

ADENOİD DOKU BÜYÜMESİ TANISINDA BELİRTİ VE BULGULARIN DEĞERİ: ENDOSKOPLA DEĞERLENDİRME

THE VALUE OF SIGNS AND SYMPTOMS IN THE DIAGNOSIS OF ENLARGED ADENOIDS:
ASSESSMENT BY ENDOSCOPY

Okay Başak,¹ Sema Başak², Z. Can Karaman³, Alev Akdilli³

Özet

Adenoidektomi, çocuklarda en sık yapılan operasyonlardan birisidir. Orta kulak sorunlarına ve burun tıkanıklığına yol açabilen adenoid büyümesini operasyon öncesi değerlendirme yöntemleri ve adenoidektomi endikasyonları ise hâla tartışmalıdır. Çalışmamızın amacı, radyografik inceleme sonuçları ve burun tıkanıklığıyla ilişkili belirti ve bulgularla adenoid büyüklüğü arasındaki ilişkiyi araştırarak birinci basamak hekimi için tanı ve sevk ölçütlerinin oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi KBB bölümünde adenoidektomi ya da adenotonsillektomi gerekli opere edilen ve yaşları 3-15 arasında değişen 54 çocuk çalışmaya alındı. Horlama, ağız solunumu ve ağız açık uyuma yakınmalarının belirlendiği burun tıkanıklığı radyografik değerlendirme sonuçları ile, endoskopik olarak saptanan adenoid büyüklüğü arasında anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p=0.008$ ve $p=0.013$). Endoskopik muayene son zamanlarda adenoid büyümesinin tanısında standart yöntem haline gelmekle birlikte, iyi bir klinik değerlendirme, birinci basamak hekimlerinin adenoid büyümesine karar vermesinde temel yaklaşım biçimi olmalıdır. Özellikle ağız açık uyuma, ağız solunumu ve horlama yakınmaları, burun tıkanıklığının göstergeleri olarak titiz bir şekilde sorgulanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Çocuklar, adenoid, burun tıkanıklığı, endoskopi

Summary

Adenoidectomy is one of the most commonly performed procedures in children. Methods of evaluating adenoidal size pre-operatively and indications for adenoidectomy are still a matter of discussion. The purpose of the present study is to investigate whether or not there is an association between obstructive symptomatology, and lateral X-ray findings and the size of adenoids, thereby contributing to establish diagnostic and referral criteria for primary care physicians. 54 children aged from 3 years to 15 years evaluated for adenoidectomy or adenotonsillectomy in the department of otorhinolaryngology at the Adnan Menderes University Hospital were included in the study. A significant relation was found between the size of the adenoid and the complaint of nasal obstruction (snoring, mouth breathing awake and asleep) ($p=0.008$). The size of the adenoid correlated well with the results of radiographic assessment ($p=0.013$). The introduction of endoscopy in the examination of the nasal cavity and nasopharynx in children is of great clinical value. In primary care setting, however, a good clinical evaluation should be the basic approach to assess adenoidal obstruction of the nasopharyngeal airway. Especially, complaints such as snoring, habitual mouth breathing awake or asleep should be rigorously inquired.

Key words: Children, adenoid, nasal obstruction, endoscopy

Giriş

Adenoid doku, çocuklarda üst solunum yolu hastalıklarında önemli bir rol oynar.¹ Adenoid büyümesinin yol açtığı nazofarengeal tıkanıklık, orta kulak sorunlarına, sinonazal enfeksiyonlara, burun tıkanıklığına ilişkin belirti ve bulgulara hatta davranış bozukluklarına neden olabilir.²⁻⁵

Çocuklarda en sık yapılan operasyonlardan biri olmasına karşın, adenoidektomi endikasyonları hâla tartışma konusudur.^{2,6} Çocuklarda adenoid muayenesinin ve adenoid doku ile nazofarenks ilişkisinin doğru bir şekilde

değerlendirilmesinin klinik olarak güç olması, bunun önemli nedenlerinden biridir.^{2,7} Bu durum, aile hekimleri/genel pratisyenler için, adenoid hipertrofisi tanısı koymada ve hastayı adenoidektomi için KBB uzmanına gönderme kararı vermede klinik belirti ve bulguların önemini artırmaktadır. Bu ise titiz bir öykü almayı gerektirir.

Öte yandan, nazofarengeal tıkanıklıkta, adenoidlerin mutlak büyüklüğünün yanı sıra nazofarengeal alanın ve palatal havayolu açıklığının etkili olduğu düşünülmektedir.^{2,8-13} Bu yaklaşım, klinik semptom ve bulguları nazofarengeal tıkanıklıkla ilişkilendirme sorununu daha da karmaşıktırılmaktadır.

¹⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

²⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

³⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyodiyagnostik Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

Birçok çalışma, özellikle ağız solunumu ve horlama ile adenoid büyüklüğü arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur.^{4,8,14,15} Nazofarenksin radyolojik olarak değerlendirilmesi de oldukça sık kullanılmaktadır ve bununla ilgili değerlendirme ölçütleri tanımlanmıştır.^{11,12,16,17} Bunlar arasında Cohen ve Konak'ın tekniğinin, adenoid doku ile nazofarengeal boşluk ilişkisini daha iyi verdiği gösterilmiştir.¹⁷ Son zamanlarda, nazal kavitenin ve nazofarengeal alanın endoskopiyle doğrudan incelenmesi, adenoidektomi endikasyonlarının belirlenmesinde düzelmeler sağlamıştır.⁶

Bu çalışmada, radyografik inceleme sonuçları ve burun tıkanıklığı belirti ve bulgularıyla, nazofarenksin endoskopik muayene bulguları arasındaki ilişki araştırılmıştır.² Bununla, birinci basamak hekimi için, adenoid hipertrofisi ve adenoidektomi tanı ve sevk ölçütlerinin oluşturulmasına katkıda bulunma amaçlanmıştır. Çalışmanın orta kulak patolojisine ilişkin sonuçları başka bir makalede ele alınmıştır.¹⁸

Gereç ve Yöntem

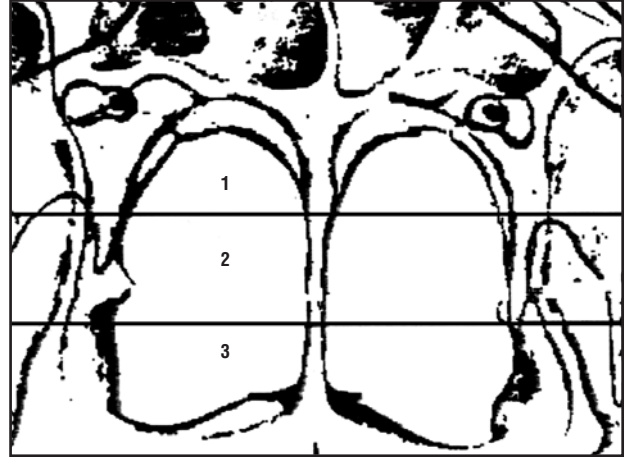
Hastalar

Ocak 1997 ile Şubat 1998 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi KBB polikliniğinde muayene edilen, klinik değerlendirme ve radyolojik inceleme sonucu adenoid hipertrofisi düşünülerek adenoidektomi ya da adenotonsillektomi yapılan 54 çocuk çalışmaya alındı. 33'ü erkek (%61), 21'i kız (%39) olan çocukların yaş ortalaması 7.5 idi (3-15 yaş arası). 31 çocuk (%57) 7 yaş ve altında, 23 çocuk ise (%43) 8 yaş ve üstündeydi.

Ölçüm ve klinik değerlendirmeler

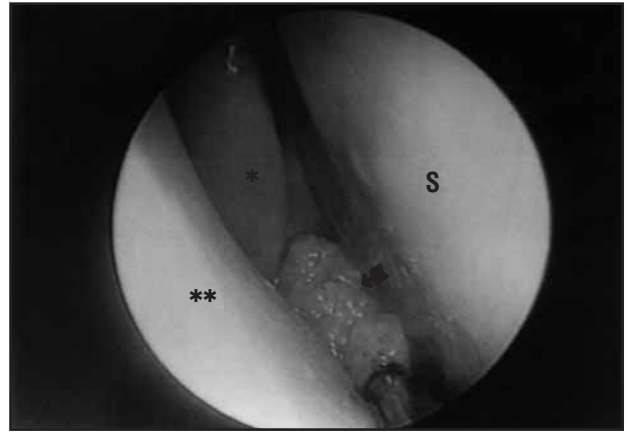
Adenoid büyüklüğünün değerlendirilmesi

Nazal endoskopik muayene, genel anestezi verildikten sonra ve operasyona başlamadan önce yapıldı. Muayeneden 10 dakika önce nazal kavitelere %0.05 xylometazolum içeren tamponlar yerleştirilerek nazal mukozada dekonjesiyon sağlandı. Muayenede 0 derece 4 mm Hopkins endoskop (7200A) kullanıldı. Adenoid dokunun büyüklüğü, çalışmanın amacı dikkate alınarak koanaların adenoid dokuyla ilişkisine göre değerlendirildi. Koanalar tahmini çizgilerle üç eşit kadrana ayrıldı ve 1-2-3 olarak numaralandı (Şekil 1). Adenoid dokunun bu kadrantları doldurma derecesine göre büyüklük üç sınıfa ayrıldı. 1. Küçük adenoid: En fazla birinci kadrantı dolduran-her iki koana açık. 2. Orta büyüklükte adenoid: ilk iki kadrantı dolduran en azından bir koana açık. 3. Büyük adenoid: Koanaları tümüyle dolduran-her iki koana kapalı (Resim 1).



Şekil 1

Koanaların tahmini olarak üç kadrana bölünmesi



Resim 1

Nazal endoskopide koanayı bütünüyle doldurmuş ve nazal pasaja taşmış adenoid doku

(*: Orta konka, **: Alt konka, S: Septum, Ok: Adenoid doku)

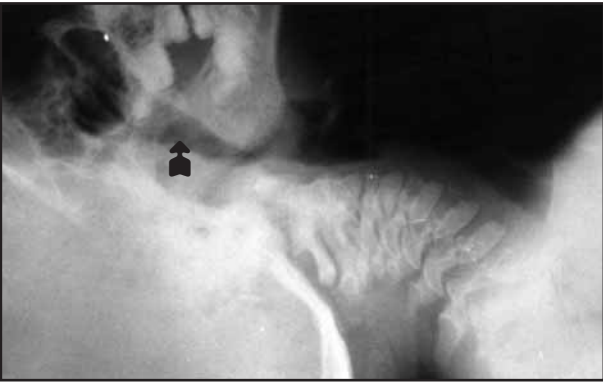
Radyolojik değerlendirme

Lateral nazofarenks radyografisi, hasta nötral pozisyonda ve ağız kapalı iken alındı. Film-tüp uzaklığı 150 cm'de tutuldu. Solunumla ilişkili değişiklikleri önlemek amacıyla hastadan hafif solunum yapması istendi. Elde edilen grafilerde adenoid vejetasyona ait yumuşak doku kalınlaşması araştırıldı. Nazofarenks hava sütunundaki daralma derecesi, Cohen'in tanımladığı yöntemle değerlendirildi.¹² Sert damağın en arka noktasından 1 cm uzaklıktaki yumuşak damak kalınlığı ile aynı düzeydeki nazofarenks hava sütununun genişliği karşılaştırıldı. Hava sütununun genişliği yumuşak damak kalınlığına eşit ya da daha fazla ise hafif, daha az ancak yumuşak damak kalınlığının yarısından fazla ise orta ve yumuşak damak kalınlığının yarısından az ise ileri derecede büyümüş adenoid doku olarak değerlendirildi (Resim 2A ve 2B). Radyolojik değerlendirmeler hastanın öyküsünden ve endoskopik muayene bulgularından habersiz tek bir radyolog tarafından yapıldı.



Resim 2 A

Lateral nazofarenks grafisinde nazofarengeal hava yolunu tümüyle tıkaş adenoid doku



Resim 2 B

Açık nazofarengeal hava yolu

Burun tıkanıklığının değerlendirilmesi

Burun tıkanıklığı, doğrudan “burun tıkanıklığı olup olmadığı” sorusuna çocuktan ve/veya anne-babadan aldığımız yanıtı göre iki gruba sınıflandı. 1- Var: Üç aydan daha uzun süredir burun tıkanıklığı olanlar. 2- Yok: Üç aydan daha az bir süredir burun tıkanıklığı olanlar ya da burun tıkanıklığı olmayanlar.

Ancak, doğrudan burun tıkanıklığı değerlendirmesi çocuk ve/veya anne-baba tarafından kesin ve sağlıklı bir şekilde yapılamadığı için, burun tıkanıklığı üç benzer yakınmaya göre ayrıca değerlendirildi. Ağız solunumu, ağız açık uyuma ve horlama yakınmalarından en az birinin bulunması dikkate alınarak yukarıda belirttiğimiz sınıflama yeniden yapıldı.

Ayrıca üç aydan fazla süren burun akıntısı, öksürük ve baş ağrısı yakınmaları anne-babadan alınan bilgilere göre kaydedildi. Tonsil büyüklüğü, postnazal akıntı, septum deviasyonu, seröz ve pürülan burun akıntısı klinik muayene ile değerlendirildi. Tüm hastaların öyküsü (KBB uzmanı) tek bir hekim tarafından alındı, KBB muayeneleri yine aynı hekim tarafından yapıldı.

İstatistiksel yöntem

Tüm istatistiksel testler, %5 anlamlılık düzeyinde çift yönlü olarak uygulandı. Hesaplamalar IBM uyumlu bir PC’de SPSS for Windows paket programı kullanılarak yapıldı. Değişik değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırmak için ki-kare testi, Fisher’s exact testi ve Spearman bağıntı analizi kullanıldı. İki yaş grubunda aynı değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılması için de yine aynı testler uygulandı.

Bulgular

Yaşın sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek için hastalar yaş gruplarına ayrıldı. Çalışmaya alınan hasta sayısının istatistiksel sınırlamaları dikkate alınarak yalnızca iki grup oluşturuldu. Adenoid büyüklüğünün iki gruba dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1

Yaş gruplarında adenoid büyüklüğü

Adenoid büyüklüğü	3-7 yaş (%)	8-15 yaş (%)	Sınır toplamı (%)
Küçük	3	5	8 (14.8)
Orta	5	4	9 (16.7)
Büyük	23	14	37 (68.5)
Sütun toplamı	31 (57.4)	23 (42.6)	54 (100)

Toplam: 54 çocuk

(Parantez içindeki rakamlar yüzdeleri göstermektedir.)

Adenoid büyüklüğü ile burun tıkanıklığı arasındaki ilişki (Tablo 2)

İstatistiksel amaçlar için, küçük ve orta büyüklükte adenoidi olan çocuklar birlikte gruplandı. Doğrudan burun tıkanıklığı olup olmadığı sorusuna aldığımız yanıtı göre yaptığımız değerlendirmede, adenoid büyüklüğü ile burun tıkanıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0.120$). Ancak, ağız solunumu, ağız açık uyuma ve horlama yakınmalarından en az birinin bulunmasına göre belirlenen burun tıkanıklığı ile adenoid büyüklüğü arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.008$). Bu anlamlı ilişki, yalnızca 8-15 yaş grubunda gözlemlendi.

Tablo 2

Adenoid büyüklüğü ile burun tıkanıklığı arasındaki ilişki

Adenoid büyüklüğü	Burun tıkanıklığı (Ağız solunumu, horlama, ağız açık uyuma)	
	Var (%)	Yok (%)
Küçük	4 (8.7)	4 (50)
Orta	7 (15.2)	2 (25)
Büyük	35 (76.1)	2 (25)
Sütun toplamı	46 (100)	8 (100)

Toplam: 54 çocuk

Fisher’s exact test, $p=0.008$

(Parantez içindeki rakamlar yüzdeleri göstermektedir.)

Çalışmaya alınan 54 çocuğun 7'sinde (%13) burun tıkanıklığını etkileyen etken tek ya da iki taraflı septum deviasyonu idi.

Endoskopik olarak belirlenmiş adenoid büyüklüğü ile ya da pürülan burun akıntısı, postnazal akıntı, öksürük, baş ağrısı ve tonsil büyüklüğü gibi belirti ve bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Endoskopi ve standart lateral radyografiyle konan adenoid hipertrofisi tanılarının karşılaştırılması

Çalışmaya alınan çocukların tümü, iki tanısal yöntem arasındaki ilişki yönünden değerlendirildi (Tablo 3). İstatistiksel amaçlar için, endoskopik ve radyolojik bulgular arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($\chi^2=8.605$, $p=0.013$). Lateral grafide saptanan ileri derecede adenoid hipertrofisi, olguların %88'inde (25 olgunun 22'si) endoskopiyle doğrulandı. Bununla birlikte, 37 olgunun 15'inde (%41) radyolojik inceleme, endoskopiyle saptanan büyük adenoid hipertrofisini belirleyemedi.

Tablo 3

Endoskopi ve standart lateral radyografiyle belirlenen adenoid doku büyüklüklerinin karşılaştırılması

Endoskopik tanı	Radyolojik tanı		
	Hafif (%)	Orta (%)	İleri (%)
Adenoid büyüklüğü			
Küçük	6 (35.3)	2 (16.6)	-
Orta	3 (17.6)	3 (25.0)	3 (12.0)
Büyük	8 (47.1)	7 (58.4)	22 (88.0)
Sütun toplamı	17 (100)	12 (100)	25 (100)
Toplam: 54 çocuk			

χ^2 test, $p=0.013$

(Parantez içindeki rakamlar yüzdeleri göstermektedir).

Tartışma

Tıp uygulamasının temelini, en iyi tanıyı koyma ve hastalar için en iyi sağaltma kararlarını verme oluşturur. Sağlık bakımı sunucuları açısından bakım harcamalarının bilincinde olma ve hasta tercihlerini dikkate alma gereksinimi, karar vermeyi etkilemektedir. Buradan hareketle tıbbi kararların nesnel kanıtlara dayandırılması anlayışı giderek yaygınlık kazanmaktadır. Bu gelişim, klinik kararların medikal, ekonomik ve hasta tercihlerini ilgilendiren yönlerini değerlendiren yöntemlerin geliştirilmesini hızlandırmıştır. Bu yöntemlerin en önemli özelliği, klinisyenlere, özgül tıbbi girişimler için karar verme, bakımın kalitesini artırma ve aynı zamanda maliyetleri azaltma olanağı sunmasıdır.¹⁹

Çocuklarda adenoid büyümesi ile ilgili rahatsızlıklar, birinci basamak hekimlerinin en sık karşılaştıkları sorunlardır. Yukarıda belirtmeye çalıştığımız anlayış çerçevesinde, adenoid büyümesini tanıma ve hastayı adeno-

idektomi için KBB uzmanına sevk etme kararını verme standartlarının ve kılavuz ilkelerin oluşturulmasının, bir disiplin olarak aile hekimliğinin temel araştırma konularından birisi olduğunu düşünüyoruz.

Adenoid büyüklüğünün değerlendirilmesi, tartışmalı fakat önemli bir konu olmayı sürdürmektedir. KBB uzmanları iyi bir klinik değerlendirmeye daha çok güvenirken, başta pediyatristler olmak üzere birinci basamak hekimleri, nesnel bir değerlendirme yöntemi olarak radyografiyi daha çok kullanmaktadırlar.^{17,20} Burun tıkanıklığı-adenoid büyümesi ilişkisinin belirlenmesinde, birinci basamak hekimi açısından klinik muayene bulgularının ve öykü bilgilerinin önemi büyüktür. Yakın zamana kadar, adenoid doku büyüklüğünün saptanmasında, nazofarenksin ayna ile muayenesi, adenoid dokunun parmakla palpasyonu ya da lateral kafa radyografisi en çok uygulanan tanı yöntemleriydi. Ancak, ayna ile muayene ve palpasyona uyum büyük sorun yaratmakta, özellikle invaziv bir yöntem olan tuşe, çocukta psikolojik sorunlara da yol açabilmektedir.⁸ Nazal kavitenin ve nazofarenksin endoskopiyle muayenesi, üst solunum yollarının doğrudan gözlenmesi yönünde büyük gelişmeler sağlamıştır.

Adenoid dokunun mutlak büyüklüğünden çok, onun nazofarenksle ilişkisinin burun tıkanıklığı açısından daha önemli olduğunun ortaya konması, yan kafa grafisinin güvenilirliği ile ilgili tartışmalara yol açmıştır.^{6,7} Lateral radyografik inceleme tekniği, çekim sırasında hastadan kaynaklanan bazı olumsuz etkenler nedeniyle sınırlı bilgiler verebilmektedir.³ Nitekim çalışmamızda radyografik inceleme, endoskopiyle saptanan büyük adenoidlerin % 41'ini belirleyememiştir. Ayrıca çocuğun radyasyon alması, tekniğin önemli sakıncalarından biridir.

Endoskopi muayene, adenoid dokunun post nazal boşlukla ilişkisini daha iyi ortaya koymaktadır ve son zamanlarda adenoid büyüklüğünün tanısında standart yöntem olmuştur.^{3,6} Wang ve arkadaşları, bu yöntemin radyolojik incelemeye daha güvenilir olduğunu belirtmektedir. Endoskopik muayene ayrıca, tuba östakinin nazofarengeal ağız dahil nazal kavite ve nazofarenksin durumu hakkında doğrudan bilgiler vermektedir ve daha az invaziv olması, onun önemli bir üstünlüğüdür. Bununla birlikte, endoskoplara henüz yetişkinlerin KBB muayenesinde bile rutin olarak kullanılmadığını ve dolayısıyla çocukların muayenesinde radyografik yöntemden daha az invaziv ve daha az tehlikeli görünmediğini savunan yazarlar da vardır.⁸

Gerçekten de endoskopi muayenede en önemli sorun çocuğun tekniğe uyumudur. Lokal anestezinin yeterli olmadığı durumlarda kısa süreli anestezi verilmesi gerekebilir. Ancak bu durum etik sorunlar içerir ve muayene öncesi anne-babanın onayı alınmalıdır. Yapılacak işlem uygun bir şekilde anlatılarak çocukla iyi bir iletişim sağlanması, uygulamayı kolaylaştıracaktır.

Çocukların uyum sorunu nedeniyle biz, endoskopik muayeneyi operasyon öncesi anestezi uygulandıktan sonra yaptık. Çalışmamızda yalnızca adenoidektomi ya da adenotonsillektomi endikasyonu konmuş çocukların bulunması, bir sınırlama olarak ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, çalışma popülasyonunu bir üniversite hastanesinin KBB polikliniğine başvuran hastaların oluşturması, çalışmanın birinci basamak hekimlerine yönelik amacı açısından bir başka sınırlamadır. Bu nedenle sonuçlarımızın, birinci basamak hasta popülasyonunun farklılığı dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekir. Yine de, üniversite hastanesi ortamında adenoid büyüklüğü tanısına götüren ve adenoidektomi endikasyonu koyduran klinik belirti ve bulguların ve radyografik değerlendirme sonuçlarının, kesin tanı standardı haline gelen endoskopik muayene bulgularıyla karşılaştırılması, birinci basamak hekiminin uygulamada karar vermesine yardımcı olacak tanı ipuçlarının ve kılavuz ilkelerin oluşturulmasına katkıda bulunabilir.

Burun tıkanıklığı, çocuklarda fizyolojik ve patolojik birçok etkenin yol açabildiği yaygın bir belirtidir. Büyümüş adenoid doku, nazal havayolunu kısmen ya da tümüyle tıkayabilir ve horlamaya neden olan bir negatif basınç oluşturabilir.^{6,8,17} Burun tıkanıklığının çocuk yaş grubunda öyküyle belirlenmesi güç olabilmektedir. Ağız açık uyumanın, ağız solunumunun ve horlamanın sorgulanması, burun tıkanıklığı konusunda daha nesnel bilgiler vermektedir.

Nitekim, burun tıkanıklığı olup olmadığı şeklindeki sorgulama, bizim çalışmamızda açık ve kesin bilgiler sağlamamış ve bu yolla belirlenen burun tıkanıklığı ile adenoid büyüklüğü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p>0.05$). Ancak, burun tıkanıklığının göstergesi sayılabilecek horlama, ağız solunumu ve ağız açık uyuma gibi dolaylı semptomların sorgulanması daha kesin ve doğru bilgiler sağlamış ve bu şekilde belirlenen burun tıkanıklığı ile adenoid büyüklüğü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0.008$).

Tankel ve Cheesman, horlama ve genizden konuşmanın, tıkanıklığın derecesiyle anlamlı bir ilişki içinde olduğunu saptamıştır.¹³ Maw ve ark., ağız solunumu ve genizden konuşma değerlendirmelerinden elde ettiği burun tıkanıklığı skoruyla adenoid hacmi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.² Wang ve ark., sürekli burun tıkanıklığı ve horlaması olan çocukların hemen hemen yarısında adenoid hipertrofisi bulmuşlar ve endoskopik muayeneye adenoid doku büyümesi saptanan ve adenoidektomi yapılan çocukların %77'sinde burun tıkanıklığının, %89'unda ise horlamanın düzeldiğini belirtmişlerdir.^{4,6}

Wormald ve ark., değişik radyografik değerlendirme yöntemlerini ve obstrüktif semptomları endoskopik mu-

ayene bulgularıyla karşılaştırdıkları bir çalışmada, en yüksek bağıntıyı klinik belirti ve bulgularla endoskopi arasında bulmuşlardır.¹⁷ Bizim sonuçlarımıza göre, obstrüktif semptomlar ve radyografik bulgular adenoid büyüklüğünü belirlemede hemen hemen aynı değere sahiptir (Tablo 4).

Tablo 4

Temel belirtiler ve radyolojik bulgularla nazofarenks tıkanıklığı arasındaki bağıntı

Değişken x Endoskopik bulgular	Bağılantı katsayısı	P değeri
AS, AAU ya da H x EN*	rs= 0.42	p=0.001
Burun tıkanıklığı x EN	rs= 0.24	p=0.069
Radyoloji x En	rs= 0.43	p=0.001

* AS: ağız solunumu, AAU: Ağız açık uyuma, H: Horlama, EN: Endoskopik bulgular(Endoskopik olarak belirlenmiş adenoid büyüklüğü)

Sonuç

Adenoid büyümesi çocuklarda burun tıkanıklığının sık rastlanan bir nedenidir. Endoskopik muayene, nazal kavite ve nazofarenksin doğrudan gözlenmesine olanak sağlayan ve adenoid büyümesinin tanınmasında kesin sonuç veren bir yöntemdir. Ancak ülkemizdeki tıp uygulaması dikkate alındığında, endoskopik muayeneye adenoid büyüklüğünün değerlendirilmesi birinci basamakta söz konusu değildir ve radyolojik inceleme olanağı da sınırlıdır. Bu nedenle birinci basamak hekimi açısından klinik semptom ve bulguların tanı değeri önemini korumaktadır.

İyi bir klinik değerlendirme, birinci basamak hekimlerinin adenoid doku büyümesine karar vermesinde temel yaklaşım biçimi olmalıdır. Çocuklar tarafından doğru bir şekilde algılanarak ifade edilemediği için, doğrudan burun tıkanıklığı sorgulanması yetersiz kalmaktadır. Doğrudan anne-baba tarafından gözlenebilen ağız solunumu, ağız açık uyuma ve horlama gibi belirtiler, adenoid büyümesinin yol açtığı burun tıkanıklığını daha iyi göstermektedir. Lateral nazofarenks radyografisi, obstrüktif belirtilerin açıklanamadığı durumlarda yardımcı bilgiler verebilir.

Klinik tablo hâla aydınlatılmamışsa endoskopik muayene kesin kararın verilmesini sağlayacaktır.

Birinci basamak hasta popülasyonunda adenoid doku büyümesinin yol açtığı burun tıkanıklığına ilişkin semptom ve bulguların duyarlılığını (sensitivity) ve seçiciliğini (specifity) belirleyecek ve böylelikle adenoid büyümesinin saptanması ve adenoidektomi kararının verilmesinde birinci basamak hekimine yol gösterecek kılavuz ilkelerin oluşturulmasına katkıda bulunacak yeni çalışmalara gereksinim vardır.¹

Kaynaklar

1. **Van Cauwenberge P, Bellusi L, Maw AR ve ark.** The adenoid as a key factor in upper airway infection. *Int Paediatric Otolaryngol* 1995; 32(Suppl): 71-80.
2. **Maw AR, Jeans WD, Fernando CJ.** Inter-observer variability in the clinical and radiological assessment of adenoid size, and the correlation with adenoid volume. *Clinical Otolaryngology* 1981; 6: 317-22.
3. **Dolen WK, Spofford B, Selner JC.** The hidden tonsils of Waldeyer's ring. *Annals Allergy* 1990; 65: 244-50.
4. **Wang D, Clement P, Kaufman L, Derde M-P.** Fiberoptic evaluation of the nasal and nasopharyngeal anatomy in children with snoring. *J Otolaryngol* 1994; 23: 57-60.
5. **Lee D, Rosenfeld RM.** Adenoid bacteriology and sinonasal symptoms in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116(3): 301-7.
6. **Wang DY, Bernheim N, Kaufman L, Clement P.** Assessment of adenoid size in children by fiberoptic examination. *Clin Otolaryngol* 1997; 22: 172-7.
7. **Wang D, Clement P, Kaufman L, Derde MP.** Fiberoptic examination of the nasal cavity and nasopharynx in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992; 24: 35-44.
8. **Haapaniemi JJ.** Adenoids in school-aged children. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 196-202.
9. **Jeans W, Fernando DCJ, Maw AR.** How should adenoid enlargement be measured? A radiological study based on interobserver agreement. *Clinical Radiology* 1981; 32: 337-40.
10. **Gates GA, Avery CA, Cooper JC, Prihoda TJ.** Chronic secretory otitis media: effects of surgical management. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989; 98(Suppl): 1-32.
11. **Crepeau J, Patriquin H, Poliquin J, Tetreault L.** Radiographic evaluation of the symptom-producing adenoid. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982; 90: 548-54.
12. **Cohen D, Konak S.** The evaluation of radiographs of the nasopharynx. *Clin Otolaryngol* 1985; 10:73-8.
13. **Tankel JW, Cheesman AD.** Symptom relief by adenoidectomy and relationship to adenoid and post-nasal airway size. *J Laryngol Otol* 1986; 100: 637-40.
14. **Linder-Aronson S.** Adenoids, their effect on mode of breathing and nasal airflow and their relationship to characteristics of the facial skeleton and dentition. *Acta Otolaryngologica* 1970; 265(Suppl): 1-132.
15. **Hibbert J, Tweedie MCK.** The value of signs and symptoms in the diagnosis of enlarged adenoids. *Clin Otolaryngol* 1977;2:297-304.
16. **Fujioka M, Young LW, Girdany BR.** Radiographic evaluation of adenoidal size in children: adenoidal-nasopharyngeal ratio. *AJR* 1979; 133: 401-4.
17. **Wormald PJ, Prescott CAJ.** Adenoids: comparison of radiological assessment methods with clinical and endoscopic findings. *J Laryngol Otol* 1992; 106: 342-4.
18. **Başak S, Başak O, Mutlu C, Odabaşı O, Metin K, Erpek G.** Seröz otitis media etiolojisinde adenoid hipertrofinin rolü. *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1997; 4: 20-4.
19. **Lang TA, Secic M.** How To Report Statistics In Medicine. Philadelphia, BMJ Publishing Group, 1997: 211-2.
20. **Brodsky L.** Modern assessment of tonsils and adenoids. *Paediatr Clin North Am* 1989; 36: 1551-69.

Geliş tarihi: 03. 10. 1997

Kabul tarihi: 27. 12 .1997

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Okay Başak
Meşrutiyet Mah. Gazi Bul. 8/1 Sok. No: 24
09100 AYDIN
Tel: (0256) 214 77 51 (İş)
(0256) 214 20 39 (Ev)
Faks: (0256) 214 83 95