

Dr. Huszka János

A gyermekkori adenotomia és tonsillectomia néhány aktuális kérdése

Összefoglalás

A gyermekkori adenotomia és tonsillectomia indikációjában és gyakorlati kivitelezésében változások észlelhetők az utóbbi 10-15 évben. Fül-orr-gégészeti és gyermekgyógyászati szakmai körökben 6-7 éves korig az adenotomia tűnik népszerűbbnek, mint az elsődlegesen választandó műtét a tonsillectomiával és a tonsilloadenotomiával szemben. A szerző összefoglalja az adenoid vegetáció klinikai jelentőségét, a tonsillectomia és az adenotomia fontosabb indikációit, és hangsúlyozza: a korrekt elvek szerint végzett orrmandula-műtét az esetek jelentős részében elkerülhetővé teszi a tonsillectomiát. A szakma szabályai szerint adenotomia és/vagy tonsillectomia gyermekkori csak intubációs narcosisban végezhető. Röviden ismertetésre kerül a Fővárosi Szent István Kórház Fül-orr-gégészeti Osztályának e műtétekre vonatkozó gyakorlata, melynek egyik fontos ismérve, hogy az adenotomiát *nem vakon, hanem endoscopos ellenőrzés mellett végzik*. Ezzel a módszerrel minimalizálható orrmandula-maradvány bent hagyása, és elkerülhető a fülkürt szájadékának sérülése annak későbbi következményeivel. Ventilációs tubus általában csak második ülésben helyeznek be, mert az adenotomia után az esetek többségében megoldódik a gyermek vezetékes halláscsökkenése. Gyakorlatukban igen jól bevált megoldás, hogy gyermeket műtetre 10 éves korig csak szülővel együtt vesznek föl.

Az adenotomia és a tonsillectomia az egyik leggyakoribb kisgyermekkori műtét.

Magam 25 éve foglalkozom gyermekek fül-orr-gégészeti betegségeivel. Sok orr- és garatmandulát eltávolítottam, többféle módon és eszközzel, itthon és külföldön egyaránt. A gyermekkori tonsillectomia és adenotomia kérdéskörében is sok minden megvál-

tozott, és úgy tűnik, átalakulóban van ma is.^{3,6} E változások ismerete és saját gyakorlati tapasztalataim alapján a praktikum oldaláról foglalkozom a következő kérdésekkel.

1. Mikor végezzünk adenotomiát?
2. Mikor végezzünk tonsillectomiát illetve tonsilloadenotomiát?
3. Végezzünk-e egyáltalán tonsillectomiát?
4. Az adenotomia kapcsán foglalkozom a ventilációs tubus behelyezésének a kérdésével is

Az orrgaratmandula túltengésének igen nagy szerepe van a pubertás kor előtt, mert sok akut és krónikus betegség kialakulását segíti elő. Kisgyermekkorban az orrgarat viszonylag szűk és a benne helyet foglaló nyirokerek hipertrophiája tovább szűkíti, szélsőséges esetben szinte teljesen ki is töltheti az orrgaratot. Ennek az állapotnak a tartós fennállása gátolhatja fülkürt működését, melynek következménye vezetékes halláscsökkenés lehet. A rosszul szellőző dobüregben folyadékgyülem alakulhat ki, ami könnyen befertőződik, heveny középfülgyulladás, esetleg krónikus otitis valamilyen formája lehet a folytatás. Pusztán a rossz hallás magában is jelentős mértékben visszavetheti a gyermeket a beszédfejlődésben.

Az adenoid vegetatio okozta gátolt orrlégzés már csecsemőkorban zavart okozhat a táplálkozásban és az alvásban. Az ilyen gyermek fejlődése károsodhat. Az állandóan nyitott száj miatt az állcsontok és a fogak növekedése is eltérhet a normálistól. Az infekciókkal szembeni fogékonyság nagyobb, az orr és melléküregrendszer megfelelő szellőzése sem biztosított. Ezért gyakori az elhúzódó, a kezelési próbálkozásokra rosszul reagáló rhinitis, sinusitis, bronchitis, sinobronchitis, pharyngitis, tonsillitis.

Az ún. adenoidos gyermek vizsgálatakor feltűnő lehet az állandóan nyitott száj, a néha jellemzően bamba arckifejezés. Az orrlégzés változó mértékben gátolt, és az orrban sokszor látunk mucosus, esetleg mucopurulent váladékot. A garat megtekinté-

sekor a tonsillák gyakran hypertrophizáltak, és az adenoid alsó széle néha előbukkan a légyszájpad mögül. Általában a nyak mindkét oldalán tapinthatók kisebb-nagyobb nyirokcsomók, de az adenoid vegetációra a musculus sternocleidomastoideus hátsó széle mögötti megnagyobbodott nyirokcsomók jellemzőek. A szülő általában elmondja, hogy a gyermeke gyakran hurutos, horkolva alszik, máskor csak nyitott szájjal, hangosan veszi a levegőt. Esetleg egyéb, a fentiekben már említett betegségeket, tüneteket is megemlítenek. A felső légúti hurutok elpanaszolásában sokszor a gyakori garatmandula-gyulladást hangsúlyozzák, és kérik a tonsillectomia elvégzését. Mi több, ragaszkodnak a tonsillectomiához abban a hitben, hogy ezzel kivédhetőek a későbbi megbetegedések.

A garat- és orrmandula immunológiai és egyéb szerepét illetően ma is sok a még tisztázatlan kérdés. Gondolok itt a gócszerep pontos eldöntésére, az ép és a kóros határának meghatározására, stb. Biztosan nem állja meg a helyét az a nézet, hogy semmi szükség nincs ezekre a mandulákra, és lehetőleg még gyermekkorban meg kell tőlük szabadulni. Az sem igaz, hogy mandulaműtét után a szervezet védtelenné válik a légúti fertőzésekkel szemben.

Vegyük sorba a kérdéseket!

1. Mikor indokolt az adenotomia? (Az alább felsorolt indokok közül természetesen több is fennállhat egyszerre.)

- Gátolt orrlégzés akkor is, ha a gyermek nem náthás, nem hurutos. Ilyenkor a beszéd orrhangos.
- Horkolva alvás hurutmentes állapotban is.
- A horkolást időszakonként apnoes periódusok szakítják meg. (a szülő ilyenkor elmondja, hogy rettegve figyel, vesz-e ismét levegőt a gyerek). Ezt a tünetet nagyon komolyan kell venni!
- Gyakori, elhúzódó, az alkalmazott kezelésre rosszul reagáló felső légúti hurutos állapot

Dr. Huszka János
Fővárosi Szent István Kórház
Fül-Orr-Gége, Fej-Nyaksebészeti Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

- (rhinitis, sinusitis, bronchitis, stb.)
- Gyakori otitis media acuta, vagy egyéb idült középfülfolyamat. Mielőtt fülműtetre határoznánk el magunkat, érdemes beiktatni az adenotomiát.
 - A vezetékes típusú nagyothallást külön kiemelném. Ilyenkor a szülő gyakran csak a gyermek hallása miatt (figyelmetlen, sokszor visszakérdez) panaszodik. Hosszabb ideje fennálló fülkürt funkciózavar esetén serosus otitis jön létre, mely alapját képezheti a későbbi életkorban idült fülbetegségnek és hallászavaroknak. Ezzel együtt járhat még a gyermek beszédfejlődésének visszamaradása, rossz iskolai eredménye, stb.
 - 6 éves kor alatt gyakori tonsillitis acuta esetén a tonsillectomiát megelőző műtétként. Az ilyen gyerekeknek azért általában valamilyen egyéb, adenoid vegetatióra utaló panaszuk, tünetük is van. A gátolt orrlégzés miatt a mesopharynx nyálkahártyája az optimálishoz képest viszonylagosan szárazabbá válik, ami elősegíti a gulladósos tünetek kialakulását. Ezekben az esetekben a tonsillák gyakorta hypertrophiásak is. Gyakorlati tapasztalat, hogy az esetek nagyobbik részében az adenotomia után a tonsillitisek ritkábban jelentkezik a helyreállított orrlégzésnek és az adenoid felőli gyakori fertőzés megszűntének köszönhetően, és egy orrmandulaműtét kisebb megterhelést jelent, kevésbé viseli meg a gyermeket. Itt említem meg azt a megfigyelést, mely szerint jelentős mértékű garatmandula hypertrophia is regrediálhat az orrmandula eltávolítása után. Természetesen az a lehetőség is fennáll, hogy az adenotomia nem oldja meg a tonsillitisek problémáját. Véleményem szerint fél évet vagy többet érdemes várni, és eldönteni, szükséges-e a tonsillectomia is.

2. Tonsillectomia illetve a tonsilloadenotomia kérdése, melyre már részben válaszoltam. Fül-orr-gégészeti és gyermekgyógyászati szakmai álláspont úgy tűnik, az adenotomiát részesíti előnyben a tonsillectomiával illetve a tonsillo-adenotomiával szemben.^{4,6} Természetesen ez leginkább a

kis gyermekkorra vonatkozik úgy 6-7 éves korig. Egészen más a probléma megítélése a pubertás kortól. Ebben az életkorban gyakrabban indikálnak tonsillectomiát^{3,6}. Azt határozottan leszögezhetjük, hogy nem indokolt a tonsillectomia csak azért, mert valakinek nagy a mandulája. Tonsillectomiát 12 éves kor alatt csak intubációs narkózisban végzünk, és későbbi életkorban is csak kivételesen méltányolható esetben operálunk helyi érzéstelenítésben. Intubálva, megfelelően föltárva a műtéti területet, gyakorlott kézzel nyugodtan és biztonságosan eltávolíthatók a mandulák. Nem kell sietni, kapkodni, van elegendő idő a korrekt vérzéscsillapításra, valamint arra, hogy endoscoppal vagy tükrrel megvizsgáljuk az orrgaratot, és ha szükséges, elvégezzük az adenotomiát is.

Tonsillectomia javasolt

- Peritonsillaris tályog után 6 héttel.
- Ha adenotomia után az orrlégzés helyreállt, és mégis évente minimum 4 alkalommal van acut tonsillitis.
- Adenotomia után, ha a tonsillák gócszerepe valószínűsíthető (ismételten pozitív torokleoltási eredmény, stb.). Adenotomia után indikált tonsillectomia kapcsán minden esetben döntenünk kell, szükséges-e readenotomia. Ha igen, akkor egy ülésben végzük el a tonsillectomiával. Általában az a tapasztalat, hogy minél fiatalabb korban (gondolok itt az egy-két éves korra) történt az adenotomia, annál valószínűbb az adenoid vegetatio kiújulása.
- Konzervatív kezeléssel nem gyógyítható tonsilla-mycosis.
- Carditis, nephritis, febris rheumatica vagy egyéb súlyos, gócfertőzésre utaló megbetegedés esetén^{2,3,4,5,6}.
- Hypertrophia tonsillae olyan foka, amely étkezési és/vagy légzési akadályt okoz^{2,4,5}, vagy olyan nagy a garatmandula, hogy eltávolítása nélkül az adenotomia nem végezhető el. Tehát ilyenkor tonsillo-adenotomiát végzünk.

Nem javasolt sem tonsillectomia, sem adenotomia

- Ha a műtétet megelőző 4 héten belül a gyermek lázas volt

- Járványos időszakban
- Védőoltások előtt és után (a gyermekorvos véleménye az irányadó)
- Enyhe felső légúti hurut esetén is érdemes várni a műtéttel
- Gyakorlatomban a tonsillectomia relatív ellenjavallatát jelenti a 6 év alatti életkor.

Az orrmandula műtét szükség esetén akár fél éves kortól elvégezhető, de lehetőleg csak egy éves kor után. A saját praxisomban ezt a határt igyekszem két éves korra kitolni. Csecsemő és kisded korban észlelt adenoid vegetatióra utaló panaszok esetén első lépésként föltétlenül konzervatív hozzáállást és kezelést javaslok. Ennek a kezelésnek fontos részét alkotja többek között a gyermek étrendjének az átalakítása, gondolva itt a gyakori ételallergiára illetve intoleranciára. Ilyenkor nem az antiallergikumok adása a megoldás. Az orvos és a szülők megfelelő hozzáállásával, odafigyelésével a gyermek elkerülheti az adenotomiát és az azt megelőző számos más betegséget is.

Néhány szó a kivizsgálásról, a gyermek kórházi elhelyezéséről, a műtétről és a műtét utáni időszak teendőiről.

Az adenotomia általában nem terheli meg a gyerekeket. Gyakran tapasztaljuk, hogy a műtét után 3-4 óra elteltével vidámak, esznek-isznak, alig van panaszuk.

A továbbiakban a *Fővárosi Szent István Kórház, Fül-orr-gége, Fej-nyaksebészeti Osztályának gyakorlatát mutatjuk be*, ami nyilvánvalóan vonatkozik mind a tonsillectomiára, mind az adenotomiára.

A műtét előtt intratrachealis narkosishoz megfelelő kivizsgálás szükséges, amely magában foglal egy ún. nagyrutin labort (vérkép, We, se ionok, májfunkció, coagulogramm, vércukor, vesefunkció, vércsoport, rutin vizeletvizsgálat), EKG-t. A gyermekorvosnak nyilatkoznia kell, hogy a gyermek műthető és altatható-e.

A gyermeket 10 éves kor alatt csak valamelyik szülővel együtt vesszük föl, de kívánságra 10 év fölött is. A szülőt a gyermekével egy szobában helyezük el, egymás melletti ágyon. Ez az állapot rendkívül fontos mind a gyermeknek, mind a szülőnek. Az idegen környezetben a szülő jelenti a biztonságot a gyermek számára, és a szülő is nyugodtabb, ha maga mellett tudhatja a gyermekét. Természetesen

az ápoló személyzet számára is nagy segítség a szülő jelenléte. Az osztályra történő felvétel napján fül-orr-gégész és anaesthesiológus is megvizsgálja a beteget.

Az adenotomia csak intratrachealis narcosisban történhet gyermekaltatásban jártas altatóorvos segítségével.

A gyermeket intubálva, lógó fejtartásban operáljuk. Ugyanígy történik a tonsillectomia is. Ami nagyon fontos, és hangsúlyozni szeretnénk, hogy az adenotomiát nem vakon, hanem endoszkóp, tehát a szem ellenőrzése mellett végezzük. Jól látjuk, hogy a kürett-kanál mekkora szövetet távolít el, nem hagyunk residuumot, nem roncsoljuk az Eustach-kürt szájadékát, és teljes biztonsággal tudjuk csillapítani a vérzést is. Általában 120 fokos optikát használunk, de a 70 fokos is nagy segítséget jelent.

A rendelkezésünkre álló információ szerint ma Magyarországon csak a mi osztályunkon, a Fővárosi Szent István kórházban történik az orrman-

dula eltávolítása endoszkópos szemellenőrzés mellett.

Ébresztés után a gyermek az édesanyjával egy kórterembe kerül. Komplikációmentes esetben a műtét másnapjának reggelén hazabocsátjuk őket.

3. Megjegyzések a ventilációs tubus kérdéséhez

Ha a gyermeknek halláspanasza illetve idült serosus otitise van, az esetek többségében nem értünk egyet az adenotomiával egy időben végzett myringotomiával és ventilációs tubus behelyezéssel. Amennyiben a műtét után 2-3 hónap elteltével sem normalizálódik a tubafunkció, nem javul a hallás, illetve a serosus otitis, ezután egy második ülésben végezzük el a beavatkozást. Igen ritkán kényszerülünk erre, főleg a tubaszájadékot roncsoló vakon végzett adenotomiák után. Ha re-adenotomiát kell végezni, az általunk alkalmazott endoszkó-

pos műtéti technika lehetővé teszi az Eustach-kürt szájadékának pontos megítélését, és a tuba-funkciót zavaró reziduális adenoidszövet maradéktalan eltávolítását.

Irodalomjegyzék:

1. Carithers, J. F. és mtsai: *Postoperative risks of pediatric tonsilloadenoidectomy.* Laryngoscope, 97,422-429, 1987.
2. Kollár, D.: *Fül-orr-gége betegségek gyermekkorban.* Medicina könyvkiadó, 1977, 172-177
3. Mattila, P. S. és mtsai: *Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations.* Arch.Otolaryngol. Head Neck Surg.127, 37-44, 2001.
4. Miriszlai, E.: *Gyermek fül-orr-gégészeti útmutató háziorvosoknak.* Chronos kiadó,1998, 128-131
5. Ribári, O.: *Fül-orr-gégészet, fej-nyak sebészet* Medicina könyvkiadó Rt.1997, 279-281
6. Rosenfeld, R.M.,Green, R.P.: *Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends.* Ann. Oto. Rhinol.Laryngol. 99, 187-191,1990.