

## **ADENOİD HİPERTROFİSİ, NAZAL SEPTAL DEVIASYON VE ALERJİK RİNİT BİRLİKTELİĞİ**

Op.Dr. Tuğçe Şimşek, Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB ABD Amasya

Prof.Dr. Cemal Cingi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB ABD Eskişehir

Allerjik rinit; burunda akıntı, tıkanıklık, kaşıntı ve hapşırık gibi semptomlara neden olan inflamatuvar bir hastalıktır. Alerjik rinite adenoid hipertrofisi ve nazal septal deviasyon gibi nazal kavitenin yapısal bozuklukları eşlik edebilirler.

Adenoid hipertrofisi (AH) ve allerjik rinit (AR), üst solunum yolu obstrüksiyonu için önde gelen nedenlerdir (1). AH'nin birkaç nedeni olmasına ve etiyolojisinin tam olarak anlaşılmamasına rağmen, adenoid doku çevresinde kronik, şiddetli ve tekrarlayan inflamatuvar olayların etkili olduğu düşünülmektedir (2). AH; burun tıkanıklığı, horlama, uyku apnesi, tekrarlayan otitis media, tekrarlayan rinosinüzit enfeksiyonları ve kraniyofasiyal anomaliler ile ilişkilendirilmiştir (3).

AR, tüm popülasyonun %10-40'ını etkileyen en yaygın kronik hastalıklardan biridir. Epidemiyolojik çalışmalar bu hastalığın prevalansının arttığını göstermektedir (2). AR tipik olarak yaşamın ikinci yılından sonra ortaya çıkar ve pediatrik AR grubundaki duyarlılık için en az iki veya daha fazla mevsimsel olarak polene maruz kalma gereklidir (2). AH ve AR, burun tıkanıklığı ve burun akıntısına neden olabilir (4). Adenoid doku, hava yollarında antijenlere maruz kalır ve üst solunum ve sindirim sisteminin immünolojik korunmasına aracılık eder (2). Alerjinin AH oluşumu için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Adenoid doku; viral ve bakteriyel ajanların yanı sıra sürekli olarak alerjenlere de maruz kalır. Alerjik hastalıklar, adenoid dokuyu etkileyen enflamatuvar süreçleri başlatabilir ve bu durumda, adenoid dokunun çok sayıda IgE-pozitif mast hücresi içeren allerjik adenoidit durumunun oluşmasına yol açabilir (2).

Kronik adenotonsillitli 117 pediatrik hasta ile yapılan bir çalışmada pozitif cilt prick testi yapılarak adenotonsiller hipertrofi ile aeroalerjenlere % 70 duyarlılık arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiş (5), Ganzer ve Bachert (6), IgE üretiminin sadece nazal mukoza ile sınırlı olmadığını, aynı zamanda Waldeyer'in halkasındaki lenfatik dokuda da bulunduğunu göstermişlerdir. AH'nin AR şiddetini arttırdığını ve hastalık süresini uzattığını belirtmişlerdir. Ancak, adenoidektominin AR semptomlarını anlamlı şekilde iyileştirmediğini daha önceki

Çalışmalarda gösterilmiştir. AH, burun boşluğunda ve nazofarinkste alerjen (rneğin toz, polen) birikimine neden olsa da, AR semptomlarını ve süresini daha da şiddetlendirse de, AH ve AR arasındaki nedensel ilişki belirsizliğini korumaktadır. Bağzı bilim adamı AR'nin AH'yi tetiklediğini ne sürmektedir (7). Yapılan başka bir çalışmada adenoidektominin AR ve AH'li çocukların % 80'ininde yarar sağlamadığını gösterilmiştir. Lokal enflamasyonu ortadan kaldırmak için tıbbi anti-alerjik tedavi önemlidir. Bu tedavi, nazal semptomları iyileştirir ve adenoid dokusunun büyümesini önleyebilir. Modrzynski ve ark. (8), ev tozu akarı alerjisi olan AR'li ocuklarda AH riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Literatürde AR ile AH arasındaki biyokimyasal, histolojik, sitolojik ve immünohistokimyasal veriler arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma vardır (2). AH'de antialerjik ilaçların etkinliğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (2). Ibanez ve ark. (9) AH'li ocuklarda AR semptomlarının daha şiddetli olduğunu ve daha uzun sürdüğünü saptamışlardır. AH ile burun tıkanıklığının kötüleşmesinin ve tekrarlayan adenoidit ve rinosinüzit nedeniyle burun akıntısının kötüleşmesinin ciddiye ti artırdığına ve AH'li çocuklarda mevcut alerjik rinitin süresini uzattığına iananılmaktadır. Alerjik yapısı olan ocuklarda AH sıklığı araştırılan önceki çalışmalarda AR'li çocukların % 15.4'nde AH olduğu saptanmıştır (10). Flutikazon propiyonat içeren nazal sprey tedavisi ile yapılan bir çalışmada, AR ile ilişkili obstrüktif uyku apne sendromunda (OSAS) bir iyileşme, tedavi ile ilişkili apnelerde ve hipopnelerde azalma gözlenmiştir (2). Benzer şekilde, yapılan başka bir çalışmada, nazal steroid tedavisinden sonra burun tıkanıklığında ve adenoid hacminde azalma olduğunu bildirmiştir (2). Literatürde adenoid dokuda alerjinin immünolojik kanıtı sınırlıdır. AR'li çocuklarda adenoid dokuda, Th17 / Treg oranını kontrol grubundan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar küçük çaplıdır (11). Huang ve ark. hem AR hem de AH'li çocukların polen ve kf alerjenlerine karşı aşırı duyarlı olmalarının daha olası olduğunu savunmuşlardır. Bu tip alerjene duyarlılık, AR'li ocuklarda AH için önemli bir risk faktörü olarak görülmüştür. AH riskinin, kf sporlarına karşı cilt testi reaktivitesinin derecesi ile pozitif olarak ilişkili olduğu savunulmuştur. Hayvan tüyü veya mevsimsel alerjenlere karşı pozitif cilt testleri ile AH riski ilişkilendirilememiştir. Bu nedenle, AH ve AR arasındaki nedensel ilişkinin geniş çok merkezli çalışmalarına ihtiyaç vardır. Ek olarak, hem AH hem de AR'li çocuklarda spesifik alerjenlerin etkileri araştırılmalıdır (7).

Rinoloji kliniğinde AR ve NSD en sık rastlanan hastalıklardandır. Bu hastalıklar benzer nazal semptomlar gösterebilir ve bazen de bu hastalıklar bir arada bulunabilirler. Burun tıkanması ve akıntısı hemen hemen tüm rinolojik hastalıkların en sık görülen

semptomlarıdır (12). Alerjik rinitin tipik belirtileri ve semptomları arasında bir miktar tıkanıklık, hapşırma, rinore (ön ve/veya arka) ve burun, gözler, oral mukoza veya yüzün sulanması ve gözlerin kızarması bulunur. Burun tıkanıklığı sıklıkla fizyolojik burun döngüsünün bir fonksiyonu olarak burnun her iki tarafı arasında değişmektedir. Kalıcı tek taraflı tıkanma, güçlü bir anatomik kusur (örneğin, nazal septal deviasyon, orta konkanın konka bullosası), enflamatuvar kitle (örn., nazal polip) veya tümör olasılığını kuvvetle gösterir (13).

NSD'ye (Nazal septum deviasyonu) genellikle eşlik eden bir durum olarak, alerjik rinit,% 10 ile % 20 arasında değişen ve yaygınlaşan küresel prevalans tahminleri ile birlikte, reversible burun tıkanıklığının en yaygın nedenlerinden biridir. Birçok hastada, hem nazal septal deviasyon hem de alerjik rinit, burun tıkanıklığı semptomlarının sürekliliğine katkıda bulunabilir. Yine de, komorbid alerjik rinitli hastalarda septal cerrahinin sonuçları hakkında çok az araştırma vardır. Alerjik rinite eşlik eden nazal septal deviasyonu olan hastalarda, nonalerjik hastalara kıyasla septoplasti sonrasında daha az tatmin olmaları daha muhtemel olduğunu savunan görüşler bulunmaktadır (14). Karatzanis ve meslektaşları tarafından 2009 yılında yapılan bir çalışma, bu bulguları doğrulamıştır. Bu çalışmada, 176 hastaya septoplasti ameliyatı yapılmış ve tüm hastalar hem anterior rinomanometri hem de subjektif anketler ile değerlendirilmiş. Nazal septal deviasyonu olan AR hastalar ve sadece nazal septal deviasyonu olan hastalar karşılaştırılmıştır. Yazarlar septoplasti sonrası solunumda subjektif iyileşmenin, her iki grupta da mevcut olduğunu ancak AR'siz hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Her iki grupta da anterior rinomanometride nazal hava akımında düzelme gösterilmiş, ancak sonuç sadece nazal septal deviasyonu olan grupta anlamlı olarak yüksek bulunmuş. Bu nedenle yazarlar, AR'de nazal septal deviasyon yönetimine temkinli bir yaklaşım önerilmektedir, çünkü bu hastaların cerrahi sonrası alerjik olmayan hastalara göre daha az yarar görmeleri olasıdır (15).

Kim ve ark. (16), konkaplastiye ek olarak septum deviasyonu olan ve septoplasti yapılan hastalarla, konkaplasti yapılan hastaları, semptom değişikliği için görsel analog skalasını (VAS) ve alerji ile ilişkili QOL ölçümü olarak Rhinasthma Anketini kullanılarak değerlendirmişlerdir.

Tahmin edilebileceği gibi, A grubundaki nazal tıkanıklık sonrası postoperatif VAS skorlarında anlamlı olarak daha fazla değişiklik bulmuşlardır. Bununla birlikte, A grubundaki Rhinasthma skorlarını B grubundan anlamlı olarak daha düşük bulmuşlardır, belirtildiği gibi deviyeye septumun ele alınmasının, alerjik rinitli hastaların klinik seyrine bazı ilave faydalar sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Gillman ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada konka redüksiyonu ile birlikte septoplasti yapmışlar ve burun tıkanıklığı için doğrulanmış bir sonuç ölçütü (NOSE [Nasal Obstruction Symptom Evaluation] puanları) ve alerjene bağlı QOL (Quality OfLife) (mini-RQLQ) için alternatif bir ölçüm uygulamışlardır. Kim ve arkadaşlarının aksine, çalışma sonuçlarına göre nazal hava yolu semptomlarına yol açan yapısal bir bileşeni olan alerjik rinitli hastaların, alerjik riniti olmayan hastalar gibi ile cerrahi için aynı derecede dikkate alınması gerektiği sonucuna varmışlardır (14). Bu çalışmada, septoplasti ve konka redüksiyonu geçiren hastaların, komorbid alerjik rinitten bağımsız olarak, burun tıkanıklıklarında belirgin semptomatik rahatlama yaşadıklarını göstermektedir. Bu nedenle, yüksek hasta memnuniyeti ile birlikte, alerjik rinitin tek başına kontrendikasyon veya uygun endikasyonlarla başvuran alerjisi olan hastalarda septoplasti ve konka redüksiyonu için caydırıcı bir unsur olarak görülmemesini gerektiği sonucuna varılmıştır (14). Bu bulgu, nazal hava yolu probleminin yapısal bileşenini iyileştirmekten kaynaklanan genel alerjiye bağlı sağlık durumunu iyileştirdiği, sürece katma değer olabileceği anlamına geldiği düşünülmüştür. Son olarak, bu tür bilgiler, septoplasti ve konka redüksiyonları düşünülerek alerjik rinitli hastalarda dikkate alınmaya değer olsa da, bu hastalara, ameliyat öncesi nazal semptomlarının optimal kontrolü için alerji tedavisine devam etme ihtiyacı konusunda ön bilgi verilmelidir. Ameliyat önerildiği zaman, alerjik rinitin tıbbi tedavisinin tamamlayıcı unsuru olduğu ancak alerjik rinitin medikal tedavisinin yerini alamayacağı belirtilmelidir (14).

**Anahtar kelimeler:** Alerjik rinit, nazal septal deviasyon, adenoid hipertrofi

## KAYNAKLAR

1. Liu W, Zhou L, Zeng Q, Luo R (2017). Combination of mometasone furoate and oxymetazoline for the treatment of adenoid hypertrophy concomitant with allergic rhinitis: A randomized controlled trial. *Scientific reports*, 7, 40425.
2. Bozkurt G, Dizdar S K, Korkut A Y, Coşkun B U (2015). Adenoid vegetation in children with allergic rhinitis. *Turkish archives of otorhinolaryngology*, 53(4), 168.
3. Marseglia G L, Caimmi D, Pagella F, Matti E, Labó E, Licari A, Castellazzi A M (2011). Adenoids during childhood: the facts. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 24(4\_suppl), 1-5.
4. Cassano P, Gelardi M, Cassano M, Fiorella M L, Fiorella R (2003). Adenoid tissue rhinopharyngeal obstruction grading based on fiberendoscopic findings: a novel

approach to therapeutic management. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 67(12), 1303-1309.

5. Sadeghi-Shabestari M, Moghaddam Y J, Ghaharri H (2011). Is there any correlation between allergy and adenotonsillar tissue hypertrophy?. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 75(4), 589-591.
6. Ganzer U, Bachert C (1988). Localization of IgE Synthesis in Immediate-Type Allergy of the Upper Respiratory Tract (With 3 color plates). *ORL*, 50(4), 257-264.
7. Lou Z (2018). Adenoid hypertrophy in children and allergic rhinitis. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 275(3), 831-832.
8. Modrzynski M, Zawisza E (2007). An analysis of the incidence of adenoid hypertrophy in allergic children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 71(5), 713-719.
9. Ibáñez M D, Valero A L, Montoro J, Jauregui I, Ferrer M, Dávila I, Sastre J (2013). Analysis of comorbidities and therapeutic approach for allergic rhinitis in a pediatric population in Spain. *Pediatric Allergy and Immunology*, 24(7), 678-684.
10. Dogru M, Evcimik M F, Calim O F (2017). Does adenoid hypertrophy affect disease severity in children with allergic rhinitis?. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(1), 209-213.
11. Wise S K, Lin S Y, Toskala E, Orlandi R R, Akdis C A, Alt J A, Chacko T (2018, February). International consensus statement on allergy and rhinology: allergic rhinitis. In *International forum of allergy & rhinology* (Vol. 8, No. 2, pp. 108-352).
12. Ahn J C, Kim J W, Lee C H, Rhee C S (2016). Prevalence and risk factors of chronic rhinosinusitis, allergic rhinitis, and nasal septal deviation: results of the Korean National Health and Nutrition Survey 2008-2012. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 142(2), 162-167.
13. Corren J (2017). Allergic rhinitis and conjunctivitis. In *Middleton's Allergy Essentials* (pp. 205-224). Elsevier.
14. Gillman G S, Staltari G V, Chang Y F, Mattos J L (2019). A Prospective Study of Outcomes of Septoplasty with Turbinate Reductions in Patients with Allergic Rhinitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 160(6), 1118-1123.
15. Chhabra N, Houser S M (2011). The surgical management of allergic rhinitis. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 44(3), 779-795.

16. Kim Y H, Kim B J, Bang K H, Hwang Y, Jang T Y (2011). Septoplasty improves life quality related to allergy in patients with septal deviation and allergic rhinitis. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 145(6), 910-914.