

Comparação da qualidade vida em crianças com tonsilite crônica hipertrófica antes e após adenotonsilectomia

Thaysa Fernanda de Carvalho Rodrigues* Prof. Dr. Erich Christiano Madruga de Melo**

Resumo: A tonsilite crônica hipertrófica é bastante comum na infância e é a principal causa de Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono nesta faixa etária, sendo a adenotonsilectomia seu tratamento de escolha. **Objetivo:** Avaliar o impacto da adenotonsilectomia na qualidade de vida de crianças com tonsilite crônica hipertrófica. **Métodos:** Estudo Clínico prospectivo. Foram entrevistados 20 cuidadores de crianças submetidas a adenotonsilectomia ou adenoidectomia isolada, antes do procedimento cirúrgico e um mês após, utilizando-se um questionário específico para qualidade de vida (Serres et al 2000) que incluía os domínios: sofrimento físico, distúrbios do sono, problemas na fala e deglutição, desconforto emocional, limitação das atividades e preocupação dos cuidadores com o ronco da criança. **Resultados:** Houve melhora na qualidade de vida na maioria das crianças após a cirurgia. Os domínios preocupação com o ronco, distúrbios do sono e desconforto emocional obtiveram maior pontuação no pré-operatório. Os domínios que sofreram maior impacto após o tratamento cirúrgico foram: sofrimento físico, distúrbios da fala e deglutição e desconforto emocional. **Conclusão:** A adenotonsilectomia ou a adenoidectomia isolada proporciona melhora significativa na qualidade de vida de crianças com tonsilite crônica hipertrófica.

Palavras chave: tonsilite crônica hipertrófica; crianças, qualidade de vida.

Comparison of quality of life in children with chronic hypertrophic tonsillitis before and after adenotonsillectomy

Abstract: The cronic Hipertrophic Tonsillitis is very common in childhood and the main cause of sleep apnea in this age group, being the adenotonsilectomy the best treatment option. **Aim:** To evaluated the impact of adenotonsilectomy on quality of life in chidren with cronic hipertrophic tonsillitis. **Methods:** Clinic Prospective study. We have interwied 20 children's caregivers, before and one moth after the adenotonsilectomy ou adenectomy, using a specific questionnaire on quality of life (Serres et al 2000) that included the domains: physical suffering, sleep disturbance, speech and swallowing problems, emotional distress, activity limitations and caregiver concern. **Results:** Children's quality of life improved after the surgery. Caregiver concern, sleep disturbance and emotional distress were the domains with the highest scores before the surgery. Physical suffering, speech an swallowing problems and emotional disturbance were the most improved domains. **Conclusion:** The adenotonsilectomy and adenectomy improves the quality of life in children with cronic hipertrophic tonsillitis.

Key words: cronic hipertrophic tonsillitis; children; quality of life.

*Acadêmica de Medicina da UFPB.

* Doutor de Otorrinolaringologia pela USP, Professor do Departamento de Cirurgia da UFPB.

INTRODUÇÃO

O aumento crônico do volume das tonsilas palatinas e faríngea, denominado tonsilite crônica hipertrófica, é a principal causa de obstrução crônica das vias aéreas superiores na infância, sendo uma das etiologias mais frequentes da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutivas do Sono nas crianças (SAHOS) ^{1,2}, além de estar associado a alterações ortognáticas, da mastigação, da deglutição e a deformidades da arcada dentária^{3,4,5}. Os distúrbios do sono causados pela SAHOS são muito frequentes e comprometem a qualidade de vida da criança, já que estão relacionados à apneia, causando pesadelos, despertares recorrentes e enurese noturna³. Os despertares contínuos, por sua vez, ocasionam uma secreção irregular do hormônio do crescimento (GH), comprometendo assim o crescimento^{6,7}. Outras consequências importantes da obstrução estão relacionadas a distúrbios do comportamento não-específicos (hiperatividade, depressão, ansiedade, agressividade), baixo rendimento escolar⁸ e, até mesmo, insuficiência cardíaca e cor pulmonale^{3,7,9}.

Existem algumas possibilidades de tratamento clínico da SAHOS, como o uso dos aparelhos de pressão positiva contínua (CPAP) e a perda de peso nos obesos, porém, essas alternativas são pouco toleráveis em crianças e raramente são adotadas como terapia primária¹⁰. A remoção das tonsilas (adenotonsilectomia) é o tratamento de escolha, sendo um dos procedimentos cirúrgicos mais realizado pelos otorrinolaringologistas^{11,12}.

Embora as consequências da tonsilite crônica hipertrófica no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças estejam bem evidenciadas, bem como a melhora dos sintomas após a adenotonsilectomia, existem poucos estudos que documentam as repercussões do tratamento cirúrgico sobre a qualidade de vida¹³. Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar o impacto da adenotonsilectomia na qualidade de vida das crianças, bem como identificar quais domínios (sofrimento físico, distúrbio do sono, problemas na fala e deglutição, desconforto emocional, limitação nas atividades, preocupação dos pais ou responsáveis) foram afetados após a realização da cirurgia, além das principais queixas que levaram os cuidadores a procurar o serviço médico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional prospectivo no qual foram entrevistados 20 cuidadores (pais ou responsáveis) de crianças com tonsilite crônica hipertrófica submetidas a adenotonsilectomia ou adenoidectomia no Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques, no período de Agosto a Novembro de 2012.

As alterações na qualidade de vida (QV) foram determinadas por meio de um instrumento baseado no questionário específico desenvolvido por Serres et al, 2000¹⁴ adaptado e validado por Di Francesco et al 2004¹ (Apêndice 01) aplicados em dois momentos: no dia do procedimento cirúrgico e um mês após. O questionário é composto por seis domínios: (1) sofrimento físico, (2) distúrbios do sono, (3) problemas na fala e deglutição, (4) desconforto emocional, (5) limitações das atividades, (6) preocupação/incômodo dos cuidadores relacionados aos roncos da criança durante o sono. Cada item do domínio deveria ser classificado em uma escala de 0 (nunca) a 5 (não poderia ser pior) com base no grau de preocupação com os sintomas/limitações apresentados pelas crianças. Desta forma, uma menor pontuação em cada domínio indica uma melhor qualidade de vida. Considerando que a pontuação máxima para cada item do domínio é 5 e o número de pacientes entrevistados foi de 20, o domínio que possui quatro itens terá como pontuação máxima 400 pontos; os domínios que possuem cinco itens, 500 pontos e o último domínio, 100 pontos, já que apresenta apenas um item.

Os cuidadores responderam ao questionário considerando a história de dois meses prévios e 1 mês após o procedimento. As pontuações obtidas antes e após a cirurgia foram comparadas a fim de estabelecer se houve melhora na qualidade de vida e quais domínios foram mais afetados. Foram incluídos neste estudo pacientes com idade entre 2 e 19 anos, com hiperplasia de tonsilas grau III ou IV pela Classificação de Brodsky¹⁵ e/ou hiperplasia de tonsila faríngea ocupando 75% ou mais do cavum avaliada pela radiografia de cavum, nasofibrosopia ou palpação cirúrgica. Crianças com deformidades craniofaciais, distúrbios neurológicos ou com outras doenças obstrutivas (polipose nasal, rinite) que não sejam o grau de hiperplasia faríngea ou palatina foram excluídas da pesquisa.

RESULTADOS

Foram estudados 20 pacientes, com idade variando entre 3 e 15 anos (média de 6,6); sendo 14 do sexo feminino (70%) e 6 do sexo masculino (30%).

Na Tabela 1 estão expostas as queixas que levaram os cuidadores a procurar o serviço médico.

Tabela 1. Frequência dos sintomas relatados pelos cuidadores.

Queixas	Frequência
Roncos	100%
Respiração Bucal	85%
Sono agitado	30%
Amigdalites de repetição	25%
Dificuldade para respirar	10%
Otites de repetição	5%
Obstrução nasal	5%

Considerando o grau de hipertrofia da tonsila faríngea, 1 paciente (5%) apresentava obstrução entre 25-50%, 12 (60%) entre 50-75% e 7 (35%) entre 75-100%. Em relação a hipertrofia das tonsilas palatinas, verificou-se que 3 (15%) dos pacientes apresentavam hipertrofia classificada como grau II, 12 (60%) grau III e 5 (25%) grau IV.

Quanto ao tipo de procedimento cirúrgico, 90% dos pacientes foram submetidos a adenotonsilectomia enquanto 10% foram submetidos a adenoidectomia isolada já que não apresentavam hipertrofia de tonsilas palatinas associada.

Nas Tabelas 2 e 3 estão documentadas as pontuações obtidas em cada domínio, antes e após a cirurgia, respectivamente.

Tabela 2. Pontuação obtida nos domínios antes da cirurgia.

Domínio	N	Pontuação Mínima	Soma	Pontuação Máxima	%
Sofrimento físico	20	0	212	400	53%
Distúrbios do sono	20	0	297	500	59,4%
Fala e deglutição	20	0	259	500	51,8%
Desconforto emocional	20	0	270	500	54%
Limitações às atividades	20	0	162	500	32,4%
Preocupação com o ronco	20	0	93	100	93%
Soma		0	1293	2500	51,7%

Tabela 3. Pontuação obtida nos domínios após a cirurgia.

Domínio	N	Pontuação Mínima	Soma	Pontuação Máxima	%
Sufrimento físico	20	0	62	400	15,5%
Distúrbios do sono	20	0	48	500	9,6%
Fala e deglutição	20	0	73	500	14,6%
Desconforto emocional	20	0	108	500	21,6%
Limitações às atividades	20	0	40	500	8%
Preocupação com o ronco	20	0	9	100	9%
Soma		0	340	2500	13,6%

A comparação entre as médias dos escores pré e pós-operatórios está representada na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação entre as médias dos escores pré e pós-operatórios.

Domínio	Média Pré	dp	Média pós	dp	P
Sufrimento físico	10,6	4,7	3,1	4,02	0,013
Distúrbios do sono	14,85	6,2	2,4	4,53	0,192
Fala e deglutição	12,95	6,06	3,65	5,01	0,024
Desconforto emocional	13,5	6,18	5,4	5,58	0,030
Limitações as atividades	8,1	6,16	1,95	3,57	0,081
Preocupação com o ronco	4,65	0,74	0,45	1,09	0,561

Teste “t” student para dados pareados com significância para $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Embora não sejam conhecidas todas as conseqüências do aumento das tonsilas palatinas e faríngea, acredita-se que a SAHOS apresente maior morbidade.¹⁶ Outras conseqüências como distúrbios do desenvolvimento pômdero-estatural^{6,7}, respiração oral e suas repercussões craniofaciais, problemas de mastigação e deglutição^{3,4,5}, aumento no número de infecções das vias aéreas superiores são descritas como menores⁴. No entanto, não devemos considerar apenas as conseqüências físicas da doença na escolha do seu tratamento, mas, analisar também o impacto da mesma sobre a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores.

Recentemente, a qualidade de vida tem sido utilizada para avaliar o impacto da doença sob o ponto de vista do paciente¹. O questionário utilizado neste estudo, baseado no trabalho de Serres e adaptado e validado por Di Francesco 2004¹, foi utilizado com o intuito de avaliar o impacto da doença sobre os pacientes, visando adicionar este critério às implicações médicas para gravidade e importância na avaliação das crianças com aumento das tonsilas¹⁷.

As queixas mais frequentes que levaram os cuidadores a procurar o serviço médico foram: roncos (presente em todos pacientes), respiração bucal e sono alterado, demonstrando sintomas obstrutivos das vias áreas superiores.

Os domínios que apresentaram maior pontuação antes da cirurgia foram: preocupação com o ronco (93%), seguido por distúrbios do sono (59,4%), o que corresponde às queixas referidas pelos cuidadores. Os dois domínios também obtiveram pontuação elevada em trabalhos semelhantes realizados por Serres¹⁴ e Beraldin².

O desconforto emocional recebeu a terceira maior pontuação (54%). Na literatura, encontramos resultados distintos e conflituosos quanto a este domínio^{1,2,14}, o que pode ser atribuído as diferenças socioculturais das populações avaliadas¹.

O domínio limitação das atividades obteve a menor pontuação no período pré-operatório, conforme também observado por Serres¹⁴ e Beraldin². Isso também pode ser explicado pela maior valorização dos distúrbios do sono ou pelo fato do aumento no volume das tonsilas não ser capaz de limitar as atividades cotidianas das crianças.

Comparando-se as pontuações obtidas antes e após a cirurgia, a maioria das crianças demonstrou uma melhora na qualidade de vida após o procedimento, com diminuição das médias referentes a todos os domínios, semelhante aos resultados de outros autores^{1,2,14}. Os domínios que sofreram maior impacto foram: sofrimento físico, distúrbios da fala e deglutição e desconforto emocional, todos com significância estatística.

Em nossos resultados verificamos que a adenotonsilectomia parece exercer maior

benefício em crianças com sintomas de SAHOS, corroborando com os achados de outros autores^{1,14}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a adenotonsilectomia ou a adenoidectomia isolada proporciona um impacto positivo na qualidade de vida em crianças com tonsilite crônica hipertrófica, diminuindo de forma significativa o sofrimento físico, o desconforto emocional e distúrbios da fala e deglutição.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Dr. Jorge Alberto Trigueiro Filho, médico responsável pelo Serviço de Otorrinolaringologia Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques, que colaborou para que esta pesquisa fosse realizada.

REFERÊNCIAS

1. Di Francesco RC, Felipe SG, Komatsu CL. Melhora da qualidade de vida em crianças após adenoamigdalectomia. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(6):748-51.
2. Beraldin BS, Rayes TR, Villela PH, Ranieri, DM. Avaliação do impacto da adenotonsilectomia sobre a qualidade de vida em crianças com hipertrofia das tonsilas palatinas e faríngea *Rev Bras Otorrinolaringol* 2009;75(1):64-9.
3. Guilleminault C, Pelayo R. Sleep-disordered breathing in children. *Annals of Medicine* 1998;30:350-356.
4. Junqueira PAS, Di Francesco RC, Trezza P, Frizzarini R, Faria ME. Alterações funcionais do sistema estomatognático pré e pós adenoamigdalectomia. *Pró-fono. Revista de atualização científica* 2002;14:17-22.
5. Di Francesco RC. Respirador bucal a visão do otorrinolaringologista. *JBO* 1999;21:241-7.
6. Owen G, Evans A, Canter R, Robinson A. The reproducibility of urinary growth hormone measurement in children undergoing adenotonsillectomy. *Clin Otolaryngol* 1996; 21:549-58.
7. Di Francesco RC, Junqueira PA, Frizzarini R, Zerati F. Crescimento pondero-estatural de crianças após adenoamigdalectomia. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 193-7.
8. Goldstein NA, Post JC, Rosenfeld RM, et al. Impact of tonsillectomy and adenoidectomy on child behavior. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126:494-498.

9. Görür K, Döven O, Ünal M, Akku? N, Özcan C. Preoperative and postoperative cardiac and clinical findings of patients with adenotonsillar hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 59: 41-6.
10. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apneasyndrome. *Pediatrics* 2002; 109: 704-12
11. McNanama F, Sullivan CE. Treatment of obstructive sleep apnea syndrome in children. *Sleep* 2000; 23 (Suppl. 4)142-6.
12. Paradise J. Tonsillectomy and Adenoidectomy. In. Bluestone C. *Pediatric Otolaryngology*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1996.
13. Pediatric obstructive sleep apnea and quality of life: A meta-analysis Cristina M, Baldassari MD¹, Ronald B, Mitchell MD¹, Christine Schubert PhD¹, Emily F. Rudnick MD¹, Richmond, VA, St Louis, MO and Seattle, WA *Otolaryngology. Head and Neck Surgery* Volume 138, Issue 3, March 2008, Pages 265–273.e2
14. Serres LM, Derkay C, Sie K, Biavati M, Jones J, Tunkel D, Manning S, Inglis A, Haddad Jr J, Tampakopoulou D, Weiberg AD. Impact of adenotonsillectomy on quality of life in children with sleep disorders. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 489-96.
15. Brodsky L. Tonsillitis, tonsillectomy and adenoidectomy. In. Bailey BJ, ed. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. Philadelphia: JB Lippincott; 1993.p. 833-47.
16. Nimubona L, Jokic M, Moreau S, Brouard B, Guillois B, Leacheux C . Les yndrome d'apnées obstructives du sommeil et hyper trophieamygda lienne chez lenour is son. *ArchPédiatr* 2000; 7:961–4
17. Serres LM, Derkay C, Astley S, Deyo RA, Rosenfeld RM, Gates GA. Measuring quality of life in children with sleep disorders. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 126: 1423-9.

APÊNDICE 1

Questionário sobre qualidade de vida em crianças por hiperplasia de tonsilas palatinas e faríngea.

(Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças com aumento das tonsilas palatina e faríngea)

Nome: _____

Idade: _____

Raça: branco pardo negro Sexo: M F

Tonsila Faríngea: Obstrução da nasofaringe no raio-X perfil

0-25% 25-50% 50-75% 75-100%

Tonsila Palatina: Obstrução da orofaringe Grau I II III IV*

Legenda: 0 nunca, 1 quase nunca, 2 às vezes, 3 freqüente, 4 muito, 5 não poderia ser pior

1. Sofrimento físico Score: _____

obstrução nasal 0 1 2 3 4 5 6

cansaço diurno 0 1 2 3 4 5 6

baixo peso 0 1 2 3 4 5 6

fôlego ruim 0 1 2 3 4 5 6

2 Distúrbio do sono Score: _____

roncos 0 1 2 3 4 5 6

engasgos/sufocamento 0 1 2 3 4 5 6

sono sem descanso 0 1 2 3 4 5 6

dificuldade de acordar pela manhã 0 1 2 3 4 5 6

afundamento do tórax enquanto dorme 0 1 2 3 4 5 6

3. Problemas de fala e deglutição Score: _____

dificuldade de engolir alimentos sólidos 0 1 2 3 4 5 6

engasgos 0 1 2 3 4 5 6

fala abafada 0 1 2 3 4 5 6

fala anasalada 0 1 2 3 4 5 6

pronúncia ruim 0 1 2 3 4 5 6

4. Desconforto emocional Score: _____

irritabilidade 0 1 2 3 4 5 6

impaciente 0 1 2 3 4 5 6

apetite ruim 0 1 2 3 4 5 6

desatento 0 1 2 3 4 5 6

é ridicularizado porque ronca 0 1 2 3 4 5 6

5. Limitações de atividade Score: _____

brinca normalmente 0 1 2 3 4 5 6

participa de esportes 0 1 2 3 4 5 6

brinca com amigos 0 1 2 3 4 5 6

freqüenta a escola ou creche 0 1 2 3 4 5 6

desempenho escolar 0 1 2 3 4 5 6

6. Os pais ou responsáveis se incomodam ou se preocupam com o ronco da criança?

0 1 2 3 4 5 6