

## ÖZET

'Laringofarengeal reflünün adenoid hipertrofisi üzerine etkisi'

**Giriş:** Rekürren akut viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, patojenik bakteri kolonizasyonu, kronik bakteriyel enfeksiyonlar, pasif sigara içiciliği ve alerjik epizotlar gibi nedenlerle lenfoid foliküllerin çoğalması ve genişlemesi ile birlikte gelişen adenoid hipertrofisi için LFR'nin de önemli bir etyolojik faktör olabileceği belirtilmektedir. Doğumda çok küçük olan, en büyük boyutlarına 3 – 7 yaşlarında ulaşan adenoid dokunun hipertrofisi horlama, ağız solunumu ve hiponazal konuşma semptomları ile çocukluk çağının sık karşılaşılan bir problemidir. Bu çalışmanın amacı LFR'nin adenoid doku hipertrofisi üzerine etkilerini incelemektir.

**Gereç ve yöntem:** Rutin endikasyonları ile adenoidektomi yapılan 2 – 35 yaşları arasında 62 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar pirozis, regürjitasyon, ağız suyu, disfoni, ailesel GÖR, alerjik rinit semptomları, apne, sık rinosinüzit/rinit hikayesi yönünden sorgulandı ve sonuçlar var/yok şeklinde anemnez formunda not edildi. Ayrıntılı Kulak Burun Boğaz muayeneleri sırasında nazal pasajda görülen seröz akıntı ve pürülan akıntı, seröz otitis media, kubbe damak ve ortodontik problemler gibi bulgular kaydedildi. Tüm hastalara poliklinik şartlarında araştırmayı yürüten tek bir doktor tarafından fleksible nasofarengolaringoskopi yapılarak adenoid dokunun büyüklüğü ve nazofarinkste kapladığı rölatif alan, larenkste hiperemi, aritenoid ödemi olup olmadığı ve diğer laringeal patolojiler tespit edildi. Operasyon sırasında elde edilen adenoid doku belirli konsantrasyonda homojenize ederek Elisa yöntemiyle pepsin araştırıldı. Reflü maruziyetine bağlı oluşabilecek patolojik doku değişiklikleri rutin boyama yöntemleri ve immünohistokimyasal yöntemler ile tespit edildi.

**Bulgular:** 62 adenoid doku örneğinin 1 tanesinde (%1,6) pepsin pozitif olarak tespit edildi.(8,564 ng/ml) Adenoid büyüklüğü ile aritenoid ödemi ( $p=0,007$ ) ve apne ( $p=0,005$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki ve korelasyon bulundu. (aritenoid ödem  $r=0,310;p=0,007$ , apne  $r=0,358;p=0,004$ ) Adenoid büyüklüğü ile lenfosit ( $p=0,017$ ) ve subepitelyal ödem ( $p=0,017$ ) arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulundu. Adenoid büyüklüğü ile gland formasyonu ( $r=0,271;p=0,033$ ) ve subepitelyal ödem ( $r=0,291;p=0,022$ ) arasında korelasyon tespit edildi. Aritenoid ödemi ile laringeal hiperemi ( $p<0,001$ ), seröz akıntı ( $p=0,036$ ) ve pürülan akıntı ( $p=0,026$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Çalışmaya alınan 62 hastanın adenoid doku örneğinin hiçbirinde immünohistokimyasal boyama sonucunda H.Pilori

tespit edilmedi. MUC5AC aranan 62 olguda, Yok olan 19 (%30,7), 1+ olan 28 (%45,1), 2+ olan 13 (%20,9) ve 3+ olan 2 (%3,3 ) olgu tespit edildi. Toplam 43 olguda (%69,3) MUC5AC saptandı.

**Sonuç:** LFR mekanizması ve manifetasyonları ile GÖR'den farklı bir klinik tablodur. Medikal tedaviye rağmen geçmeyen veya sık tekrarlayan pürülan rinit/rinosinüzit ve efüzyonlu otitis media olgularında reflünün mutlaka değerlendirilmesi gerekir. LFR adenoid doku hipertrofinde önemli bir etken olabilir. Adenoid hipertrofisi olan çocuklarda LFR değerlendirilmeli ve bu hastalarda adenoidektomi planlanması öncesi reflü tedavisi de önemli bir seçenek olarak düşünülmelidir.