

Tonsillektomi Endikasyonlarımızın Yeniden Gözden Geçirilmesi

Orkun EROĞLU^{1,a}, Erol KELEŞ², Turgut KARLIDAĞ², İrfan KAYGUSUZ², Cihan TÜRKER², Şinasi YALÇIN²

¹SBÜ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Amaç: Kulak Burun ve Boğaz cerrahlarının en sık yaptığı operasyonlardan biri olan tonsillektomi ameliyatı ile ilgili literatürde endikasyon, etkinlik, hayat kalitesine etkisi ve postoperatif komplikasyonlar konusunda tartışmalar mevcuttur. Bu çalışmamızda kliniğimizde tonsillektomi operasyonu uygulanan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2004 - Ocak 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği'nde tonsillektomi ve/veya adenotonsillektomi operasyonu yapılan 1433 hastanın arşiv materyalleri yaş, cinsiyet, endikasyon, histopatolojik tanıları ve postoperatif komplikasyon açısından retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Tonsillektomi yapılan 1433 hastanın 965'i (%67.3) 18 yaş altıydı ve yaş ortalamaları 9.7, 468'i (%32.6) ise 18 yaşından büyüktü ve yaş ortalaması 32.5 idi. Hastaların 198'si (%13.8) hava yolu obstrüksiyonu bulgularına neden olan hipertrofik tonsil nedeniyle opere edilmişti. 648 (%45.2) hasta kronik ve/veya rekürren enfeksiyon nedeniyle opere edilirken, 550 (%38.3) hasta hem hava yolu obstrüksiyonu bulgularına neden olan hipertrofik tonsil hem de kronik ve/veya rekürren enfeksiyon nedeniyle opere edilmişti. Tonsil malignensi şüphesiyle opere edilen hasta sayısı 27 (%1.8) idi. Diğer nedenlerle opere edilen hasta sayısı ise 11 (%0.7) idi.

Sonuç: Çalışmamızda kronik ve/veya rekürren enfeksiyon nedeniyle tonsillektomi, tonsillektomi endikasyonları içerisinde ilk sırada yer almıştır. Kronik ve/veya rekürren enfeksiyon nedeniyle tonsillektomi endikasyonunun en sık endikasyon olması hasta seçiminin güvenilirliği konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır. Daha sağlıklı operasyon kararı verebilmek için hasta takibinin ve dökümantasyonun özenle yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Tonsillektomi, Endikasyon, Enfeksiyon.

ABSTRACT

Review of Our Tonsillectomy Indications

Objective: There is not a consensus in the literature regarding indications, efficacy, quality of life and postoperative complications of tonsillectomy surgery, which is one of the most common operations performed by otorhinolaryngologists. The data of the patients who underwent tonsillectomy operation in our clinic were retrospectively reviewed.

Material and Method: Archival materials of 1433 patients who underwent tonsillectomy and/or adenotonsillectomy operations at Fırat University Department of Otorhinolaryngology between April 2004 and January 2017 were analyzed retrospectively in terms of age, sex, indications, histopathologic diagnosis and postoperative complications.

Results: Of the 1433 patients who underwent tonsillectomy, 965 (67.3%) were below 18 years of age and average age of them was 9.7 and 468 (32.6%) were >18 years and mean age was 32.5. 198 patients (13.8%) were operated due to hypertrophic tonsil causing airway obstruction findings. Of the 648 patients (45.2%) who were operated for chronic and / or recurrent infections, 550 (38.3%) patients had hypertrophic tonsils causing airway obstruction and also had chronically and / or recurrent infections. Twenty-seven (1.8%) patients were operated due to suspicion of tonsil malignancy. The number of patients selected for other reasons was 11 (0.7%).

Conclusion: In our study, tonsillectomy was the first indication due to chronic and / or recurrent infection. The most frequent indication for tonsillectomy indication due to chronic and/or recurrent infection is the question of the reliability of patient selection. We recommend that the follow-up of the patient and the documentation should be done carefully in order to make a decision about a healthier operation.

Keywords: Tonsillectomy, Indication, Infection.

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Eroğlu O, Keleş E, Karlıdağ T, Kaygusuz İ, Türker C, Yalçın Ş. Tonsillektomi Endikasyonlarımızın Yeniden Gözden Geçirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2018; 23 (4): 178-183.

How to cite this article: Eroğlu O, Keleş E, Karlıdağ T, Kaygusuz İ, Türker C, Yalçın Ş. Review of Our Tonsillectomy Indications. Fırat Med J 2018; 23 (4): 178-183.

Tonsillektomi, Kulak Burun Boğaz hekimlerinin en sık yaptığı ameliyatlardan biridir. Bununla birlikte endikasyonları, maliyeti, hayat kalitesine etkisi, postoperatif komplikasyonları ve gelişebilecek psikolojik travmaları nedeniyle tonsillektomi endikasyonları ha-

len tartışma konusudur (1). Kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonları, antibiyotiklerin yaygın olarak kullanılmasından önce tonsillektomi için en yaygın endikasyon idi. Tonsillit tedavisinde etkili antibiyotiklerin kullanılmasıyla beraber tonsillektominin endikas-

^aYazışma Adresi: Orkun EROĞLU, SBÜ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları Kliniği, Elazığ, Türkiye
Tel: 0424 238 1000
Geliş Tarihi/Received: 08.07.2017

e-mail: erogluorkun23@gmail.com
Kabul Tarihi/Accepted: 26.01.2018

yonları konusunda tartışmalar oluşmaya başladı (2). Günümüzde ise en sık tonsillektomi endikasyonu tonsil hipertrofisi nedeni ile hava yolu obstrüksiyon bulguları varlığıdır (3).

Tonsillerin kronik ve/veya rekürren enfeksiyonu ve obstruktif hipertrofik tonsil pediatrik yaş grubunda en sık karşılaşılan hastalıklardan biridir (4). Çocukluk yaş grubunda hava yolu obstrüksiyon bulgularına yol açan hipertrofik tonsiller, ağızdan nefes alma, nazone konuşma ve ilerleyen yıllarda maksillofasial gelişim bozukluklarından psikososyal, nörobilişsel ve gelişim bozukluklarına kadar çok sayıda komplikasyonlara yol açmaktadır (5).

Tonsillektominin kime, ne zaman ve hangi endikasyonla uygulanabileceği konusundaki tartışmalar günümüzde de devam etmektedir. Tonsillektomi ve/veya adenotonsillektomi operasyonlarının sıklığı zamanla değişen tıbbi görüşlere, bu girişime karar veren hekimlere, coğrafik özelliklere ve sosyokültürel düzeydeki farklılıklara göre değişmektedir. Bu tartışmalarda uluslararası kesin kabul edilen bir klavuzun olmaması da önemli bir etkidir. Eskiden daha çok beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının komplikasyonlarından korunmak için tonsillektomi yapılmakta iken, günümüzde en sık tonsillektomi endikasyonu kronik ve/veya rekürren enfeksiyon ve tıkayıcı hava yolu semptomlarına neden olan tonsil hipertrofisidir (6). Literatürde tonsillektominin kabul görmüş mutlak ve relatif endikasyonları belirlenmiştir (7). Ayrıca tüm kronik ve/veya rekürren enfeksiyon nedeniyle tonsillektomi planlanan hastalar için de Paradise kriterleri tanımlanmıştır (8). Ancak tonsillektomi yapılacak olan hastaların seçiminde asıl sorun bu kriterlerin hastalardan ve/veya yakınlarından alınan anamneze ve hekimin hastasını ne sıklıkta değerlendirdiğine bağlı olarak değişmesi nedeniyle tonsillektomi endikasyonunun daha göreceli olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü anamnezde tariflenen boğaz enfeksiyonu sayısının ne kadarının gerçekten tonsillit olduğu tam olarak bilinmemektedir. Literatürde birçok çalışmada halen en sık tonsillektomi endikasyonu olarak anılan kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonunun subjektif bir endikasyon olması bu operasyonun gerekliliğini operasyon riskleri, maliyet, zaman kaybı ve etkinlik bağlamında sorgulamaktadır.

Biz bu çalışmada tonsillektomi ve/veya adenotonsillektomi yaptığımız hastaları retrospektif olarak inceleyerek hastaların demografik bilgilerini, endikasyonlarını ve postoperatif komplikasyonlarını güncel literatür bilgileri eşliğinde tartıştık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda Nisan 2004-Ocak 2017 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi KBB Kliniği'nde tonsillektomi ve/veya adenotonsillektomi operasyonu yapılan 1433 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Çalışma öncesi Fırat Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Hastaların arşiv materyalleri yaş, cinsiyet,

endikasyon, histopatolojik tanı ve postoperatif komplikasyon açısından retrospektif olarak analiz edildi.

Hastalar endikasyonlarına göre 1) kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu, 2) üst solunum yolu obstrüksiyonu, 3) kronik ve/veya rekürren enfeksiyon ve üst hava yolu obstrüksiyonu, 4) malignite şüphesi ve 5) diğer nedenler olarak gruplandırıldı. Kronik ve/veya rekürren enfeksiyon (birinci grup), hasta veya aileden alınan öyküde son bir yıl içinde 7 veya daha fazla, ardışık iki yılda her yıl için 5 veya daha fazla, ardışık 3 yılda her yıl için 3 veya daha fazla ateşle beraber seyreden, antibiyotik kullanım gereksinimi duyulan ve 1 hafta süren akut tonsillit tablosu şeklinde tanımlandı. Üst solunum yolu obstrüksiyonu grubunu (ikinci grup) ise anamnezde horlama, ağzı açık uyuma, uykuda solunum zorluğu, yutma güçlüğü, konuşmanın anlaşılabilirliğinde sıkıntıya yol açan ve +3 ve +4 hipertrofik tonsili olan hastalar oluşturdu. Hastalarda kronik/rekürren enfeksiyon hikayesi ile birlikte üst hava yolu obstrüksiyonunun bulunması üçüncü grup hasta grubunu oluşturdu. Tonsiller lezyon, sertlik ya da tonsiller asimetri tespit edilen ve tonsil malignitesi şüphesi olan hastalar dördüncü grubu oluşturdu. Tonsil kisti ve Eagle Sendromu gibi nadir durumlar da diğer nedenler (beşinci grup) içinde değerlendirildi.

Hastalar postoperatif dönemde rutin olarak en az bir gün yatırılıp oral alımları yeterli olduğu kanaatine varılınca taburcu edilmiş, postoperatif 12. günde ve 1. ayda kontrole çağırılmıştı. Hastaların dosyaları incelenerek histopatolojik tanımlar ve postoperatif komplikasyonları kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmamızdaki hastaların demografik bilgileri tablo 1'de verilmiştir. Tonsillektomi yapılan 1433 hastanın 579'si (%40,4) kadın, 854'ü (%59,59) ise erkek idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 18,6 iken, erkek hastaların yaş ortalaması 16,2, genel yaş ortalaması 17,2 idi. Tonsillektomi yapılan hastalarda en yüksek yaş 89 idi ve malignensi şüphesi nedeniyle opere edilmişti.

Tablo 1. Hastaların demografik bilgileri.

	Hasta sayısı / yüzde (n / %)	Yaş ortalaması (Yıl)
Kadın	579 / % 40,4	18,6
Erkek	854 / %59,59	16,2
18 yaş altı	965 / %67,34	9,7
18 yaş üstü	468 / % 32,65	32,5

Hastaların 965'i (%67,34) 18 yaşından küçüktü ve yaş ortalamaları 9.71 idi. Hastaların 468'i (%32,65) ise 18 yaşından büyüktü ve yaş ortalaması 32.5 idi.

Çalışmamızdaki hastaların endikasyonlarına ve yaş gruplarına göre dağılımı tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hastalarımızın endikasyonlarına ve yaş gruplarına göre dağılımı.

Endikasyon Grubu	Hasta (n)/%	18 yaş üstü (n)/%	18 yaş altı (n)/%
	1433	468 (%32,65)	965 (%67,34)
Enfeksiyon	648 (%45,21)	246 (%52,56)	402 (%41,65)
Obstrüksiyon	198 (%13,81)	61 (%13,03)	137 (%14,19)
Enf+Obst	550 (%38,38)	125 (%26,70)	425 (%44,04)
Malign şüphesi	27 (%1,88)	26 (%5,55)	1 (%0,1)
Diğer	11 (%0,76)	11 (%2,35)	0 (%0)
Eagle Sendromu	1 (%0,069)	1 (%0,21)	0 (%0)
Tonsil kisti	10 (%0,069)	10 (%2,13)	0 (%0)

Hastaların 198'si (%13,81) obstrüksiyon nedeniyle opere edilmişti. 648 (%45,21) hasta kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu nedeniyle tonsillektomi yapılmış, 550 (%38,38) hasta ise kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu ile birlikte üst hava yolu obstrüksiyon nedeniyle opere edilmişti. Malignensi şüphesiyle opere edilen hasta sayısı 27 (%1,88) idi. Diğer nedenlerle opere edilen hasta sayısı ise 11 (%0,76) idi. Bu hastaların sadece biri Eagle Sendromu nedeniyle tek taraflı tonsillektomi yapılan hastaydı. 10 hasta ise tonsil kisti nedeniyle opere edilmişti.

Tonsil malignensi şüphesi ile opere ettiğimiz 27 hastadan en küçüğü 7 yaşında, en büyüğü 89 yaşındaydı. Bu hastaların 11'i kadın olup 16'sı erkekti. Bu hastaların ortalama yaşı 62,5 idi. Tonsil malignensi şüphesi ile tonsillektomi yapılan yedi yaşındaki hastanın histopatoloji sonucu reaktif lenfoid hiperplazi olarak raporlanırken, 89 yaşındaki hastanın histopatoloji sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma idi. Hastaların 16'sının histopatolojik tanı non-Hodgkin Lenfoma olarak raporlanmıştı. Biri foliküler lenfoma, biri diffüz küçük hücreli lenfositik lenfoma alt tipi olarak raporlanırken geri kalanlar diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlanmıştı. İki hasta Hodgkin Lenfoma, 1 hasta lenfoepitelyoma karsinom, 1 hasta tonsil plikasında epidermoid karsinom, 2 hasta tonsil tüberkülozu, 1'i anaplastik karsinomdu. Geriye kalan 4 hasta ise reaktif lenfoid hiperplazi idi.

Hastalarımızın %3,97'sinde (57 hasta) posttonsillektomi kanama izlenmişti. Sadece enfeksiyon nedeniyle opere edilen hastaların 26'sında posttonsillektomi kanama meydana gelmişken, sadece obstrüksiyon nedeniyle opere edilen hastaların 7'sinde posttonsillektomi kanama meydana geldiği görüldü. Kanama gelişen hastalardan 24'ü ise hem obstrüksiyon hem de enfeksiyon nedeniyle opere edilmişti. Kanama gelişen hastalardan 19 tanesi kadın iken, 38 tanesi erkek hasta idi. Kanama gelişen hastalardan en büyüğü 67 yaşında iken en küçüğü 3 yaşında idi. Ortalama kanama süresi 7,07 gün iken kadınlarda bu süre ortalama 7,73, erkeklerde ise 6,73 gün idi.

TARTIŞMA

Kulak Burun ve Boğaz cerrahlarının en sık yaptığı operasyonlar arasında yer alan tonsillektomi ve/veya adenoidektomi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yılda 400.000'den fazla yapılmaktadır (9). 1930'lu yıllarda ABD'de yapılan tüm cerrahi girişimlerin

1/3'ünü tonsillektomi operasyonu oluştururken, İngiltere'de ise çocukların %50-75'ine tonsillektomi yapıldığı bildirilmiştir (10). ABD'inde 1959 yılında 1.4 milyon tonsillektomi operasyonu yapıldığı bu sayının 1979 yılında 0.5 milyona, 1990'lı yıllarda ise 0.3 milyona düştüğü bildirilmiştir (10-13).

Antibiyotiklerin yaygın kullanılmasıyla beraber kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon nedeni ile gerçekleştirilen tonsillektomi endikasyonlarının sayısında azalmalar saptanmıştır (14). Nicklaus ve ark.'nın (15) 2-17 yaş aralığındaki 233 çocuk üzerinde 1988-1991 yıllarında yapmış oldukları çalışmalarında en sık tonsillektomi endikasyonunu %47 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu grubu oluştururken, Ahmed ve ark.'nın (16) 2009-2010 yıllarında yaptıkları 115 olguluk vaka serisinde ise 0-18 yaş grubundaki en sık tonsillektomi endikasyonun %68 oranıyla üst hava yolu obstrüksiyonu olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda en sık tonsillektomi endikasyonunu %45,21 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubu oluşturdu. Benzer şekilde İriz ve arkadaşlarının (17) 430 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada da en sık tonsillektomi endikasyonu %75,3 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubu oluşturmaktaydı. Literatürde bu oran Rosenfeld ve ark.'nın (10) çalışmasında olduğu gibi %100 lere ulaşarak geniş çeşitlilik göstermektedir. Literatürde kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon gruplarının bu denli yüksek olması ve günümüzde ise en sık tonsillektomi endikasyonunun üst hava yolu obstrüksiyon lehine artış göstermesi bize kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon nedeniyle tonsillektomi yapılmasının sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir. Çoğu zaman sadece ailenin vermiş olduğu sık tonsil enfeksiyonu anamnezine dayanarak tonsillektomi endikasyonu konulan hastalarda gerçekte ne kadarının tonsil enfeksiyonu olduğu bilinmemektedir. Biz sadece bu anamneze güvenerek tonsillektomi endikasyonu konulmasının uygun olmadığını düşünmekteyiz. Kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon tanısı ile tonsillektomi endikasyonu konulurken hekimin hastayı uzun bir süre takip etmesi ve her seferinde detaylı muayene edip bulguları dökümanete etmesi gerektiğine inanmaktayız. Belli bir takip süresi sonunda kronik ve/veya rekürren enfeksiyon tanısı hekim tarafından konulduktan sonra tonsillektomi endikasyonunun konulmasının daha doğru olacağını söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda da en sık tonsillektomi endikasyonu kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubunun oluşturmasının nedenlerinden biri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren merkez olmamız nedeniyle dış merkezde operasyon önerilen hastaların opere olmak için tarafımıza direk olarak başvurmaları olabilir. Bir başka nedende poliklinikte operasyon kararını veren hekimlerin çoğunun mesleğinin henüz başında olan asistanlardan oluşmasına ve dolayısıyla kararın tartışılabilir olmasına bağlayabiliriz. Bir diğer nedende takip edilen hastaların aynı hekim tarafından takip edilememesi nedeniyle operasyon kararının sağlıklı olmadığını düşünmekteyiz. Bu bağlamda operasyon kararı verilmeden takip edilen hastaların bilgilerinin

dökümante edilmesinin kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon nedeni ile tonsillektomi operasyonun sayısını azaltacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda ikinci sıklıkta tonsillektomi endikasyon grubu ise %38.38 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu ve üst hava yolu obstrüksiyonun birlikte görüldüğü gruptur. Koshkareva ve ark.'nın (18) çalışmalarında ise bu oran %20' dir. Çalışmamızda sadece obstrüktif nedenlerden dolayı opere edilenlerin oranı %13.81 idi. İriz ve ark.'nın (17) çalışmalarında bu oran %22.3 idi.

Çalışmamızdaki hastaların %67.34'ü (965 hasta) 18 yaşın altındaydı. Bu yaş grubunda en sık endikasyonu %44.04 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu ve üst hava yolu obstrüksiyon grubu oluştururken ikinci sıklıkta da %41.65 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubu oluşturuyordu. Parker ve ark.'nın (3) çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada tonsillektomi endikasyonunda ilk sırayı çok belirgin olarak üst hava yolu obstrüksiyonu oluşturmaktaydı. İriz ve ark.'nın (17) çalışmalarında hastaların %70'i (301/430) 18 yaş altında iken hastaların yalnızca %10.9' u (47/430) 5 yaş altında idi. 18 yaş altı çocukların %69.7' si kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu tanısıyla opere edilirken, %23.9'u üst hava yolu obstrüksiyonu tanısıyla opere edilmişti. Bizim çalışmamızda bu yaş grubunda üst hava yolu obstrüksiyonu nedeni ile tonsillektomi endikasyonu konulan hastaların oranı %14.19 idi.

Çalışmamızda 18 yaş üstü grubunda en sık tonsillektomi endikasyonu %52.56 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubu oluşturuyordu. Kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu ve üst hava yolu obstrüksiyon grubunda bu oran %26.70, sadece üst hava yolu obstrüksiyon grubunda %13.03, malignite şüphesi nedeniyle tonsillektomi yapılan grupta ise %5.55 idi. Hoddeson ve Gourin'nin (6) 361 yetişkin hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında da en sık endikasyonu %57 oranla kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon grubu oluşturuyordu. Sadece üst hava yolu obstrüksiyon grubunun oranı %27 iken malignite şüphesinin oranı %16 idi.

Malignite şüphesi nedeniyle opere ettiğimiz 27 hastadan (%1.88) sadece biri 7 yaşında olup diğer hastalar yetişkin idi. Bu hastalardan 21 inin histopatolojik değerlendirmesi malign olarak raporlanırken 2 hasta tonsil tüberkülozu, 4 hasta ise reaktif lenfoid hiperplazisi olarak raporlanmıştı. İriz ve ark. (17) nin çalışmalarında malignite şüphesi tüm endikasyonların %1.6'sını (7 hasta) oluşturmaktaydı. Malignite şüphesi nedeniyle opere ettikleri 7 hastanın 4 ünde (%57.1) malignite ile karşılaşırken bizim çalışmamızda bu oran %77.8 (21/27) idi. Tonsil dokusunda en sık görülen lenfoma tipi Non-Hodgkin lenfomalarıdır (19). Çalışmamızdaki hastaların 16'sının histopatolojisi sonucu non-Hodgkin Lenfoma olarak raporlanmıştı. Biri foliküler lenfoma, biri diffüz küçük hücreli lenfositik lenfoma alt tipi olarak raporlanırken geri kalanlar diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlanmıştı. Hodgkin lenfomalar Waldeyer halkasını nadir olarak

tutarlar (19). Çalışmamızda 2 hastada histopatolojik inceleme sonucunda Hodgkin Lenfoma izlendi. Geriye kalan hastalardan biri lenfoepitelyoma karsinom, 1 hasta tonsil plikasında epidermoid karsinom, biri ise anaplastik karsinom olarak raporlanmıştı.

Peritonsiller apse, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülebilen derin boyun enfeksiyonudur. Görülme insidansı 100.000'de 30'dur (20-22). Peritonsiller apse ilkbahar ve sonbahar aylarında artış göstermektedir (23). Akut tonsillit veya peritonsiller flegmon sonrası, tonsil kapsülü ile konstriktör faringeus superior kası arasında püy birikmesiyle karakterizedir (21-23). Bir çalışmada baş boyun bölgesi apselerinin %30'unu peritonsiller apsenin oluşturduğu belirtilmiştir (20). Peritonsiller apse geçiren hastalarda tonsillektomi yapılmasına dair görüş ayrılıkları mevcuttur (24). Genel kanı, peritonsiller apse geçiren hastalarda, rekürren peritonsiller apse ve rekürren enfeksiyon riski nedeniyle, 4-12 hafta sonra tonsillektomi yapılmasıdır. Yapılan bir çalışmada peritonsiller apsenin drenajı sonrası nüks peritonsiller apse veya tonsillit görülme oranı %63 olarak da belirtilmiştir (25). Bizim çalışmamızda tonsillektomi yapılan hastalardan 22 tanesine peritonsiller apse nedeniyle tonsillektomi uygulanmıştı. Bu hastalar kronik ve/veya rekürren enfeksiyon grubuna dahil edildi ve hastalarımızın hepsi yetişkin idi. Klinikimizde peritonsiller apsesi olan hastalara genel yaklaşımımız apsenin drenajı, parenteral antibiyotik tedavisi, mayi desteği, ağız bakımı şeklinde olup sıcak tonsillektomi tercih etmemekteyiz. Peritonsiller apsesi olan hastalara tedavi sonrası 2. ayda tonsillektomi önermekteyiz.

Çalışmamızda tonsillektominin nadir endikasyonlarından tonsil kisti nedeniyle opere edilen hasta sayısı 10 du. Bu hastaların hepsi yetişkin yaş grubundaydı ve tüm hastaların histopatolojik değerlendirme sonucu tonsil kisti olarak raporlanmıştı. Tonsillektominin nadir bir endikasyonunda Eagle Sendromudur. Çalışmamızda bir hastaya Eagle Sendromu tanısı nedeniyle tonsillektomi yapıp intraoral teknikle styloid proces eksize edilmişti.

Tonsillektomi en sık yapılan otolarenjolojik cerrahi olmasının yanında komplikasyonları oldukça can sıkıcıdır. Dehidratasyon, kulak ağrısı, ateş ve uvulada ödem sıklıkla karşılaşılabilen ancak daha az ciddi komplikasyonlardır. Buna karşın atlantoaksiyal eklem subluksasyonu, mandibuler kondil fraktürü, östaki tüpü yaralanmaları, velofarengeal yetmezlik ve nazofarengeal stenoz daha az oranda gelişebilen ciddi komplikasyonlardır (26). Tonsillektomi sonrası gelişen en ciddi komplikasyon ise kanamadır (27). Posttonsillektomi kanama oranları %0.3-13.9 arasında değişmektedir ve ortalama %4.5 olarak tespit edilmiştir (28). Literatürde posttonsillektomi kanamalar, primer ve sekonder olarak iki ayrı gruba ayrılmıştır. Operasyon sonrası ilk 24 saatteki kanamalar primer, 24 saatten sonra meydana gelen kanamalar ise sekonder olarak tarif edilmiştir (29). Bizim çalışmamızda toplam 57 hastada (%3.97) posttonsillektomi kanama meydana gelirken bu oranın literatür verileri ile uyumlu olduğu izlendi.

Tomkinson ve ark. (30) 6207 hasta üzerinde yaptıkları çok merkezli çalışmada soğuk bıçak metoduyla tonsillektomi sonrası postoperatif kanama oranının %3.6 (97 hasta) olduğunu bildirmişlerdir. Biz de hastalarımıza soğuk bıçak tekniği ile klasik konvansiyonel tonsillektomi yaptık ve kanama oranlarımız bu çalışmaya yakın bir değerde idi. Posttonsillektomi kanama gelişen hastaların çoğunluğunda endikasyon kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu idi. Sadece kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyonu nedeniyle opere edilen hastaların 26'sında (%45) posttonsillektomi kanama saptanmışken, sadece üst hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle opere edilen hastaların 7'sinde (%12.2) posttonsillektomi kanama izlendi. Yirmi dört (%42.1) hastada ise kronik ve/veya rekürren tonsil enfeksiyon ve üst hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle opere edilmişti. Diğer nedenlerle opere edilen hastalarda kanama meydana gelmemişti. Kanamaların 19 tanesi kadınlarda meydana gelirken 38 tanesi erkeklerde meydana gelmişti. Kanama meydana gelen hastalardan en büyüğü 67 yaşında iken en küçüğü 3 yaşındaydı. Macassey ve ark. (31) yaptığı çalışmada posttonsillektomi kanama zamanını 8. gün olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ortalama kanama zamanı 7.07 gündü. Kanama izlenen hastalarımızın hiçbiri primer kanama olmayıp kanamalar 24. saatten sonra izlenmişti.

Tonsillektomi Kulak Burun ve Boğaz kliniklerinde en sık uygulanan cerrahi prosedürlerin başındadır. Tonsillektominin kesin endikasyonlarının yanında hekimin yorumunu gerektiren göreceli endikasyonlarının da olması hastanın operasyon kararını vermeden önce uzun süre ve detaylı bir şekilde takibini, bulguları sıkı bir şekilde dökümente edilmesini gerektirmektedir. Cerrahi tedavinin kanama, velofarengal yetmezlik, pulmoner ödem ve nadiren de olsa mortalite gibi riskleri göz önüne alındığında operasyon kararını verirken acele etmemeye özen gösterilmelidir. Antibiyotiklerin yoğun şekilde kullanılmaya başlamasıyla birlikte kronik ve/veya rekürren enfeksiyon endikasyonu ile yapılan operasyon sayısında beklenen azalmanın olması için hasta seçimi yapılırken daha özenli davranılması ve hastaların operasyon kararı verilmeden önce bir süre klinisyence takip edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Obstrüktif hipertrofiye ise tanı ve ameliyat kararı anamnez ve fizik muayene değerlendirilerek ayrıca yapılabilirse polisomnografi ile konulmalıdır. Tonsillektomi kararı veren hekimin ameliyat sonrası kişide gelişebilecek olumlu ve olumsuz etkileri operasyondan önce hasta ve yakınlarına iyi bir şekilde anlatması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karahatay S, Akçam T. Tonsillektomi ve adenoidektomi endikasyonları. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2005; 1: 12-5.
2. Gates GA, Folbre TW. Indications for adenotonsillectomy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986; 112: 501-2.
3. Parker NP, Walner DL. Trends in the indications for pediatric tonsillectomy or adenotonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2011; 75: 282-5.
4. Brodsky L. Tonsillitis, tonsillectomy and adenoidectomy. In: Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Bailey BJ, Calhoun KH. Eds. 2nd ed, New York, Lippincott-Raven Press, 1998: 1221-35.
5. Richardson MA. Sore throat, tonsillitis, and adenoiditis. Medi Clin North Am 1999; 83: 75-84.
6. Hoddeson EK, Gourin CG. Adult tonsillectomy: Current indications and outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 140: 19-22.
7. Darrow DH, Siemens C. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy. Laryngoscope 2002; 112 (8 Pt 2 Suppl 100): 6-10.
8. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. N Engl J Med 1984; 310: 674-83.
9. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control. Advance data 283: ambulatory surgery in the United States, 1994. National Center for Health Statistics. available on the Web at: www.cdc.gov/nchs.
10. Rosenfeld RM, Gren RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. Ann Oto Rhinol Laryngol 1990; 99: 187-91.
11. Deutsch E. Tonsillectomy and adenoidectomy. Changing trends. Pediatr Clin N Am 1996; 43: 1319-38.
12. Derkay CS. Paediatric otolaryngology procedures in the United States: 1977-87. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1993; 25: 1-12.
13. Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics 2002; 110: 7-15.

14. Owings MF, Kozak LJ. Ambulatory and inpatient procedures in the United States, National Center for Health Statistics. (1996) Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_139.pdf (accessed October 10, 2010).
15. Nicklaus PJ, Herzon FS, Steinle EW 4th. Short-stay outpatient tonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121: 521-4.
16. Ahmed AO, Aliyu I, Kolo ES. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy: our experience. *Niger J Clin Pract* 2014; 17: 90-4.
17. İriz A, Oğuz O, Uyar M, Dursun E, Boynueğri S, Adil Eryılmaz A. Tonsillektomi endikasyonlarının değerlendirilmesi ve tonsillektomi hakkında çağdaş düşünce. *KBB-Forum* 2012; 11: 69-77.
18. Koshkareva YA, Cohen M, JP Gaughan, Callanan V, Szeremeta W. Utility of preoperative hematologic screening for pediatric adenotonsillectomy. *Ear Nose Throat J* 2012; 91: 346-56.
19. Vayisoğlu Y, Görür K, Özcan C, Ünal M. Rutin tonsillektomi örneklerinin histopatolojik sonuçları. *KBB-Forum* 2007; 6: 15-8.
20. Johnson RF, Stewart MG. The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13: 157-60.
21. Petruzzelli GJ, Johnson JT. Peritonsillar abscess--why aggressive management is appropriate. *Postgrad Med* 1990; 88: 99-108.
22. Spires JR, Owens JJ, Woodson GE, Miller RH. Treatment of peritonsillar abscess. A prospective study of aspiration vs incision and drainage. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113: 984-6.
23. Richardson KA, Birck H. Peritonsillar abscess in the pediatric population. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89: 907-9.
24. Blotter JW, Yin L, Glynn M, Wiet GJ. Otolaryngology consultation for peritonsillar abscess in the pediatric population. *Laryngoscope* 2000; 110: 1698-701.
25. Yellow RF, Bluestone CD. Head and neck space infections in children. In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA, eds. *Pediatric Otolaryngology*. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996: 1525-45.
26. Gross CW, Harrison SE. Tonsils and adenoids. *Pediatr Rev* 2000; 21: 75-8.
27. Racic G, Kurtovic D, Colovic Z, Dogas Z, Kardum G, Roje Z. Influence of meteorological conditions on post-tonsillectomy hemorrhage. *J Laryngol Otol* 2008; 122: 1330-4.
28. Blakley BW. Post-tonsillectomy bleeding: how much is too much? *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 140: 288-90.
29. Schrock A, Send T, Heukamp L, Gerstner AO, Bootz F, Jakob M. The role of histology and other risk factors for post-tonsillectomy hemorrhage. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009; 266: 1983-7.
30. Tomkinson A, Harrison W, Owens D, Harris S, McClure V, Temple M. Risk factors for postoperative hemorrhage following tonsillectomy. *Laryngoscope* 2011; 121: 279-88.
31. Macassey E, Baguley C, Dawes P, et al. 15-year audit of posttonsillectomy hemorrhage at Dunedin Hospital. *ANZ J Surg* 2007; 77: 579-82.