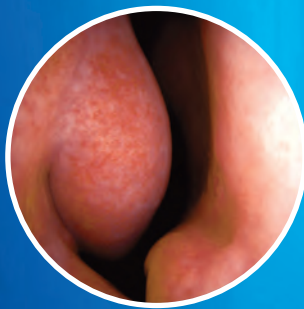
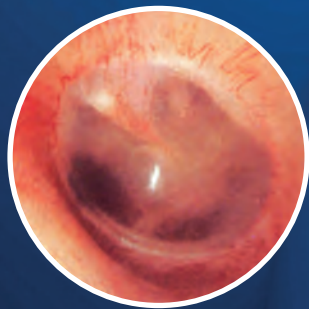


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



JANUARY - JUNE 2018
VOLUME 39 • ISSUE 1-2 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

• ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΚΑΙ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΝΑΣΟΥΦΗΣ:
ΔΥΟ ΚΟΡΥΦΑΙΟΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ

• ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ
ΜΕ ΘΗΛΩΜΑΤΩΔΕΙΣ, ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

• ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΚΟΓΧΗΣ ΣΤΟ ΡΙΝΙΚΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

• ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΙΩΑΝΝΗ ΓΙΩΤΑΚΗ



OFFICIAL JOURNAL OF THE:

- Panhellenic Society of Otorhinolaryngology - Head & Neck Surgery
- Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society of Athens
- ORL Society of North Greece
- Panhellenic Medical Society of Otology - Audiology - Neurotology



BILAZ[®]

bilastine



Κάθε δισκίο Bilaz περιέχει 20mg bilastine.*
Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία.
*SmPC Bilaz.



Menarini Hellas

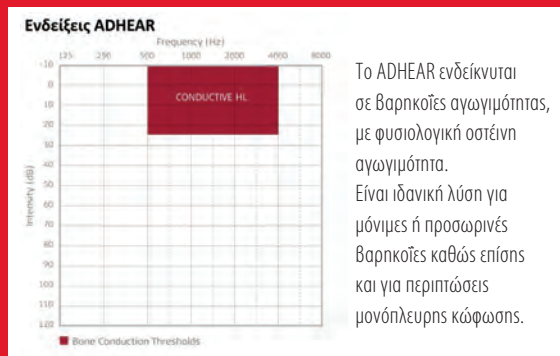
Menarini Hellas A.E. - Av. Δαμβέργη 7, 104 45 Αθήνα, Τ.: 210 8316111-13, Φ.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr



MED⁹EL

ADHEAR

Το ADHEAR είναι ένα νέο, επαναστατικό σύστημα ακοής οστέινης αγωγιμότητας, το οποίο μπορεί να προσφέρει στους κατάλληλους υποψήφιους έναν κόσμο γεμάτο από ήχους με έναν απίστευτα απλό τρόπο: Κολλήσας. Κουμπώνεις. Ακούς.



Η MED-EL προσφέρει στα άτομα με βαρηκοΐα τη μεγαλύτερη επιλογή λύσεων στον κόσμο για την αποκατάσταση της ακοής τους. Ανακαλύψτε την γκάμα προϊόντων της MED-EL με μία επίσκεψη στο medel.com



Σύστημα ADHEAR
Κολλήστε. Κουμπώστε. Ακούστε.

Μπορείτε να δείτε και να δοκιμάσετε το ADHEAR σε επιλεγμένα καταστήματα Ακουστικών Βαρηκοΐας της περιοχής σας.



ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ADHEAR



Γούναρη 3 - 55534 Πυλαία,
Θεσσαλονίκη
Τηλ. 2310.322.927
email: info@intelligent.gr
web: www.i-hear.gr

medel.com    

Τριμηνιαία Έκδοση της Πανελλήνιας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου, της Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου των Αθηνών, της ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδας και της Πανελλήνιας Ιατρικής Εταιρείας Ωτολογίας- Ακοολογίας- Νευρωτολογίας.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Πανελλήνια Εταιρεία
Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου
Βελλεστίου 11, 11523 Αθήνα
Τηλ.: +30 210 6435141, Fax: +30 210 6435141
Email: info@hellasorl.gr, Web: www.hellasorl.gr

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ:

NIKO ADVERTISING A.E.
Ι. Δραγούμη 46, 11528 Αθήνα
Τηλ.: 210 7259083-5, Fax: 210 7259086

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Βλάχου Σ (Αθήνα), Βλάχτσος Κ (Θεσσαλονίκη),
Γκορίτσα Ε (Τρίπολη), Καμπέρος Α (Αθήνα),
Κατωμιχελάκης Μ (Αλεξανδρούπολη), Κυρμιζάκης Δ (Βέροια),
Κυροδήμος Ε (Αθήνα), Κωνσταντινίδης Ι (Θεσσαλονίκη),
Μπαλατσούρας Δ (Αθήνα), Ναζάκης Σ (Πάτρα),
Νικολάου Α (Θεσσαλονίκη), Παπαχαραλάμους Γ (Αθήνα),
Πρίντζα Α (Θεσσαλονίκη), Προκοπάκης Ε (Ηράκλειο),
Πρώμος Ε (Χανιά), Σκουλάκης Χ (Λάρισα),
Τσακανίκος Μ (Αθήνα), Χατζιωάννου Ι (Λάρισα), Χειμώνα Θ (Χανιά)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

Κατωμιχελάκης Μ (Ιστοσελίδα - Ένταξη σε βάσεις
δεδομένων), Χατζιωάννου Ι, Χρυσοβέργης Α (Συλλογή
εργασιών), Καμπέρος Α (Διεθνής παρουσία - Δημόσιες
σχέσεις), Παπανικολάου Β (Συντονισμός κριτών)

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Βιτάη Βίκτωρ (Θεσσαλονίκη),
Κορρές Σταύρος (Αθήνα)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Bébér JP (France), Bacher C (Belgium), Bamiou D-E (UK),
Beasley N (UK), Boniver R (Belgium), Burdo S (Italy),
Coelho DH (USA), Dodson K (USA), Fliss D (Israel),
Georgalas C (Netherlands), Gevaert P (Belgium),
Gibson B (Australia), Gleeson MK (UK), Hamid M (USA),
Guner A (Turkey), Harries M (UK), Hellings P (Belgium),
Hesham N (Egypt), Hizalan I (Turkey), Howard D (UK),
Iro H (Germany), Katsantonis G (USA), Katsarkas A (Canada),
Kaytaz A (Turkey), Kountakis S (USA), Lopez-Escamez JA (Spain),
Lund M (Israel), Lund V (UK), Mantzopoulos K (Germany),
Milisavljevic D (Serbia), Minor L (USA), Onerci M (Turkey),
O'Connor AF (UK), O'Donoghue G (UK), Psychogios G (Germany),
Ramos A (Spain), Reiter R (USA), Rombaux P (Belgium),
Sanna M (Italy), Sama A (UK), Schick B (Germany),
Stankovic M (Serbia), Sterkers O (France), Uzun C (Turkey),
van Cauwenberge P (Belgium), Vannuchi P (Italy),
Zenk J (Germany), Zhang L (China)

ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Καστανιουδάκης Ιωάννης (Ιωάννινα),
Χειμώνα Θεογνωσία (Χανιά)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Γιωτάκης Ιωάννης (Αθήνα),
Μάρκου Κωνσταντίνος (Θεσσαλονίκη),
Μαρουδιάς Νικόλαος (Αθήνα),
Νικολόπουλος Θωμάς (Αθήνα)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Μπιζάκης Ι (Πρόεδρος),
Νταβίλης Δ (Αντιπρόεδρος),
Κεσίδου Ο (Γεν. Γραμματέας),
Χατζιωάννου Ι (Ειδ. Γραμματέας),
Χρυσοβέργης Α (Ταμίας),
Αηδόνης Ι, Βλάχτσος Κ, Καστανιουδάκης Ι, Παπαδάκης Χ (Μέλη)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Χρηστίδης Κ (Πρόεδρος)
Κυροδήμος Τ (Αντιπρόεδρος)
Χρυσοβέργης Α (Γεν. Γραμματέας)
Παπουλιάκος Σ (Ταμίας)
Παπαχαραλάμους Γ (Μέλος)
Βλάχου Σ (Μέλος)
Παπασπύρου Κ (Μέλος)

ΩΡΛ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μάρκου Κ (Πρόεδρος),
Κοτσάνη Α (Αντιπρόεδρος - Επικοινωνίες),
Σκούρας Α (Αντιπρόεδρος - Εκπαίδευση),
Τριαρίδης Σ (Γεν. Γραμματέας),
Αηδόνης Ι (Ειδ. Γραμματέας),
Βλάχτσος Κ (Ταμίας),
Μούτλιας Δ (Δημ. Σχέσεις)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΚΟΟΛΟΓΙΑΣ- ΝΕΥΡΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

Μπαλατσούρας Δ (Πρόεδρος),
Παπαδάκης Χ (Α' Αντιπρόεδρος),
Ψύλλης Γ (Β' Αντιπρόεδρος),
Μάρκου Κ (Γεν. Γραμματέας),
Ελευθεριάδου-Γκίκα Α (Ταμίας),
Μαρουδιάς Ν (Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων),
Ξενίδης Ι (Ειδ. Γραμματέας)



Published every three months by the Panhellenic Society of Otorhinolaryngology – Head & Neck Surgery, the Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society of Athens, the ORL Society of North Greece and the Panhellenic Medical Society of Otolology - Audiology - Neurootology

OWNER:

Panhellenic Society of
Otorhinolaryngology – Head & Neck Surgery
Velesinou 11, 11523 Athens
Tel.: +30 210 6435141, Fax: +30 210 6435141
Email: info@hellasorl.gr, Web: www.hellasorl.gr

PUBLISHER:

NIKO ADVERTISING A.E.
I. Dragoumi 46, 11528 Athens
Tel.: 210 7259083-5, Fax: 210 7259086

EDITORIAL BOARD:

Balatsouras D (Athens), Chimona T (Chania), Gkoritsa E (Tripolis), Hajioannou J (Larissa), Kaberos A (Athens), Katotomichelakis M (Alexandroupolis), Konstantinidis I (Thessaloniki), Kyrnizakis D (Veroia), Kyrodimos E (Athens), Naxakis S (Patras), Nikolaou A (Thessaloniki), Papacharalampous G (Athens), Printza A (Thessaloniki), Proimos E (Chania), Prokopakis E (Heraklion), Skoulakis C (Larissa), Triaridis S (Thessaloniki), Tsakanikos M (Athens), Vlachou S (Athens), Vlachtsis K (Thessaloniki)

SECTION EDITORS:

Katotomichelakis M (Indexing - Web site),
Chrysovergis A, Hajioannou J (Manuscript collection),
Kaberos A (International affairs - Public relations),
Papanikolaou V (Reviewer coordination)

HONORARY EDITORIAL MEMBERS:

Korres Stavros (Athens),
Vital Victor (Thessaloniki)

INTERNATIONAL ADVISORY EDITORIAL BOARD:

Bébéar JP (France), Bacher C (Belgium), Bamiou D-E (UK),
Beasley N (UK), Boniver R (Belgium), Burdo S (Italy),
Coelho DH (USA), Dodson K (USA), Fliss D (Israel),
Georgalas C (Netherlands), Gevaert P (Belgium),
Gibson B (Australia), Gleeson MK (UK), Hamid M (USA),
Guner A (Turkey), Harries M (UK), Hellings P (Belgium),
Hesham N (Egypt), Hizalan I (Turkey), Howard D (UK),
Iro H (Germany), Katsantonis G (USA), Katsarkas A (Canada),
Kaytaz A (Turkey), Kountakis S (USA), Lopez-Escamez JA (Spain),
Lund M (Israel), Lund V (UK), Mantzopoulos K (Germany),
Milisavljevic D (Serbia), Minor L (USA), Onerci M (Turkey),
O'Connor AF (UK), O'Donoghue G (UK), Psychogios G (Germany),
Ramos A (Spain), Reiter R (USA), Rombaux P (Belgium),
Sanna M (Italy), Sama A (UK), Schick B (Germany),
Stankovic M (Serbia), Sterkers O (France), Uzun C (Turkey),
van Cauwenberge P (Belgium), Vannuchi P (Italy),
Zenk J (Germany), Zhang L (China)

EDITORS-IN-CHIEF:

Kastanioudakis Ioannis (Ioannina),
Chimona Theognosia (Chania)

EDITORIAL COMMITTEE:

Yiotakis Ioannis (Athens),
Markou Konstantinos (Thessaloniki),
Maroudias Nikolaos (Athens),
Nikolopoulos Thomas (Athens)

**PANHELLENIC SOCIETY OF OTORHINOLARYNGOLOGY –
HEAD & NECK SURGERY**

Bizakis J (President),
Davilis D (Vice President),
Kesidou O (Secretary General),
Hajioannou J (Secretary Special),
Chrysovergis A (Treasurer),
Aidonis I, Vlachtsis K, Kastanioudakis I, Papadakis Ch (Members)

**OTORHINOLARYNGOLOGY – HEAD & NECK SURGERY
SOCIETY OF ATHENS**

Christidis K (President)
Kyrodimos T (Vice President)
Chrysovergis A (Secretary)
Papouliakos S (Treasurer)
Papacharalampous G (Member)
Vlachou S (Member)
Papasprou K (Member)

ORL SOCIETY OF NORTH GREECE

Markou K (President),
Kotsani A (Vice President - Communication),
Skouras A (Vice President - Education),
Triaridis S (Secretary General),
Aidonis I (Secretary Special),
Vlachtsis C (Treasurer),
Moutlias D (Public Relations)

**PANHELLENIC MEDICAL SOCIETY OF OTOTOLOGY -
AUDIOLOGY - NEUROOTOLOGY**

Balatsouras D (President),
Papadakis C (1st Vice President),
Psyllas G (2nd Vice President),
Markou K (Secretary General),
Eleftheriadou-Gika A (Treasurer),
Maroudias N (Public Relations),
Xenelis J (Secretary Special)

Η «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» δημοσιεύει ελληνικές και ξενόγλωσσες (στα Αγγλικά) εργασίες με αντικείμενο την Ωτορινολαρυγγολογία, τη Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου, την Ακοολογία, την Παιδο-Ωτορινολαρυγγολογία, τη Φωνιατρική και κάθε άρθρο που κρίνεται ότι έχει σχέση με την ΩΡΛ ειδικότητα. Αναλυτικότερα, δημοσιεύονται πρωτότυπες κλινικές ή ερευνητικές μελέτες, περιγραφές περιπτώσεων, ανασκοπήσεις, ειδικά άρθρα (ιατρονομικά θέματα, θέματα ψηφιακής τεχνολογίας και διαδικτύου), εκτεταμένες περιλήψεις διδακτορικών διατριβών και ενημερωτικά άρθρα (νέα της εταιρείας, θέματα εκπαίδευσης, θέματα δεοντολογίας, βήμα των ειδικευμένων, προσεχρή συνέδρια, βιβλιοπαρουσιάσεις, επιστολές προς τον Εκδότη).

Η υποβολή των άρθρων θα γίνεται με συνημμένα αρχεία σε E-mail, που θα αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση ενός εκ των δύο Διευθυντών Σύνταξης (dbalats@hotmail.com ή janconst@otenet.gr) ή με ταχυδρομική αποστολή CD στην διεύθυνση του Εκδοτικού Οίκου. Στην αποστολή θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα εξής αρχεία: η συνοδευτική επιστολή προς το Διευθυντή Σύνταξης, το αρχείο με το πλήρες κείμενο της εργασίας και από ένα ξεχωριστό αρχείο για κάθε Εικόνα (εάν υπάρχουν). Στη συνοδευτική επιστολή, πρέπει να δηλώνεται υπεύθυνα ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό και ότι όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν για τη δημοσίευση της.

Όλες οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση στο περιοδικό πρέπει να είναι γραμμένες σύμφωνα με τις οδηγίες για τους συγγραφείς που ακολουθούν, οι οποίες δημοσιεύονται σε κάθε τεύχος, καθώς και στην ιστοσελίδα του περιοδικού. Σε αντίθετη περίπτωση, επιστρέφονται προς διόρθωση στο συγγραφέα υπεύθυνο αλληλογραφίας, δίχως να υποβληθούν σε κρίση. Οι εργασίες κρίνονται από αρμόδια επιτροπή κριτών. Οι κριτές μπορούν να τις εγκρίνουν όπως έχουν, να προτείνουν διορθώσεις ή και να τις απορρίψουν, ενώ η τελική απόφαση για δημοσίευση λαμβάνεται από τους Διευθυντές Σύνταξης. Σε περίπτωση μελετών με εκτεταμένες στατιστικές αναλύσεις, οι Διευθυντές Σύνταξης διατηρούν το δικαίωμα να συμβουλευτούν στατιστικολόγο. Λεπτομέρειες για την διαδικασία κρίσεως περιλαμβάνονται στον κανονισμό λειτουργίας του περιοδικού, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα του. Οι εργασίες που εγκρίνονται προς δημοσίευση θα δημοσιεύονται κατά χρονολογική σειρά, με προτεραιότητα στις ερευνητικές εργασίες.

Προετοιμασία της εργασίας. Οι εργασίες θα πρέπει να γράφονται με το πρόγραμμα κειμενογράφου Word της Microsoft. Τα περιθώρια των σελίδων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2.5 cm και το διάστημα των σειρών διπλό. Το μέγεθος των γραμματοσειρών πρέπει να είναι 10-12 pt και να χρησιμοποιούνται Times New Roman ή Arial. Οι σελίδες θα πρέπει να αριθμούνται διαδοχικά στο άνω δεξιό περιθώριο τους, αρχίζοντας από την σελίδα του τίτλου. Οι συντηρήσεις θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο και να επεξηγούνται την πρώτη φορά που εμφανίζονται στο κείμενο.

Κάθε άρθρο πρέπει να αποτελείται από: Σελίδα τίτλου, Δομημένη Περιλήψη και Αγγλικό abstract, Κείμενο (Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συζήτηση), Βιβλιογραφία, Πίνακες και Υπότιτλο Εικόνων. Σε περιγραφή περιστατικού τα τμήματα «Υλικό και μέθοδοι» και «Αποτελέσματα» θα αντικαθίστανται από το τμήμα «Περιγραφή περιστατικού». Στις ανασκοπήσεις θα υπάρχουν επί μέρους τμήματα με επικεφαλίδες, ανάλογα με το περιεχόμενο.

Σελίδα τίτλου. Πρέπει να περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, ο οποίος πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός, τα ονόματα των συγγραφέων, τα Ιδρύματα και τον χώρο εργασίας των συγγραφέων, ένα συντομευμένο τίτλο και το όνομα με την πλήρη διεύθυνση του συγγραφέα που θα είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία (με τηλέφωνο και e-mail).

Περίληψη. Πρέπει να περιλαμβάνει τα κύρια σημεία του άρθρου, να μην υπερβαίνει τις 250 λέξεις και να είναι δομημένη για τις ερευνητικές εργασίες σε 4 μέρη, «Εισαγωγή», «Υλικό και μέθοδοι», «Αποτελέσματα» και «Συμπεράσματα». Οι περιγραφές πε-

ριστατικού περιλαμβάνουν «Εισαγωγή», «Περιγραφή περιστατικού» και «Συμπεράσματα», ενώ οι ανασκοπήσεις περιλαμβάνουν «Εισαγωγή», «Κύρια ευρήματα» και «Συμπεράσματα». Περιλήψεις για περιγραφές περιστατικών δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 200 λέξεις. Αμέσως μετά την περίληψη, θα πρέπει να αναγράφονται 3-6 λέξεις κλειδιά. Τα Ελληνικά άρθρα θα συνοδεύονται από εκτεταμένη δομημένη περίληψη στα Αγγλικά (200-500 λέξεις), η οποία θα περιλαμβάνει επιπλέον αγγλική μετάφραση του τίτλου της εργασίας, των επωνύμων και των ονομάτων των συγγραφέων, των ιδρυμάτων και των λέξεων-κλειδιών. Για εργασίες που υποβάλλονται στα Αγγλικά, η μετάφραση της περιλήψης στην Ελληνική θα πραγματοποιείται από μέλη της Συντακτικής Επιτροπής. Σε μικρού μεγέθους εργασίες, όπως σχόλια, κούιζ, επιστολές κ.ά. δεν απαιτείται περίληψη.

Κείμενο. Πρέπει να περιλαμβάνονται Εισαγωγή, Υλικό και μέθοδοι, Αποτελέσματα (με στατιστική ανάλυση όπου είναι αναγκαία) και Συζήτηση. Οι περιγραφές περιστατικών συνήθως πρέπει να περιλαμβάνουν Εισαγωγή, Περιγραφή περιστατικού και σύντομη Συζήτηση. Σε όλες τις περιπτώσεις η Συζήτηση θα πρέπει να εστιάζεται στη συσχέτιση με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές θα καταχωρούνται στο κείμενο με Αραβικούς αριθμούς υπό μορφή εκθέτη, η δε αριθμηση θα γίνεται διαδοχικά, με την σειρά που οι παραπομπές αναφέρονται για πρώτη φορά. Στο τέλος του κειμένου θα παρουσιάζεται κατάλογος των παραπομπών αριθμημένων στη σειρά, βάσει του αριθμού καταχωρήσεώς τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Κάθε παραπομπή θα περιέχει τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων (εάν ο αριθμός των υπερβαίνει τους 6, αναγράφονται μόνον οι πρώτοι 6, ακολουθούμενοι από et al.), τον τίτλο της δημοσίευσης, το περιοδικό όπου δημοσιεύτηκε με σύντμηση σύμφωνα με τον Index Medicus, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού (δεν αναγράφεται το τεύχος του περιοδικού) και ο αριθμός της πρώτης και τελευταίας σελίδας.

Παράδειγμα: Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 119:425-6.

Για τα βιβλία και τις μονογραφίες πρέπει να σημειώνονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων και εκδοτών, ο τίτλος (και ο τόμος εάν υπάρχει), η έκδοση, ο τόπος της έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, το έτος της έκδοσης και οι σελίδες.

Παράδειγμα: Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8.

Παράδειγμα παραπομπής σε κεφάλαιο βιβλίου: Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62.

Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια των βιβλιογραφικών και παρακαλούνται να τηρούν σχολαστικά τις οδηγίες για τη βιβλιογραφία, διαφορετικά το άρθρο θα επιστρέφεται άμεσα προς διόρθωση.

Πίνακες. Θα πρέπει να έχουν διπλό διάστημα, ένα σύντομο τίτλο ως επικεφαλίδα, να αριθμούνται με Αραβικούς αριθμούς διαδοχικά (Πίνακας 1, 2, κλπ) και να αναφέρονται στο κείμενο ως Πίνακας 1, Πίνακας 2 κλπ. Οι πίνακες πρέπει να φέρουν μόνον οριζόντιες και όχι κάθετες γραμμές και να μην επαναλαμβάνουν πληροφορίες που υπάρχουν και στο κείμενο. Τυχόν επεξηγήσεις συμβόλων θα περιλαμβάνονται σε υποσημείωση στο τέλος του Πίνακα.

Υπότιτλο Εικόνων. Ένας κατάλογος των υποτίτλων των εικόνων υποβάλλεται χωριστά, κάθε δε υπότιτλος θα πρέπει να περιλαμβάνει μια σύντομη και σαφή επεξήγηση για κάθε διάγραμμα ή φωτογραφία. Η αναφορά των εικόνων στο κείμενο θα πρέπει να γίνεται με Αραβικούς αριθμούς (π.χ. Εικ. 3) και σύμφωνα με την σειρά εμφάνισής τους.

Εικόνες. Θα πρέπει να αποστέλλονται σε ξεχωριστά αρχεία, τύπου tiff, bmp ή jpg, ανάλυσης τουλάχιστον 300 dpi, ή και να ενσωματώνονται σε αρχείο word (τύπου doc), ιδίως εάν πρόκειται για διαγράμματα. Το μέγεθός τους πρέπει να είναι τουλάχιστον όσο το πλάτος μιας στήλης του περιοδικού (περίπου 7 cm) ή να

προσεγγίζει το πλάτος της σελίδας. Εγχρωμες φωτογραφίες είναι αποδεκτές, αλλά όταν κρίνεται αναγκαίο θα μετατρέπονται σε ασπρόμαυρες. Εάν τα αρχεία με τις εικόνες είναι μεγάλου μεγέθους (άνω των 8 MB), θα πρέπει να στέλνεται αρχικά μια συμπίεσμένη μορφή τους σε χαμηλότερη ανάλυση ή να αποστέλλονται ταχυδρομικά με CD.

Ηθική μέριμνα. Η πολιτική του περιοδικού ακολουθεί τις αρχές της Διεθνούς Επιτροπής Διευθυντών Σύνταξης Ιατρικών Περιοδικών (ICMJE), οι οποίες είναι διαθέσιμες σαν αρχείο pdf στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

Κριτήρια χαρακτηρισμού συγγραφέων. Η «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» αποδέχεται ως κριτήρια χαρακτηρισμού ως συγγραφέων, αυτά που προτείνει η ICMJE, ήτοι: 1. Σύλληψη και σχεδιασμός της μελέτης ή ανάλυση των δεδομένων της. 2. Προσχεδίαση ή κριτική θεώρηση του περιεχομένου της μελέτης, η οποία έχει υποβληθεί προς δημοσίευση. 3. Τελική έγκριση της μορφής της μελέτης η οποία έχει εγκριθεί προς δημοσίευση. Σε όσους έχουν συμβάλει μέν στην μελέτη, αλλά δεν πληρούν τα ανωτέρω κριτήρια συγγραφής, θα πρέπει να αποδίδονται ευχαριστίες στο τέλος του άρθρου.

Συνείσηση κατόπιν ενημέρωσης. Για πειραματικές μελέτες ανθρώπων, στο τμήμα των «Μεθόδων» θα πρέπει να αναφερθεί η έγκριση της μελέτης από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Ιδρύματος. Σε περιπτώσεις μη λειτουργίας τέτοιας επιτροπής θα πρέπει να ακολουθούνται οι αρχές της Διεκκήρυξης του Ελσίνκι. Στο τμήμα των «Μεθόδων» θα πρέπει να προσδιορίζεται η διαδικασία επίτευξης της συνείσησης κατόπιν ενημέρωσης από τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Οι ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα της ανωνυμίας, το οποίο δεν πρέπει να παραβιάζεται. Πληροφορίες, όπως το όνομα ή φωτογραφίες του ασθενούς, δεν πρέπει να υποβάλλονται άνευ γραπτής ενημέρωσης και συνείσησης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει διαθέσιμη φόρμα έγγραφης συνείσησης κατόπιν ενημέρωσης στην ιστοσελίδα του περιοδικού, η οποία μπορεί να υποβληθεί, μαζί με το χειρόγραφο.

Δημοσιοποίηση οικονομικών πληροφοριών και δυνητική σύγκρουση συμφερόντων. Στο τέλος του χειρογράφου, όλοι οι συγγραφείς θα πρέπει να αποκαλύψουν όλες τις οικονομικές σχέσεις για το χειρόγραφο τους και για την μελέτη. Θα πρέπει να καταχωρηθούν οποιαδήποτε οικονομικά ενδιαφέροντα μπορεί να έχουν οι συγγραφείς σε εταιρείες ή άλλες οντότητες, όπως υποτροφίες, συμβουλευτικά όργανα, υπαλληλία, συμβουλευτικός ρόλος, συμβόλαια κλπ. Εάν οι συγγραφείς δεν έχουν σχετικά οικονομικά ενδιαφέροντα θα πρέπει να γράψουν «όχι». Επιπροσθέτως, θα πρέπει να συμπληρωθεί και να αποστείλει υπογεγραμμένη από όλους τους συγγραφείς η φόρμα αποκάλυψης δυνητικής σύγκρουσης συμφερόντων της ICMJE, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του περιοδικού.

Διορθώσεις. Προ της δημοσίευσής θα στέλνεται στον υπεύθυνο αλληλογραφίας e-mail με την τελική μορφή της εργασίας σε μορφή pdf, για τυχόν διορθώσεις, οι οποίες πρέπει να επιστραφούν εντός 7 ημερών. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια της δημοσιευμένης εργασίας. Η εργασία αφού δημοσιευθεί, θα είναι ελεύθερα διαθέσιμη online στο site του περιοδικού.

Οι συγγραφείς που υποβάλλουν εργασίες το κάνουν αντιλαμβανόμενοι ότι εάν η εργασία τους γίνει αποδεκτή προς δημοσίευση, τα πνευματικά δικαιώματα του άρθρου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της αναπαραγωγής του σε όλες τις μορφές και όλα τα μέσα, θα αποδοθούν αποκλειστικά στην «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία». Η Πανελλήνια Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για τυχόν σφάλματα ή συνέπειες που επέρχονται κατόπιν χρήσεως πληροφοριών που περιέχονται στο περιοδικό αυτό. Οι απόψεις και γνώμες που εκφράζονται δεν απηχούν κατ' ανάγκην εκείνες της Πανελλήνιας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου, ούτε η δημοσίευση δι-αφημίσεων συνιστά αποδοχή των προϊόντων που διαφημίζονται από την Πανελλήνια Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας.

Hellenic Otorhinolaryngology will consider for publication Greek and English original papers, covering all aspects of otorhinolaryngology, head and neck surgery, audiology, pediatric otorhinolaryngology, speech and language pathology, phoniatry and related specialties. Specifically, in the journal there may be published original reports, case reports, reviews, special papers (medico-legal issues, digital technology and Internet issues), extended abstracts of PhD dissertations and informative articles (Panhellenic Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery news, educational issues, ethics, resident page, conferences, book reviews and letters to the Editor). Manuscripts should be submitted either electronically to the e-mail address of an Editor-in-Chief (dbalats@hotmail.com or janconst@otenet.gr) or by mailing a CD at the address of the Publishing Company. The following files should be included: a covering letter to the Editor-in-Chief, a file with the full text of the manuscript and a separate file for each Figure. In the covering letter it should be declared that the manuscript has not been previously published in any national or international journal and that all the authors have approved the paper.

All the submitted manuscripts must adhere to the following instructions, which are included in each issue of the journal and on its web site. Otherwise, the manuscripts will be returned to the corresponding author for revision before undergoing peer review. All manuscripts are subject to the review process. Reviewers may approve, make suggestions, or reject the manuscripts, and the final decision concerning acceptance or rejection will be made by the Editors-in-Chief. In case of studies with extensive statistical analyses, the Editors-in-Chief may consult a statistician. Details of the reviewing process are included in the section of the Editorial Policies of the Journal available on its web site. Accepted papers will be published in chronological order, with higher priority given to research papers.

Preparation of manuscripts: All manuscripts should be prepared in Microsoft Word, typed double-spaced with ample margins (2.5cm), using Times New Roman or Arial fonts, with a size of 10-12 pt. Pages should be numbered starting from the title page, with the page number on right top of each page. Avoid uncommon or unnecessary abbreviations in the text; when they must be used, spell terms out in full at first appearance, followed by the abbreviation in parentheses.

Papers should be structured as follows: title page, structured abstract, text (introduction, patients and methods, results, discussion), references, tables, and figure legends. When a case report is submitted, the sections "Material and Methods" and "Results" should be replaced by the description of the case ("Case Report" section). Reviews may be divided into several sections with headings, according to their content.

Title Page: The title page should include the full title of the paper, a running title, the authors' names and their affiliations, and the name and contact details of the corresponding author.

Abstract: The abstract should be informative and not descriptive. An abstract for an original article should not exceed 250 words and should be structured into four paragraphs: (1) Introduction, (2) Material and Methods, (3) Results and (4) Conclusions. Case reports should include (1) Introduction, (2) Case report and (3) Conclusions, whereas reviews should include (1) Introduction, (2) Main findings and (3) Conclusions. Abstracts for case reports should not exceed 200 words. Following the abstract, 3-6 keywords should be given for subject indexing.

Articles in Greek should be accompanied by an extended structured abstract in English (200-500 words), including also English translation of the title of the paper, the authors with their affiliations and the keywords. For articles submitted in English, a translated abstract in Greek will be provided by the Editorial Board. Abstract is not needed in brief articles, such as commentaries, quiz, letters, etc.

Text: Main articles should contain the following headings: Introduction, Materials and methods, Results (including statistical

analysis) and Discussion. Case Reports and other submissions should normally comprise Introduction, Case report and a brief Discussion. In all cases the Discussion should clearly indicate how the reported work fits with the current body of world literature.

References: References in the text must be numbered consecutively with superscript in the order in which they are first mentioned and should be listed at the end of the paper (Vancouver system). References must include: names and initials of all authors (when more than six, give the first six followed by et al.); the title of the paper; the journal title abbreviated as in Index Medicus; year of publication; volume number; first and last page numbers. References to books should give the author(s)/editor(s), book title, edition, place of publication, publisher, year and pages. References should be quoted as follows:

- **Journal:** Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:425-6.
- **Book:** Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8.
- **Chapter:** Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62.

The responsibility of checking references rests with the author.

Tables: Data in the tables should be typed with double spacing, provided with a heading, numbered in sequence in Arabic numerals (Table 1, 2, etc.), and referred to in the text as Table 1, Table 2, etc. To draw a table, the use of horizontal lines and not vertical is suggested. Data in tables should supplement, not duplicate, information provided in the text. Any abbreviations should be defined in table footnotes.

Figure Legends: A list of legends for the figures should be submitted on a separate page, and should make interpretation possible without reference to the text. References to figures should be by Arabic numerals (e.g. Fig. 3) and they should be numbered in order of appearance.

Figures: Illustrations or photographs should be submitted as separate files either as TIFF, BMP or JPG and should have a minimum resolution of 300 dpi or may be embedded in a Word file, especially for line art graphics. Images should be sized to fit the width of a column or page in the journal. Color photographs are accepted but they may be converted in black and white for publication. If the size of the file exceeds 8 MB, they should either be compressed in a lower resolution for the reviewing process or mailed in a CD.

Ethical concerns: The journal's policy follows the principles of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), which are available as a pdf file on the website of the journal.

Criteria of authorship: The "Hellenic Otorhinolaryngology" insists that all authors are truly qualified to be listed as such according to the following criteria established by the ICMJE: (1) Conception and design of project or analysis of the manuscript data; (2) Drafting or critically revising the content of the manuscript submitted for publication, and; (3) Giving final approval of the version to be published. Others who have contributed to the work but are not qualified to be authors should be "acknowledged" at the end of the article.

Informed Consent: For experimental investigations of human subjects, state in the "Methods" section of the manuscript that the appropriate institutional review board approved the project. For those investigators who do not have formal ethics review committees (institutional or regional), the principles outlined in the Declaration of Helsinki should be followed. Specify in the "Methods" section the manner in which consent was obtained from all human subjects. Patients have a right to privacy that should not be violated. Information, such as the name or photographs of the patients, should not be submitted until written informed consent has been provided. In this case, a Patient Consent Form is available on the journal's website, which can be submitted with the manuscript.

Financial disclosure information and potential conflicts of interest.

In the end of the manuscript, all authors must disclose all financial relationships for their manuscript and work. Any financial interests the authors may have in companies or other entities must be cited, such as grants, advisory boards, employment, consultancies, contracts, etc. If the authors disclose no conflicts of interest, please write "none." Additionally, the form for disclosure of potential conflicts of interest, according to ICMJE and available on the website of the journal, should be completed and returned, signed by all authors.

Proofs: Proofs will be sent to the corresponding author as a PDF file and corrections should be returned electronically within 7 days. The authors are responsible for the integrity of the published work. Following publication, the paper will be available on the web site of the journal.

Authors submitting manuscripts do so with the understanding that if their work is accepted for publication, copyright of the article, including the right to reproduce the article in all forms and media, shall be assigned exclusively to "Hellenic Otorhinolaryngology". The Panhellenic Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery cannot be held responsible for errors or any consequences arising from the use of information contained in this journal; the views and opinions expressed do not necessarily reflect those of the Panhellenic Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery, neither does the publication of advertisements constitute any endorsement by the Panhellenic Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery, of the products advertised.

SUBMISSION CHECKLIST

Please, check the following list before submission:

- Corresponding author with full postal address, E-mail address and phone number.
- Title, author names, institutions and abstract, both in Greek and English.
- Structured abstract with keywords and running head.
- All necessary files have been included (text, figures, letter to the Editor).
- All figures have captions, have proper analysis and are referred in the text.
- All tables are referred in the text and have titles and footnotes (if necessary).
- Create tables in Microsoft Word separately and do not paste them into word as images.
- References must be in the correct format (cite references consecutively using superscript numerals).
- Confirm the accuracy of reference information.
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa.
- Provide evidence that all the ethical concerns of this journal have been followed.

ΣΗΜΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακαλούμε, ελέγξτε τα εξής σημεία κατά την υποβολή:

- Υπεύθυνος αλληλογραφίας με διεύθυνση, E-mail και τηλέφωνο.
- Τίτλος, ονόματα συγγραφέων, ιδρυμάτων και περίληψη στα Ελληνικά και Αγγλικά.
- Δομημένη περίληψη με λέξεις-κλειδιά και σύντομο τίτλο.
- Περιλαμβάνονται όλα τα αναγκαία αρχεία (κείμενο, εικόνες, γράμμα προς τον Διευθυντή Σύνταξης).
- Όλες οι εικόνες έχουν υποτίτλους, επαρκή ανάλυση και αναφέρονται στο κείμενο.
- Όλοι οι πίνακες αναφέρονται στο κείμενο, έχουν τίτλους και υποσημειώσεις (εάν χρειάζονται).
- Οι Πίνακες έχουν δημιουργηθεί ξεχωριστά στο Microsoft Word και δεν εντάσσονται στο κείμενο σαν εικόνες.
- Οι αναφορές πρέπει να έχουν την σωστή μορφή και να αναφέρονται διαδοχικά αριθμητικά στο κείμενο με εκθέτες.
- Βεβαιωθείτε για την ακρίβεια των αναφορών.
- Όλες οι αναφορές που περιλαμβάνονται στον κατάλογο πρέπει να μνημονεύονται στο κείμενο και αντιστοίχως.
- Αποδεικτικό υλικό για την συμμόρφωση προς τους κανόνες δεοντολογίας του περιοδικού.

Περιεχόμενα

Από τη Σύνταξη	8
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
18ο Σεμινάριο της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας & 15ο Σεμινάριο ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ροχχοπαθειών	9
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Κωνσταντινίδης Ιωάννης	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟ	
Θεόδωρος Δημητριάδης και Παναγιώτης Νασούφης: Δύο κορυφαίοι της Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας	11
Αθανασιάδης-Σισμάνης Αριστείδης	
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	
Συσχέτιση της λοίμωξης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων με θηλωματώδεις, προκαρκινικές και καρκινικές βλάβες του λάρυγγα.	20
Λιανού Δ. Αικατερίνη, Γκρέπη Γ. Κωνσταντίνα, Καστανιουδάκης Γ. Ιωάννης	
Η προγνωστική αξία των χειρουργικών ορίων μετά από διαστοματική laser CO₂ μικροχειρουργική για την αντιμετώπιση του πρώιμου καρκίνου του λάρυγγα	24
Δουλαπτή Μαρία, Καρατζάνης Αλέξανδρος, Προκοπάκης Εμμανουήλ, Βελεγράκης Στυλιανός, Βελεγράκης Γεώργιος	
HOW I DO IT	
Συρραφή της μέσης ρινικής κόγχης στο ρινικό διάφραγμα μετά την ενδοσκοπική χειρουργική	30
Τερζής Τιμολέων	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	
Συνέντευξη με τον Καθηγητή Ιωάννη Γιωτάκη	33
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Χειμώνα Θεογνωσία	
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	
Αντιμετώπιση στενώσεων τραχείας με χρήση τελικο-τελικής αναστόμωσης. Παρουσίαση τριών περιστατικών	36
Κοραής Χρήστος, Καλογρίτσας Νικόλαος, Μπλιούμη Αναστασία, Χατζηγιάννου Ιωάννης, Μπιζάκης Ιωάννης	
Αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα σε ενήλικα. Παρουσίαση περιστατικού	40
Πουτογλίδης Αλέξανδρος, Μιχαηλίδου Βασιλική, Τζιόλα Μαρία, Ακριτίδου Ηλέκτρα, Τζιόλας Πέτρος, Κοκκίνου Βασιλική, Γρηγοριάδης Γεώργιος	
Σύνδρομο Gradenigo: παρουσίαση περιστατικού	43
Δινάκη Κωνσταντίνα, Ρίζου Αικατερίνη, Ξάνθου Ιωάννα, Ιερειδίου Φωτεινή, Ψύλλας Γεώργιος, Κωνσταντινίδης Ιωάννης	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED	
Προοπτική μελέτη επί των αποτελεσμάτων της διάνοιξης του σφηνοειδούς κόλπου με τη μέθοδο του τρυπανισμού	47
Thibaut Van Zele, Bauke Pauwels, Frank Dewaele, Philippe Gevaert, Claus Bachert	
Σύγκριση θεραπευτικού αποτελέσματος συστηματικής, ενδοτυμpanικής και συνδυασμένης χορήγησης στεροειδών στην πρωταρχική θεραπεία της ιδιοπαθούς αιφνίδιας απώλειας ακοής	48
Μιχάλης Τσουνής, Γεώργιος Ψύλλας, Μιλτιάδης Τσαλιγόπουλος, Βίκτωρ Βιτάλ, Νικόλαος Μαρουδιάς, Κωνσταντίνος Μάρκου.	

Contents

From the Editorial Desk	8
NEWS ROUND	
18o Seminar of Greek Rhinologic Society, 15o Seminar of Greek Society of ENT Allergy, Immunology and Ronchopathies	9
Kastanioudakis Ioannis, Constantinidis John	
HISTORICAL ARTICLE	
Theodoros Dimitriades and Panagiotis Nasoufis: two leaders of otolaryngology in Greece	11
Athanasiaides -Sismanis Aristides	
ORIGINAL ARTICLE	
Association of HPV infection in patients with papillary, precancerous and cancerous laryngeal lesions: a pilot study	20
Lianou D. Aikaterini, Gkrepi G. Konstantina, Kastanioudakis G. Ioannis	
Assessing the prognostic significance of surgical margins following laser excision of early-stage glottic carcinoma	24
Doulaptsi Maria, Karatzanis Alexander, Prokopakis Emmanuel, Velegrakis Stylianos, Velegrakis George	
HOW I DO IT	
Conchopexy suture after endoscopic sinus surgery	30
Timoleon Terzis	
INTERVIEW	
Interview with Professor Ioannis Giotakis	33
Kastanioudakis Ioannis, Chimona Theognosia	
CASE REPORT	
Tracheal reconstruction by end-to-end anastomosis in tracheal stenosis. Report of 3 cases	36
Korais Christos, Kalogritsas Nikolaos, Blioumi Anastasia, Hajioannou John, Bizakis John	
Bilateral peritonsillar abscess in an adult. Report of a case	40
Poutoglidis Alexandros, Michailidou Vasiliki, Tziola Maria, Akritidou Helektra, Tziolas Petros, Kokkinou Vasiliki, Grigoriadis Georgios	
Gradenigo syndrome: presentation incident	43
Dinaki Konstantina, Rizou Aikaterini, Xanthou Ioanna, Ieridou Foteini, Psillas Georgios, Konstantinidis Ioannis	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Prospective study on the outcome of the sphenoid drill out procedure. Review of the literature	47
Thibaut Van Zele, Bauke Pauwels, Frank Dewaele, Philippe Gevaert, Claus Bachert	
Systemic, intratympanic and combined administration of steroids for sudden hearing loss. A prospective randomized multicenter trial. Review of the literature	48
Michael Tsounis, George Psillas, Miltiadis Tsalighopoulos, Victor Vital, Nicolas Maroudias, Konstantinos Markou	

Από την Σύntαξη

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Μετά από τις αρχαιρεσίες κατά τη διάρκεια του 19ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ωτορινολαρυγγολογίας, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου που έλαβε χώρα στην Αθήνα το Νοέμβριο του 2017, προέκυψε το νέο Δ.Σ της Πανελληνίας Εταιρείας με Πρόεδρο τον καθηγητή κ. Ιωάννη Μπιζάκη. Το Δ.Σ με απόφασή του στις 28 Μαρτίου του 2018, όρισε τους δύο νέους Διευθυντές Σύntαξης του Περιοδικού της Πανελληνίας Εταιρείας στη θέση των απερχόμενων κ.κ. Μπαλατσούρα Δημήτρη και Τριαρίδη Στέφανου. Τέλος, μετά από τις απαραίτητες ενέργειες για την επιλογή του εκδοτικού οίκου, υπογράφηκε η σύμβαση για το περιοδικό «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» στις 20 Ιουνίου του 2018.

Ως διευθυντές σύntαξης αναλαμβάνουμε το περιοδικό της Πανελληνίας Ωτορινολαρυγγολογικής Εταιρείας, σε μια χρονική περίοδο με πολλήs δυσκολίες που αφορούν τόσο το επιστημονικό περιεχόμενό του, όσο και την έκδοσή του, όπως αναλυτικά εξήγησε και περιέγραψε στην αποχαιρετιστήρια επιστολή του ο κ. Δημήτριος Μπαλατσούρας.

Καλούμε λοιπόν όλους τους Έλληνες Ωτορινολαρυγγολόγους αλλά και συναδέλφους συναφών ειδικοτήτων, από όποια θέση και αν κατέχουν στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, να συμβάλουν στο έργο μας, έστω και από λίγο ο καθένας για τη διατήρηση και, γιατί όχι, αναβάθμιση του περιοδικού «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία». Είναι το δικό σας περιοδικό και σίγουρα “όλοι μαζί μπορούμε”. Σε αντίθετη περίπτωση μεμονωμένες προσπάθειες λίγων αξιόλογων προσώπων ή κλινικών είναι καταδικασμένες εκ των προτέρων σε αποτυχία.

Πρέπει να τονίσουμε ότι ο στόχος της δημοσίευσης εργασιών στην «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» δεν είναι ο ανταγωνισμός ή ο εντυπωσιασμός, αλλά η μετάδοση γνώσης και η επιστημονική γνωριμία των μελών της κοινότητάς μας με γνώμονα την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών μας.

Ήδη από το πρώτο διηλδο τεύχος, θα παρατηρήσετε μια προσπάθεια ανανέωσης της ύλης του περιοδικού, το οποίο εκτός από ερευνητικές εργασίες, ανασκοπήσεις, ιστορικά άρθρα και case reports θα περιλαμβάνει νέες ενότητες, όπως συνεντεύξεις από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους συναδέλφους, περιγραφή σύγχρονων τεχνικών με τον τίτλο “How I do it”, επικαιρότητα, σχολιασμό επιλεγμένων άρθρων από το pub med και άλλα.

Θα ήταν παράλειψη από μέρους μας, να μην ευχαριστήσουμε θερμά τους δύο απερχόμενους διευθυντές σύntαξης για την πολύ μεγάλη και κοπιώδη προσφορά τους προς το περιοδικό της Πανελληνίας Ωτορινολαρυγγολογικής Εταιρείας. Ήταν αυτοί που κράτησαν το περιοδικό ζωντανό σε μια πολύ δύσκολη εκδοτικά χρονική περίοδο. Δημήτρη και Στέφανε σας θέλουμε κοντά μας για να μπορέσουμε να συνεχίσουμε με επιτυχία το έργο σας.

Ευχαριστούμε επίσης, τον εκδότη μας κ. Νικόλαο Τζιγκουνάκη, για την μέχρι τώρα προσπάθειά του και προσδοκούμε σε μια δημιουργική συνεργασία.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Οι Διευθυντές Σύntαξης

Γιάννης Καστανιουδάκης
Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Κλινικής ΠΓΝΙ

Θεογνωσία Χειμών
Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Καστανιουδάκης Ιωάννης
(Καθηγητής ΩΡΛ,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων),
Κωνσταντινίδης Ιωάννης
(Καθηγητής ΩΡΛ, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Πρόεδρος του Σεμιναρίου)

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

18ο Σεμινάριο της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας & 15ο Σεμινάριο ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ροχχοπαθειών.

Τόπος Σεμιναρίου: Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο Makedonia Palace.

Ημερομηνίες Διεξαγωγής Σεμιναρίου: 17 Μαΐου - 20 Μαΐου 2018.

Γλώσσα Σεμιναρίου: Ελληνική.



Εικ.1. Ξενοδοχείο Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη.



Εικ. 2. Αίθουσα Ανατομείου, (Έδρα Ανατομίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Καθηγητής Νάσης Κωνσταντίνος)



Εικ. 3. Οι καθηγητές Νάσης Κωνσταντίνος και Κωνσταντινίδης Ιωάννης, (Πρόεδρος του Σεμιναρίου), στην αίθουσα του Ανατομείου όπου έγιναν τα δύο Hands on Courses.

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με την αναμενόμενη επιτυχία ολοκληρώθηκαν οι εργασίες του 18ου Σεμιναρίου της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας & 15ου Σεμιναρίου ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ροχχοπαθειών, στο πλήρως ανακαινισμένο ξενοδοχείο Makedonia Palace στη Θεσσαλονίκη. (Εικ.1).

Οι συμμετέχοντες σύνεδροι είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν: 8 Στρογγυλές Τράπεζες (Round Tables), 2 Μικρά Σεμινάρια (Mini Seminars), 2 Δορυφορικές Διαλέξεις (Satellite Lectures), 1 Διάλεξη (Lecture), καθώς επίσης 1 Παρουσίαση Βίντεο – Πώς το κάνω και γιατί; (Video Session – How I do it and why?), 1 Πρακτικό Σεμινάριο (Workshop) και 1 Εργαστήριο Ροχχοπαθειών (Mini Course).

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του Σεμιναρίου διεξήχθησαν 2 Hands on Courses, στα οποία οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στην ενδοσκοπική χειρουργική ρινός-παραρρινίων κόλπων και στη ρινοπλαστική σε νωπά παρασκευάσματα, μέσω της χρήσης συστήματος πλοήγησης και πλήρους χειρουργικού εξοπλισμού.

Το επιστημονικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε με την παράλληλη παρουσίαση 32 ελευθέρων ανακοινώσεων και 24 E-Posters.

Το Σεμινάριο αξιολογήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 29 μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME Credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης.

Το Σεμινάριο παρακολούθησαν συνολικά 389 σύνεδροι.

Οι προσκεκλημένοι ομιλητές προέρχονταν από 7 χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία, Αγγλία, Ιράν, Ιταλία, Σουηδία, Γερμανία).

Η άσκηση στα νωπά παρασκευάσματα, (Cadaver dissection), πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη επιτυχία στις εξαιρετικές εγκαταστάσεις του Ανατομείου της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου



Εικ. 4. Οι καθηγητές Κωνσταντινίδης Ιωάννης και Μαραγκουδάκης Παύλος στο Hands on Course της ρινοπλαστικής, όπου για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε η κάμερα Vitom.



Εικ.5. Ξένοι προσκεκλημένοι ομιλητές: V. Lund (UK), W. Fokkens (Netherlands), A. Schreiber (Italy).



Εικ. 7. Σύεδροι. Διακρίνονται εξ αριστερών προς τα δεξιά οι: Ψυχογιός Γεώργιος, Μάρκου Κωνσταντίνος, Γιωτάκης Ιωάννης, Καστανιουδάκης Ιωάννης και Κωνσταντινίδης Ιωάννης.



Εικ. 8. Σύεδροι. Διακρίνονται εξ αριστερών προς τα δεξιά οι: Κόντζογλου Γεώργιος, Κυρμιζάκης Διονύσιος, Μπούρας Νικόλαος, Τσινασλανίδου Ζηνοβία, Αηδόνης Ιωάννης, Μέγας Ιωάννης και Κωνσταντινίδης Ιωάννης.

Πανεπιστημίου, χώρος που παραχωρήθηκε από τον Καθηγητή Ανατομίας κ. Κωνσταντίνο Νάτση (Εδρα Ανατομίας). (Εικ. 2-3).

Σ' αυτό συνέβαλε η άρτια διοργάνωση, η ποιότητα των νωπών παρασκευασμάτων, η επάρκεια του υλικοτεχνικού εξοπλισμού και των εργαλείων από τις Εταιρείες Getre Med και Storz και ο επαρκής αριθμός των ήλιαν αξιόλογων επιστημονικά εκπαιδευτών, καθώς για κάθε εκπαιδευόμενο υπήρχε ένας εκπαιδευτής.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε στην παρασκευή της ρινός στην ρινοπλαστική κάμερα Vitom για την αναμετάδοση της εικόνας σε οθόνη, με στόχο την καλύτερη κατανόηση βήμα προς βήμα όλων των χειρουργικών χρόνων. (Εικ. 4.)

Για πολλούς ήταν το καλύτερο Course ρινοχειρουργικής που έχει γίνει στην πατρίδα μας. Από τις ομιλίες ξεχώρισε ο μεγάλος αριθμός ελευθέρων ανακοινώσεων, (32) και το πολύ καλό επίπεδο των ειδικευμένων στις παρουσιάσεις.

Ψεχώρισαν επίσης οι στρογγυλές τράπεζες βήμα προς βήμα και βίντεο παρουσιάσεων διαφόρων επεμβάσεων, η συνάντηση με τους ειδικούς για δύσκολα προβλήματα χειρουργικής παραρρινίων κόλπων και βάσεως του κρανίου, καθώς και η μεγάλη συμμετοχή την Κυριακή το πρωί και μέχρι τη λήξη του σεμιναρίου στην στρογγυλή τράπεζα με θέμα ΩΡΛ προβλήματα στο Ιατρείο.

Στιγμιότυπα από τις εργασίες του Σεμιναρίου αποτυπώνονται στις εικόνες 5 έως 8, (Ήένοι και Έλληνες σύεδροι και πρόεδρος της ρινολογικής εταιρείας).

Σημαντική ήταν επίσης και η προσφορά των εταιρειών που συμμετείχαν με περίπτερα στις ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες του Makedonia Palace.

Στα περίπτερα αυτά οι σύεδροι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν για όλες τις τελευταίες εξελίξεις τις τεχνολογίας σε θέματα ρινοχειρουργικής και χειρουργικής βάσης κρανίου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συμβολή τους στην επιτυχία του Σεμιναρίου δέχθηκαν τις θερμές ευχαριστίες του Προέδρου και των μελών της Οργανωτικής Επιτροπής οι παρακάτω Εταιρείες: Menarini Hellas, gmk medical, SCOPIS medical, GETRE MED LTD medical supplies, Medtronic, STORZ KARL STORZ-ENDOSCOPE, Mylan, pharma Q for health, BIANEΙ A.E., ELPEN, MEDICAL LITE, innovis Future health today, Ταρασούδης ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ, KITE HELLAS LTD, Intelligent medical, INTELLIGENT Hearing Powered by MED EL, Solution Medical care, Epsilon Health, ALFAMEDICA, UNI-PHARMA Pharmaceutical Laboratories S.A.

Ιδιαίτερη μνεία στους εργαζόμενους στη διοργανώτρια εταιρεία FREI και την επικεφαλής κ. Γκαργκάσουλα. Όλοι μαζί με την μακροχρόνια εμπειρία τους, την επιμονή, υπομονή και εργατικότητα τους συνέβαλαν στην άψογη διοργάνωση του Σεμιναρίου.



Εικ.6. Ο πρόεδρος της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας, Αναπλ. Καθηγητής Παύλος Μαραγκουδάκης.

Θεόδωρος Δημητριάδης και Παναγιώτης Νασούφης: Δύο κορυφαίοι της Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας

Theodoros Dimitriades and Panagiotis Nasoufis: two leaders of otolaryngology in Greece

*Εάν μπορούμε να δούμε μακριά, δεν είναι λόγος του ότι είμαστε ψηλοί. αλλήλ διότι καθόμαστε στους ώμους γιγάντων.
Bernard De Chartres (12ος Αιώνας)*

Αθανασιάδης-Σισμάνης Αριστείδης

Ομότιμος καθηγητής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ομότιμος καθηγητής
Virginia Commonwealth University

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αθανασιάδης-Σισμάνης Αριστείδης
Email: asismanis@aol.com

Athanasiaides -Sismanis Aristides

Professor Emeritus National
and Kapodistrian University
of Athens
Professor Emeritus Virginia
Commonwealth University

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018*

Correspondence to:

Athanasiaides -Sismanis Aristides
Email: asismanis@aol.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι καθηγητές Θεόδωρος Δημητριάδης και Παναγιώτης Νασούφης, υπήρξαν κορυφαίοι ωτορινολαρυγγολόγοι της εποχής τους, οι οποίοι μετά την εκπαίδευσή τους σε γνωστά κέντρα γερμανόφωνων χωρών, αναγνωρίστηκαν μέσα σε πολύ ανταγωνιστικά περιβάλλοντα και έτυχαν διεθνούς προβολής. Επιστρέφοντας στην Ελλάδα, συνέβαλαν στην δημιουργία μίας από τις πλέον σημαντικές ωτορινολαρυγγολογικές κλινικές της χώρας στο νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Εμφάνισαν εξαιρετικό επιστημονικό έργο με διεθνείς δημοσιεύσεις, δημιούργησαν νέα γνώση και εισήγαγαν χειρουργικές τεχνικές οι οποίες μεταδόθηκαν σε ένα σημαντικό αριθμό ωτορινολαρυγγολόγων. Οι καθηγητές Δημητριάδης και Νασούφης υπήρξαν άριστοι ιατροί, εξαιρετικοί δάσκαλοι και πρωτοποριακοί ερευνητές των οποίων το έργο και η προσωπικότητα παραμένουν πρότυπα προς μίμηση.

ABSTRACT

Professors Theodoros Dimitriades and Panagiotis Nasoufis were leading otorhinolaryngologists who, after their training in well-known centers of German-speaking countries, stood out in very competitive environments and gained international scientific recognition. Returning to Greece, they contributed to the establishment of one of the country's most important otorhinolaryngology clinics in the Hellenic Red Cross Hospital. They displayed excellent scientific work with international publications, created new knowledge and introduced surgical techniques that were transmitted to a significant number of otorhinolaryngologists. Professors Dimitriades and Nasoufis were excellent doctors, gifted teachers and pioneering researchers whose work and personality remain standards to imitation.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε μία εποχή που οι διαχρονικές αξίες της αριστείας, αξιοκρατίας και του θεμιτού ανταγωνισμού αμφισβητούνται και από μερικούς τους δίνεται αρνητική έννοια, θεωρώ υποχρέωση να αναφερθώ σε δυο κορυφαίους Έλληνες ωτορινολαρυγγολόγους, τους Θεόδωρο Δημητριάδη και Παναγιώτη Νασούφη, οι οποίοι διακρίθηκαν με γνώμονα αυτές τις αξίες. Και οι δύο, κατά την γνώμη μου, είναι κορυφαίοι διότι μετά την εκπαίδευσή τους σε προβεβλημένα κέντρα γερμανόφωνων χωρών, αναγνωρίστηκαν μέσα σε πολύ ανταγωνιστικά περιβάλλοντα, έτυχαν διεθνούς προβολής, επέστρεψαν στην πατρίδα τους, συνέβαλαν στην δημιουργία μίας από τις πλέον σημαντικές κλινικές της χώρας στο νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, δημιούργησαν νέα γνώση την οποία μετέδωσαν σε ένα σημαντικό αριθμό ωτορινολαρυγγολόγων, οι οποίοι με την σειρά τους προσέφεραν πάρα πολλά στην

ειδικότητα στον ελληνικό χώρο. Το γεγονός ότι αναφέρω μόνο τα ονόματα των δύο αυτών μεγάλων Ελλήνων Ωτορινολαρυγγολόγων δε σημαίνει ότι δεν έχουν υπάρξει άλλοι Έλληνες συνάδελφοι που συνέβαλαν σημαντικά στην εξέλιξη της ειδικότητάς μας. Απλώς για τους δύο αυτούς Ωτορινολαρυγγολόγους έχω συλλέξει τα τελευταία δέκα χρόνια αρκετές πληροφορίες για να τεκμηριώσω την σπουδαιότητα του έργου τους. Επιπλέον θεωρώ ότι είναι αναγκαία η καταγραφή της ιστορίας της Ωτορινολαρυγγολογίας στην χώρα μας και ευελπιστώ ότι και άλλοι συνάδελφοι θα επαυξήσουν αυτή την προσπάθειά μου με νέες πληροφορίες όχι μόνο για τους Δημητριάδη και Νασούφη, αλλά και για άλλους συναδέλφους που προσέφεραν και προώθησαν την ειδικότητάς μας. Ευελπιστώ ότι η αναφορά μου στους δύο αυτούς κορυφαίους της ειδικότητάς μας να δράσει ως ένα πρότυπο προς μίμηση,

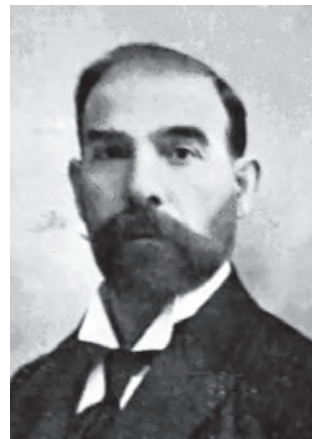
ειδικότερα από νεότερους συναδέλφους.

Το όνομα του καθηγητή Δημητριάδη είχα πρωτακούσει σε μικρή ηλικία από τον πατέρα μου, αείμνηστο Δημήτριο Σισμάνη, που είχε κάνει ειδικότητα στην κλινική του στις αρχές τη δεκαετίας του πενήντα. Ο πατέρας μου για την εποχή του ήταν ένας αρκετά ενήμερος στρατιωτικός ωτορινολαρυγγολόγος που εκ παραλήληλου ιδιώτευε μετά την πρωινή του εργασία. Είχε δε μεγάλη κλινική εμπειρία και δεν άφηνε κάποιο σύμπτωμα του ασθενούς να περάσει χωρίς να κάνει λεπτομερή έλεγχο. Έκανε όλη την τρέχουσα χειρουργική της εποχής που κυρίως ήταν αμυγδαλεκτομές, αδενοειδεκτομές, πολύποδες λάρυγγα/μύτης και χειρουργική των παραρρινίων κόλπων (κυρίως επέμβαση Caldwell-Luc). Πολλές φορές πριν κάποια επέμβαση τον έβλεπα στο γραφείο να διαβάζει ένα δερματόδετο βιβλίο ωτορινολαρυγγολογίας με μαύρο εξώφυλλο που τα χρυσά γράμματα στη ράχη του είχαν το όνομα του Θεόδωρου Δημητριάδη. Όταν άρχισα την ειδικότητά μου και είχα συζητήσεις μαζί του σχετικά με διάφορες παθήσεις, συχνά αναφερόταν σχετικά με το τρόπο που ο δάσκαλός του αντιμετώπιζε το υπό συζήτηση θέμα. Μου είχε κάνει δε μεγάλη εντύπωση ο συστηματικός τρόπος προσέγγισης και αντιμετώπισης ασθενών με ιλίγγους. Πολύ αργότερα, όταν πλέον είχα μαζέψει αρκετές πληροφορίες σχετικά με την εκπαίδευση του Δημητριάδη στην κλινική του Politzer στη Βιέννη, η οποία ήταν το σημαντικότερο ωτολογικό κέντρο προ του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, κατάλαβα το λόγο που είχε τέτοιο υψηλό επίπεδο της κλινικής του. Όταν ο πατέρας μου αναφερόταν σχετικά με την εκπαίδευσή του, πάντα μνημόνευε με σεβασμό και εκτίμηση το όνομα του δασκάλου του. Ένας άλλος συνάδελφος που μου έδωσε πολλές πληροφορίες σχετικά με τον Δημητριάδη, ήταν ο σεβαστός και αγαπητός μου συνάδελφος Στράτος Βαρλητζίδης, ο οποίος ήταν φίλος του πατέρα μου και μαθητής του Δημητριάδη. Αμέσως μετά την επιστροφή μου στην Ελλάδα το 2008, ο κύριος Βαρλητζίδης με έφερε σε επαφή με την κόρη του καθηγητή, κυρία Μόλυ Πινιατώρου, την οποία επισκεφθήκαμε μαζί στο διαμέρισμά της. Η κυρία Πινιατώρου μας έδωσε πάρα πολλές πληροφορίες για τον πατέρα της και μας διέθεσε πολλές φωτογραφίες του τις οποίες και περιέλαβα στο παρόν κείμενο.

Ήταν ευτύχημα ότι τον Δημητριάδη διαδέχτηκε μετά την πρόωγη συνταξιοδότησή του για λόγους υγείας ο Παναγιώτης Νασούφης, ο οποίος ήταν ένας εξίσου ικανός ωτορινολαρυγγολόγος. Για τον Νασούφη πάλι είχα πρωτακούσει από τον πατέρα μου, ο οποίος τον θεωρούσε ως τον πλέον έμπειρο και αξιόπιστο συνάδελφο της εποχής του. Περιστατικά που δεν χειρουργούσε ο ίδιος όπως αυτά με καρκίνο του λάρυγγα και χρόνια ωτίτιδα τα έστελνε στον Νασούφη. Στον Βαρλητζίδη έστελνε τους ασθενείς του με ωτοσλήρυση. Αναφέρω εδώ ότι ο Βαρλητζίδης ήταν από τους πρώτους στην Αθήνα που έκανε αναβοηλεκτομή μετά από ειδικέυση στην Oklahoma των ΗΠΑ υπό τον γνωστό ωτολόγο Jack Hough. Επί δικτατορίας Παπαδοπούλου, πρέπει να ήταν το 1968, και μετά την συνταξιοδότηση του καθηγητή Χρυσικού, ο πατέρας μου είχε υποστηρίξει ανεπιφύλλακτα την υποψηφιότητα του Νασούφη για τη θέση του καθηγητή στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστή-



Εικ. 1. Θεόδωρος Α. Δημητριάδης
(Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου)



Εικ. 2. Δημήτριος Σ. Δημητριάδης
(Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου)

μιο Αθηνών (ΕΚΠΑ) χωρίς φυσικά κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Χωρίς καμία αμφιβολία τα προσόντα του Νασούφη ήταν ασυγκρίτως περισσότερα από αυτά του κυρίως αντιπάλου του, ο οποίος και εξελέγη σχεδόν παμπηφεί. Οι λόγοι της μη εκλογής του είναι οι γνωστοί στην Ελληνική πανεπιστημιακή πραγματικότητα και μερικοί από αυτούς αναφέρονται στην εισαγωγική παράγραφο. Επιπλέον ο Νασούφης κατηγορήθηκε, άδικα όπως θα αναφερθεί αργότερα, για λιποταξία και για το γεγονός της παραμονής του στη Γερμανία κατά ένα μεγάλο μέρος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Θεωρώ απαραίτητο να κάνω μία αναφορά στον διευθυντή της χειρουργικής κλινικής και διοικητή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Μαθιού Μακκά (1879-1965) ο οποίος ήταν ο υπεύθυνος της πρόσληψης του Νασούφη και κατά πάσα πιθανότητα και αυτής του Δημητριάδη ως διευθυντών της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του ιδίου νοσοκομείου. Η Wikipedia μας πληροφορεί ότι γεννήθηκε στην Αθήνα και ήταν γιος του καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ Νικολάου Μακκά. Αδελφός του ήταν ο επίσης καθηγητής της ίδιας Σχολής, Γεώργιος Μακκάς. Σπούδασε στην ιατρική σχολή της Βιέννης, για την οποία θα αναφερθώ αργότερα, και μετεκπαιδεύτηκε στην Γερμανία, αρχικά στο Μπρέσλαου και έπειτα στη Βόννη. Το 1912 έγινε υφηγητής της χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο της Βόννης. Επέστρεψε στην Ελλάδα και έλαβε μέρος εθελοντικά με το βαθμό του εφέδρου ιατρού στους Βαλκανικούς Πολέμους. Το 1914 ανέλαβε τη διεύθυνση της χειρουργικής κλινικής του «Ευαγγελισμού», και το 1930 μετακινήθηκε στον «Ερυθρό Σταυρό» ως διευθυντής της χειρουργικής κλινικής του νοσοκομείου. Ο Μακκάς σύμφωνα με την κ. Πινιατώρου είχε στενή φιλία με τον πατέρα της, καθηγητή Δημητριάδη, τον οποίο είχε χειρουργήσει για καρκίνο του παχέος εντέρου. Κάθε χρόνο την ημέρα των γενεθλίων του τον πείραζε χαριτολογώντας σχετικά με το ότι ήταν εν ζωή χάρις σ' αυτόν. Αναμφίβολα ο Μακκάς ως καταξιωμένος χειρουργός προσέλαβε για την επάνδρωση της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής με αξιοκρατικά κριτήρια ότι καλύτερο ανθρώπινο δυναμικό ήταν διαθέσιμο την εποχή του.



Εικ. 3. Ο Δημήτριος Δημητριάδης εξετάζει με τονοδότη την ακοή ασθενούς ενώ παρακολουθείται από το νεαρό Θεόδωρο Δημητριάδη (Αριστερό μέρος της φωτογραφίας) (Ευγενική χορηγία Γεωργίου Δοκιανάκη)

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ

Ο Θεόδωρος Δημητριάδης γεννήθηκε στην Αθήνα το 1896 (εικ. 1). Ο πατέρας του Δημήτριος Σ. Δημητριάδης (εικ. 2) είχε γεννηθεί στη Μικρά Ασία και η οικογένειά του εγκαταστάθηκε στην Αθήνα όταν ήταν ακόμα μικρό παιδί. Το επώνυμο της οικογένειάς του πατέρα του ήταν Σακόραφος, όμως όταν μετακόμισαν στην Αθήνα το άλλαξε σε Δημητριάδης. Ο Δημήτριος Δημητριάδης στα νεανικά του χρόνια ήταν πολύ πτωχός και δούλεψε στο πυριτιδοποιείο για να εξασφαλίσει τα προς το ζην. Παρά τις πολλές δυσκολίες που είχε, σπούδασε ιατρική και ειδικεύθηκε στην Ωτορινολαρυγγολογία και πιθανώς και στην Οφθαλμολογία στο Εδιμβούργο της Σκωτίας. Μετά την επιστροφή του στην Αθήνα έγινε ο πρώτος καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας ΕΚΠΑ (εικ. 3). Περισσότερες πληροφορίες για τον πατέρα του δεν υπάρχουν.

Η μητέρα του, το γένος Μπούκουρη, ήταν γεννημένη στις Σπέτσες και είχε καταγωγή από το Λιβόρνο της Ιταλίας. Ο παππούς από την μητέρα του, Αναστάσης Μπούκουρης, ήταν εύπορος κτηματίας των Σπετσών και γιος πλουσιότατου πηλοιοκτήτη του οποίου τα καράβια ταξίδευαν μέχρι και την Νότια Αμερική. Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι αδελφή του παππού του ήταν η γνωστή ζωγράφος Ελένη Μπούκουρη-Αλταμούρα, η οποία ντυμένη σαν άνδρας σπούδασε ζωγραφική στην Ιταλία στα τέλη του 19ου αιώνα. Κατά την εκεί παραμονή της ανέπτυξε ερωτική σχέση με τον δάσκαλό της Francesco Saverio Altamura (Foggia, 1826 – Napoli, 1897) με τον οποίο απέκτησε δύο παιδιά, τον μετέπειτα μεγάλο θαλασσογράφο Ιωάννη και την Σοφία. Ο Saverio εγκατέλειψε την οικογένειά του όταν τα παιδιά ήταν σε μικρή ηλικία και η Ελένη επέστρεψε στην Αθήνα. Ο Ιωάννης αφού απέκτησε μεγάλη φήμη ως ζωγράφος, πέθανε από φυματίωση σε ηλικία μόλις 26 ετών στις Σπέτσες.

Ο Θεόδωρος από μικρός ήταν πολύ κοντά στην οικογένειά της μητέρας του και ειδικά στον παππού του τον οποίο λάτρευε. Σε



Εικ. 4,5. Ο Θεόδωρος Δημητριάδης σε νεαρά ηλικία (Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου).

όλη του τη ζωή δε παρέμεινε στενά δεμένος με τις Σπέτσες. Η μεγάλη του αγάπη του για τις Σπέτσες και οι στενοί δεσμοί με την οικογένειά του ήταν οι βασικοί λόγοι που δεν αποδέχθηκε την πρόταση που του έγινε αμέσως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο να αναλάβει θέση καθηγητή σε φημισμένο πανεπιστήμιο του Σικάγου. Το 1954 εξέδωσε ένα ιστορικό βιβλίο για το νησί του με τίτλο «Το Καστέλλι των Σπετσών».

Πριν γίνει ιατρός είχε έντονη επιθυμία να σταδιοδρομήσει στο Βασιλικό Ναυτικό. Σύμφωνα με μαρτυρία της κόρης του κυρίας Πινιατώρου, ο πατέρας του μετά από μεγάλη προσπάθεια τον έπεισε να γραφτεί στην Ιατρική Σχολή των Αθηνών. Λέγεται μάλιστα πως κατά την εγγραφή του στην Σχολή ήταν τόσο πολύ εκνευρισμένος την στιγμή που έβαζε την υπογραφή του που η πένα του κονδυλοφόρου έσκισε το χαρτί.

ΑΝΘΡΩΠΟΣ, ΙΑΤΡΟΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Ο Δημητριάδης ήταν μετρίου αναστήματος, περίπου 1.60, αδύνατος, μελαχρινός, με αρρενωπά και ευγενικά χαρακτηριστικά (εικόνα 4,5). Ήταν φιλόμουσος με ιδιαίτερη αγάπη στη μουσική του Wagner και έπαιζε πιάνο. Υπήρξε φιλομαθής, μιλούσε Γερμανικά, Αγγλικά και Γαλλικά και σύμφωνα με την κόρη του ήταν πάντα μ' ένα βιβλίο ιατρικού ή ιστορικού περιεχομένου στο χέρι. Επίσης ήταν ερασιτέχνης ιστορικός και αρχαιολόγος. Αν και δεν ήταν ιδιαίτερα κοσμικός, υπήρξε καλός χορευτής και είχε αδυναμία στο ωραίο φύλο. Επίσης είχε πολύ ενδιαφέρον για την τέχνη, ειδικά για την ζωγραφική, και ήταν κάτοχος της μεγαλύτερης συλλογής έργων του μεγάλου θαλασσογράφου Altamura. Έγραφε ποιήματα, κάτι που η οικογένειά του ανακάλυψε τυχαία μετά το θάνατό του από ένα μαθητή του. Λέγεται μάλιστα ότι ένας στενός φίλος του είχε δημοσιεύσει ποιήματά του σε κάποιο λογοτεχνικό περιοδικό. Μερικοί επώνυμοι στενοί του φίλοι του ήταν ο καθηγητής

της Αρχαιολογίας Σπυρίδων Μαρινάτος (1901-1974), ο καθηγητής της Χειρουργικής Πέτρος Κόκκαλης (1886-1962) και ο δημοσιογράφος Αχιλλέας Κύρου (1898-1950). Ήταν άτομο ευέξαπτο, ευγενικό και προσηνές προς του συνεργάτες του τους οποίους καθημερινά, σύμφωνα με μαρτυρία του Στράτου Βαρλέτζδη, χαιρετούσε δια χειραψίας κατά την έλευσή του και κατά την αναχώρησή του από το νοσοκομείο. Χαρακτηριστικό της εκτίμησης που είχε στους συνεργάτες του, οποιασδήποτε βαθμίδας και εάν ήταν, είναι το γεγονός ότι όταν με το αυτοκίνητό του απαντούσε στο δρόμο κάποιον από αυτούς, σταματούσε και τον έπαιρνε μαζί του. Απαιτούσε δε από τους συνεργάτες του να φορούν πάντοτε γραβάτα και να είναι καλοξυρισμένοι. Οι τελευταίοι για να μην εκτεθούν στον καθηγητή όταν ήταν αξύριστοι φορούσαν έστω και αναίτιως χειρουργική μάσκα. Ο καθηγητής ερχόταν στον Ερυθρό Σταυρό με μια λιμουζίνα Buick του 1927 που την οδηγούσε σοφέρ και είχε το παρατσούκλι «Καποδίστριας». Πλην της Buick είχε και μία κίτρινη Pontiac την οποία οδηγούσε πάντοτε ο ίδιος.

Παρ' ότι υπήρξε πολύ αυστηρός ως καθηγητής, «έκοψε» μόνο ένα φοιτητή καθ' όλη τη διάρκεια της θητείας του. Η προσωπική νοσοκόμα του καθηγητή ήταν μια Γερμανίδα η οποία όταν οι Γερμανικές στρατιωτικές δυνάμεις εισέβαλαν στην Αθήνα αποκαλύφθηκε, προς μεγάλη του έκπληξη, ότι ήταν μέλος των SS.

Ο πατέρας του Δημήτριος Δημητριάδης διατηρούσε ξεχωριστό ιδιωτικό ιατρείο απ' αυτόν και μάλιστα λέγεται ότι ο πρεσβύτερος θύμωνε με τον νεότερο διότι τον προτιμούσαν περισσότερο οι ασθενείς.

Παρ' ότι ήταν γνώστης όλου του φάσματος της Ωτορινολαρυγγολογίας, σύμφωνα με μαρτυρίες των συνεργατών του αλλή και από το βιογραφικό του, τα προσφιλή του ενδιαφέροντα ήταν η ωτολογία και η ωτοχειρουργική. Όπως θα αναφερθεί αργότερα, ο καθηγητής είχε μεγάλο ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον για τον οπίσθιο λαβύρινθο, ειδικότερα για την επίπτωση των κακοηών νεοπλασιών στο έσω ους, την εξέταση του πρόσθιου λαβυρίνθου με μικροδιακλυσμό, τον οπτικό και λαβυρινθικό νυσταγμό, την νεύρωση του λαβυρίνθου από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τα ωτογενή ενδοκρανιακά αποστήματα, και την «κρανιακρόσηση». Η κλίση του αυτή προς την ωτολογία αναμφισβήτητα οφειλόταν στην εκπαίδευσή του στη Ωτορινολαρυγγολογική κλινική του Πανεπιστημίου της Βιέννης που είχε μεγάλη παράδοση στην Ωτολογία. Κατά τον 19ο και τις αρχές του 20ο αιώνα η Ιατρική Σχολή της Βιέννης ήταν το πλέον παγκοσμίως αναγνωρισμένο κέντρο έρευνας, πολλοί δε από τους καθηγητές της όπως οι Billroth, Kaposi, Chiari, Rokitansky, Skoda, και Czermak υπήρξαν πρωτοπόροι ιατροί. Η Ωτορινολαρυγγολογική κλινική της Ιατρικής Σχολής ιδρύθηκε από τον Adam Politzer (1835-1920) το 1863 και αρχικά ήταν αμιγώς Ωτολογική κλινική (Wiener allgemeines Krankenhaus). Ο Politzer, κατά γενική ομολογία, θεωρείται σήμερα ο πατέρας της σύγχρονης ωτολογίας. Δεν είναι βέβαιο ότι ο Δημητριάδης είχε γνωρίσει προσωπικά τον Politzer, σίγουρα όμως ο πατέρας Δημητριάδης ήταν γνωστός του, κάτι που είναι εμφανές από μία ευχαριστήρια αναφορά του Politzer προς τον καθηγητή Δημήτριο Δημητριάδη στον πρόλογο του βιβλίου του «Ιστορία της Ωτολογίας».



Εικ. 6,7,8. Θεόδωρος Δ. Δημητριάδης Ανθυπίατρος (1917-1920) (Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου).

Η ακαδημαϊκή σταδιοδρομία του Θεόδωρου Δημητριάδη μπορεί να περιγραφεί σε τρεις περιόδους:

A. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Αποφοίτησε από την Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ το 1917 με τον βαθμό άριστα. Κατά την διάρκεια της φοίτησής του στην Ιατρική Σχολή υπηρέτησε ως υποβοηθός διαδοχικά στην Παθολογική Κλινική του καθηγητή Νικολάου Μακκά, στην Παθολογική Ανατομία με καθηγητή τον Κωνσταντίνο Μελισσηνό, και στο εργαστήριο Υγιεινής και Μικροβιολογίας του καθηγητή Κωνσταντίνου Σάββα.

Μεταξύ των ετών 1916 και 1920 υπηρέτησε ως τακτικός βοηθός του ΩΡΛ τμήματος της Αστυκλινικής του ΕΚΠΑ (Αρχικά ήταν στο κτήριο Ευταξία και αργότερα μεταφέρθηκε στο κτήριο επί της Αριστείδου 6) υπό τον πατέρα του καθηγητή Δημήτριο Σ. Δημητριάδη. Εκ παραλήλητου εργάστηκε στη Χειρουργική κλινική του Αρεταλείου Νοσοκομείου υπό τον Ευάγγελο Καλλιγιοντζή και παρακολούθησε ταυτόχρονα τις εργασίες της Χειρουργικής κλινικής του Μιχαήλ Μακκά στον Ευαγγελισμό. Μεταξύ του 1917 και 1920 εκπλήρωσε την στρατιωτική θητεία του ως ανθυπίατρος και αμέσως μετά πήγε στην Βιέννη για μετεκπαίδευση στην Ωτορινολαρυγγολογία (εικ. 6,7,8).

B. ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ ΣΤΗ ΒΙΕΝΝΗ (1917-1928)

Από το 1920 έως το 1928 παρέμεινε στην Ιατρική Σχολή της Βιέννης όπου εξειδικεύτηκε στην Ωτορινολαρυγγολογία και υπηρέτησε για ένα βραχύ χρονικό διάστημα ως υφηγητής (εικ. 9). Όπως έχει προαναφερθεί η Ιατρική Σχολή της Βιέννης είχε μεγάλη παράδοση στην ωτολογία όπου ο Adam Politzer είχε ιδρύσει το

1863 την πρώτη στον κόσμο αμιγώς Ωτολογική κλινική (εικ. 10). Ιατροί από διάφορα μέρη του κόσμου, συμπεριλαμβανομένων και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, μαθήτευσαν στην κλινική του, η οποία είχε αποκτήσει τεράστια φήμη σ' αυτό το αντικείμενο. Στην εκδήλωση που έγινε προς τιμή του όταν συνταξιοδοτήθηκε το 1907, έλαβαν μέρος 500 γιατροί από διάφορα μέρη του κόσμου. Ο πιο διάσημος μαθητής και συνεργάτης του Politzer ήταν ο Robert Bárány (1876 –1936) στον οποίο το 1914 απονεμήθηκε το βραβείο Nobel Φυσιολογίας και Ιατρικής για την περιγραφή του αιθουσαίου αντανάκλαστικού. Ο Bárány παραμένει μέχρι σήμερα ο μοναδικός Ωτορινολαρυγγολόγος που έχει τιμηθεί με το βραβείο Nobel. Ο Bárány το 1917 για προσωπικούς λόγους έφυγε από την Βιέννη και ανέλαβε θέση λέκτορα στο Πανεπιστήμιο της Ουψάλης της Σουηδίας όπου και παρέμεινε μέχρι το τέλος της ζωής του. Χωρίς καμία αμφιβολία, ο Barany άφησε μια τεράστια υποδομή στην έρευνα του αιθουσαίου συστήματος στην Ωτορινολαρυγγολογική κλινική της Βιέννης, από την οποίαν προφανώς επωφεληθήκε ο νεοφερμένος Δημητριάδης. Άλλοι διάσημοι ιατροί της κλινικής του Politzer ήταν οι Paul Manase, Heinrich Neumann, και Gustav Alexander. Στους δυο τελευταίους μαθήτευσε ο Δημητριάδης για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το έτος 1920 που έφθασε στην Βιέννη απεβίωσε ο Politzer και όπως αναφέρει ο ίδιος στο βιογραφικό του σημείωμα από το Σεπτέμβριο του ιδίου έτους μέχρι τον Οκτώβριο του 1922 εργάστηκε ως εθελοντής βοηθός «Volontar-assistant» στην Πολυκλινική της Βιέννης με Διευθυντή τον Gustav Alexander (1873-1932) με αντικείμενο την Ωτολογία. Σύμφωνα με συστατική επιστολή του Alexander του 1922, κατά τη διάρκεια της εκεί παραμονής του ο Δημητριάδης «*επέδειξε εξέχουσα τεχνική επιτηδεότητα, μεγάλη γνώση της ανατομικής του ωτός, αξιόπαινη αντοχή, μεγάλη προθυμία, και άριστο χαρακτήρα*». Ο Alexander ήταν βασικά ωτολόγος με μεγάλο ενδιαφέρον για τον οπίσθιο λαβύρινθο. Ήταν δε ο πρώτος που περιέγραψε μικροσκοπικά το έσω ους. Ο διάσημος αυτός ωτολόγος, δολοφονήθηκε από έναν δυσανεστήσιμο ασθενή του στον οποίο είχε κάνει ρινοπλαστική! Παράλληλα με τη θέση του στην κλινική του Alexander και μέχρι τον Νοέμβριο του 1925, εργάστηκε στο εργαστήριο νευρολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Βιέννης με καθηγητή τον Otto Marburg, αποκτώντας έτσι νευρολογικές γνώσεις σχετικές με την Ωτορινολαρυγγολογία και δημοσίευσε σειρά πειραματικών εργασιών.

Από τον Σεπτέμβριο του 1922 μέχρι τον Οκτώβριο του 1924 εργάστηκε ως χειρουργός (Opeateur) στο ίδιο Πανεπιστήμιο στην κλινική του καθηγητή Markus Hajek (1862-1941). Στο διάστημα αυτό ασχολήθηκε με την διάγνωση και θεραπεία παθήσεων φωνής και ομιλίας, τραχήλου, ρινός, και λάρυγγα και απέκτησε μεγάλη χειρουργική εμπειρία. Κατά την παραμονή του στην κλινική αυτή, σύμφωνα με επιστολή του Hajek, επέδειξε «*ιδιόζουσα ευσυνειδησία, η δε αντιμετώπιση των ασθενών του ήταν παραδειγματική*». Ο καθηγητής Hajek είχε και αυτός παγκόσμια φήμη και τα ενδιαφέροντά του ήταν κυρίως η ρινολογία και η λαρυγγολογία. Η προσφορά του στη ανατομική περιγραφή της ρινός και των παραρρινίων κόλπων ήταν πολύ σημαντική και είχε σημαντική εφαρμογή στην κλινική πράξη.



Εικ. 9. Ειδικευόμενος στην Βιέννη (Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου)



Εικ. 10. Ο Politzer στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής του.

Μετά τον Politzer, η Ωτορινολαρυγγολογική κλινική της Ιατρικής Σχολής της Βιέννης είχε δύο τμήματα, το ένα υπό την διεύθυνση του Hajek για παθήσεις της ρινός και του λάρυγγα και το άλλο υπό τον Neumann για ωτολογικές παθήσεις. Την περίοδο που ο Δημητριάδης έκανε την ειδικότητά του στην Βιέννη, ο Hajek αντιμετώπισε τον Sigmund Freud (1923) που έπασχε από καρκίνο της σκληράς υπέρως και τον Franz Kafka (1924) που είχε φυματίωση του λάρυγγα. Ο Hajek αναγκάστηκε να μεταναστεύσει στην Μεγάλη Βρετανία το 1938 λόγω της σημαντικής του καταγωγής. Αμέσως μετά τον Hajek εργάστηκε με τον καθηγητή Heinrich Neumann μέχρι το 1928. Κατά την παραμονή του στην κλινική

του Neumann, σύμφωνα με επιστολή του ιδίου, «απέκτησε τε-
λείως τις γνώσεις προς συντηρητικήν και χειρουργικήν θεραπείαν
των ωτορινολαρυγγολογικών παθήσεων συμπεριλαμβανομένων
των ενδοκρανιακών επιπλοκών». Ο Neumann (1898-1950), ήταν
ο πλέον γνωστός Ωτολόγος της Ευρώπης πριν την έναρξη του
Β' Παγκοσμίου Πολέμου και αναγκάστηκε και αυτός να μετανα-
στεύσει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής λόγω της σημαντικής
καταγωγής του.

Είναι προφανές από τα προαναφερθέντα ότι ο Δημητριάδης είχε
μία άρτια και ολοκληρωμένη εκπαίδευση, ίσως την καλύτερη που
υπήρχε στην εποχή του, κάτι που αναμφίβολα συνετέλεσε στην
μετέπειτα εξέλιξή του.

Το 1927 ο Δημητριάδης εξελέγη τακτικός υφηγητής της Ωτορι-
νολαρυγγολογίας στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης όπου και δίδα-
ξε για δύο εκπαιδευτικές περιόδους. Το 1929 επισκέφθηκε για
σύντομα χρονικό διάστημα διάφορες Ωτορινολαρυγγολογικές
κλινικές των Παρισίων.

Κατά την παραμονή του στην Βιέννη έγινε τακτικό μέλος της Γερ-
μανικής Ωτορινολαρυγγολογικής Εταιρίας (1921), της Ρινολογικής
Εταιρίας της Βιέννης (1923), της Αυστριακής Ωτολογικής Εταιρί-
ας (1924), της Διεθνούς Εταιρίας Φωνηατρικής και Λογοπαιδεί-
ας (1925), και της Διεθνούς Ωτορινολαρυγγολογικής Εταιρίας
Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum (1927).

Γ. ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1929-1959)

Το 1929 αναγορεύτηκε διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ
και αμέσως το επόμενο έτος διορίσθηκε διευθυντής της Ωτορινο-
λαρυγγολογικής κλινικής στο Νοσοκομείο του Ερυθρού Σταυρού
(εικ. 11). Σύντομα η κλινική του απέκτησε μεγάλη φήμη και ήταν η
πρώτη στην Ελλάδα που έγιναν μεγάλες επεμβάσεις στην κεφαλή
και τον τράχηλο όπως ολικές λαρυγγεκτομές, λαρυγγοφαρυγγε-
κτομές, αφαίρεση επιχωρίων αδένων, και ενδοσκοπική χορδεκτο-
μή με θερμοκαυτήρα. Αυτό δεν πρέπει να μας κάνει εντύπωση
διότι στην Ιατρική Σχολή της Βιέννης που είχε ο ίδιος εξειδικευ-
τεί, είχε γίνει η πρώτη λαρυγγεκτομή από τον Theodore Billroth
(1829-1894) το 1873.

Επίσης ίδρυσε φωνιατρικό τμήμα στο νοσοκομείο του Ερυθρού
Σταυρού και ήταν ο πρώτος στην Ελλάδα που δίδαξε συστηματικά
οισοφαγική ομιλία μετά από ολική λαρυγγεκτομή. Ο Δημητριά-
δης σύντομα επεβλήθη ως Ωτορινολαρυγγολόγος, όχι μόνο στον
Ελλαδικό χώρο αλλά και στην Ευρώπη, λόγω των πολλών και
σημαντικών δημοσιεύσεών του. Είχε δε πολλές επαφές με διάφο-
ρα Ευρωπαϊκά Ωτορινολαρυγγολογικά κέντρα και κατά διαστή-
ματα επισκέπτονταν την κλινική του διαπρεπείς συνάδελφοι του
εξωτερικού. Ήταν περιζήτητος γιατρός και οι ασθενείς του προέρ-
χονταν κυρίως από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Μεταξύ αυ-
τών ήταν και η βασίλισσα Φρειδερίκη που έπασχε από ωτοσκλη-
ρυνση. Παρ' ότι ήταν έμπειρος ωτολόγος, ποτέ δεν αποδέχθηκε
την χειρουργική αποκατάσταση της ωτοσκληρυντικής βαρηκοΐας
με την θυριδοποίηση. Αυτό ίσως είχε να κάνει με το γεγονός ότι η
επέμβαση αυτή, που περιεγράφηκε από τον Sourdille την εποχή
του μεσοπολέμου και αργότερα τελειοποιήθηκε από τον Julius



Εικ. 11. Ο Θεόδωρος Δημητριάδης με το επιτελείο του Ερυθρού Σταυρού
(Ευγενική χορηγία Μόλυ Πινιατώρου).



Εικ.12. Παναγιώτης Νασούφης (Ευγενική χορηγία Γρηγορίου Καστέλη).

Lempert, δεν του ήταν οικεία. Επιπλέον ο Politzer, στην κλινική
του οποίου ειδικεύτηκε, είχε καταδικάσει όλες τις επεμβάσεις για
ωτοσκληρήρυνση στις αρχές του 20ου αιώνα λόγω των συχνών
επιπλοκών τους. Ένας άλλος επώνυμος ασθενής του Δημητριά-
δη υπήρξε και ο Αλέξανδρινός ποιητής Κωνσταντίνος Καβάφης
στον οποίον είχε κάνει τραχειοτομία λόγω καρκίνου του λάρυγγα,
κατά πάσα πιθανότητα προχωρημένου σταδίου, ασθένεια από την
οποία τελικά κατέληξε.

Το 1932 έγινε υφηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1939
διορίσθηκε τακτικός καθηγητής της Ωτορινολαρυγγολογίας στο

ΕΚΠΑ και διευθυντής της Β΄ Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής στον Ερυθρό Σταυρό. Η θέση αυτή ήταν προσωποπαγής και έπαυσε να υφίσταται μετά τον θάνατό του. Πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο την ίδια χρονιά είχε διορισθεί με Βασιλικό Διάταγμα ως διευθυντής της Α΄ Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής ο καθηγητής Ιωάννης Χρυσικός. Οι δύο καθηγητές δεν είχαν καλές μεταξύ τους σχέσεις και ίσως ο Δημητριάδης να θεωρούσε τον Χρυσικό επιστημονικά κατώτερο του. Αργότερα όμως, σύμφωνα με την κόρη του Δημητριάδη κ. Πινιατώρα, οι σχέσεις τους αποκαταστάθηκαν και μάλιστα είχαν και κοινωνικές επαφές οι οικογένειές τους. Σύμφωνα με τους μαθητές και ειδικευόμενους η διδακτική του ικανότης ήταν εντυπωσιακή, είχε μεγάλη χειρουργική επιδεξιότητα και υπήρξε πολύ αγαπητός απ' όλους. Μεταξύ των πολλών ειδικευόμενων του καθηγητή ήταν οι μετέπειτα αξιόλογοι Ωτορινολαρυγγολόγοι Δημήτριος Ιωάννοβιτς, Δημήτριος Λυραντζάκης, Αησιόλαος Παρασκευάς, Θεόδωρος Ταυρίδης, Ευστράτιος Βαρλετζίδης, Ευάγγελος Λιάπης (είχε παντρευτεί μία από τις δύο κόρες του), Λύτινας, Δημήτριος Σισμάνης και άλλοι. Πέθανε το 1960 από εγκεφαλικό επεισόδιο έχοντας πρόωρα συνταξιοδοτηθεί για λόγους υγείας.

ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ

Το διαθέσιμο βιογραφικό σημείωμα του καθηγητή Δημητριάδη καλύπτει την περίοδο 1923-1938 και περιλαμβάνει περίπου 78 δημοσιεύσεις/ανακοινώσεις, στις 61 από τις οποίες είναι ο μοναδικός συγγραφέας. Όλες οι πειραματικές του εργασίες, οι περισσότερες με ωτολογικό αντικείμενο, αφορούν την περίοδο της παραμονής στο Πανεπιστήμιο της Βιέννης. Κατά την περίοδο της σταδιοδρομίας του στην Ελλάδα υπάρχουν 19 ανακοινώσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα, και 6 με ωτολογικό θέμα, οι περισσότερες των οποίων αφορούν μικρό αριθμό περιστατικών. Ο αριθμός των δημοσιεύσεών του μεταξύ 1938 και 1959 δεν είναι γνωστός.

Είχε 15 πειραματικές εργασίες (κυρίως σε πειραματόζωα) και 34 κλινικές εργασίες, οι περισσότερες ωτολογικές και ειδικότερα σχετικά με τον λαβύρινθο. Οι πιο σημαντικές του εργασίες είναι οι ακόλουθες:

1. Μελέτες του οπτικού νυσταγμού (4)
2. Πειραματικές εργασίες σχετικά με την επίδραση του φυτικού νευρικού συστήματος και του λαβυρίνθου (7)
3. Έρευνα του κοχλιοβλεφαρικού αντανάκλαστικού (10)
4. Μελέτες του μικροδιακλισμού (4)
5. Έρευνα επί της κρανιοσκρασέως (6)
6. Κλινικές και ιστολογικές μελέτες τω ωτολογικών εκδηλώσεων κακοήθων νεοπλασμάτων (7)
7. Πειραματικές έρευνες για την αντιρρόπηση του νυσταγμού και της λειτουργίας της παρεγκεφαλίδας (2)
8. Πειραματικές έρευνες σχετικά με τις αγγειακές παθήσεις του ωτός (2)
9. Θεραπεία των ωτίτιδων και επιπλοκών τους (4)
10. Θεραπεία της αγγειοκινητικής ρινίτιδας με ιονισμό (1)
11. Εργασίες σχετικά με την χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα (19)
12. Ιστορία της Ωτορινολαρυγγολογίας (1)

Εν συντομία περιέγραψε τα ακόλουθα:

1. Ο λαβύρινθος συμμετέχει στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Ερεθισμός του λαβυρίνθου προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσης.
2. Η έσω ακουστική αρτηρία νευροϋται εν μέρει από το συμπαθητικό σύστημα.
3. Μονομερείς βλάβαι των διαφόρων πυρήνων του προμήκου ελεγχόμενοι με ιστολογικές εξετάσεις δεικνύουν ότι: α. το κέντρο των φυτικών αντανάκλαστικών του λαβυρίνθου είναι ο τρίγωνος πυρήνας, β. τα αντανάκλαστικά αυτά παραμένουν και μετά την αφαίρεση της παρεγκεφαλίδας και της διατομής του μεσεγκεφάλου.
4. Ο λαβύρινθος επιδρά αντανάκλαστικά στις περιστάσεις του εντέρου μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου.
5. Η αντιστάθμιση της απώλειας λαβυρινθικής λειτουργίας (σήμερα καλείται αιθουσαία αντιρρόπηση) λαμβάνει χώρα στους πυρήνες του ομόπλευρου ημιμορίου του προμήκου με αύξηση του τόνου των πυρήνων. Η παρεγκεφαλίδα σε τέτοιες περιπτώσεις επιδρά ανασταλτικά επί των πυρήνων.
6. Αγγειοκινητικές βλάβες του λαβυρίνθου προκαλούν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στο όργανο αυτό, όπως διαπίδυση λεμφοκυττάρων, διιδρώματος, αιμοχρωστικής και υελίνων σφαιρών.
7. Επίδραση κακοήθων όγκων επί του λαβυρίνθου και περιγραφή ωτολογικών ευρημάτων (Διατριβή επί υφηγεσία).
8. Περιγραφή οπτικού και λαβυρινθικού νυσταγμού.
9. Περιγραφή του κοχλιοβλεφαρικού αντανάκλαστικού των νεογνών (Κλείσιμο των βλεφάρων μετά από έκθεση σε θόρυβο).
10. Εξέταση του λαβυρίνθου με μικροδιακλισμό (5 cc), εν αντιθέσει με τον Barany ο οποίος χρησιμοποιούσε μεγάλη ποσότητα νερού.
11. Εξέταση του λαβυρίνθου με μικροδιακλισμό σε περιστατικά με κακοήθεις όγκους.
12. Σύφιλης του λαβυρίνθου.
13. Χρωστική της ανιλίνης για τη θεραπεία των χρόνιων διαφυλάξεων του μέσου ωτός.
14. Ωτογενής παράλυση του απαγωγού νεύρου.
15. Ωτογενές απόστημα του κροταφικού λοβού.
16. Σημασία εξέτασης του λαβυρίνθου διά την εσωτερική παθολογία.

Είναι προφανές από τα προαναφερθέντα ότι ο Θεόδωρος Δημητριάδης υπήρξε ένας ευπατρίδης με καταγωγή από εύπορη οικογένεια, ο οποίος αν και ως νέος δεν είχε ενδιαφέρον για την Ιατρική, κατάφερε να γίνει ένας από τους πλέον αξιόλογους Ωτορινολαρυγγολόγους της πατρίδας του με μεγάλη αναγνώριση στο εξωτερικό, κάτι πολύ δύσκολο για την εποχή εκείνη. Η ενασχόλησή του με την μουσική και την ποίηση, αποκαλύπτει ένα άτομο με ιδιαίτερες ψυχικές ευαισθησίες και πνευματική καλλιέργεια. Ο βίος και η Πανεπιστημιακή σταδιοδρομία του φανερώνουν άτομο προικισμένο με ευρύτητα πνεύματος, πολίτη με ενδιαφέροντα, φιλομάθεια, εργατικότητα, και υψηλή νοημοσύνη. Αναμφίβολα, ένα μεγάλο μέρος της εντυπωσιακής του καριέρας οφειλόταν στην άρτια και άριστη εκπαίδευση που απέκτησε στο σημαντικότερο της εποχής του Πανεπιστημιακό κέντρο της Ευρώπης με μέντορες μερικούς από τους πλέον επιφανείς Ωτορινολαρυγγολόγους της εποχής του. Πρέπει να αναφερθεί ότι εκείνη την περίοδο η Ωτο-



Εικ. 13. Ο καθηγητής Νασούφης με τους συνεργάτες του. Από αριστερά προς δεξιά: Δημήτριος Σταυρόπουλος, Δημήτριος Κωνσταντόπουλος, Βασίλειος Πάστρας, Αθανάσιος Θεοδωρόπουλος+, Θεόδωρος Τσιούλος, Νικόλαος Καρβέλης, Δημήτριος Καραμήτσος+, Ιωάννης Κατσαργύρης, Εμμανουήλ Χατζημανώλης, Χάσεν Μασούντ (Ευγενική χορηγία Νικολάου Καρβέλη).

ρινολαρυγγολογία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ειδικότερα η Ωτολογία, ήταν σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από αυτό της Ευρώπης και πολλοί Αμερικανοί, όπως οι Julius Lempert, Howard House και John Shea είχαν επισκεφθεί την Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημίου της Βιέννης για να εκπαιδευτούν. Με την επιστροφή του στην Ελλάδα έφερε καινοτόμες γνώσεις και εμπειρίες ειδικά στην αντιμετώπιση των ωτολογικών παθήσεων και του καρκίνου του λάρυγγα. Επιπλέον εκπαιδύσε ένα μεγάλο αριθμό Ωτορινολαρυγγολόγων οι οποίοι έπαιξαν σημαντικότατο ρόλο στην εξέλιξη της ειδικότητάς μας στην Ελλάδα.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΝΑΣΟΥΦΗΣ

Η διαδοχή του Δημητριάδη από τον Παναγιώτη Νασούφη, έναν άλλο καταξιωμένο ωτορινολαρυγγολόγο, ως διευθυντή της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του Ερυθρού Σταυρού ήταν ένα πολύ σημαντικό γεγονός για την Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία (εικ. 12). Ο Νασούφης χωρίς καμία αμφιβολία όχι μόνο συνέχισε το έργο του Δημητριάδη αλλά το επαύξησε και συνετέλεσε σημαντικά στην εξέλιξη της ειδικότητάς μας. Πριν αναλάβει την διεύθυνση του Ερυθρού Σταυρού, είχε ήδη κάνει σημαντική καριέρα στο πανεπιστήμιο του Αμβούργου όπου είχε φθάσει στην θέση του καθηγητή. Όπως προανέφερα στα μέσα της δεκαετίας του '60 ήταν υποψήφιος για την έδρα της Ωτορινολαρυγγολογίας στο ΕΚΠΑ, αλλά δυστυχώς για τους γνωστούς στον τόπο μας λόγους δεν εκλέχθηκε. Εάν δεν απατώμαι, πήρε κατά την εκλογή του μόνο 2 ή 3 ψήφους. Ο Νασούφης παραμένει έως σήμερα ένας από τους πλέον διεθνώς αναγνωρισμένους Έλληνες Ωτορινολαρυγγολόγους και, κατά πάσα πιθανότητα, θα μπορούσε να είχε συμβάλει πολύ περισσότερο στην εξέλιξη της ειδικότητάς μας της χώρας μας, εάν του είχε δοθεί η ευκαιρία να δράσει μέσα στον πανεπιστημιακό χώρο. Είναι όμως πιθανό, το πανεπιστημιακό πε-

ριβάλλον εκείνης της εποχής με τις γνωστές σε όλους μας δολοπλοκίες και άλλες μικρότητες να είχε ανασταλτικό αποτέλεσμα στο έργο του. Από την κλινική του βγήκαν πολλοί καταξιωμένοι ωτορινολαρυγγολόγοι μεταξύ των οποίων ο Γεώργιος Δοκιανάκης και ο Εμμανουήλ Χελιδόνης. Χωρίς καμία αμφιβολία η κλινική του Ερυθρού Σταυρού υπήρξε μία από τις σημαντικότερες, αν όχι η πλέον διακεκριμένη στην Ελλάδα. Δυστυχώς δε μπόρεσα να βρω από την βιβλιογραφία ή συγγενικά του ή άλλα πρόσωπα αρκετές πληροφορίες σχετικά με τον Νασούφη. Οι πληροφορίες που αναφέρω προέρχονται κυρίως από τον αγαπητό συνάδελφο και καταξιωμένο μαθητή του, Γρηγόριο Καστέλη τον οποίο και ευχαριστώ. Πληροφορίες επίσης μου έδωσε ο συνάδελφος και φίλος Κωνσταντίνος Χρηστίδης.

Σύμφωνα με τον κ. Καστέλη, ο Παναγιώτης Νασούφης γεννήθηκε το 1910 στην Τραπεζούντα της Μικράς Ασίας. Ήταν το νεότερο από τα έξι παιδιά του Νικολάου Νασούφη, ο οποίος δολοφονήθηκε από τον διαβόητο τρομοκράτη Τοπάλ Πασά. Με την ανταλλαγή των πληθυσμών, η οικογένειά του εγκαταστάθηκε στο Λαύριο, περιοχή μετεγκατάστασης πολλών προσφύγων από την Μικρά Ασία Σπούδασε στην Ιατρική σχολή του ΕΚΠΑ και μετά την αποφοίτησή του εκπλήρωσε τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ως έφεδρος ανθυπίατρος. Κατόπιν εξετάσεων διορίστηκε βοηθός στην Α' Παθολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών υπό τον καθηγητή Σ. Λιβιεράτο και μετά από ένα χρόνο, βοηθός στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός» υπό τον καθηγητή Καραγιαννόπουλο. Ακολούθησε η εκπαίδευση του στην ωτορινολαρυγγολογία με διετή υποτροφία «Ομήρου Πιζάνη» στη πανεπιστημιακή κλινική του Αμβούργου, καθώς και η απόκτηση του τίτλου του διδάκτορα, μαθητεύοντας κοντά στον φημισμένο καθηγητή Karl Wittmaak. Ο Wittmaak δεν ήταν μέλος του ναζιστικού κόμματος και λέγεται ότι κατά τις από αμφιθεάτρου παραδόσεις του προς τους φοιτητές έλεγε «καλημέρα» αντί του «Heil Hitler» που ήταν ο υποχρεωτικός χαιρετισμός. Ίσως η μεγάλη διεθνής αναγνωρισιμότητά του επέτρεπε μία τέτοια συμπεριφορά και τον προφύλαξε από διωγμούς. Οι σύμμαχοι προφανώς γνώριζαν την αντιναζιστική τοποθέτηση του Wittmaak και μετά το τέλος του πολέμου τον επανάφεραν, αν και ήταν συνταξιούχος, στην θέση του με σκοπό να αναλάβει την αποναζιστικοποίηση των κλινικών του πανεπιστημίου. Πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι, όπως στην Γερμανία έτσι και στην Αυστρία κατά την διάρκεια του μεσοπολέμου, οι περισσότεροι από το διδακτικό προσωπικό των Ιατρικών σχολών είχαν αντικατασταθεί χωρίς αξιοκρατικές διαδικασίες από μέλη κυρίως του ναζιστικού κόμματος. Ειδικά τα Εβραϊκής καταγωγής μέλη, τα οποία ήταν κατά γενική ομολογία τα καλύτερα προεβλημένα και τα πλέον καταξιωμένα, εκδιώχθηκαν ή στάλθηκαν στα κρεματόρια. Ευτυχώς αρκετά από αυτά μετανάστευσαν πριν την έναρξη του πολέμου κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και το Ηνωμένο Βασίλειο (Freud, Hajek, Neumann, Barany και άλλοι). Αυτός είναι και ο λόγος της μεγάλης υποβάθμισης των Ιατρικών σχολών των χωρών αυτών και ειδικά της Ιατρικής σχολής της Βιέννης, η οποία μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο έχασε την μεγάλη προβολή που είχε. Αμέσως μετά την

έναρξη του Έλληνο-ιταλικού πολέμου, Ο Νασούφης ζήτησε από τον Wittmaak την άδεια να επιστρέψει στην Ελλάδα για να στρατευθεί. Ο Wittmaak πίστευε ότι η Γερμανία παρά τις αρχικές της επιτυχίες θα έχανε τον πόλεμο και πρότεινε στον Νασούφη να πάει μέχρι τα Γερμανικά σύνορα, όπου με δική του παρέμβαση θα τον στέλναν πίσω στο Αμβούργο. Με αυτόν τον τρόπο η μη προσέλευσή του στην Ελλάδα για να στρατευθεί θα ήταν δικαιολογημένη. Ο Νασούφης όμως αρνήθηκε αυτή την πρόταση του Wittmaak, γύρισε στην Ελλάδα, αμέσως στρατεύθηκε και τοποθετήθηκε στην περιοχή του Τεπελνίου ως ιατρός τάγματος. Όταν κατέρρευσε το μέτωπο μετά την εισβολή των Γερμανών στην Ελλάδα, ο Wittmaak ζήτησε από τον Νασούφη να επιστρέψει στην πρότερη θέση του στην πανεπιστημιακή κλινική του Αμβούργου, κάτι που αποδέχθηκε. Το πρώτο διάστημα εργάστηκε ως συνεργάτης επιμελητής και στη συνέχεια ως διευθυντής του εξωτερικού ιατρείου υπό τους καθηγητές Karl Wittmaak αρχικά και ακολούθως υπό τον Ο. Steurer. Την περίοδο 1946-1947 αντικατέστησε



Εικ. 14. Ο καθηγητής Νασούφης με τον Νικόλαο Καρβέλη αριστερά, και Αθανάσιο Θεοδωρόπουλο δεξιά του (Ευγενική χορηγία Νικολάου Καρβέλη).

τον ασθενούντα καθηγητή Ο. Steurer με εντολή της Ιατρικής σχολής του Αμβούργου στη διεύθυνση της κλινικής, αναλαμβάνοντας και όλες τις πανεπιστημιακές υποχρεώσεις.

Από το 1947 οι επιστημονικές εργασίες του καθηγητή Νασούφη και η εν γένει εξέλιξη του στο πανεπιστήμιο του Αμβούργου, (Dr/Med, Habil-Dozent και από το 1953 Aus Professor), του επέτρεψαν να διδάσκει από αμφιθέατρο και να διεξάγει τις διπλωματικές εξετάσεις των φοιτητών.

Ο Νασούφης παρέμεινε στη θέση αυτή μέχρι το 1958, όταν μετά από πρόταση του χειρουργού και διοικητή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Μαθιού Μακκά, όπως έχει προαναφερθεί, ανέλαβε διευθυντής της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του ιδίου Νοσοκομείου (εικ 13, 14). Αξίζει να αναφερθεί ότι όταν ήρθε στην Αθήνα συνελήφθη ως λιποτάκτης του πολέμου με την Ιταλία κατόπιν καταγγελίας «αγνώστου» και τέθηκε υπό περιορισμό σε ένα ξενοδοχείο. Ύστερα όμως από κράτηση μερικών ημερών αποκα-

λύφθηκε ότι είχε υπηρετήσει στην πρώτη γραμμή του πυρός στο Τεπελνί και αφέθηκε ελεύθερος.

Παράλληλα με τις υποχρεώσεις του στην Ελλάδα συνέχισε να εκπληρώνει όλες τις υποχρεώσεις ως έκτακτος καθηγητής στο πανεπιστήμιο του Αμβούργου, να συμμετέχει σε παγκόσμια ιατρικά συνέδρια και να συμβάλει με την παρουσία και επιστημονική του πρωτοπορία στις ραγδαίες εξελίξεις της ειδικότητας, συνεργαζόμενος με φημισμένες Πανεπιστημιακές κλινικές (Heidelberg, Würzburg, Stockholm, Guttentberg, Zurich).

Ο Νασούφης απέιχε από εκδηλώσεις των ωτορινολαρυγγολογικών εταιριών της χώρας όπως και από κάθε άλλη επιστημονική εκδήλωση. Αυτό μάλλον οφείλεται στην απαράδεκτη αντιμετώπιση από το κατεστημένο όταν επέστρεψε στη πατρίδα του όπως και στη μη εκλογή του ως καθηγητή. Σίγουρα η αποτυχία αυτή, παρά το γεγονός ότι είχε τα περισσότερα προσόντα από τους συνυποψηφίους του, επιδείνωσε τις σχέσεις του με τους εκτός Ερυθρού Σταυρού συναδέλφους του.

Η Ελληνική πολιτεία τον τίμησε με το παράσημο του τάγματος της Ευποιίας και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός με τον Χρυσούν Σταυρό. Η συγγραφική του παρουσία, πλούσια, πρωτοποριακή και πολύπληρη, κάλυπτε όλους τους τομείς της Ωτορινολαρυγγολογίας με πλήθος δημοσιεύσεων στις πιο έγκυρες Ευρωπαϊκές ιατρικές εκδόσεις και αξιοσημείωτη συμμετοχή σε επιστημονικά συγγράμματα παγκόσμιας προβολής. Δυστυχώς οι εργασίες του δεν αναφέρονται σε ψηφιακές βάσεις δεδομένων λόγω του ότι είναι δημοσιευμένες σε μη καταγεγραμμένη περίοδο. Ελπίζω ότι κάποια στιγμή θα βρεθεί κάποιο βιογραφικό του σημείωμα στο οποίο θα αναφέρονται λεπτομερώς οι εργασίες του.

Ο Νασούφης εισήγαγε την μικροχειρουργική του ωτός (τυμπανοπ्लाστική, αναβολεκτομή) και την υπό γενική αναισθησία μικρολαρυγγοσκόπηση, αμυγδαλεκτομή και αδενοειδεκτομή σε παιδιά. Αναμφίβολα δημιούργησε δική του σχολή στο νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και έδωσε πλουσιοπάροχα σε όλους τους μαθητές του τη σοφία της γνώσης και της εμπειρίας του. Από τη θέση του διευθυντή της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού για 20 και πλέον χρόνια, ανέδειξε τον πλούτο των γνώσεων του, την ιδιαίτερη χειρουργική του δεινότητα, την πίστη του στην αξία της διαρκούς προσπάθειας και τη διαρκή και ανιδιοτελή διάθεση να μεταδώσει στους συνάδελφους και συνεργάτες του τις νεότερες κατακτήσεις της ειδικότητας. Έθεσε έκτοτε τις βάσεις της σύγχρονης Ωτορινολαρυγγολογίας και Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου, όντας ο ίδιος παγκοσμίως αναγνωρισμένος σε αυτή την ειδικότητα. Είχε ιδιαίτερη ευαισθησία στην ανθρώπινη πλευρά της προσέγγισης του αρρώστου, αλλήλ ταυτόχρονα και στη διαφύλαξη της αξιοπιστίας και αξιοπρέπειας της ιατρικής επιστήμης και του θεράποντα ιατρού.

Οι καθηγητές Δημητριάδης και Νασούφης υπήρξαν άριστοι ιατροί, εξαιρετικοί δάσκαλοι και πρωτοποριακοί ερευνητές που κατά την γνώμη μου παραμένουν αξεπέραστοι στη χώρα μας μέχρι σήμερα. Το έργο τους και οι προσωπικότητές τους είναι αξιοζήλευτες και παραμένουν πρότυπα προς μίμηση, περισσότερο για εμάς της Πανεπιστημιακής κοινότητας.

Association of HPV infection in patients with papillary, precancerous and cancerous laryngeal lesions: a pilot study.

Συσχέτιση της λοίμωξης από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων με θηλωματώδεις, προκαρκινικές και καρκινικές βλάβες του λάρυγγα.

Lianou D. Aikaterini¹,
Gkrepi G. Konstantina²,
Kastanioudakis G. Ioannis¹.

¹Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine, School of Medical Sciences, University of Ioannina, Ioannina, Greece

²Department of Pathology, Faculty of Medicine, School of Medical Sciences, University of Ioannina, Ioannina, Greece

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018*

Correspondence:

Kastanioudakis Ioannis, MD, PhD
Professor of Otorhinolaryngology
& Head and Neck Surgery,
School of Medical Sciences, Faculty
of Medicine, Department of
Otorhinolaryngology

Head and Neck Surgery, University of
Ioannina, Ioannina, Greece

tel: +302651099661 Mob: 6944354941
Email: kastanioudakis@gmail.com

Λιανού Δ. Αικατερίνη¹,
Γκρέπη Γ. Κωνσταντίνα²,
Καστανιουδάκης Γ. Ιωάννης¹.

¹ Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα.

² Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Καστανιουδάκης Ιωάννης, MD, PhD
Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου.

Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ,

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα.
Τηλ: +30 26510 99661, Κινητό: 6944354941

Email: kastanioudakis@gmail.com

ABSTRACT

Import: Human papillomavirus (HPV) infection represents a major risk factor in squamous cell cancer. The role of HPV and its highest risk subtypes in non-oro-pharyngeal head and neck cancers, such as larynx cancer, have not yet been elucidated. This study focuses on the investigation of the association of HPV with papillary, precancerous and cancerous laryngeal lesions.

Materials-Methods: Biopsy material was obtained from larynx of patients with papillary, precancerous or cancerous laryngeal diseases. The study included 55 patients, 53 men and 2 women. HPV-DNA microarray technique for molecular detection and standardization of HPV has been used. There was a correlation of results with age, sex, location, dietary habits, lipi-demia, diabetes and body mass index (BMI). The analysis so far includes 17 out of 55 patients, while the remaining samples are in the phase of processing.

Results: Of the 17 samples analyzed up to date, the HPV virus was detected in 14 patients with the most common subtype HPV 11 and 85 and the rarer HPV 58. In 3 samples the HPV virus was not detected.

Conclusions: Up to date a 'weak' correlation of HPV 58 (high risk virus) with the occurrence of pre-cancerous and cancerous laryngeal lesions was revealed in our patients. It is obvious that more samples are needed in order safe conclusions to be reached.

Key words: carcinoma, human papillomavirus, larynx, HPV-DNA microarray technique

Running head: HPV infection and laryngeal lesions.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο εκ πλάκωδών κυττάρων. Ο ρόλος του HPV, καθώς και οι πιο υψηλού κινδύνου υπότυποι του σε μη στοματοφαρυγγικούς καρκίνους της κεφαλής και του τραχήλου, όπως στον καρκίνο του λάρυγγα, δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα. Η μελέτη αυτή επικεντρώνεται στην διερεύνηση της συσχέτισης της λοίμωξης από τον ιό HPV με θηλωματώδεις, προκαρκινικές και καρκινικές βλάβες του λάρυγγα.

Υλικό και Μέθοδοι: Βιοψτικό υλικό ελήφθη με μικροβιοψία, υπό γενική αναισθησία, από το λάρυγγα ασθενών με θηλωματώδεις, προκαρκινικές ή καρκινικές βλάβες. Η μελέτη περιελάμβανε 55 ασθενείς, 53 άνδρες και 2 γυναίκες. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική HPV-DNA μικροσυστοιχίες για τη μοριακή ανίχνευση και την τυποποίηση του HPV. Ακολούθησε συσχέτιση των αποτελεσμάτων με την ηλικία, το φύλο, την εντόπιση, τις διατροφικές συνήθειες, τη λιπιδαιμία, τον σακχαρώδη διαβήτη και το δείκτη μάζας σώματος (BMI). Η ανάλυση μέχρι στιγμής περιλαμβάνει 17 από τους 55 συνολικά ασθενείς, ενώ τα υπόλοιπα δείγματα βρίσκονται στη φάση της επεξεργασίας.

Αποτελέσματα: Από τα 17 δείγματα που αναλύθηκαν μέχρι σήμερα, ο ιός HPV ανιχνεύθηκε σε 14 ασθενείς με τον πιο κοινό υπότυπο τον HPV 11 και 85 και σπανιότερο τον HPV 58. Σε 3 δείγματα ο ιός HPV δεν ανιχνεύθηκε.

Συμπεράσματα: Έως τώρα στη σειρά μας παρατηρείται χαμηλός επιπολασμός της λοίμωξης από τον ιό HPV 58 (υψηλού κινδύνου υπότυπο) με την εμφάνιση προκαρκινικών και καρκινικών λaryγγικών αλλοιώσεων. Είναι προφανές ότι απαιτείται η ανάλυση περισσότερων δειγμάτων για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνωμα, ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, λάρυγγας, τεχνική HPV-DNA μικροσυστοιχιών.

Σύντομος τίτλος: Λοιμώξεις από τον ιό HPV και λaryγγικές βλάβες.

INTRODUCTION

Head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) is the sixth most common malignancy worldwide, and is responsible for ~ 350,000 deaths annually.¹ It seems that the larynx is the commonest site of malignancy in the upper part of respiratory and digestive tracts and the larynx squamous cell carcinoma (LSCC) is present in > than 90% of cases.^{2,3}

Current evidence suggest that human papillomavirus (HPV), especially HPV 16, has a crucial aetiological role in a significant percentage of oro-pharyngeal squamous cell carcinoma (OP-SCC) cases.⁴

Despite its reported declining incidence, recent evidence suggests that laryngeal cancer represents undoubtedly a major health problem.⁵ It is reported that tobacco use in association with alcohol consumption represent the major risk factors for this type of aggressive cancer. Extensive research has been made during the last decade about HPV and its potential role as risk factor in a plethora of cancer types.⁶ However, the role of HPV in laryngeal cancer carcinogenesis has not been yet definitively elucidated. The etiology of LSCC is considered to be multifactorial and its genetic pattern is believed to be highly heterogeneous.⁷ It has to be highlighted that the potential role of HPV in non-oropharyngeal head and neck cancers is still highly unclear. Thus, in laryngeal carcinogenesis field, the role of HPV in the initiation, development and progression of laryngeal cancer remains controversial.⁸

The purpose of this prospective study is to investigate the possible correlation of HPV infection with papillary, precancerous and cancerous laryngeal lesions in patients in Northwestern Greece who have been operated for these pathologies in the Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Cancer at the University Hospital of Ioannina, Greece.

MATERIALS-METHODS

Laryngeal biopsy material obtained by general anesthesia from patients with papillary, precancerous and cancerous laryngeal lesions at Our Department. The study included prospectively 55 patients, 53 men aged 32 to 86, and 2 women aged 52 and 68 in the period from 05/12/2014 until today.

From the 1970s to the present, a wide variety of HPV detection and standardization methods have been developed that can be divided into three broad categories: techniques based on hybridization, nucleic acid amplification techniques (PCR) and techniques based on their combination. HPV DNA microarrays technique and specifically the kit CLART HPV2 (GENOMICA) that has been used in the present study, is one of the most up-to-date methodologies for molecular detection and standardization of HPV (1st commercially available).⁹⁻¹¹

CLART Human Papillomavirus 2 Kit detects up to 35 (6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 81, 82, 83, 84, 85, 89) of the most clinically relevant HPV types in a wide range of samples (swabs, cell suspensions, tissues fixed in formol or paraffin wax).

Detection of the different HPV genotypes is achieved by PCR amplification of a 450 bp fragment within the highly conserved L1 region of the virus. This highly conserved sequence presents slight variations among each individual HPV type that allows its genomic identification by recognition of the viral DNA by specific probes. This slight variation guarantees the detection specificity. The detection of the product amplified by PCR is carried out by means of a low-density microarray platform: CLART (Clinical Array Technology). The platform is based on a very simple principle, but at the same time cost effective. It consists in a microarray printed at the bottom of a microtiter plate well (CLART-Strip CS), which simplifies the entire hybridization and visualization process when compared to classic microarray systems.

CLART Human Papillomavirus 2 detection system is based on the precipitation of an insoluble product in those microarray areas in which hybridization of amplified products with specific probes takes place. During PCR, amplified products are labelled with biotin. After amplification, these products are hybridized with their respective specific complementary probes that are immobilised in specific and well-known microarray areas. Afterwards they are then incubated with a streptavidine-peroxidase conjugate. The conjugate is bound through streptavidine with the biotin present in the amplified products (which are bound to their specific probes) and the peroxidase activity prompts the appearance of a non-soluble product in the presence of the o-dianisidine substrate, which precipitates on the microarray areas where hybridization occurs.¹²

RESULTS

The analysis has been concluded up to date in 17 patients (30.9%) out of the 55 in total that included in our protocol. In 14 patients (82.35%), HPV was detected. Of the 14 patients, 13 were male (92.85%) and 1 female (7.14%). Of the 14 patients in 99.85%, which means 13 patients, low-risk HPV was detected. The low risk subtypes were: HPV 11,40,43,70,82,83,84,85,89, of which the most common were HPV 11 (38,46%) and HPV 85 (38, 46%). A high risk HPV subtype (HPV 58) was detected in only one patient up to date.

We correlated the results with sex, smoking, alcohol, dietary habits, body mass index (BMI), lipidemia, diabetes, location, heredity, histology. HPV is detected in 82,35% of our patients. Until now, there is a low prevalence of HPV high risk subtype infection in our study.

The results are summarized in Tables 1,2.

DISCUSSION

Several attempts have been made by the scientific community and the literature offers some studies assessing the potential role of HPV in the laryngeal and oropharyngeal carcinogenesis setting.^{13,14,15} A well-conducted systematic review dealing with HPV infection and its potential association with laryngeal cancer was published some years ago and concluded 55 studies.¹⁶ Twenty HPV genotypes [High risk (HR-HPV): HPV-16,-18, -31,

Table 1. Colleration of results with sex, smoking, alcohol, dietary habits, body mass index (BMI), lipidemia and diabetes.

SMOKING	ALCOHOL	DIETARY HABITS	BMI>25	LIPIDEMIA	DIABETES
14 (100%)	8 (57,14%)	14 (100%)	11 (78,57%)	3 (21,42%)	2 (14,28%)

Table 2. Colleration of results with heredity, location and histology.
(RVC: Right vocal cord, LVC: Left vocal cord, VC: Vocal cord bilateral, LIN: Laryngeal Intraepithelial Neoplasia).

HEREDITY	LOCATION	HISTOLOGY
2 (14,28%)	2 RVC (14,28%)	5 Ca INVASIVE (35,71%)
	6 LVC (42,85%)	1 IN SITU (7,14%)
	6 VC (42,85%)	1 LIN II (7,14%)
		3 LIN I (21,42%)
		2 HYPERKERATOSIS, PARAKERATOSIS (14,28%)
		2 PAPILLOMA (14,28%)

-33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58, -59, and 68 low risk HPVs (LR-HPV): HPV-6, -11, -40, -42, -44, -61, and -73) were reported among patients with laryngeal cancer. A total of 27% laryngeal cancer patients were infected with high-risk HPV types only. Moreover, it is reported that HPV-16 was the most frequently observed type. They have concluded that HPV infection, especially infection from high-risk type HPV 16, was revealed to be significantly associated with the risk of laryngeal squamous cell carcinogenesis.

On the other side, a recent study based on laryngeal SCCs and laryngeal nodules combined concluded that HPV infection is not likely to influence survival rates as an independent prognostic factor in patients with laryngeal SCC.¹⁷

In conclusion, studies with different methods have been conducted to date in order to explore the possible association of human HPV infection with laryngeal carcinogenesis.^{18,19,20,21} Current findings are heterogeneous and there is no doubt that laryngeal cancer represents a complex type of cancer.^{19,22,23,24} The

potential causative association of HPV with the development of laryngeal cancer has not been yet definitively established.²⁵

Our study has several limitations. First of all the number of patients. It is essential to analyze all of our patients and it is obvious that future prospective trials are necessary in order safe conclusions to be reached.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the local ethics committee (Approval Date: 25.07.2017/Approval No: 13-26).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients which participated in the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept –L.A., K.I. ; Design – L.A., K.I., G.K. ; Supervision – K.I. ; Resource – A.L., K.I., G.K. ; Materials – L.A., K.I. ; Data Collection and/or Processing –L.A., K.I., G.K. ; Analysis and/or Interpretation – L.A., G.K. ; Literature Search – L.A., G.K.; Writing – L.A., G.K., K.I.; Critical Reviews - K.I.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

REFERENCES

- Lianou AD, Ragos V, Fotiadis PP, Tsiambas E, Batistatou A, Kastanioudakis I. Molecular aspects in HPV-dependent laryngeal and oropharyngeal carcinoma. J BUON. 2018 Jan-Feb;23(1):19-22.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005 Mar-Apr;55(2):74-108.
- Peller M, Katalinic A, Wollenberg B, Teudt IU, Meyer JE. Epidemiology of laryngeal carcinoma in Germany, 1998-2011. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Jun;273(6):1481-7.
- Badaracco G, Rizzo C, Mafera B, Pichi B, Giannarelli D, Rahimi SS, et al. Molecular analyses and prognostic relevance of HPV in head and neck tumours. Oncol Rep. 2007 Apr;17(4):931-9.
- Saini AT, Genden EM, Megwalu UC. Sociodemographic disparities in choice of therapy and survival in advanced laryngeal cancer. Am J Otolaryngol. 2016 Mar-Apr;37(2):65-9.
- D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. N Engl J Med. 2007 May 10;356(19):1944-56.
- Gillison ML, Lowy DR. A causal role for human papillomavirus in head and neck cancer. Lancet. 2004 May 8;363(9420):1488-9.

8. Hobbs CG, Sterne JA, Bailey M, Heyderman RS, Birchall MA, Thomas SJ. Human papillomavirus and head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol*. 2006 Aug;31(4):259-66.
9. Vermorken JB, Mesia R, Rivera F, Remenar E, Kaweck i A, Rotte y S, et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2008 Sep 11;359(11):1116-27.
10. Morshed K. Association between human papillomavirus infection and laryngeal squamous cell carcinoma. *J Med Virol*. 2010 May;82(6):1017-23.
11. Calleja-Macías, I.E., Villa, L.L., Prado, J.C. et al. Worldwide genomic diversity of the high-risk human papillomavirus types 31, 35, 52, 58, for close relatives of human papilloma virus type 16. *Journal of Virology*. 79, 2005:13630-13640.
12. Chranioti A., Spathis A., Aga E., Merustoudis C., Pappas A., Panayiotides I. et al. Comparison of two commercially available methods for HPV Genotyping: CLART HPV2 and Linear Arrays HPV Genotyping Test. *Analytical and Quantitative Cytopathology and Histopathology*. Volumen 34, number 5, October 2012.
13. Gillison ML, Lowy DR. A causal role for human papillomavirus in head and neck cancer. *Lancet* 2004 363(9420):1488–1489.
14. Gillison ML, Koch WM, Capone RB, Spafford M, Westra WH, Wu L, et al. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2000 May 3;92(9):709-20.
15. Isayeva T, Li Y, Maswahu D, Brandwein-Gensler M. Human papillomavirus in non- oropharyngeal head and neck cancers: a systematic literature review. *Head Neck Pathol*. 2012 6 Suppl 1:S104-20.
16. Li X, Gao L, Li H, Gao J, Yang Y, Zhou F et al. Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis*. 2013 Feb 1;207(3):479-88.
17. Badaracco G, Rizzo C, Mafera B, Pichi B, Giannarelli D, Rahimi SS, et al. Molecular analyses and prognostic relevance of HPV in head and neck tumours. *Oncol Rep* 2007;17:931-9.
18. Li X, Gao L, Li H, Gao J, Yang Y, Zhou F, et al. Human papillomavirus infection and laryngeal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis*. 2013 Feb 1;207(3):479-88.
19. Castellsagué X, Alemany L, Quer M, Halc G, Quirós B, Tous S, et al. HPV Involvement in Head and Neck Cancers: Comprehensive Assessment of Biomarkers in 3680 Patients. *J Natl Cancer Inst*. 2016 Jan 28;108(6):djv403.
20. Gama RR, Carvalho AL, Longatto Filho A, Scorsato AP, López RV, Rautava J, et al. Detection of human papillomavirus in laryngeal squamous cell carcinoma: Systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2016 Apr;126(4):885-93.
21. Polz-Gruszka D, Stec A, Dworżański J, Polz-Dacewicz M. EBV, HSV, CMV and HPV in laryngeal and oropharyngeal carcinoma in Polish patients. *Anticancer Res*. 2015 35(3):1657-61.
22. Trivedi S, Rosen CA, Ferris RL. Current understanding of the tumor microenvironment of laryngeal dysplasia and progression to invasive cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 24(2):121-7.
23. de Miguel-Luken MJ, Chaves-Conde M, Carnero A (2016). A Genetic view of Laryngeal Cancer heterogeneity. *Cell Cycle*. 2016 May 2;15(9):1202-12.
24. Reuschenbach M, Wagner S, Würdemann N, Sharma SJ, Prigge ES, Sauer M, et al. Human papillomavirus and squamous cell cancer of the head and neck region: Prognostic, therapeutic and prophylactic implications. *HNO*. 2016 Jul;64(7):450-9.
25. Combes JD, Franceschi S. Role of human papillomavirus in non- oropharyngeal head and neck cancers. *Oral Oncol*. 2014 50(5):370-9.

Η προγνωστική αξία των χειρουργικών ορίων μετά από διαστοματική laser CO₂ μικροχειρουργική για την αντιμετώπιση του πρώιμου καρκίνου του λάρυγγα.

Assessing the prognostic significance of surgical margins following laser excision of early-stage glottic carcinoma.

**Δουλαπτή Μαρία,
Καρατζάνης Αλέξανδρος,
Προκοπάκης Εμμανουήλ,
Βελεγράκης Στυλιανός,
Βελεγράκης Γεώργιος**

ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού
Νοσοκομείου Ηρακλείου,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Κρήτη

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Καρατζάνης Αλέξανδρος, MD, PhD
ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού
Νοσοκομείου Ηρακλείου,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Κρήτη
71110, Ηράκλειο, Κρήτη, Ελλάδα
Τηλ: 6972717232
Email: akaratzanis@yahoo.com

**Doulaptsi Maria,
Karatzanis Alexander,
Prokopakis Emmanouel,
Velegrakis Stylianos,
Velegrakis George**

Department of Otorhinolaryngology,
Head and Neck Surgery,
University of Crete School of Medicine,
Heraklion, Crete, Greece

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018*

Corresponding author:

Karatzanis Alexander,
MD, PhD, Assist. Professor
Department of Otorhinolaryngology, Head
and Neck Surgery, University of Crete
School of Medicine, Heraklion,
Crete, Greece
71110, Heraklion, Crete, Greece
Tel: 0030 6972717232
Email: akaratzanis@yahoo.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Διαστοματική Laser Μικροχειρουργική (TLM) αποτελεί καθιερωμένη τεχνική στη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του λάρυγγα. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία, παρατηρείται ασυμφωνία σχετικά με τη σημασία των χειρουργικών ορίων μετά από TLM. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της προγνωστικής αξίας των ιστολογικών ορίων χειρουργικής εκτομής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TLM λόγω πρώιμου γλωττιδικού καρκίνου.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομική μελέτη διεξήχθη στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου. Τα ιατρικά αρχεία όλων των ασθενών με T1 γλωττιδικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε TLM μεταξύ 2010-2016 μελετήθηκαν. Έμφαση δόθηκε στα ογκολογικά αποτελέσματα σε σχέση με το χαρακτηρισμό των χειρουργικών ορίων εκτομής στην ιστοπαθολογική εξέταση.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των 71 ασθενών που συμμετείχαν στην μελέτη, ελεύθερα νόσου χειρουργικά όρια εκτομής βρέθηκαν σε 49 ασθενείς. Σε 22 ασθενείς, όπου τα όρια χαρακτηρίστηκαν ως ύποπτα ή ασαφή, πραγματοποιήθηκε είτε επανεπέμβαση ή υιοθετήθηκε στρατηγική κλινικής παρακολούθησης. Τα ογκολογικά αποτελέσματα για τις δύο ομάδες ήταν στατιστικά συγκρίσιμα όσον αφορά τον τοπικό και περιοχικό έλεγχο της νόσου, καθώς και την συνολική επιβίωση των ασθενών.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική αφαίρεση πρώιμων γλωττιδικών καρκίνων με χρήση laser, τα ιστολογικά χειρουργικά όρια θα πρέπει να συνεκτιμώνται με τη διεγχειρητική εκτίμηση του χειρουργού αναφορικά με την πληρότητα της αφαίρεσης του όγκου. Σε καλή επιλεγμένες περιπτώσεις είναι δυνατή η διαχείριση των ασθενών αυτών με στενή κλινική παρακολούθηση ακόμα και αν η παθολογοανατομική έκθεση έχει χαρακτηρίσει τα χειρουργικά όρια ως ακαθόριστα ή ύποπτα.

Λέξεις κλειδιά: γλωττιδικός καρκίνος, laser CO₂ μικροχειρουργική, χειρουργικά όρια εκτομής, ιστοπαθολογική έκθεση, ταχεία βιοψία, στρατηγική μετεγχειρητικής παρακολούθησης

Σύντομος τίτλος: Όρια εκτομής στη Laser αφαίρεση πρώιμου γλωττιδικού καρκίνου.

ABSTRACT

Objective: Transoral Laser CO₂ Microsurgery (TLM) is an established mode of treatment for early glottic carcinomas. However, there appears to be confusion in the literature with regard to the way histologic margins should be assessed following laser resection. The aim of this study is to assess the prognostic significance of histopathologic characterized suspicious or undetermined margins status following surgical treatment of early laryngeal cancer with TLM.

Methods: A retrospective study was conducted at the Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, University of Crete School of Medicine in Crete. The files of all cases that underwent primary laser microsurgical treatment for T1 glottic cancer between 2010 and 2016 were studied. Focus was given on oncologic outcomes with regard to tumor margin status on histopathology report.

Results: Among 71 patients treated with curative intent by transoral laser resection for T1 lesions, clear histologic borders were achieved in 49 cases. Positive or suspicious margins were reported in 22 cases. These cases were either followed up closely or re-operated upon depending on the surgeon's level of clinical suspicion. Oncologic outcomes were found to be comparable among groups.

Conclusion: It is suggested that in selected cases, when the surgeon is confident with the outcome of CO2 laser microsurgery for early glottic carcinoma, a "watch and wait" strategy could be an acceptable management option even when surgical margins have been labeled undetermined or suspicious on pathology.

Key words: glottic cancer, laser CO2 microsurgery, surgical margins, histopathology report, watch and wait strategy, frozen sections

Running head: Surgical margins following laser excision of early-stage glottic carcinoma.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διαστοματική Laser Μικροχειρουργική (Transoral Laser Microsurgery, TLM) έχει καθιερωθεί στη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του λάρυγγα, ενώ αποτελεί ευρέως διαδεδομένη τεχνική ακόμη και σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Παρέχει εξαιρετικά ογκολογικά αποτελέσματα αναφορικά με τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την επιβίωση, διατηρώντας παράλληλα σε ικανοποιητικό επίπεδο τη λειτουργία του οργάνου. Επιπλέον υπερέρχει ξεκάθαρα από πλευράς κόστους συγκριτικά τόσο με την ακτινοθεραπεία όσο και τις ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις.¹⁻³

Σε κάθε περίπτωση που επιλέγεται η χειρουργική θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου, η επίτευξη ελεύθερων χειρουργικών ορίων εκτομής θεωρείται κεφαλαιώδους σημασίας. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η πλήρης αφαίρεση του όγκου από την πρωτοπαθή εστία αποτελεί απαραίτητη συνθήκη προκειμένου να εξασφαλιστεί ο τοπικός έλεγχος της νόσου.^{4,5} Στόχος, λοιπόν, κάθε ογκολογικής επέμβασης με θεραπευτική πρόθεση θα πρέπει να είναι η ιστολογικά επιβεβαιωμένη εξασφάλιση ελεύθερων νόσου χειρουργικών ορίων.^{6,7}

Ωστόσο, η προγνωστική αξία των χειρουργικών ορίων στη θεραπεία του καρκίνου του λάρυγγα με τη διενέργεια TLM δεν έχει συστηματικά μελετηθεί στην βιβλιογραφία. Πρόσφατα μάλιστα έχουν αναφερθεί αποκλίσεις μεταξύ ιστοπαθολογίας και κλινικής έκβασης σε περιστατικά όπου τα χειρουργικά όρια είχαν χαρακτηριστεί ως ύποπτα ή σε περιπτώσεις όπου τα όρια δεν μπορούσαν να εκτιμηθούν με σαφήνεια μετά από TLM.

⁸⁻¹⁰ Θετική έκβαση έχει παρατηρηθεί ακόμη και σε περιστατικά όπου ελεύθερα χειρουργικά όρια εκτομής δεν μπορούσαν να επιβεβαιωθούν ιστοπαθολογικά. Δεδομένων των ευρημάτων αυτών, η προσεκτική παρακολούθηση των ασθενών με ύποπτα χειρουργικά όρια θα μπορούσε να θεωρηθεί αξιόπιστη εναλλακτική στρατηγική, τουλάχιστον στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο χειρουργός είναι πεπεισμένος κλινικά ότι η εξαίρεση του όγκου ήταν πλήρης.^{9,10}

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της προγνωστικής σημασίας των χειρουργικών ορίων που κρίνονται ως ύποπτα ή ακαθόριστα στην παθολογοανατομική εξέταση σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε TLM λόγω πρώιμου γλωττιδικού καρκίνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναδρομική μελέτη διεξήχθη στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου. Μελετήθηκαν τα ιατρικά αρχεία όλων των ασθενών με T1a και T1b γλωττιδικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε TLM μεταξύ Σεπτεμβρίου 2010 και 2016. Ασθενείς με ελλιπή στοιχεία, ιστολογία άλλη από αυτήν του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος καθώς και ασθενείς με δεύτερο πρωτοπαθή όγκο τη στιγμή της διάγνωσης αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση των ιστοπαθολογικών εκθέσεων και σταδιοποίηση σύμφωνα με το AJCC του 2016 και το UICC¹¹. Το T κατά TNM αναφέρεται στην τοπική έκταση της πρωτοπαθούς εστίας. Όσον αφορά τα γλωττιδικά καρκινώματα, το T1 καθορίζεται ως όγκος περιορισμένος στις γνήσιες φωνητικές χορδές χωρίς περιορισμό της κινητικότητάς τους. Αναλυτικότερα, το T1a αναφέρεται ως καρκίνωμα εντοπισμένο στη μία φωνητική χορδή, ενώ οι T1b βλάβες αφορούν και στις δύο γνήσιες φωνητικές χορδές.

Στην κλινική μας η laser μικροχειρουργική του λάρυγγα πραγματοποιείται τυπικά υπό γενική αναισθησία με τη βοήθεια άκαμπτου λαρυγγοσκοπίου και συσκευής laser CO2 (Sharplan®), συνδεδεμένα με χειρουργικό μικροσκόπιο (Zeiss®, Oberkochen, Germany). Επιλέγεται χαμηλή προς μέτρια συνεχόμενη ισχύς 3.0-5.0W. Οι μικρότερες βλάβες αφαιρούνται ενιαία (en block), ενώ οι μεγαλύτερες τμηματικά (piecemeal technique) σύμφωνα με καθιερωμένες τεχνικές.¹

Οι ασθενείς της μελέτης χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με τον χαρακτηρισμό των χειρουργικών ορίων, όπως αυτός αναφερόταν στην παθολογοανατομική έκθεση. Στην πρώτη ομάδα συμπεριλήφθηκαν οι ασθενείς με ελεύθερα ιστολογικά όρια. Στην δεύτερη ομάδα τοποθετήθηκαν οι ασθενείς με ύποπτα ή ασαφή όρια μετά το αρχικό χειρουργείο. Όλες οι παθολογοανατομικές εκθέσεις αφορούσαν μόνιμα παρασκευάσματα, καθώς ταχείες βιοψίες δεν πραγματοποιούνται σε περιστατικά που υποβάλλονται σε μικρολαρυγγοσκόπηση στο νοσοκομείο μας. Η κλινική έκβαση μετά την αρχική εκτομή εκτιμήθηκε, συγκρίνοντας τις 2 ομάδες ασθενών όσον αφορά τον τοπικό και περιοχικό έλεγχο της νόσου, καθώς και την συνολική επιβίωση. Ο τοπικός έλεγχος της νόσου αντικατοπτρίζει την υποτροπή του όγκου στην πρωτοπαθή εστία, υπολογίστηκε από το χρόνο μεταξύ του χειρουργείου και της διά-

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη.

	Σταδιοποίηση νόσου		Σύνολο
	T1a	T1b	
Αριθμός περιπτώσεων (ποσοστό)	55 (77.46%)	16 (22.54%)	71(100%)
Μέση ηλικία σε έτη (min-max)	61.2 (40-81)	66.3 (59-78)	63.1 (40-81)
Αρσενικό φύλο (ποσοστό)	45 (89.82%)	16 (100%)	61 (85.92%)
Θηλυκό φύλο (ποσοστό)	10 (10.18%)	0	10 (14.08%)

γνωσης της τοπικής υποτροπής ή της πιο πρόσφατης επανεξέτασης (follow up). Η συνολική επιβίωση, δηλαδή η συνολική θνητότητα των ασθενών, εκτιμήθηκε ως το ποσοστό των ασθενών που παρέμειναν ζωντανοί για περισσότερα από πέντε έτη διαιρεμένο με το συνολικό αριθμό των ασθενών. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση γινόταν στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής και τυπικά περιελάμβανε πλήρη κλινική εξέταση και εύκαμπτη ενδοσκόπηση ανά μήνα για το πρώτο έτος, κάθε 2 μήνες για το δεύτερο έτος, κάθε 3 μήνες για το τρίτο έτος, κάθε 4 μήνες για το τέταρτο έτος, κάθε 6 μήνες για το πέμπτο έτος και ανά έτος ακολούθως. Επιπλέον, αξονική τομογραφία (CT) τραχήλου πραγματοποιούνταν 2 φορές ανά έτος για τα δύο πρώτα έτη μετά την αρχική επέμβαση. Επιπρόσθετες πληροφορίες συγκεντρώθηκαν και τοποθετήθηκαν σε βάση δεδομένων συμπεριλαμβάνοντας δημογραφικά στοιχεία και το ποσοστό διατήρησης του λάρυγγα για κάθε κατηγορία ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μεταξύ των 71 ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια και συμμετείχαν στην μελέτη, 61 (85.92%) ήταν άντρες και 10 (14.08%) ήταν γυναίκες. Μέση ηλικία των ασθενών στην μελέτη ήταν τα 63 έτη, με διακύμανση από 40 έως 81 χρόνια. Η πλειοψηφία των περιστατικών (55 ασθενείς, 77.46%) αφορούσε σε T1a βλάβες. Ο μέσος όρος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 51.2 μήνες, με διακύμανση από 18 έως 84 μήνες. Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Η πρώτη ομάδα ασθενών, όπου ελεύθερα χειρουργικά όρια είχαν επιτευχθεί αρχικά, περιελάμβανε 49 (69%) ασθενείς. Από αυτούς, μόνο 9 περιπτώσεις (18.37%) αφορούσαν T1b βλάβες, ενώ όλοι οι υπόλοιποι είχαν T1a όγκους. Η δεύτερη ομάδα ασθενών, όπου τα χειρουργικά όρια είχαν χαρακτηριστεί ως ύποπτα ή ασαφή, περιελάμβανε 22 (31%) ασθενείς. Από αυτούς 6 είχαν T1b βλάβες (27.3%), ενώ οι υπόλοιποι είχαν T1a όγκους (16 περιπτώσεις, 72.7%). Το σύνολο των ασθενών της πρώτης ομάδας τέθηκε σε τακτική μετεγχειρητική παρακολούθηση. Κανένας από τους ασθενείς αυτούς δεν εμφάνισε τοπική υποτροπή.

Μεταξύ των ασθενών της δεύτερης ομάδας, δεκαοκτώ περιπτώσεις είχαν ύποπτα χειρουργικά όρια εκτομής και τέσσερις ασθενείς

είχαν όρια που δεν μπορούσαν να καθοριστούν με σαφήνεια από την παθολογοανατομική εξέταση. Κανένα από τα περιστατικά της ομάδας δεν εμφάνισε διηθημένα χειρουργικά όρια. Στους τέσσερις ασθενείς με τα μη καθορισμένα όρια υιοθετήθηκε στρατηγική αναμονής και οι ασθενείς τέθηκαν σε μετεγχειρητική παρακολούθηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν παρατηρήθηκε τοπική ή περιοχική υποτροπή κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Από τα περιστατικά που εμφάνισαν ύποπτα όρια, επτά ασθενείς υποβλήθηκαν σε επανεπέμβαση εντός 10 εβδομάδων μετά την αρχική εκτομή. Σε δύο περιπτώσεις βρέθηκε υπολειπόμενος όγκος στο ιστολογικό παρασκεύασμα, ενώ στους υπόλοιπους πέντε ασθενείς δεν τεκμηριώθηκε παρουσία καρκινώματος. Κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής παρακολούθησης κανένας από τους επτά ασθενείς δεν παρουσίασαν τοπική ή περιοχική υποτροπή. Στους υπόλοιπους έντεκα ασθενείς με ύποπτα παθολογοανατομικά χειρουργικά όρια, ο θεράπων χειρουργός έκρινε πως η εξαίρεση του όγκου διεγχειρητικά ήταν πλήρης και υιοθετήθηκε στρατηγική κλινικής παρακολούθησης. Κανένας από αυτούς τους έντεκα ασθενείς δεν εμφάνισε τοπική ή περιοχική υποτροπή.

Το συνολικό ποσοστό του τοπικού ελέγχου καθώς και το ποσοστό διατήρησης του λάρυγγα ήταν 100% για τους ασθενείς με αρχικά μη καθορισμένα ή ύποπτα όρια, όπως επίσης και για αυτούς με ελεύθερα χειρουργικά όρια. Το ποσοστό της συνολικής επιβίωσης για τον πρώιμο γλωττιδικό καρκίνο που αντιμετωπίστηκε με διαστοματική laser μικροχειρουργική ήταν 100% (Πίνακας 2).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διαστοματική laser μικροχειρουργική εισήχθη στην θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του λάρυγγα την δεκαετία του 1970.¹² Έκτοτε, οι ενδείξεις της έχουν επεκταθεί και σήμερα αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο για τη χειρουργική εξαίρεση του πρώιμου καρκίνου, και αρκετά διαδεδομένη ακόμη και σε πιο προχωρημένα στάδια του γλωττιδικού καρκίνου.¹³⁻¹⁵ Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την πλήρη αφαίρεση βλαβών με όσο το δυνατόν μικρότερο τραυματισμό των φωνητικών χορδών. Επιπλέον, προσφέρει εξαιρετικά ογκολογικά αποτελέσματα με χαμηλό σχετικά κόστος.^{14,16}

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η προγνωστική αξία των χειρουργικών ορίων εκτομής σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε laser CO₂ μικρολάρυγγοσκόπηση για πρώιμο γλωττιδικό καρκίνο. Συ-

Πίνακας 2. Ογκολογικά αποτελέσματα βασισμένα στην κατάσταση των χειρουργικών ορίων. Ομάδα 1: ασθενείς με ελεύθερα όρια εκτομής. Ομάδα 2: ασθενείς με ύποπτα/ακαθόριστα όρια. Ελάχιστος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν τα 3 έτη.

Κατάσταση χειρουργικών ορίων	Ποσοστό τοπικού ελέγχου με laser αφαίρεση	Ποσοστό συνολικής επιβίωσης	Ποσοστό διατήρησης του λάρυγγα	Αριθμός υποτροπών
Ομάδα 1 (n=49)	100%	100%	100%	καμία
Ομάδα 2 (n=22)	100%	100%	100%	καμία

γκεκριμένα όλες οι περιπτώσεις T1 γλωττιδικού καρκίνου που αντιμετωπίστηκαν με TLM σε διάστημα έξι ετών εκτιμήθηκαν αναδρομικά. Με βάση το πόρισμα της παθολογοανατομικής έκθεσης του μόνιμου παρασκευάσματος οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πορεία της νόσου και τα ογκολογικά αποτελέσματα συγκρίθηκαν για τις δύο ομάδες. Οι ασθενείς της πρώτης ομάδας με ελεύθερα χειρουργικά όρια όπως επίσης και οι ασθενείς από τη δεύτερη ομάδα με ύποπτα ή ασαφή όρια όπου ο χειρουργός έκρινε πως η εξαίρεση του όγκου ήταν πλήρης διεγχειρητικά, αντιμετωπίστηκαν με μετεγχειρητική παρακολούθηση. Επανεπέμβαση αποφασίστηκε σε εκείνες τις περιπτώσεις που υπήρχε διεγχειρητικά υποψία υπολειπόμενης νόσου. Απολύτως συγκρίσιμα ογκολογικά αποτελέσματα όσον αφορά τον τοπικό έλεγχο της νόσου, τη διατήρηση του λάρυγγα και τη συνολική επιβίωση βρέθηκαν και στις δύο ομάδες ασθενών.

Με άλλα λόγια, στην ομάδα των ασθενών που εμφάνισαν ύποπτα ή ασαφή χειρουργικά όρια αποφασίστηκε είτε κλινική παρακολούθηση, σε περιπτώσεις που ο χειρουργός ήταν ικανοποιημένος με τη διεγχειρητική εικόνα εκτομής του όγκου, είτε επανεπέμβαση, στις περιπτώσεις που ο χειρουργός δεν ήταν σίγουρος για το χειρουργικό αποτέλεσμα. Ακολουθώντας την τακτική αυτή, τελικώς επιτεύχθηκαν εξαιρετικά ογκολογικά αποτελέσματα και στις δύο υποομάδες, απολύτως συγκρίσιμα με την ομάδα ασθενών που είχε εξαρχής εμφανίσει ελεύθερα χειρουργικά όρια.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε TLM με θεραπευτική πρόθεση και η εξαίρεση του όγκου πραγματοποιήθηκε είτε με ενιαία αφαίρεση ή τμηματικά για μεγαλύτερες βλάβες. Καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια ώστε να εξασφαλιστούν χειρουργικά όρια με περίπου 1-3 mm υγιούς μακροσκοπικά ιστού. Η χειρουργική θεραπεία με τη χρήση laser προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την εκτίμηση των ορίων διεγχειρητικά. Η μεγέθυνση του όγκου καθώς και οι διαφορές στην απανθράκωση μεταξύ του φυσιολογικού ιστού και του καρκινώματος χρησιμοποιούνται βοηθητικά στην εκτίμηση της ριζικότητας της εξαίρεσης.¹⁵ Μεσοπρόθεσμα, ο έλεγχος των χειρουργικών ορίων μπορεί περαιτέρω να διευκολυνθεί με την εφαρμογή της TLM, καθώς αυτή επιτρέπει εύκολη, άμεση και επαναλαμβανόμενη πρόσβαση στην περιοχή της νόσου.

Μετά την laser εκτομή των όγκων του λάρυγγα στο κέντρο μας, το παρασκεύασμα μονιμοποιείται σε 4% φορμαλδεϋδη εμβαπτι-

σμένη σε παραφίνη, τεμαχίζεται και βάφεται με χρώση Αιματο-ξυλίνης-Ηωσίνης. Τα χειρουργικά όρια χαρακτηρίζονται ως διηθημένα όταν υπάρχει παρουσία καρκινικών κυττάρων στα όρια της εκτομής. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν μπορούν επαρκώς να χαρακτηριστούν είτε λόγω θερμικών κακώσεων είτε λόγω έλλειψης προσανατολισμού, τα όρια αναφέρονται ως ύποπτα ή ακαθόριστα.

Ο καρκίνος του λάρυγγα έχει σαφώς καθορισμένο και προβλέψιμο πρότυπο επέκτασης και ανταποκρίνεται καλά σε τμηματική εκτομή με κοντινά όρια. Επιπλέον, πιθανόν λόγω της φτωχής λεμφικής απορροής της γλωττίδας, η επίτευξη ευρέων χειρουργικών ορίων δεν έχει σχετιστεί με καλύτερο τοπικό έλεγχο της νόσου ενώ παράλληλα συνδέεται με φτωχότερα λειτουργικά αποτελέσματα καθώς βασικό ζητούμενο της θεραπείας αποτελεί και η διατήρηση της λειτουργίας του οργάνου.^{6,7} Για το λόγο αυτό, τα χειρουργικά όρια εκτομής στην περιοχή της γλωττίδας δεν χρειάζεται να υπερβαίνουν το 1-3mm.¹⁰

Προκειμένου να επιτευχθούν ελεύθερα όρια κατά τη διαστοματική laser μικροχειρουργική, διάφορες τεχνικές έχουν προταθεί. Ακολουθώντας την αρχική εκτομή, σε πολλά κέντρα πραγματοποιείται ταχεία βιοψία, και αν η εξαίρεση δεν είναι πλήρης, περαιτέρω αφαίρεση γίνεται στον ίδιο χρόνο.¹⁶⁻¹⁸ Σε άλλα νοσοκομεία δεν γίνεται χρήση της ταχείας βιοψίας και προγραμματίζεται επανεπέμβαση κάθε φορά που τα χειρουργικά όρια χαρακτηρίζονται διηθημένα από τη παθολογοανατομική έκθεση του μόνιμου παρασκευάσματος. Εναλλακτικά, χρήση άλλων θεραπευτικών επιλογών ή στενή παρακολούθηση θεωρούνται αποδεκτές σε τέτοιες περιπτώσεις.¹⁶⁻¹⁸

Αποτελεί πλέον κοινή γνώση μεταξύ των χειρουργών ότι η κατάσταση των χειρουργικών ορίων επηρεάζει σημαντικά τα ογκολογικά αποτελέσματα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Σημαντική συσχέτιση μεταξύ θετικών ή μη καθορισμένων ορίων και του τοπικού/περιοχικού ελέγχου αλλά και της συνολικής επιβίωσης υπάρχει και στην περίπτωση του καρκίνου της κεφαλής και του τραχήλου.^{17,18} Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, οι ασθενείς με ελεύθερα νόσου ιστολογικά όρια μετά το τέλος της χειρουργικής θεραπείας παρουσιάζουν σημαντικά βελτιωμένη επιβίωση και ποσοστά τοπικού ελέγχου, συγκριτικά με ασθενείς που εμφανίζουν διηθημένα όρια.^{17,18} Η προγνωστική σημασία των ελεύθερων ορίων στη μικροχειρουργική του λάρυγγα συγκεκριμένα, δεν

χάνεται ακόμη και αν χρειαστούν πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις προκειμένου να επιτευχθούν τα όρια αυτά.^{4,5} Επομένως, μη πλήρης αφαίρεση του όγκου πρέπει ιδανικά να αντιμετωπίζεται με επανεπέμβαση.^{19,20} Κατά συνέπεια, στόχο κάθε ογκολογικής επέμβασης για τον γλωττιδικό καρκίνο θα πρέπει να αποτελεί η ιστολογικά επιβεβαιωμένη εξασφάλιση ελεύθερων νόσου χειρουργικών ορίων εκτομής.^{4,5,21}

Παρά τα παραπάνω στοιχεία, στη διαστοματική μικροχειρουργική με χρήση laser διαμορφώνεται μια κάπως διαφορετική εικόνα. Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία, προκύπτει ασυμφωνία μεταξύ των ιστοπαθολογοανατομικών εκθέσεων και της κλινικής έκβασης των ασθενών ειδικά για τις περιπτώσεις εκείνες που τα χειρουργικά όρια χαρακτηρίζονται ως ύποπτα. Είναι γνωστό ότι η laser χειρουργική προκαλεί αυξημένες δυσκολίες στους παθολογοανατόμους προκειμένου να δώσουν μια αξιόπιστη απάντηση για την κατάσταση των χειρουργικών ορίων εκτομής.^{8-10,22} Αυτό φαίνεται να σχετίζεται καταρχήν με την φύση του ίδιου του laser CO₂ και τις επιπτώσεις του στους ιστούς, που περιλαμβάνουν συρρίκνωση του παρασκευάσματος, εξάχνωση και θερμικές κακώσεις. Έτσι, κάθε φορά που προσπαθούμε να εκτιμήσουμε την παρουσία όγκου στα χειρουργικά όρια, μια ζώνη απανθράκωσης της τάξεως του 1-3mm θα πρέπει να συνυπολογίζεται. Πρόσθετες δυσκολίες επιφέρουν η απουσία προσανατολισμού και το εξαιρετικά μικρό μέγεθος του χειρουργικού παρασκευάσματος. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω δυσκολιών είναι σε αρκετές περιπτώσεις τα παθολογοανατομικά όρια να χαρακτηρίζονται ως ασαφή ή ύποπτα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η διενέργεια ταχείας βιοψίας συνιστάται ως δείκτης περαιτέρω εκτομής μετά από τμηματική αφαίρεση του όγκου.²³ Η ταχεία βιοψία ουσιαστικά αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο εκτίμησης των χειρουργικών ορίων αποφεύγοντας μία επανεπέμβαση σε ασθενείς με γλωττιδικό καρκίνο.²⁴ Ωστόσο, σε αυτό το κέντρο όπως και σε πολλά άλλα παγκοσμίως, η μέθοδος της ταχείας βιοψίας δεν μπορεί να εφαρμοστεί συστηματικά λόγω σημαντικών δυσκολιών στη διαχείριση του χειρουργικού χρόνου, χωροταξικών προκλήσεων, καθώς και οικονομικών περιορισμών.⁸

Σε πρόσφατες μελέτες προτάθηκε στρατηγική επισταμένης μετεγχειρητικής παρακολούθησης στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ της διεγχειρητικής εκτίμησης του χειρουργού όσον αφορά την εξαίρεση του όγκου και της παθολογοανατομικής έκθεσης.⁸⁻¹⁰ Έχει διατυπωθεί η άποψη πως τα ύποπτα όρια εκτομής στον πρώιμο γλωττιδικό καρκίνο μπορεί να μη σχετίζονται με υποτροπή και ότι είναι δυνατόν αυτές οι περιπτώσεις να μπορούν να αντιμετωπιστούν με στενή μετεγχειρητική κλινική παρακολούθηση. Σε μια μελέτη αναφέρεται ότι ακόμα και τα χαρακτηρισμένα ως διηθημένα όρια στην παθολογοανατομική έκθεση σε ασθενείς με T1a γλωττιδικό καρκίνο που υποβλήθηκαν σε TLM, δεν αποτελούσαν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη συνολική ή την ελεύθερη νόσου επιβίωση.¹⁰ Σε άλλη μελέτη, δεν αναδείχθηκε σαφής συσχέτιση μεταξύ των χειρουργικών ορίων και του ποσοστού των τοπικών υποτροπών.¹⁹ Σε μία μεγάλη σειρά 595 ασθενών, τα διηθημένα όρια στον πρώιμο γλωττιδικό καρκίνο δεν φάνηκε να επηρεάζουν τον τοπικό έλεγχο της νόσου.²⁴

Άλλες μελέτες ανέδειξαν ότι τα μη σαφώς καθορισμένα ή ακόμα και τα θετικά όρια είναι δυνατόν να μην επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών όπως αυτή εκφράζεται με την πενταετή επιβίωση, την ελεύθερη νόσου επιβίωση και τον τοπικό έλεγχο της νόσου, όταν εφαρμόστηκε επανεπέμβαση ή στενή παρακολούθηση.²⁵ Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα.

Ωστόσο θα πρέπει να επισημάνουμε πως όταν χρησιμοποιείται η κρίση του χειρουργού ως εργαλείο για να αποφασιστεί η περαιτέρω διαχείριση τους ασθενούς μετά από laser εκτομή, η εμπειρία του πρώτου παίζει σημαντικό ρόλο. Σε αυτή τη σειρά ασθενών, από τις επτά περιπτώσεις με ύποπτα παθολογοανατομικά όρια και κλινική υποψία υπολειπόμενου όγκου μόνο δύο επιβεβαιώθηκαν από την επανεπέμβαση. Στον αντίποδα, από τους έντεκα ασθενείς με ύποπτα όρια και κλινική εντύπωση πλήρους εξαίρεσης του όγκου, κανένας ασθενής δεν εμφάνισε υποτροπή κατά την παρακολούθηση. Με άλλα λόγια, η αρνητική προγνωστική αξία της κλινικής εκτίμησης των χειρουργικών ορίων αποδείχτηκε εξαιρετικά υψηλή. Καθώς όμως η εμπειρία και το επίπεδο της εξειδίκευσης μεταξύ χειρουργών μπορεί να διαφέρουν, η αποτελεσματικότητα της διεγχειρητικής εκτίμησης των χειρουργικών ορίων πιθανότατα να αλληλάζει επίσης.

Στις ιδιαιτερότητες πάντως της παρούσας σειράς περιλαμβάνεται ο υψηλός σχετικός αριθμός των παθολογοανατομικών εκθέσεων με ύποπτα όρια στους ασθενείς με T1 καρκινώματα. Στους περιορισμούς αυτής της μελέτης μπορεί επιπλέον να συμπεριληφθεί η αναδρομική φύση της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συμπερασματικά, προτείνεται σε ασθενείς με πρώιμο γλωττιδικό καρκίνο, κατά την αξιολόγηση των χειρουργικών ορίων εκτομής να λαμβάνεται υπόψη η διεγχειρητική εκτίμηση του χειρουργού. Εφόσον ο χειρουργός είναι πεπεισμένος σχετικά με την πληρότητα της αφαίρεσης ενός όγκου διεγχειρητικά, τα περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν με στενή παρακολούθηση ακόμα και σε περιπτώσεις που η παθολογοανατομική έκθεση χαρακτηρίζει τα χειρουργικά όρια ως ακαθόριστα ή ύποπτα.

REFERENCES

1. Steiner W. Experience in endoscopic laser surgery of malignant tumours of the upper aerodigestive tract. *Adv Otorhinolaryngol.* 1988; 39:135- 144.
2. Peretti G, Piazza C, Bolzoni A, Mensi MC, Rossini M, Parrinello G, et al. Analysis of recurrence in 322 Tis, T1, or T2 glottic carcinomas treated by carbon dioxide laser. *Ann Otol Rhino Laryngol.* 2004; 113: 853-8.
3. Motta G, Esposito E, Motta S, Tartaro G, Testa D. CO2 laser surgery in the treatment of glottic cancer. *Head and Neck.* 2005; 27: 566-74.
4. Karatzanis AD, Waldfahrer F, Psychogios G, Hornung J, Zenk J, Velegrakis GA, et al. Resection margins and other prognostic factors regarding surgically treated glottic carcinomas. *J Surg Oncol.* 2010; 101(2): 131-6.
5. Iro H, Mantsopoulos K, Zenk J, Waldfahrer F, Psychogios G. Results of transoral laser resection in T1-2 oropharyngeal, hypopharyngeal and laryngeal carcinomas. *Laryngorhinootologie.* 2011; 90(8): 481-5.

6. Gallo A, Mancio V, Tropiano ML, Simonelli M, Marvaso V, D'Arcangelo M. Prognostic value of resection margins in supracricoid laryngectomy. *Laryngoscope*. 2004; 114(4): 616-21.
7. Lee JG. Detection of residual carcinoma of the oral cavity, oropharynx, hypopharynx, and larynx: a study of surgical margins. *Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1974; 78(1): 49-53.
8. Grant DG, Bradley PT, Parmar A, Toll EC, Baldwin DL, Porter GC, et al. Implications of positive margins or incomplete excision in laryngeal cancer treated by transoral laser microsurgery: how we do it. *Clin Otolaryngol*. 2009; 34(5): 485-9.
9. Hartl DM, de Monès E, Hans S, Janot F, Brasnu D. Treatment of early-stage glottic cancer by transoral laser resection. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007; 116(11): 832-6.
10. Michel J, Fakhry N, Duflo S, Lagier A, Mancini J, Dessi P, et al. Prognostic value of the status of resection margins after endoscopic laser cordectomy for T1a glottic carcinoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011; 128(6): 297-300.
11. Amin M.B, Edge S, Greene F, Byrd D.R, Brookland R.K, Washington M.K, et al. *AJCC Cancer Staging Manual* (8th edition). Springer International Publishing: American Joint Commission on Cancer; 2017 [cited 2016 Dec 28] Available from: <http://www.springer.com/us/book/9783319406176#aboutBook>.
12. Strong MS, Jako GJ. Laser surgery in the larynx. Early clinical experience with continuous CO₂ laser. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1972; 81(6): 791-8.
13. Agrawal N, Ha PK. Management of early-stage laryngeal cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008; 41(4): 757-69.
14. Tufano RP, Stafford EM. Organ preservation surgery for laryngeal cancer. *Otolaryngol Clin North*. 2008; 41(4): 741-55.
15. Steiner W. Experience in endoscopic laser surgery of malignant tumours of the upper aero-digestive tract. *Adv Otorhinolaryngol*. 1988; 39: 135-44.
16. Grant DG, Salassa JR, Hinni ML, Pearson BW, Hayden RE, Perry WC. Transoral laser microsurgery for recurrent laryngeal and pharyngeal cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138(5): 606-13.
17. Iro H, Waldfahrer F, Altendorf-Hofmann A, Weidenbecher M, Sauer R, Steiner W. Transoral laser surgery of supraglottic cancer: follow-up of 141 patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998; 124(11): 1245-50.
18. Crespo AN, Chone CT, Gripp FM, Spina AL, Altemani A. Role of margin status in recurrence after CO₂ laser endoscopic resection of early glottic cancer. *Acta Otolaryngol*. 2006; 126(3): 306-10.
19. Sigstam E, Mones E, Babin E, Hans S, Hartl DM, Clement P, et al. Early-stage glottic cancer: oncological results and margins in laser cordectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006; 132(2): 147-52.
20. Jackel MC, Martin A, Steiner W. Impact of re-resection for inadequate margins on the prognosis of upper aerodigestive tract cancer treated by laser microsurgery. *Laryngoscope*. 2007; 117(2): 350-6.
21. Karatzanis AD, Psychogios G, Hornung J, Zenk J, Velegarakis GA, Iro H. Effect of repeated laser microsurgical operations on laryngeal cancers prognosis. *Head Neck*. 2010; 32(7): 921-8.
22. Wong R, De Zoysa N, Fu B, Maskell S, Harries M. The significance of clinical margins in CO₂ laser resected laryngeal squamous cell carcinoma and its impact on disease management: Our experience in twenty-nine patients. *Clin Otolaryngol*. 2013; 38(6): 545-9.
23. Remade M, Matar N, Delos M, Nollevaux MC, Jamart J, Lawson G. Is frozen section reliable in transoral CO₂ laser-assisted cordectomies? *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010; 267(3): 397-400.
24. Peretti G1, Nicolai P, Redaelli De Zinis LO, Berlucchi M, Bazzana T, Bertoni F, et al. Endoscopic CO₂ laser excision for Tis, T1, and T2 glottic carcinomas: cure rate and prognostic factors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 123: 124-31.
25. Brondbo K, Fridrich K, Boysen M. Laser surgery of T1a glottic carcinomas; significance of resection margins. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007; 264: 627-630.

Συρραφή της μέσης ρινικής κόγχης στο ρινικό διάφραγμα μετά την ενδοσκοπική χειρουργική

Τερζής Τιμολέων

Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολογικής
Κλινικής και Ρινολογικού Κέντρου Αθηνών
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Τερζής Τιμολέων
Δημ. Βασιλείου 11,
15451 Ψυχικό Αθήνα
Email: t.terzis@yahoo.com
Web: www.art-orl.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μέση ρινική κόγχη αποτελεί σημαντικό οδηγό σημείο κατά την ενδοσκοπική χειρουργική ρινός και παραρρινίων κόλπων. Η πρόσφυσή της στο πλάγιο ρινικό τοίχωμα αποτελεί το βασικό πέταλο και διαχωρίζει τις πρόσθιες από τις οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες, ενώ η άνω πρόσφυσή της στη βάση του κρανίου ενσωματώνεται στο λεπτό έξω πέταλο της οσφρητικής αύλακας.

Η αποσταθεροποίηση της μέσης κόγχης, η οποία προκύπτει συχνά κατά τους εγχειρητικούς χειρισμούς στην ενδοσκοπική χειρουργική, είναι δυνατόν μετεγχειρητικά να οδηγήσει σε πηλαγιοποίησης της, δηλαδή σύμφυσή της με το πλάγιο ρινικό τοίχωμα, στο επίπεδο του υπολείμματος του ηθμοειδούς αγγίστρου (Εικ. 1). Η σύμφυση αυτή μπορεί να είναι είτε μερική, δηλαδή να μην αποκλείει τελείως την ηθμοειδή κοιλότητα (**μερική πηλαγιοποίηση**) είτε ολική, δηλαδή να εκτείνεται σε ολόκληρη την επιφάνεια επαφής της κόγχης με το υπόλειμμα του αγγίστρου (**ολική πηλαγιοποίηση**). Η μερική πηλαγιοποίηση επηρεάζει δυσμενώς τη διαχείριση του ασθενούς, επειδή δεν επιτρέπει την επισκόπηση και τη θεραπευτική πρόσβαση στην ηθμοειδή κοιλότητα. Η ολική πηλαγιοποίηση είναι μία σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ιατρογενή βλεννογονοκήλη, με πιθανές περαιτέρω επιπλοκές από τον οφθαλμικό κόγχο ή τον πρόσθιο κρανιακό βόθρο.

Παρουσιάζουμε μία τεχνική στερέωσης της μέσης ρινικής κόγχης στο ρινικό διάφραγμα με χρήση απορροφήσιμου ράμματος, με σκοπό την αποφυγή της πηλαγιοποίησής της κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Λέξεις κλειδιά: μέση ρινική κόγχη, πηλαγιοποίηση, επιπλοκές ενδοσκοπικής χειρουργικής, ράμμα στερέωσης, middle turbinate lateralization, mattress suture, complications of FESS.

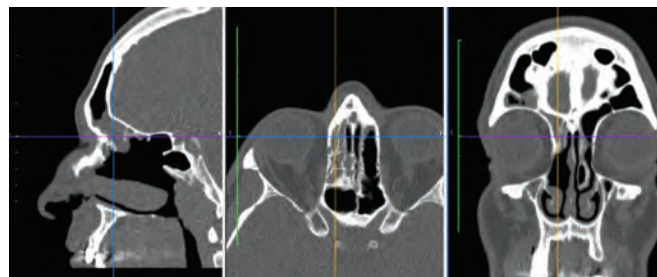
ΤΕΧΝΙΚΗ

Μετά την ολοκλήρωση της ενδοσκοπικής επέμβασης, ελέγχεται η σταθερότητα των μέσων ρινικών κογχών. Οι κόγχες που είναι υπερβολικά ασταθείς ή δεν έχουν επαρκή βλεννογόνια συνέχεια με το πλάγιο ρινικό τοίχωμα και επομένως επαρκή αιμάτωση, αφαιρούνται. Σε κάθε άλλη περίπτωση, γίνεται συρραφή τους με το ρινικό διάφραγμα, όπως περιγράφεται παρακάτω.

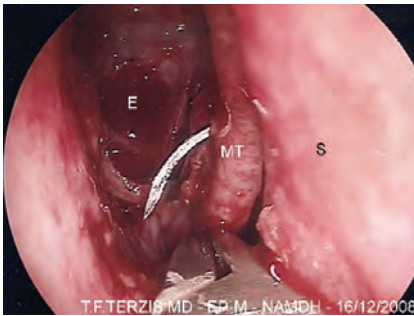
Χρησιμοποιείται λεπτό βελονοκάτοχο και συνθετικό ράμμα βραχείας απορρόφησης 3-0 με κυρτή κόπτιουσα βελόνη 22-24 G. Ανάλογα με το πάχος των μέσων κογχών, μπορεί να χρειαστεί μερικός ευθειασμός της βελόνης του ράμματος, με πίεση με το βελονοκάτοχο. Στο τέλος του ράμματος γίνεται κόμπος, με αρκετό όγκο, ώστε να μην διαπεράσει τους ιστούς.

Συνήθως η είσοδος γίνεται από την αριστερή ρινική κοιλότητα, όμως αυτό μπορεί να αλλάξει, αν απαιτηθεί για τεχνικούς λόγους. Με κάθετη πίεση διαπερνάται κατ' αρχήν το οστό της αριστερής μέσης ρινικής κόγχης και η βελόνη ωθείται με προσοχή, ώστε να διαπεράσει το οστέινο διάφραγμα και την απέναντι (δεξιά) ρινική κόγχη (Εικ. 2). Το βελονοκάτοχο συλλαμβάνει τη βελόνη στη δεξιά ρινική θαλάμη και την έλκει προς τα κάτω, με προσοχή ώστε

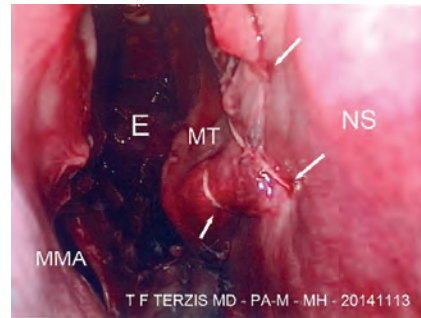
να μην τραυματιστούν οι ιστοί. Η βελόνη τοποθετείται πάλι στο βελονοκάτοχο και γίνεται είσοδος ακριβώς μπροστά από το πρόσθιο χείλος της δεξιάς κόγχης, κατ' αντίθετη φορά, δηλαδή από δεξιά προς τα αριστερά. Με αυτό τον τρόπο οι μέσες κόγχες στε-



Εικ.1. Μετεγχειρητική αξονική τομογραφία σπλαγχνικού κρανίου, που δείχνει πηλαγιοποίηση της δεξιάς μέσης ρινικής κόγχης (σταυρός), που έχει προκαλέσει θολερότητα της σύστοιχης ηθμοειδούς κοιλότητας και του μετωπιαίου κολώματος.



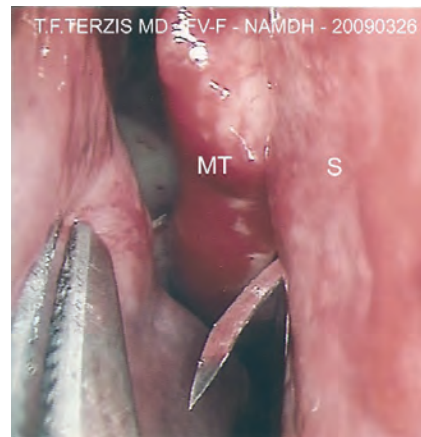
Εικ. 2. Δεξιά ρινική θαλάμη. Η βελόνη του ράμματος έχει διαπεράσει την αριστερή μέση ρινική κόγχη, το ρινικό διάφραγμα και την δεξιά μέση ρινική κόγχη. S: Ρινικό Διάφραγμα, MT: Μέση ρινική κόγχη, E: Ηθμοειδής κοιλότητα.



Εικ. 3. Δεξιά ρινική θαλάμη. Η μέση κόγχη έχει στερεωθεί με τρία περάσματα του ράμματος (λευκά βέλη). NS: Ρινικό Διάφραγμα, MT: Μέση ρινική κόγχη, E: Ηθμοειδής κοιλότητα, MMA: Μέση Ρινοαντροστομία.



Εικ. 4. Αριστερή ρινική θαλάμη. Αν έχει προηγηθεί πλαστική ρινικού διαφράγματος, το ράμμα σταθεροποιήσης των κογχών συνεχίζεται προς τα εμπρός ως ράμμα στρώματος (Septal mattress suture).



Εικ. 5. Στη στενή ρινική θαλάμη, η έξοδος του ράμματος γίνεται μπροστά από την απέναντι κόγχη, και η συρραφή έχει το σχήμα «8», με διάτρηση μιας κόγχης μόνο κάθε φορά.

ρεώνονται με δύο ή τρία περάσματα του ράμματος, ανάλογα με τις ανάγκες (Εικ. 3). Είναι σημαντικό για τη σταθερότητα της συρραφής, σε όλη τη διαδικασία το ράμμα να έλκεται και διατηρείται υπό τάση από τον βοηθό χειρουργό. Αν έχει προηγηθεί πλαστική ρινικού διαφράγματος, η συρραφή συνεχίζεται σε πολλαπλά σημεία του διαφράγματος, από πίσω προς τα εμπρός (Εικ. 4). Το ίδιο ράμμα χρησιμοποιείται και για τη συρραφή της ημιδιάτρητης τομής στον αριστερό πρόδομο, όπου τερματίζει στον πρόσθιο κόμπο. Αν δεν έχει προηγηθεί πλαστική Ρ.Δ., το ράμμα φέρεται μέχρι τον πρόδομο με δύο ή τρία περάσματα.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ (TIPS & TRICKS)

Κατά τους χειρισμούς χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μην τραυματιστούν ή αποσταθεροποιηθούν περισσότερο οι μέσες ρινικές κόγχες. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο, και απαιτείται εξάσκηση και εμπειρία.

Αν οι ρινικές θαλάμες είναι πολύ στενές ή οι μέσες κόγχες ογκώδεις, μπορεί να μην είναι τεχνικά δυνατόν να διαπεραστούν με μία κίνηση οι δύο κόγχες και το ρινικό διάφραγμα. Σε αυτή την περίπτωση, η έξοδος του ράμματος γίνεται μπροστά από την απέναντι ρινική κόγχη, και η συρραφή γίνεται δίκην «8», διαπερνώντας μία

κόγχη και το διάφραγμα κάθε φορά (Εικ. 5).

Είναι σημαντικό να τοποθετείται το ενδοσκόπιο στην απέναντι ρινική θαλάμη πριν την έξοδο της βελόνης του ράμματος, ώστε να υπάρχει έλεγχος της πορείας της, και να αποφευχθούν τυχαίοι τραυματισμοί. Αυτό ισχύει και στην πρόσθια φάση της συρραφής, στο επίπεδο του ρινικού διαφράγματος, διότι είναι συχνοί οι τραυματισμοί της κάτω ρινικής κόγχης.

Αν δεν μπορούμε να δούμε την άκρη της βελόνης στην απέναντι θαλάμη, είναι χρήσιμη η απώθηση της μέσης κόγχης με έναν αποκολλητή ή και με το ίδιο το ενδοσκόπιο, χρησιμοποιώντας την απτική αίσθηση της επαφής με τη βελόνη.

Στα περίπου 12 χρόνια εφαρμογής της τεχνικής από την ομάδα μας, διαπιστώσαμε ότι τα ράμματα βραδείας απορρόφησης προκαλούσαν πιο συχνά αντιδράσεις ξένου σώματος και τοπικές φλεγμονές στο διάφραγμα, αυξάνοντας την πιθανότητα δι-άτρησης, ενώ δεν προσφέρουν διαφορά στα αποτελέσματα. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιούμε ράμμα ταχείας απορρόφησης (Vicryl Rapide®).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο αποκλεισμός της ηθμοειδούς κοιλότητας μετά την ηθμοειδεκτομή, από πηλοποίηση της μέσης ρινικής κόγχης, έχει απασχολήσει την κλινική πράξη και τη βιβλιογραφία από τα πρώτα ακόμα χρόνια εφαρμογής της ενδοσκοπικής χειρουργικής. Η αφαίρεση ολόκληρης ή μέρους της κόγχης έχει προταθεί ως μία ασφαλής εναλλακτική λύση, χωρίς σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία της μύτης.¹⁻² Όμως η σύγχρονη χειρουργική αντίληψη επιβάλλει τη διατήρηση της μέσης ρινικής κόγχης, όπου αυτό είναι δυνατό, για προστασία του οσφρητικού επιθηλίου και της οσφρητικής αύλακας, αλλά και για διατήρηση ενός σημαντικού οδηγού σημείου στη χειρουργική του πλάγιου ρινικού τοιχώματος.³

Μία γνωστή τεχνική αποτροπής της πηλοποίησης που διατηρεί τη μέση κόγχη είναι η συγκράτησή της στη μέση γραμμή με πρόκληση ελεγχόμενων συμφύσεων με το διάφραγμα.⁴ Η χρήση ράμματος για σταθεροποίηση της κόγχης έχει προταθεί από νωρίς και φαίνεται να συγκεντρώνει περισσότερες βιβλιογραφικές αναφορές.⁵ Η τεχνική αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε παράλληλα με τις τεχνικές συρραφής του ρινικού διαφράγματος μετά διαφραγματοπλαστική.⁶ Η αξία της έχει αναδειχθεί και από πρόσφατη προοπτική τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη, η οποία έδειξε στατιστικά

σημαντική υπεροχή της μεθόδου έναντι του απλού πωματισμού, στην πρόληψη πηλοποίησης της μέσης κόγχης.⁷

Η τεχνική που περιγράφεται αποτελεί παραλλαγή των παραπάνω, που συνδυάζει τη συρραφή των μέσων κογχών με τη συρραφή των κρημνών της διαφραγματοπλαστικής. Χρησιμοποιούμε ένα ενιαίο συνεχές ράμμα, με διαμπερή πορεία (through-and-through) από πίσω προς τα εμπρός. Το ράμμα είναι ταχείας απορρόφησης (Vicryl Rapide®), το οποίο συγκρατεί τις κόγχες σε μέση θέση μόνο για μερικές ημέρες, μέχρι να προχωρήσει αρκετά η επούλωση του βλεννογόνου του ηθμοειδούς αγγίστρου και μετά χαλαρώνει ή διαλύεται, επιτρέποντας στην κόγχη να πάρει τη φυσιολογική της θέση. Το ίδιο ράμμα, με το ίδιο σκεπτικό έχει χρησιμοποιηθεί και σε μία Βρετανική αναφορά, με διαφορετική τεχνική συρραφής.⁸

Η ταχεία απορρόφηση του ράμματος επιπλέον δεν επιτρέπει το μόνιμο αποκλεισμό της οσφρητικής αύλακας, αν και είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει καμία επίπτωση στην όσφρηση από τη συρραφή της μέσης κόγχης στο ρινικό διάφραγμα.⁹⁻¹⁰

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cook PR, Begegni A. Effect of partial middle turbinectomy on nasal airflow and resistance. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 413-419.
2. Kennedy DW. Middle turbinate resection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124:107
3. Lindermann J, Keck T, Rettinger G. Septal-turbinate suture in endonasal sinus surgery. *Rhinology* 2002; 40: 92-94.
4. Bolger WE, Kuhn FA, Kennedy DW. Middle turbinate stabilization after functional endoscopic sinus surgery: The controlled synechia technique. *Laryngoscope* 1999; 109: 1852-1853.
5. Thornton RS. Middle turbinate stabilization technique in endoscopic sinus surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122 (8): 869-72.
6. Certal V, Silva H, Santos T, Corella A, Carvalho C. Trans-septal suturing technique in septoplasty: a systematic review and meta-analysis. *Rhinology* 2012; 50 (3): 236-45.
7. Chen W, Wang Y, Bi Y, Chen W. Turbinate-septal suture for middle turbinate medialization: a prospective randomized trial. *Laryngoscope* 2015; 125(1): 33-5.
8. Bhalla RK, Kaushik V, de Carpentier J. Conchopexy suture to prevent middle turbinate lateralization and septal haematoma after endoscopic sinus surgery. *Rhinology* 2005; 43: 143-145.
9. Friedman M, Tanyeri H, Landsberg R, Caldarelli D. Effects of middle turbinate medialization on olfaction. *Laryngoscope* 1999; 109(9): 1442-5.
10. Dutton JM, Hinton MJ. Middle turbinate suture conchopexy during endoscopic sinus surgery does not impair olfaction. *Am J Rhinol Allergy* 2011; 25 (2): 125-7

**Εικ. 1.**

Ο καθηγητής Ιωάννης Γιωτάκης

Συνέντευξη με τον Καθηγητή Ιωάννη Γιωτάκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Καθηγητής Ιωάννης Γιωτάκης (Εικ. 1) μετά από μια μακροχρόνια πορεία 40 ετών εξάαιρετης προσφοράς στις Πανεπιστημιακές Κλινικές αρχικά στην Α΄ Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Ε.Κ.Π.Α. με έδρα το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών και μετέπειτα στη Β΄ Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Ε.Κ.Π.Α. με έδρα το Αττικό Νοσοκομείο, παραδίδει τη σκυτάλη της διεύθυνσης στους νεότερους και μας απαντά σε κρίσιμες ερωτήσεις σε μια συνέντευξη εφ' όλης της ύλης σχετικά με την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας και το μέλλον της, τις αρχικές δυσκολίες που συνάντησε, την πορεία του μέσα στο χρόνο, το χειρουργικό, διδακτικό και διοικητικό του έργο, τις συνέπειες της ανάμειξης των κομμάτων στο χώρο του Πανεπιστημίου, τις θυσίες σε βάρος της προσωπικής του και οικογενειακής του ζωής εξαιτίας της εμπλοκής του με τα Νοσοκομεία και το Πανεπιστήμιο και όχι μόνο.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:

Τι πρωτίστως σας επηρέασε για την επιλογή της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας; Την επιλογή αυτή την κάνατε κατά τη διάρκεια των σπουδών σας στην Ιατρική Σχολή ή μετά από τη λήψη του πτυχίου της Ιατρικής;

Το πώς επέλεξα την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας είναι μια ολόκληρη ιστορία. Στο 5ο έτος της Ιατρικής με δύο συμφοιτητές μου πήγαμε σε μια εφημερία στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, στο χειρουργικό ιατρείο με σκοπό να μάθουμε τη συρραφή τραυμάτων. Ήρθε ένας νεαρός ασθενής ο οποίος αυτοτραυματίστηκε στο χέρι του. Στην προσπάθεια να ράψω το τραύμα λιποθύμυσα!!! Τότε κατάλαβα ότι δεν κάνω για χειρουργός!! Αποφάσισα να πάρω την ειδικότητα της Παιδιατρικής επηρεασμένος από έναν Επιμελητή Παιδίατρο στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία». Πήγα στο Στρατό (28 μήνες). Μετά το τέλος της Στρατιωτικής μου θητείας, πήγα στο Υπουργείο Υγείας αναζητώντας να κάνω το αγροτικό σε κάποιο Νοσοκομείο, έτσι ώστε να γράψω και το χρόνο Παθολογίας που ήταν απαραίτητος για την Παιδιατρική. Μου πρότειναν μια θέση στο Νοσοκομείο της Κομοτηνής! Πλήρα μάλιστα και σχετικά έγγραφα από το Υπουργείο, πήγα στην Κομοτηνή και ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου με ενημέρωσε ότι δεν υπάρχει κενή θέση και επέστρεψα στην Αθήνα διαμαρτυρόμενος! Πρώτο εμπόδιο στον δρόμο για την Παιδιατρική. Τότε μου πρότειναν Αγροτικό Ιατρείο στις Ράχες-Στυλίδας, όπου και πήγα κάνοντας συγχρόνως αίτηση στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Σωτηρία για τον ένα χρόνο Παθολογίας. Στο αγροτικό Ιατρείο παρέμεινα 20 μήνες, περιμένοντας να ανοίξει η θέση στην Παθολογία. Όταν ήρθε η σειρά μου να πάω στο Νοσοκομείο Σωτηρία παραιτήθηκα από το Αγροτικό Ιατρείο, αλλά όταν πήγα στο Υπουργείο να πάρω τον διορισμό μου, ο υπάλληλος με ενημέρωσε ότι την προηγούμενη βδομάδα πέρασε νόμος που έδινε την δυνατότητα στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου της Σωτηρίας από ένα χρόνο που έδινε να δίνει 2 έτη Παθολογίας και επομένως ο συνάδελφος που περίμενα να φύγει θα έμενε ένα ακόμη έτος. Η απογοήτευση και η στεναχώρια μεγάλη!! Δεύτερο μεγάλο εμπόδιο, στο δρόμο για την Παιδιατρική!! Τότε μετά από σκέψη και προβληματισμό λίγων ημερών αποφάσισα να κάνω την Ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας έχοντας ερεθίσματα από συναδέλφους Ωτορινολαρυγγολόγους και γνωρίζοντας ότι αν δεν είμαι καλός στη χειρουργική θα κάνω μόνο την Παθολογία της Ειδικότητας. Ποιος υπολόγιζε πως θα εξελιχθούν τα πράγματα! Πως «κάθε εμπόδιο για καλό»! Πως η «τύχη» παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία του καθενός!

Επιμέλεια συνέντευξης:

Καστανιουδάκης Ιωάννης,**Χειμώνα Θεογνωσία**Για το περιοδικό
της Πανελληνίας ΩΡΛ ΕταιρείαςΕλληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:**

Καστανιουδάκης Ιωάννης, MD, PhD

Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας

Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου.

Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα,

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ,

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα.

Τηλ: +30 26510 99661, Κινητό: 6944354941

Email: kastanioudakis@gmail.com

Πείτε μας για τα χρόνια της λήψης της ειδικότητας τότε. Πως ήταν τα δεδομένα για την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας; Υπήρχε προσέλευση νέων για την ειδικότητα αυτή και ποια ήταν η θέση της μεταξύ των χειρουργικών ειδικοτήτων στην Ελλάδα;

Τότε η ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας ήταν 3 χρόνια (1 χρόνο γενική χειρουργική και 2 χρόνια Ωτορινολαρυγγολογία). Επέλεξα την Πανεπιστημιακή Κλινική του Ιπποκράτειου που είχε Καθηγητές -Δασκάλους που με ενέπνευσαν να συνεχίσω την ειδικότητα, κόντρα στη φήμη ότι εκεί έχει πολύ δουλειά, κυρίως «λάντζα» και ότι δεν μάθαιναν οι ειδικευόμενοι χειρουργική. Δεν υπήρχε αναμονή για έναρξη ειδικότητας ούτε στη Γενική Χειρουργική ούτε στην Ωτορινολαρυγγολογία. Η επικρατούσα άποψη ότι η Ωτορινολαρυγγολογία είναι μια μικρή ειδικότητα με περιορισμένο πεδίο άρχισε σιγά-σιγά και σταθερά να ανατρέπεται. Τα δύο χρόνια της ειδικότητας στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου ήτανε πραγματικά καθοριστικά για τη μετέπειτα πορεία μου. Σαφώς η θέση της ΩΡΛ έναντι των άλλων ειδικοτήτων ήταν στην αρχή αδύναμη. Όμως χάρη σε πραγματικά φωτισμένους Καθηγητές- Δασκάλους η ειδικότητα άρχισε σιγά-σιγα να καταλαμβάνει τη θέση που της αξίζει. Ήταν αυτοί οι Καθηγητές- Δάσκαλοι που μου ενέπνευσαν την αγάπη για την Ωτορινολαρυγγολογία και την τέχνη της χειρουργικής

Κατά την διάρκεια της μακροχρόνιας πορεία σας μετεκπαιδευθήκατε ή επισκεφθήκατε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού. Τι σας προξέννησε ιδιαίτερη θετική εντύπωση σε σχέση με την Ελληνική πραγματικότητα και έχει χαραχθεί στη μνήμη σας; Υπήρχαν άραγε και αρνητικές εντυπώσεις;
Κατά την μετεκπαίδευση μου σε μεγάλα κέντρα του εξωτερικού κυρίως της Ευρώπης είχα την ευκαιρία να γνωρίσω και να εκπαιδευτώ σε νέες μεθόδους για την εποχή όπως η χειρουργική ενδοσκοπική της μύτης και των παραρρινίων κόλπων καθώς και την χρήση των lasers στην ΩΡΛ. Θετική εντύπωση μου προξέννησε η συνεργασία των Ωτορινολαρυγγολόγων με άλλες ειδικότητες. Ακόμη και μέσα στο χειρουργείο υπήρχε Παθολογοανατόμος ο οποίος εξέταζε τα παρασκευάσματα επιτόπου για να διαπιστωθεί αν τα όρια ήταν ελεύθερα νεοπλασματος! Δε τοιμώ να κάνω σύγκριση με τις συνθήκες με τις οποίες εμείς εργαζόμαστε. Θετική εντύπωση και έκπληξη μου προκάλεσε το γεγονός ότι σε πολλές κλινικές υπήρχε ένας ολόκληρος όροφος με πολλά εργαστήρια όπου γίνεται το διαγνωστικό και κυρίως το ερευνητικό μέρος της Ωτορινολαρυγγολογίας. Η σύγκριση και πάλι μας οδηγεί σε θλίψη. Δεν θυμάμαι αρνητικές εντυπώσεις από την παραμονή μου σε αυτά τα κέντρα.

Ποιες σημαντικές μεταβολές κατά την γνώμη σας έχουν συμβεί στην άσκηση της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας κατά την διάρκεια των 3-4 δεκαετιών.

Εδώ απαντώ πως η γενιά μου ήταν μια γενιά Ωτορινολαρυγγολόγων που έζησε τρεις πραγματικά επαναστατικές επιστημονικά περιόδους στην διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Έζησε την «επανάσταση» της ενδοσκοπικής χειρουργικής ρινός- παραρρινί-

ων- βάσεως κρανίου, την «επανάσταση» των κοχλιακών εμφυτευμάτων και την «επανάσταση» των laser κυρίως στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στόματος- του φάρυγγα- του λάρυγγα. Από την πλευρά αυτή ήμασταν μια «τυχερή» επιστημονικά γενιά.

Υπήρξατε καλός Πανεπιστημιακός Δάσκαλος αλλή και καλός Εκπαιδευτής ιδιαίτερα στο χώρο του χειρουργείου; Πόσο σημαντικό ήτανε αυτό για εσάς; Πως αξιολογείται το επίπεδο εκπαίδευσης των Ειδικευόμενων στην πατρίδα μας;

Στην ερώτηση αυτή είναι δύσκολο να απαντήσω κανείς γιατί πρέπει να μιλήσει για τον εαυτό του και για το πόσο καλός δάσκαλος ή εκπαιδευτής υπήρξε. Ένα είναι βέβαιο ότι κατέβαλα κάθε προσπάθεια να φανώ αντάξιος και αυτού του ρόλου.

Η κύρια προσπάθεια ήταν για την όσο το δυνατόν καλύτερη εκπαίδευση των ειδικευόμενων, των ειδικευμένων, αλλή κυρίως η διδασκαλία του μαθήματος της Ωτορινολαρυγγολογίας στους φοιτητές της Ιατρικής.

Έχω την ικανοποίηση ότι βοήθησα στην εκπαίδευση έναν μεγάλο αριθμό Ιατρών που πραγματικά έχουν διαπρέψει ή διαπρέπουν στο Δημόσιο ή Ιδιωτικό τομέα.

Το επίπεδο της εκπαίδευσης των ειδικευόμενων στη χώρα μας, εξαρτάται απόλυτα από την επάρκεια των στελεχών της κλινικής όπου εκπαιδεύονται. Χρειάζεται να τους δίνουμε καθημερινά ερεθίσματα, να μεταφέρουμε τη γνώση μας, να τους βοηθάμε στη χειρουργική τεχνική, να τους «περάσουμε» τη νοοτροπία, τη φιλοσοφία ότι η Ωτορινολαρυγγολογία είναι μια από τις πιο σημαντικές ειδικότητες της Ιατρικής και ότι η εκπαίδευση, η επέκταση της γνώσης δεν σταματά με τη λήψη του τίτλου της ειδικότητας.

Έχετε δημοσιεύσει μεγάλο αριθμό επιστημονικών εργασιών σε Ελληνικά και Διεθνή περιοδικά. Τι σας ώθησε σε αυτό; Γιατί ένας Πανεπιστημιακός Δάσκαλος θα πρέπει να διαθέτει ικανό χρόνο για δημοσιεύσεις;

Δεν μπορώ να υποστηρίξω ότι ο αριθμός των δημοσιεύσεων που έχω κάνει εγώ και οι συνεργάτες μου είναι αρκετά μεγάλος. Εκείνο όμως που διαπιστώνεται είναι ότι στην πλειοψηφία τους οι



Εικ. 2. Ο καθηγητής Ιωάννης Γιωτάκης με τη σύζυγό του Μαρία Μπόντζα και τους δύο γιους τους, Ευάγγελο, (στα αριστερά της φωτογραφίας) και Αριστείδη.

οι δημοσιεύσεις μου στηρίχθηκαν στην προσωπική μου κλινική δραστηριότητα και αυτό με ικανοποιεί.

Στο τέλος μιας επιστημονικής διαδρομής αυτό που μένει είναι στην πραγματικότητα ότι «έχεις γράψει» ότι «έχεις δημοσιεύσει». Γιατί και η διεθνής αναγνώριση γίνεται μέσω των δημοσιεύσεων. Θεωρώ ότι ο Πανεπιστημιακός δάσκαλος θα πρέπει να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην έρευνα και στη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, καθώς και στην καταγραφή και δημοσιοποίηση της κλινικής δραστηριότητας του, αφού ο στόχος είναι η λύση των προβλημάτων των ασθενών. Αρκεί η συγγραφή εργασιών να μη γίνει η κύρια δραστηριότητα, σε βάρος της Κλινικής δουλειάς.

**Πιστεύετε στην εξωστρέφεια των Πανεπιστημίων;
Ποια κατά την γνώμη σας είναι τα κυριότερα οφέλη
από τις συνεργασίες των σχολών- κλινικών μας με σχολές-
κλινικές ξένων χωρών;**

Ειλικρινά πιστεύω ότι η συνεργασία των πανεπιστημιακών κλινικών της χώρας μας επιβάλλεται και πρέπει να γίνει πιο στενή, ούτως ώστε με την ανταλλαγή απόψεων σε ερευνητικά πρωτόκολλα να προωθείται η γνώση και η έρευνα. Επίσης η συνεργασία των κλινικών μας με αντίστοιχες του εξωτερικού θα εμπλουτίσει ακόμη περισσότερο τη γνώση και θα δώσει τη δυνατότητα σε νέους επιστήμονες, να μετεκπαιδευτούν στο εξωτερικό και να μεταφέρουν εμπειρίες και πρακτικές στις Πανεπιστημιακές Κλινικές με απώτερο στόχο την αναβάθμιση τους.

**Ποιες είναι σε γενικές γραμμές οι εντυπώσεις σας από την
εμπλοκή των κομμάτων στον χώρο των Πανεπιστημίων
και ιδιαίτερα στις Ιατρικές Σχολές;**

Είναι πραγματικότητα η εμπλοκή των κομμάτων σε όλους τους χώρους της δημόσιας ζωής. Ως εκ τούτου και τα Πανεπιστήμια δεν θα αποτελούσαν εξαίρεση ως ιδρύματα με ιδανικές συνθήκες λειτουργίας. Άλλωστε την εμπλοκή της πολιτικής στα Πανεπιστήμια και στην Ιατρική Σχολή ειδικότερα την έχουμε ζήσει σ' όλη μας την διαδρομή. Οφείλω όμως να ομολογήσω ότι προσωπικά δεν αντιμετωπίσα εμπόδια παρά τη συνεχή εναλλαγή εξουσιών στον κυβερνητικό χώρο.

**Ας μιλήσουμε και για τα προσωπικά σας. Πόσο επηρέασε
την προσωπική και οικογενειακή σας ζωή, η θέση του κα-
θηγητή πρώτης βαθμίδας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, αλλιά
και η θέση του Διευθυντή της Β΄ Πανεπιστημιακής Ωτορino-
λαρυγγολογικής Κλινικής του Αττικού Νοσοκομείου;**

Έχω την πεποίθηση ότι χωρίς μια ισορροπημένη οικογενειακή και προσωπική ζωή είναι δύσκολο να πετύχει κανείς. Είχα την τύχη να παντρευτώ σε σχετικά μικρή ηλικία την Μαρία Μπόντζα, οδοντίατρο και να συνεχίζουμε μια κοινή πορεία 39 ετών! Η Πανεπιστημιακή πορεία παρουσιάζει δυσκολίες, συγκρούσεις, καθημερινά αναπάντεχα εμπόδια και εδώ η συμβολή της Μαρίας ήταν πραγματικά καταλυτική. Είχε την δουλειά της, την οποία αγαπούσε, αλλιά αφιέρωνε χρόνο κυρίως στη διαπαιδαγώγηση των δύο παιδιών μας, με υπομονή, με αγάπη, με καθημερινή επιβλεψη έτσι που εγώ είχα τη δυνατότητα να αφιερώνω περισσότερο χρόνο στην Ιατρική, στο πανεπιστήμιο. (Εικ 2.)

**Αν είχατε την δυνατότητα, κοιτώντας πίσω, να αλλιάξετε
κάτι από την ζωή σας, τι θα ήταν αυτό και γιατί;**

Ειλικρινά είμαι αρκετά ευχαριστημένος με αυτά που κατάφερα να πετύχω στη μακρά αυτή διαδρομή μου. Ευχαριστημένος από την προσωπική μου οικογενειακή κατάσταση αλλιά και από την επιστημονική μου διαδρομή. Στην προσωπική- οικογενειακή μου ζωή δεν θα άλλαζα τίποτε. Στην επιστημονική μου διαδρομή ίσως να αφιέρωνα περισσότερο χρόνο στη μετεκπαίδευση μου στο εξωτερικό.

**Τέλος, για την νέα γενιά, υπάρχουν άραγε μυστικά ή
τεχνάσματα για την επιτυχία; Τι θα συμβουλευάτε τους
νέους που τώρα αρχίζουν ειδικότητα να έχουν σαν οδηγό
στην σταδιοδρομία τους;**

Δεν υπάρχουν συνταγές, ούτε κανόνες επιτυχίας. Χρειάζεται σίγουρα διαρκής προσπάθεια απόκτησης γνώσεων και εμπειριών, άρα συνεχής δουλειά. Οι γνώστες και έμπειροι δάσκαλοί μας συμβάλλουν σημαντικά σ' αυτό. Η προσπάθεια είναι αναμφίβολα δεδομένη τόσο όσον αφορά και σε εμπειρίες από το εξωτερικό, όσο και από το εσωτερικό. Υπάρχει εξαιρετική στελέχωση άριστου δυναμικού προς τούτο σε κέντρα του εξωτερικού, για να διευρύνουμε τους θεωρητικούς και χειρουργικούς μας ορίζοντες. Η πειθαρχία και η υπομονή θα πρέπει να είναι σύμμαχοι μας σε αυτήν την προσπάθεια.

Αντιμετώπιση στενώσεων τραχείας με χρήση τελικο-τελικής αναστόμωσης. Παρουσίαση τριών περιστατικών.

Tracheal reconstruction by end-to-end anastomosis in tracheal stenosis. Report of 3 cases.

Κοραΐς Χρήστος
Καλογρίτσας Νικόλαος
Μπλιούμη Αναστασία
Χατζηιωάννου Ιωάννης
Μπιζάκης Ιωάννης
 ΩΡΛ Κλινική, Π. Γ. Ν. Λάρισας.

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
 Κοραΐς Χρήστος
 Ορφέως 5, Λάρισα, ΤΚ 41222
 Τηλ: +306973056610
 E-mail: xrhstoskorahs@hotmail.com

Korais Christos,
Kalogritsas Nikolaos,
Blioumi Anastasia,
Hajjiannou John,
Bizakis John
 ENT Department,
 University Hospital of Larissa.

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018

Correspondence to:
 Korais Christos
 Orfeos 5, Larissa, PC 41222
 Mobile: +306973056610
 Email: xrhstoskorahs@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η τραχειοστομία και η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, αν και σωτήριες ιατρικές πράξεις, δεν στερούνται επιπλοκών. Σημαντικότερη εξ αυτών θεωρείται η στένωση της τραχείας, μια κατάσταση η οποία οφείλεται στην ισχαιμία του βλεννογόνου της τραχείας λόγω παρατεταμένης ενδοαυλικής πίεσης που ασκεί ο αεροθάλαμος του τραχειοσωλήνα. Οι ασθενείς είναι αρχικά ασυμπτωματικοί, ενώ προοδευτικά εμφανίζουν επεισόδια δύσπνοιας και δυσκαταποσίας. Διεθνώς χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι αντιμετώπισης της πάθησης, η θεραπεία όμως θα πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ασθενή. Οι διαστολές με μπαλόνι, η τοποθέτηση ενδοπροθέσεων και η ενδοσκοπική laser αφαίρεση της στένωσης είναι τεχνικές που έχουν συγκεκριμένες ενδείξεις. Σε περιπτώσεις υποτροπής ή όταν η κεφαλουραία έκταση της βλάβης είναι μεγαλύτερη από ένα εκατοστό συστήνεται η τεχνική της τελικο-τελικής αναστόμωσης της τραχείας.

Περιγραφή Περιστατικών: Παρουσιάζουμε τρία περιστατικά ασθενών με στένωση τραχείας κατόπιν παρατεταμένης διασωλήνωσης ή τραχειοστομίας. Σε όλους πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση και απεικονιστικός έλεγχος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία, όπου προέκυψε στένωση κεφαλουραίας έκτασης μεγαλύτερης του ενός εκατοστού, η οποία προκάλούσε απόφραξη του αυλού της τραχείας άνω του 50%. Και οι τρεις υποβλήθηκαν σε τελικο-τελική αναστόμωση της τραχείας με ικανοποιητικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα.

Συμπέρασμα: Φρονούμε ότι η τεχνική της χειρουργικής αφαίρεσης της στένωσης και αποκατάστασης της συνέχειας της τραχείας με τελικο-τελική αναστόμωση αποτελεί μια ιδιαίτερα αξιόπιστη λύση που θα πρέπει απαραίτητα να περιλαμβάνεται στην φαρέτρα κάθε χειρουργού.

Σύντομος τίτλος: Τελικο-τελική αναστόμωση τραχείας.

Λέξεις κλειδιά: Τραχεία, στένωση τραχείας, τελικο-τελική αναστόμωση, τραχειοστομία.

ABSTRACT

Introduction: Tracheal stenosis is a relatively rare but serious problem. This situation mostly appears as a complication of prolonged intubation or as a complication of tracheostomy usually in intensive care units. These procedures, although lifesaving, may cause stenosis, as a result of ischemic injury to the tracheal mucosa by the cuff or by the tube itself. Usually it progresses slowly and takes several months before developing severe symptoms, such as difficulties in breathing and swallowing. Nowadays, management of tracheal stenosis remains really challenging and various diagnostic and treatment modalities are available. Balloon dilation, endoscopic stenting or laser resection can be tried based on certain anatomical characteristics of the stenosis. Nevertheless, when the length of the stenotic part of the trachea is greater than 1 cm or in case of recurrence, tracheal reconstruction by end-to-end anastomosis is the treatment of choice.

Cases Report: We report three cases of patients with a tracheal stenosis after prolonged intubation or tracheostomy. All of them underwent bronchoscopy and CT or MRI imaging demonstrating a stenotic segment larger than 1 cm, causing obstruction more than 50% of the trachea lumen. Surgery with tracheal resection followed by end-to-end anastomosis was performed, providing excellent functional outcomes in all patients.

Conclusion: Tracheal stenosis can become a life-threatening situation. We believe that, when dealing with this pathology, tracheal resection and reconstruction by end-to-end anastomosis should always be considered by the surgeon because it has less complications and recurrence rates along with best outcomes.

Keywords: Trachea, tracheal stenosis, end-to-end anastomosis, tracheostomy.



Εικ. 1. Προεγχειρητική βρογχοσκοπική εικόνα όπου αναδεικνύεται μεγάλου βαθμού στένωση του αυλού της τραχείας



Εικ. 2. Οβελιαία τομή αξονικής τομογραφίας όπου επισημαίνεται το σημείο στένωσης της τραχείας (βέλος).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στένωση τραχείας αποτελεί μια βαριά παθολογική οντότητα, η οποία συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής του πάσχοντα, συνιστώντας μεγάλη αναπηρία που μπορεί να καταστεί ιδιαίτερα απειλητική. Καθώς εμφανίζεται συνήθως ως επιπλοκή της μακροχρόνιας ενδοτραχειακής διασωλήνωσης ή της τραχειοτομής, η αυξημένη συχνότητα αυτών των ιατρικών πράξεων τα τελευταία χρόνια κατέστησε την ωτορινολαρυγγολογική κοινότητα όλο και συχνότερα αντιμέτωπη με τέτοιες καταστάσεις.

Στη παρούσα εργασία παραθέτουμε τρία περιστατικά με μεγάλου βαθμού στένωση της τραχείας, τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με τη τεχνική της τελικο-τελικής αναστόμωσης, μια τεχνική η οποία φρονούμε πως θα πρέπει απαραίτητα να συμπεριλαμβάνεται στη φαρέτρα κάθε χειρουργού που έρχεται αντιμέτωπος με τέτοιες καταστάσεις.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Παρουσιάζουμε τρία περιστατικά ασθενών με στένωση τραχείας, οι οποίοι παραπέμφθηκαν στο τμήμα μας για περαιτέρω αντιμετώπιση. Το πρώτο περιστατικό αφορά γυναίκα ηλικίας 76 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, η οποία προ 6 μηνών παρέμεινε διασωληνωμένη για πέντε ημέρες σε μονάδα στεφανιαίας νόσου λόγω βαρύτατου οξέος πνευμονικού οιδήματος. Η ασθενής προσήλθε στο τμήμα μας αιτιώμενη έκτοτε προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια. Το δεύτερο περιστατικό αφορά άνδρα ηλικίας 17 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, ο οποίος νοσηλεύτηκε διασωληνωμένος στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) για διάστημα 33 ημερών λόγω αυτόματης εγκεφαλικής αιμορραγίας. Περίπου 5 μήνες μετά την έξοδό του εμφάνισε δύσπνοια και παραπέμφθηκε σε μας για περαιτέρω διερεύνηση. Το τρίτο περιστατικό αφορά άνδρα ηλικίας 33 ετών, ο οποίος τα τελευταία 8 έτη διασωλη-

νώθηκε και τραχειοτομήθηκε δύο φορές κατόπιν βαριάς κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Μετά την δεύτερη νοσηλεία του άρχισε να εμφανίζει συχνά επεισόδια δύσπνοιας ιδίως κατά την προσπάθεια. Στα πλαίσια της διερεύνησης και οι τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά τόσο σε βρογχοσκόπηση (Εικ. 1), όσο και σε απεικόνιση με αξονική (Εικ. 2) ή μαγνητική τομογραφία (Εικ. 3) προκειμένου να προσδιοριστεί η έκταση και το ακριβές σημείο της στένωσης, (οι παραπάνω εικόνες αφορούν το τρίτο περιστατικό). Παρουσίαζαν και οι τρεις κυκλωτήρη στένωση της τραχείας μικρότερη των 5 εκατοστών σε κεφαλουραία έκταση, με πάχος που προκαλούσε απόφραξη του αυλού μεγαλύτερη του 50% (στάδιο II κατά Mayer-Cotton), χωρίς συνοδό βλάβη του κρικοειδούς χόνδρου. Όλοι τους υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση του στενωτικού τμήματος της τραχείας και αποκατάσταση με τελικο-τελική αναστόμωση. Κατά την χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε αρχικά τραχειοτομή στο σημείο της στένωσης προκειμένου να διαφυλαχθεί ο πέριξ υγιής ινοχόνδρινος σωλήνας της τραχείας. Ακολούθησε σε όλους ισθμεκτομή και επιμελής αποκόλληση των λοβών του θυρεοειδούς αδένος από την τραχεία. Πραγματοποιήθηκε επίσης αποκόλληση της τραχείας από τους μύες, διαχωρισμός της από τον οισοφάγο και έπειτα αφαίρεση του στενωτικού της τμήματος. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε κινητοποίηση των κοίλωμάτων και συρραφή τους με απορροφήσιμα ράμματα (No 3/0). Κατά την διάρκεια παρασκευής και κινητοποίησης της τραχείας οι ασθενείς υποστηρίζονταν με μηχανικό αερισμό δια της τραχειοτομής. Κατά τον χρόνο συρραφής της αναστόμωσης οι ασθενείς αερίζονταν πλέον με στοματοτραχειακό σωλήνα. Προς αποφυγή μετεγχειρητικής έκτασης της κεφαλής επιλέχθηκε η τοποθέτηση ισχυρής ραφής (μετάξι No2) από τον πώγωνα στο στέρνο. Και οι τρεις ασθενείς παρέμειναν διασωληνωμένοι στη ΜΕΘ περίπου



Εικ. 3. Οβελιαία τομή μαγνητικής τομογραφίας όπου επισημαίνεται το σημείο στένωσης της τραχείας (βέλος).



Εικ. 4. Μετεγχειρητική βρογχοσκοπική εικόνα ασθενούς με στένωση τραχείας η οποία αντιμετωπίστηκε με τελικο - τελική αναστόμωση.

24 ώρες μετεγχειρητικά, ενώ εξήλθαν από το τμήμα μας την 10η ημέρα νοσηλείας. Κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση και οι τρεις ήταν κλινικά ελεύθεροι συμπτωμάτων με την μετεγχειρητική βρογχοσκοπική εικόνα να είναι ιδιαίτερως ικανοποιητική (Εικ 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι στενώσεις τραχείας μπορούν να εμφανιστούν στα πλαίσια τόσο συγγενών όσο και επίκτητων παθήσεων. Έχουν ενοχοποιηθεί αυτοάνοσες, κοκκιωματώδεις αλλά και νεοπλασματικές παθήσεις. Εντούτοις, τα ιατρογενή αίτια φαίνεται να βρίσκονται ψηλά στη λίστα των μηχανισμών δημιουργίας στενώσεων. Συγκεκριμένα, η ενδοτραχειακή διασωλήνωση και η τραχειοστομία, αν και σωτήριες ιατρικές πράξεις, υποκρύπτουν αρκετούς κινδύνους για τον ασθενή, με την δημιουργία στένωσης στη τραχεία να είναι ίσως ο σημαντικότερος και μάλιστα με συχνότητα εμφάνισης που κυμαίνεται για την ενδοτραχειακή διασωλήνωση από 6-21%, ενώ για την τραχειοτομή από 0,6-21%¹. Οι ασθενείς αυτοί αρχικά είναι ασυμπτωματικοί, προοδευτικά όμως εμφανίζουν δύσπνοια κυρίως κατά την προσπάθεια, συριγμό, δυσκαταποσία και επεισόδια εισροφίσεων. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ένα ποσοστό 44% αυτών των ασθενών αρχικά διαγιγνώσκεται λανθασμένα με βρογχικό ασθμα.²

Όπως αναφέραμε, συχνότερη αίτια στενώσεων είναι η μακροχρόνια παραμονή του ενδοτραχειακού σωλήνα. Η αυξημένη πίεση του αεροθαλάμου του σωλήνα οδηγεί στην εμφάνιση νεκρωτικών βλαβών, γεγονός που καταλήγει στη δημιουργία ουλώδους ιστού εντός του ινοχόνδρινου αυλού της τραχείας. Προς αποφυγήν αυτού του είδους των κακώσεων χρησιμοποιούνται πλέον τραχειοσωλήνες με αεροθάλαμους μεγάλου όγκου/χαμηλής πίεσης και τραχειοσωλήνες με διπλούς αεροθάλαμους εναλλασσό-

μενς πίεσης. Ο Whited επιχείρησε μια ποσοστιαία συσχέτιση της χρονικής διάρκειας διασωλήνωσης με την πιθανότητα δημιουργίας στενώσεων αναφέροντας 0-2% πιθανότητα για διασωλήνωση 2 έως 5 ημερών, 4-5% για διασωλήνωση 5 έως 10 ημερών και 12-14% για διασωλήνωση πέρα των 10 ημερών.³ Βέβαια έχουν αναφερθεί περιστατικά στενώσεων και σε διασωλήνωση διάρκειας μικρότερης της μίας ημέρας.⁴

Προκειμένου να υπάρξει μια κατηγοριοποίηση των στενώσεων τραχείας έχουν επιχειρηθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης, κυρίως βάση του πάχους της στένωσης (Mayer-Cotton 1981), της έκτασης (McCaffrey 1992) ή της εντόπισης της (Lano 1998).⁵ Η διαγνωστική προσέγγιση ποικίλει επίσης. Η ενδοσκόπηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο υπό γενική αναισθησία θεωρείται ιδιαίτερα αξιόπιστη καθώς καταγράφει με ακρίβεια (92%) το πάχος της απόφραξης, την κεφαλουραία έκταση αλλά και το ανατομικό σημείο εντοπισμού της, συγκριτικά με τη βρογχοσκόπηση με εύκαμπτο (83%) ή με απεικονιστικές μεθόδους (83%).⁶ Αντιθέτως η ενδοσκόπηση του λάρυγγα με εύκαμπτο βιντεοενδοσκόπιο υπό τοπική αναισθησία, ενώ προσδίδει πληροφορίες σχετικά με την κινητικότητα του λάρυγγα, δεν αποτελεί αξιόλογο μέσο προσδιορισμού της βλάβης.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των στενώσεων, λόγω έλλειψης κατευθυντήριων οδηγιών, ο εκάστοτε χειρουργός αναλαμβάνει να εξατομικεύει το θεραπευτικό πλάνο για κάθε ασθενή. Σε στενώσεις με κεφαλουραία έκταση έως 1 εκατοστό ή σε ασθενείς με πολυληπλές συννοσηρότητες που οι βαριές χειρουργικές επεμβάσεις θα πρέπει να αποφεύγονται, μπορούν να επιχειρηθούν είτε διαστολές της στένωσης με χρήση μπαλονιού, είτε τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (stent), είτε ενδοσκοπική laser αφαίρεση. Η τεχνική των διαστολών, αν και ελάχιστα επεμβατική, χρήζει συχνών

επαναλήψεων και παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά υποτροπής (70% των ασθενών χρήζουν μετέπειτα περαιτέρω αντιμετώπιση),⁷⁻⁸ ενώ η τοποθέτηση τεχνολογικά εξελιγμένων stents συνδέεται με αρκετές επιπλοκές, όπως είναι η μετακίνηση τους εντός της τραχείας, η απόφραξη τους από εκκρίσεις ή κοκκώδη ιστό και η διάτρηση που μπορεί να προκληθεί στην τραχεία εξαιτίας ισχαιμίας της.⁹ Η ενδοσκοπική laser αφαίρεση, προϋποθέτει προσεκτική επιλογή του ασθενούς, καθώς αντενδείκνυται σε στενώσεις έκτασης μεγαλύτερης του 1 εκατοστού, σε πολλαπλές στενώσεις, σε περιπτώσεις χονδρόληψης και σε περιπτώσεις φλεγμονής της τραχείας.⁹ Εντούτοις, η τοπική εφαρμογή ενός αλκαλικού παράγοντα, της Mitomycin C, φαίνεται να συντελεί στην μείωση των πιθανοτήτων υποτροπής κατόπιν laser αφαίρεσης.¹⁰

Η τεχνική της χειρουργικής αφαίρεσης της στένωσης και αποκατάστασης της συνέχειας της τραχείας με τελικο-τελική αναστόμωση παρουσιάζει αρκετά υψηλά ποσοστά επιτυχίας,¹¹ ενώ αποτελεί μονόδρομο σε περιπτώσεις στενώσεων με κεφαλουραία έκταση άνω του 1 εκατοστού, σε υποτροπιάζουσες στενώσεις ή σε περιπτώσεις βλάβης του χόνδρινου σκελετού της τραχείας. Συγκριτικά επίσης με τις ενδοσκοπικές τεχνικές, η λύση αυτή φαίνεται να έχει μικρότερα ποσοστά μετεγχειρητικών επιπλοκών και υποτροπών.¹² Επισημαίνουμε ότι απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή του ασθενούς, καθώς η τεχνική αυτή αποτελεί μια βαριά χειρουργική επέμβαση που προϋποθέτει την καλή φυσική κατάσταση του ασθενούς, ενώ δεν προτιμάται σε περιπτώσεις ασθενών με εκτεταμένη στένωση άνω των 5 εκατοστών που απαιτεί διεγχειρητικά μεγάλη κινητοποίηση της τραχείας καθώς αυτό διαταράσσει την αιμάτωση της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην εποχή μας, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ενδοτραχειικών διασωληνώσεων και τραχειοτομών, ιδιαίτερα στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Το γεγονός αυτό έχει δυστυχώς οδηγήσει στη συχνή εμφάνιση επιπλοκών, με απειλητικότερη εξ αυτών τη στένωση τραχείας, μια πάθηση που συνήθως διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο και απαιτεί άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση από τον εκάστοτε χειρουργό. Η επιλογή της τεχνικής της τελικο-τελικής αναστόμωσης φαίνεται να αποτελεί αξιόπιστη λύση στα χέρια ενός έμπειρου χειρουργού, καθώς μειώνει τις πιθανότητες επιπλοκών και επαναστένωσης συγκριτικά με τις ενδοσκοπικές θεραπείες.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the local ethics committee.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients which participated in the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author contributions: Concept – B.J., K.C.; Design – H.J., K.C.; Supervision – B.J.; Resource – K.C., K.N., B.A.; Materials – B.A.; Data Collection and/or Processing – K.C., B.A.; Analysis and/or Interpretation – H.J., K.N.; Literature Search – K.C.; Writing – K.C., B.A., H.J., B.J.; Critical Reviews – B.J.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Germain DP. Fabry disease. Orphanet J Rare Dis 2010;5:30. or Intubation. Tex Heart Inst J. 2005; 32(2): 154–158
2. Spittle N, McCluskey A. Tracheal stenosis after intubation. BMJ 2000;321:1000-2.
3. Whited RE. Laryngeal dysfunction following prolonged intubation. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1979;88:474–8.
4. Yang KL. Tracheal stenosis after a brief intubation. Anesth Analog 1995;321:1000-2
5. Freitag L, Ernst A, Unger M, Kovitz K, Marquette CH. A proposed classification system of central airway stenosis. The European respiratory journal. 2007; 30:7–12.
6. Carretta A, Melloni G, Ciriaco P, Libretti L et al. Preoperative assessment in patients with postintubationtracheal stenosis: rigid and flexible bronchoscopy versus spiral CT scan with multiplanar reconstructions. Surg Endosc. 2006 Jun;20(6):905-8.
7. Warner D, Brietzke S: Mitomycin C and airway surgery: how well does it work? Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 138: 700–709.
8. Melkane A, Matar N, Haddad A, Nassar M, Almoutran H, Rohayem Z et al. Management of postintubation tracheal stenosis: Appropriate indications make outcome differences. Respiration 2010;79:395–401.
9. Carrau R, Soose R. Management of tracheal stenosis. In: Myers Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2nd Edition, 2008; 70:1-8
10. Rahbar R, Shapshay SM, Healy GB. Mitomycin: effects on laryngeal and tracheal stenosis, benefits and complications. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001 Jan;110(1):1-6.
11. Rea F, Callegaro D, Loy M, et al: Benign tracheal and laryngotracheal stenosis: surgical treatment and results. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22: 352–356.
12. Mandour M, Remacle M, Van de Heyning P, Elwany S, Tantawy A, Gaafar A. Chronic subglottic and tracheal stenosis: endoscopic management vs. surgical reconstruction. Eur Arch Otorhinolaryngol (2003) 260 : 374–380.

Αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα σε ενήλικα. Παρουσίαση περιστατικού. Bilateral peritonsillar abscess in an adult. Report of a case.

Πουτογλίδης Αλέξανδρος,
Μιχαηλίδου Βασιλική,
Τζιόλα Μαρία,
Ακριτίδου Ηλέκτρα,
Τζιόλας Πέτρος,
Κοκκίνου Βασιλική,
Γρηγοριάδης Γεώργιος

ΩΡΛ κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Πουτογλίδης Αλέξανδρος
Ειδικευόμενος ΩΡΛ
Αγίου Γεωργίου 20 Κοζάνη Τ.Κ. 50100
Τηλ.: 6988929526
E-mail: xilouris21@gmail.com

Poutoglidis Alexandros,
Michailidou Vasiliki,
Tziola Maria,
Akritidou Helektra,
Tziolas Petros,
Kokkinou Vasiliki,
Grigoriadis Georgios
Otolaryngologic Clinic
of Kozani General Hospital
Running head:
Bilateral peritonsillar abscess.

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018

Correspondence to:

Poutoglidis Alexandros
Otolaryngologic Clinic of Kozani General Hospital
20 Agiou Georgiou, 501 00 Kozani
Tel.: +30 6988929526
E-mail: xilouris21@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ως περιαμυγδαλικό διάστημα, ορίζεται ανατομικά ο χώρος στον τράχηλο που έχει ως έσω τοίχωμα την ινώδη κάψα της φαρυγγικής αμυγδαλής και έξω τοίχωμα τον άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα. Η δημιουργία αποστήματος στον συγκεκριμένο χώρο ονομάζεται περιαμυγδαλικό απόστημα. Το περιαμυγδαλικό απόστημα είναι σχεδόν πάντοτε μονόπλευρο. Από όσο γνωρίζουμε, έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία μόλις 14 περιπτώσεις αμφοτερόπλευρου περιαμυγδαλικού αποστήματος.

Περιγραφή περιστατικού: Πρόκειται για άνδρα 51 ετών, ο οποίος προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης, με από 8ημέρου επιδεινούμενη δυσκαταποσία, τρισμό, δύσπνοια και εμπύρετο. Η κλινική εξέταση ανέδειξε αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα.

Συμπεράσματα: Κυρίαρχο μέλημα στην διαχείριση και αντιμετώπιση του αμφοτερόπλευρου περιαμυγδαλικού αποστήματος, πρέπει να είναι η διασφάλιση του αεραγωγού. Η κλινική εικόνα διαφέρει από αυτήν του μονόπλευρου αποστήματος, διότι η φλεγμονώδης διόγκωση είναι αμφοτερόπλευρη και έτσι δεν έχουμε μετατόπιση της σταφυλής, και ασύμμετρη εμφάνιση των αμυγδαλών και της μαθητικής υπερώας. Η θεραπεία εκλογής είναι η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών για αερόβια και αναερόβια μικρόβια και η αμφοτερόπλευρη παροχέτευση των αποστημάτων ή και η αμυγδαλεκτομή.

Σύντομος τίτλος: Αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα.

Λέξεις κλειδιά: Περιαμυγδαλικό απόστημα, αμφοτερόπλευρα, περιαμυγδαλικό διάστημα.

ABSTRACT

Introduction: The peritonsillar space is anatomically defined as the area between the palatine tonsillar capsule medially and the superior pharyngeal constrictor muscle laterally. Abscess formation at this space is called peritonsillar abscess. Peritonsillar abscess is usually unilateral. To the best of our knowledge, only 14 cases of bilateral peritonsillar abscesses have been reported worldwide.

Case report: This article reports the case of a 51-year old male with a 8-day history of worsening odynophagia, bilateral earache, difficulty in swallowing, fever, significant trismus and dyspnea. Clinical examination revealed bilateral peritonsillar abscess with significant swelling and midline protrusion.

Conclusions: Based on our case and literature review, in cases of bilateral peritonsillar abscess we recommend airway management as the first step, followed by further examinations, especially contrast-enhanced computed tomography. This condition lacks the hallmark of unilateral disease and may mimic many conditions, which may need different management approaches. Treatment of choice consists of systemic antibiotics, for both aerobic and anaerobic bacteria, and drainage of the pus via bilateral incision or /and urgent tonsillectomy.

Key words: Peritonsillar abscess, bilateral, peritonsillar space.

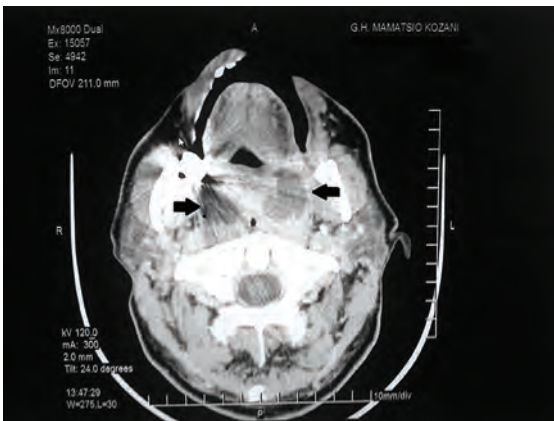
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιοαμυγδαλικό είναι το τραχηλικό διάστημα που ορίζεται προς τα έσω από την ινώδη κάψα της φαρυγγικής αμυγδαλής και προς τα έξω τον άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα, ενώ το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα του σχηματίζεται από την πρόσθια και την οπίσθια παρίσθια καμάρα αντίστοιχα.¹ Περιοαμυγδαλικό απόστημα είναι η συλλογή πύου στην περιοχή που προαναφέρθηκε. Πι-

στεύεται ότι είναι εκδήλωση μίας κλινικής οντότητας που ξεκινάει ως οξεία βακτηριακή αμυγδαλίτιδα, συνεχίζει ως κυτταρίτιδα του περιοαμυγδαλικού χώρου και καταλήγει σε περιοαμυγδαλικό απόστημα.² Ένας άλλος μηχανισμός που έχει προταθεί είναι ότι τα βακτήρια αρχικά προσβάλλουν τον βλεννογόνο της αμυγδαλής και στην συνέχεια διασπείρονται στο περιοαμυγδαλικό χώρο μέσω



Εικ. 1. Αδυναμία πλήρους κατάσπασης της κάτω γνάθου, με έντονη ερυθρότητα και οίδημα στα παρίσθια αμφοτερόπλευρα.



Εικ. 2. Αξονική τομογραφία, όπου φαίνονται τα αποστήματα (βέλη). Παρουσία artifacts λόγω οδοντιατρικών υλικών.



Εικ. 3. Διακρίνεται η σταφυλή και οι παρίσθιες αμυγδαλές. Τα αποστήματα έχουν υποχωρήσει και τα σημεία των παρακεντήσεων είναι ορατά.

του πόρου των ελασσόνων σιελογόνων αδένων που εδράζονται στον άνω πόλο της αμυγδαλής.³

Το περιαμυγδαλικό απόστημα είναι σχεδόν πάντα μονόπλευρο και εμφανίζεται πιο συχνά στους άρρενες με αναλογία περίπου 2:1.^{2,4-8} Το ηλικιακό φάσμα από 10-40 έτη είναι το επικρατέστερο, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών με περιαμυγδαλικό απόστημα είναι τα 27-28 έτη.^{2,6}

Στο μονόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό (πυρετό, δυσκαταποσία, αδυναμία, μονόπλευρη ωταλγία) και στα ευρήματα από την κλινική εξέταση του στόματος (τρισμός, μετατόπιση της σταφυλής, οίδημα στην μαλθακή υπερώα και στην σύστοιχη αμυγδαλή). Αντίθετα στο αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα η σταφυλή βρίσκεται συνήθως στην μέση γραμμή και υπάρχει συμμετρικό ή ασύμμετρο οίδημα στα παρίσθια και τις αμυγδαλές.⁷ Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία σε περίπτωση αμφοτερόπλευρου περιαμυγδαλικού αποστήματος και επιβαρυσμένης κατάστασης του ασθενούς είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για την εκτίμηση του αεραγωγού καθώς και για τον αποκλεισμό επέκτασης της φλεγμονής σε γειτονίζον τραχηλικό διάστημα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Τον Απρίλιο του 2017, ένας άνδρας 51 χρονών, προσήλθε στο Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης, με αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα, τρισμό, δυσκαταποσία δύσπνοια και εμπύρετο. Από το ατομικό αναμνηστικό του ανέφερε ιστορικό επαναλαμβανόμενων βακτηριακών αμυγδαλίτιδων (3-4 ανά έτος), για τις οποίες είχε νοσηλευθεί δύο φορές. Επίσης έπασχε από αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία.

Ο ασθενής προσήλθε κάθιστος με θερμοκρασία σώματος 39,2οC. Είχε έντονη σιελόρροια και τρισμό. Η αρτηριακή του πίεση ήταν 116/86 mmHg, ο κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα του ήταν spO_2 : 92% και είχε 127 σφίξεις ανά λεπτό.

Ο ασθενής, ανέφερε ότι τα συμπτώματα του εμφανίστηκαν πριν 8 ημέρες και έκτοτε υπήρχε διαρκής επιδείνωση, με υψηλά πυρετικά κύματα τα οποία έλεγχε με χρήση παρακεταμόλης από το στόμα. Επίσης, προσέθεσε ότι τις τελευταίες μέρες είχε δυσκολία στην αναπνοή, έντονο άλγος στην κατάποση, αμφοτερόπλευρη ωταλγία και πολύ έντονη αδυναμία.

Κατά την κλινική εξέταση, επισκοπήθηκε ο στοματοφάρυγγας δυσχερώς λόγω του τρισμού. Ο ασθενής είχε έντονο οίδημα στην μαλθακή υπερώα, πυώδες επίχρισμα στις παρίσθιες αμυγδαλές και έντονη ερυθρότητα στα παρίσθια (Εικ. 1). Ακολούθησε λαρυγγοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο, χωρίς να ανευρεθούν σημεία φλεγμονής στο λάρυγγα.

Στον ασθενή χορηγήθηκε οξυγόνο και τοποθετήθηκε φλεβική γραμμή. Λήφθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες ανευρέθηκαν $21,73 \times 10^3/\mu L$ λευκά αιμοσφαίρια (85,4% ουδετερόφιλα). Επίσης η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) ήταν 20,62 mg/dL με ανώτατο όριο φυσιολογικών τιμών 0,5 mg/dL. Ακολούθησε αξονική τομογραφία τραχήλου, στην οποία απεικονίστηκαν ευμεγέθη περιαμυγδαλικά αποστήματα αμφοτερόπλευρα. Οι διαστάσεις του αριστερού ήταν 29,7 mm x 24,4 mm και του δεξιού 25,7 mm x 19,3 mm (Εικ. 2).

Ο ασθενής, για λόγους ασφαλείας, οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Ακολούθησε παροχέτευση των αποστημάτων με χρήση σύριγγας, παρουσία αναισθησιολόγου. Από το αριστερό απόστημα αναρροφήθηκαν 8 ml πύου και από το δεξιό 5,5 ml πύου. Το υλικό στάλθηκε στο μικροβιολογικό εργαστήριο για καλλιέργεια. Η καλλιέργεια ανέδειξε αμφοτερόπλευρα την ύπαρξη πυογόνου στρεπτοκόκκου (*Pyogenes Streptococcus*), εξαιρετικά ευαίσθητου σε όλα τα αντιβιοτικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι χρειαζόταν ελάχιστη ανασταλτική συγκέντρωση (MIC) αμικικιλίνης $\leq 0,25$. Ο ασθενής νοσηλεύθηκε στην ΩΡΛ κλινική του νοσοκομείου. Αμέσως μετά την παρακέντηση, υπήρξε θεαματική κλινική βελτίωση. Ο ασθενής ενυδατώθηκε με ορούς και ταυτόχρονα του χορηγήθηκε συστηματικά σχήμα αμικικιλίνης-σουλημπακτάμης. Αρχικά, η χορήγηση έγινε εμπειρικά, αλλήλα και μετά την λήψη των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας συνεχίστηκε η ίδια αντιβιοτική αγωγή, λόγω υψηλής ευαισθησίας του μικροβίου στο εν λόγω αντιβιοτικό. Επίσης, χορηγήθηκαν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, παυσίπονα, κορτικοστεροειδή και γαστροπροστασία. Ο ασθενής νοσηλεύθηκε για 4 ημέρες και καθημερινά, υποβαλλόταν σε παρακεντήσεις. Η ποσότητα του αποστηματικού υλικού, διαρκώς μειωνόταν και έτσι εξήλθε μετά από 4 ημέρες, όταν και έπαψε να παροχετεύεται πύον (Εικ. 3). Δόθηκε φαρμακευτική αγωγή από το στόμα και έγινε επανέλεγχος μετά από μία εβδομάδα. Μετά από 40 ημέρες διενεργήθηκε αμυγδαλεκτομή, χωρίς να υπάρχουν επιπλοκές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι περισσότερες περιπτώσεις περιαμυγδαλικού αποστήματος που έχουν αναφερθεί αφορούν συνήθως εφήβους και νέους ενήλικες. Ωστόσο, σε κάποιες νέες έρευνες έχει βρεθεί ότι η συχνότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους.⁹ Επίσης, παλαιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι το περιαμυγδαλικό απόστημα είναι μία κατάσταση που οφείλεται σε πολλή και διαφορετικά μικρόβια,^{5,7} ενώ πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι στο 77,8% των περιπτώσεων μόνο ένα συγκεκριμένο μικρόβιο προκαλεί αυτήν την κατάσταση.¹⁰ Το επικρατέστερο μικρόβιο είναι ο πυογόνος στρεπτόκοκκος κάτι που ισχύει και στην δική μας περίπτωση.⁵ Η λήψη καλλιέργειας θεωρείται περιττή, διότι ανεξαρτήτως αποτελέσματος, η αντιμετώπιση παραμένει η ίδια.

Το αμφοτερόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα έχει παρόμοια κλινική εικόνα με άλλες σοβαρές καταστάσεις, όπως, η βαριά βακτηριακή αμυγδαλίτιδα, η ληιμώδης μονοπυρήνωση, αλλήλα και τα νεοπλάσματα των σιελογόνων αδένων ή το λέμφωμα.^{7,8} Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία είναι απαραίτητος προκειμένου να γίνει η διαφοροδιάγνωση και να εκτιμηθεί η έκταση της νόσου και η κατάσταση του αεραγωγού. Σε περίπτωση που δεν γίνει έγκαιρα η σωστή διάγνωση, μπορεί να υπάρχουν επιπλοκές δυνητικά απειλητικές για την ζωή του. Σύμφωνα με την σύγχρονη βιβλιογραφία, οι πιο συχνές τοπικές επιπλοκές είναι η επέκταση της νόσου στον οπισθοφαρυγγικό και τον παραφαρυγγικό χώρο, στην βάση του κρανίου (μέσω τον αγγείων του τραχήλου), στην επιγλωττίδα και στο μεσοθωράκιο, καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε απόφραξη του αεραγωγού.^{2,6,8}

Παράλληλα, μπορούμε να έχουμε σπταιμία και θρόμβωση της σφαγίτιδας φλέβας.⁶

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν, ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών, αναρρόφηση του αποστήματος με σύριγγα ή χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση, ή ακόμη και επείγουσα αμυγδαλεκτομή.¹¹ Όμως, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει συμφωνία, για το ποια μέθοδος είναι η αποτελεσματικότερη. Από το 1980, η αναρρόφηση με σύριγγα, θεωρείται από τους περισσότερους συγγραφείς ως η πιο σωστή θεραπευτική προσέγγιση, τουλάχιστον όσον αφορά το μονόπλευρο περιαμυγδαλικό απόστημα. Στην περίπτωση αμφοτερόπλευρου, μπορεί και πάλι να ακολουθηθεί η ίδια μέθοδος εάν ο ασθενής δεν έχει αναπνευστική δυσχέρεια.⁷ Όταν, όμως ο άρρωστος δυσπνοεί έντονα, είναι επιβεβλημένο να γίνει χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση. Εάν και πάλι δεν υπάρχει βελτίωση, τότε υπάρχει απόλυτη ένδειξη για επείγουσα αμυγδαλεκτομή.⁷

Τέλος, η χρήση των στεροειδών είναι αμφιλεγόμενη.¹² Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες, οι ασθενείς που έλαβαν έστω και μία υψηλή δόση στεροειδών, πριν την παρακέντηση του αποστήματος, είχαν θεαματικά καλύτερη πορεία και ταχύτερη ίαση, συγκριτικά με αυτούς που έλαβαν μόνο αντιβιοτική κάλυψη.¹³

Σύγκρουση συμφερόντων

Όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων ή οποιοδήποτε οικονομικό ενδιαφέρον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AlAwadh I, Aldrees T, Alqaryan S, Alharethy S, Alshehn H. Bilateral peritonsillar abscess: A case report and pertinent literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 36: 34-7
2. Papacharalampous G, Vlastarakos P, Kotsis G, Davilis D, Manolopoulos L. Bilateral peritonsillar abscesses: a case presentation and review of the current literature with regard to the controversies in diagnosis and treatment. *Case Rep. Med.* 2011;2011:924-1
3. Klug T, Rusan M, Fuursted K, Ovesen T. Peritonsillar Abscess: Complication of Acute Tonsillitis or Weber's Glands Infection? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;155:199-7
4. Agha R, Fowler A, Saetta A, Barai I, Rajmohan S, Orgill D. SCARE Group The SCARE statement: consensus-based surgical case report guidelines. *Int J Surg* 2016;34:180-6
5. Aldakhil A, Khan M. A retrospective study of peritonsillar abscess in Riyadh Medical Complex [corrected]. *Saudi Med J* 2006;27:1217-1
6. Pham V, Gungor A. Bilateral peritonsillar abscess: case report and literature review. *Am J Otolaryngol* 2012;3:163-7
7. Lin Y, Lee J. Bilateral peritonsillar abscesses complicating acute tonsillitis. *CMAJ* 2011;183:1276-9
8. Simons J, Branstetter B, Mandell D. Bilateral peritonsillar abscesses: case report and literature review. *Am J Otolaryngol* 2006;7:443-5
9. Marom T, Cinamon U, Itskoviz D, Roth Y. Changing trends of peritonsillar abscess. *Am J Otolaryngol* 2010;1:162-7
10. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Głowniak I, Grochowalska A, Koziol-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34:549-4
11. Kanesada K, Mogi G. Bilateral peritonsillar abscesses. *Auris Nasus Larynx.* 1981;8:35-9
12. Tachibana T, Orita Y, Abe-Fujisawa I, Ogawara Y, Matsuyama Y, Shimizu A. Prognostic factors and effects of early surgical drainage in patients with peritonsillar abscess. *J Infect Chemother.* 2014;20:722-5
13. Ozbek C, Aygenc E, Tuna U, Selcuk A, Ozdem C. Use of steroids in the treatment of peritonsillar abscess. *J Laryngol Otol.* 2004;118:439-2.

Σύνδρομο Gradenigo: παρουσίαση περιστατικού.

Gradenigo syndrome: presentation incident.

**Δινάκη Κωνσταντίνα,
Ρίζου Αικατερίνη,
Ξάνθου Ιωάννα,
Ιερείδου Φωτεινή,
Ψύλλας Γεώργιος,
Κωνσταντινίδης Ιωάννης**
Εργαστήριο Ακοολογίας - Νευρωτολογίας,
Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ψύλλας Γεώργιος
Υπεύθυνος Εργαστηρίου
Ακοολογίας - Νευρωτολογίας,
Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική
Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
E-mail: psill@otenet.gr

**Dinaki Konstantina,
Rizou Aikaterini,
Xanthou Ioanna,
Ieridou Foteini,
Psillas Georgios,
Konstantinidis Ioannis**

Neurotology Unit,
1st Academic ORL Department,
AHEPA Hospital, Thessaloniki, Greece

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 1-2, 2018*

Correspondence to:
Psillas Georgios
Head of Neurotology Unit
1st ORL Department AHEPA Hospital
E-mail: psill@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα είναι μια επιθετική μορφή εξωτερικής ωτίτιδας με επέκταση της φλεγμονής στα μαλακά μόρια του έξω ακουστικού πόρου και στα οστά της βάσης του κρανίου. Το συνηθέστερο μικροβιακό αίτιο είναι η ψευδομονάδα. Από επέκταση της φλεγμονής στην κορυφή του ληθοειδούς προκαλείται το σύνδρομο Gradenigo, το οποίο χαρακτηρίζεται από την εξής τριάδα συμπτωμάτων: ωτόρροια, νευραλγία τριδύμου και πάρεση απαγωγού νέυρου.

Περιγραφή περιστατικού: Ασθενής σακχαροδιαβητικός τύπου II άρρην 60 ετών προσήλθε στα ΤΕΠ με συμπτώματα ωταλγίας ΑΡ, ωτόρροιας, νευραλγίας τριδύμου και πάρεσης προσωπικού από 2 ετίας και διπλωπία ΑΡ από 24ώρου. Μετά από πλήρη κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο διεγνώσθη με κακοήθη εξωτερική ωτίτιδα και σύνδρομο Gradenigo. Από την καλλιέργεια του ωτικού εκκρίματος απομονώθηκε ψευδομονάδα και ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αγωγή σιπροφλοξασίνη για 2 μήνες, ενώ συγχρόνως αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με μαστοειδεκτομή ανοικτής κοιλότητας. Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο η ωτόρροια υποχώρησε πλήρως, ενώ δύο μήνες μετά υφέθηκαν η νευραλγία τριδύμου και η πάρεση του απαγωγού ν., οπότε εξήλθε του νοσοκομείου.

Συμπέρασμα: Η υπόνοια της κακοήθους εξωτερικής ωτίτιδας θα πρέπει να τίθεται σε ασθενείς με χαμηλή ανοσολογική άμυνα (όπως σε σακχαρώδη διαβήτη, σε χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων), οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη θεραπευτική αγωγή εξωτερικής ωτίτιδας. Λόγω των πολύ σοβαρών επιπλοκών από την επέκταση της φλεγμονής στην βάση του κρανίου είναι απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: Κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα, σύνδρομο Gradenigo.

ABSTRACT

Introduction: Malignant external otitis is a life threatening, progressive bacterial infection of the external auditory canal, mastoid and skull base. The most common causative pathogen is pseudomonas aeruginosa. Gradenigo's syndrome is characterized by a triad of symptoms related to apical petrositis. These symptoms include otorrhea, facial pain resulting from trigeminal involvement and abducens nerve paralysis.

Case report: A 60 years old man presented to our clinic with a history of otorrhea on the left side, facial pain and otalgia and a history of facial nerve palsy on the left side for the last two years. The patient also complained of double vision the last 24 hours. After the clinical examination, a ct scan was performed and the patient was diagnosed with malignant external otitis and gradenigo's syndrome. The pus culture isolated from the external auditory canal revealed growth of pseudomonas aeruginosa and the patient was treated successfully with a combination of intravenous antibiotics for two months and mastoidectomy.

Conclusions: Malignant external otitis commonly occurs in elderly diabetics or in an immunocompromised host. An early diagnosis with a high index of suspicion is needed in order to avoid the very severe complications caused by the spread of the infection to the skull base.

Key words: Malignant otitis externa, Gradenigo syndrome.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φλεγμονή του λιθοειδούς αποτελούσε συχνή επιπλοκή σε έδαφος μαστοειδίτιδας πριν την ευρεία διάδοση των αντιβιοτικών. Το 1904 ο Gradenigo περιέγραψε ένα σύνδρομο με την εξής τριάδα συμπτωμάτων: ωτόρροια, νευραλγία τριδύμου και πάρεση απαγωγού που σχετιζόταν με την φλεγμονή του λιθοειδούς.¹ Το γάγγλιο του τριδύμου νεύρου και το απαγωγό νέυρο είναι πολύ ευάλωτα σε φλεγμονώδεις εξεργασίες της περιοχής λόγω του ότι χωρίζονται από την κορυφή του λιθοειδούς μόνο από την σκληρά μήνιγγα.² Το απαγωγό ν. προσβάλλεται μετά από επέκταση της φλεγμονής στο κανάλι του Dorello κάτω από τον σφηνολιθοειδή σύνδεσμο.³ Ωστόσο η μη συμμετοχή του απαγωγού ν. δεν αποκλείει την λιθοειδίτιδα.⁴ Αν και η νόσος αντιμετωπιζόταν παλαιότερα με επιθετικές χειρουργικές επεμβάσεις, με την έλευση των αντιβιοτικών είναι δυνατή η πιο συντηρητική αντιμετώπιση κάποιων περιστατικών και φαίνεται πως η ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου δεν έχει ακόμα διασαφηνιστεί και θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη.⁵

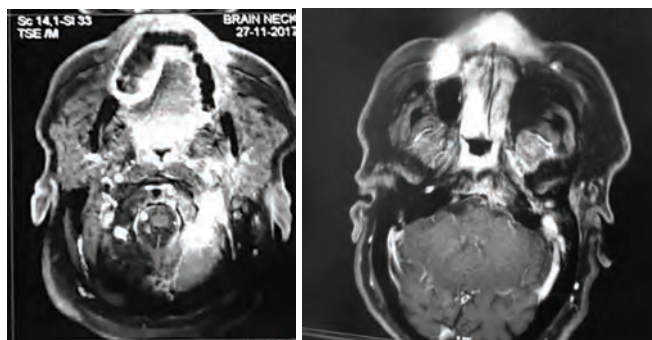
Παρουσιάζουμε περιστατικό με παραμελημένη κακοήγη εξωτερική ωτίτιδα και εμφάνιση συνδρόμου Gradenigo που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μαστοειδεκτομή ανοιχτής κοιλότητας και ενδοφλέβια αγωγή σιπροφλοξασίνης για 2 μήνες.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής άρρεν 60 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με αναφερόμενη ωταλγία αριστερά και με συνοδό επιδείνωση της ωτόρροιας (ΑΡ) που συνέβαινε τα τελευταία δύο έτη και διπλωπία στο βλέμμα του προς τα αριστερά. Από το ιστορικό του ανέφερε πάρεση προσωπικού ΑΡ και νευραλγία τριδύμου ΑΡ από 1,5 έτους.

Από την κλινική εξέταση ωτοσκοπικά υπήρχε εκροή πύου ΑΡ αληθιά δίχως εμφανή εισρόφηση διάβρωση στον επιτυμπάνιο χώρο της τυμπανικής μεμβράνης. Παρόλα αυτά βρέθηκε πολύποδας στο έδαφος του έξω τριτημορίου του έξω ακουστικού πόρου. Ο ασθενής είχε πάρεση προσωπικού βαθμού ΙΙΙ κατά την ταξινόμηση House Brackmann και πάρεση απαγωγού ΑΡ με αδυναμία έξω στροφής του οφθαλμού και διπλωπία. Από το ατομικό του αναμνηστικό ο ασθενής ανέφερε σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ, στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση, υπερουριχαιμία, υπερχοληστερολαιμία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, παιδιαό έμφραγμα και ιστορικό επέμβασης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Ο ασθενής ανέφερε πολλαπλές νοσηλείες στο ιστορικό του για την αντιμετώπιση της διαγνωσθείσας εξωτερικής ωτίτιδας την τελευταία διετία μέγιστης διάρκειας μιας εβδομάδας.

Κατά τη εισαγωγή του στο τμήμα επειγόντων περιστατικών της ΩΡΛ κλινικής μας πραγματοποιήθηκε αξονική που ανέδειξε την παρουσία υλικού στην τυμπανική κοιλότητα, διάβρωση των σύστοιχων μαστοειδών κυψελών και του σύστοιχου ινιακού οστού. Παράλληλα βρέθηκε επιπλέον διόγκωση μαλακών μορίων ρινοφάρυγγα αρ. με κατάληψη φαρυγγικού κοιλώματος και οπίσθια επέκταση προς το σφαγιτιδικό τρήμα (διάβρωση αυτού) και επέκταση στον παραφαρυγγικό χώρο αρ. Να σημειωθεί εδώ ότι αξονική και μαγνητική λιθοειδών των τελευταίων 6 μηνών είχαν



Εικ. 1 και 2. Μαγνητική τομογραφία ασθενούς με απεικόνιση εξεργασίας Αρ υποκροτάφιο βόθρου και Αρ παραφαρυγγικού χώρου.

δείξει μόνο κατάληψη μαστοειδών κυψελών (αρ). Ως εκ τούτου, ο ασθενής μπήκε σε ενδοφλέβια αγωγή σιπροφλοξασίνης και τοπική αγωγή με σταγόνες σιπροφλοξασίνης αφού πρώτα πάρθηκε καλλιέργεια ωτικού εκκρίματος. Ακολούθησαν απεικονιστικές εξετάσεις σπινθηρογράφημα λιθοειδών και μαγνητική τομογραφία. Το σπινθηρογράφημα έδειξε αυξημένο οστικό μεταβολισμό στην περιοχή του αρ. μαστοειδούς οστού με επέκταση στο αρ. ήμισυ του ινιακού οστού. Η μαγνητική τομογραφία αποκάλυψε εκτεταμένη διηθητική εξεργασία στον υποκροτάφιο βόθρο αρ. με ασαφопоίηση του παραφαρυγγικού λίπους και περιβρογχισμό του αγγειονευρώδους δεματίου σύστοιχα. Επέκταση της εξεργασίας διά των τρημάτων των κατώτερων εγκεφαλικών συζυγιών προς το ενδοκράνιο και την γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία στο ύψος της γεφυροπρομηκικής συμβολής. Παθολογικό MR σήμα στις παρακείμενες οστικές δομές (ινιακά ογκώματα, ινιακό οστό, σφηνοειδές) με επέκταση των αλλοιώσεων όπισθεν της κροταφυγναθικής άρθρωσης αρ. και τα μαλακά μόρια του έξω ακουστικού πόρου σύστοιχα. Παράλληλα βρέθηκε συνοδός συμμετρική πάχυνση ρινοφάρυγγα. Επίσης διαπιστώθηκε παθολογικό MR σήμα και εμπλουτισμός στο κατώτερο τμήμα του αποκλίματος και στην περιοχή εισόδου του αρ. απαγωγού νεύρου στην βάση του κρανίου (Εικ. 1 και Εικ. 2).

Με βάση τα απεικονιστικά ευρήματα και την κλινική εικόνα του ασθενούς τέθηκε το διαφοροδιαγνωστικό δίλημμα αν πρόκειται για αληθή εξεργασία ή σύνδρομο Gradenigo, λόγω της παραμελημένης κακοήθους εξωτερικής ωτίτιδας. Ο ασθενής υποβλήθηκε υπό τοπική αναισθησία σε αφαίρεση του πολύποδα του έξω ακουστικού πόρου με παράλληλη βιοψία η οποία ήταν αρνητική για κακοήθεια και ανέδειξε στοιχεία φλεγμονής με θετικό αποτέλεσμα καλλιέργειας για ψευδομονάδα (*Pseudomonas aeruginosa*). Ο ασθενής μετά από ένα μήνα ενδοφλέβιας αγωγής με σιπροφλοξασίνη παρουσίασε βελτίωση της πάρεσης του απαγωγού με βελτίωση της κινητικότητας του αρ. οφθαλμού κατά την έξω στροφή. Μπροστά στην τελική κλινική υποψία μιας εκτεταμένης κακοήθους εξωτερικής ωτίτιδας διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία μαστοειδεκτομή ανοιχτής κοιλότητας και παράλληλα ελήφθησαν πολλαπλές βιοψίες ρινοφάρυγγα υπό ενδοσκοπικό έλεγχο ρινός.

ση εγκάρσιου και σιγμοειδούς κόλπου, καθώς και εξεργασίες του ρινοφάρυγγα.^{16,17}

Όσον αφορά την θεραπεία του συνδρόμου, οι χειρουργικές παρεμβάσεις που εξασφαλίζουν την παροχέτευση της μαστοειδούς και της λιθοειδούς απόφυσης θα πρέπει να εφαρμόζονται εξατομικευμένα, όταν η συντηρητική αντιμετώπιση αποτυγχάνει ή η νόσος χρονίζει. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι είτε απλή μυριγγοτομή με τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού σε συνδυασμό με μαστοειδεκτομή ανοιχτής κοιλότητας, είτε σε συνδυασμό με μια πιο εκτεταμένη χειρουργική παρέμβαση παροχέτευσης των λιθοειδών κυψελών, μέσω διαμαστοειδικής, διαλαβρινθικής ή υπερσφαγιτιδικής προσπέλασης.⁵

Όσον αφορά το δικό μας περιστατικό η κλινική εικόνα του ασθενούς καθώς και το ιστορικό του παρέπεμπαν σε κακοήγη εξωτερική ωτίτιδα, καθώς ο ασθενής ήταν σακχαροδιαβητικός με πολυληπλά αναφερόμενα συνοδά νοσήματα και πολυληπλές αγωγές μικρού χρονικού διαστήματος στις οποίες δεν παρουσίαζε καλή ανταπόκριση. Επιπλέον από την καλλιέργεια απομονώθηκε ψευδομονάδα, το πλέον σύνηθες μικροβιακό αίτιο της κακοήθους εξωτερικής ωτίτιδας και ωτοσκοπικά υπήρχε πολύποδας στο έδαφος του έξω ακουστικού πόρου, εικόνα συμβατή με κακοήγη εξωτερική ωτίτιδα. Με βάση τα απεικονιστικά ευρήματα η φλεγμονή είχε επεκταθεί μέχρι τη βάση του κρανίου και το ρινοφάρυγγα. Για την νόσο αυτή ο ασθενής δεν ακολούθησε στο παρελθόν την ενδεδειγμένη μακρόχρονη θεραπεία και για αυτό ενεπλάκη τελικά με εκδηλώσεις συνδρόμου Gradenigo, λόγω επέκτασης της φλεγμονής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έντονη ωταλγία και εμμένουσα ωτόρροια σε ινσουλινοεξαρτώμενους ή ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς που δεν ανταποκρίνεται στη συνήθη θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να θέτει την υπόνοια της κακοήθους εξωτερικής ωτίτιδας. Η επέκταση της φλεγμονής του έξω ακουστικού πόρου στην μαστοειδή απόφυση και την βάση κρανίου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πολύ σοβαρές επιπλοκές με παραλύσεις κρανιακών νεύρων, θρόμβωση της έσω σφαγίτιδας, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα ακόμα και θάνατο. Η επέκταση της φλεγμονής στην κορυφή του λιθοειδούς έχει ως

αποτέλεσμα την εκδήλωση του συνδρόμου Gradenigo με την τριάδα της νευραλγίας τριδύμου, ωτόρροιας και πάρεσης αγωγού. Λόγω των πολύ σοβαρών και απειλητικών επιπλοκών της επέκτασης τέτοιου είδους φλεγμονωδών εξεργασιών είναι απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση και χειρουργική αντιμετώπιση σε συνδυασμό με μακρόχρονη αντιβιοτική αγωγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gradenigo G. Über die paralyse des nervusabducensbei otitis. Arch Ohrenheileunde 1907;774:149–87.
2. Gillanders DA. Gradenigo's syndrome revisited. J Otolaryngol 1983;12:169–74.
3. Al-Ammar AY. Recurrent temporal petrositis. J Laryngol Otol 2001;115:316–8.
4. Chole RA, Donald PJ. Petrous apicitis. Clinical considerations. Ann Otol Rhinol Laryngol 1983;92(6 Pt 1):544–51.
5. Kantas I, Papadopoulou A, Balatsouras DG, Aspris A, Marangos N. Therapeutic approach to Gradenigo's syndrome: a case report. J Med Case Rep 2010;4:151.
6. Meltzerand PE, Kelemen G. Pyocyanous osteomyelitis of the temporal bone, mandible, and zygoma. Laryngoscope 1959;169:1300–16.
7. Chandler JR. Malignant external otitis. Laryngoscope 1968;78:1257–94.
8. Illing E, Zolotar M, Ross E, Olaleye O, Molony N. Malignant otitis externa with skull base osteomyelitis. J Surg Case Rep 2011;2011(5):6.
9. Rubin Grandis J, Branstetter BF 4th, Yu VL. The changing face of malignant (necrotising) external otitis: clinical, radiological, and anatomic correlations. Lancet Infect Dis 2004;4:34–9.
10. Carfrae MJ, Kesser BW. Malignant otitis externa. Otolaryngol Clin North Am 2008;41:537–49.
11. Rutka J. Acute otitis externa: treatment perspectives. Ear Nose Throat J 2004;83 (9 Suppl 4):20–1.
12. Joshua BZ, Sulkes J, Raveh E, Bishara J, Nageris BI. Predicting outcome of malignant external otitis. Otol Neurotol 2008;29:339–43.
13. Grandis JR, Curtin HD, Yu VL. Necrotizing (malignant) external otitis: prospective comparison of CT and MR imaging in diagnosis and follow-up. Radiology 1995;196:499–504.
14. Levenson MJ, Parisier SC, Dolitsky J, Bindra G. Ciprofloxacin: drug of choice in the treatment of malignant external otitis (MEO). Laryngoscope 1991;101:821–4.
15. Ψύλλας Γ. Κλινική εκτίμηση του αιθουσαίου συστήματος. Στο: Ψύλλας Γ. Εισαγωγή στην Ακοολογία και Νευρωτολογία. Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2017:87–127.
16. Piron K, Gordst F, Herzeel R. Gradenigo syndrome: A case report. Bull Soc Belge Ophthalmol 2003;290:43–7.
17. Motamed M, Kalen A. Gradenigo syndrome. Postgrad Med J 2000;76:559–60.

Προοπτική μελέτη επί των αποτελεσμάτων της διάνοιξης του σφηνοειδούς κόλπου με τη μέθοδο του τρυπανισμού.

Prospective study on the outcome of the sphenoid drill out procedure. Review of the literature.

Original contribution

**Thibaut Van Zele,
Bauke Pauwels,
Frank Dewaele,
Philippe Gevaert,
Claus Bachert**

Rhinology 56; 2: 178-182, 2018

Επιμέλεια παρουσίασης:

**Κόμνος Ιωάννης,
Καστανιουδάκης Ιωάννης**
ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

SPHENOID DRILL OUT

Η χρόνια σφηνοειδής ρινοκοιλίτιδα, εμμένουσα τόσο στη φαρμακευτική αγωγή όσο και στη σφηνοειδεκτομή, απαιτεί μια πιο ριζική επέμβαση με βάση τις αρχές της χειρουργικής αποκατάστασης. Σκοπός των συγγραφέων της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψουν τη χειρουργική τεχνική διάνοιξης του σφηνοειδούς με τρυπανισμό, 'Sphenoid drill out', ως χειρουργική επέμβαση «διάσωσης» και να επισημάνουν τις επιπτώσεις στο τελικό κλινικό αποτέλεσμα όσο και στην ποιότητα ζωής. Η συγκεκριμένη χειρουργική μέθοδος αποτελεί ενδιάμεσο τρόπο χειρουργικής αντιμετώπισης μεταξύ της απλής σφηνοειδοτομής και της ριζικής σφηνοειδεκτομής με τη χρήση microdebrider.

Στη μελέτη οι συγγραφείς συμπεριέλαβαν 12 ασθενείς με χρόνια σφηνοειδίτιδα, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε χειρουργική διάνοιξη του σφηνοειδούς κόλπου δια τρυπανισμού. Οι ασθενείς αυτοί εξετάστηκαν με ενδοσκόπηση της ρινικής κοιλότητας τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά για χρονικό διάστημα 1 έτους. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια RSOM-31 με τα οποία οι ασθενείς βαθμολόγησαν 31 συμπτώματα της νόσου, ανάλογα με την έντασή τους. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια SF-36 για την αξιολόγηση της πνευματικής και σωματικής κατάστασης των ασθενών.

Όλοι οι ασθενείς, με εξαίρεση έναν, είχαν μετεγχειρητικά πλήρως ελεύθερη την κοιλότητα που σχηματίστηκε χωρίς εμφάνιση ουλώδους ιστού και χωρίς καμία σοβαρή επιπλοκή. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν βελτίωση της συμπτωματολογίας, ενώ μάλιστα το 50% εξ αυτών είχαν πλήρη εξαφάνιση των συμπτωμάτων έως και 1 χρόνο μετά την επέμβαση. Το μέσο μετεγχειρητικό RSOM-31 σκορ ήταν σημαντικά μειωμένο ($p=0,002$) σε σχέση με το προεγχειρητικό. Επιπλέον τόσο ο σωματικός όσο και ο πνευματικός δείκτης του ερωτηματολογίου SF-36 ήταν βελτιωμένοι σημαντικά μετεγχειρητικά ($p=0,004$ και $p=0,010$ αντίστοιχα). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κανένας από του ασθενείς δε χρειάστηκε να υποβληθεί σε νέα επέμβαση.

Συμπερασματικά, η διάνοιξη του σφηνοειδούς κόλπου με τρυπανισμό είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική χειρουργική τεχνική με υψηλό δείκτη επιτυχίας. Σε ασθενείς με χρόνια σφηνοειδή ρινοκοιλίτιδα, εμμένουσα στη φαρμακευτική αγωγή και τη σφηνοειδεκτομή, θα μπορούσε να αποτελέσει μία αξιόπιστη εναλλακτική θεραπεία αντί της ριζικής σφηνοειδεκτομής ή της 'μαρσιποποίησης' του σφηνοειδούς κόλπου. Η εν λόγω τεχνική θα μπορούσε να προταθεί σε μέθοδος εκλογής σε ασθενείς με δυσλειτουργία των κροσσών, με αλληλαγές στην ανατομία του σφηνοειδούς κόλπου ή με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη εμμένουσας χρόνιας ρινοκοιλίτιδας.

Σύγκριση θεραπευτικού αποτελέσματος συστηματικής, ενδοτυμπανικής και συνδυασμένης χορήγησης στεροειδών στην πρωταρχική θεραπεία της ιδιοπαθούς αιφνίδιας απώλειας ακοής.

Systemic, intratympanic and combined administration of steroids for sudden hearing loss.

A prospective randomized multicenter trial.

Review of the literature.

**Tsounis Michael,
Psillas George,
Tsalighopoulos Miltiadis,
Vital Victor,
Maroudias Nicolas,
Markou Konstantinos**

European Archives
of Oto-Rhino-Laryngology
2018 Jan; 275(1):103-110

Επιμέλεια παρουσίασης:
**Τσίκου Άλκηστις¹,
Μάρκου Κωνσταντίνος²,
Καστανιουδάκης Ιωάννης¹**

¹ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

²2η Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 1-2, 2018

Πρόκειται για μία προοπτική τυχαιοποιημένη πολυκεντρική μελέτη που διήρκησε 3 χρόνια και στην οποία έλαβαν μέρος 102 ενήλικες ασθενείς, 56 άνδρες και 46 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 54,4 έτη. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς είχαν απωλέσει αιφνιδίως τουλάχιστον 30 dB HL ακοής σε 3 διαδοχικές συχνότητες στο τονικό ακούγραμμα μέσα σε χρονικό διάστημα 3 ημερών το πολύ. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν προσέλθει για εκτίμηση το αργότερο μέσα σε 14 ημέρες από την έναρξη της βαρηκοΐας τους, είχαν τυμπανόγραμμα τύπου Α και η MRI έσω ακουστικών πόρων ήταν αρνητική για παρουσία ακουστικού νευρινώματος ή άλλης οπισθοκοχλιακής βλάβης. Επιπλέον κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι αναγνωρίσιμες αιτίες αιφνίδιας απώλειας ακοής, όπως η νόσος Meniere, η χορήγηση προηγούμενης θεραπείας για το συγκεκριμένο επεισόδιο της ιδιοπαθούς αιφνίδιας απώλειας ακοής, καθώς και οποιαδήποτε αντένδειξη από την πλευρά του ασθενούς στη συστηματική χορήγηση στεροειδών, όπως η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη και υπέρτασης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: Η ομάδα Α (35 ασθενείς) έλαβε πρεδνιζολόνη συστηματικά κι εν συνεχεία μεθυλπρεδνιζολόνη per os, η ομάδα Β (34 ασθενείς) έλαβε μεθυλπρεδνιζολόνη ενδοτυμπανικά και η ομάδα Γ (33 ασθενείς) έλαβε συνδυασμένη θεραπεία. Ο αρχικός έλεγχος και η παρακολούθηση των ομάδων έγινε με ακούγραμμα καθαρών τόνων στις συχνότητες 500, 1000, 2000 και 4000 Hz κατά την πρώτη, τρίτη, πέμπτη, δέκατη, τριακοστή και ενενκοστή ημέρα.

Το τελικό ακουστικό κέρδος ήταν στατιστικά παρόμοιο και στις 3 θεραπευτικές ομάδες. Η αξιολόγηση της αποκατάστασης της ακοής με βάση τα κριτήρια του Siegel, επίσης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ενδοτυμπανική χορήγηση κορτιζόνης έχει καλά αποτελέσματα όταν χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία διάσωσης μετά από αποτυχία της συστηματικής αγωγής. Παρόλα αυτά η θεραπευτική της αξία είτε ως αρχική μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με συστηματικά στεροειδή δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί. Στα επιπλέον συμπεράσματα της μελέτης περιλαμβάνεται η ανάδειξη της ηλικίας ως ισχυρού προγνωστικού παράγοντα καθώς ασθενείς μεγαλύτεροι από 60 ετών είχαν σημαντικά χαμηλότερη ανταπόκριση στη θεραπεία σε σχέση με νεότερους ασθενείς. Αντίθετα, το φύλο και η βαρύτητα της αρχικής απώλειας ακοής δεν φάνηκε να έχουν κάποια προγνωστική αξία. Ομοίως, η πρόγνωση των ασθενών που ξεκίνησαν τη θεραπεία εντός της πρώτης εβδομάδας από την έναρξη των συμπτωμάτων τους δεν υπερέιχε έναντι εκείνων που ξεκίνησαν εντός της δεύτερης εβδομάδας.

NASOSYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

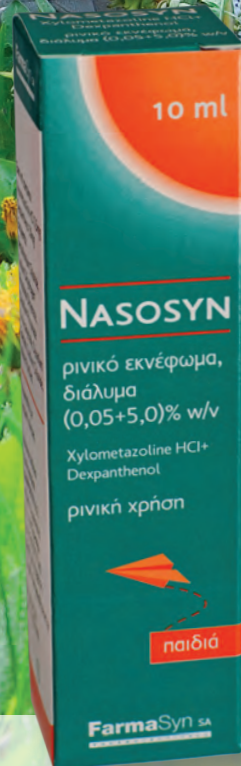
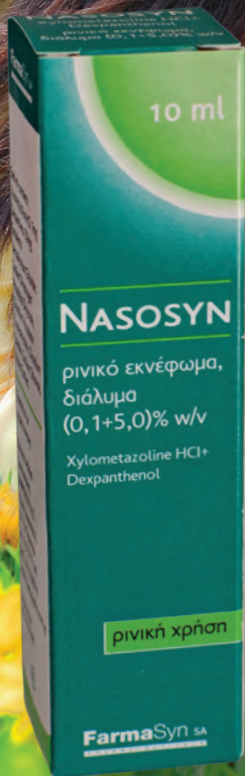
ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,1+5,0)% w/v

&

ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,05+5,0)% w/v

ενηλίκων

παιδιών



FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Μονής Δαμάστας 6, 12133 Περιστερί • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: info@farmasyn.gr • www.farmasyn.gr
Γραφείο Β. Ελλάδος: Βασιλίσσης Όλγας 226, 55134 Καλαμαριά • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703718 • e-mail: thess@farmasyn.gr

Nasaline

Τι είναι το Nasaline;

Είναι ένα σύστημα πλύσης της ρινικής κοιλότητας και όχι ψεκασμού. Το διάλυμα εισέρχεται από το ένα ρουθούνι και εξέρχεται από το άλλο χωρίς κατάποση του διαλύματος και των ρινικών εκκρίσεων, χάρη στη σύσπαση της μαλακής υπερώας. Έτσι επιτυγχάνεται μια τέλεια πλύση.

Τι είναι τα φακελάκια Nasaline;

Τα φακελάκια Nasaline χρησιμοποιούνται για την δημιουργία διαλύματος ειδικού για ρινικές πλύσεις. Περιέχουν φαρμακευτικής ποιότητας χλωριούχο νάτριο και διττανθρακικό νάτριο σε κατάλληλη αναλογία. Το διάλυμα που προκύπτει ρυθμίζεται ισοτονικό ή υπερτονικό, έχει ισορροπημένο pH και λόγω ότι το διάλυμα έχει θερμοκρασία σώματος δεν προκαλεί αγγειοσύσπαση.

Πού χρησιμοποιείται το Nasaline;

Μετεγχειρητική αγωγή - Αλλεργίες - Ρινίτιδες - Ιώσεις - Ιγμορίτιδα - Κοινό κρυολόγημα - Αποσυμφόρηση χωρίς φάρμακα κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό - Πριν τη χρήση ρινικών φαρμάκων για την καλύτερη απορρόφησή τους.....

Γιατί τη συσκευή Nasaline;

Επειδή το έμβολο δεν επιτρέπει την εισροή μολυσμένου διαλύματος από τη ρινική κοιλότητα μέσα στη συσκευή και αυτό την καθιστά ιδανική για πολλαπλές χρήσεις, χωρίς τον κίνδυνο επαναμόλυνσης. Ακόμη η συσκευή έχει μαλακό αντιμικροβιακό ρύγχος σιλικόνης.

Για ενήλικες



Για παιδιά (4-12 ετών)



Φακελάκια Nasaline

