

ΑΔΕΝΟΕΙΔΕΙΣ ΕΚΒΛΑΣΤΗΣΕΙΣ :

ΟΙ ΓΝΩΣΤΟΙ ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τι είναι ; πού χρειάζονται ;

Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις ή **κρεατάκια**, όπως είναι γνωστά, βρίσκονται στο ρινοφάρυγγα, στο ανώτερο τμήμα του φάρυγγα δηλαδή, που βρίσκεται πίσω από τη μύτη μας. Αποτελούνται από λεμφικό ιστό, όμοιο με αυτόν των αμυγδαλών με κάποιες ανατομικές διαφορές. Είναι επομένως όργανο του αμυντικού συστήματος, μέρος, μαζί με τις παρίσθιμες αμυγδαλές και την γλωσσική αμυγδαλή, ενός ευρύτερου σχηματισμού του «δαχτυλίου Waldayer» , που είναι στρατηγικά τοποθετημένος στον φάρυγγα γύρω από την είσοδο των αεροφόρων οδών. Σκοπός τους είναι να αναγνωρίζουν τα διάφορα μικρόβια και τους ιούς που εισέρχονται στον οργανισμό και να δημιουργούν αντισώματα εναντίον τους, ενεργοποιώντας έτσι την άμυνα του οργανισμού. Η λειτουργία τους αυτή λαμβάνει χώρα τα πρώτα χρόνια της ζωής και όσο περνούν τα χρόνια εξασθενίζει. Στην πραγματικότητα ο ρόλος τους έχει ολοκληρωθεί μετά την ηλικία των (3) τριών ετών. Η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων λόγω συχνών λοιμώξεων του αναπνευστικού, είναι πολύ συχνή στην παιδική ηλικία και κυρίως μεταξύ 3 και 5 ετών. Με την πάροδο της ηλικίας βαθμιαία ατροφούν και μετά την ηλικία των 10 – 12 ετών κατά κανόνα εξαφανίζονται και δεν προκαλούν ενοχλήματα.

Τι προβλήματα προκαλούν ;

Σε αρκετές περιπτώσεις όμως οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις είτε αναπτύσσονται υπερβολικά είτε δεν μικραίνουν στην ώρα τους με αποτέλεσμα να φράζουν την οπίσθια δίοδο της μύτης, τον ρινοφάρυγγα, καθώς και την ευσταχιανή σάλπιγγα, σωληνάκι που αρχίζει από το ρινοφάρυγγα καταλήγει στο αυτί και έχει ως σκοπό του τον αερισμό του αυτιού. Συχνά οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις φλεγμαίνουν και τότε μιλάμε για **αδενοειδίτιδα**. Κατάσταση που αρχίζει συνήθως με μια συνηθισμένη ίωση του ανώτερου αναπνευστικού (κοινό κρυολόγημα), με

δυνατότητα επιμόλυνσης από κοινά μικρόβια. Εικόνα πολύ συχνή στα παιδιά των παιδικών σταθμών, ιδίως κατά την διάρκεια της πρώτης χρονιάς.

Η **υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων** και οι συχνές αδενοειδίτιδες προκαλούν ρινική συμφόρηση (μπούκωμα), στοματική αναπνοή αντί της φυσιολογικής ρινικής, συχνή ή μόνιμη ρινική καταρροή, ένρινη ομιλία, ξηρότητα στόματος, κακοσμία αναπνοής, δυσκολία κατά την σίτιση, ανησυχία και ροχαλητό κατά την διάρκεια του ύπνου.

Η στοματική αναπνοή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ανάπτυξη της άνω γνάθου (π.χ. θολωτή υπερώα) και σοβαρές ορθοδοντικές ανωμαλίες, καθώς και το «**αδενοειδές προσωπείο**» μια χαρακτηριστική έκφραση στο πρόσωπο με μισάνοιχτο το στόμα και ανασηκωμένο το άνω χείλος, με απαθές ύφος και μαύρους κύκλους κάτω από τα μάτια.

Όταν τα "κρεατάκια" συνδυάζονται με υπερτροφικές αμυγδαλές είναι δυνατόν να προκαλούν **άπνοιες** κατά τον ύπνο (μικρές διακοπές της αναπνοής), κατάσταση σοβαρή που επιβαρύνει την καρδιά και τους πνεύμονες. Η μακροχρόνια διαταραχή του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές συμπεριφοράς με νευρικότητα, πρωινή υπνηλία, δυσκολία συγκέντρωσης και μείωση των μαθησιακών ικανοτήτων του παιδιού.

Οι αυξημένες πυώδεις ρινικές και οπισθορινικές εκκρίσεις προκαλούν ερεθιστικό βήχα και οδηγούν σε συχνές φλεγμονές του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού (μέση ωτίτιδα, παραρρινοκολπίτιδα, λαρυγγίτιδα, τραχειίτιδα...)

Η ελάττωση της όρεξης και οι συχνές φλεγμονές οδηγούν συχνά σε καθυστέρηση της φυσιολογικής σωματικής ανάπτυξης. Η διαταραχή της σίτισης στην υπερτροφία των αδενοειδών εμφανίζεται με δύο μορφές. Η πλειοψηφία των παιδιών (~80%) μετατρέπουν το φαγητό σε ένα συνεχές μαρτύριο τόσο για τα ίδια όσο και για τους γονείς τους, κρατώντας κάθε μπουκιά πολλή ώρα στο στόμα τους μασώντας και κάνοντας πολλά διαλείμματα για να μπορούν να αναπνέουν μέχρι στο τέλος να καταφέρουν να την καταπιούν. Τα υπόλοιπα (~20%) αντίθετα καταπίνουν αμέσως την μπουκιά χωρίς να την μασήσουν για να αδειάσει το στόμα τους και να μπορέσουν να αναπνεύσουν. Τα πρώτα αποτελούν τη συχνή εικόνα των παιδιών με κρεατάκια που υπολείπονται της σωματικής τους ανάπτυξης. Τα δεύτερα είναι τα λαίμαργα και παχύσαρκα παιδιά.

Η απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας έχει σαν αποτέλεσμα **εκκριτική ωτίτιδα**, συλλογή δηλαδή στείρου υγρού στην κοιλότητα του μέσου ωτός, που αποτελεί την πιο συχνή αιτία βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Βαρηκοΐα μικρού

προς μέτριου βαθμού (15 – 35 db) που όταν εμμένει για μεγάλο διάστημα έχει αρνητική επίπτωση στην εκμάθηση της ομιλίας και στην επίδοση των μαθητών στο σχολείο. Το παιδί μπορεί να αυξάνει την ένταση της τηλεόρασης, να είναι ατίθασο και αφηρημένο την ώρα του μαθήματος γιατί δεν μπορεί να ακούσει καλά την δασκάλα.

Πότε χρειάζεται συμβουλή ειδικού γιατρού ;

Καλός ωτορινολαρυγγολογικός έλεγχος χρειάζεται οπωσδήποτε όταν το παιδί έχει :

- μόνιμη ρινική καταρροή
- δυσχέρεια ρινικής αναπνοής, αναπνοή από το στόμα και ένρινη ομιλία
- θορυβώδη αναπνοή κατά την διάρκεια της ημέρας
- συχνές ωτίτιδες ή εκκριτική ωτίτιδα για μεγάλο χρονικό διάστημα
- ροχαλητό ή άπνοιες κατά τον ύπνο του

Πώς γίνεται ο έλεγχος των αδενοειδών εκβλαστήσεων ;

Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις δεν είναι ορατές από το στόμα, τις βλέπουμε μόνο με ειδικό καθρεφτάκι ή ενδοσκόπιο. Για τον έλεγχο τους είναι απαραίτητη :

- λήψη λεπτομερέστατου ιστορικού
- πλήρης ωτορινολαρυγγολογική εξέταση (συνεκτίμηση της κατάστασης των αμυγδαλών και των αυτιών του παιδιού)
- ενδοσκόπηση ρινός και ρινοφάρυγγα (όταν είναι δυνατή)

Σπάνια μπορεί να απαιτηθεί ακτινογραφία αδενοειδών. Η ακτινογραφία που παλιότερα ήταν πολύ συχνή, επιβεβαιώνει μεν την διάγνωση της υπερτροφίας των αδενοειδών αλλά δεν βοηθάει στην απόφαση παρέμβασης, επιβαρύνοντας όμως τα παιδιά με περιττή ακτινοβολία. Έτσι αν υπάρχει μόνιμα υγρό στα αυτιά τα "κρεατάκια" πρέπει να αφαιρούνται ακόμα κι αν δεν είναι ορατά στην ακτινογραφία, ενώ υπερβολικές αδενοειδείς στην ακτινογραφία που δεν προκαλούν συμπτώματα δεν είναι απαραίτητο να αφαιρούνται.

Τελικά ποια είναι η θεραπεία ;

Οι αδενοειδίτιδες και η εκκριτική ωτίτιδα αντιμετωπίζονται αρχικά με συντηρητική αγωγή, με πλύσεις με φυσιολογικό ορό και άλλοτε με αντιβίωση.

Όταν υπάρχουν συχνά και επίμονα συμπτώματα οριστική λύση είναι η **χειρουργική αφαίρεση (αδενοτομή)**, η οποία γίνεται από το στόμα με γενική αναισθησία, πολύ σύντομη διάρκεια (~20 λεπτά) και το παιδί φεύγει την ίδια μέρα από το νοσοκομείο. Όταν συνυπάρχει υπερτροφία των αμυγδαλών η αδενοτομή συνδυάζεται με αμυγδαλεκτομή, ενώ εφόσον κριθεί απαραίτητο αντιμετωπίζεται και η συλλογή υγρού στα αυτιά με παρακέντηση τυμπάνου (**μυριγγοτομή**) μόνο ή και **τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού**. Γενικά πρόκειται για μια ασφαλή επέμβαση με πολύ μικρό χειρουργικό κίνδυνο και ταυτόχρονα μεγάλα οφέλη όσον αφορά στην ποιότητα ζωής και στην ανάπτυξη του παιδιού, εφόσον γίνει στην κατάλληλη ηλικία.

Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης

- συχνά επεισόδια αδενοειδίτιδας ή/και εκκριτικής ωτίτιδας που χρειάζονται αντιβιοτική αγωγή
- ροχαλητό ή/και άπνοια στον ύπνο
- συνεχής ύπαρξη υγρού στο αυτί (εκκριτική ωτίτιδα) πάνω από 2 – 3 μήνες
- διαταραχές ανάπτυξης σκελετού (άνω γνάθου), ορθοδοντικές ανωμαλίες
- διαταραχή σωματικής ανάπτυξης