüksiyonuna ait yakınmaları olan 96 çocukta, nazal kavite ve nazofarenksin, transnazal endoskopik muayenesi yapıldı. Amacımız, endoskopik muayene ile üst solunum yolu obstrüksiyonuna ait etyolojiyi değerlendirmekti. Üst solunum yolu obstrüksiyonu ile ilgili yakınmaları olan çocuklarda en sık sebebin adenoidal hipertrofi olduğu saptandı. Transnazal endoskopinin, obstrüktif adenoidal hipertrofinin tanısında ve operasyon kararının verilmesinde, hem objektif hem de güvenilir bir yöntem olduğu görülmüştür.*

Anahtar Sözcükler: *Adenoidal hipertrofi, endoskopi.*

SUMMARY: *int the present study, transnasal endoscopic examinations of nasal cavity and nasopharynx were performed in 96 children with complaints of upper airway obstruction. The aim of this study was to evaluate the aetiology of upper ainvay obstruction using endoscopic examination. Adenoidal hypertrophy is the commonest cause in children with the complaints of upper airway obstruction. Our results have shown that transnasal endoscopy is both reliable and objective method for the diagnosis of obstructive adenoidal hypertrophy, selection of candidates of surgery.*

Key Words: *Adenoidal hypertrophy, endoscopy.*

GİRİŞ

Adenoidal hipertrofi çocuklarda burun tıkanıklığının en sık sebebidir ve horlama, uyku apnesi, efüzyonlu otitis media, sinüzit ve maksillofasyal morfolojide değişikliklere sebep olabilmektedir (2,5,8,10).

Adenoidal hipertrofi tanısında anamnez, radyolojik muayene ve akustik rinomanometri gibi yöntemler yanısıra, rijit ve fleksibl endoskopik muayene yöntemleri önerilmiştir (1,7,9,11,12). Adenoidal hipertrofinin değerlendirilmesinde küçük çocuklarda posterior rinoskopi yapılması zordur ve nazofarenks tuşeside oldukça travmatik bir muayene yöntemidir.

Bu çalışmada kronik üst solunum yolu obstrüksiyonuna ait yakınmalarla başvuran olgularda, etyolojinin saptanmasında ve adenoidektomi kararının verilmesinde transnazal endoskopinin etkinliği araştırıldı.

(*) **Kocaeli** Üniversitesi **Tıp Fakültesi KBB** Anabilim **Dalı, KOCAELİ-İZMİT**

YÖNTEM VE GEREÇLER

Kasım 1995 - Ekim 1997 tarihleri arasında, üç aydan daha uzun süren üst solunum yolu obstrüksiyonu (horlama, ağız solunumu, uyku apnesi, rinore, hiponazal konuşma, postnazal akıntı, kronik öksürük) ile ilgili yakınmalarla başvuran 96 olgu, transnazal rijik ve/veya fleksibl endoskopi ile değerlendirildi.

Bu çalışmada; 1) Rino-Larengo-Fiberoskop, O ,3.5 mm (Kari Storz, 11001 RP), 2) Rijit teleskop, O ,2.7 mm (Kari Storz, 27018 AA), 3) Renkli video kamera (Kari Storz, Endovision 2010 PAL), 4) Video kaydedici (Panasonic, AÇ 7350), 5) Renkli monitör (Panasonic, 1470) kullanıldı .Endoskopik değerlendirmeden 10-15 dakika Önce, nazal kavitee % 0.05 oksimetazolin ve %2 pantokain tatbiki ile topikal anestezi ve dekonjesyon sağlandı. Nazal mukoza, septum, konkalar ve nazal sekresyon incelendi. Adenoid dokusu, endoskop alt veya orta konkanın hemen altından ilerletilerek değerlendirildi. Adenoid doku büyüklüğünün derecesini standardize etmek için, koanal

düzlemde adenoidal dokunun yaptığı obstrüksiyonun derecesine göre eş grupta incelendi:

0: Adenoidal doku görülmüyor.

1+: Koananın 1/4'ünü kapatan adenoidal hipertrofi.

2+: Koananın 1/2'sini kapatan adenoidal hipertrofi.

3+: Koananın 3/4'ünü kapatan adenoidal hipertrofi.

4+: Koananın tamamını kapatan adenoidal hipertrofi.

BULGULAR

Transnazal endoskopi ile değerlendirilen 96 olgunun 57'si erkek, 39'u kız olup, yaşları 3-14 arasında değişmekteydi (ortalama yaş 5.5). Üç aydan daha uzun süredir üst solunum yollarına ait ostrüktif yakınmaları olan ve 3+ veya 4+ adenoidal hipertrofi saptadığımız 62 olguya adenoidektomi uygulandı. Palatin tonsilleri hipertrofik olgularda adenoidektomiye ilave tonsillektomide yapıldı. Obstrüktif adenoidal hipertrofi düşünülen 19 (%20) olguda, endoskopik değerlendirme ile tanı değişmiş ve doğru tanı konulmuştur (Tablo 1).

Adenoidektomi yapılan olgularda semptomların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Endoskopik Tanı	Olgu sayısı (n = 96) (%)
Adenoidal hipertrofi	62 (% 65)
Sinüzit	14 (% 15)
Septum deviasyonu	8 (% 8)
Allerjik rinit	4 (% 4)
Konka hipertrofisi	3 (% 3)
Nazal polipazis	2 (% 2)
Yabancı cisim	1 (% 1)
Koanal Atrezi	1 (% 1)
Nazofarenks tümörü	1 (% 1)

Tablo 1: Üst Solunum Yolu Obstrüktif Patolojilerinin Dağılımı

Semptom	Olgu sayısı (n=62) (%)
Semptom	60 (% 97)
Ağız solunumu	57 (% 92)
Uyku apnesi	36 (% 58)
Rinore	29 (% 47)
Hiponazal konuşma	14 (% 23)
Kronik öksürük	13(%21)
Orta kulak sorunları	11 (% 18)

Tablo 2: Adenoidal Hipertrofili Olgularda Semptomların Dağılımı

TARTIŞMA:

Adenoidler nazofarenks posterior duvarında lokalize olan bir lenfoid doku kitlesidir. İlk olarak embriyogenezis döneminde görülür, yaşamın ilk haftasında bakteriyel flora oluşmaya ve doğumdan kısa bir süre sonra (antijenik stimulasyona cevap olarak) büyümeye başlar. Pubertede genellikle regrese olur. Adenoidal doku 4-10 yaşları arasında en büyük boyuta ulaşır (2). Normal çocuklarda adenoid dokusunun şekli ve boyutu yıldan yıla değişir ve maturasyonla birlikte anterior konveksite, konkaviteye değişir. Adenoidal hipertrofı bir yaşın altındaki çocuklarda nadiren görülür (12).

Adenoidal hipertrofide yakınmaların ortaya çıkmasında, nazofarenkse göre adenoidin boyutu, dokunun absolut boyutu veya volümünden daha önemlidir. Biz adenoid dokusunun relatif boyutunu değerlendirmede, koanal düzlemde adenoidal dokunun yaptığı obstrüksiyon derecesine göre beş grubta inceledik. Kronik obstrüktif yakınmalarla birlikte 3+ veya 4+ hipertrofi saptanan olgular "obstrüktif adenoidal hipertrofi" olarak değerlendirildi.

Bugüne kadar adenoid dokusunun objektif olarak değerlendirilmesini amaçlayan pek çok radyolojik çalışma yapılmıştır (1,6,7,12). Değerlendirmede daha yaygın olarak kullanılan lateral radyografik muayene yönteminin birtakım dezavantajları vardır. Film çekilirken çocuğun başının çok hafif oynaması yorumlama üzerine olumsuz bir etki yapar. Ayrıca ağız açıkken, çocuk ağlarken, yutkunma ya da oral solunum sırasında elde edilecek grafilerde, hastanın nazofarengeal hava yolu yumuşak damağın pozisyonu sebebiy-

le yanlış olarak değerlendirilebilir. Çocuğun radyasyona maruz kalmasıda bir diğer dezavantajıdır.

Çocuklarda burun tıkanıklığı, ağız solunumu ve horlama en sık adenoidal ve/veya tonsiller hipertrofiye bağlıdır. Adenoidal hipertrofiden başka faktörlerin sebep olabileceği herhangi bir anatomik anomali, nazal veya nazofarengeal kaviteleri bloke eder ve hava akımının geçişini engelleyerek, horlama ile birlikte veya horlama olmaksızın burun tıkanıklığına yol açabilir. Horlama çocuklarda belirgin bir mekanik engel olmaksızın habituelde olabilir. Çalışmamızda adenoidal hipertrofiye bağlı en sık görülen semptomlar horlama (%97), ağız solunumu (%92) ve uyku apnesiydi (%58). Transnazal endoskopi, üst solunum yolunda obstrüktif yakınmalara yol açabilecek diğer patolojilerin ayırıcı tanısının yapılması ve palatal anomalilerin değerlendirilmesini olanaklı kılar. Ayrıca fleksibl endoskoplarla dil kökü ve larengeal obstrüktif patolojilerin değerlendirilmeside mümkündür. Çalışmamızda, obstrüktif adenoidal hipertrofi düşünülen 39 (%20) olguda, endoskopik muayene ile tanı değişerek doğru tanı konulmuştur.

Çocuklarda transnazal endoskopinin, obstrüktif adenoidal hipertrofinin tanısı ve operasyon kararının verilmesinde, nazal ve nazofarengeal diğer obstrüktif patolojilerden ayırıcı tanısının yapılmasında, minimal invaziv, objektif bir yöntem olduğu düşünüldü.

Yazışma Adresi: Dr, Ömer AYDIN
Kocaeli Üniversitesi Tıp
Fakültesi KBB Anabilim
Dalı 41900SopahİZMİT

KAYNAKLAR

1. AYTAÇ E, ÜNLÜ H, NALÇA Y, ÜNAL A, PER-ÇlN A: Adenoİd vejetasyonunun değerlendirilmesinde fateral nazofarenks grafisinin yeri.
2. BRODSKY L: Modern Assestment of tonsil and adenoids. Pediatric Clin North Am 36: 1551-1559, 1989.
3. ÇELiK O, YALÇIN Ş, İNAN E, KAYGUSUZ l, YANIK H: Adenoid hipertrofisinin maksillofasial gelişim üzerine etkileri. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 3: 222-226, 1995.
4. ELIASHCHAR I, LAVIE P, HALPERIN E, GORDON G, ALROY G: Sleep apneic episodes as indications tor adeno-tonsillectomy. Arch Otolaryngol 106: 492-496, 1980.
5. ERİŞEN L, TEZEL 1. HİZALAN î, ONART S, ARAT M, BASUT O: Uyku apnesi sendromu. KBB ihtisas Dergisi 1(5): 63-82, 1993.
6. FUJlOKA M, YOUNG LW, GtRDANY BR: Radiographic evaluation of adenoidal size İn children; Adenoidal -Nasopharyngeal Ratio. AJR 133; 401-409, 1979.
7. GÖKSU N, KEMALOĞLU Y, AKYILDIZ N, **YEŞI**LADA MA, ÖZERDEM Ö, USLU S: Nazal obstrüksiyon semptomatolojisi gösteren çocuklarda nazofarenks iskeletenin incelenmesi. Türk Otorinolarengoloji XXI. Ulusal Kongresi, Antalya 1991, Kongre Kitabı, s: 783-786.
8. LINDER-ARONSON S.; Adenoids: their effect on mode of breathing and nasal aîrflow and their relationship to characteristics of facial skeleton and dentition. Acta Otolaryngol (Supp) 265:3-15, 1970.
9. MOSTAFA BE: Detection of adenoidal hypertrophy using acoustic rhinomanometry. Eur Arch Otorhinolaryngol (suppl 1) 254: 27-279, 1997.
10. POTSIC W, WETMORE R: Sleep disorders and airway obstruction in children. Otolaryngol Clin North Am 23: 651-663, 1990.
11. WANG D, CLEMENT P, KAUFMAN L, DERDE MP: Fiberoptic evaluation of the nasal and nasopharyngeal anatomy in children with snoring. Journal of Otolaryngology 23:57-60, 1994.
12. WANG DY, BERNHEIM N, KAUFMAN L, CLEMENT P: Assestment of adenoid size in children by fiberoptic examination. Clin Otolaryngol 22: 172-177,1997.