



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

MINISTRIA E SHËNDETËSISË
QËNDRA SPITALORE UNIVERSITARE “NËNË TEREZA”
DEPARTAMENTI I ORL-OKULISTIKËS
KONFERENCA KOMBËTARE E SHOQATËS SHQIPËTARE E
ORL-HNS

TEMA : PATOLOGJITË INFLAMATORE TË UNAZËS SË
WALDAYERIT

PUNOI : DR. IVA DEMOLLARI UDHËHOQI : DR. EVIS BENDO

TIRANË , NËNTOR 2015

Abstrakt

Semundjet inflamatore te unazes Waldeyer shfaqen me shpesh tek moshat pediatrike me infeksione te shpeshta te fytit dhe crregullime te frymemarrjes gjate gjumit.

Rreth 20 vite me pare infeksionet kronike te tonsilave ishin indikacioni kryesor per tonsilektomi.

Sot,indikacioni kryesor per adenoidektom dhe tonsilektomi eshte Crrregullimet e frymemarrjes gjate gjumit(CFGJ).Ky ndyshim vjen si rezultat i evoluimit te dijes rreth impaktit qe ka CRGJ ne shendetin gjate femijerise.Nje CRGJ e patrajtuar ka impakt negativ ne cilesine e jetes se nje femije,ne sjelljen e tij si dhe ne rezultatet e tij ne shkolle.Ne menyre te ngjashme ndikojne ne shendetin e pergjithshem te femijeve edhe infeksionet kronike te tonsilave.

Femijet qe vuajne me CRGJ ankojne shpesh per dhimbje trupi,gjendje te pergjitheshme jo te mire ne krahasim me femijet e tjere.Adenoidektomia dhe tonsilektomia jane trajtimi i duhur per femijet me CFGJ dhe tonsilite kronike.Ne fokusin e kesaj teme do te jene prezantimi klinik dhe menaxhimi i semundjeve inflamatore te unazes Waldeyer.

Fjalet kyce : unaza Waldeyer,tonsillitis chronica,SDB(Sleep Disordered Breathing),adenoidectomy,tonsillectomy.

Mirënjohje

Realizimi i këtij punimi u bë i mundur fal mbështetjes dhe udhëheqjes së cmuar të DR. Evis BENDO. Lejomëni të falenderoj gjithashtu, të gjithë stafin e SHOQATËS SHQIPËTARE TË ORL-HNS, duke filluar nga PRESIDENTI i Shoqatës, Prof.Asoc.Dr Suela SALLAVACI, për punën e tyre të palodhur.

JU FALEMNDERIT !

TABELA E PËRMBAJTJES

1.HYRJE.....	4
2.ANATOMIA DHE EMBRIOLOGJIA.....	5
3.IMUNOFIZIOLOGJIA.....	7
4.PREZANTIMI KLINIK.....	7
5.INFEKSIONET.....	8
5.1 Viruset.....	8
5.2 Bakteriologjia/Mikrobiologjia.....	8
6. HIPERTROFIA.....	9
7.VLERESIMI KLINIK.....	10
7.1 Adenoidet.....	10
7.2 Tonsilat.....	10
7.3 Abcesi peritonsilar (APT).....	11
8. MENAXHIMI.....	11
8.1 Infeksion/Inflamacion.....	11
9. SDB(Sleep Disorders Breathing).....	13
10.TEKNIKAT KIRURGJIKALE.....	14
10.1 Tonsillectomi.....	14
10.2 Adenoidectomi.....	15
11 REZULTATET.....	15
11.1 Cilesia e jetes.....	15
12.KUNDERINDIKIMET.....	15
13.KOMPLIKACIONET.....	15
14. DEBATET/POLEMIKAT.....	17
15.CLINICAL PRACTICE GUIDELINE.....	18
16. KONKLuzionet.....	20
17. LITERATURA.....	22

Hyrje

Ne fillimin dhe mesin e shek.XX , adenoidektomia dhe tonsilektomia ishin procedurat me te shpeshta kirurgjikale ne SHBA dhe si indikacion kryesor per kryrjen e tyre ishin tonsilitet kronike.Si pasoje e nje reagimi te ashper publik dhe hetimi mbi indikacionet e paskrupullta dhe te paprovuar per efekshmerin e tyre per adenotonsilektomi,ne fund te viteve 1970 dhe fillim te viteve 1980 pati nje renie me 50% deri 70% te ketyre nderhyrjeve kirurgjikale.Megjithate qe atehere frekuenca e adenotonsilektomive eshte dyfishuar serisht,kjo si pasoje e CFGJ (crregullimet e frymemarrjes gjate gjumit),incidenca e se ciles arrin pikun ne femijerine e hershme dhe prek 1% deri ne 4% te femijeve.¹

Anatomia dhe embriologjia

Unaza e Waldayer-it eshte mje strukture unazore e indit limfoid me vendosje ne orofaring dhe nazofaring.

Ajo formohet nga :

- 1) tonsilat palatine
- 2) adenoidet
- 3) tonsilat linguale
- 4) tonsilat tubare

Ky ind limfoid permban limfocite B,limfocite T, plazmocite dhe luan rol te rendesishem ne imunitetin sekretor.

Adenoidet qe njihen si tonsilat faringeale, zhvillohen fare prane gjendrave te shtreses mukozale, pergjate murit posterior dhe superior te nazofaringut.Struktura baze e adenoidit perbehet nga pala dhe plika te cekta te vendosura ne menyre sagitale, te mbuluara me epitelium respirator.

Folikuj limfoid zhvillohen perreth kripteve dhe dukteve te glandulave.Kriptet fillojne te formohen ne muajin e 3 te shtatezanise.

Adenoidet rriten deri ne vitin e 6-7 te jetes dhe me pas fillojne te atrofizohen deri ne pubertetin e hershem. Furnizohen me gjak nga dega faringeale e a.karotide eksterne dhe disa dege te a.maksilare interne dhe a.faciale.Inervimi behet nga n.glosofaringeus dhe n.vagus.Forma e adenoidit eshte e ngjashme me nje piramide,maja e te ciles drejtohet drejt septumit nazal ndersa baza vendoset mbi murin posterior te nazofaringut.

Tonsilat palatine rrjedhin nga pjesa ventrale e endodermes e xhepit te dyte faringeal.Ky epitel invaginon dhe formon degezime se bashku me mezenkimen duke formuar kriptet karakteristike.Kapsula e tonsilave palatine formohet nga kondesimi i mezenkimes.Ne ndryshim nga adenoidi,tonsilat palatine vishen me epitel skuamoz.Limfocitet popullojne

¹ Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidektomia: changing trends. *Ann Owl Rhinol Laryngol*1990;99 :187-191.

Erickson BK. Larson DR. St Sauver JL. et al. Changes in incidence and indications of tonsillectomy and adenotonsillectomy, 1970- 2005. *Owlaryngol Head Neck Surg* 2009;140:894-901.

tonsilat palatine ne muajin e 3 te shtatezanise,duke formuar nodujt limfatik.Proliferimi dhe maturimi i limfociteve behet ne mezenkimen perreth. Organizimi limfoid perfundimtar perreth kripteve vihet re ne tremujorin e fundit te shtatzanise. Tonsilat palatine gjenden ne hyrjen e orofaringut,ndermjet m.palatoglosus ose harkut te perparem palatin dhe m.palatofaringeus ose harkut te pasem palatin.Fascia e muskulit faringeal konstriktor superior sherben si kufiri lateral i foses tonsilare.Tonsilat palatine jane te vetmet tonsila qe kane kapsul dhe me permasa me te medha nga tonsilat e unazes Waldeyer. Kapsula tonsilare eshte nje pjese speciale e fascies faringobazilare qe vesh nje pjese te tonsilave palatine dhe shtrihet drejt indit tonsilar duke shoqeruar enet e gjakut dhe nervat.Kjo kapsul aderon me fasciet prane me ind lidhor kryesisht avaskular,i cili shfrytezohet gjate tonsillektomise.Ne rastet kur hipertrofia tonsilare shtrihet deri ne rrenjen e gjuhes duke u bashkuar me tonsilat linguale,n.glosofaringeus dhe sidomos dega linguale,e cila ne ¼ e rasteve gjendet ngjitur me kapsulen mund te demtohet gjate tonsilektomise dhe si pasoje pacienti te kete dhimbje.Furnizimi me gjak i tonsilave palatine eshte i ndryshem,por ne pergjithesi behet nga disa dege te a.karotis eksterne si : a.faringeale ascendente,a.palatine ascendente si dhe dege nga a.linguale dhe a.faciale.Furnizimi me gjak behet permes polit inferior te tonsiles palatine.A.karotide interne gjendet rreth 2-2.5 cm me thelle,posteriolateralisht tonsiles palatine.Ne disa raste a.karotide interne mund te gjendet me prane rreth 1 cm distance nga poli inferior.A.karotide interne mund te kete nje kurs tortuoz dhe te nderlikuar.Drenimi venoz behet permes pleksit venoz tonsilar qe mbeshtjell kapsulen,e prej andej ne v.linguale dhe v.faringeale.Drenimi limfatik behet fillimisht ne limfonodujt cervikal dhe jugular te thelle,te cilet mund te behen te dhimbshem dhe te inflamohen gjate infeksioneve tonsilare.Inervimi behet nga dege te n. glosofaringeus dhe dege te n. palatin minor permes ganglionit sfenopalatin.Struktura histologjike e tonsilave eshte e lidhur ngushte me funksionin e saj si nje organ imunologjik.Epiteli i kripteve mundeson kalimin e antigeneve te inhaluara apo te gellititura per ne indin limfatik te tonsilave.Keto kripte jane te mbushura me limfocite prezantuese te antigeneve, te cilat i`ua prezantojne antigenin qelizave limfocite imunologjikisht aktive ne stromen tonsilare.

Tonsilat linguale zhvillohen ne regjonin posterior te bazes se gjuhes.Kjo zone eshte e mbuluar me glandula mukozale, te cilat popullohen me qeliza limfoide rreth muajit te 5-te te shtatzanise.Kriptet e tonsilave linguale shfaqen ne lindje dhe jane me te cekta dhe me pak te komplikuar se ato te tonsilave palatine.

Tonsilat tubare vendosen ne pjesen laterale te nazofaringut,perreth ostiumeve te tubave te Eustakit.Indi limfoid i tyre mbullohet me epitel respirator me cilie.Nuk kane kapsul dhe kane pak kripte.

Imunofiziologjia

Adenoidet dhe tonsilat luajne nje rol te integruar ne mbrojtjen e organizmit dhe ne vecanti te traktit aerodigjestiv nga antigen te ndryshem.Per shkak se adenoidet dhe tonsilat nuk kane kanale limfatike aferente si indet limfoide sekondare,ato jane te veshura

ne siperfaqe me epitel. Kriptet e tonsilave rrisin siperfaqen e kontaktit me antigenet e gelltitur ose te inhaluar. Keto kripte jane te rrethuara me agregate te mediatoreve qelizor te sisitemit imun. Limfocitet B, sasi me te vogla te limfociteve T si dhe qeliza te ndryshme prezantuese te antigeneve (makrofage, qeliza dentritike) gjenden ne sasi te bollshme ne indin subepitelial te tonsilave. Keto inde analizojne stimujt antigenik lokal, i shkaterrojne ato dhe prodhojne qeliza efektive dhe te kujteses, te cilat perhapen ne pjese te tjera te mukozes. Ato sherbejne si nje njesi induktive per pergjigjen me antikorpe lokale dhe ne distance dhe prodhojne kujtese imunologjike te pavarur nga sistemi imun sistemik. Ky funksion eshte me i shprehur gjate femijerise dhe me kalimin e viteve zbehet.

Mikroskopikisht adenoidet kane 3 lloje epiteli: cilindrik pseudoshtresor me cilie, skuamoz shtresor dhe epitel trazicional. Infeksionet kronike te adenoideve bejne qe te mbizoteri epitel skuamoz shtresor.

Duke ditur rolin ne mbrojtjen imunologjike disa kane ngritur pyetje mbi efektin qe kane nderhyrjet kirurgjikale si adenotonsilektomite ne integritetin imunologjik. Rezultatet e shume studimeve tregojne se nderhyrjet e mesiperme nuk kompromentojne sistemin imun te femijeve. Eshte vene re se imuniteti i femijeve pas adenotonsilektomive rikuperohet njesoj si perpara se te kryhej nderhyrja dhe nuk ndikohet nese nderhyrja behet ne femijerine e hershme apo ne adoleshence.

Prezantimi klinik

Semundjet adenotonsilare mund te jene infektive, obstruktive ose te dyja sebashku. Procesi patologjik mund te prek adenoidin, tonsilat ose te dyja njekohesish.

Infeksionet

Virusale

Viruset luajne rol te rendesishem ne fillimin e ndryshimeve inflamatore te mukozes, obstrukcionin e kripteve duke krijuar kushte per vendosjen e nje mbiinfeksioni bakterial. Prezantimi klinik i tonsilofaringitit viral eshte i ngjashem me infeksionin bakterial, por simptomat jane me te lehta.

Ketu perfshihen :

- a) dhembje fyti
- b) odinofagia
- c) otalgia
- d) dhimbje koke
- e) temperature.

Gjithashtu vihet re eriteme e tonsilave, hipertrofi e tyre me ose pa eksudat ne siperfaqe. Viruset shkaktare jane te njejte me ato te semundjeve te siperme respiratore si :

Rhinovirus, Koronavirus, Adenovirus, Herpes simplex virus, Parainfluenca virus, Epstein Barr virus dhe Cytomegalovirus.

Herpangina shkaktohet nga coxsackievirus. Prek kryesisht femijet e vegjel. Karakterizohet nga vezikula te vogla, qe mund te ulcerohen dhe qe vendosen ne nje terren eritematoz, ne harkun palatin anterior, palatum mole dhe murin e pasem te faringut. **Infeksionet akute nga Epstein Barr virus** mund te prezantohen si tonsillofaringite, me dhimbje fyti, temperature, hipertrofi te shprehur tonsilare, limfadenopati difuze cervikale, petekie ne palatum dhe gjendje te pergjitheshme jo te mire. Diagnoza konfirmohet nepermjet klinikes, mbi 10% limfocite atipike ne gjakun periferik dhe nje test monospot pozitiv (antikorpe heterofile).²

Bakteriale/Mikrobiale

Cdo diskutim per semundjet infektive adenotonsilare duhet te marre parasysh disa observime te rendesishme:

Se pari shume infeksione mund te jene te lidhur me pranine e organizmave prodhues te enzimes beta-laktamaze, te cilet ndryshojne floren bakteriale normale te traktit aerodigjektiv duke e kthyer ate ne patogjene.

Se dyti infeksionet shpesh kane natyre polimikrobiale duke perfshire edhe patogjen anaerob.

Se treti obstrukcioni i kripteve tonsilare mund te sherbeje si nje fole per stazen bakteriale, e cila mund te shkaktoje nje infektion kronik, supuracion dhe fistula.

Studimet bakteriologjike te kryera ne mostrat e adenoideve te marra pas operacioneve demonstruan prezencen e disa specieve aerobike : Streptokoku alpha dhe gamma hemolitik, Hemofilus influence, Stafilokoku aureus, Streptokoku beta hemolitik grup A dhe Moraxella cataralis. Organizmat anaerob qe u vune re ishin Peptostreptokokus, Provotella dhe Fusiobacterium. Rezultate te ngjashme jane vene re ne mostra te marra nga indet tonsilare. Si pasoje kulturat siperfaqesore kane nje rol te vogel per percaktimin e organizmit patogjen sidomos ne infeksionet kronike. Ne pergjithesi shumica e autoreve i atribuojne rreth 15-30% te rasteve te tonsilofaringiteve streptokokut beta-hemolitik grup A. Ne rastet e tjera perfshihen Streptokoku beta-hemolitik grup C , Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diphtheria, Chlamydia pneumonia. Studimet kane treguar qe eksudatet ne tonsilofaringite dhe limfadenitet cervikal anterior ka shume te ngjare te shkaktohen nga Streptokoku beta-hemolitik grup A. Kroniciteti i semundjeve adenotonsilare i atribuohet mbivendosjes se infeksioneve qe shkaktohen nga organizma te shumte patogjen qe formojne fistula, xhepa ne parenkimen tonsilare me permbajtje purulente edhe ne mungese te shenjave klinike.³

² Richtsmeier WJ. Human interferon production in tonsil and adenoid tissue cultures. *Am J Otolaryngol* 1983;4:325-333.

³ Richtsmeier WJ. Human interferon production in tonsil and adenoid tissue cultures. *Am J Otolaryngol* 1983;4:325-333.

Hipertrofia

Megjithese ne gjejme ndryshime ne prezantimin klinik te semundjeve infektive nga ato hipertrofike,eshte e vertete qe shumica e hipertrofive adenotonsilare jane pasoje e infeksioneve kronike qe prekin keto inde.Studimet mbeshtetin etiologjine bakteriale te hipertrofise tonsilare.Disa autore argumentojne se, si shkak etiologjik i hipertrofive tonsilare tek femijet eshte Hemophilus influence.Hiperplazia e adenoideve eshte vene re se eshte proporcionale me numrin e limfociteve dhe ngarkesen bakteriale te indit te adenoideve.

Hipertrofia e adenoideve eshte nje shkak i shpesht i obstrukcionit nazal tek femijet e vegjel.

Ai mund te prezantohet :

- a) me rrjedhje rekurente ose kronike nga hundet
- b) gerrhitje
- c) CFGJ
- d) otite media rekurent
- e) disfiksione te tubit te Eustakit

Ne ekzaminimin fizik vihet re histori per frymemarrje me goje,ze hiponazal dhe facies adenoid,i cili karakterizohet nga nje buze e holle,hark dentar i siperme i ngushte,rritje e gjatesise anteriore te fytyres,kend i ngushte mandibular dhe mandibul retrognatike.Keto ndryshime ndodhin si pasoje e pozicionit te gjuhes dhe te kokes,te balances muskulare sekondare si pasoje e frymemarrjes me goje hapur qe pason obstrukcionin nazal.

Hipertrofia tonsilare karakterizohet :

- a) disfagia
- b) CFGJ
- c) ndryshim te zerit
- d) malokluzione dentare

Femijet shpesh ankojne per veshtersi ne kalimin e ushqimit si dhe per nje ndjenje te “gojes se mbushur plot”.

Prania e nje tonsile hipertrofike te vetme shkon per infeksion ose patologji malinje te tonsiles.Nje rritje e papritur e indeve limfoide te unazes Waldeyer rrit dyshimet per nje limfome.Infeksione nga Mykobakterium atipik,Actinomycoosis dhe semundje limfoproliferative ne femijet qe i jane nenshtuar transplanteve te organeve solide duhet te merren parasysh kur ka rritje te njeaneshme te tonsilave.⁴

Vleresimi klinik

Adenoidet

Hiperplazia obstruktive nga adenoidet diagnostikohet nepermjet vleresimit klinik.Frymemarrja me goje,ngjirrja e zerit dhe e folura hundore jane ankesat qe shfaqen

⁴ Guilleminault C, Lee JH, Chan A Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *An:h Pediatr Adolesc Med* 2005;159:775-785.

me shpesh. Rhinorrhea, rrjedhja posnazale dhe kolla kronike jane te zakoneshme por jo specifike. Facies adenoid mund te jete gjithashtu i pranishem. Diagnoza diferenciale ndermjet infeksioneve akute dhe kronike me semundjet sinonazale eshte shpesh e veshtire. Shpesh adenoiditet akute dhe kronike diagnostikohen si sinuzite. Shume femije te moshes nen 6 vjec kane permiresim te simptomave pas adenoidektomise. Prinderit duhet te tregojne kujdes qe nese edhe pas adenoidektomise simptomat nuk kalojne, ata duhet te shkojne serisht tek mjeku ne menyre qe te shihet per mundesine e semundjeve sinonazale. Nje ekzaminim minimal qe mund te kryhet tek nje femije qe bashkepunon eshte rhinoskopia anteriore. Ky ekzaminim do i mundesonte mjekut te dalloj shkaqet e ndryshme te obstrukcionit nazal si hipertrofia e konkave nazale, edema e mukozes nazale apo ndonje trup i huaj ne kavitetin nazal dhe te diferencoj keto shkaqe nga ato te nazofaringut.

Ekzaminimi i adenoideve shpesh eshte i veshtire tek femijet qe nuk bashkepunojne. Tek keto raste mund te kryhet radiografi laterale e kokes. Keto jane ekzaminime ndihmese te ekzaminimit klinik dhe te anamnezës. Se fundi, gjithmone e me teper po kryhet nazofaringoskopia per ekzaminimin e femijeve. Ky ekzaminim mundeson te shihen adenoidet ne menyre direkte pa marre rrezatim. Nazofaringoskopia ofron nje pamje mjaft te mire te adenoideve dhe strukturave perreth. Metoda te tjera sic eshte videofluoroskopia na japin te dhena per permasat e adenoideve por pacientet marrin rrezatim te tepert.⁵

Tonsilat

Per ekzaminimin e tonsilave kryejme orofaringoskopia. Me ndihmen e nje spatule mbahet gjuha e ulur ne dyshemene e gojes. Refleksi i te vjelles dhe nxjerrja e gjuhes jashte bejne qe tonsilat te afrohen me medialisht dhe te duken me te medhaja. Kur femija ben "aaah" ne mund te vleresojme integritetin dhe levizjen e palatumit.

Klasifikimi i tonsilave sipas permasave eshte:

- Grade 1 (0-25% obstrukcion respirator)
- Grade 2 (25-50% obstrukcion respirator)
- Grade 3 (50-75% obstrukcion respirator)
- Grade 4 (75-100% obstrukcion respirator)

Me marrveshje shenohen 1+, 2+, 3+, 4+.

Femijet qe kane risk me te larte qe te bejne CFGJ si pasoje e hipertrofise tonsilare jane femijet me sindromin Down, me anomali kraniofaciale, obezitet dhe semundje te SNQ. Keta femije mund te kene simptoma pavaresisht shenjave klinike apo madhesise se tonsilave.⁶

Abcesi peritonsilar (APT)

⁵ Mattila PS, Thhkokallio O, Tarkkanen J, et al. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. *An:h Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:37-44.

⁶ Guilleminault C, Lee JH, Chan A Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *An:h Pediatr Adolesc Med* 2005;159:775-785.

APT-ja është komplikacioni më i shpeshtë. Ai mund të vijë si pasoje e përhapjes së infeksionit nga parenkima tonsilare por në mënyrë sekondare edhe nga glandulat e vogla salivare (glandulat e Weberit), që gjenden mbi polin e sipërm të tonsilave. Abscesi formohet midis kapsulës tonsilare dhe muskujve të sipërm konstriktor në pjesën laterale të foses tonsilare. Në disa raste abscesi mund të kalojë fascien dhe të vendoset në regionin parafaringeal. Incidenca e tyre është 30 pacienet në 100.000 çdo vit. Ai është i shpeshtë tek fëmijet mbi 12 vjeç, por është gjendur në çdo moshë. Ashtu si edhe tonsilofaringitet streptokoksiqk edhe APT janë të shpeshtë në vjeshtë dhe në dimër. Prezantimi klinik tipik i tij është me dhimbje të fortë fyti, zërin "patatë e nxehtë", temperaturë, trismus, disfagi dhe gjendje të përgjithëshme jo të mirë. Limfadenopatia e dhimbshme dhe dhimbja e veshit mund të jenë gjithashtu të pranishme. Ekzaminimi fizik zbulon zhvendosje mediale dhe inferiore të tonsilës së prekur, fshehje të saj si dhe zhvendosje të uvulës drejt tonsilës tjetër. Diagnoza është klinike por mund të përdoret edhe ultrasonografia intra orale. CT scan është ekzaminimi i duhur për vendosjen e diagnozës tek fëmijet që nuk bashkëpunojnë. Fëmijet më të vegjël se 5 vjeç me hapje të vogël të gojës, temperaturë, dhimbje, disfagi dhe trismus duhet të dyshohen për APT. Trajtimi është incizioni dhe drenimi i abscesi. Tek fëmijet që bashkëpunojnë nderhyrja mund të kryhet në anë të krevatit me anestëzi lokale. Edhe tek fëmijet që nuk bashkëpunojnë, sedacioni intravenoz në dhomën e urgjencës mund të ndihmojë në drenimin e abscesit në mënyrë që fëmija të mos cohet në sallën e operacionit. Trajtimi kërkon gjithashtu rihidrim intravenoz, mbulim me antibiotike kundër stafilokokut si dhe analgjezik. Nga ana tjetër nëse fëmija do futet në sallën e operacionit dhe do i nënshtrohet anestëzisë së përgjithëshme atëherë tonsilektomia është zgjidhja më e mirë në rastin e APT dhe abscesit parafaringeal.

Menaxhimi

Infeksion/inflamacion

Menaxhimi i një fëmije me sëmundje adenotonsilare varet nga etiologjia dhe përfshin trajtimin me medikamente dhe atë kirurgjikal.

Infeksionet akute kanë nevojë për antibiotike të përshtatëshme dhe për kontrollin e simptomave klinike. Megjithatë shumica e sëmundjeve adenotonsilare të perseritura konsiderohen si problem kirurgjikal.

Në një studim që është bërë në lidhje me efektin e terapisë me steroid inhalator në hipertrofien e adenoideve është vënë re një përfitim i vogël për një kohë të shkurtër. Tonsilitis akut mund të menaxhohet duke bërë kerkimin për streptantigenin e shpejtë si dhe kulturen e fytit për një diagnozë definitive. Streptantigeni i shpejtë ka një sensitivitet 72-92% dhe specificitet 89-96%. Bakteri më i shpeshtë shkaktues i tonsilofaringitit është streptokoku beta hemolitik me 37% të rasteve. Fatmiresisht grupi A i streptokokeve vazhdojnë të jenë të ndjeshëm ndaj penicilines. Megjithatë ka një mbizotërim të

mikroorganizmave prodhues te beta laktamazes te cilet shkaktojne edhe hipertrofine tonsilare.

Antibiotiket jane pare qe sjellin perfitime modeste ne dhimbjet e fytit duke shkurtuar ditet me simptoma .Sic eshte diskutuar edhe me siper,eshte bere nje paralajmerim per kujdesin e trajtimit me antibiotike te mononukleozes infective.Femijet qe dyshohen per mononukleoze nuk duhen trajtuar me ampiciline apo amoxiciline pasi mund te shkaktojne rash kutan.

Ne rastet kur edema e shpejt e adenoideve dhe e tonsilave con ne nje obstrukcion te menjehereshem respirator,administrimi intravenoz i steroideve eshte menyra me e mire per nje clirim te shpejte te rrugeve te siperme respiratore.Kur dyshohet per infeksion bakterial niset mjekimi me antibiotik.Rralle here rekomandohet te kryhet adenotonsilektomia ne fazen akute te infeksionit.

Ne vitin 2011 Akademia Amerikane e Otolarinologjise publikoi nje udherrefyese te praktikes klinike per indikimet e tonsilektomise,te bazuar ne nje rishikim te gjere te literatures nga ekspert otolarinolog dhe jo otolarinolog.Ata nxorren ne pah se indikimet me te shpeshta ishin tonsilitis rekurent dhe CFGJ,te cilat jane te permbledhura ne fund te temes.

Ne lidhje me **tonsilitet rekurente** rekomandohet te vleresohen sipas kritereve “Paradise”, se cilet femije mund te perfitojne nga tonsilektomia.Ata rekomandojne mbajtjen nen vezhgim te femijeve qe nuk bejne 7 episode tonsiliti ne viti, 5 episode cdo vit per dy vitet e shkuara ose 3 episode cdo vit per tre vitet e shkuara. Ky rekomandim është mbeshtetur ne literaturen e posacme duke bere krahasimin e rreziqeve dhe perfitimeve te interventit me mbajtjen nen vezhgim te pacientit.

Studimi “The Paradise” dhe studimet e mevonshme kane treguar se perfitimet me te medha jane arritur ne femijet te cilet jane prekur ne menyre sinjifikante nga tonsillitet ne krahasim me ata me tonsilitis te moderuar.Megjithate edhe ata qe plotesojne kriteret duhet te keshillohen per perfitime modeste te pritura,riskun e komplikacioneve nga tonsilektomia ne krahasim me sherimin natyral.Paneli i studiuovesve sugjeron se nuk ka nje epersi te madhe te perfitimeve ne krahasim me demtimet ne rastin e tonsilektomise kur si indikacion eshte tonsilitis rekurent .

Kushtet që duhet të plotësohen për t'u konsideruar një episod diskret tonsiliti dhe jo thjesht faringit apo infeksion traktit të sipërm respirator jane :

- a) temperaturën më të madhe se 38.3 ° C
- b) adenopati te qafës
- c) eksudat tonsillar
- d) test pozitiv për SBH

Rekomandohet tonsilektomia per etiologji infektive kur ka indikacione të tjera bindese :

- a) si reaksione apo intolerancë nga antibiotiket
- b) ESFA (ethe periodik, stomatit aftoz, faringit, dhe adenitis te qafës)
- c) histori per absces peritonsillar
- d) historitë e sëmundjeve reumatike të zemrës ose glomerulonefriti

Vendimet për të kryer tonsilektomine për indikacione si :

- a) halitosis
- b) tonsilitet kronike
- c) maloklusion
- d) tonsilat me kripte
- e) ngarkesen kronike me SBH

nuk rekomandohen si te domosdoshme ose perfituese nga tonsilektomia e bazuar kjo ne literature e sotme.⁷

Tab.1 Kriteret Paradis per tonsilektomi

Kriteret	Pershkrimi
Dhembje fyti me frekuence minimale	7 ose me shume episode ne vit ose 5 ose me shume cdo vit per dy vitet e kaluara ose 3 episode cdo vit per tre vite.
Karakteristika klinike	Temperatura >38.3 C ose limfadenopati cervikale ose eksudat tonsilar ose kulture positive per SBH
Trajtimi Dokumentime	Antibiotike ne doza te pershtateshme Cdo episod i dokumentuar ose nese nuk jane te dokumentuar behet nje observim 12 mujor

Crregullimet e frymemarrjes gjate gjumit(CFGJ)

Ajo qe ka treguar perfitim te mire dhe permiresim te shendetit eshte perdorimi i tonsilektomise ne menaxhimin e CFGJ-se.

CFGJ karakterizohet nga obstruksiione parciale ose complete rekurente te rrugeve te siperme respiratore gjate gjumit.Gerrhitja as e perjashton e as e verteton CFGJ,por eshte vene re qe tek femijet eshte e shpeshte.CFGJ eshte nje semundje multifaktoriale,e cila zhvillohet ne prani te nje kombinimi anatomik,toni neuromuskular dhe hipertrofise adenotonsilare.Keshtu qe disa femije qe vuajne me CFGJ nuk kane hipertrofi

⁷ Mattila PS, Thhkokallio O, Tarkkanen J, et al. Causes of tonsillar disease and frequency of tonsillectomy operations. *An:h Owlaryngol Head Neck Surg* 2001;127:37-44.

adenotonsilare. Gjithashtu është e njohur që madhësia e tonsilave nuk është e lidhur me CFGJ.

Hipertrofia e adenoideve, e tonsilave apo e të dyjave sëbashku mund të shkaktojnë obstrukcion të rrugëve të sipërme respiratore, i cili shkakton hipoventilim alveolar deri në kor pulmonar. Është vënë re se CFGJ shpesh shkakton tek fëmijet simptomat e CDVH (Crregullimi i Deficitit të Vëmendjes dhe Hiperaktiviteti). Fëmijet me CFGJ mund të kenë enuresis nokturna, probleme të sjelljes, performancë të dobët në shkollë, kualitet të ulët të jetes dhe probleme me rritjen.

Megjithatë polisomnografia është standarti i art për diagnozën e CFGJ, ajo nuk është e domosdoshme të kryhet tek të gjithë fëmijet. Për fëmijet e shëndetshëm me prezantimin tipik të CFGJ: përgjumje gjate ditës, enuresis nokturna, probleme të sjelljes, performancë të dobët njohese, hipertrofi adenotonsilare me ose pa apnea të gjumit të dëshmuara është e arsyeshme të procedohet me adenotonsilektomi pa bërë polisomnografi. Në disa raste polisomnografia preoperative është e nevojshme si psh në rastin e fëmijëve që vuajnë edhe nga sëmundje të tjera, me të vegjël se 3 vjeç, pa hipertrofi adenotonsilare ose kur gjetjet klinike nuk janë në përputhje me obstrukcionin e rrugëve të sipërme respiratore.⁸ CFGJ mund të persistojë ose të perseritet pas adenotonsilektomisë dhe mund të kërkojë ndërhyrje të tjera, si psh presione pozitive të vazhdueshme ajri. Familjarët duhet të jenë në dijeni të mundësive dhe rezultateve të fundit përpara interventit. Asimetria tonsilare nuk përben një indikacion për tonsilektomi. Asimetria tonsilare në mungesë të simptomave të tjera të malinjitetit duhet të mbahet në vëzhgim. Në rast se ka dyshim klinik për limfomë atëherë kirurgu në bashkëpunim me onkologun vendos të marrë mostër për biopsi.

Një anamnezë e kujdesëshme duhet të merret për histori hemoragjive të pacientit dhe familjarë si dhe për marrjen e ndonjë medikamenti që ndikon në rritjen e kohës së hemoragjisë. Studimet tregojnë se përdorimi rutin i testeve të koagulimit ka rëndësi të vogël dhe ka një sinjifikancë të vogël prognostike për hemoragjinë posttonsilektomi.

Teknikat kirurgjikale

Tonsilektomia

Përshkrimi i parë i tonsilektomisë është bërë nga C. Celsus. Procedura ka ardhur duke u përmirësuar dhe përsosur me kalimin e viteve. Megjithatë përsosjen e teknikes, kirurget nuk kanë mundur të ndryshojnë sëmundshmerinë dhe vdekshmerinë e kësaj procedure. Në dy dekadat e fundit janë bërë shumë studime për mënyrën se si të ulët sëmundshmeria dhe të zvogëlohet koha e rimekembjes pas procedurës.

Heqja e tonsilave së bashku me kapsulën e tyre e ka origjinën në SHBA në shek. XX. Plaga operatorë lihet të mbyllet për secundum. Kjo është unike dhe nuk ndodh në asnjë procedure tjetër kirurgjikale.

⁸ Mitchell RB, Kelly J, life in children with sleep-disordered breathing. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006;70:395-406.

Prej 1980 elektrokauteri eshte bere nje paisje e zgjedhjes se pare ne tonsilektomi nga kirurget. Ai eshte i lehte per tu perdorur dhe redukton sasine e gjakut te humbur gjate procedures. Duke u bazuar ne observimet e anetareve te Akademise Amerikane te Otorinolaringologeve dhe te Shoqates Amerikane te Pediater Otorinolaringologeve, elektrokauteri eshte metoda me e pelqyer per tonsilektomi nga 55% e otorinolaringologeve, koblation tonsilektomi nga 20%-25% e tyre, teknika e ftohte nga 10% e tyre dhe tonsilektomia e pjeseshme me mikrodebrider rreth 10%. Teknikat e tjera perfshijne lazerin, kauterin bipolar, reduktimin me radiofrekuence dhe bisturin ultrasonik. Se fundi ka nje rritje te interesimit per heqjen parciale te tonsilave apo tonsilotomine, qe ruan kapsulen tonsilare dhe redukton dhimbjen dhe hemoragjin post tonsilektomi. Nga studimet qe jane bere eshte vene re se rreth 0.5%-6% te rasteve ka nje riritje te tonsilave pas tonsilotomise. Roli i teknikes intrakapsulare ne rastet e femijeve me tonsilite rekurente nuk eshte ende i provuar. Te gjitha metodat perfshijne identifikimin e kufinjve tonsilar, ruajtjen e struktures anatomike dhe hemostazen e perpikte. Kirurgu duhet te jete gjithmone i kujdesshem per demtimet qe shkakton kauteri, si djegiet e komisures orale dhe te lekures.⁹

Adenoidektomia

Ne te shkuaren per adenoidektomi perdorej kyrete adenoidi apo sic quhet ndryshe adenotom. Per hemostaze perdoreshin garza dhe agent topik si : bismuth, acid tanik si dhe oxymethasolin. Shqetesimet dhe komplikacionet e kesaj teknike perqendrohen ne hemoragjine e tepert dhe sidomos ne mbetjet e indit te adenoidit rreth ostiumit te tubit te Eustakit dhe koaneve posterior. Suction Bovie cautery, mikrodebrider dhe coblation jane ne ditet e sotme te perdorura gjeresisht per heqjen e adenoideve. Ato kane rezultuar mjaft efektive, eficente dhe ralizojne nje hemostaze te mire. Disavantazhi i tyre eshte kostoja e larte.

⁹ Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A Ambulatory surgery in the United States, 2006. *Nat! Health Stat Report* 2009;1-25.

Derkay CS. Pediatric otolaryngology procedures in the United States: 1977-1987. *IntiPediaterOtmhinolaringol* 1993;25:1-12.

Rezultatet

Cilesia e jetes

Studime e bera kane treguar se CFGJ prek ne menyre te ngjashme cilesine e jetes se femijeve si edhe artriti reumatik juvenile. Ne shume studime eshte vene re roli shume i madh i adenotonsilektomise ne permiresimin e cilesise se jetes tek femijet me CFGJ. Permiresimet jane vene re qe ne 6 mujorin e pare pas nderhyrjes. Shkalla e perfitimit eshte ne varesi te CFGJ-se, sa me e madhe ajo aq me shume perfitim pas adenotonsilektomise do te kete. Gjithashtu eshte vene re qe femijet obez kane me pak perfitim nga nderhyrja ne krahasim me femijet jo obez. Edhe tek femijet me tonsillitis recurrent eshte vene re nga studimet nje permiresim i cilesise se jetes.¹⁰

Kunderindikimet

Kunderindikime per kryerjen e tonsillectomies jane anomalite e koagulimit. Gjithashtu femijet me semundje akute te cilet si pasoje e gjendjes jo te mire nuk duhet ti nenshtrohen anestezise se pergjitheshme.¹¹

Komplikacionet

Megjithese mendohet nga te gjithe se tonsilektomia eshte nje procedure e lehte, ajo nuk eshte e tille. Tonsilektomia mund te shoqerohet me shume komplikacione qe kerkojne hospitalizim. Komplikacioni me i shpeshte dhe me i rendesishem eshte hemoragjia

¹⁰ Leiberman A, Stiller-Timor r., Thrasiuk A, et al. Ihe effect of adenotonsillectomy on children

Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. 1998;102:616-620.

¹¹ Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Owl Rhinol Laryngol*1990;99 :187-191.

postoperatore. Hemoragjia mund të jete primare (24h pas operacionit) dhe sekondare (mbi 24h pas kirurgjisë). Incidenca e hemoragjisë primare është 0.2-2.2% ndërsa për hemoragjinë sekondare incidenca është 0.1 me 3%. Menaxhimi i hemoragjisë kërkon një tjetër nderhyrje ose observim të pacientit.

Ne një studim të fundit ku moren pjesë 17.000 paciente që kishin pasur hemoragji post tonsilektomi rezultoi se më të rrezikuar ishin femijet e moshës mbi 12 vjeç, seksi mashkull dhe teknikat kirurgjikale që përdorin nxehtësi. Ky studim mbështetet nga një tjetër studim që tregon superioritetin e teknikave në të ftohtë për incidence më të vogël për hemoragji post tonsilektomi në krahasim me teknikat që përdorin nxehtësi. Një studim tjetër i bërë në Gjermani ku moren pjesë 16.000 femije dhe të rritur rezultoi se rreziku të shtuar kishin meshkujt, pacientet me mononukleozë infektive dhe tonsilitë rekurrenente. Komplikacione të tjera të adenotonsilektomisë janë dehidrimi post operator, dhembja, nauzea, të vjellat, edema pulmonare post operatore, stenozë nazofaringeale, insuficienca velofaringeale si dhe komplikacione intraoperatore si trauma të dhembëve, të laringut, faringut, palatum mole, laringospazma, aspirim, arrest kardiak, djegie të buzëve, luksacion ose frakturë të mandibulës. Është vënë re se komplikacionet ndodhin më shpesh tek femijet që vuajnë nga sëmundje të tjera si ata me anomali të koagulimit, sëmundje të zemrës, sëmundje kraniofaciale dhe më të vegjël se 3 vjeç. Është vlerësuar se rreth 1.3% e femijeve kanë nevojë për një rehabilitim të zgjatur dhe rreth 3.9% e tyre kanë nevojë për riparim si pasoje e komplikacioneve.

Komplikacionet e rrugëve të ajrit ndodhin si pasoje e gabimeve mjekësore. Një studim i kryer së fundi ka vënë re femije me problem respiratorë si pasoje e adenotonsilektomisë. Femijet që pas adeno&tonsilektomi kanë emesis rezistente, ata me sindromë kraniofaciale, ata që banojnë shumë larg nga spitali, ata që vuajnë nga sëmundje të tjera si diabet mellitus, epilepsi dhe drepanocitozë është mirë të mbahen në observim. Sindroma Grisel është një komplikacion i rrallë i procedurës kirurgjikale ose e infeksionit që prek traktin e sipërm aerodigestiv. Patogjeneza hipotetike ka të bëjë me faktin që si pasoje e inflamacionit ndodh një rritje e fleksibilitetit të ligamenteve dhe si pasoje dy vertebrat e para pesojnë një subluksacion, i cili bën që pasi inflamacioni të kalojë qafa e femijes të mbetet e rrotulluar dhe e fiksuar në një anë. Vdekshmëria është në shkallën 1 me 16.000 deri 1 me 35.000, por këto janë të dhëna të viteve 1970. Rreth 1/3 e vdekjeve ishin të lidhura me hemoragjinë. Një tjetër studim i bërë na jep të dhëna se hemoragjite e perseritura mbartin një rrezik të rritur për vdekshmëri.

Adenoidektomia mbart edhe ajo rrezikun e veta. Hemoragji post operatore, insuficienca velopalatine, stenozë të nazofaringut, persistencë të disfunksionit të tubave të Eustakit me natyrë jatrogjenike, c-spine subluxation si pasoje e hiperextensionit të qafes gjatë procedurës janë të gjitha komplikacione që mund të vijnë pas adenoidektomisë. Kujdes duhet treguar tek femijet me sindromë Dawn për arsye të mundësive për të bërë subluksacion atlantoaxial. Një ankësë që zgjat deri në 2 javë pas operacionit është e rrallë dhe e frymës. Hemoragjia post adenoidektomi nuk është aq e shpeshtë.

Debate/Polemika

Akoma ka debate se cila eshte teknika me e mire per tonsilektomine qe do te kishte me pak hemoragji,kosto dhe kohe.Studime te randomizuara dhe kohort tregojne se risk me te larte per hemoragji post tonsilektomi kane tonsilektomite e nxehta ne krahasim me ato te ftohta.Nje studim tregon se nuk ka ndryshim sinjifikant midis teknikes qe perdor elektrokauter me ate qe perdor cobaltion.

Antibiotiket perdoren ne rutine ne periudhen perioperatore.Ne nje studim te bere ne lidhje me perdorimin e tyre rezultoi se ato nuk ndikojne fare ne reduktimin e dhimbjes post operatore,ne reduktimin e perdorimit te analgjezikeve apo ne permiresimin e shpejt te gjendjes.Ato ndikojne ne rritjen e rezistences ndaj antibiotikeve dhe ne rrezikun per reaksione alergjike.Rekomandohet nderprerja e perdorimit ne menyre rutine te antibiotikeve ne periudhen perioperatore.

Nje meta-analize demostroi nje rritje te rrezikut per hemoragji post tonsilektomi ne rastin kur si analgjezik perdoret aspirina dhe kjo nuk ndodh per antiinflamatorret e tjere jo steroid si ibuprofen,diclofenac etj.

Per sa i perket infiltrimit lokal te submukozes me anestezi perpara apo pas excisionit eshte vene re se, nuk ka ndikim fare ne dhembjen e pacientit pas tonsilektomise.

Per disa dekada eshte vene re qe administrimi i nje doze dexamethasone tek femijet gjate operacionit do te reduktoje nauzen dhe te vjellat ne periudhen post operatore.Studimet e para ne lidhje me perdorimin e tij shfaqin nje rritje te riskut per hemoragji por nga rishikimet e bera me pas kjo gje u hodh poshte.Nje rishikim i bere nga Cochrane rezultoi se perdorimi i dexamethasone con ne nje perparim me te shpejt drejt fillimit te dietes se plote tek femijet pas tonsilektomise. Ne udhezuesit e praktikes klinike me te fundit miratohet perdorimi i nje doze dexamethasone tek femijet qe do ti neneshtrohen tonsilektomise.¹²

Udherrefyesi i praktikes klinike

Ne vitin 2010 eshte publikuar udherrefyesi i praktikes klinike per tonsilektomine ne femijet 1-18 vjec pa patologji te tjera si diabet mellitus,semundje kardipulmonare,crregullime kraniofaciale,semundje kongenitale te kokes dhe qafes,koagulopati apo hemoglobinopati.Qellimi ishte te drejtonin mjeket drejt perzgjedhjes se femijeve qe do kryenin tonsilektomi dhe do kishin perfitime te mira.

¹² Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A Ambulatory surgery in the United States, 2006.*Nat! Health Stat Report* 2009:1-25.

Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Owl Rhinol Laryngol*1990;99 :187-191.

Ali NJ, Pitson DJ, Stradling JR Snoring,sleep disturbance and behaviour in 4-5 year olds. *A""h Dis Child* 1993;68:360-366.

Tab.2 Paraqitja e permbledhur e udherrefyesit të praktikës klinike 2010

1.	Observim per infeksione rekurente tonsilare nese:
	<ul style="list-style-type: none"> • <7 episode ne vitin e kaluar ose • <5 episode ne 2 vitet e kaluar ose • <3 episode ne 3 vitet e kaluar
2.	Tonsilektomi per infeksionet si me poshte :
	<ul style="list-style-type: none"> • >7 episode ne vitin e kaluar ose >5 episode ne 2 vitet e kaluara ose >3 episode ne 3 vitet e kaluar • me te dhena te dokumentuara per cdo dhimbje fyti qe ka pasur temperature >38.3 C,adenopati cervikale,eksudat peritonsilar,test pozitiv per grup A beta hemolitik streptokok
3.	Tonsilektomia mund te konsiderohet tek femijet qe kane:
	<ul style="list-style-type: none"> • alergji/intolerance nga shume antibiotike • ESFA • APT
4.	Ne rastin e tonsilektomise per CFGJ duhet te merren te dhena te kujdeseshme nga familjaret per problem ne rritje,prapambetje ne shkollë,crregullime te sjelljes dhe enuresis nocturne
5.	Ne femijet me polisomnografi jonormale dhe me tonsil hipertrofike,tonsilektomia mundeson permiresim te shendetit te femijes
6.	CFGJ mund te persistojne edhe pas adeno&tonsilektomise.Ne kete rast duhet kerkuar per patologji te tjera.
7.	Nje doze e vetme intravenoze e

	dexamethasone gjate tonsilektomise permireson dukshem nauzene dhe te vjellat postoperatore
8.	Femijet qe do i nenshtrohen tonsilektomise nuk kane nevojte per antibiotik perioperator.
9.	Mjeket duhet te kujdesen qe pacientit ti pakesoj dhimbjet duke i dhene AIJS
10.	Mjeket duhet te vleresojne cdo vit rastet e tyre me hemoragji primare dhe sekondare post tonsilektomi

Tab.5 Udherrefyesi i praktikës klinike 2010 per Tonsilektomi dhe CFGJ

1.	Tonsilat hipertrofike ndikojne ne CFGJ
2.	CFGJ eshte shpesh multifaktorial
3.	Obeziteti luan nje rol te madh nr CFGJ
4.	Polisomnografia konsiderohet si standart i arte per diagnozen e CFGJ.
5.	Tonsilektomia eshte efektive ne 60-70% te femijeve me CFGJ dhe hipertrofi tonsilare.
6.	Tonsilektomia eshte efektive vetem ne 10-25% te femijeve obez qe vuajne me CFGJ.
7.	Specialistet e shendetit keshillojne qe tonsilektomia nuk eshte kurative ne te gjitha rastet me CFGJ tek femijet obez.

Konkluzione

Tek femijet e zgjedhur ne menyre korrekte adeno&tonsilektomia mund te ul rastet e infeksioneve,te zgjidh ose te permiresoj SDB dhe komplikacionet e saj dhe te permiresoj kualitetin e jetes.Megjithese pyetjet dhe debatet do vazhdojne,ne kete teme u perpoqem te formonim nje skelet rreth trajtimit te kesaj ceshtje te rendesishme dhe kritike.

Pikat kryesore

- Semundjet adenotonsilare shfaqen tek femijet me infeksione rekurente te grykeve dhe CFGJ.Se fundi indikacioni kryesor per adeno&tonsilektomi eshte CFGJ.
- Furnizimi me gjak i tonsilave palatine behet nepermjet degeve te a.karotide externe:a ascendente faringeale,a.ascendente palatine dhe dege nga a.linguale dhe a.faciale.
- Afersisht 30% e tonsilofaringiteve shkaktohen nga SBHA.Patogjen te tjere qe akuzohen jane grup C beta hemolitik streptokoku,N.gonorrea,C.difteria,C.pneumonie dhe M.pneumonie
- Infeksionet akute duhet te menaxhohen duke bere me pare kulturen e fytit dhe titrin e antikorpeve antistreptolizina O.Fatmiresisht streptokoket e grupit A vazhdojne te jene te ndjeshem ndaj penicilines,e cila eshte antibiotiku i linjes se pare.
- Megjithese polisomnografia eshte standarti i arte per vendosjen e diagnozes se CFGJ,ajo nuk eshte e domosdoshme qe te kryhet tek cdo femije.Tek disa femije qe kane shenja dhe simptoma te qarta per CFGJ duhet te kryhet adeno&tonsilektomi pa pasur nevoje te kryhet polisomnografia.
- Akademia Amerikane e Otolaringologeve ne vitin 2010 ka nxjerr nje udherrefyes te praktikes klinike per indikimet se kur duhet te kryhet tonsilektomia.Dy indikacionet me te shpeshta ishin CFGJ dhe tonsilitet rekurente.
- Megjithese shumica e njerezve mendojne se tonsilektomia eshte nder operacionet me te lehta,ajo eshte nje procedure kirurgjikale e rendesishme qe ka nje potencial te madh per komplikacione kirurgjikale dhe te

LITERATURA

1. Mitchell RB, Kelly J, life in children with sleep-disordered breathing. *Int J Pediatr Owrhinolaryngol* 2006;70:395-406.
2. Leiberman A, Stiller-Timor r., Thrasiuk A, et al. Ihe effect of adenotonsillectomy on children
Owrhinolaryngol 2006;70:1675-1682.
3. Gozal D. Sleep-disordered breathing and school performance in children. 1998;102:616-620.
4. Stewart MG, Friedman EM, Sulek M, et al. Quality of life and health status in pediatric tonsil and adenoid disease. *An:h Owlaryngol Head Neck Surg* 2000;126:45-48.
5. Cullen KA, Hall MJ, Golosinskiy A Ambulatory surgery in the United States, 2006. *Nat! Health Stat Report* 2009:1-25.
6. Derkay CS. Pediatric otolaryngology procedures in the United States: 1977-1987. *IntiPediatrOtmhinolaryngol* 1993;25:1-12.
7. Rosenfeld RM, Green RP. Tonsillectomy and adenoidectomy: changing trends. *Ann Owl Rhinol I.aryngol* 1990;99 :187-191.
8. Erickson BK, Larson DR, St Sauver JL, et al. Changes in incidence and indications of tonsillectomy and adenotonsillectomy, 1970- 2005. *Owlaryngol Head Neck Surg* 2009;140:894-901.
9. Ali NJ, Pitson DJ, Stradling JR Snoring, sleep disturbance and behaviour in 4-5 year olds. *A""h Dis Child* 1993;68:360-366.
10. Mattila PS, Thhkokallio O, Tarkkanen J, et al. Causes of tonsil- lar disease and

frequency of tonsillectomy operations. *Ann Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:37-44.

11. Guilleminault C, Lee JH, Chan A Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *Ann Pediatr Adolesc Med* 2005;159:775-785.

12. Goeringer GC, Vidic B. The embryogenesis and anatomy of Waldeyer's ring. *Otolaryngol Clin NorthAm* 1987;20:207-217.

13. Ohtsuka K, Thmita H, Murakami G. Anatomy of the tonsillar bed: topographical relationship between the palatine tonsil and the lingual branch of the glossopharyngeal nerve. *Ann Otolaryngol Suf* 1112002:99-109 .

14. Ceylan S, Salman S, Bora F. Anomaly of the internal carotid artery detected during tonsillectomy. *J Craniofac Surg* 2010;21: 1638-1639.

15. Nave H, Gebert A, Pabst R. Morphology and immunology of the human palatine tonsil. *Anat Embryol (Berl)* 2001;204:367-373.

16. van Kempen MJ, Rijkers Gr, Van Cauwenberge PB. The immune response in adenoids and tonsils. *Int Ann Allergy Immunol* 2000;122:8-19.

17. Richtsmeier WJ. Human interferon production in tonsil and adenoid tissue cultures. *Am J Otolaryngol* 1983;4:325-333.