

Oral Kavite ve Farenks Hastalıkları

Prof. Dr. Mehmet Ali Şehitoğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı

Özet

Tonsil ve adenoid hastalıkları kulak burun boğaz hekimlerinin en sık rastladıkları hastalıklar arasında yer alır. Bu hastalıkların anlaşılmasındaki son gelişmelerle uygun olarak seçilmiş olgularda medikal tedavi tonsillektomi ve adenoidektomiye alternatif olarak göze çarpmaktadır.

Adenotonsiller hastalığının standart bir sınıflaması henüz ortaya koyulamamıştır. Bu durum kulak burun boğaz hekiminin günlük pratiğine tedavi planı açısından olumsuz etki etmektedir. Rekürren ya da persistan infeksiyon ve obstrüktif hiperplazi en sık rastlanılan problemlerdendir.

Tedavinin seçimi hastalığın aileye ve çocuğa etkilerinin değerlendirilmesiyle başlar. Bir hasta cerrahi endikasyon kriterlerini doldurduğunda dahi cerrahi riski karşısında her hastalığın ağırlığı dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Oral kavite, farenks, adenotonsiller hastalık, tedavi

Abstract

Disease in the tonsils and adenoids are among the most common disorders seen by the otolaryngologist. Recent advances in the understanding of these diseases has led to medical therapy as an alternative to tonsillectomy and adenoidectomy in appropriately selected patients.

A standardized classification of adenotonsillar disease has not yet emerged., this places the practicing otolaryngologist at a disadvantage when treatment plans are considered. Recurrent or persistent infection and obstructive hyperplasia are the most commonly encountered problems.

The key to developing and evaluation and treatment plan begins with assessing the perception of the effect of the illness upon the family and the child. Even when a patient meet criteria for surgery, the severity of each illness, the impact on chronic medical conditions, or the possible risk of chronic medical conditions should all be weighed against the risk surgery.

Keywords: Oral cavity, pharynx, adenotonsiller disease, treatment

Anatomi

Nazofarenks ve orofarenksteki adenoid dokusu, tubal tonsiller, lateral farengeal bantlar, palatin tonsiller ve lingual tonsillerden oluşan lenfoid dokular Waldeyer halkası olarak isimlendirilir. Adenoidler posterior nazofarenkste yerleşmiştir. Tonsilla palatinalar anteriorda m. Palatoglossus, posteriorda m. Palatofarengus tarafından sınırlandırılmış tonsiller fossada yer alır.

Akut tonsillofarenjit

Akut tonsillofarenjit, farenksin ve tonsillerin akut infeksiyonudur. Tonsillit, tonsillofarenjit, farenjit ve nazofarenjit tanımlarının tümünü içerecek şekilde kullanılır. Akut tonsillofarenjit özellikle çocukluk ve genç erişkin döneminde sık rastlanan bir hastalıktır. Akut tonsillofarenjitin en sık nedeni virüslerdir (%60-70). RSV, Parainfluenza, Adenovirus, İnfluenza A ve B, EBV,

HSV, Rhinovirus, Coronavirus, Enteroviruslardan Coxsackie ve Echovirus akut tonsillofarenjit yapan viral ajanlardır. Akut tonsillofarenjit vakalarının yaklaşık %30'u bakteriyel bir etkene bağlıdır. Bakteriyel tonsillitin en sık nedeni ise A grubu beta hemolitik streptokoklardır. Daha seyrek olarak saptanan aerop bakteriler ise Grup B, C, G streptokoklar, H. influenza, S. pneumoniae, M. catarrhalis, S. aureus, H. parainfluenzae, Neisseria ve Mycobacteria'dır. Anaeroplara ise Bakteriodes, Peptococcus, Peptostreptococcus ve Actinomyces'tir.

Akut viral tonsillofarenjitler sessiz başlar. Ateş, halsizlik, iştahsızlık, boğaz ağrısı, ses kısıklığı ve burun akıntısı gibi semptomlar vardır. Yumuşak damakta ve farenkste ülserasyon, tonsillerde eksüdasyon görülebilir. Servikal lenf nodları büyümüş, sert ve ağrılı olabilir. Bu bulgular akut bakteriyel tonsillitten ayırımını zorlaştırır. Hastalık 1-5 gün sürebilir.

Akut bakteriyel tonsillit çoğu zaman hızlı bir başlangıç gösterir. Boğaz ağrısı, ateş, terleme ve titreme atakları başlıca semptomlarıdır. Yutma gücünün, baş ağrısı, halsizlik, eklem ağrıları gibi şikâyetler de tabloya eklenir. Hastalığın şiddeti etken mikroorganizmanın virülansı ve hastanın kişisel direncine bağlı olarak değişebilir.

Akut tonsillofarenjit tanısı fizik muayene ile konur. Klinik bulgularla etkenin viral ya da bakteriyel olup olmadığı çoğu zaman anlaşılabilir. Akut bakteriyel tonsillit atağı sırasında yapılan fizik muayenede başlangıçta hiperemik ödemli tonsiller mevcutken, hastalık ilerledikçe tonsillerin üzerinde eksüdasyon ve kripler oluşabilir. Bu durum kriptik tonsillit olarak adlandırılır. Multiple servikal lenfadenopati saptanabilir.

Laboratuvar incelemelerinden tam kan sayımında lökositöz saptanır. Boğaz kültürü klinik olarak bakteriyel infeksiyon düşünülen hastalarda etken izole edilebilir. Hızlı antijen tarama testi, streptokokal tonsillitin erken mikrobiyolojik tanısını sağlar. ASO titresini (200 Todd) retrospektif olarak tanıda yardımcıdır. Artmış CRP düzey-

leri ise bakteriyel infeksiyonu viral infeksiyondan ayırmada yararlıdır.

Akut tonsillofarenjitin tedavisi infeksiyon etkeninin ortadan kaldırılmasını ve destek tedavisini içerir. İstirahat ve yeterli sıvı alımı ile dehidratasyon önlenir. Ağız bakımı yapılmalıdır. Ateş ve halsizlik gibi semptomları ortadan kaldırmak için analjezik ve antipiretik ilaçlar kullanılabilir. Akut streptokokal tonsillit tedavisinde en az 10 günlük uygun dozlarda penisilin bakterinin eradikasyonu için yeterlidir. Penisilin alerjisi varsa eritromisin kullanılır. Ancak günümüzde anaerobik bakterilerin artan direnci nedeniyle penisilin tedavisi etkili olmayabilir. Bu durumda amoksisilin-klavulünik asit, ampicilin-sulbaktam, sefuroksim aksetil, azitromisin, klaritromisin gibi daha geniş spektrumlu antibiyotikler önerilebilir. Hastaneye yatışa genellikle gerek duyulmaz.

Sağlıklı nüfusun yaklaşık %20'si A grubu beta hemolitik streptokoklardan olan Streptococcus pyogenes taşıyıcısı olarak saptanmakla birlikte bu kişiler nadiren hastalığı yayarlar. Semptomsuz taşıyıcılarda antibiyotik tedavisine gerek yoktur.

Akut streptokokal tonsillitin ayırıcı tanısında difteri, kızıl, enfeksiyöz mononükleoz ve Vincent anjini gibi hastalıklar akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda ayrıca agranülositoz, lökoplaki, pemfigus ve epitelyal tümörler de akla gelmelidir.

Akut tonsillofarenjit uygun medikal tedaviyle çoğu zaman düzelse de nadiren komplikasyon gelişebilir. Non-süpüratif komplikasyonlar akut romatizmal ateş ve poststreptokokal glomerulonefrittir. PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric dissymptoms associated with streptococcal infections) ve OCDs (new onset of obsessive compulsive disorders) gibi komplikasyonların da nadiren görüldüğü tanımlanmıştır. Süpüratif komplikasyonları ise peritonsiller apse, retrofaringeal apse ve derin boyun infeksiyonudur.

Tablo. Tonsillektomi ve adenoidektomi
Adenoidektomi endikasyonları

A. Obstrüksiyon

- Kronik nazal obstrüksiyona yol açan adenoid hipertrofi
- Uyku apnesi veya uyku bozukluğu
- Gelişme geriliği
- Kor pulmonare
- Yutma güçlüğü
- Konuşma bozukluğu
- Daralmış üst hava yoluna neden olan diş ve orofasiyal anomaliler

B. Enfeksiyon

- Rekürren veya kronik adenoidit
- Seröz otitis media
- Kronik otitis media

C. Neoplazi şüphesinde (benign veya malign)

Tonsillektomi endikasyonları

A. Obstrüksiyona

- Obstrüksiyona yol açan tonsiller hipertrofi
- Uyku apnesi veya uyku bozukluğu
- Gelişme geriliği
- Kor pulmonare
- Yutma güçlüğü
- Konuşma bozukluğu
- Daralmış üst hava yoluna neden olan diş ve orofasiyal anomaliler

B. Enfeksiyon

- Rekürren/kronik tonsillit
- Tonsillit sonrası
 - Akut hava yolu obstrüksiyonu
 - Peritonsiller apse
 - Kalp kapak hastalığı
- Persiste eden tonsillit ile birlikte
 - Persiste eden boğaz ağrısı
 - Servikal LAP
 - Halitozis
- Tonsillolityiazis
- Medikal tedaviye cevap vermeyen streptokok taşıyıcılığı
- Rekürren/kronik otitis media

C. Neoplazi şüphesinde (benign veya malign)

tonsiller kapsülün lateralinde püy birikmesiyle gelişir. Hastanın genel durumu kötüdür. Öyküsünde birkaç gündür devam eden boğaz ağrısı şikâyetine rastlanır. Hasta ağzında sıcak patates (hot potato) varmış gibi konuşur. Yutma güçlüğü ve ateş mevcuttur. Hastanın muayenesinde ağız içinde bol sekresyon vardır ve apseye bağlı tonsil mediale itilmiştir. İlk yapılacak cerrahi girişim iğne ile aspirasyondur. Bu durumda yeterli miktarda püy boşaltılırsa hastada bir rahatlama görülür ve apsenin cerrahi drenajına gerek kalmaz. Cerrahi apse drenajı yapılacaksa hastanın apse materyalini aspire etmemesine dikkat edilmesi gerekir. Aspirasyon materyalinden yapılan kültürlerde polimikrobiyal üreme olduğunda genellikle kültür yapmak önerilmez. Hastanın genel durumu kötüyse, yutma güçlüğü ile ilgili derecede ise ve üst solunum yolunda obstrüksiyon gelişebileceği düşünülüyorsa hastanın hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. On günlük tedaviyi içerecek şekilde antibiyotik tedavisi gerekir. Tedavide penisilin çoğu zaman yeterlidir. Penisilin alerjisi olan hastalara ise eritromisin önerilebilir.

Peritonsiller apsenin komplikasyonu olarak hastalarda hava yolu obstrüksiyonu, lokal venöz tromboz, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi, kanama ve enfeksiyonun yayılmasına bağlı para-farengeal apse, retrofarengeal apse, beyin apsesi, endokardit gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Rekürren tonsillit

Bir yıl içerisinde 4-7 arasında akut tonsillit atağı mevcut ise rekürren tonsillit denir. Bu tanıda en önemli faktör hastanın hikâyesidir. Aileden alınan hikâyede üst solunum yolu enfeksiyonları da tonsillitle karışabilir. Bu nedenle bu endikasyonun titiz değerlendirilmesi gerekir. Hasta düzenli olarak izlenebiliyorsa ve hastanın tıbbi kayıtları mevcutsa endikasyon koymak daha kolaydır. Tedavisinde tonsillektomi önerilir.

Kronik tonsillit

Uygun antibiyotik tedavisine rağmen en az 6

Peritonsiller apse (Quincy apsesi)

Peritonsiller apse akut tonsillit atağını takiben

aydır iyileşme görülmemesidir. Bu duruma sıklıkla halitozis, persistan boğaz ağrısı veya persistan servikal lenfadenit eşlik eder. Tedavisinde tonsillektomi önerilir.

Lingual tonsillit

Lingual tonsil dokusu da enfekte olup klinik şikâyetlere yol açabilir. Çocuklarda ve tonsillektomi geçirmiş olan erişkinlerde de görülebilir. Sıklıkla akut tonsillite benzer şikâyetlere yol açar. Hastanın şikâyetleri akut tonsillitteki gibidir. Fizik muayenede dil kökünde üzerinde beyaz kriptler olan kırmızı, ödemli lingual tonsiller gözlenir. Bu durumu değerlendirmek için muayene sırasında larenks aynası kullanmak gerekebilir. Akut infeksiyon sırasında antibiyotik tedavisi gerekir. Sık rekürrens varsa veya kronik lingual tonsillit söz konusuysa cerrahi girişim planlanabilir. İleri derecede hipertrofik olgularda koterizasyon, kriyocerrahi gibi tekniklerle dil kökündeki lenfoid doku küçültülmeye çalışılır.

Adenoidit

Pürülan burun akıntısı, post nazal akıntı, ateş ve öksürük mevcudiyeti adenoid infeksiyonunu düşündürür. Bu duruma sıklıkla sinüzit ve otitis media eşlik eder. Servikal lenfadenopatiye sık rastlanır. Adenoid infeksiyonlarında en sık rastlanan mikroorganizmalar sıklık sırasına göre *Haemophilus influenza*, grup A beta hemolitik streptokok (GABHS), *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* ve *Streptococcus pneumoniae*'dir. Antibiyoterapiye rağmen yılda dörtten fazla tekrarlıyorsa bu duruma rekürren adenoidit denir. Bu semptomlar uygun tedaviye rağmen hiç düzelmiyorsa kronik adenoidit olarak isimlendirilir. Her iki durumda da burunda yabancı cisim, alerji, rinosinüzit gibi diğer faktörler elimine edildikten sonra adenoidektomi düşünülebilir.

Waldayer halkası hipertrofileri

Aslında hipertrofi Waldayer halkasının tüm

üyelerinde görülmesine rağmen, pratikte sıklıkla hipertrofisi görülen iki yapı farengeal tonsil (adenoid dokusu) ve palatinal tonsildir. Bu dokuların hipertrofileri sıklıkla rekürren ve/veya kronik infeksiyonları ile de birliktedir. Lenfoepiteliyal dokuların aktivitesinin maksimum olduğu 3-7 yaş arası çocuklarda sıklıkla görülür. Aslında bu yaş grubunda bu lenfoid dokuların bir dereceye kadar hipertrofik olmaları son derece fizyolojiktir. Bu nedenle semptomlara neden olan hipertrofiler patolojik olarak kabul edilerek, tedavi yoluna gidilir.

Adenoid vejetasyon

Burun tıkanıklığı ve buna bağlı ağızdan solunma, daha küçük çocuklarda belirgin olan beslenme zorluğu, hırıltılı solunum ve horlama, gece terlemesi, huzursuz uyuma, tipik adenoid yüzü, servikal lenfadenopati, kapalı ve hım-hım konuşma tipik yakınma ve bulgulardır. Ağız açık, üst kesicidişleri uzun, nazolabiyal sulkusları düzleşmiş ve genişlemiş, ince uzun ve burundan ve ağızdan sekresyonları akan adenoid yüzü bu hastalık için tipik olmasına rağmen, bu yüz tipinin gelişmiş olması irreversibl bozuklukların geliştiğini göstermektedir. Bu nedenle amaç, bu yüz tipi oluşmadan önce tanının konup tedavinin yapılmasıdır.

Aşırı hipertrofik olgularda, çoğu zaman palatin tonsil hipertrofileri ile birlikte, çocukluk dönemi tıkayıcı uyku apnesi sendromunun da en sık görülen nedenidir. Ayrıca üstaki disfonksiyonu ve çeşitli derecelerde kulak hastalıkları (akut, rekürren veya kronik süperatif veya effüzyonlu otit media), burun ve paranazal sinüs hastalıkları (akut, rekürren veya kronik bakteriyel rinosinüzitler) ve buna bağlı kronik burun akıntısı, üst ve alt solunum yolu alerji ataklarını tetikleme ve tedaviye dirençli olmasına neden olma, maksillofasiyal gelişim, diş gelişimi ve çiğneme sistemi bozuklukları, dilin damak üzerine yaptığı basıncın kalkması ile sert damağın kubbeleşmesi, maloklüzyon, üst dişlerin uzaması (tavşan diş) gibi

diş bozuklukları, rekürren alt ve üst solunum yolu infeksiyonları (tonsillit, larengotrakeit, bronşit, pnömoni gibi), kronik respiratuar obstrüksiyona ve ileri olgularda kronik hipoksiye bağlı fiziksel ve mental gelişim bozukluğu, okul çağı çocuklarında okul performansının düşmesi görülebilir. Çoğu zaman semptomlara ve indirekt muayene bulgularına dayanılarak tanı konulur. Ancak özellikle çocuklarda yapılması zor olan posterior rinoskopi (indirekt nazofarenkoscopi) yapılabilir veya olanak varsa endoskopik muayenede tipik adenoid dokusunun görülmesi ile kesin tanı konur. Bu da yapılamıyorsa şart olmamakla birlikte yumuşak doku dozunda çekilen interal boyun grafisi de tanıda yardımcı olabilir. Eskiden kullanılan nazofarenks tuşesi günümüzde aşırı rahatsız edici ve çocuğu hekimden uzaklaştırıcı bir yöntem olduğu için çok özel durumlar dışında yapılmamaktadır. Ayırıcı tanıda koanal atrezi, burunda yabancı cisim, burun tıkanıklığı yapan diğer nazofarengeal ve nazal nedenler (anjyofibrom, malign tümörler, septum deviasyonu, konka hipertrofisi gibi) unutulmamalıdır. Tedavi cerrahidir.

Tonsil hipertrofisi

Çocukluk döneminde bir dereceye kadar palatin tonsillerin hipertrofik olması son derece normaldir. Patolojik olarak kabul edilen hipertrofinin özellikleri şunlar olmalıdır:

- Kronik obstrüktif hipertrofi; yani sadece akut infeksiyon atağı döneminde olmayan, devamlı bulunan ve obstrüktif olan hipertrofi.
- Tıkayıcı uyku apnesi sendromuna neden olan, boyutu ne olursa olsun hipertrofi.

Genellikle adenoid vejetasyon ile birlikte olduğundan semptomlar benzerdir. Ancak yeme ve yutma zorluğu ile respiratuar obstrüksiyon bulguları daha belirgindir. Ayrıca bu tip hastalarda obstrüktif sleep apne sendromu da daha sıklıkla görülebilir. Tanı fizik muayene bulguları ile konur. Ancak obstrüktif tonsil hipertrofisi de-

mek için, hastanın akut atak dışı bir zamanda görülmesi, gerekirse belli aralıklarla izlenmesi ve muayenenin uygun olarak yapılması gereklidir.

Erişkin bir hastada tek taraflı tonsil hipertrofisinde mutlaka malignite ekarte edilmelidir. Yine palatin tonsil de dahil olmak üzere farengeal lenfoid halkanın hızla büyümesi tüm lenfatik sistemi tutan bir hastalığın bulgusu olabilir. Her tonsil hipertrofisinde tonsillektomi düşünülmemelidir. Yukarıda bahsedilen özellikleri olan, tıkayıcı uyku apnesi sendromuna neden olan veya malignite şüphesi olan olgularda tonsillektomi endikasyonu vardır. Genellikle adenoidektomi ile birlikte uygulanır.

Tonsillektomi ve adenoidektomi kontrendikasyonları

Tonsillektomi ve adenoidektomi elektif şartlarda yapılabilen bir operasyon olması nedeniyle mortalite ve morbiditeyi artıracak faktörler ortadan kaldırılıncaya kadar ameliyatın yapılması önerilir. Bu faktörler arasında en önemli olan kanama diyatezleridir. Genel olarak kanama diyatezi mevcudiyeti adenoidektomi ve tonsillektomi için kesin kontrendikasyondur. Damak yarığı mevcudiyetinde postoperatif ve lofarengial yetmezlik gelişebildiğinden kontrendikasyonlardan birisidir. Submukozal damak yarıkları ve palatal hipotoni preoperatif muayene sırasında özellikle dikkat edilmezse gözden kaçabilir. Ayrıca poliomyelit epidemileri sırasında ameliyattan kaçınmak gerekir.

Tonsillektomi ve adenoidektomi teknikleri

Gerek tonsillektomi ve gerek adenoidektomi için genel anestezi tercih edilmelidir. Ancak tonsillektomi erişkinlerde ülkemizde de halen oldukça sık uygulandığı gibi ameliyathanede yapılmak koşuluyla lokal infiltrasyon anestezisi ile yapılabilir.

Genel anestezi ile tonsillektomi ve adeno-

idektomi Roze pozisyonunda yapılır. Ameliyata adenoidektomi ile başlanır. Adenoidektomide küretler veya adenotomlar kullanılabilir. Adenoidektomi ilk yapılırsa tonsillektomi süresince nazofarinkste hemostaz sağlanır. Daha sonra tonsillektomiye geçilir. Tonsillektomide disseksiyon, koterle disseksiyon, lazer, sluder (giyotin) gibi çeşitli teknikler ve araçlar kullanılabilir.

Ameliyat sırasında hemostazın sağlanması için mukozaya sütür atılabilir, kement tekniği ve koter kullanılabilir. Hemostazın sağlanması ile ameliyat sonlandırılır.

Tonsillektomi ve adenoidektomi komplikasyonları

Tonsillektomi ve adenoidektomi sonrasında görülebilecek komplikasyonlar oldukça geniş bir spektruma sahiptir. Anestezi ve cerrahiye bağlı olarak karşılaşılabilecek bu durumlar hakkında cerrah mutlaka bilgi sahibi olmalıdır. Kanama, boğaz ağrısı, kulak ağrısı, ateş, disfaji, odinofaji, dehidratasyon ve hipernazalite (ve lofarengeal yetmezlik) bu operasyon sonucu sık görülen bazı komplikasyonlardır. Ayrıca bulantı-kusma, larengospasm, vagal stimülasyon, aritmi gibi anesteziye bağlı komplikasyonlar görülebilir. Ağız açacağıın uygulanması sırasında dudaklar, dişler ve temporomandibuler ekleme veya cerrahi müdahaleye bağlı da uvula, yumuşak damak ve farenks mukozasında travma görülebilir. Postoperatif bakteriyemi, derin boyun enfeksiyonu, peritonsiller apse, tonsiller fossada lokalize enfeksiyon ve süperatif otitis media gibi enfeksiyonlar gelişebilir. Aspirasyon, pnömoni

ve atelektaziler de nadiren gelişebilir. Adenoid dokusu nazofarenksin posteriorunda vertebralardan üzerinden kürete edilirken superior konstrüktör kasın travmatize edilmesi çocuklarda boyunda spazma ve ağrıya yol açabilirken nadiren de olsa tortikollise sebep olabilir. Özellikle 5 yaşından küçük çocuklarda cerrahi müdahale psikolojik travmaya, buna bağlı olarak da postoperatif uyku problemlerine, davranış bozukluklarına ve depresyona yol açabilir. Cerrahi sırasında nervus glossofarengeusun lingual dalının zedelenmesine bağlı tat almada bozukluk ve yakın anatomik komşuluk nedeniyle de karotid arter hasarlanması da çok nadiren görülen komplikasyonlardandır.

Tonsillektomi ve adenoidektominin immün sisteme etkisi

Tonsillektominin hücresel ve humoral immün sisteme değişiklikler yaptığı gösterilmekle birlikte immün sistemin yetersizliğiyle ilgili hastalıklarda artış gösterilememiştir.

Kaynaklar

1. Linda Brodsky. Tonsillitis, Tonsillectomy and Adenoidectomy. In: Bailey Head&Neck Surgery-Otolaryngology 2nd ed. Lippincot-Raven 1998;1221-1237.
2. Brian J Wiatrak, Audie L, Woolley Pharyngitis and Adenotonsillar Disease. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE. Otolaryngology-head and neck surgery, 2nd ed. St. Louis. Mosby-Year Book, 1998;188-216.
3. Tutkun A. Tonsil ve Adenoid Cerrahisinde Komplikasyonlar. PTT Hastanesi Tıp Dergisi Cilt 15, Sayı 1, 1994, 79-85.