

ÇOCUKLARDA FONKSİYONEL ENDOSKOPİK SİNÜS CERRAHİSİ

FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY IN CHILDREN

Dr. Metin ÖNERCİ*, Dr. Nuray BAYAR*

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi 1 ; 149 - 151

ÖZET: Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinin (FESC) çocuklarda da zaman zaman uygulanması gerekebilmektedir. Ameliyatın temel prensipleri, erişkinlerdeki fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile çok benzerlik gösterir. Bu makalede çocuklarda FESC, bu cerrahinin endikasyonları ve önemli noktaları üzerinde durulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Endoskopik sinüs cerrahisi, Çocuklar.

SUMMARY: Functional endoscopic sinus surgery (FESS) is an operation which has sometimes been necessary in children. The general principles are very similar to adult functional endoscopic sinus surgery. In this article the FESS in children, its indications and the important points of this surgery were discussed.

Key Words: Endoscopic sinus surgery, Children.

GİRİŞ

Çocuklarda fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi (FESC), giderek önem kazanmaktadır. Bu yaş döneminde kronik sinüzit, sık tekrarlayan sinüzit, komplikasyon ile seyreden akut ve kronik sinüzit hastalarında cerrahi yaklaşım, gerekli olabilmektedir. Son zamanlarda ciddi komplikasyonu olan akut sinüzit hastalarında, FESC tedavisi gündeme gelmiştir (5).

Bu makalede çocuklarda FESC pratik ve teknik açıdan gözden geçirilmiştir. Sinüzit hastalarında öncelikle tam koyulup, iyi bir medikal tedavi yapmak gereklidir. Kronik sinüzit veya sık tekrarlayan sinüzit olan çocuklarda tanı konusu tartışmalı olduğu gibi, özellikle küçük çocuklarda, sinüzit mevcut olmadığı halde, anormal radyolojik bulgular da görülmektedir (2). Klinik olarak bizim görüşümüze göre, sinüzit tanısı, iyi bir hikaye, K.B.B. muayene bulguları, laboratuvar ve radyolojik incelemelere

dayanarak koyulmalıdır. Küçük çocuklarda, klinik bulgular daha büyük ve adölesan dönemdeki çocuklara göre daha azdır.

Sinüzitlerde en sık görülen bulgu anterior veya posteriora doğru olan burun akıntısıdır (%77 hastada). %61 hastada sinüzit, otitis media ile birlikte seyreder. %48 vakada, öksürük de mevcuttur (3). Persistan baş ağrısı, yüzde ağrı ve hafif periorbital ödem görülür.

Kronik veya sık tekrarlayan sinüziti olan çocukların, sistemik açıdan çok iyi değerlendirilmesi gerekir. Bu çocukların % 64'ünde, "Pozitif Allerji" tesbit edilmiştir (3). Yine kistik fibrozis, immün sistem bozuklukları, immotil silya sendromu ve siyanotik kalp hastalıklarının da ekarte edilmesi gereklidir. Bu sistemik hastalıkların bazılarında, cerrahiden vazgeçilir. Ancak bazı sinüzit hastalarında cerrahi tedavi, aynı zamanda sinüzite yol açan hastalığın da tedavisinde rol oynar. Örneğin, astma ve respiratuar allerjisi olan sinüzit hastalarında, sinüzitin cerrahi tedavisi ile, temeldeki hastalıkların da kontrol altına alındığı görülür.

* Hacettepe Üniversitesi K.B.B. Anabilim Dalı,

Çocuklarda, diagnostik zorluklar yanında, nazal endoskopi yapmak da güçtür. Topikal anestezi ve dekonjestan yanında, iyi bir sedasyon, hatta genel anestezi ile işlem yapılır.

FESC endikasyonu koyulmadan önce, bilgisayarlı tomografi (aksiyal) çekilerek, sinüslerle ilgili tüm detayların görülmesi şarttır, Çocuklarda FESC endikasyonu, erişkinlerdeki endikasyonlara benzemektedir. Ancak, nazal sinüslerin gelişmesi ve anatomik yapısı erişkinlerden farklı olduğu için, cerrahi esnasında bu durumu göz önünde tutmak gerekir. Bilgisayarlı tomografi kesitleri, 3-4 mm aralıklı olmalıdır.

ENDİKASYONLAR

Akut sinüzitte, medikal tedavi tercih edilir. Uzun süredir medikal tedavi uygulanmasına rağmen, hala iyileşmeyen çocuklarda cerrahi tedavi gündeme gelir. Bu durumda cerrahi çocuğu ameliyat etmeden izleme durumunda oluşacak, kronik bronşit gibi uzun süreli ve tekrarlayan ilaç tedavisine yol açacak bir olayı da önleyeceği için, aslında konservatif bir yaklaşım olarak düşünülmelidir. Çocuklarda, sinüzitin medikal veya gerekiyorsa FESC ile tedavisi sonrası, sinüs fonksiyonları normal şekle gelir, mukozal hipertrofi rezolüsyona uğrar, sinüslerde radikal cerrahi ancak nadir hastalarda gerekli olur.

FESC, özellikle küçük çocuklarda, ilk seçilecek cerrahi metod değildir. Öncelikle direkt ve indirekt direnaja yöntemleri uygulanmalıdır. Bu yöntemlerle sinüslerin direnaja sağlanacağı için, enfeksiyon odağı da ortadan kaldırılmış olur. Yine adenoidektomi, tonsillektomi ve adenoidektomi, septal cerrahi ve konka cerrahisi diğer indirekt yaklaşımları teşkil eder. İntranazal antröstomi ve antral direnaja ise, direkt olarak direnaja sağlayan yöntemlerdir. Yaş ilerledikçe, osteomeatal kompleks hastalığı, progresif olarak daha önemli bir patoloji haline geleceği için, intranazal antröstomi daha az etkili olur. Küçük çocuklarda, adenoidektomi ve inferior meatus antröstomisi, genellikle ilk cerrahi yaklaşımlardır. Bununla birlikte, persistan sinüzit vakalarında, diğer yöntemlerle birlikte FESC de gündeme gelir.

Son yıllarda, sinüs hastalığı olan erişkinler

gibi çocuklarda da, FESC, giderek önemi artan bir cerrahi yaklaşım haline gelmektedir (1,4,7,8). FESC konusunda Messerklinger (6), Stammberger (9), Kennedy ve arkadaşları (4), Wigand ve arkadaşları (10), önemli çalışmalar yapmışlar ve aşağıdaki konuları vurgulamışlardır;

— Sinüs hastalıklarında en sık tutulan yer, osteomeatal komplekstir.

— Rekürrent akut ve kronik sinüzit, genelde persistan osteomeatal kompleks blokajına bağlı olarak oluşur.

— Anatomik anomaliler, osteomeatal obstrüksiyona yol açar.

— Maksiller ve frontal hastalıkları, genelde osteomeatal kompleks blokajı sonucunda oluşur.

— Osteomeatal kompleks blokajı tedavi edildiği zaman, genelde sinüsteki patoloji düzelir.

FESC'de cerrahi açıdan en önemli bölge, osteomeatal komplekstir. Bu kısmın cerrahisinde amaç sinüste mukosilier temizleme aktivitesini düzeltmektir.

Çocuklarda Vigand'ın posterior yaklaşımı (10) yerine, Messerklinger'in sınırlı fonksiyonel yaklaşımı (6) tercih edilmelidir.

CERRAHİ TEKNİK

Çocuklarda tüm işlemler genel anestezi altında yapılır. Anestezi uygulanmadan önce burunda dekonjesyon sağlanır. Sırtüstü yatar pozisyonda, kafaya pozisyon verilerek, fovea ethmoidalis ve "cribriform plate" in masa ile 90° açı yapması sağlanır. Bu işlem, cerrahi esnasında özellikle ethmoid sinüslerde güvenli çalışmaya yardım eder. Burunda infiltratif lokal anestezi yapıldıktan sonra 10 dakika beklenir ve sonra cerrahiye başlanır. Daha önceden başlanırsa kanama problemi olur, işlem zorlaşır.

Cerrahi teknik erişkinlerle aynı olmakla birlikte, çocuklarda opera edilecek saha küçük ve sinüslerin gelişimi değişik olacağı için, ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografi filmlerinin çok iyi değerlendirilmesi ve cerrahi esnasında çok dikkatli çalışılması gereklidir. Çocuklarda

(çok küçük çocuklarda bile), 4 mm'lik endoskop ve standart endoskopik aletler tercih edilir. Bazen küçük çocuklarda unsinektomi esnasında, 2.7 mm'lik endoskop kullanılıp ethmoid kompleksin açılmasından sonra, 4 mm'lik endoskopa geçilir. 4 mm'lik endoskop, daha küçük olanlara göre tercih edilir. Çünkü 4 mm'liklerde daha küçükler göre ilimünasyon ve derinlik hissi daha iyi, görme alanı daha geniştir. Erişkin cerrahisinde kullanılan standart aletlerin çoğu, küçük çocuklarda bile kullanılabilir. Bunu çocuklarda kulak cerrahisi yaparken, büyük mastoid tur uçlarını kullanmaya benzetebiliriz.

Çok küçük çocuklarda bile frontal reses'in geliştiği ve çoğu vakada polipoid doku tarafından tıkandığı görülür. Bu dokunun eksizasyonu gerekir. Opere edilen çocukların çoğunda maksiller sinüs ostiumunun stenotik olduğu görülür. Ostiumun yeterli miktarda genişletilmesi gereklidir. Maksiller sinüs ostiumu görülemiyorsa, 30° endoskop ve eğri aspiratör veya küret kullanarak palpe edilebilir. Standart "Backbiting Forceps" kullanılarak, ostium, inferior kısmından doku alınarak açılır. Bu suretle orbita tabanına penetrasyon da önlenmiş olur. Ostiumu genişletirken çok fazla anteriora gelinirse, lakrimal kanala zarar verilebilir. Ostium az genişletilirse daha ilerde restenoz olayı önlenemez. Ethmoidde yapılacak işlemler ve sfenoid sinüse girme konusunda, preoperatif bilgisayarlı tomografi ve operasyon sırasındaki bulgulara dayanarak karar verilebilir. Genelde cerrahi sırasında, bilgisayarlı tomografide görüldüğünden daha fazla miktarda polipoid dejenerasyon bulunur. Pürülan sekresyonlardan kültür alınıp, aerob, anaerob veya fungal enfeksiyon açısından ayrı ayrı ekim yapılmalıdır. Yine çıkarılan tüm materyal patolojik incelemeye gönderilmelidir.

postoperatif oral antibiyotik, topikal nazal dekonjestan, topikal steroid içeren sprey kullanılır. Serum fizyolojik ile burun yıkama burun kavitesinde kuruma ve kabuklanmayı önlemek için sık sık kullanılabilir ve oldukça yararlıdır.

FESC'de postoperatif bakım çok önemlidir. Bu nedenle 2 hafta kadar sonra kontrol inceleme yapılmalıdır. Bu zamana kadar tüm ilaçlara devam edilir. Ancak, ameliyat sırasında

kültür alınabilecek durumlarda, 2 gün önce antibiyotik kesilir. Endoskopi esnasında sineşi oluşmuşsa açılır; pıhtılar ve granüle dokular eksizasyonu edilir; genişletilmiş olan ostiumdan maksiller sinüs lavajı yapılır.

Bu aşamadan sonra genellikle ilaçlar kesilir. Nadiren aşırı granülasyon dokusu ve erken polip oluşumu olan, pürülan sekresyonu devam eden hastalarda, tekrar endoskopi yapmak gerekebilir. Bu kişilerde, sıklıkla uzun süreli medikal tedavi de gereklidir. Hasta iyileşene kadar birer hafta aralıklarla kontrollere çağırılır.

FESC çocuklarda uygun endikasyon koyularak uygulandığında sonuçları yüz güldürücü olmakla birlikte, muhakkak surette bu konuda deneyimli bir kişi tarafından uygulanmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. Metin Önerci
Hacettepe Üniversitesi
K.B.B. Anabilim Dalı ANKARA

KAYNAKLAR

1. CALDWELL, G.W.: The accessory sinuses of the nose. An improved method of treatment for suppuration of the maxillary autium. N.Y. Med, J. 58:526-528, 1893.
2. GLASIER, C., MALLORY, G., STEELE, R.: Significance of opacification of the maxillary and ethmoid sinuses in infants. f. Pediatr, 114:45-59, 1989.
3. GROSS, C.W., WINTHER, B.: Functional endonasal sinus surgery in children: Practical considerations and technical aspects. Pediatric Functional Surgery. 109-112, 1990.
4. KENNEDY, D.W., ZINREICH, S.J., ROSENBAUM, A.E., et al.: Functional endoscopic sinus surgery: Theory and diagnostic evaluation. Arch. Otolaryngol. 111:576, 1985.
5. LINDEN, B.E., GROSS, C.W., BURTON, E.M., et al.: Complications of pediatric sinus disease: Endoscopic management. Presented at the Southern Section of the Triologic Society meeting, January 13, 1990, White Sulpher Springs, West Virginia.
6. MESSERKLINGER, W.; Ebdoscopy of the nose. Baltimore, M.D., Urbau and Schvvarzenburg, 1978.
7. PROCTOR, D.F.; The nose, paranasal sinuses and pharynx in Walters W. (ed): Lewis - Walters Practice of Surgery, Hagerstown, M.D., W.F. Prior 4: 1-37, 1966.
8. SCHAEFER, J.P.: The genesis, development and adult anatomy of the nasofrontal region in man.). Anat. 20:125-143, 1916.
9. STAMMBERGER, H.: Endoscopic endonasal surgery - Concepts in treatment of recurring rhinosinusitis. J. Anatomic and pathophysiologic considerations. Otolaryngol. Head Neck Surg. 94:143-146, 1986.
10. WIGAND, M.E., STEINER, W., JAUMAN, M.P.: Endonasal sinus surgery with endoscopic control: From radical operation to rehabilitation of the sintus mucosa. Endoscopy 10:255-260, 1978.