

ÇOCUKLARDA GYOTİN VE DİSEKSİYON TONSİLLEKTOMİ

Yaşar Ünlü*, Şerif Ali Tekalan*, Ahmet Kutluhan**, İbrahim Ketenci***, Refik Cemiloğlu*, İsmail Külahlı**

Özet: Tonsillektomi ve adenotonsillektomi sık yapılan operasyonlardır. Bu çalışmada gyotin ve diseksiyon tonsillektomi tekniklerini karşılaştırmak amacı ile 6 yılı aşan bir sürede tonsillektomi ve adenotonsillektomi yapılan 789 çocuk retrospektif olarak incelendi. Gyotin tekniği diseksiyona göre operasyon süresi, kan kaybı ve postoperatif hemoraji yönünden daha üstündü. Her iki teknikte de komplikasyonların büyük çoğunluğu ilk 4 saat içinde görüldü. Bu çalışma sonuçları, dikkatli seçilmiş, çocuklarda gyotin tonsillektominin güvenli ve tatmin edici olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tonsillektomi, gyotin

Dünyada KBB kliniklerinde en fazla yapılan operasyon tonsillektomidir. Günümüze kadar tonsillektomi tekniklerinde önemli gelişmeler olmuştur. Bu tekniklerin başlıcaları; gyotin, diseksiyon, elektrokoter ve lazerdir. Popper, Waugh ve Sluder gibi farklı türleri olan gyotin günümüzde birçok klinik tarafından artık kullanılmamaktadır. Diseksiyon tekniği ise halen yaygın kullanılanıdır.

Guillotine and dissection tonsillectomy in children

Summary: Tonsillectomy and adenotonsillectomy are frequently performed operations. In this study, over a 6-year period, 789 tonsillectomized and tonsilloadenoidectomized children were studied retrospectively to compare guillotine tonsillectomy with dissection tonsillectomy. The guillotine technique had demonstrable advantages over the dissection technique in terms of operation time, blood and postoperative hemorrhage. The greatest percentage of complications in both techniques occurred within the first postoperative 4 hours. The results of this study show that in carefully selected children guillotine tonsillectomy is a safe and gratifying procedure.

Key words: Tonsillectomy, adenotonsillectomy, guillotine

Son zamanlarda tüm dünyada hastaneye yatırmadan tonsillektomi yapma eğilimi gittikçe artmaktadır (1,3,5). Bunda; hem yüksek hastane masraflarının, hem de ailelerin isteği etkili olmaktadır. Bu çalışmada, biz de kliniğimizde yapılan gyotin ve diseksiyon tonsillektomi sonuçlarını karşılaştırarak, bu konudaki görüşlerimizi sunduk.

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

*** Serbest KBB Hastalıkları Uzmanı, Kayseri

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada 1984 - 1990 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı'nda tonsillektomi yapılan 16 yaşından küçük 789 hasta incelendi. Gytin tekniği yalnız lokal anestezi altında (LAA) diseksiyon tekniği ise hem LAA'da hem de genel anestezi altında (GAA) uygulandı. Gytin tonsillektomi için tonsilleri hipertrofik olan ve başka bir sistemik hastalığı bulunmayan çocuklar seçildi. Tetkik olarak; hemoglobin, lökosit, kanama ve pıhtılaşma zamanına bakıldı. 1/2 mg atropin ve 500 mg Metamizol ile premedikasyon yapıldı. Operasyondan hemen önce % 2'lik Pantocain ile çocuklara gargara yaptırıldı. Uyum sağlayanlarda ise Prilocain HCl (Citanest % 2) veya Lidocain HCl % 2 ve Epinephrine % 0.001 (Jetocain) ile lokal anestezi yapıldı. Bir kişinin kucağına oturtulan çocuğun ağzını açmak için Whitehead-Jennings ağız açacağı kullanıldı. Süratli ve dikkatli bir şekilde tonsiller gytin ile adenoid ise adenotom ve küretle alındı. GAA'da tonsillektomi yapılanlarda halothan (5 çocukta Ketalar) kullanıldı. Postoperatif dönemde kusmayan yahut bir defa kusan, tonsil loju kuru olan hastalar aynı gün akşam evine gönderildi.

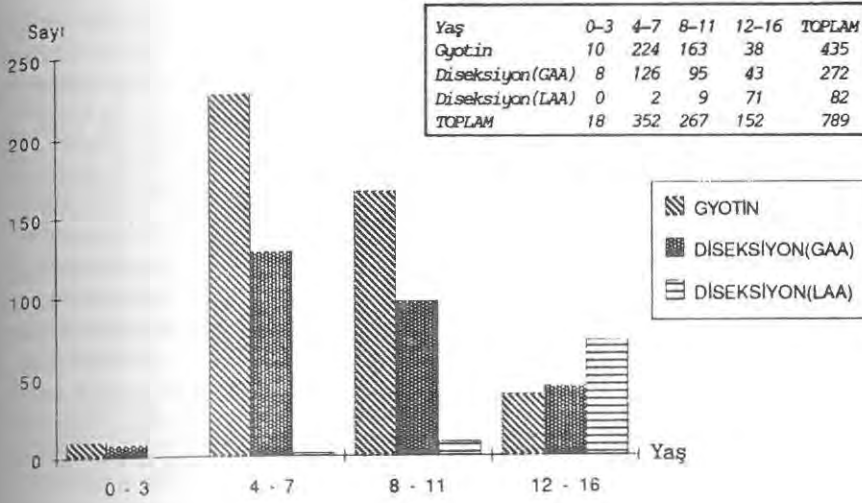
İki veya üç defa kusanlar ise bir gece hastanede yatırıldı. Operasyondan bir gün ve bir hafta sonra hastalar kontrol için çağrıldı.

BULGULAR

Gytinle tonsillektomi ve adenotonsillektomi yapılan hastaların 193 (% 44)'ü kız, 242 (% 56)'si erkekti. Diseksiyon ile yapılanların ise 166 (% 47)'si kız, 188 (% 53)'i erkekti. LAA'da gytinle tonsillektomi yapılan 435 hastanın 177 (% 41)'sine aynı zamanda adenoidektomi yapıldı. GAA'da diseksiyonla tonsillektomi yapılan 272 hastanın 159 (% 58)'una adenoidektomi yapıldı, 67 (% 25)'sine ise ventilasyon tüpü yerleştirildi. 82 (% 10) hastaya ise LAA'da diseksiyonla tonsillektomi yapıldı. Her iki teknikle tonsillektomi yapılan 789 hastanın

619 (% 78)'unu 4-11 yaşları arasında çocuklar oluşturmaktaydı (Şekil 1).

Gytinle yapılan tonsillektominin süresi 60-90 saniye arasında değişmekteydi. Diseksiyonla yapılan tonsillektomi süresi ise 10 -15 dakika kadardı. Buna hastaların uyuma ve uyanma süreleri de eklenince en az bir saat almaktaydı. Gytin tonsillektomi esnasında hastaların hiçbirisinde kayda değer bir yumuşak doku laserasyonu olmadı. Kanama kontrolü için çoğu kez hiç bir müdahale yapılmadı. Birkaç hastada 1-2 defa kuru tampon kullanıldı. Üç hastada ise operasyon esnasındaki aktif kanama nedeniyle tonsil lojunda damar bağlandı. GAA'da diseksiyonla tonsillektomi yapılan 20 hastada damar bağlandı, 14 hastada elektrokoterle kanama kontrolü yapıldı. Diğerlerinde tampon dışında bir işlem yapılmadı. LAA'da diseksiyonla tonsillektomi yapılan 7 hastada damar bağlandı. Diğerlerinde ise kanama kontrolü için tampon yeterli oldu. GAA'da tonsillektomi yapılan 4 hastada operasyon esnasında entübasyon tüpü yerinden çıktı. Bu hastaların birinde kardiyak arrest oldu ve reanimasyonla komplikasyonsuz düzeldi. Diğer üçünde ise geçici aritmi ve siyanoz meydana geldi. İki hasta uyanma esnasında konvülziyon geçirdi. Gytinle yapılan tonsillektomi esnasında ise bir hastada 5 - 10 saniye süreyle konvülziyon görüldü. Operasyondan sonraki ilk 3-4 saat içinde 6'sı GAA'da , biri LAA'da diseksiyonla tonsillektomi yapılan 7 hastada ciddi kanama oldu. Hemostaz için yeniden operasyona alınan hastaların üçüne kan transfüzyonu yapıldı. Gytin ile tonsillektomi yapılanların hiçbirinde ciddi bir kanama olmadı. Diseksiyonla tonsillektomi yapılan hastaların 38 (% 11)'ine, gytinle tonsillektomi yapılanların ise 41 (% 9)'ine hafif sızıntı nedeniyle adrenalin ve buzlu su ile gargara yaptırıldı. Aynı gün akşamı diseksiyonla tonsillektomi yapılanların 264 (% 75)'ü, gytinle yapılanların ise 403 (% 95)'ü evine gönderildi. Takip için bir gece yatırılan hastaların hiçbir



Şekil 1: Gyotin ve Diseksiyonla Tonsillektomi Yapılan Hastaların Yaş Dağılımı

inde kayda değer bir komplikasyon görülmedi. Kontrol muayenesinde gyotinle tonsillektomi yapılan 375 hastanın 17 (% 5)'sinde diseksiyon tekniği uygulanan 287 hastanın 5 (% 2)'inde tonsil lojunun alt kısmında parça kaldığı görüldü. Ancak bunların sadece birisi 3 yıl sonra tekrarlayan tonsillit atakları nedeniyle yeniden müracaat etti.

TARTIŞMA

Son zamanlarda, başka bir rahatsızlığı olmayan kronik tonsillitli çocuklarda sadece hematokrit ve idrar tahlili gerekli görülmektedir (6). Asemptomatik bir üriner enfeksiyon genel anestezi için engel teşkil etmez. Kalb ve böbrek hastalıkları, orak hücreli anemi, uyku apne sendromu ve konjenital malformasyonları olan çocuklar yatırılarak tedavi edilmelidir (5). Kanama olasılığına karşı aspirin veya nonsteroid antiinflamatuar ilaç alan hastalarda, bunlar operasyondan önce kesilmelidir (6).

Tonsillektomi yapılacak çocukların büyük ço-

ğunluğunun 3-10 yaşlar arasında olduğu dikkate alınır; bu yaşlardaki çocuklara gyotin tonsillektomi dışında çoğu kez GAA'da operasyon yapmak zorunlu olmaktadır. Bu durumda ise; genel anestezi için gerekli tetkiklerin hazırlanması, anesteziye bağlı zaman kaybı ve bizzat anesteziye ait komplikasyonlar da söz konusu olmaktadır. Gyotin tonsillektomide ise fazla bir tetkike gerek yoktur. Bu yaşlardaki çocukların büyük çoğunluğunda tonsiller hipertroftiktir ve gyotin için uygundur. Hayati fonksiyonlar bozulmadığı için lokal anestezi hasta açısından daha emniyetlidir. Genel anestezi maddelerinin sebep olduğu kanama eğilimindeki artış da söz konusu değildir. Gyotin tonsillektomi süresinin ortalama bir dakika kadar olduğu dikkate alınır, zaman yönünden GAA'da yapılanlara göre çok büyük üstünlüğü olduğu görülür. LAA'da yapılan gyotin tonsillektomide anestezi gazlarının atılmasını beklemeye gerek olmadığı gibi, operasyonun kısa sürmesi nedeniyle hastaların günlük takip süresi ve komplikasyon-

suz gönderilme şansı daha fazla olmaktadır.

Gytin tonsillektominin en çok eleştirilen yönleri; çocuklar üzerindeki psikolojik travma, parça kalması ve plikaların yırtılmasıdır. Biz, LAA'da yapılan tonsillektomide hiç bir psikolojik travmanın olmadığını iddia etmiyoruz, ancak, bu konudaki eleştirilerin abartıldığı görüşündeyiz. Çocukla iyi ilişki kurulursa, bu etkinin büyük ölçüde azaltılacağı inancındayız. Öyle ki operasyon sonunda teşekkür ederek kalkan çocuklar hiç de az değildir. Diğer yandan, GAA'da tonsillektomi yapılmak üzere ameliyathaneye götürülen çocuklar üzerinde hiç bir psikolojik travmanın olmadığını ileri sürmek de mümkün değildir. Batılılara göre insanımızın doktora güvenme ve tahammül gücünün daha yüksek olması da lokal müdahaleler için bize büyük kolaylık sağlamaktadır. Tonsil parçası bırakmamak için, operasyondan önce tonsillerin tekrar gözden geçirilmesi, birden fazla lobu olan tonsillerin tamamının alınmasında faydalı olmaktadır. Uygun büyüklükte gytin bacağı kullanılması da tonsilin sıyrılmasını ve parça kalmasını büyük ölçüde önler. Usulüne uygun yapılan bir gytin tonsillektomide parça kalma ihtimali oldukça azdır. Wake ve Glossop (7) diseksiyon ve gytin ile yapılan tonsillektomiler arasında tonsil parçası yönünden istatistiksel olarak bir fark olmadığını bildirmektedir. Bu çalışma, gytinde % 5, diseksiyon tonsillektomide ise % 2 tonsil parçası tespit edildi. Kalan parçanın yıllar sonra hipertrofiye uğraması da önemli bir problem oluşturmaz. Plikaların yırtılmasını önlemek için tonsili parmakla tam disekte etmeden çekmemek gerekir. Diseksiyon tekniğinde de vakaların çoğunda tonsil plikaları zamanla belirsizleşmektedir.

Tonsillektominin en önemli komplikasyonu kanamadır ve bu oran % 0.1 - 8 arasında değişmektedir (1,2,5). Bu çalışmada, postoperatif müdahale gereken kanama oranı diseksiyon tonsillektomide % 2, gytin tonsillektomide ise % 0'dı. Kanamaların hemen hepsi

operasyondan sonraki ilk 6 saat içinde görülmektedir (1). Bizim vakalarımızda görülen kanamalar da operasyondan sonraki ilk 3-4 saat içinde meydana geldi. Bu nedenle, operasyonlar mümkün olduğu kadar sabah erken saatlerde yapılmalıdır. Operasyondan önce intravenöz sıvı verilen bir çocuk operasyon sonrası devredeki gizli kanamadan daha az etkilenir (5). Küçük çocuklarda henüz tonsili besleyen damarlar fazla gelişmediği ve kapsülde fibrozis çok az olduğu için vazokonstriksiyon büyüklere göre daha iyi olmaktadır (2). Adenotonsillektomi ile birlikte ventilasyon tüpü yerleştirilenler dışında, hastalara profilaktik antibiyotik vermedik. Elektrokoterle tonsillektomi yapılan hastalarda antibiyotik verilmesinin; ağrı ateş ve ağız kokusunu azalttığı fakat diseksiyonla tonsillektomi yapılanlarda antibiyotik verilenlerle verilmeyenler arasında bir fark olmadığı bildirilmektedir (4).

Tonsillektomi endikasyonu konan çocukların büyük bir kısmında tonsiller hipertroftiktir ve gytin tonsillektomi için uygundur. Sağlıklı çocuklarda, gytin tonsillektominin masrafsız olması, çabuk yapılabilmesi ve komplikasyon yönünden güvenli olması nedeniyle, günümüzde de hain geçerli yöntemlerden birisi olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Guida RA- Mattuchi KF: Tonsillectomy and adenoidectomy: An inpatient or outpatient procedure? *Laryngoscope* 100: 491-493, 1990.
2. Haberman RS, Shattuck TG, Dion NM: Is outpatient suction cautery tonsillectomy safe in a community hospital setting? *Laryngoscope* 100: 511-515, 1990.
3. Helmus C, Grin M, Westfall R: Same-day-stay adenotonsillectomy. *Laryngoscope* 100: 593-596, 1990.

4. Linden BE, Gross CW, Long TE, Lazar RH: Morbidity in pediatric tonsillectomy. *Laryngoscope* 100: 120-124, 1990.
5. Maniglia AJ, Kushner H, Cozzi L: Adenotonsillectomy: A safe outpatient procedure. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 115: 92-94, 1989.
6. Montgomery JN, Watson CB, Mackie AM: Anesthesia for tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Clin North Am* 20 (2): 331-344, 1987.
7. Wake M, Glossop P: Guillotine and dissection tonsillectomy compared. *J Laryngol Otol* 103: 581-591, 1989.