

PRZEROST MIGDAŁKA GARDŁOWEGO TO PROBLEM NIE TYLKO ZDROWOTNY ALE I LOGOPEDYCZNY

Dzieci z przerośniętym migdałkiem gardłowym często trafiają na terapię logopedyczną. Migdałek w zbyt dużej postaci powoduje trudności w prawidłowym oddychaniu przez nos, dzieci rozchylają buzię, by pobrać powietrze, co przyczynia się do osłabienia mięśni warg i języka. W efekcie dziecko wymawia głoski z językiem wsuniętym między zęby, co logopedzi nazywają seplenieniem międzyczębowym. Najczęściej zdarza się, że sama terapia logopedyczna nie wystarczy – trzeba pozbyć się przyczyny problemu – usunąć przerośnięty migdałek.



Co to jest migdałek gardłowy?

Migdałek gardłowy zwany trzecim jest zbudowany z tkanki limfatycznej zawierającej komórki niszczące drobnoustroje oraz produkującej m.in. przeciwciała. Wraz z migdałkami podniebiennymi oraz innymi, mniejszymi skupiskami tkanki limfatycznej stanowi barierę ochronną organizmu, tworząc tzw. pierścień chłonny gardłowy (Waldeyera).

Gdzie znajduje się migdałek gardłowy?

Migdałek gardłowy znajduje się w nosowej części gardła. Gdybyśmy polecieli dziecku otworzyć buzię, to patrząc na wprost, najgłębiej widzimy tylną ścianę gardła, a bliżej, na górze podniebienie z charakterystycznym, małym języczkiem. Migdałek gardłowy jest niewidoczny, gdyż znajduje się za podniebieniem miękkim i języczkiem do tyłu i do góry idąc po tylnej ścianie gardła.

Co to jest przerost migdałka gardłowego?

Przerost migdałka gardłowego (tzw. trzeciego) zwany wyrostkami adenoidalnymi (łac. hyperplasia tonsillae pharyngeae; vegetationes adenoidales) jest to nadmierny rozrost tkanki adenoidalnej w części nosowej gardła.

Dlaczego migdałek przerasta?

Większości infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych towarzyszy odczynowe powiększenie się skupisk tkanki limfatycznej. Długotrwała stymulacja tkanki limfatycznej tej okolicy może powodować trwałe powiększenie migdałka. Dlatego najczęstszą przyczyną przerostu migdałka gardłowego są nawracające oraz przewlekłe stany zapalne górnych dróg oddechowych i jamy ustnej.

Czy przerost migdałka gardłowego jest groźny?

Przerost migdałka gardłowego prowadzi do wielu niekorzystnych zmian. Znajduje się on na tylnej ścianie nosogardła i powiększając się stale lub okresowo upośledza jego drożność, co objawia się zaburzeniami w oddychaniu przez nos (dziecko oddycha przez usta, chodzi z otwartą buzią, przybierając „gapowaty” wyraz twarzy) oraz chrapaniem podczas snu. Oddychanie przez usta powoduje, że dziecko wdycha suche i zimne powietrze (w jamie nosa powietrze jest nawilżane i ogrzewane), przez co łatwiej dochodzi do infekcji w obrębie górnych dróg oddechowych. Powiększony migdałek gardłowy uciska na znajdujące się w pobliżu ujścia trąbek słuchowych. Ich zamknięcie powoduje blokadę naturalnej drogi upowietrznienia jam bębenkowych oraz ewakuacji powstającej tam wydzieliny. Zaburzenia te objawiają się nawracającymi wysiękowymi zapaleniami uszu, przewlekłym zaleganiem płynu w jamach bębenkowych oraz wynikającym z tego niedosłuchem przewodzeniowym. Długotrwale zalegający w uchu środkowym płyn gęstnieje, prowadząc do pogłębiania się upośledzenia słuchu oraz stanowi podłoże do rozwoju łącznotkankowych zrostów. Zrosty te oraz ujemne ciśnienie panujące w takim uchu powodują wciąganie błony bębenkowej. Jej nadmierne rozciąganie niszczy elementy sprężyste umożliwiając łatwe pęknięcie, co może doprowadzić do wrastania naskórka do jamy bębenkowej i tworzenie perlaka (mas złuszczonego naskórka) niszczącego struktury ucha.

Jak stwierdzić, czy migdałek jest przerośnięty?

Jeżeli nasze dziecko oddycha przez otwarte usta, chrapie w nocy lub jego mowa jest nosowa – to powinniśmy zasięgnąć porady u lekarza otolaryngologa lub foniatry. Dysponują oni szeregiem mniej lub bardziej inwazyjnych metod dla właściwej oceny migdałka (badanie lusterkiem, bezpośrednia ocena palpacyjna, badanie endoskopem, zdjęcie rentgenowskie). W przypadku współistnienia innych schorzeń wymagających zabiegu operacyjnego (np. drenażu jam bębenkowych) w znieczuleniu ogólnym (tzw. narkozie) można badanie przeprowadzić w trakcie znieczulenia i w przypadku przerostu wykonać od razu adenotomię, eliminując tym samym stres dla dziecka związany z badaniem.



Jakie są wskazania do usunięcia migdałka gardłowego?

Wskazaniami do usunięcia migdałka gardłowego są: przerost migdałka upośledzający oddychanie przez nos (szczególnie w przypadkach snu z bezdechem); przerost migdałka upośledzający drożność trąbek słuchowych (z wysiękowym zapaleniem uszu); przerost migdałka upośledzający drożność ujść zatok obocznych nosa. Czy wycięcie migdałka gardłowego nie odbije się negatywnie na odporności dziecka? Migdałek gardłowy jest ważnym elementem układu odpornościowego tylko u małych dzieci. Chroni je przed inwazją drobnoustrojów chorobotwórczych przez jamę ustną i drogi oddechowe. Dlatego u dzieci poniżej drugiego roku życia, jeżeli to możliwe, unika się adenotomii. U starszych dzieci migdałek ten traci swoje funkcje ważne dla odporności, aby w okresie dojrzewania ostatecznie zaniknąć.

Na czym polega zabieg operacyjny usunięcia migdałka gardłowego (adenotomia)?

Zabieg operacyjny polega na usunięciu masy migdałka. Specjalnym narzędziem ścina się nadmiar tkanki adenooidalnej wystający do nosogardła i rozrastający się na boki w kierunku ujść gardłowych trąbek słuchowych. Krwawienie podczas zabiegu jest zwykle krótkotrwałe i ustępuje samoistnie. W nosogardle pozostaje szybko gojąca się rana, niewymagająca zazwyczaj żadnego zaopatrzenia chirurgicznego (nie zakłada się szwów). W rzadkich przypadkach silnego krwawienia zakłada się specjalny opatrunek uciskowy na ranę po usunięciu migdałka.

Jaki typ znieczulenia jest stosowany podczas adenotomii?

Zabiegi tego typu wykonywane są z reguły w znieczuleniu ogólnym (tzw. narkozie). Zapewnia ono bezpieczeństwo pacjenta oraz komfort chirurgowi. Możliwe jest stosowanie znieczulenia miejscowego, jednak należy ograniczać je do przypadków, gdzie jedynie ono jest dopuszczalne z powodów medycznych. Mimo iż adenotomia jest zabiegiem krótkim, to znieczulenie ogólne oszczędza dziecku wielu stresów i urazów emocjonalnych związanych z leczeniem i kontaktem z personelem medycznym. Po operacji pacjenci czasami wymagają niewielkich dawek leków przeciwbólowych podawanych doustnie lub w postaci czopków doodbytniczych.

Czy możliwe są powikłania po adenotomii?

W medycynie nie jest możliwe udzielenie gwarancji skuteczności zastosowanej terapii. Możliwe komplikacje operacji należy podzielić na ogólne oraz chirurgiczne. Ogólne wiążą się z infekcjami, znieczuleniem, podawanymi lekami, unieruchomieniem i innymi. O szczegółowe informacje pozwalające zmniejszyć ryzyko tych komplikacji zostaną Państwo zapytani przez lekarza anestezjologa, odpowiedzialnego za bezpieczny przebieg znieczulenia. Wymagane także będzie wykonanie kilku badań dodatkowych, takich jak: oznaczenie grupy krwi z czynnikiem Rh, morfologii i badań biochemicznych krwi, badań układu krzepnięcia, badania ogólnego moczu czy innych.

Powikłania chirurgiczne obejmują: przedłużające się po zabiegu lub nawracające krwawienia z łoża migdałka, czy uszkodzenie struktur anatomicznych leżących w pobliżu migdałka – łuki podniebienne, przestrzeń przygardłowa. Wymienione powikłania są bardzo rzadkie, a ich ilość zależy od doświadczenia zespołu operacyjnego.

Jak wygląda okres pooperacyjny?

Po zabiegu najtrudniejsze są pierwsze godziny po narkozie. We wczesnym okresie po operacji (pierwsze 2-3 godziny) nie można pić ani jeść.

W dalszym okresie (do 5-7 dni) zalecane są odpowiednie ograniczenia diety – zwykle dotyczą zakazu przyjmowania gorących pokarmów, drażniących (kwaśne, pikantne) oraz takich, które mechanicznie mogą uszkadzać gojącą się ranę.

Dla bezpieczeństwa zalecany jest zwykle krótki pobyt w szpitalu. Ma on na celu kontrolę i ewentualną szybką reakcję na pojawiające się krwawienie. W przypadku adenotomii niebezpieczeństwo takie obejmuje zwykle pierwszą dobę po zabiegu. Zalecane jest także unikanie wysiłku fizycznego przez okres około jednego tygodnia po zabiegu.



Czy możliwe jest, by raz wycięty migdalek odrósł?

Zabieg adenotomii w swoim założeniu ma na celu usunięcie przeszkadzającego nadmiaru tkanki adenoidalnej, ale nie jest doszczętnym, to jest 100%, wycięciem wszystkich komórek migdałka tak, jak się to dzieje np. w operacjach onkologicznych. W rzadkich przypadkach pozostała, niewielka ilość tkanki limfatycznej na skutek silnej stymulacji w wyniku infekcji górnych dróg oddechowych może przerosnąć i wymagać powtórnego usunięcia (readenotomii).