

KLİNİK ÇALIŞMA

Endoskopik adenoidektomi

Endoscopic adenoidectomy

Dr. Cevat UÇAR

Amaç: Nazofarenksteki hipertrofik adenoid dokuları için çocuk hastalarda uygulanan endoskopik adenoidektomi ameliyatları değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Burun tıkanıklığı, ağızdan soluma, horlama, iştahsızlık, yaşlılarına göre gelişme geriliği ve işitme azlığı yakınmalarından hepsi ya da birkaçı ile başvuran ve adenoid hipertrofisi tanısı konan 125 hastaya (67 erkek, 58 kız; ort. yaş 4.8±2.4; dağılım 2-15) genel anestezi altında endoskopik adenoidektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyat öncesinde endoskopik rinoskopi yapılabilen 48 hastada nazal pasajı tam ya da tama yakın tıkayan adenoid kitle saptandı. Endoskopik rinoskopi yapılamayan hastalarda ise, lateral kraniyal yumuşak doku radyografilerinde nazofarenkste havayolunu daraltan kitle görüldü. Ameliyat sonrası kontroller 1 ve 4. haftalarda fizik muayene ve ebeveyn memnuniyeti değerlendirilerek yapıldı. Dördüncü hafta sonunda uyumlu hastalara endoskopik rinoskopi yapıldı. En son kontroller ikinci yıl sonunda yapıldı.

Bulgular: Dördüncü hafta sonunda hiçbir hastada burun tıkanıklığı ve buna bağlı yakınmaya rastlanmadı. Ameliyat sonrasında endoskopik rinoskopi yapılabilen 39 hastada adenoid dokuların tama yakın ortadan kalktığı görüldü. İki yıl sonunda hastaların hiçbirinde tekrarlayan adenoid hipertrofisine rastlanmadı.

Sonuç: Nazofarenksteki hipertrofik adenoid dokular, özellikle de nazal kaviteye taşan adenoid dokular endoskopik adenoidektomi ile doğrudan görüş altında tamamen ortadan kaldırılabilir. Endoskopik adenoidektomi, adenoid dokunun ne kadarının alınabildiğini kontrol imkanı sağladığından konvansiyonel adenoidektomiye göre daha tatmin edici bir yöntemdir.

Anahtar Sözcükler: Adenoidektomi/yöntem; adenoid/cerahi; çocuk; endoskopi; hipertrofi/komplikasyon.

Objectives: This study evaluated endoscopic adenoidectomy operations performed in children for hypertrophic adenoid tissue in the nasopharynx.

Patients and Methods: A total of 125 patients (67 boys, 58 girls; mean age 4.8±2.4 years; range 2 to 15 years) underwent endoscopic adenoidectomy under general anesthesia for one or more of the following complaints: nasal obstruction, mouth breathing, snoring, loss of appetite, slower development than peers, and decreased hearing. Preoperatively, 48 patients were eligible for endoscopic rhinoscopy, which showed an adenoid mass causing total or almost total obstruction of the nasal passage. In the remaining patients, lateral cranial radiographs showed a mass narrowing the air passage in the nasopharynx. Postoperative controls were carried out at one and four weeks by physical examination and an inquiry into patients' satisfaction. In addition, endoscopic rhinoscopy was performed in the fourth week in eligible patients. Final controls were carried out at the end of the second year.

Results: At the end four weeks, none of the patients had nasal obstruction or related complaints. Postoperative endoscopic rhinoscopy performed in 39 patients showed almost complete removal of adenoid tissues. None of the patients exhibited recurrent adenoid hypertrophy at the end of two years.

Conclusion: Hypertrophic adenoid tissue in the nasopharynx, especially those encroaching on the nasal cavity, can be removed completely under direct endoscopic visualization. Endoscopic adenoidectomy is a more satisfactory method than conventional adenoidectomy, because it allows control of how much adenoid tissue is removed.

Key Words: Adenoidectomy/methods; adenoids/surgery; child; endoscopy; hypertrophy/complications.

- Türkiye Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği (Department of Otolaryngology, Turkey Hospital), İstanbul, Turkey.
- Dergiye geliş tarihi - 19 Mart 2007 (Received - March 19, 2007). Düzeltme isteği - 21 Haziran 2007 (Request for revision - June 21, 2007). Yayın için kabul tarihi - 6 Temmuz 2007 (Accepted for publication - July 6, 2007).
- İletişim adresi (Correspondence): Dr. Cevat Uçar. Türkiye Hastanesi, Darülaceze Cad., Nadide Sok., No:7, 34382 Şişli, İstanbul, Turkey. Tel: +90 212 - 314 12 52 Faks (Fax): +90 212 - 314 12 89 e-posta (e-mail): hcucar@yahoo.com

Adenoid hipertrofisi çocuklarda burun tıkanıklığının ve reküren seröz otitis medianın en sık bilinen nedenidir. Adenotonsiller hipertrofiye bağlı üst solunum yolu obstrüksiyonu olan çocuklarda gelişme geriliği tespit edilmiş ve adenotonsillektomiden sonra hastaların %75'inde vücut ağırlığının arttığı görülmüştür.^[1]

Hipertrofik adenoid dokusunu ortadan kaldırmak için birçok cerrahi yöntem bildirilmiş, ancak ne konvansiyonel yöntemlerin ne de modifikasyonlarının, direkt görüş ile yapılan cerrahinin performansını yakalayamadığı bildirilmiştir.^[2] Bu çalışmada, nazofarenksteki hipertrofik adenoid dokuların, özellikle de nazal kaviteye taşan adenoid vejetasyonların direkt görüş altında tamamen ortadan kaldırılabilirdiği gösterildi.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

1998-2005 yılları arasında burun tıkanıklığı, ağızdan soluma, gece horlaması, iştahsızlık, akranlarına göre gelişme geriliği ve işitme azlığı yakınmalarından hepsi ya da birkaçı ile kliniğimize başvuran 125 hastaya (67 erkek, 58 kız; ort. yaş 4.8±2.4; dağılım 2-15) endoskopik adenoidektomi ameliyatı yapıldı.

Hastaların 103'ünde birinci derecede yakınma burun tıkanıklığı ve buna bağlı belirtiler, 22'sinde ise işitme azlığı idi. Dört hastaya daha önce kliniğimizde, yedi hastaya ise başka bir klinikte adenoidektomi ameliyatı uygulanmıştı. Kanama bozukluğu, sistemik hastalığı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı.

Fizik muayenesinde uyumlu çocuklara, klasik kulak burun boğaz muayenesine ilave olarak endoskopik rinoskopi yapıldı. Endoskopik rinoskopi yapılabilen 48 hastada nazal pasajı tam ya da tama yakın tıkayan hipertrofik adenoid doku saptandı. Endoskopik rinoskopi yapılamayan 77 hastanın lateral kraniyal yumuşak doku radyografilerinde nazofarenkste havayolunu daraltan kitle saptandı.

Hastalar genel anestezi altında endotrakeal entübasyon ile ameliyat edildi. Vücut, Rose'nin sırtüstü pozisyonuna getirildi. Ağız, Davis ağız açacağı ile açıldı. Hastanın yüzü burun ve ağız açıkta kalacak şekilde örtüldü.

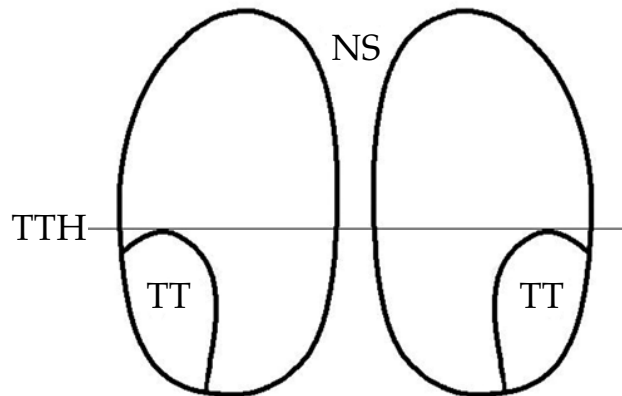
Otuz derecelik 2.7 ve 4.0 mm'lik teleskoplar, adenoid küret ve düz pediatrik sinüs forseps kullanıldı. Endonazal direkt endoskopik görüş altında,

adenoid küret ağız içerisinden adenoid kitlenin üzerine yerleştirilerek, adenoid dokusu arkaya doğru kürete edildi. Birkaç kez tekrarlanan bu küretaj işlemi ile adenoid kitlenin önemli bir kısmının alındığı görüldü. Her iki taraf torus tubariusların alt kenarlarından geçen hayali bir horizontal çizgi çizildi (Şekil 1) ve bütün olgularda, özellikle koanalar yakınındaki adenoid kitlenin bu çizginin altına indirilmesi hedeflendi. Bu küretaj işlemi ile koanal açıklık yakınındaki kürete edilmiş adenoid kitlenin hiçbir olguda torus tubariuslar arası çizginin altına inmediği gözlemlendi. Adenoid dokunun koanal eşiği aşığı tespit edilen 17 olguda küretaj işleminin yeterli olmadığı görüldü.

Bütün olgularda adenoid küret ile yapılan küretaj işleminden sonra endoskop ve düz pediatrik sinüs forseps yardımı ile adenoid kitlesi, torus tubariuslar arası hayali horizontal çizginin altına indirildi. Hastaların tümünde özellikle torus tubariusların medialindeki adenoid dokuların tamamına yakını ortadan kaldırıldı.

Ameliyat sırasında serum fizyolojikle ıslatılmış gaz tamponlar oral yoldan nazofarenkse yerleştirilerek birkaç dakikalık kompresyonlar uygulandı. Ardından burun içerisinden 10 ml'lik enjektörle serum fizyolojik lavajı ve nazal yolla aspiratör ile aspirasyon yapılarak kanama kontrolü yapıldı ve kitlenin yeterince alınıp alınmadığı değerlendirildi. Hiçbir hastamızda ameliyat sonrası ve sonrası kanama olmadı.

Ağız açacağı yerleştirildiği andan itibaren, kanama kontrolünün sonuna kadar süre tutuldu ve ortalama ameliyat süresi 23 dakika olarak tespit edildi.



Şekil 1. Hasta sırtüstü pozisyonunda iken, her iki koanal açıklıktan nazofarenksin endoskopik görüntüsü. NS: Nazal septum, TT: Torus tubarius, TTH: Torus tubariuslar arası hat.

Hastaların kontrolleri, ameliyat sonrası 1. ve 4. haftada fizik muayene ve ebeveyn memnuniyeti değerlendirilerek yapıldı. Dördüncü hafta sonunda, uyumlu hastalara endoskopik nazal muayene yapıldı. Hastaların en son kontrolleri 2. yıl sonunda yapıldı.

BULGULAR

Ameliyat sonrası dönemde hiçbir hastada kanama olmadı. Birinci hafta sonunda kontrole gelen hastaların yedisinde nazal mukozadaki ödeme bağlı burun tıkanıklığı tespit edildi. Bu hastaların yakınmalarının serum fizyolojik damlatılması ile birkaç gün içinde ortadan kalktığı gözlemlendi. Dördüncü hafta sonunda fizik muayene ve ebeveyn ifadeleri ile yapılan değerlendirmede hiçbir hastada burun tıkanıklığı ve buna bağlı yakınmaya rastlanmadı. Dördüncü hafta sonunda endoskopik nazal muayene yapılabilen 39 hastada adenoid dokuların tama yakın ortadan kalktığı ya da torus tubariuslar arası hattın altında olmakla birlikte çok az miktarda, pasajı daraltmayan ve torus tubariusları laterale itmeyen adenoid doku tespit edildi. En az iki yıl takip edilen hastaların hiçbirinde tekrarlayan adenoid hipertrofi tespit edilmedi.

TARTIŞMA

Adenoidektomi birçok modifiye teknik kullanılarak yüz yıldan fazla zamandır yapılmaktadır. Bu konvansiyonel adenoidektomi yöntemlerinde transoral yaklaşımla adenoid küretleri, adenoid pançları ve adenotomlar kullanılmıştır.^[3] Ancak geleneksel yöntemlerle adenoid dokunun tamamen ortadan kaldırılması, özellikle nazofarenks ve üstaki tüpü ağzını tıkayan adenoidin üst ve peritubal parçalarının temizlenmesi mümkün olamamaktadır.^[4] Pearl ve Manoukian^[2] %13 sıklıkta koanal posterior inferior konka bölgesinde adenoid doku tespit etmiş ve larengeal ayna kullanarak indirekt görüşle bu adenoid dokuları ortadan kaldırmışlardır. Drake ve Fischer^[5] 5 mm curved uterin küret kullanarak torus tubarius medialindeki adenoid dokuları temizlemişler, peritubal adenoidektomi terimini tanımlamışlardır.

Becker ve ark.^[6] tekrarlayan seröz otitis medialis genç erişkin ve erişkin hastalarda endoskopik adenoidektomi uyguladıklarını bildirmişlerdir. Koltai ve ark.^[7] eğri uçlu mikrodebrider kullanarak adenoidektomi yapmışlar, ancak onlar teleskop yerine larengeal ayna kullanmışlardır. Yanagisawa ve Weaver^[8] ise teleskop kullanarak direkt görüş

altında mikrodebrider ile adenoidektomi yapmışlardır.

Cannon ve ark.^[9] daha önce geçirdiği konvansiyonel adenoidektomi ameliyatından birkaç yıl sonraki endoskopik muayenesinde halen nazofarenksi tıkayan adenoid doku tespit ettikleri hastaya endoskop ile direkt görüş altında forseps kullanarak adenoidektomi yapmışlar ve bu hastanın çalışmalarının ilk hastası olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ilk hastamız 1996'da adenoidektomi yaptığımız bir hastaydı. Bu hastada transnazal endoskopik muayenede adenoid dokunun koanal eşikten nazal kaviteye taşındığını tespit ettik ve endoskopik adenoidektomi sonrası yakınmalarının ortadan kalktığını gözlemledik.

Endoskopik nazal cerrahi tecrübesi ve ek ameliyat süresi gerektirmesine karşın, bu yöntem ameliyat sahasındaki tüm anatomik yapıları cerrahın görüşüne sunarak hem istenen miktarda adenoid dokusunun ortadan kaldırılmasını, hem de diğer anatomik yapıların korunmasını sağlamaktadır.

Sonuç olarak, endoskop ile direkt görüş altında yapılan adenoidektominin, adenoid dokunun ne kadarının alınabildiğini kontrol imkanı sağlayarak cerrahi işlemin başarısını artırdığından dolayı konvansiyonel adenoidektomi yöntemlerine göre daha tatmin edici bir yöntem olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Williams EF 3rd, Woo P, Miller R, Kellman RM. The effects of adenotonsillectomy on growth in young children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;104:509-16.
2. Pearl AJ, Manoukian JJ. Adenoidectomy: indirect visualization of choanal adenoids. *J Otolaryngol* 1994;23:221-4.
3. Curtin JM. The history of tonsil and adenoid surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1987;20:415-9.
4. Huang HM, Chao MC, Chen YL, Hsiao HR. A combined method of conventional and endoscopic adenoidectomy. *Laryngoscope* 1998;108:1104-6.
5. Drake AF, Fischer ND. Peritubal adenoidectomy. *Laryngoscope* 1993;103:1291-2.
6. Becker SP, Roberts N, Coglianese D. Endoscopic adenoidectomy for relief of serous otitis media. *Laryngoscope* 1992;102:1379-84.
7. Koltai PJ, Kalathia AS, Stanislaw P, Heras HA. Power-assisted adenoidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:685-8.
8. Yanagisawa E, Weaver EM. Endoscopic adenoidectomy with the microdebrider. *Ear Nose Throat J* 1997;76:72,74.
9. Cannon CR, Replogle WH, Schenk MP. Endoscopic-assisted adenoidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:740-4.