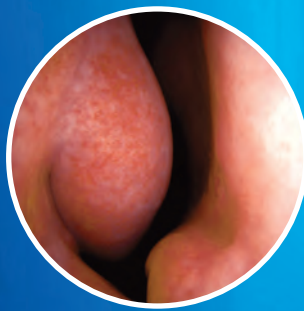
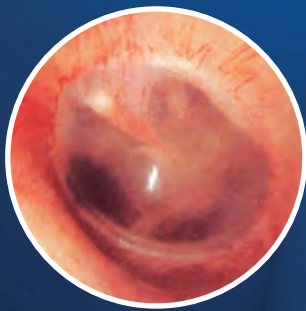


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



JULY - DECEMBER 2018
VOLUME 39 • ISSUE 3-4 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

• ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΙΛΙΓΓΟΥ:
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

• ΕΜΒΟΕΣ - ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

• ΜΥΞΩΔΕΣ ΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ
ΜΕ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ

• ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΝΙΚΟ ΜΑΡΟΥΔΙΑ



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 - Neurootology

NASOSYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

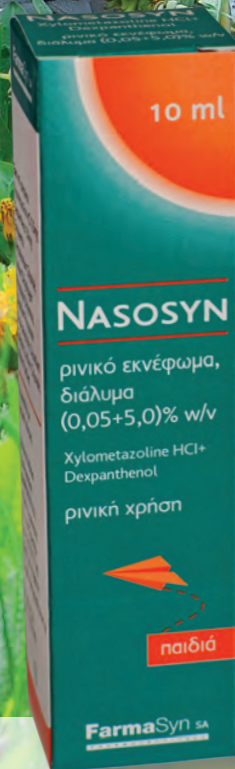
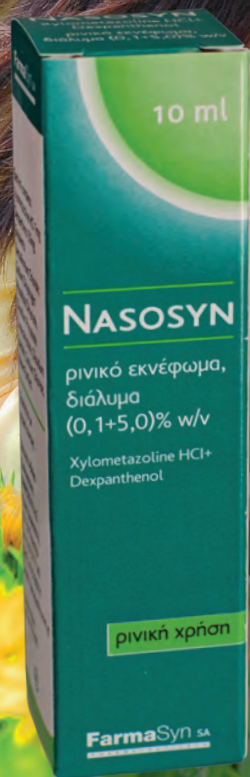
ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,1+5,0)% w/v

&

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

ενηλίκων

παιδιών



FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

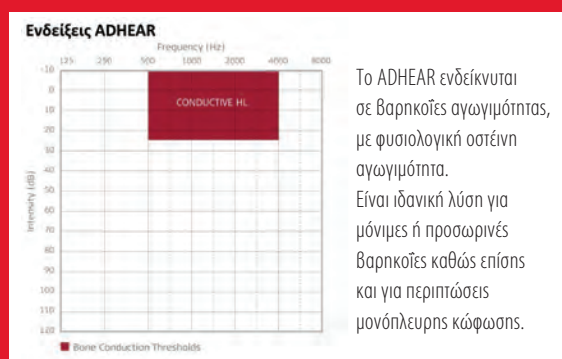
Αθήνα: Μονής Δαμάστας 6, 12133 Περιστερί • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: info@farmasyn.gr • www.farmasyn.gr

Γραφείο Β. Ελλάδος: Βασιλίσσης Όλγας 226, 55134 Καλαμαριά • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703718 • e-mail: thess@farmasyn.gr



ADHEAR

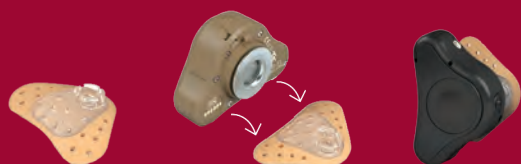
Το ADHEAR είναι ένα νέο, επαναστατικό σύστημα ακοής οστέινης αγωγιμότητας, το οποίο μπορεί να προσφέρει στους κατάλληλους υποψήφιους έναν κόσμο γεμάτο από ήχους με έναν απίστευτα απλό τρόπο: Κολλήας. Κουμπώνεις. Ακούς.



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



MED-EL



Σύστημα ADHEAR

Κολλήστε. Κουμπώστε. Ακούστε.

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



ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ADHEAR



Γούναρν 3 - 55534 Πυθαΐα,
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
Βελεστίου 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),
Γεωργιάδης Χ (Αθήνα), Γκορίτσα Ε (Τρίπολη),
Καμπέρος Α (Αθήνα), Κατωμιχελάκης Μ (Αλεξανδρούπολη),
Καρατζάνης Α (Ηράκλειο), Κυριζάκης Δ (Ηράκλειο),
Κυροδήμος Ε (Αθήνα), Κωνσταντινίδης Ι (Θεσσαλονίκη),
Μπαλατσούρας Δ (Αθήνα), Ναζάκης Σ (Πάτρα),
Νικολάου Α (Θεσσαλονίκη), Παναγιωτάκη Ε (Ηράκλειο),
Παπαχαραλάμους Γ (Αθήνα), Πρίντζα Α (Θεσσαλονίκη),
Προκοπάκης Ε (Ηράκλειο), Πρώμος Ε (Χανιά), Σκουλάκης Χ
(Λάρισα), Τσακανίκος Μ (Αθήνα), Χατζηγιάννου Ι (Λάρισα)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

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

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Βιτάλη 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),
Gevaert P (Belgium), Gibson B (Australia), Gleeson MK (UK),
Hamid M (USA), Guneri 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), Rammos 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 Θεογονσία (Χανιά)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ:

Μπιζάκης Ιωάννης (Λάρισα),
Χρηστίδης Κωνσταντίνος (Αθήνα)
Μάρκου Κωνσταντίνος (Θεσσαλονίκη),
Μπαλατσούρας Δημήτριος (Αθήνα)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Μπιζάκης Ι (Πρόεδρος),
Νταβίλης Δ (Αντιπρόεδρος),
Κεσίδου Ο (Γεν. Γραμματέας),
Χατζηγιάννου 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),
Ξενέλης 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), Georgalas C (Athens), Gkoritsa E (Tripolis), Hajioannou J (Larissa), Kaberos A (Athens), Karatzanis A (Heraklion), Katotomichelakis M (Alexandroupolis), Konstantinidis I (Thessaloniki), Kymizakis D (Veroia), Kyrodimos E (Athens), Naxakis S (Patras), Nikolaou A (Thessaloniki), Panagiotaki I (Heraklion), 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),
Gureri 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), Rammos 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:

Bizakis Ioannis (Larisa),
Christidis Konstantinos (Athens),
Markou Konstantinos (Thessaloniki),
Balatsouras Dimitrios (Athens)

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

Bizakis J (President),
Davalis 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 OTOLLOGY -
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 ειδικευομένων, προσεχή 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 στατιστικό λόγο. 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 Περίληψη και Αγγλικό abstract, Κείμενο (Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συζήτηση), Βιβλιογραφία, Πίνακες και Υπότιτλοι Εικόνων. Σε περιγραφή περιστατικών 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 συντομωμένο 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-κλειδίων. Για εργασίες που υποβάλλονται στα Αγγλικά, η μετάφραση της περίληψης στην Ελληνική θα πραγματοποιείται από μέλη της Συντακτικής Επιτροπής. Σε μικρού μεγέθους εργασίες, όπως σχόλια, κοιζ, 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, ή 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.

Υπότιτλοι 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 συγγραφείς, 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 Διεκλήρυξης 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, υπαλληλίσια, συμβουλευτικός ρόλος, συμβόλαιο 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 τη δημοσίευσής τους 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 Πανελληνίας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου, ούτε η δημοσίευση δι-αφημισεων 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	56
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτολογίας – Ακοολογίας – Νευροωτολογίας	57
Ξενέλης Ιωάννης, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
24ο Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο Ωτορινολάρυγγολογίας	58
Νταβίλης Δημήτριος, Χειμώνα Θεογνωσία	
3ο Συνέδριο Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου	60
Κυροδήμος Τίμος, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ	
Φάρμακα κατά του ιλίγγου: συμπτωματική και αιτιολογική θεραπεία	61
Παπαδάκης Χαρίτων, Τσακίρακη Ελένη, Πρώιμος Ευκλείδης, Χειμώνα Θεογνωσία	
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	
Εμβοές – πρόδρομη μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπευτικό πρωτόκολλο	70
Κοτσαμπασάκης Δημήτριος, Πινιάρη Αναστασία, Δελιστάθη Θαλασσινή, Ιστίκογλου Χρήστος, Μαρουδιάς Νικόλαος	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ	
Νεκρωτική βλάβη βλεννογόνου υπερώας	74
Χειμώνα Θεογνωσία, Λαδιάς Αλέξανδρος, Τσακίρακη Ελένη, Παπαδογιάννη Μαρίνα, Χαρίτων Παπαδάκης	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	
Συνέντευξη με το Νίκο Μαρουδιά	75
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Χειμώνα Θεογνωσία	
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	
Τροποποιημένος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου σε μεταστατικό τεράτωμα από μη-σεμινωματώδη όγκο γεννητικών κυττάρων όρχεως	80
Φουντάκης Εμμανουήλ, Καρατζάνης Αλέξανδρος, Βελεγράκης Στυλιανός, Προκοπάκης Εμμανουήλ, Βελεγράκης Γεώργιος	
Χολοστεάτωμα με επέκταση στον έσω ακουστικό πόρο	83
Μιχαηλίδου Ευτέρπη, Νικολόπουλος Θωμάς	
Μυξώδες κυσταδένωμα παρωτίδας με χαρακτήρες κακοήθους νεοπλασίας στο υπερηχογράφημα	88
Elene Tsoures, Georgios Psychogios, Saskia Ting, Johannes Zenk	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΑΓΝΩΣΗ)	
Νεκρωτική βλάβη βλεννογόνου υπερώας-Διάγνωση	92
Χειμώνα Θεογνωσία, Λαδιάς Αλέξανδρος, Τσακίρακη Ελένη, Παπαδογιάννη Μαρίνα, Χαρίτων Παπαδάκης	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED	
Η ολιγομεταστατική κατάσταση ως προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε μεταστατικό HPV-θετικό καρκίνωμα στοματοφάρυγγα	94
William G. Albergotti, Shira Abberbock, Fasil Mathews BS, Robert L. Ferris, Jonas T. Johnson, Umamaheswar Duvvuri, Seungwon Kim	
Η φυσική εξέλιξη και τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης της βαρνηκότητας οφειλόμενης σε συγγενή ροίμωση από κυτταρομεγαλοϊό: Συστηματική ανασκόπηση	95
Kyle T. Fletcher, Erin M. Wolf Horrell, John Ayugi, Catherine Irungu, Maria Muthoka, Liza M. Creel, Cathy Lester, Matthew L. Bush	
Η χρήση της οξυμετρίας στον καθορισμό ανάγκης για αδενοτομή-αμυγδαλεκτομή στις διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο	96
Chariton E. Papadakis, Konstantinos Chaidas, Theognosia S. Chimona, Panagiota Asimakopoulou, Alexandros Ladias, Efklidis K. Proimos, Michael Miligkos, Athanasios G. Kaditis	

Contents

From the Editorial Desk	56
NEWS ROUND	
26th Penhellenic Congress of Otology-Audiology-Neurotology	57
Xenelis Ioannis, Kastanioudakis Ioannis	
24th Postgraduate Congress of Otolaryngology	58
Davalis Dimitrios, Chimona Theognosia	
3rd Congress of Head & Neck Cancer	60
Kyrodimos Timos, Kastanioudakis Ioannis	
REVIEW ARTICLE	
Drugs against vertigo: symptomatic and etiologic therapy	61
Papadakis Chariton, Tsakiraki Helen, Proimos Efklidis, Chimona Theognosia	
ORIGINAL ARTICLE	
Tinnitus-preliminary study of patients underwent a therapeutical protocol	70
Kotzampasakis Dimitrios, Piniara Anastasia, Delistathi Thalassini, Istikoglou Christos, Maroudias Nikolaos	
CLINICAL PHOTOGRAPH	
Necrotic lesion of palate mucosa	74
Theognosia Chimona, Alexandros Ladias, Helen Tsakiraki, Marina Papadogianni, Chariton Papadakis	
INTERVIEW	
Interview with Nikos Maroudias	75
Kastanioudakis Ioannis, Chimona Theognosia	
CASE REPORT	
Modified radical neck dissection for metastatic teratoma due to non-seminomatous germ cell tumor of the testis	80
Fountakis Emmanuel, Karatzanis Alexander, Velegarakis Stylianos, Prokopakis Emmanuel, Velegarakis Georgios	
Cholesteatoma with inner auditory canal extension	83
Michailidou Efterpi, Nikolopoulos Thomas	
Mucinous Cystadenoma of the Parotid Gland presenting as a malignant Lesion in Sonography	88
Elene Tsoures, Georgios Psychogios, Saskia Ting, Johannes Zenk	
CLINICAL PHOTOGRAPH (DIAGNOSIS)	
Necrotic lesion of palate mucosa-Diagnosis	92
Theognosia Chimona, Alexandros Ladias, Helen Tsakiraki, Marina Papadogianni, Chariton Papadakis	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Oligometastatic status as predictor of survival in metastatic human papillomavirus-positive oropharyngeal carcinoma	94
William G. Albergotti, Shira Abberbock, Fasil Mathews BS, Robert L. Ferris, Jonas T. Johnson, Umamaheswar Duvvuri, Seungwon Kim	
The Natural History and Rehabilitative Outcomes of Hearing Loss in Congenital Cytomegalovirus: A Systematic Review	95
Kyle T. Fletcher, Erin M. Wolf Horrell, John Ayugi, Catherine Irungu, Maria Muthoka, Liza M. Creel, Cathy Lester, Matthew L. Bush	
Use of Oximetry to Determine Need for Adenotonsillectomy for Sleep-Disordered Breathing	96
Chariton E. Papadakis, Konstantinos Chaidas, Theognosia S. Chimona, Panagiota Asimakopoulou, Alexandros Ladias, Efklidis K. Proimos, Michael Miligkos, Athanasios G. Kaditis	

Από την Σύνταξη

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Κρατάτε στα χέρια σας το δεύτερο διπλό τεύχος της «Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας» για το έτος 2018. Οι διαδικασίες επισπεύστηκαν ώστε με το ξεκίνημα της νέας χρονιάς η έκδοση του περιοδικού να λάβει τον κανονικό της ρυθμό, δηλαδή τέσσερα τεύχη ανά έτος. Ζητούμε επομένως την κατανόησή σας για τυχόν λάθη ή αστοχίες που μπορεί να παρατηρήσετε.

Σε αυτό το τεύχος, στην ενότητα «Επικαιρότητα», παρουσιάζονται στοιχεία από α) το 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτολογίας – Ακοολογίας – Νευρωτολογίας, που πραγματοποιήθηκε στην Καλαμάτα, στις 1-3 Ιουνίου 2018, β) το 24ο Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο της Πανελληνίας Ωτορινολαρυγγολογικής Εταιρείας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου, που έλαβε χώρα στο Λουτράκι, στις 12-14 Οκτωβρίου 2018 και γ) το 3ο Συνέδριο Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου της Ελληνικής Εταιρείας Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου που έγινε στην Αθήνα, στις 26-27 Οκτωβρίου 2018. Επίσης, εγκαινιάζεται μια νέα ενότητα, αυτή της «Κλινικής Φωτογραφίας», που πιστεύουμε ότι θα τύχει της δικής αποδοχής και θα χαρούμε να έχουμε ανάλογες δημοσιεύσεις από εσάς με ενδιαφέροντα ή/και σπάνια περιστατικά που συναντάτε στην κλινική σας πράξη. Παρακαλούμε θερμά τους συγγραφείς καθώς το review πραγματοποιείται μέχρι τώρα μόνο από τους διευθυντές σύνταξης, να ακολουθούν τις οδηγίες του περιοδικού για τη μορφοποίηση, τη βιβλιογραφία, τις εικόνες, την περίληψη (ελληνική και αγγλική), το σύντομο τίτλο, το χαρακτηρισμό των συγγραφέων και όπου χρειάζεται ηθική μέριμνα, δημοσιοποίηση οικονομικών πληροφοριών και σύγκρουσης συμφερόντων. Από το επόμενο τεύχος, μετά την επεξεργασία από τον εκδοτικό οίκο, θα σας αποστέλλεται σε αρχείο pdf η τελική μορφή της εργασίας, την οποία πρέπει να διαβάζετε προσεκτικά και να απαντήσετε για την ορθότητα της εντός 7 ημερών. Οι συγγραφείς φέρουν την ευθύνη για την ακρίβεια της δημοσιευμένης εργασίας.

Γίνεται προσπάθεια να τηρείται η χρονολογική σειρά υποβολής για τη δημοσίευση της κάθε εργασίας, αλλά ασφαλώς αυτό θα επηρεάζεται από το είδος των εργασιών που παραλαμβάνουμε, καθώς και από τις τυχόν διορθώσεις ή διευκρινήσεις που πρέπει να γίνουν πριν την τελική μορφή του κειμένου. Στόχος μας είναι να έχουμε σε κάθε τεύχος αντιπροσώπευση όλων των ειδών εργασιών: Ερευνητικές εργασίες (Original articles), Ανασκοπήσεις (Review articles), Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις (Case reports), How I Do It, Κλινικές φωτογραφίες (Clinical photographs) αλλά και Ιστορικά άρθρα (Historical articles) που αφορούν την ειδικότητά μας. Θα δημοσιεύονται συνεντεύξεις καταξιωμένων συναδέλφων μας οι οποίοι προσέφεραν σημαντικό ακαδημαϊκό και κλινικό έργο και βοήθησαν με τις ενέργειές τους στην εξέλιξη της ειδικότητάς μας. Ασφαλώς, θα συνεχίσουμε με τις ενότητες «Επικαιρότητα» και «Ανασκόπηση άρθρου από το PubMed», οπότε αν κάποιος συνάδελφος επιθυμεί να επιμεληθεί στο μέλλον κάποια από αυτές μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μας.

Τις εργασίες σας μπορείτε να τις αποστέλλετε στις διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου των διευθυντών σύνταξης: kastanioudakisi@gmail.com (Καστανιουδάκης Ιωάννης) και chimonath@yahoo.gr (Χειμώνας Θεογνώσιος). Επίσης, παρακαλούμε όσοι από τους συναδέλφους δε λαμβάνουν το περιοδικό να μας κάνουν γνωστά τα στοιχεία τους στα παραπάνω emails ώστε να τα προωθήσουμε στον εκδοτικό οίκο.

Τονίζουμε, για άλλη μία φορά, ότι το περιοδικό «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» δεν μπορεί να είναι βιώσιμο, παρά μόνο με τη δική σας συμβολή. Σε κάθε περίπτωση είμαστε στη διάθεσή σας και υποστηρίζουμε την προσπάθεια όλων.

Με τις καλύτερες ευχές μας για τις γιορτινές ημέρες που έρχονται και για μία δημιουργική νέα χρονιά.

Οι Διευθυντές Σύνταξης

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

Θεογνώσιος Χειμώνας
Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Ξενέλης Ιωάννης
(Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ)
Καστανιουδάκης Ιωάννης
(Καθηγητής ΩΡΛ,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων)

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτολογίας-Ακοολογίας-Νευρωτολογίας. Θέμα: Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα: διάγνωση-αντιμετώπιση.

Τόπος Συνεδρίου: Καθαμάτα, Ξενοδοχείο Elite.

Ημερομηνίες διεξαγωγής Συνεδρίου: 1-3 Ιουνίου 2018.

Γλώσσα Συνεδρίου: Ελληνική.



Εικ.1 Ο καθηγητής του ΑΠΘ Κωνσταντίνος Μάρκου απονέμει τιμητική διάκριση στον Ομότιμο Καθηγητή του ΑΠΘ Ανέστη Ψηφίδη, κατά τη διάρκεια του 26ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ωτολογίας-Ακοολογίας-Νευρωτολογίας.

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Η Πανελλήνια Εταιρεία Ωτολογίας Ακοολογίας και Νευρωτολογίας, στα πλαίσια της συνεχούς ενημέρωσης των ωτορινολαρυγγολόγων στις νέες εξελίξεις και διλήμματα οργάνωσε συνέδριο με θέμα: Νευροαισθητήρια Βαρηκοΐα: Διάγνωση και Αντιμετώπιση, στην Καθαμάτα, στις 1-3 Ιουνίου του 2018.

Οι στόχοι του συνεδρίου ήταν:

1. Η πληροφόρηση των βηματισμών της εκπαιδευτικής διαδικασίας στην Ακοολογία που ακολουθείται από χώρες της Ευρώπης (Keynote Lecture: Education in Audiology: The EFAS opinion, Speaker N. Dillier).
2. Ο καθορισμός διαγνωστικών και θεραπευτικών κριτηρίων παθήσεων του αισθητηριακού μηχανισμού της ακοής με διλημματικό παθοφυσιολογικό μηχανισμό (Στρογγύλη Τράπεζα: Ωτολογικά Διλήμματα: Πρόεδρος: Χ. Παπαδάκης, Συντονιστές: Ν. Μαρουδιάς, Κ. Χρηστίδης, Ομιλητές: Γ. Ψύλλης, Ε. Πάσσου, Σ. Καραμαγκιόλης, Δ. Λεφατζής).
3. Η κατανόηση των ενδείξεων και των αποτελεσμάτων βασικών ακοολογικών εξετάσεων στην διάγνωση της νευρο-αισθητήριας βαρηκοΐας (Στρογγύλη Τράπεζα: Νευρωτολογικός έλεγχος για τον γενικό ωτορινολαρυγγολόγο (Πρόεδρος: Γ. Κυριαφίνης, Συντονιστές: Σ. Κορρές, Δ. Μπαλατσούρας. Ομιλητές: Μ. Χαραλαμποπούλου, Ε. Παπαδέας, Β. Νικολαΐδης, Θ. Χειμώνα).
4. Η παρουσίαση ειδικών θεμάτων ιδιαίτερου ερευνητικού ενδιαφέροντος (Translational Science: Getting to grips the cochlear damage, Speaker: J. Attias, Regeneration on hair cells: Initial remarks of a European study, Speaker: D. Kikidis, Hidden hearing loss, Speaker: K. Vardonikolaki
5. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια: Εμβοές: Διάγνωση και Αντιμετώπιση. Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, Ομιλητής: Δ. Κικίδης, Χειρουργική Εκσκαφή Κροταφικού Οστού. Πρακτική Εξάσκηση.
6. Αντιμετώπιση της ιδιοπαθούς νευρο-αισθητήριας βαρηκοΐας: Hearing Loss: Management options and device selection. When and why. Ομιλητής: D. Jiang. Cochlear Implants. Concepts and results. Στρογγύλη Τράπεζα: Συντονιστής: Θ. Νικολόπουλος, Ομιλητές: D. Jiang, Κ. Μάρκου, Ν. Dillier.
7. Διεπιστημονική προσέγγιση της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας: Συντονιστής: Η. Παπαθανασίου, Ομιλητές: Γ. Παπαχαραλάμπους, Ν. Μαρκάτος, Β. Λαμπροπούλου. Το συνέδριο παρουσίασε μεγάλη οργανωτική επιτυχία και ο αριθμός των συμμετεχόντων υπερέβη τα 220 άτομα.

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου ο Καθηγητής του ΑΠΘ Κωνσταντίνος Μάρκου απένευσε τιμητική διάκριση, εκ μέρους της Πανελληνίας Εταιρείας Ωτολογίας- Ακοολογίας και Νευρωτολογίας, στον Ομότιμο Καθηγητή του ΑΠΘ Ανέστη Ψηφίδη, για τη συνολική ιδιαίτερα σημαντική προσφορά του στον τομέα Ωτολογίας-Ακοολογίας-Νευρωτολογίας της ειδικότητάς μας. (Εικ. 1).

Νταβίλης Δημήτριος
 Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
 Νοσοκομείο «Ελπίς» Αθηνών
Θεογνωσία Χειμώνα
 Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

24ο Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας.

Τόπος Σεμιναρίου: Λουτράκι, "Αλεξάνδρειο" Συνεδριακό Κέντρο
 Ημερομηνία διεξαγωγής: 12-14 Οκτωβρίου 2018

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με επιτυχία και μεγάλη προσέλευση συμμετεχόντων διεξήχθη το 24ο Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο της Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου στο "Αλεξάνδρειο" Συνεδριακό Κέντρο στο Λουτράκι Κορινθίας. Το συνέδριο οργανώθηκε υπό την αιγίδα της Περιφέρειας Πελοποννήσου, του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγ. Θεοδώρων και της Γενικής Γραμματείας Αθλητισμού του Υπουργείου Πολιτισμού & Αθλητισμού.

Στο συνέδριο πραγματοποιήθηκαν 18 Στρογγυλές Τράπεζες (Round Tables), 9 Διαλέξεις (Lectures) από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους συναδέλφους, 1 Πρακτικό Σεμινάριο (Workshop), 2 Δορυφορικές Διαλέξεις (Satellite Lectures) και 5 Κλινικά Φροντιστήρια (Clinical tutorials).

Στο συνέδριο διεξήχθη επίσης εργαστήριο σχετικά με την αλλεργική ρινίτιδα, το οποίο συμπληρώθηκε από πρακτική άσκηση στα δερματικά αλλεργικά tests και τη ρινομανομετρία. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν δύο εργαστήρια (Hands on Courses): α) Ωτοχειρουργικής και β) FESS, διάρκειας 8 και 9 ωρών αντίστοιχα από την εταιρεία Getremed με καταξιωμένους και έμπειρους εκπαιδευτές.

Το επιστημονικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε με την παρουσίαση 40 Ελεύθερων Ανακοινώσεων και 43 E-Posters από νεότερους κυρίως συναδέλφους.

Το Συνέδριο αξιολογήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 21 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης. Στο πλαίσιο των εργασιών του 24ου Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Ωτορινολαρυγγολογίας,



Ο πρόεδρος του συνεδρίου Δ. Νταβίλης, ο κ. Τατούλης και ο πρόεδρος της Ελληνικής ΩΡΛ εταιρείας Καθ. Ι. Μπιζάκης.



Η βράβευση για την προσφορά τους στην Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία των κ. Μαρουδιά και Παππά, του Καθηγητή κ. Γιώτακη, καθώς και η απονομή ευχαριστήριου δώρου στον κ. Τατούλη για τη σημαντική βοήθειά του στην πραγματοποίηση του συνεδρίου.



Από το εργαστήριο FESS.



Από το εργαστήριο ωτοχειρουργικής.



Ο προσκεκλημένος ομιλητής κ. D. Owens.



Ο προσκεκλημένος ομιλητής κ. M. Rautianen.



Ο ομότιμος Καθηγητής
Ωτορινολαρυγγολογίας κ. Χελιδόνης
στην ομιλία της εναρκτήριας τελετής
του συνεδρίου.

η Ελληνική Εταιρεία ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ροχχοπαθειών και η Πανελλήνια Ωτορινολαρυγγολογική Εταιρεία Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου σε συνεργασία με την Περιφέρεια Πελοποννήσου και το Δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγ. Θεοδώρων διοργάνωσαν στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου (12 και 13 Οκτωβρίου 2018) εκδηλώσεις ενημέρωσης του κοινού για την αλλεργική ρινίτιδα, τις μεθόδους διάγνωσης και τη σύγχρονη θεραπεία. Κατά τη διάρκεια των εκδηλώσεων, οι πολίτες που παραβρέθηκαν είχαν την ευκαιρία εφόσον το επιθυμούσαν να εξεταστούν από έμπειρους συναδέλφους και να λάβουν θεραπευτικές οδηγίες σχετικά με την αλλεργική ρινίτιδα.

Αξιοσημείωτα στοιχεία του συνεδρίου ήταν οι καλώς δομημένες στρογγυλές τράπεζες που κάλυπταν μεγάλο φάσμα της τρέχουσας Ωτορινολαρυγγολογίας, οι ενδιαφέρουσες διαλέξεις, η ενεργός συμμετοχή των συνέδρων στο τέλος των ομιλιών με ερωτήσεις, σχόλια και τοποθετήσεις. Επίσης ενθαρρυντικό ήταν το γεγονός ότι οι Ελεύθερες Ανακοινώσεις και τα E-Posters ήταν υψηλού επιστημονικού επιπέδου, αλλά και η παρουσίασή τους από τους νέους συναδέλφους ήταν άξια συχαρητηρίων.

Αξίζει επίσης να τονιστεί η άψογη φιλοξενία σε τοπικό επίπεδο και το προσεγμένο “Αλέξανδρειο” Συνεδριακό Κέντρο, στους κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους του οποίου οι συμμετέχουσες εταιρείες με τα περίπτερά τους επικοινωνήσαν τις φαρμακευτικές και τεχνολογικές εξελίξεις στους συνέδρους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο πρόεδρος (Δημήτριος Νταβίλης) και τα μέλη της οργανωτικής επιτροπής (Όλγα Κεσίδου, Αριστείδης Χρυσοβέργης και Χαρίτων Παπαδάκης), ευχαριστούν θερμά για τη συμβολή τους στην επιτυχή διοργάνωση του συνεδρίου, την Περιφέρεια Πελοποννήσου και ιδιαίτερα τον περιφερειάρχη κ. Π. Τατούλη καθώς και τη Γενική Γραμματεία Αθλητισμού.

Θερμές ευχαριστίες επίσης στην εταιρεία GETREMED LTD medical supplies που με τη βοήθειά της έγιναν εφικτά τα Hands on Courses, καθώς και στις εταιρείες: BIANEΞ Α.Ε., bioAcess pharmaceuticals, ΓΑΛΙΩΤΟΣ earcare, ELPEN, KITE HELLAS LTD, MEDICAL EXPERTS, MENARINI Hellas, Mylan, PharmaQ for health και ΣΤΑΜΟΥ ακουστικά βαρνηκοΐας.

Τέλος, η οργανωτική επιτροπή ευχαριστεί τη διοργανώτρια εταιρεία FREI, την επικεφαλής κ. Γκαργκάσουλα και τους λοιπούς εργαζομένους, καθώς με τον επαγγελματισμό και την εμπειρία τους συνέβαλαν στην επιτυχημένη διεξαγωγή του συνεδρίου. (Εικ.3)

Κυροδήμος Τίμος
(Αναπληρωτής Καθηγητής ΩΡΛ,
Πανεπιστήμιο Αθηνών - ΕΚΠΑ,
Πρόεδρος του Συνεδρίου)
Καστανιουδάκης Ιωάννης
(Καθηγητής ΩΡΛ,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων)

Ελληνική Οτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

3ο Συνέδριο Καρκίνου Κεφαλής & Τραχήλου Ελληνική Εταιρεία Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου.

Τόπος διεξαγωγής: Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Acropolis.

Ημερομηνίες διεξαγωγής Συνεδρίου: 26-27 Οκτωβρίου 2018.

Γλώσσα: Ελληνική.



Εικ.1 Συνεδριοί. Διακρίνονται εξ αριστερών προς τα δεξιά: Πρώτη σειρά οι: Νικολάτου Γαλίτη, Τίμος Κυροδήμος (Πρόεδρος του Συνεδρίου), Στέφανος Τριαρίδης και Ιωάννης Καστανιουδάκης. Δεύτερη σειρά οι: Αριστείδης Χρυσοβέργης, Βασίλης Παπανικολάου, Ιωάννης Σέγγας και Ιωάννης Χατζηγιάννου.

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με μεγάλη ικανοποίηση και σημαντική συμμετοχή 236 συνέδρων πραγματοποιήθηκε για τρίτη χρονιά το Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου, στο ξενοδοχείο Divani Acropolis στις 26 - 27 Οκτωβρίου 2018. Στόχος της διοργάνωσης και διαρκής επιδίωξη της εταιρείας Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου είναι η καθιέρωση της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση του Καρκίνου Κεφαλής και Τραχήλου και η συνεργασία των ειδικοτήτων που εμπλέκονται καθημερινά στην διαχείριση των ασθενών αυτών με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Οι διαδραστικές συζητήσεις που συγκέντρωσαν στις προηγούμενες συναντήσεις μας το ενδιαφέρον και αποτέλεσαν διαγνωστική πρόκληση, ενισχύθηκαν και φέτος σε αριθμό περιστατικών και ειδικών σχολιαστών όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων. Αποτέλεσε ιδιαίτερη τιμή για εμάς η συμμετοχή ειδικών από το σύνολο των ΩΡΛ Πανεπιστημιακών κλινικών της χώρας, της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, κλινικών του ΕΣΥ και πολλών ειδικών από την ακτινοθεραπεία και την κλινική ογκολογία με διεθνές κύρος που ανέδειξαν την αξία της πολυπαραγοντικής προσέγγισης των ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (Εικ. 1). Σε αυτά τα πλαίσια της διεπιστημονικής συνεργασίας συζητήθηκαν επιπλοκές θεραπειών, νέες τεχνικές, νέα πρωτόκολλα, καθώς και τα σημαντικά επιτεύγματα του 2018 στην χειρουργική, την ακτινοθεραπεία και την κλινική ογκολογία.

Ψεχωρίζουμε την προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο στοματοφάρυγγα, θετικούς για τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου, τα πρωτόκολλα λιγότερο εντατικής ακτινοβολήσης αυτών των ασθενών όπως αναπτύχθηκαν από την κ. Α. Ψυρρή, τον κ. Μ. Καραμούζη και τον κ. Μ. Ozsahin. Επίσης τη νέα χειρουργική κατεύθυνση που δίδει η ρομποτική χειρουργική στην αντιμετώπιση των νεοπλασιών από τον Καθηγητή C. Simon, ο οποίος έδωσε το νέο πρίσμα της ενσωμάτωσης των κλινικών μελετών στην χειρουργική αντιμετώπιση με την χρήση των ρομπότ. Ο εντονότερος ρόλος της ανοσοθεραπείας καλύφθηκε με την καθηλωτική ομιλία του Κ. Harrington η οποία μέσα από την παράθεση των σημερινών κλινικών μελετών επεσήμανε την νέα θεραπευτική διέξοδο που έχουν οι ασθενείς προχωρημένου σταδίου. Επίσης η ενσωμάτωση της νέας εμπειρίας με την χρήση της ανοσοθεραπείας σε ασθενείς με παραμονή νόσου και μεταστατικές μορφές καρκίνου, περιεγράφηκε εξαιρετικά από τον κ. Μ. Merlano. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στους ασθενείς προχωρημένου σταδίου μέσα από την ενότητα των παρεμβάσεων διάσωσης με σημαντικές ομιλίες, τόσο για την τωρινή θεραπευτική προσέγγιση όσο και για το τι επιφυλάσσει το κοντινό μέλλον, όπως για παράδειγμα μέσα από την χρήση νανοσωματιδίων όπως περιέγραψε ο κ. Β. Κουλουλίας. Σημαντικές είναι και οι νέες ενότητες που αναπτύχθηκαν εξαιρετικά όπως η αντιμετώπιση σπάνιων όγκων, με επικέντρωση στην θεραπευτική προσέγγιση των σαρκωμάτων από τους κ. Χ. Περισανίδη και τον κ. Ε. Γιωτάκη.

Η αντιμετώπιση των επιπλοκών των θεραπειών και του πολυσύνθετου ρόλου τους αναλύθηκε μέσα από την επιστημονική αλληλα και ανθρώπινη ματιά της καθ. Ο. Νικολάτου-Γαλίτη, του κ. Μ. Τριχά και της κ. Ι. Αρτοπούλου. Η εμπειρία στην μικροαγγειακή χειρουργική μαζί με εξαιρετικές ομιλίες – παρεμβάσεις χειρουργικών προσεγγίσεων των καθηγητών, Γ. Βελεγράκη, Β. Δανιηλίδη, Ι. Καστανιουδάκη, Κ. Μάρκου, Π. Μαργκουδάκη, Σ. Τριαρίδη, Ι. Χατζηγιάννου, σε ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα, των σιελογόνων αδένων αλληλα και όγκους της ρινός των παραρρινίων και της βάσης του κρανίου. Ψεχωριστή ήταν και η συμβολή του κ. Χ. Χριστοδούλου τόσο στην εξαιρετική ομιλία του για τον ρόλο της ακτινοθεραπείας όσο και στην συμμετοχή – σχολιασμό στα MDTs (multi-disciplinary tumor board meetings) μαζί με την κ. Α. Ζυγογιάννη και τον κ. Π. Τσάκερη. Μέσω της παρουσίασης ιδιαιτέρων και περιστατικών ασθενών με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, από ειδικευόμενους ιατρούς των δυο πανεπιστημιακών κλινικών ΩΡΛ της Αθήνας και του Ερυθρού Σταυρού στα MDTs (multi-disciplinary tumor board meetings), παράχθηκε ένας εποικοδομητικός και διδακτικός διάλογος μεταξύ εξεχόντων χειρουργών, ακτινοθεραπευτών και ογκολόγων. Τέλος, η ευαισθησία και η αγνίες της εταιρείας για την εκπαίδευση των νέων γιατρών ώθησε την Πρόεδρο καθ. Α. Ψυρρή στην ανακοίνωση πρόσκλησης ενδιαφέροντος για χορήγηση υποτροφίας για μετεκπαίδευση σε χώρα του εξωτερικού και για χορηγία υποτροφίας με αντικείμενο τον Καρκίνο Κεφαλής και Τραχήλου.

Φάρμακα κατά του ιλίγγου: συμπτωματική και αιτιολογική θεραπεία.

Drugs against vertigo: symptomatic and etiologic therapy.

**Παπαδάκης Χαρίτων
Τσακίρακη Ελένη
Πρώμος Ευκλείδης
Χειμώνα Θεογνώσια**

ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Θεογνώσια Χειμώνα, MD, PhD

Ωτορινολαρυγγολόγος Χειρουργός Κεφαλής
και Τραχήλου

Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ

ΩΡΛ Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Αγ. Μαρinas 63, 73300 Χανιά

email: chimonath@yahoo.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Papadakis Chariton

Tsakiraki Helen

Proimos Efkliidis

Chimona Theognosia

Department of Chania General Hospital.

Corresponding Author:

Theognosia Chimona MD, PhD

Department of Otolaryngology, Head &

Neck Surgery

Chania General Hospital

Ag. Marinas, 63 Chania

email: chimonath@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,

Volume 39 - Issue 3-4, 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η θεραπεία του ιλίγγου περιλαμβάνει την αιθουσαία αποκατάσταση, τη φαρμακολογική θεραπεία, και σπάνια τη χειρουργική θεραπεία. Τα περισσότερα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα στη θεραπεία των αιθουσαίων διαταραχών, έχουν εδραιωθεί στην κλινική πρακτική πριν από την εποχή της σύγχρονης νευροχημείας, που έδωσε πληροφορίες για τους νευροδιαβιβαστές του αιθουσαίου συστήματος. Στην παρούσα ανασκόπηση θα παρουσιαστούν τα δεδομένα για τους αιθουσαίους νευροδιαβιβαστές και θα αναφερθούν οι κύριες φαρμακολογικές κατηγορίες που χρησιμοποιούνται στις διαταραχές του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος, με έμφαση στις ανεπιθυμητες ενέργειές τους και τις παρενέργειές τους. Τέλος, θα παρουσιαστούν τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ανά κύριο νόσημα ως συμπτωματική ή αιτιολογική θεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: ίλιγγος, αιθουσαία νευρωνίτιδα, νόσος Meniere, ημικρανικός ίλιγγος, σύνδρομο Ramsay-Hunt, κατασταλτικά φάρμακα, φαρμακευτική θεραπεία

Σύντομος τίτλος: Φαρμακευτική αγωγή ιλίγγου.

ABSTRACT

Treatment of vertigo includes vestibular rehabilitation, pharmacological treatment, and rarely surgical treatment. Most of the drugs currently used in the treatment of vestibular disorders have been established in clinical practice prior to the modern neurochemistry era that gave information on vestibular neurotransmitters. This review will present data on vestibular neurotransmitters and will mention the main pharmacological categories used in peripheral vestibular disorders with emphasis on their adverse effects and side effects. Finally, the medications used per main disease will be presented as symptomatic or causative treatment.

Key words: vertigo, vestibular neuritis, Meniere disease, migraine vertigo, Ramsay-Hunt syndrome, sedatives, medical treatment.

Running title: Medical treatment of vertigo

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ίλιγγος αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία των ωτορινολαρυγγικών και νευρολογικών κλινικών. Τα περισσότερα περιστατικά αφορούν παθήσεις του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος. Η κλινική εικόνα μπορεί να είναι ιδιαίτερα θορυβώδης και τότε ο ασθενής αναζητά άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων του. Η θεραπεία του ιλίγγου περιλαμβάνει την αιθουσαία αποκατάσταση, τη φαρμακολογική θεραπεία, την επικουρική θεραπεία συμπεριφοράς και σπανιότατα πλέον στις μέρες μας τη χειρουργική θεραπεία.

Ο στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η καταστολή των συμπτωμάτων του ασθενούς στην οξεία φάση και η μακροπρόθεσμη αποτροπή εμφάνισης νέου επεισοδίου.

Αν και υπάρχει ένα μεγάλο φαρμακολογικό οπλοστάσιο για τη θεραπεία των αιθουσαίων διαταραχών, η πολυπλοκότητα αυτού του συστήματος και των προσαρμοστικών διεργασιών του ΚΝΣ, προκαλούν ποικίλη εξέλιξη της αιθουσαίας συμπτωματολογίας. Έτσι, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των κοινώς χρησιμοποιούμενων φαρμάκων στη θεραπεία των αιθου-

σαίων διαταραχών. Η κριτική ανάλυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι υπάρχει σημαντική έλλειψη πληροφοριών που καθορίζουν την πραγματική χρησιμότητα των διαφόρων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία των βλαβών του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος, μια και είναι λίγες οι ελεγχόμενες με placebo κλινικές μελέτες, ειδικά στην οξεία φάση των ιλιγγικών επεισοδίων.

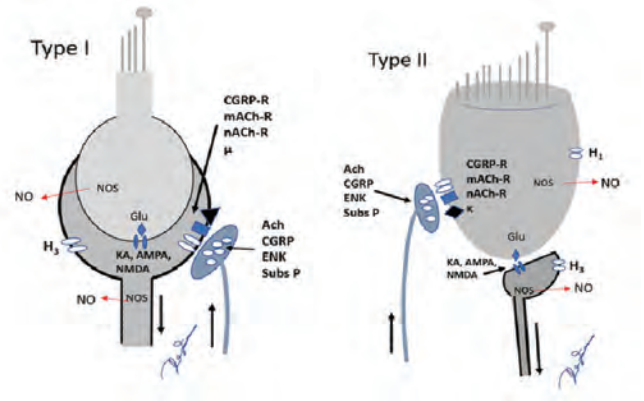
Τα περισσότερα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα στη θεραπεία των αιθουσαίων διαταραχών έχουν εδραιωθεί στην κλινική πρακτική πριν από την εποχή της σύγχρονης νευροχημείας που έδωσε πληροφορίες για τους νευροδιαβιβαστές του αιθουσαίου συστήματος. Η πρόοδος στην αιθουσαία φαρμακολογία επηρεάζεται αρνητικά λόγω: α) των παρενεργειών από το ΚΝΣ των ανταγωνιστών των αιθουσαίων νευροδιαβιβαστών όπως π.χ. το γλυταμινικό, β) της δυσκολίας να καθοριστεί ποια ειδική ιδιότητα ενός φαρμάκου είναι υπεύθυνη για την αντι-ιλιγγική δράση του, γ) της έλλειψης απόλυτου δείκτη αντιρρόπησης στο σχεδιασμό πειραματικών μοντέλων, δ) της πιθανότητας η δράση ενός φαρμάκου να σχετίζεται με το είδος στο οποίο χρησιμοποιείται και ε) της έλλειψης μελετών που αξιολογούν τη θεραπεία στην οξεία αιθουσαία κρίση, λόγω της φύσης των συμπτωμάτων που απαιτούν άμεση θεραπεία, αλλά και λόγω της μικρής διάρκειας αυτών.

Τα φάρμακα κατά του ιλίγγου χρησιμοποιούνται ως: α) συμπτωματική θεραπεία της οξείας αιθουσαίας διαταραχής, β) αιτιολογική θεραπεία της οξείας αιθουσαίας διαταραχής, και γ) θεραπεία ειδικών καταστάσεων που προκαλούν συμπτώματα από το αιθουσαίο σύστημα. Η θεραπεία μπορεί να είναι τεκμηριωμένη, όπως για παράδειγμα στη νόσο Ménière, στην ημικρανία ή την επιληψία. Ορισμένες φορές επιβάλλεται στην κλινική πράξη να γίνει θεραπεία υποκείμενης ή συνυπάρχουσας παθολογικής ή νευρολογικής διαταραχής ή συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν μετά την αιθουσαία διαταραχή και σαν αποτέλεσμα αυτής (π.χ. κατάθλιψη). Ο τρόπος χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται από το είδος της αιθουσαίας διαταραχής, τη συμπτωματολογία του ασθενούς και το είδος του επιλεγμένου σκευάσματος.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΕΥΡΟΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΑΙΘΟΥΣΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Όσον αφορά τα αιθουσαία περιφερικά τελικά όργανα, τα φάρμακα που δρουν στην αιθουσαία συσκευή έχουν διαφορετικούς κυτταρικούς στόχους. Αυτοί οι στόχοι σχετίζονται με την ομοίωση υγρών και ηλεκτρολυτών στο έσω ους, τη ρύθμιση της κυκλοφορίας του αίματος καθώς και την κυτταρική ομοιοστάση και επιβίωση. Στους αιθουσαίους πυρήνες στο ΚΝΣ, η δράση των φαρμάκων είναι πιο δύσκολο να καθοριστεί λόγω της πολυπλοκότητας των νευρικών συστημάτων που σχετίζονται με την επεξεργασία της αιθουσαίας πληροφορίας.

Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις κύριοι νευροδιαβιβαστές του αιθουσαίου συστήματος που εμπλέκονται στο "τόξο των τριών νευρώνων" ανάμεσα στα αιθουσαία τριχωτά κύτταρα και τους οφθαλμοκινητικούς πυρήνες και το οποίο αποτελεί το αιθουσαίο-οφθαλμικό αντανάκλαστικό (Εικ. 1 και 2). Επιπλέον, υπάρχουν και



Εικ. 1. Σχηματική απεικόνιση των νευροδιαβιβαστών στις συναπτικές σχέσεις των τριχωτών κυττάρων τύπου I και II.

Στις προσαγωγές συνάψεις το γλυταμινικό (Glu) είναι ο κύριος νευροδιαβιβαστής. Στο μετασυναπτικό κύτταρο αντιδρά με υποτύπους υποδοχέων διεγερτικών αμινοξέων όπως το N-methyl-D-aspartic acid (NMDA), το α-amino-3-hydroxyl-5-methyl-4-isoxazole-propionic acid (AMPA), kainic acid (KA) κλπ. Οι απαγωγείς νευρώνες είναι κυρίως χολινεργικοί.

Η ακετυλοχολίνη (ACh) που απελευθερώνεται από τους προσαγωγούς νευρώνες αλληλεπιδρά με μουσκαρινικούς (mACh) και νικοτινικούς (nACh) υποδοχείς. Οι απαγωγείς νευρώνες απελευθερώνουν calcitonin gene related peptide (CGRP), substance-P και εγκεφαλίνες, τα οποία επιδρούν σε ειδικούς υποδοχείς (για τις εγκεφαλίνες, κ—οριοειδ υποδοχείς στα τριχωτά κύτταρα και μ—οριοειδ υποδοχείς στους προσαγωγούς νευρώνες).

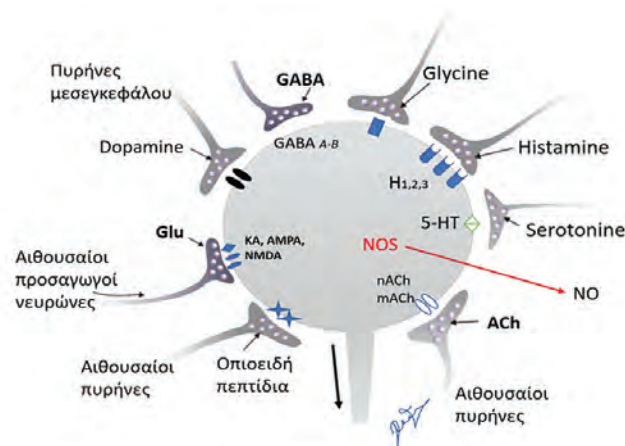
Οι απαγωγείς νευρώνες επιπλέον εκφράζουν συνθετάση του οξειδίου του αζώτου (NOS) και παράγουν οξείδιο του αζώτου (NO).

Τα τριχωτά κύτταρα έχουν H1 υποδοχείς ισταμίνης ενώ οι προσαγωγοί νευρώνες H3 υποδοχείς ισταμίνης.

άλλοι νευροδιαβιβαστές που παίζουν κυρίως ρυθμιστικό ρόλο.¹

1. Το γλυταμινικό είναι ο κύριος διεγερτικός νευροδιαβιβαστής στις προσαγωγές αιθουσαίες οδούς καθώς και στους νευρώνες των αιθουσαίων πυρήνων (όπου μπορεί επίσης να απελευθερώνουν ασπαρτικό). Το γλυταμινικό αλληλεπιδρά με διάφορους υποτύπους υποδοχέων συμπεριλαμβανομένων των N-methyl-D-aspartic acid (NMDA), α-amino-3-hydroxyl-5-methyl-4-isoxazole-propionic acid (AMPA), kainic acid (KA). Οι υποδοχείς NMDA καθορίζουν την βασική εκπόλωση και την τονική απάντηση. Σύμφωνα με τον Soto et al, τα τριχωτά κύτταρα και οι απαγωγοί νευρώνες απελευθερώνουν πλήθος άλλων νευροδραστικών ουσιών όπως CGRP, ουσία-P, οποιεσδήποτε πεπτίδια, ενδοκαναβινοειδή, GABA, ATP, οξείδιο του αζώτου, αδενωσίνη και ισταμίνη.¹

2. Η ακετυλοχολίνη (ACh) είναι περιφερικός και κεντρικός αγωγιστής των μουσκαρινικών υποδοχέων, συμπεριλαμβανομένων των αιθουσαίων πυρήνων και των απαγωγών συνάψεων. Υποδοχείς που βρίσκονται στη γέφυρα και τον προμήκη, κυρίως αυτοί που σχετίζονται με τη ζάλη είναι σχεδόν αποκλειστικά M2 υποτύπου. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν και νικοτινικοί υποδοχείς καθώς και M1 και M5.¹

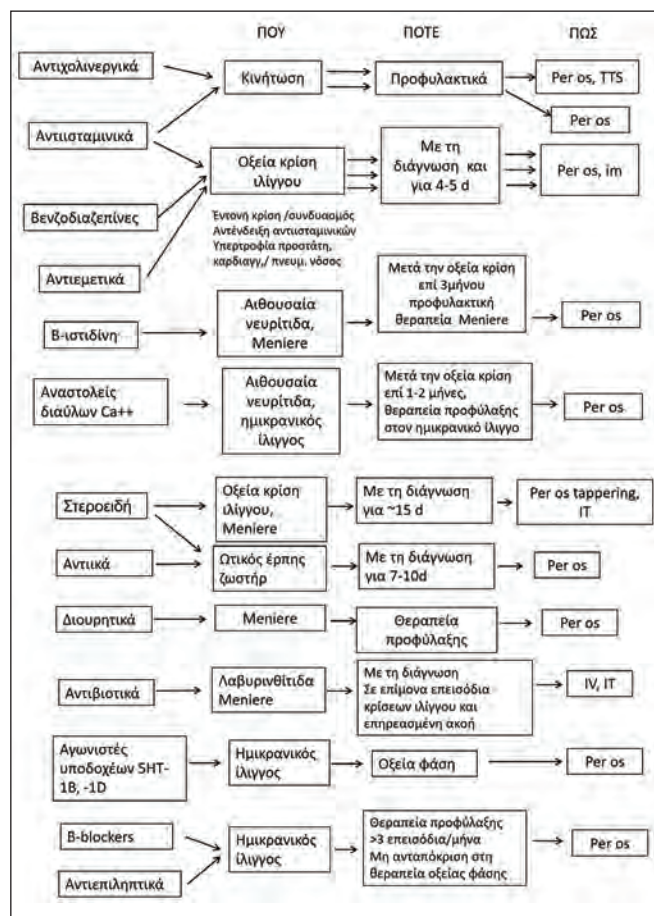


Εικ. 2. Σχηματική απεικόνιση των νευροδιαβιβαστών στις συναπτικές σχέσεις των αιθουσαίων πυρήνων.

Η κύρια συναπτική πληροφορία στους αιθουσαίους πυρήνες είναι από τους πρωταρχικούς προσαγωγούς νευρώνες, και μεταφέρεται από το γλουταμινικό το οποίο αλληλεπιδρά με υποδοχείς NMDA, AMPA/KA.

Οι αιθουσαίοι πυρήνες επίσης δέχονται συνάψεις γλουταμινικού που προέρχονται από νευρώνες του νωτιαίου μυελού. Ίνες που ελευθερώνουν GABA προέρχονται κυρίως από την παρεγκεφαλίδα και τον ετερόπλευρο αιθουσαίο πυρήνα ενεργοποιούν τους GABA-A και GABA-B υποδοχείς.

Ισταμινεργικές ίνες προερχόμενες από τον βολβοειδή πυρήνα (πυρήνας που βρίσκεται στο οπίσθιο 1/3 του υποθαλάμου) δρουν στους H1, H2 και H3 υποδοχείς. Σεροτονινεργικές ίνες προερχόμενες από τον πυρήνα της ραφής (πυρήνας που εδράζεται στο εγκεφαλικό στέλεχος), ενεργοποιούν τους 5-HT1 και 5-HT2 υποδοχείς. Η "έξοδος" των αιθουσαίων πυρήνων είναι κυρίως γλουταμινεργική και χολινεργική, αλλά έχουν βρεθεί επίσης GABAεργική και γλυσινεργική. Τέλος οι αιθουσαίοι πυρήνες εκφράζουν NOS και ίσως παράγουν NO ως κυτταρικό διαμεσολαβητή.



Εικ. 3. Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε ιλιγγιακό σύνδρομο, η χρήση τους, η διάρκεια και η οδός χορήγησης τους.

3. Τα κανάλια ασβεστίου δεν είναι νευροδιαβιβαστές αλλά μέσω αυτών ενεργοποιείται η απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών. Οι υποτύποι L, N και T αναφέρονται ως δραστηριοί στο αιθουσαίο σύστημα. Στο ΚΝΣ, ο N ή ο P/Q τύπος λαμβάνουν μέρος στην απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών. Επειδή τα κανάλια ασβεστίου βρίσκονται παντού, μπορεί να επηρεάζουν και την "έξοδο" και την "έξοδο" νευρικών ώσεων στο αιθουσαίο σύστημα.¹

4. Το GABA και η γλυκίνη είναι ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές που βρίσκονται στις συνδέσεις του 2ου αιθουσαίου νευρώνα καθώς και στους οφθαλμοκινητικούς νευρώνες.² Ο ερεθισμός των δύο τύπων GABA υποδοχών, GABA-A και GABA-B, έχει παρόμοια αποτελέσματα στις αιθουσαίες οδούς, αλλά ειδικοί GABA-B αγωνιστές όπως η baclofen, μειώνει τη διάρκεια των αιθουσαίων απαντήσεων σε μοντέλα πειραματόζων.³

Ο τρόπος με τον οποίο διάφοροι άλλοι νευροδιαβιβαστές επιδρούν στις αιθουσαίες απαντήσεις είναι λιγότερο καλά κατανοητός. Η ισταμίνη (H1-H3) βρίσκεται διάχυτα στις κεντρικές αιθουσαίες δομές και τα αντιισταμινικά που δρουν κεντρικά ρυθμίζουν τα συμπτώματα της ναυτίας.⁴ Και οι 2 υποτύποι H1 και H2 των υποδοχών ισταμίνης επιδρούν στις αιθουσαίες απαντήσεις. Ο H3

είναι ένας αυτό-υποδοχέας και έτσι επηρεάζει τον H1 και H2. Ο H4 υποδοχέας επηρεάζει πρωταρχικά τους αιθουσαίους νευρώνες.⁵ Η νορεπινεφρίνη σχετίζεται κεντρικά με τη ρύθμιση της έντασης των αντιδράσεων στον αιθουσαίο ερεθισμό και επιπλέον επηρεάζει την αντιρρόπηση. Η ντοπαμίνη επηρεάζει την αιθουσαία αντιρρόπηση και η σεροτονίνη σχετίζεται με τη ναυτία. Το οξύτιδο του αζώτου παράγεται από τους αιθουσαίους πυρήνες και μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην αντιρρόπηση.¹ Οι υποδοχείς σεροτονίνης βρίσκονται επίσης στο αιθουσαίο νεύρο και στον αιθουσαίο πυρήνα, αλλά η λειτουργική τους σημασία δεν έχει καθοριστεί.⁶ Η διακοπή των σεροτονινικών φαρμάκων, όπως τα αντικαταθλιπτικά SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors), συνήθως συσχετίζεται με ίλιγγο και η μείωση της σεροτονίνης μπορεί να προκαλέσει ζάλη.¹ Πιθανολογείται ότι αυτό οφείλεται στην απώλεια αναστολής του γλουταμινικού-με άλλα λόγια, αυξημένες αιθουσαίες διεγέρσεις καθώς το γλουταμινικό έχει διεγερτική δράση.⁷ Υπάρχουν κάποιες αμφιλεγόμενες πληροφορίες που υποδηλώνουν ότι οι αγωνιστές σεροτονίνης όπως χρησιμοποιούνται για την ημικρανία μπορούν να αποτρέψουν την ναυτία. Οι υποδοχείς κανναβινοειδών υπάρχουν στο κεντρικό αιθουσαίο

Πίνακας 1. Κατασταλτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση του ιλίγγου.

Φαρμακευτική ουσία	Συνήθης αρχική δόση	Δοσολογία και συχνότητα χορήγησης	Αντιεμετική δράση	Συνήθεις προφυλάξεις	Συνήθεις παρενέργειες
Διμενυδρινάτη (dimenhydrinate)	50 mg IM, IV ή από του στόματος	25-100 mg κάθε 4-8 ώρες	μέτρια	Άσθμα, γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη	Ξηροστομία, υπνηλία
Προμεθαζίνη (promethazine)	25 mg IM, IV, από του στόματος ή υπόθετα	12.5-50 mg κάθε 4-8 ώρες	μέτρια	Άσθμα, γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη	Ξηροστομία, υπνηλία
Μεκλιζίνη (meclizine)	25 mg από του στόματος	12.5-50 mg κάθε 4-8 ώρες	ήπια	Άσθμα, γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη	Ξηροστομία, υπνηλία
Σκοπολαμίνη (scopolamine)	0.2 mg IM ή από του στόματος ή και διαδερμικό patch	0.1-0.4 mg κάθε 4-6 ώρες. Το patch 1.5 mg ανά 3ήμερο	μέτρια	Άσθμα, γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη	Ξηροστομία, θάμβος οράσεως, απώλεια μνήμης, σύγχυση σε ηλικιωμένους
Δροπεριδόλη (droperidol)	2.5 mg IM ή IV	2.5-10 mg κάθε 3-4 ώρες	ισχυρή	Ηπατική ή νεφρική νόσος	Υπνηλία, εξωπυραμидικές εκδηλώσεις
Προχλωροπεραζίνη (prochlorperazine)	10 mg IM, IV, από του στόματος ή υπόθετα	5-20 mg κάθε 4-12 ώρες	ισχυρή	Ηπατική ή νεφρική νόσος	Υπνηλία, εξωπυραμидικές εκδηλώσεις
Διαζεπάμ (diazepam)	5 mg IM, IV, ή από του στόματος	2-20 mg κάθε 4-8 ώρες	ήπια	Γαύκωμα, αθροιστική με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ	Υπνηλία
Λοραζεπάμ (lorazepam)	1 mg IM, IV, ή από του στόματος	0.5-2 mg κάθε 4-8 ώρες	ήπια	Γαύκωμα, αθροιστική με άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ	Υπνηλία

κύκλωμα, αλλά η δράση τους είναι επί του παρόντος ασαφής.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στον ιλίγγο (Εικ. 3)

A. Αντιμετώπιση οξείας κρίσης ιλίγγου

Η θεραπεία της οξείας κρίσης ιλίγγου, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, περιλαμβάνει κυρίως τα κατασταλτικά φάρμακα. Ο όρος “κατασταλτικά της αίσθησης” χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει φάρμακα που μειώνουν τον νυσταγμό ο οποίος προκαλείται από μια αιθουσαία βλάβη ή που μειώνουν την ναυτία κίνησης. Τρεις είναι οι κύριες κατηγορίες κατασταλτικών: 1) τα αντιχολινεργικά, 2) τα αντισταμινικά και 3) οι βενζοδιαζεπίνες.

1) Αντιχολινεργικά

Επιδρούν στους μουσκαρινικούς υποδοχείς με κύριο εκπρόσωπο την σκοπολαμίνη. Αυξάνουν την αντοχή στη κίνηση. Τα αντιχολινεργικά επιδρούν και στην αντιρρόπηση, προκαλώντας αναστρέψιμη υπεραντιρρόπηση αν χορηγηθούν μετά την αντιρρόπηση του ΚΝΣ σε μια αιθουσαία διαταραχή. Φάρμακα με κεντρικές αντιχολινεργικές ιδιότητες είναι κυρίως σημαντικά στη θεραπεία του

ιλίγγου, μια και τα αντιχολινεργικά που δεν περνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό δεν είναι δραστικά εναντίον της κινήτωσης.⁴ Σε αντίθεση με τα αντισταμινικά, τα αντιχολινεργικά είναι μη δραστικά αν χορηγηθούν αφού τα συμπτώματα του ασθενή έχουν εγκατασταθεί. Όλα τα αντιχολινεργικά που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του ιλίγγου έχουν ως κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες ξηροστομία, μυδρίαση και καταστολή. Επιπλέον, η χρήση σκοπολαμίνης μπορεί να εμφανίσει εθισμό.

2) Αντισταμινικά

Ενώ ο ακριβής ρόλος των αντισταμινικών στην κεντρική επεξεργασία των αιθουσαίων ερεθισμών/η πληροφοριών δεν είναι ξεκάθαρος, υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι τα αντισταμινικά που δρουν κεντρικά προφυλάσσουν από την κινήτωση και ελαττώνουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ακόμα και αν ληφθούν και μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.⁴ Όλα τα αντισταμινικά που χρησιμοποιούνται γενικά για τον έλεγχο του ιλίγγου έχουν και αντιχολινεργική δράση. Υπάρχουν αποδείξεις ότι επενεργούν

σε διαφόρους τύπους υποδοχέων ισταμίνης. Ο Serafin και συν. αναφέρουν ότι η ισταμίνη αυξάνει την πυροδότηση στα κύτταρα του έσω αιθουσαίου πυρήνα (MVN) μέσω H2 υποδοχέων.⁸ Οι αγωνιστές του H3 υποδοχέα φαίνεται να προκαλούν το ίδιο αποτέλεσμα με το μπλοκάρισμα των H2 υποδοχέων. Τα περισσότερα αντιισταμινικά επίσης αναστέλλουν τα κανάλια ασβεστίου.⁹

3) Βενζοδιαζεπίνες

Είναι ρυθμιστές/αγωνιστές του GABA, και δρουν κεντρικά καταστέλλοντας τις αιθουσαίες απαντήσεις. Αυξάνουν τη συγγένεια του ανοίγματος των καναλιών χλωρίου. Εμφανίζουν διάφορες δράσεις στους υποτύπους του υποδοχέα GABA-A. Σε μικρές δόσεις αυτά τα φάρμακα είναι πολύ χρήσιμα. Ο εθισμός, οι διαταραχές μνήμης, ο αυξημένος κίνδυνος πτώσεων, και η διαταραχή της αιθουσαίας αντιρρόπησης είναι οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Ο κλινικός πρέπει να χρησιμοποιεί τα κατασταλτικά βασιζόμενος στην προηγούμενη εμπειρία του, δηλαδή χρησιμοποιεί φάρμακα με τα οποία είναι εξοικειωμένος, αλλιώς και αναλόγως του εκάστοτε πάσχοντα ασθενή δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις αντενδείξεις. Για παράδειγμα, από τον Rombert Baloh προτείνεται σε περίπτωση αιθουσαίας νευρίτιδας η χορήγηση 25 mg promethazine im (titanox 50mg/2ml), επί επιμονής εμέτου χορηγούνται άλλα 10 mg im. Σε υποχώρηση της ναυτίας/εμέτου δίνονται 25 mg meclizine per os (Emetostop 30mg) ή 50 mg dimenhydrinate per os (VOMEX-A, 200mg).¹⁰ Να τονιστεί ότι τα per os κατασταλτικά έχουν έναρξη δράσης 20-30 min, μέγιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα στις 1-2 ώρες και χρόνο ημίσειας ζωής 8 ώρες.

Υπενθυμίζεται ότι η κατασταλτική αγωγή χορηγείται για λίγες μέρες και ποτέ για διάστημα πέραν των 7 ημερών γιατί επηρεάζει την διαδικασία της κεντρικής αντιρρόπησης. Τα κατασταλτικά της αίθουσας δίνονται στην οξεία φάση της αιθουσαίας νευρίτιδας, της ορώδους και πυώδους λαβυρινθίτιδας, της νόσου Meniere, του συνδρόμου Ramsay Hunt, καθώς και σε άλλες καταστάσεις οξείας περιφερικής αιθουσαίας βλάβης, μαζί με την αιτιολογική θεραπεία κατά περίπτωση.

Β. Άλλα φάρμακα της οξείας φάσης ιλιγγού

1) Αντιεμετικά

Στον πίνακα II αναφέρονται οι δραστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν τη ναυτία που προκαλεί ο ιλιγγός. Η επιλογή του φαρμάκου εξαρτάται κυρίως από την προτιμώμενη οδό χορήγησης και των πιθανών παρενεργειών. Από του στόματος αγωγή δίνεται σε ασθενείς με ήπια ναυτία. Τα υπόθετα χρησιμοποιούνται συνήθως σε ασθενείς που δεν είναι σε θέση να λάβουν από του στόματος αγωγή λόγω γαστρικής ατονίας ή εμέτου. Τα αντιεμετικά σε ενέσιμη μορφή χρησιμοποιούνται κυρίως στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι 5-HT₃ ανταγωνιστές σεροτονίνης χρησιμοποιούνται όταν όλα τα άλλα αποτυγχάνουν.

2) Στεροειδή

Ο ρόλος της χρήσης των στεροειδών στα επεισόδια ιλιγγού είναι αμφιλεγόμενος.¹¹ Μελέτες σε πειραματόζωα καθώς και κλινικές μελέτες έδειξαν ότι τα γλυκοκορτικοειδή επιδρούν στη φλεγμο-

νώδη διαδικασία και προωθούν την κεντρική αντιρρόπηση σε περίπτωση μονόπλευρης λαβυρινθικής διαταραχής.^{12,13}

Σε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη 141 ασθενών με αιθουσαία νευρίτιδα στους οποίους χορηγήθηκε: α) placebo, β) methylprednisolone, γ) valacyclovir και δ) συνδυασμός methylprednisolone – valacyclovir, βρέθηκε ότι τα κορτικοστεροειδή βελτίωσαν σημαντικά την περιφερική αιθουσαία λειτουργία (μονόπλευρη υπαισθησία 3 μέρες και 12 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων). Επίσης φάνηκε ότι η χορήγηση valacyclovir ή του συνδυασμού της με κορτικοστεροειδή δεν είχε καλύτερα αποτελέσματα. Οι συγγραφείς συστήνουν ότι τα κορτικοστεροειδή πρέπει να δίνονται μέσα στις 3 πρώτες μέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων και για 3 εβδομάδες, σε δοσολογία methylprednisolone 100mg/μέρα και στη συνέχεια σε μειούμενη δόση κατά 20mg ανά 3 μέρες.¹⁴

Παρά το γεγονός ότι τα κορτικοστεροειδή βελτιώνουν τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου όσον αφορά τη μονόπλευρη υπαισθησία του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος, η κλινική αποκατάσταση δε φαίνεται να επηρεάζεται από τη λήψη τους. Χρειάζονται μεγαλύτερες και καλά σχεδιασμένες μελέτες ποιότητας ζωής (QoL μελέτες) για την τεκμηρίωση της επίδρασης των κορτικοστεροειδών στα υποκειμενικά ενοχλήματα των πασχόντων.^{11,15} Τα στεροειδή χρησιμοποιούνται και ως ενδοτυμπανική έγχυση dexamethasone στη νόσο Meniere. Εκτός από τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες η dexamethasone έχει αλατοκορτικοειδή δράση στο έσω ούς. Φαίνεται τριπλασιάζει τον κύριο επιθηλιακό μεταφορέα του Na⁺ στους ημικύκλιους σωλήνες. Σε τυχαιοποιημένη μελέτη βρέθηκε στο 82% βελτίωση από τον ίλιγγο σε σχέση με 57% από τη χρήση placebo.¹⁶ Η ενδοτυμπανική χορήγηση κορτικοστεροειδών γίνεται καλά ανεκτή από τον ασθενή χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών. Η συνολική δόση εξαρτάται από τον αριθμό των εγχύσεων καθώς και από την ανάγκη επανάληψης αυτών σε περίπτωση υποτροπής καθώς η δράση της είναι παροδική.

Για τον ημικρανικό ίλιγγο οι συστάσεις για τη θεραπεία είναι παρόμοιες με εκείνες της ημικρανίας με ή χωρίς αύρα. Στην οξεία φάση σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία το φάρμακο εκλογής είναι η Zolmitriptan 5 mg (tabl, nasal spray, dis tabl). Επίσης μπορεί να χορηγηθεί Rizatriptan.¹⁷ Οι ασθενείς με έντονη ναυτία ή έμετο μπορεί να προτιμούν υπόθετα, ρινικά σπρέι ή ενέσιμα σκευάσματα. Η Rizatriptan συνδέεται εκλεκτικά με υψηλή συγγένεια στους υποδοχείς σεροτονίνης 5-HT_{1B} και 5-HT_{1D} του ανθρώπου και η θεραπευτική δράση του στη θεραπεία της κεφαλαλγίας της ημικρανίας μπορεί να αποδοθεί στις επιδράσεις της ως αγωνιστή των 5-HT_{1B} και 5-HT_{1D} υποδοχέων που βρίσκονται στις ενδοκρνιακές αρτηρίες οι οποίες φαίνεται να διαστέλλονται κατά την διάρκεια της κρίσης ημικρανίας, και στα αισθητήρια νεύρα του τριδύμου τα οποία τις νευρώνουν. Ενδοφλέβια επιλογή μπορεί να είναι ακετυλοσαλικυλικό οξύ 1000mg + μετοκλοπραμίδη 10mg (migramax 900 mg +10mg) ή διμεθυλδρινάτη (62.5 mg).

Γ. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως θεραπεία προφύλαξης μετά την οξεία φάση.

Γενικά, οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί του ΚΝΣ οδηγούν σε λει-

Πίνακας II. Συνήθη αντιεμετικά που χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση του ιλίγγου.

Φαρμακευτική ουσία	Συνήθης δόση (ενήλικες)	Ανεπιθύμητες αντιδράσεις	Φαρμακολογική τάξη/δράση
Γρανισετρόν (Granisetron)	1 mg PO BID ή 10 ug/kg IV ημερησίως	Κεφαλαλγία / καταστολή	5HT ₃ ανταγωνιστής
Μετοκλοπραμίδη (Metoclopramide)	10 mg PO TID ή 10 mg IM	Ανησυχία, υπνηλία εξωπυραμιδικά συμπτώματα	Ανταγωνιστής ντοπαμίνης / ενεργοποιεί την κινητικότητα του ανώτερου γαστρεντερικού
Ονδασετρόν (Ondansetron)	4-8 mg PO TID ή 32 mg IV μία δόση	Προσοχή σε ηπατική δυσλειτουργία	5HT ₃ ανταγωνιστής
Περφαιναζίνη (Perphenazine)	2-4 mg PO, έως QID ή 5mg IM, έως TID	Καταστολή/ εξωπυραμιδικά συμπτώματα	Φαινοθειαζίδη
Προχλωροπεραζίνη (Prochlorperazine)	5 mg or 10 mg IM or PO /6-8 ώρες 25 από το 0ρθό /12h	Καταστολή/ εξωπυραμιδικά συμπτώματα	Φαινοθειαζίδη
Τριμεθοβενζαμίδη (Trimethobenzamide)	200 mg IM TID	Καταστολή/ εξωπυραμιδικά συμπτώματα	Όπως η φαινοθειαζίδη
Θιαθυληπεραζίνη (Thiethylperazine)	10 mg PO, έως TID ή 2 ml IM, έως TID	Καταστολή/ εξωπυραμιδικά συμπτώματα	Φαινοθειαζίδη

τουργική βελτίωση μετά από μια οξεία περιφερική αιθουσοπάθεια. Παρόλα αυτά, διάφορα ιλιγγικά σύνδρομα εμφανίζουν υποτροπές, ενώ κάποιοι ασθενείς έχουν υποξεία ή χρόνια συμπτωματολογία και παρουσιάζουν στατική ή δυναμική αστάθεια. Καθώς τα κατασταλτικά της αίθουσας χρησιμοποιούνται μόνο στην οξεία φάση, υπάρχει η ανάγκη για μια "λειτουργική" θεραπεία που να ρυθμίζει λιγότερο επιθετικά την επιβαρυσμένη περιφερική αιθουσαία λειτουργία και να διασφαλίζει τους κεντρικούς μηχανισμούς προσαρμογής και αντιρρόπησης.¹⁸

1) Β-ιστίνη

Η β-ιστίνη είναι ένα ανάλογο ισταμίνης, η οποία ρυθμίζει την ισταμινεργική νευροδιαβίβαση μέσω αγωνιστικής δράσης στον H1 υποδοχέα, σε συνδυασμό με H3 ανταγωνιστικές ιδιότητες. Φυσιολογικά η ισταμίνη αναστέλλει την απελευθέρωσή της μέσω των αυτοϋποδοχέων της. Για το λόγο αυτό η β-ιστίνη με την ανταγωνιστική δράση της στους προσυναπτικούς H3 υποδοχείς, προάγει την απελευθέρωση της ισταμίνης στο ΚΝΣ και τα αισθητηριακά κύτταρα του λαβυρίνθου. Η δράση αυτή δεν περιορίζεται στο αιθουσαίο σύστημα, ισταμινεργικοί νευρώνες βρίσκονται στους μαστικούς πυρήνες (mammary nuclei) και στον οπίσθιο υποθάλαμο και οι απολήξεις τους έχουν ευρείες προβολές στο ΚΝΣ. Έτσι,

η β-ιστίνη έχει μια περίπλοκη και πολυμορφική δραστηριότητα, προκαλώντας ειδική αναστολή των νευρώνων των έξω και έσω αιθουσαίων πυρήνων και ρυθμίζοντας τη μικροκυκλοφορία στο έσω ους καθώς και τη δραστηριότητα των ληκυθαίων τριχωτών κυττάρων.^{19,20} Πρόσφατη μετα-ανάλυση της δράσης της β-ιστίνης σε ιλιγγικά σύνδρομα έδειξε ότι υπάρχει θετική επίδραση της χορήγησης της β-ιστίνης σε σύγκριση με placebo (odds ratio 2,02 (95% CI 1.40-2.93) . Στις μελέτες που κρίθηκαν κατάλληλες για μετα-ανάλυση, χορηγήθηκε η β-ιστίνη σε ημερήσια δόση από 32mg έως 48 mg, για χρονικό διάστημα από 4 έως 12 εβδομάδες.²¹ Ο Møller και συν., ανέδειξαν ανοσοϊστοχημικά την παρουσία H3 υποδοχέα στο υποεπιθηλιακό τριχοειδικό δίκτυο του ενδολεμφικού σάκου και την παρουσία H1 υποδοχέα στο επιθήλιο του ενδολεμφικού σάκου. Έτσι, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η δράση της β-ιστίνης στη νόσο Meniere είναι και αιτιολογική και οφείλεται αφ'ενός στην ανταγωνιστική δράση της για τους H3 υποδοχείς που οδηγεί σε αγγειοδιαστολή, και αφ' ετέρου στην αγωνιστική δράση της για τους H1 υποδοχείς που έχει κυρίως ανοσο-ρυθμιστική επίδραση.²² Επιπλέον, στην προαναφερθείσα μετα-ανάλυση του Nauta J, φάνηκε ότι υπάρχει θετική επίδραση της χορήγησης της β-ιστίνης σε ασθενείς με νόσο Meniere σε

σύγκριση με χορήγηση placebo (odds ratio 2.83 (95% CI 1.64-4.87). Στις έξι εργασίες που θεωρήθηκαν κατάλληλες για ανάλυση, η β-ιστίνη χορηγήθηκε από την ελάχιστη δόση των 16 mg για 2 εβδομάδες έως τα 48 mg για 12 εβδομάδες.²¹ Γενικά η β-ιστίνη θεωρείται ασφαλές φάρμακο. Η συνήθης δοσολογία της είναι 48 mg ημερησίως για 3 μήνες μετά από ένα οξύ επεισόδιο περιφερικής αιθουσαίας βλάβης και μέχρι την επιβεβαίωση της κλινικής αντιρρόπησης, ή ως θεραπεία προφύλαξης σε ασθενείς με νόσο Meniere. Αντενδείκνυται η χορήγηση της σε φαιοχρωμοκύττωμα και, επιπλέον, πρέπει να δίνεται με προσοχή σε ασθενείς με άσθμα, πεπτικό έλκος και ηπατική νόσο. Από τις ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται ναυτία, κεφαλαλγία, αϋνία, γαστρεντερικά ενοχλήματα, εξάνθημα, αντιδράσεις υπερευαισθησίας, κνησμός, αύξηση συχνότητας ούρησης.

2) Διουρητικά

Τα διουρητικά έχουν θέση στη νόσο Meniere. Γενικά έχουν χρησιμοποιηθεί θειαζιδικά διουρητικά με ή χωρίς καλιο-συντηρητικό, αλλήλα και acetazolamide, furosemide, spironolactone. Ένας δοκιμασμένος συνδυασμός είναι 25 mg hydrochlorothiazide + 37.5 mg triamterene per os /ημερησίως. Δεν υπάρχουν καλά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες μελέτες που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των διουρητικών στον έλεγχο των οξέων κρίσεων της νόσου Meniere, παρόλα αυτά κάποιες εργασίες με μικρό αριθμό ασθενών εμφανίζουν καλά αποτελέσματα από τη χρήση διουρητικών.^{23,24}

3) Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου

Η κινναριζίνη και η φλουναριζίνη, είναι δημοφιλείς ουσίες κατά του ίλιγγου στην Ευρώπη. Η κινναριζίνη αναστέλλει τις συσπάσεις των αγγειακών λείων μυϊκών κυττάρων. Ο αποκλεισμός της κυτταρικής εισροής ασβεστίου είναι ιστοεκλεκτικός και έχει ως αποτέλεσμα αντιαγγειοσυσπαστικές ιδιότητες χωρίς επίδραση στην αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό ρυθμό. Η κινναριζίνη έχει και αντισταμινικές ιδιότητες και αναστέλλει τη διέγερση του αιθουσαίου συστήματος.²⁵ Η συνήθης δόση είναι 75-150 mg ημερησίως, Αντενδείκνυται σε ασθενείς που πάσχουν από νόσο Parkinson ή άλλες εξωπυραμιδικές διαταραχές και στις ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται λήθαργος, υπνηλία, γαστρεντερικές διαταραχές, υπεριδρωσία και κόπωση.

Δεν είναι πλήρως διευκρινισμένος ο μηχανισμός δράσης της φλουναριζίνης. Φαίνεται ότι έχει δράση και ως ανταγωνιστής ντοπαμίνης. Η συνήθης δοσολογία είναι 10mg κάθε βράδυ για 1 μήνα και σε περίπτωση μη ανταπόκρισης συστήνεται διακοπή. Αντενδείκνυται σε ασθενείς που πάσχουν από καταθλιπτική συνδρομή, νόσο Parkinson ή άλλες εξωπυραμιδικές διαταραχές.²⁶ Ως ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται υπνηλία ή/και κόπωση στο 20% των ασθενών που γενικά είναι παροδικές, και αύξηση του σωματικού βάρους.

4) β-blockers, ανταγωνιστές καναλίων Ca++, αντιεπιληπτικά

Χορηγούνται ως προφυλακτική θεραπεία του ημικρανικού ίλιγγου. Η προφυλακτική αγωγή του ημικρανικού ίλιγγου χρειάζεται όταν ο ασθενής έχει περισσότερα από 3 επεισόδια/μήνα, όταν τα επεισόδια

είναι μεγάλης διάρκειας και όταν δεν υπάρχει καλή ανταπόκριση στη θεραπεία οξείας φάσης. Η προφυλακτική αγωγή δε διαφέρει από τη θεραπεία της ημικρανίας με ή χωρίς αύρα και περιλαμβάνει Propranolol 80-240 mg, Metoprolol 50-200 mg, Bisoprolol 5-10 mg, or Flunarizine 5-10 mg ανά ημέρα σε ασθενείς με πάνω από 3 επεισόδια /μήνα, με μακράς διάρκειας επεισόδια ή σε εκείνους που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία οξείας φάσης.²⁷ Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν το Topiramate 25-100 mg και το valproic acid 500-600 mg. Συνδυασμοί φαρμάκων που ανήκουν στην ίδια κατηγορία είναι πιθανά μη δικαιολογημένοι και ο συνδυασμός Topiramate και Propranolol δεν έδειξε κάποιο επιπλέον όφελος σε σχέση με το Topiramate ως μονοθεραπεία.²⁷

Δ. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως αιτιολογική θεραπεία ίλιγγου

Εκτός από τα φάρμακα που είναι δραστικά στην οξεία φάση του ίλιγγου και εκείνα που χρησιμοποιούνται ως θεραπεία προφύλαξης, υπάρχουν περιπτώσεις που ο ίλιγγος χρειάζεται και αιτιολογική θεραπεία λόγω της υποκείμενης αιτιοπαθγένειας. Παρακάτω θα αναφερθούν οι βασικές κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ως αιτιολογική θεραπεία αιθουσαίας διαταραχής.

1) Αντιβιοτικά

Τα αντιβιοτικά στον ίλιγγο έχουν δύο κυρίως ενδείξεις: την πυώδη λαβυρινθίτιδα και τη νόσο Meniere. Σε περίπτωση οξέος επεισοδίου ίλιγγου με παθολογική ωτοσκόπηση (εικόνα χολλοστεατώματος ή πυώδους ωτόρροια) τίθεται η διάγνωση της πυώδους λαβυρινθίτιδας, η οποία έχει έντονη συμπτωματολογία με νυσταγμό 3ου βαθμού, ναυτία και έμετο. Ο ασθενής χρήζει εισαγωγής και άμεση έναρξη ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής σε συνδυασμό με κατασταλτική αγωγή και έλεγχο του προστίου λαβυρίνθου. Αναλόγως της υποκείμενης παθολογίας και της ανταπόκρισης στην αγωγή πρέπει να εκτιμηθεί και η πιθανότητα χειρουργικής παρέμβασης. Συστήνεται η ενδοφλέβια χορήγηση συνδυασμού α) Vancomycin (1gr x 2) + Ceftriaxone (2gr x 1) ή β) Clindamycin (600mg x 4) + Rifampin (600 mg x 2) /ή Ceftriaxone (2gr x 1).

Στη νόσο Meniere τα αντιβιοτικά έχουν θέση ως ενδοτυμπανικές εγχύσεις αμινογλυκοσιδών για τη φαρμακευτική λαβυρινθεκτομή σε περιπτώσεις που οι οξείες κρίσεις του ασθενούς είναι ιδιαίτερα συχνές ή δεν ελέγχονται εύκολα με την κατασταλτική αγωγή. Το φάρμακο εκλογής είναι η gentamycin με γνωστή τοξική δράση κυρίως στον οπίσθιο λαβύρινθο. Προϋπόθεση της ενδοτυμπανικής έγχυσης gentamycin είναι ο έλεγχος της λειτουργίας του ετερόπλευρου λαβυρίνθου για την αποφυγή αμφοτερόπλευρης υπαισθησίας. Χορηγείται ενδοτυμπανικά η gentamycin από το ενέσιμο διάλυμα των 80mg/2ml και επί επιμονής των οξέων κρίσεων επαναλαμβάνεται μετά από 1 μήνα. Τυχαιοποιημένες μελέτες δείχνουν μείωση της συχνότητας των οξέων επεισοδίων ίλιγγου χωρίς μεταβολή στον ουδό ακοής ή μικρή επιδείνωση της τάξης των 8dB καθώς η gentamycin μπορεί να εμφανίσει τοξική δράση και στον πρόσθιο λαβύρινθο.²⁸ Η ενδοτυμπανική χορήγηση αμινογλυκοσιδών προσφέρει πλήρη έλεγχο του ίλιγγου σε υψηλά ποσοστά μέχρι και στο 90% των ασθενών, που μπορεί να διαρκέσει από 2-5 έτη μετά τη χορήγηση.²⁹

2) Αντιικά

Τα αντιικά σκευάσματα έχουν θέση στον ωτικό έρπη ζωστήρα ή σύνδρομο Ramsay-Hunt. Το σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί ως πολυνευροπάθεια σε ποσοστό ως 3.2%.³⁰ Συστήνεται η χορήγηση acyclovir (250 mg x3 iv ή 800 mg x 5 per os για 7 ημέρες) ή famciclovir (250 mg x 3 για 21 ημέρες) συνήθως σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή. Αν και αναφέρονται καλά αποτελέσματα από τον συνδυασμό αντιικών -κορτικοστεροειδών στην αντιμετώπιση των ασθενών με σύνδρομο Ramsay-Hunt, δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες που να αποδεικνύουν την θετική επίδραση των αντιικών ως προσθήκη στα κορτικοστεροειδή ή και το αντίθετο.^{31,32}

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Soto E, Vega R. Neuropharmacology of vestibular system disorders. *Curr Neuropharmacol*. 2010;8(1):26-40.
- Spencer RF, Baker R. GABA and glycine as inhibitory neurotransmitters in the vestibuloocular reflex. *Ann NY Acad Sci*. 1992;656:602-611.
- Van Neerven J, Pompeiano O, Collewin H. Depression of the vestibulo-ocular and optokinetic responses by intrafloccular microinjection of GABA-A and GABA-B agonists in the rabbit. *Arch Ital Biol*. 1989;127(4):243-263.
- Takeda N, Morita M, Hasegawa S, et al. Neurochemical mechanisms of motion sickness. *Am J Otolaryngol*. 1989;10(5):351-359.
- Desmadryl G, Gaboyard-Niay S, Brugeaud A, et al. Histamine H4 receptor antagonists as potent modulators of mammalian vestibular primary neuron excitability. *Br J Pharmacol*. 2012;167(4):905-916.
- Ahn SK, Balaban CD. Distribution of 5-HT1B and 5-HT1D receptors in the inner ear. *Brain Res*. 2010;1346:92-101.
- Smith PF, Darlington CL. A possible explanation for dizziness following SSRI discontinuation. *Acta Otolaryngol*. 2010;130(9):981-983.
- Serafin M, Khateb A, Vibert N, et al. Medial vestibular nucleus in the guinea-pig: histaminergic receptors. I. An in vitro study. *Exp Brain Res*. 1993;93(2):242-248.
- Timmerman H. Pharmacotherapy of vertigo: any news to be expected? *Acta Otolaryngol Suppl*. 1994;513:28-32.
- Baloh R. Vestibular neuritis. *N Eng J Med* 2003;348:1027-1032.
- Fishman JM, Burgess C, Waddell A. Corticosteroids for the treatment of idiopathic acute vestibular dysfunction (vestibular neuritis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD008607.
- Yamanaka T, Amano T, Sasa M, Matsunaga T. Prednisolone excitation of medial vestibular nucleus neurons in cats. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1995;252(2):112-118.
- Kitahara T, Kondoh K, Morihana T, Okumura S, Horii A, Takeda N, Kubo T. Steroid effects on vestibular compensation in human. *Neurol Res*. 2003;25(3):287-291.
- Strupp M, Zingler VC, Arbusow V, et al. Methylprednisolone, valacyclovir, or the combination for vestibular neuritis. *N Engl J Med*. 2004 ;351(4):354-361.
- Goudakos JK, Markou KD, Franco-Vidal V, et al. Corticosteroids in the treatment of vestibular neuritis: a systematic review and meta-analysis. *Otol Neurotol*. 2010;31(2):183-189.
- Garduño-Anaya MA, Couthino De Toledo H, Hinojosa-González R, et al. Dexamethasone inner ear perfusion by intratympanic injection in unilateral Ménière's disease: a two-year prospective, placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 ;133(2):285-294.
- Obermann M, Strupp M. Current treatment options in vestibular migraine. *Front Neurol*. 2014 Dec 4;5:257. doi: 10.3389/fneur.2014.00257.
- Della Pepa C, Guidetti G, Eandi M. Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006 Aug;26(4):208-215.
- Lacour M, Sterkers O. Histamine and betahistine in the treatment of vertigo. Elucidation of mechanisms of action. *CNS Drugs* 2001;15:853-870.
- Arrang JM, Garbarg M, Quach TT, et al. Actions of betahistine at histamine receptors in the brain. *Eur J Pharm* 1985;111:73-84.
- Nauta JJ. Meta-analysis of clinical studies with betahistine in Ménière's disease and vestibular vertigo. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271(5):887-897.
- Møller MN, Kirkeby S, Vikeså J, Nielsen FC, Caye-Thomasen P. Expression of histamine receptors in the human endolymphatic sac: the molecular rationale for betahistine use in Meniere's disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(7):1705-1710.
- Thirlwall AS, Kundu S. Diuretics for Ménière's disease or syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;(3):CD003599. Review. PubMed PMID: 16856015.
- van Deelen GW, Huizing EH. Use of a diuretic (Dyazide) in the treatment of Meniere's disease. A double-blind cross-over placebo-controlled study. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1986;48(5):287-292.
- Deering RB, Prescott P, Simmons RL, Downey LJ. A double-blind crossover study comparing betahistine and cinnarizine in the treatment of recurrent vertigo in patients in general practice. *Curr Med Res Opin*. 1986;10(4):209-214.
- Wouters L, Amery W, Towse G. Flunarizine in the treatment of vertigo. *J Laryngol Otol*. 1983;97(8):697-704.
- Salmato MC, Duarte JA, Morganti LOG, et al. Prophylactic treatment of vestibular migraine. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017;83(4):404-410.
- Stokroos R, Kingma H. Selective vestibular ablation by intratympanic gentamicin in patients with unilateral active Ménière's disease: a prospective, double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Acta Otolaryngol*. 2004 Mar;124(2):172-175.
- Postema RJ, Kingma CM, Wit HP, et al. Intratympanic gentamicin therapy for control of vertigo in unilateral Menire's disease: a prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Acta Otolaryngol*. 2008;128(8):876-880.
- Rasmussen ER, Lykke E, Toft JG and Mey K. Ramsay Hunt syndrome revisited—emphasis on Ramsay Hunt syndrome with multiple cranial nerve involvement. *Viral Discov*. 2014; 2:1. <http://dx.doi.org/10.7243/2052-6202-2-1>.
- Uscategui T, Dorée C, Chamberlain IJ, Burton MJ. Antiviral therapy for Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD006851. doi: 10.1002/14651858.
- Uscategui T, Doree C, Chamberlain IJ, Burton MJ. Corticosteroids as adjuvant to antiviral treatment in Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16;(3):CD006852. doi: 10.1002/14651858.

19^ο Σεμινάριο

της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας

& 16^ο Σεμινάριο ΩΡΛ Αλλεργίας,
Ανοσολογίας και Ρογχοπαθειών

& 3^ο Σεμινάριο Ελληνικής
Εταιρείας Φωνιατρικής
και Διαταραχών Κατάποσης

Οργάνωση



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΩΡΛ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ, ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΡΟΓΧΟΠΑΘΕΙΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΦΩΝΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

12-14 Απριλίου 2019

Αττικό Κτίριο Ιατρικής
Σχολής Αθηνών «ΑΚΙΣΑ»

ΑΘΗΝΑ

Εταιρεία Οργάνωσης:

FREI S.A.

Congresses - Conventions - Exhibitions - Incentives

Παπαρηγοπούλου 3, 105 61 Αθήνα,

Τηλ.: +30 210 3215600, Fax.: +30 210 3219296

web: www.frei.gr email: info@frei.gr



Εμβοές – πρόδρομη μελέτη ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Tinnitus-preliminary study of patients underwent a therapeutical protocol.

Κοτζαμπασάκης Δημήτριος¹

Πινιάρα Αναστασία²

Δελιστάθη Θαλασσινή¹

Ιστίκογλου Χρήστος³

Μαρουδιάς Νικόλαος²

¹ΩΡΛ Κλινική - «Κωνσταντοπούλειο»

ΓΝ Ν.Ιωνίας - Πατησίων

²Οτορινολαρυγγολόγος-Χειρουργός

Κεφαλής & Τραχήλου - Νοσοκομείο Υγεία

³Ψυχιατρική Κλινική - «Κωνσταντοπούλειο»

ΓΝ Ν.Ιωνίας - Πατησίων

Ελληνική Οτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Κοτζαμπασάκης Δημήτριος

Τηλ.: 6955445977

Email: dimkatz@gmail.com

Kotzampasakis Dimitrios¹

Piniara Anastasia²

Delistathi Thalassini¹

Istikoglou Christos³

Maroudias Nikolaos²

¹ENT Department- Konstantopouleio

General Hospital Neas Ionias-Patision

²Otorhinolaryngologist-Head & Neck

Surgeon-Ygeia Hospital

³Psychiatric Department- Konstantopouleio

General Hospital Neas Ionias-Patision

Running title: Tinnitus therapeutic protocol

Hellenic Otorhinolaryngology,

Volume 39 - Issue 3-4, 2018

Corresponding author:

Kotzampasakis Dimitrios

Τηλ.: 6955445977

Email: dimkatz@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης δημοσίευσης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων προοπτικής μελέτης 20 ασθενών με εμβοές, που υποβλήθηκαν σε θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Υλικό-μέθοδος: Η μελέτη σχεδιάστηκε με την αξιολόγηση των ασθενών βάσει κλίμακας Tinnitus Handicap Inventory (THI) πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Οι ασθενείς υπέβαλαν ωτολογικό, ψυχολογικό και ιατρικό ιστορικό και κατά τη θεραπεία οι ασθενείς εκλήθησαν να υποβληθούν σε ψυχιατρική εκτίμηση, να λάβουν φαρμακευτική αγωγή με Memovigor 2 και να ακολουθήσουν τη δίαιτα Furstenberg για δύο μήνες. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων έγινε με συνέντευξη τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου.

Αποτελέσματα: Τη μεγαλύτερη βελτίωση εμφάνισαν οι ηλικίες 50-59 και 70-79 ετών, οι αρρενες ασθενείς, ασθενείς με αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα, οι ασθενείς χωρίς αγχώδη συνδρομή/κατάθλιψη, οι ασθενείς με παροδικές εμβοές, με εμβοές ιδίως δεξιά, οι ασθενείς που ακολούθησαν τη δίαιτα Furstenberg και έλαβαν το Memovigor 2 για 2 μήνες.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς χωρίς αγχώδη/καταθλιπτική συνδρομή παρουσίασαν βελτίωση καθώς και οι ασθενείς που έλαβαν Memovigor 2 και υποβλήθηκαν στη δίαιτα Furstenberg.

Λέξεις κλειδιά: Εμβοές, δίαιτα Furstenberg, Memovigor 2

ABSTRACT

Aim: The aim of the current study is to present the results of a 20 tinnitus patients group underwent a therapeutic protocol.

Method: The study was designed to assess patients with Tinnitus Handicap Inventory tool (THI) before and after implementation of the protocol. Patients gave otological, psychological and medical history and were asked to undergo psychiatric assessment, receive Memovigor 2 treatment and follow Furstenberg diet for a period of two months. Patients were assessed by interview prior and after the protocol.

Results: The highest improvement scores had patients between 50-59 and 70-79, male patients, Patients with bilateral tinnitus, patients without anxiety or depression disorders, with transient tinnitus, with tinnitus especially on the right side, patients who followed Furstenberg diet and received Memovigor 2 for two months.

Conclusions: The results of the study lead to the conclusion that patients without anxiety/depressive disorders as well as patients who received Memovigor 2 and followed Furstenberg diet had lower THI scores after protocol implementation.

Key words: Tinnitus, Furstenberg diet, Memovigor 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εμβοές είναι μια κλινική οντότητα που απασχολεί πολύ συχνά τόσο τους ασθενείς όσο και τους ΩΡΛ ιατρούς. Πρόκειται για μια συχνή πρόκληση, καθώς πέραν της υποχρέωσης αποκλεισμού κάποιας χωροκατακτητικής εξεργασίας ο ιατρός καλείται να δώσει λύση στον ασθενή, ο οποίος υποφέρει άλλοτε σε μικρότερο και άλλοτε σε «υπερβολικό» βαθμό. Πρόκειται όμως αδιαμφισβήτητα για μια κλινική οντότητα που χρήζει ορθής αντιμετώπισης από τον ιατρό και ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς καθώς φράσεις όπως «δεν υπάρχει καμία θεραπεία» ή «πρέπει να μάθετε να ζείτε με αυτό» αποθαρρύνουν τον ήδη βεβαρημένο ψυχολογικά ασθενή, κάνουν εντονότερο τον φαύλο κύκλο κατάθλιψη-εμβοές-κατάθλιψη και δεν έχουν καμία θέση στην αντιμετώπιση τους. Οι εμβοές χωρίζονται σε σφύζουσες και μη σφύζουσες.¹ Οι σφύζουσες είναι πιο σπάνιες και συνήθως προκαλούνται από κάποιο υποκείμενο αίτιο (υπέρταση, αρτηριακές ή φλεβώδεις διαταραχές κλπ). Οι μη σφύζουσες χωρίζονται σε ήπιες, μέτριες και σοβαρής μορφής με αντίστοιχες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η θεραπευτική προσέγγιση των μη σφύζουσων εμβοών καθώς αποτελούν ένα από τα συχνότερα κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ωτορινολαρυγγολόγος.

Υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας που αναφέρει ότι οι εμβοές εμφανίζουν άμεση συσχέτιση με την καταθλιπτική και αγχώδη συνδρομή. Ενδεικτικά μόνο, σε μελέτη των Langguth et al αναφέρεται ότι οι εμβοές και η κατάθλιψη αλληλοεπηρεάζονται ενεργοποιώντας παρόμοιες εγκεφαλικές περιοχές όπως οπίσθιος κοχλιακός πυρήνας.² Ο τελευταίος είναι διεγερμένος κατά την εμφάνιση των εμβοών, ενώ ταυτόχρονα συμμετέχει στις συναισθηματικές διακυμάνσεις. Οι Folmer et al αναφέρουν σε μελέτη τους ότι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών SSRIs σε ασθενείς με κατάθλιψη και εμβοές για διάστημα ~ 20 μηνών, βελτίωσε και τις δύο κλινικές οντότητες με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.³ Αντίστοιχα, οι Pattyn et al αναφέρουν ότι η αγχώδης συνδρομή, η κατάθλιψη και οι εμβοές εμφανίζουν σημαντική συννοσηρότητα και θα πρέπει όσοι ασθενείς εμφανίζουν εμβοές να αξιολογούνται και για τις δυο αυτές ψυχολογικές καταστάσεις.⁴ Το ίδιο επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Andersson et al στο περιοδικό Psychosomatic Research.⁵ Η συννοσηρότητα λοιπόν αυτών των παθήσεων με τις εμβοές είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη.

Οι διαθέσιμες θεραπευτικές λύσεις περιλαμβάνουν ψυχοθεραπεία (γνωσιακή, συμπεριφορική κλπ), φαρμακευτική αγωγή [selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες, εκχύλισμα ginko biloba] πειραματικές θεραπείες (gabapentin) και συμβατικές θεραπείες όπως η δίαιτα Furstenberg (χαμηλή δίαιτα σε Na), θεραπείες επανεκπαίδευσης, ακουστικά βαρνηκούς κλπ.⁶⁻⁸ Καμία όμως από τις προαναφερθείσες μελέτες δεν καταλήγει σε σαφή θετικά αποτελέσματα ή σε στατιστικά σημαντική διαφορά με placebo, πλην των αντικαταθλιπτικών και ιδίως των SSRIs. Εντούτοις, εκτός από την ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενούς προτείνονται από τους συγγραφείς συνδυαστικές θεραπευτικές λύσεις, ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη αθροιστική επίδραση των διαφόρων μεθόδων στις εμβοές.

Το κόστος των θεραπευτικών μεθόδων για τις εμβοές αγγίζει τα 750 εκ. λίρες ετησίως όπως φαίνεται σε πρόσφατη μελέτη των Stockdale et al, ενώ μια παλιότερη μελέτη του 2005 των Maes et al, αναφέρει ότι το κοινωνικό-θεραπευτικό κόστος συνδυαστικά ανεβαίνει στα 6.8 δις ευρώ ετησίως.^{9,10} Η τελευταία μελέτη αναφέρεται εκτενώς στις επιδράσεις της νόσου επί της ενεργητικότητας και της εργασιακής ικανότητας του ασθενή. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο να βρεθούν όσο το δυνατόν αποδοτικότερες θεραπείες με το λιγότερο δυνατό κόστος.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε:

- Ένα πλήρες ιατρικό και ωτολογικό ιστορικό
- Ένα αδρό ψυχολογικό ιστορικό
- Την αξιολόγηση των εμβοών βάσει τύπου, εντόπισης, έντασης κλπ
- Τον βαθμό επίπτωσης στον ασθενή με το ερωτηματολόγιο THI
- Την ψυχιατρική εκτίμηση από τον συνεργαζόμενο ψυχίατρο και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής εφόσον αυτό κρίνόταν αναγκαίο
- Τη λήψη Memovigor 2 για 2 μήνες
- Την εφαρμογή της δίαιτας Furstenberg για 2 μήνες
- Την τελική αξιολόγηση με το THI και την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων

Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Είχε προηγηθεί όλος ο απαραίτητος έλεγχος συμπεριλαμβανομένων κλινικής εξέτασης, εργαστηριακού ελέγχου καθώς και ακουστικού και απεικονιστικού ελέγχου προς αποκλεισμό ωτολογικού νοσήματος ή χωροκατακτητικής βλάβης του εγκεφάλου.

Όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

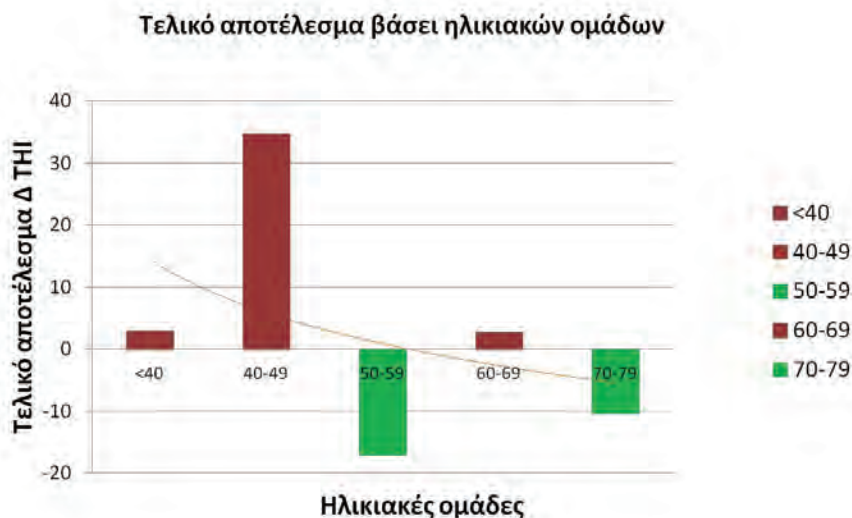
Στο δείγμα συμμετείχαν 8 άρρενες ασθενείς και 12 θήλειες με ηλικίες από 19 έως 78 ετών (Μ.Ο. 58,5 ετών).

Ο χαρακτήρας των εμβοών: Η διάρκεια των εμβοών ήταν >1 έτους για 8 ασθενείς και <1 έτους για 12 ασθενείς και η εντόπιση των εμβοών ήταν αριστερά για 8 ασθενείς, δεξιά για 5 ασθενείς και αμφοτερόπλευρες για 7 ασθενείς. Για 6 ασθενείς ήταν παροδικές κατά τη διάρκεια της ημέρας ενώ για 14 ήταν συνεχείς. Για 11 ασθενείς ο χαρακτήρας των εμβοών ήταν μεταβαλλόμενος, ενώ για 9 ασθενείς ήταν σταθερός.

Ωτολογικό ιστορικό: συνυπήρχε αμφοτερόπλευρη νευροαισθητήριος βαρνηκία μικρού βαθμού σε 5 ασθενείς, ετερόπλευρη σε 7 ασθενείς ενώ 8 ασθενείς δεν είχαν βαρνηκία. Οι 10 ασθενείς ανέφεραν ότι είχαν και κάποιου βαθμού ζάλη/ίλιγγο σαν ιστορικό.

Ψυχιατρικό ιστορικό: Από πλευράς ψυχολογικού προφίλ των ασθενών οι 10 ανέφεραν ότι έχουν αγχώδη συνδρομή, οι 7 ασθενείς διαγνωσμένη κατάθλιψη και οι 8 ασθενείς ότι υπέφεραν από διαφόρων βαθμών αϋπνίες.

Ιατρικό ιστορικό: Από τους 20 ασθενείς κατά σειρά συχνότητας οι 10 είχαν αρτηριακή υπέρταση, οι 7 ασθενείς υπερλιπιδαιμία,



Εικ. 1 Τελικό αποτέλεσμα Δ THI βάσει ηλικιακών ομάδων.

οι 3 ασθενείς σακχαρώδη διαβήτη και 3 ακόμη θυρεοειδοπάθεια. Η αξιολόγηση έγινε με τον υπολογισμό της βαθμολογίας THI πριν την εφαρμογή του πρωτοκόλλου και 2 μήνες μετά την εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην κλίμακα THI τόσο χειρότερες ήταν οι εμβοές των ασθενών. Η διαφορά των δυο αυτών βαθμολογιών έδωσε το τελικό αποτέλεσμα. Έτσι, οι αρνητικές βαθμολογίες υποδεικνύουν ότι οι εμβοές βελτιώθηκαν και οι θετικές ότι επιδεινώθηκαν ή έστω δεν είχαν ικανή βελτίωση.

Από το διάγραμμα (Εικ. 1) παρατηρείται μια σαφής βελτίωση στις ηλικιακές ομάδες από 50 ετών και πάνω, με την ομάδα των 60-69 ετών μόνο να εμφανίζει θετικές βαθμολογίες με τάση μείωσης όμως όπως παρατηρείται από τη λογαριθμική γραμμή τάσης.

Εν συνεχεία, παρατηρήθηκε μια σαφής βελτίωση στους άρρενες με score -16.62 σε σύγκριση με τα θήληα που εμφάνισαν score 12.16. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.02$). Σε ότι αφορά τη διάρκεια των εμβοών οι ασθενείς που τις εμφάνιζαν για μήνες εμφάνισαν βελτίωση (-0.25) σε σύγκριση με όσων οι εμβοές διαρκούν έτη (2.0) και οι ασθενείς με παροδικές εμβοές εμφάνισαν βελτίωση (-10.66) έναντι όσων οι εμβοές ήταν συνεχείς (5.5).

Οι ασθενείς με αμφοτερόπλευρη νευροαισθητήρια βαρνοκοΐα εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση (-18.8) έναντι όσων είχαν ετερόπλευρη (5.14) και όσων δεν είχαν βαρνοκοΐα (8.8). Σε ότι αφορά την εντόπιση των εμβοών παρατηρήθηκε η ιδιαιτερότητα της μεγάλης βελτίωσης όσων είχαν μονόπλευρες εμβοές δεξιού ωτός (-20.2) σε σύγκριση με όσων είχαν εμβοές αριστερού ωτός (13.5) ή όσων είχαν αμφοτερόπλευρες (0.85) (Εικ. 2).

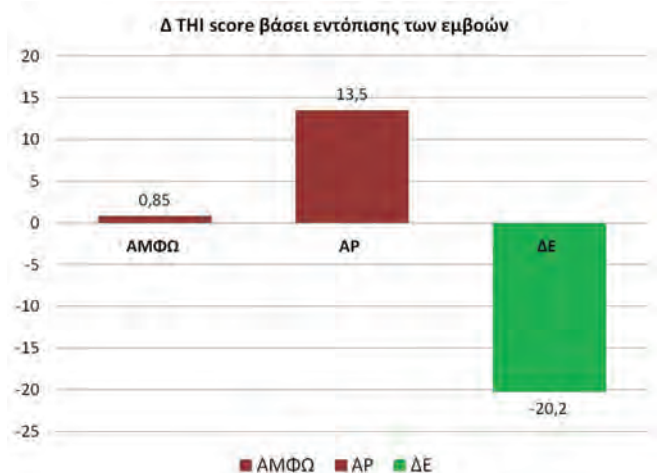
Είναι γνωστή από την βιβλιογραφία η σχέση των εμβοών με τις διαταραχές άγχους και κατάθλιψης. Αυτό επιβεβαιώθηκε και από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης στην οποία φάνηκε ότι οι ασθενείς που δεν έπασχαν από κατάθλιψη εμφάνισαν βελτίωση στις εμβοές τους (-2.07), σε σύγκριση με όσους έπασχαν από κάποιας μορφής κατάθλιψη (5.71) και αντίστοιχα ακόμη μεγα-

λύτερη βελτίωση στις εμβοές τους εμφάνισαν όσοι δεν έπασχαν από αγχώδη συνδρομή (-12.7), σε σύγκριση με τους ασθενείς με αγχώδη συνδρομή (14.0). Παρατηρήθηκε όμως και το παράδοξο της βελτίωσης των εμβοών σε ασθενείς με αϋπνία (-4.85) έναντι όσων δεν εμφάνιζαν κάποια διαταραχή ύπνου (4.33). Το τελευταίο αποτέλεσμα μπορεί να θεωρηθεί και τυχαίο καθώς συνήθως οι διαταραχές ύπνου εμφανίζονται σε ασθενείς με διαταραχές άγχους και κατάθλιψης.

Σε ότι αφορά το θεραπευτικό κομμάτι του πρωτοκόλλου, οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ψυχιατρική εκτίμηση/ψυχοθεραπεία, σε θεραπεία με το σκεύασμα Memovigor II και σε δίαιτα Furstenberg. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ψυχοθεραπεία/ φαρμακευτική αγωγή, εμφάνισαν επιδείνωση στις εμβοές τους (8.0) σε σύγκριση με όσους δεν υποβλήθηκαν, οι οποίοι εμφάνισαν οριακή βελτίωση (-0.64). Στο παράδοξο αυτό αποτέλεσμα δίδεται μια πιθανή εξήγηση στα συμπεράσματα. Οι ασθενείς που έλαβαν Memovigor II για ένα μήνα δεν εμφάνισαν βελτίωση (15.5), ενώ όσοι το έλαβαν σύμφωνα με τις οδηγίες της φαρμακευτικής εταιρείας για 2 μήνες, εμφάνισαν βελτίωση στις εμβοές τους (-5.37). Αντίστοιχα όσοι ασθενείς υποβλήθηκαν στη δίαιτα Furstenberg για ένα μήνα δεν εμφάνισαν βελτίωση (9.2), ενώ για 2 μήνες εμφάνισαν βελτίωση της τάξης του (-5.37). Ωστόσο και οι δύο θεραπευτικές λύσεις δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα: Memovigor 2 ($p=0.31$), δίαιτα Furstenberg ($p=0.9$)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι ηλικίες μικρότερες των 50 ετών εμφάνισαν μικρότερη βελτίωση σε σχέση με μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις περισσότερες μελέτες που εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εμβοών στις μεγαλύτερες ηλικίες.¹¹ Επίσης παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη βελτίωση μεταξύ αρρένων και θηλέων, η οποία όμως χρήζει περαιτέρω επιστημονικής επαλήθευσης και τεκμηρίωσης. Ένα ακό-



Εικ. 2 Τελικό αποτέλεσμα Δ THI βάσει εντόπισης των εμβοών.

μη εύρημα που αξίζει να τονιστεί είναι η μεγαλύτερη βελτίωση των εμβοών στη δεξιά πλευρά. Η βιβλιογραφία συσχετίζει αυτή τη διαφορά με το κυρίαρχο ημισφαίριο και τους δεξιόχειρες.¹² Η χρήση της δίαιτας Furstenberg αποσκοπούσε αφενός στη μείωση πρόσληψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε Na, αφετέρου στην απόσπαση του ασθενούς από τις εμβοές και την ενασχόληση του με μία πιθανή λύση του προβλήματός του. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη ρύθμιση των ασθενών με αρτηριακή υπέρταση (πιθανό αίτιο εμβοών). Αντίστοιχα, η χορήγηση του Memovigor 2 είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της επίδρασης του συμπλέγματος βιταμινών και Ginkgo biloba στις εμβοές. Τέλος σε ότι αφορά την ψυχιατρική εκτίμηση/ψυχοθεραπεία οι ασθενείς εκτιμήθηκαν στα πλαίσια αγχώδους ή καταθλιπτικής συνδρομής και ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο. Λόγω όμως της αργής απόδοσης των αγχολυτικών/αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και της σχετικά μικρής διάρκειας της έρευνας (2 μήνες), είναι πιθανό να μην αποδίδεται ευκρινώς η επίδρασή τους στις εμβοές των ασθενών. Επιπροσθέτως, η αντιμετώπιση των αιτιών του άγχους ή της κατάθλιψης με ψυχοθεραπεία φέρνει αντιμετώπιση τον ασθενή με δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία σε πρώιμα στάδια της αντιμετώπισης μπορεί να επιδεινώσουν τη δυσθυμία του ασθενούς και ταυτοχρόνως τις εμβοές του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο θεραπευτικό μας πρωτόκολλο τη μεγαλύτερη βελτίωση εμφάνισαν οι άρρενες ασθενείς, η ηλικιακή ομάδα των 50-59 ετών, όσοι είχαν νευροαισθητήρια αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα, όσων οι εμβοές ήταν παροδικές, οι ασθενείς που δεν είχαν αγχώδη ή καταθλιπτική συνδρομή καθώς και όσοι έλαβαν Memovigor 2 και υποβλήθηκαν στη δίαιτα Furstenberg για διάστημα δύο μηνών. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλα τα ανωτέρω αποτελέσματα δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για να αποδώσουν την τάση του δείγματος. Στόχος μας είναι η περαιτέρω ένταξη νέων ασθενών, ώστε να εξαχθούν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα.

Η παρούσα μελέτη δεν είχε καμία οικονομική ενίσχυση και δεν έχει δημοσιευθεί σε κάποιο άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ωτορινολαρυγγολογία, χειρουργική κεφαλής και τραχήλου Α.Αθανασιάδης – Σισμάνης. Εκδόσεις Παρισιάνου 2011:355-366.
2. Langguth B, Landgrebe M, Kleinjung T, Sand GP, Hajak G. Tinnitus and depression. World J Biol Psychiatry. 2011;12(7):489-500.
3. Folmer RL, Shi YB. SSRI use by tinnitus patients: interactions between
4. Depression and tinnitus severity. Ear Nose Throat J. 2004 Feb;83:107-108.
5. Pattyn T, Van Den Eede F, Vanneste S, et al. Tinnitus and anxiety disorders: A review. Hear Res. 2016;333:255-265.
6. Andersson G, Kaldö-Sandström V, Ström L, Strömberg T. Internet administration of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of tinnitus patients. J Psychosom Res. 2003 Sep;55(3):259-262.
7. Drew S, Davies E. Effectiveness of Ginkgo biloba in treating tinnitus: double blind, placebo controlled trial. BMJ. 2001 Jan 13;322(7278):73.
8. Procházková K, Šejna I, Skutil J, Hahn A. Ginkgo biloba extract EGb 761® versus pentoxifylline in chronic tinnitus: a randomized, double-blind clinical trial. Int J Clin Pharm. 2018 Jun. doi: 10.1007/s11096-018-0654-4. [Epub ahead of print].
9. Boles R, Rice DH, Hybels R, Work WP. Conservative management of Ménière's disease: Furstenberg regimen revisited. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1975;84(4 Pt 1):513-517.
10. Stockdale D, McFerran D, Brazier P, Pritchard C, Kay T, Dowrick C, Hoare DJ. An economic evaluation of the healthcare cost of tinnitus management in the UK. BMC Health Serv Res. 2017 22;17(1):577.
11. Maes IH, Cima RF, Vlaeyen JW, Anteunis LJ, Joore MA. Tinnitus: a cost study. Ear Hear. 2013;34(4):508-514.
12. Hoffmann HJ and GW Reed, (2004) Epidemiology of Tinnitus, in Tinnitus: Theory and management, JB Snow, Editor. 2004, BC Decker: Hamilton. 16-41.
13. Reiss M, Reiss G. Laterality of tinnitus: relationship to functional asymmetries. Wien Klin Wochenschr. 2001;15;113(1-2):45-51.

Νεκρωτική βλάβη βλεννογόνου υπερώας. Necrotic lesion of palate mucosa.

Θεογνωσία Χειμών¹

Αλέξανδρος Λαδιάς¹

Ελένη Τσακίρακη¹

Μαρίνα Παπαδογιάννη²

Χαρίτων Παπαδάκης¹

¹Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο,
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018*

Theognosia Chimona¹

Alexandros Ladias¹

Helen Tsakiraki¹

Marina Papadogianni²

Chariton Papadakis¹

¹ ENT department,
Chania General Hospital

²Microbiology Lab,
Chania General Hospital

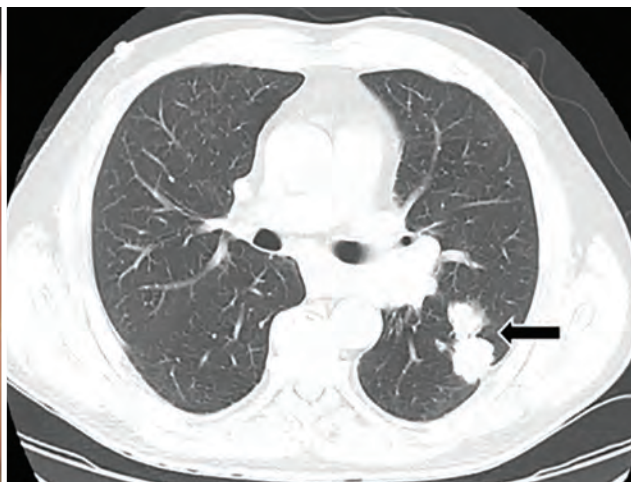
*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 3-4, 2018*

Ασθενής 60 ετών παραπέμφθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία από το Τμήμα Επειγόντων του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων λόγω ερυθήματος και οιδήματος δεξιάς παρειάς με την πιθανή διάγνωση οξείας ρινοκολπίτιδας. Ο ασθενής ανέφερε από το πρόσφατο ιστορικό του οδοντιατρική εργασία στην άνω γνάθο δεξιά προ 4 ημερών. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε οίδημα και ερύθημα της δεξιάς παρειάς, χωρίς άλγος στην πίεση και χωρίς την παρουσία πυωδών εκκρίσεων στον μέσο ρινικό πόρο σύστοιχα κατά την πρόσθια ρινοσκόπηση. Αξιοσημείωτη ήταν ευμεγέθης, δύσσομη, νεκρωτική βλάβη του βλεννογόνου της υπερώας δεξιά που επεκτεινόταν στη μέση γραμμή και τη φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου δεξιά (Εικ. 1). Τα ράκη του νεκρωμένου ιστού αποκολλούνταν με δυσχέρεια χωρίς αιμορραγία και κατά τόπους άφηναν εκτεθειμένη την σκληρά υπερώα. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος του ανωτέρου αναπνευστικού δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Από τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής είχε προ 4μήνου διαγνωσθεί με μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα (Εικ. 2) και μετάσταση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Εικ. 3). Είχε λάβει 3 κύκλους με cisplatin και etoposide και παρακολουθούνταν από το Ογκολογικό τμήμα του νοσοκομείου. Ο ασθενής εισήχθη στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Γ.Ν. Χανίων για περαιτέρω διερεύνηση.

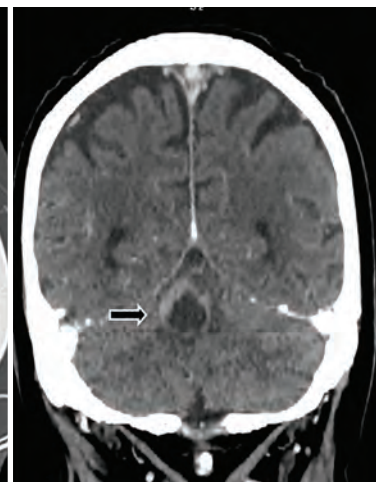
Για τη διάγνωση, συνεχίστε στη σελίδα 92



Εικ. 1 Ευμεγέθης νεκρωτική βλάβη του βλεννογόνου της υπερώας με επέκταση στη μέση γραμμή και τη φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου δεξιά.



Εικ. 2 Αξονική τομογραφία θώρακος εγκάρσιο επίπεδο, πνευμονικό παράθυρο. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα (βέλος).



Εικ. 3 Αξονική τομογραφία εγκεφάλου, στεφανιαίο επίπεδο, παράθυρο μαλακών μορίων. Αναγνωρίζεται μεταστατική εστία στην παρεγκεφαλίδα.



Με τον Παρασκευά Αυγερινό,
ιδρυτή του ΕΣΥ.

Συνέντευξη με το Νίκο Μαρουδιά. 33 Χρόνια Εθνικό Σύστημα Υγείας.

τ. Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής Γ.Ν. Ν. Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλαιο»,
Αγία Όλγα. MD, PhD, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής του 24ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Ωτορινολαρυγγολογίας που έλαβε χώρα από 12 έως και 14/10/2018 στο «Αλεξάνδρειο» Συνεδριακό Κέντρο στο Λουτράκι, το Δ.Σ. της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας βράβευσε μεταξύ των άλλων και τον Νίκο Μαρουδιά για την εν γένει προσφορά του στην ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας. Ο Νίκος Μαρουδιάς μετά από 33 χρόνια αδιάλειπτης παρουσίας από διάφορες θέσεις στο ΕΣΥ της Ελλάδας αφυπηρέτησε στις 31/12/2017 με το βαθμό του Συντονιστή Διευθυντή της Ωτορινολαρυγγολογικής κλινικής του 'Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας και Πατησίων - "Κωνσταντοπούλαιο" και συνεχίζει δυναμικά την εξάσκηση της ειδικότητάς μας στον ιδιωτικό φορέα, στο Νοσοκομείο "Υγεία".

Γεννημένος στο Λονδίνο από Κύπριους γονείς, παρακολούθησε τις βασικές σπουδές στην Κύπρο μετά την επιστροφή του εκεί και φοίτησε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σύνθετη και δυναμική προσωπικότητα που χρονολογικά έτυχε να ζήσει όλες τις μεγάλες μεταβολές του Ελληνικού Δημόσιου Συστήματος Υγείας, δεν αρκέστηκε απλά μόνο στην εξάσκηση της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας, αλλά μετείχε ενεργά - δραστικά - δυναμικά στην εκπαίδευση με όλες τις μορφές (Συνέδρια- Σεμινάρια-Ημερίδες κλπ).

Κατέλαβε επίσης διάφορες διοικητικές θέσεις που αφορούσαν την ειδικότητά μας και ήταν εκδότης και παραμένει ένας από τους σημαντικότερους υποστηρικτές του περιοδικού της Πανελληνίας Εταιρείας.

Γι' αυτό λοιπόν το σύνθετο έργο του, θα τον παρακαλέσουμε να μας απαντήσει στα παρακάτω ερωτήματα, προσδοκώντας να αποτυπώσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα την εν γένει προσφορά του στην ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας, την εξέλιξη του ΕΣΥ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα, τις σχέσεις μεταξύ των ιατρών του ΕΣΥ και των Πανεπιστημιακών, τις τυχόν δυσκολίες συνεργασίας των Ιατρών και των Πολιτικών των Υπουργείων και πολλά άλλα.

Πώς επέδρασαν στη διαμόρφωση του χαρακτήρα σας η Κυπριακή καταγωγή σας, το γεγονός ότι γεννηθήκατε στο Λονδίνο και η πολιτική κατάσταση της Κύπρου κατά τη διάρκεια των βασικών σας σπουδών;

Οι γονείς μου Έλληνες Κύπριοι σπούδαζαν και εργάζονταν στο Λονδίνο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο μεν πατέρας μου ενσωματώθηκε πλήρως στην αγγλική κοινωνία και κυπριακή παροικία του Λονδίνου, απολάμβανε τη ζωή εκεί, ενώ η μητέρα μου βαθιά πατριώτισσα επιθυμούσε την επιστροφή μας στην Κύπρο, γιατί δεν άντεχε την πολιτική κατάσταση που επικρατούσε στο νησί με την αγγλική κατοχή. Επιστρέφοντας στην Κύπρο, χωρίς τον πατέρα μου ο οποίος παρέμεινε άλλα δυο χρόνια, τα πρώτα μου βιώματα ήταν ο απαχρονισμός Καραολή και Δημητρίου, την επόμενη μέρα παιδάκι 8 ετών, ανέβηκα στην ταράτσα του σχολείου μου, κατέβασα την αγγλική σημαία και τοποθέτησα την ελληνική. Τα δημοτικά σχολεία της Κύπρου ήταν σε απόλυτη κατοχή των Αγγλων, ενώ τα γυμνάσια στην κυπριακή εκκλησία. Η πράξη μου αυτή με σημάδεψε για μια ζωή, διότι χωρίς να το καταλάβω από 8 ετών ήμουν το νεότερο μέλος του απελευθερωτικού αγώνα της Κύπρου. Η σχέση μου με την Αγγλία ήταν πάντα σχέση μίσους - αγάπης. Παρά ταύτα, το Λονδίνο αποτελούσε για μένα πηγή έμπνευσης και αργότερα επιστημονικής εξέλιξης.

Επιμέλεια συνέντευξης:
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Χειμώνα Θεογονώσια
Για το περιοδικό
της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 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

Φοιτήσατε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Πώς σας αντιμετώπισαν οι Έλληνες συμφοιτητές σας και πως οι πλειονότητα των Καθηγητών σας;

Εγώ ο ίδιος αισθάνομαι Έλληνας της Κύπρου και Κύπριος της Ελλάδος, όπως με αποκάλεσε κάποτε ο καθηγητής Ανέστης Ψηφίδης. Είχα την τιμή να υπερασπιστώ την ελληνική σημαία ως ανθυπολοχαγός το 1974 κατά την τουρκική εισβολή, ενώ ήμουν στο 4ο έτος της Ιατρικής Σχολής. Ποτέ δεν αισθάνθηκα ότι διαφέρω και τουλάχιστον σε επίπεδο συμφοιτητών εισέπραξα πολλή αγάπη και οι στενότεροί μου φίλοι ήταν Ελλαδίτες και όχι Κύπριοι. Δεν αντιμετώπισα πρόβλημα από τους καθηγητές μου για την καταγωγή μου, αλλά όπως και οι περισσότεροι συμφοιτητές μου, υποστήκαμε συμπεριφορές αυταρχικές βάνουσες και φασιστικές, λόγω των δημοκρατικών μας φρονημάτων στα χρόνια της δικτατορίας. Τους συγχώρεσα όλους τους καθηγητές μου και αυτό οφείλεται σε δύο προσωπικότητες, του Καθηγητή Υγιεινής Δ. Τριχόπουλου και του Καθηγητή Φαρμακολογίας Δ. Βαρώνου, οι οποίοι το 1974 επιστρέφοντας από την Κύπρο μετά την τουρκική εισβολή μας αγκάλιασαν, κλάψαμε μαζί και μας στήριξαν όλους τους Κύπριους φοιτητές Ιατρικής που πολέμησαμε τον τουρκικό εισβολέα.

Υπήρξε κάποια 'λαμπρή' επιστημονικά προσωπικότητα που σας ώθησε να λάβετε την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας ή λάβατε την απόφαση από μόνος σας ή από επιρροή από το άμεσο συγγενικό ή φιλικό σας περιβάλλον;

Έγινα Ωτορινολαρυγγολόγος μπορώ να πω τυχαία! Ήθελα να γίνω Ορθοπαιδικός αρχικά. Δε μπορώ να πω πως το μετάνιωσα ποτέ όμως. Ο συνάδελφός μου και συμπατριώτης μου Αντώνης Κουνούνης, κάνοντας ο ίδιος τότε ειδικότητα ΟΡΛ, με έπεισε να το αποφασίσω και με προοπτική μελλοντικής συνεργασίας στην Κύπρο. Πρέπει να πω ότι αργότερα μετά την ειδικότητα ο Γιώργος Γαβαλάς, με ενέπνευσε ιδιαίτερα σε θέματα Ακοολογίας-Νευρωτολογίας και ήταν ο πρώτος μπορώ να πω μέντοράς μου. Ο Γιάννης Οικονομίδης με εξοικείωσε με την παιδιατρική Ακοολογία και στο εργαστήριό του κάναμε όλο τον έλεγχο για το αντικείμενο της διατριβής μου. Ο Γιάννης Ξενέλης φίλος μου και «αδελφός» μου απογείωσε τις γνώσεις και το πεδίο μελέτης και άσκησης χειρουργικής ωτολογίας και μου γνώρισε τους κορυφαίους Αμερικανούς ωτολόγους House, Brackmann, Delacrouse, Linthikum. Ο Καθηγητής Χελιδόνος υπήρξε μέντορας μου, επιβλέπων της διατριβής μου στο πανεπιστήμιο Κρήτης. Οι αείμνηστοι διευθυντές μου, ο Θ. Καντιάνης και ο Α. Θεοδωρόπουλος στάθηκαν στο πλευρό μου σαν εκπαιδευτές και δάσκαλοι και μου επέτρεψαν ελευθερία δράσης και πρωτοβουλίας στα πλάισια της κλινικής. Η γνωριμία μου και φιλία μου με τον Καθηγητή Α. Σισμάνη έδωσε άλλη διάσταση στις γνώσεις και απόψεις μου στη Νευρωτολογία. Όλους τους ευχαριστώ εκ βάθους καρδιάς.

Με ποια κριτήρια επιλέξατε τα Νοσοκομεία και τις Κλινικές που κάνατε την Ειδικότητα της Χειρουργικής και μετά της Ωτορινολαρυγγολογίας;

Εδώ πάλι έπαιξε ρόλο ο παράγοντας τύχη. Έκανα αίτηση στη Χειρουργική κλινική του πολύ αυταρχικού Καθηγητή Οικονόμου στο Ιπποκράτειο Αθηνών, για να φτάσω ενώπιον του ίδιου να

εισπράξω χλευασμό και περιφρόνηση με τη φράση «Να πας στο Λαϊκό στον Χρυσοσπάθη, όπου πήρες 9, αντιπαθώ τους Κύπριους και επίσης κανείς γιατρός της κλινικής μου δεν έχει τέτοιο αναρχικό μούσι»! Του απάντησα πως ένας νέος ιατρός επισκέπτεται τον Καθηγητή του για να τον κάνει καλό γιατρό και αυτός τον αποπέμει. Επέστρεψα στο Υπουργείο Υγείας, όπου οι κενές θέσεις ήταν δύο, είτε στη Νέα Ιωνία, είτε στο Γενικό Κρατικό Πειραιά. Δεν είχα ποτέ επισκεφθεί την "Αγία Όλγα", αλλά έμελλε να τοποθετηθώ εκεί, όπου και συνέχισα και για την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας, ως πρώτος ειδικευόμενος της νέας τότε κλινικής μαζί με τον Α. Κουνούνη.

Εάν υπήρχε η δυνατότητα να συγκρίνουμε το επίπεδο απαιτήσεων-δυσκολίας στις εξετάσεις λήψης ειδικότητας τότε και τώρα ποια θα ήταν η απάντησή σας;

Οι εξετάσεις ειδικότητας στην εποχή μου ήταν εξαιρετικά απαιτητικές -οι πιο δύσκολες όλων των ειδικοτήτων- λόγω του ιδιαίτερου χαρακτήρα των εξεταστών καθ. Πανταζόπουλου και καθ. Δοκιανάνη. Σπουδαίοι γιατροί, πολύ αυστηροί, μεγάλου επιστημονικού βεληνεκού, έτρεμες και μόνο στην παρουσία τους. Ως εξεταστής ο ίδιος για δέκα έτη και πλέον, μαζί με τους καθηγητές Α. Σισμάνη, Ι. Σέγγα και Ι. Γιωτάκη, μπορώ να πω πως έχει αλλάξει πλήρως η προσέγγιση του τρόπου εξέτασης και μοιάζει περισσότερο με μια φιλική συνέντευξη. Πρέπει να αναφέρω εδώ πως ο Αριστείδης Σισμάνης στήριξε και θεμελίωσε τη σύνδεση των γιατρών του ΕΣΥ με το Πανεπιστήμιο, πράγμα στο οποίο πάντα πίστευα βαθύτατα, όχι μόνο ακολούθησαν οι συνεχιστές Ι. Σέγγας και Ι. Γιωτάκης, αλλά το συνέχισαν και το στήριξαν σαν διαδικασία εκπαίδευσης και των ειδικευόμενων με τα μαθήματα κτλ. Πάντα στις εξετάσεις ήταν θετική έκπληξη για μένα όταν επρόκειτο για ειδικευόμενους μικρότερων κλινικών, αλλά με δομημένη επιστημονική σκέψη.

Μετά το πέρας της Ειδικότητας θα αντιμετωπίσατε και εσείς όπως και όλοι οι Έλληνες λαρυγγολόγοι το δίλημμα, ιδιωτικό ιατρείο ή Νοσοκομείο; Εσείς τι προτιμήσατε και για ποιους λόγους;

Εξ αρχής και για λόγους επιστημονικούς αλλά και ιδεολογικούς, επιθυμούσα να είμαι νοσοκομειακός γιατρός. Στην έναρξη της εργασίας μου σε κρατικό νοσοκομείο είχα τη δυνατότητα και ιδιωτικού ιατρείου (1982-1985), έπειτα όμως ακολούθησα την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο κρατικό σύστημα υγείας με την ίδρυση του ΕΣΥ. Εδώ πρέπει να αναφέρω, ότι απέρριψα μια πρόταση να συνεχίσω τη καριέρα μου στην Νότια Αφρική ή να επιστρέψω στην Κύπρο. Οι τρεις φίλοι μου που έπραξαν αντίθετα από εμένα, επέστρεψαν Κύπρο και έκαναν πολύ αργότερα επιτυχή ιδιωτική καριέρα. Ποτέ δεν μετάνιωσα για την πορεία μου στην Ελλάδα και στο κρατικό νοσοκομείο. Η εκπαίδευση τόσων νέων παιδιών στην κλινική μας, το συνεχιζόμενο επιστημονικό έργο και οι νέες γνώσεις που αποκόμιζα αποτελούσε για μένα πηγή έμπνευσης και ευτυχίας. Όσες μετεκπαιδεύσεις έκανα στα πλάισια της καριέρας μου, έγιναν με εκπαιδευτικές άδειες που μου επέτρεπε το νοσοκομείο μου και είμαι ευγνώμων για αυτό. Πάντα αισθανόμουν πιο μάχιμος και δραστήριος στα πλάισια του ΕΣΥ.



Με το επιτελείο και συνεργάτες της ΩΡΛ κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας-Πατησίων «Κωνσταντοπούλειο» Αγία Όλγα.

Με ποια διαδικασία έγινε η πρόσληψή σας στο ΕΣΥ. Ήταν μια διαδικασία κατά τη γνώμη σας αδιάβλητη, αντικειμενικά δίκαιη;

Η πρόσληψή μου στο ΕΣΥ για μένα ήταν μια εύκολη υπόθεση, γιατί ήμουν ο αρχαιότερος επιμελητής της γενιάς μου για τη θέση του επιμελητή Β' και αφετέρου η επιθυμία των περισσότερων αφορούσε άλλα νοσοκομεία, (Ερυθρός, Κρατικό Ιπποκράτειο κτλ.). Οι συνυποψήφιοί μου κατέλαβαν θέσεις άλλων νοσοκομείων λόγω της δυνατότητας της τριπλής επιλογής. Απεναντίας νιώθω «αδικημένος» που σε εκείνη την εποχή δε μου δόθηκε ευκαιρία για κλινικές άλλων νοσοκομείων όπως αυτές που προανέφερα, ιδιαίτερα του Ερυθρού που ήταν και επιθυμία μου. Όταν έγινα επιμελητής στην "Αγία Όλγα", εκπροσωπώντας τους εργαζομένους του νοσοκομείου είχα την τύχη να συνεργαστώ με την Αλίκη Περρωτή, δωρήτρια του Νοσοκομείου, στην ανέγερση της νέας μεγάλης πτέρυγας του «Κωνσταντοπούλειο» Νοσοκομείου και προσπάθησα με όλες τις δυνάμεις μου να υλοποιήσω το όραμά της που έγινε και δικό μου. Η ιδεολογική και πολιτική μου άποψη ήταν γνωστή σε όλους, παραμένει σταθερή έως και σήμερα, υπήρξε αίτιο σκληρής και πολλής φορές κακόπιστης κριτικής, αλλά ακόμη και αυτό το θεωρώ αναμενόμενο τμήμα για τη συμμετοχή μου σε μεταρρυθμίσεις και έκφραση πολιτικών τοποθετήσεων. Πιο δίκαιη ερώτηση θα μπορούσε να είναι γιατί με αυτές τις δραστηριότητες και βιογραφικό παρέμεινα πιστός στο μικρότερο νοσοκομείο της βορειοδυτικής Αττικής, είτε γιατί αρνήθηκα όλες τις πολιτικές θέσεις που μου πρότειναν οι κυβερνήσεις της παράταξής μου.

Μετά τα πρώτα χρόνια υπηρετήσής σας στο ΕΣΥ, διαπιστώσατε ασφαλώς αδυναμίες, προβλήματα λειτουργίας του συστήματος, αγκυλώσεις αλλά πιθανά και πολιτικές παρεμβάσεις σε διάφορα επίπεδα. Ποια ήταν τα κυριότερα κατά τη γνώμη σας και με ποιο τρόπο θα μπορούσε κανείς να τα περιορίσει ή και να τα λύσει;

Η εφαρμογή του ΕΣΥ το 1983 με τον νόμο 2897 αποτελούσε το σημαντικότερο επίτευγμα της τότε κυβέρνησης. Συμμετείχα ενεργά με διατύπωση προτάσεων και στήριξης στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ και τον τότε εμπνευστή του και Υπουργό Παρασκευά Αυγερινό. Δεν είναι τυχαίο ότι πρώτοι σε όλη τη χώρα στο Νο-

σοκομείο Νέας Ιωνίας συγκροτήσαμε συμβούλια που προβλεπόντουσαν από τον ιδρυτικό νόμο, π.χ. ογκολογικό συμβούλιο κ.α., και δεν έχει σημασία ότι για αυτούς τους λόγους δεχθήκαμε επιθέσεις από sites και μίζερους ανθρώπους, αλλά ακόμη και αυτό είναι προσωπική επιτυχία. Υπήρξαμε ονειροπόλοι άνθρωποι με εργατικότητα και αφοσίωση μέσα σε ένα ΕΣΥ που λίγες φορές ήταν φιλικό σε εμάς, όπως π.χ. η αντίληψη για την αριστεία και αξιοκρατία, τόσο ταλαιπωρημένες έννοιες στη χώρα, που έφτασαν τον τελευταίο καιρό να ταφούν και επισήμως. Ο ιδρυτικός νόμος προέβλεπε τη συνεχή βελτίωση και εξέλιξη του συστήματος, που όχι μόνο δεν έγιναν αλλά οι πολιτικές παρεμβάσεις με τους εκάστοτε υπουργούς υγείας οδηγούσαν στο να χτίζουμε π.χ. περισσότερα νοσοκομεία σε περιοχές που δεν υπήρχε η αντίστοιχη ανάγκη, (Άργος- Ναύπλιο, Σητεία, Ρέθυμνο, Πτολεμαΐδα - Κοζάνη). Φτάσαμε στη χώρα να έχουμε 140 νοσοκομεία ενώ οι ανάγκες ήταν για 90, 2000 κλινικές υποστελεχωμένες, ενώ οι μελέτες δείχνουν για 900 με πλήρες προσωπικό. Στην Αθήνα μόνο υπάρχουν 17 ΩΡΛ κλινικές και 3 στρατιωτικές. Η αδυναμία των πολιτικών να συγχωνεύσουν νοσοκομεία και κλινικές οδήγησε τα νοσοκομεία σε πτωχή εκπαίδευση, χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών, χαμηλές αποζημιώσεις των γιατρών και φυγή στο εξωτερικό. Υπηρέτησα σε ένα νοσοκομείο 33 χρόνια αλλά γεμάτο ανθρώπους με ψυχή και γνώση που είχαν την αίσθηση ότι βοηθούσαν να γεννηθεί κάτι σημαντικό μέχρι τις μέρες μας, που ενώ έχουν μεσολαβήσει πολλά στη διαδρομή, πλέον χωρίς τόση ψυχή και ενθουσιασμό προσπαθούσαμε ακόμη να σώσουμε οτιδήποτε αν σώζεται'.

Με ποιο κλάδο της Ωτορινολαρυγγολογίας ασχοληθήκατε τα πρώτα χρόνια; Που καταλήξατε στο τέλος; Η μεγάλη αυτή πορεία είχε σταθμούς κομβικούς για την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας. Θα ήταν ιδιαίτερα διδακτικό για όλους μας μια σύντομη σκιαγράφηση εκ μέρους σας για την πορεία της ειδικότητας μας μέσα στο ΕΣΥ.

Στην αρχική φάση της ειδικότητας με γοήτευσε η Ωτοχειρουργική, η Ακοολογία και Νευρωτολογία, επηρεασμένος από τους μεγάλους της εποχής που προανέφερα και της πληθώρας των περιστατικών τότε. Στην πάροδο του χρόνου με την πτώση του αριθμού περιστατικών χειρουργικής ωτός καθώς και με την ταχύρρυθμη εξέλιξη της χειρουργικής ρινός με τη χρήση ενδοσκοπίων και της ρινοπλαστικής, στράφηκε η προσοχή μου στον τομέα της ρινολογίας με παρακολούθηση σεμιναρίων του Stammberger, Tony Bull, της Lund και στον Castelnovo. Η συμμετοχή μου στα διοικητικά συμβούλια της ειδικότητας μας ήταν πάντα μεταρρυθμιστική. Υπήρξα ιδρυτικό μέλος της Ακοολογικής Εταιρείας, Πρόεδρος Αντιπρόεδρος και απλό μέλος του συμβουλίου της. Στη δική μου Προεδρεία η Ακοολογική – Νευρωτολογική Εταιρεία μετεξελίχθηκε σε Πανελλήνια Ωτολογική Ακοολογική Νευρωτολογική Εταιρεία, προσπάθεια που δεν ήταν εύκολη, έτσι συμμετέχουν από τότε και οι Ωτοχειρουργοί ισότιμα με τους Ακοολόγους. Ως Πρόεδρος της ΩΡΛ Αθηνών με τη βοήθεια του Γιάννη Σέγγα την μετονομάσαμε από Ελληνική Εταιρεία Λαρυγγολογίας σε ΩΡΛ Εταιρεία Αθηνών, τονίζοντας την Επιστημονική και γεωγραφική της διάσταση. Επίσης με την ιδιότητα του Προέδρου της ΩΡΛ Αθηνών και μέλος του Δ.Σ. της



Με τη σύζυγό του Πετρίνα.

Πανελλήνιας γηθήκα της δύσκολης προσπάθειας ενοποίησης όλων των περιοδικών της ειδικότητας, πράγμα που με κάνει υπερήφανο και εδώ θέλω να ευχαριστήσω τον Αντώνη Καμπέρο, τον Χάρη Παπαδάκη, τον Κώστα Μάρκου τον Στέφανο Τριαρίδη, τον Ιορδάνη Κωνσταντινίδη και Πάνο Γκούμα για την συμπαράστασή τους. Το 2011 ως μέλος επιτροπής εκπαίδευσης του ΚΕΣΥ συνέβαλα στο να διευρυνθεί το διαγνωστικό και θεραπευτικό αντικείμενο της ειδικότητάς μας που πλέον περιελάμβανε και τις παθήσεις θυρεοειδούς, άπνοιας ύπνου/ ροχαλητού, αλλεργικής ρινίτιδας- τεστ αλλεργίας και π्लाστικής προσώπου. Υπήρξα μέλος επί 8 χρόνια της Επιτροπής εξετάσεων ειδικότητας ΩΡΛ στην Αθήνα, 3 χρόνια αντίστοιχα στη Θεσσαλία και την Αλεξανδρούπολη. Το 1984 οργάνωσα την πρώτη αποστολή εθελοντών ιατρών στα νησιά επί Υπουργού Γ. Γεννηματά, την οποία μετά από χρόνια ακολούθησαν και άλλα νοσοκομεία και βοήθησαν πάρα πολύ στην περίθαλψη των ακριτικών νησιών μας.

Μετεκπαιδευθήκατε σε πολλά κέντρα του εξωτερικού. Από όλα αυτά τα κέντρα ποια σας άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις στη μνήμη σας και για ποιους λόγους;

Από τις μετεκπαιδεύσεις μου στο εξωτερικό, σταθμός για την επιστημονική μου εξέλιξη στάθηκαν τα Νοσοκομεία Royal National Hospital (UCL) του Λονδίνου, όπου παρακολουθούσα χειρουργεία της Καθηγήτριας Lund για ενδοσκοπική χειρουργική, του Καθηγητή Howard για τράχηλο και τους Graham και Brooks στην ωτοχειρουργική. Η γνωριμία μου με το Mario Sanna στην Πιατσέντσα της Ιταλίας και η παραμονή μου για μικρό διάστημα στο τμήμα του υπήρξε σημαντική στην εμπέδωση της χειρουργικής μέσου και έσω ωτός. Η παρακολούθηση στο Charité Hospital του Βερολίνου υπό τον Καθηγητή Gerhard με αποκλειστικό αντικείμενο την χειρουργική μέσου ωτός υπήρξε για μένα σημαντική εμπειρία. Κοντά στον Jan Abitbol στο Παρίσι είχα την ευκαιρία να εκπαιδευτώ στη μικροχειρουργική λάρυγγος με laser, καινοτομία για την εποχή, το οποίο συνέχισα και στην Αθήνα δίπλα στο Σ. Παπασπύρου τότε Δ/ντη στον Ευαγγελισμό. Παρακολούθησα πάνω από 50 διεθνή workshops και αναγνωρισμένα courses, ενώ έπειτα υπήρξα εκπαιδευτής σε 61 workshop-εκπαιδευτικά προγράμματα στην Ελλάδα και το εξωτερικό με αντικείμενο τη ρινοπλαστική την ενδοσκοπική χειρουργική και την ωτοχειρουργική.

Ασχοληθήκατε εκτός των άλλων με τη συγγραφή μεγάλου αριθμού δημοσιεύσεων σε Ελληνικά και Διεθνή περιοδικά. Πόσο αναγκαίο είναι αυτό για ένα ιατρό που υπηρετεί στο ΕΣΥ; Σε τι ωφελεί το ΕΣΥ;

Πραγματοποίησα 16 ερευνητικά πρωτόκολλα στα πλαίσια της ΩΡΛ κλινικής του νοσοκομείου Νέας Ιωνίας, εξέδωσα 4 συγγράμματα ΩΡΛ, ενώ συμμετείχα και σε συγγράμματα άλλων συναδέλφων, 410 εργασίες-ομιλίες σε ελληνικά συνέδρια, στρογγυλές τράπεζες και ημερίδες, 60 δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά και πάνω από 200 σε ελληνικά. Όλη αυτή η επιστημονική τριβή και εκπαιδευτική δραστηριότητα κατά τη γνώμη μου πρέπει να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κατάρτισης και συνεχούς εξέλιξης των ιατρών του ΕΣΥ και άρα βελτίωσης και συνεχούς εκσυγχρόνισης του συστήματος με νέες γνώσεις και τεχνικές, με αποτέλεσμα την παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες ασθενείς.

Υπήρξατε συντονιστής σε πολλές στρογγυλές τράπεζες στα συνέδρια και σεμινάρια της Πανελλήνιας Εταιρείας που κατά κοινή ομολογία ξεχώριζαν για τη δομή και την επιστημονική τους ποιότητα. Ποιο ήταν το μυστικό της επιτυχίας; Εάν υπήρχε η δυνατότητα να ξεχωρίζατε τις τρεις καλύτερες ποιες θα ήταν αυτές;

Παρακολούθησα 116 συνέδρια ΩΡΛ παγκοσμίως, συμμετείχα σε πάνω από 100 ελληνικά συνέδρια-σεμινάρια, ενώ συνετέλεσα στην διοργάνωση 89 συνεδρίων- ημερίδων ΩΡΛ στον ελληνικό χώρο. Η συμμετοχή μου σε πολυάριθμες στρογγυλές τράπεζες πάντα αποτελούσε για μένα ευκαιρία να δημιουργώ συνθήκες ανταλλαγής υψηλού επιπέδου επιστημονικών απόψεων και να πυροδοτώ γόνιμες αντιπαραθέσεις για αμφιλεγόμενα θέματα της ειδικότητας μας. Τα πολύτιμα συμπεράσματα αυτών των διαλόγων γίνονταν οδηγός για τους νέους ιατρούς που παρακολουθούσαν, αλλά χρησίμευσαν και σε μένα προσωπικά στην αναβάθμιση της σκέψης μου και στη διαμόρφωση των απόψεών μου για διαχείριση εξειδικευμένων κλινικών προβλημάτων. Για παράδειγμα η διαχείριση της νόσου Meniere και της αιφνίδιας βαρνοκίας και εμβόων μέσα από συζητήσεις με τον Α. Σισμάνη και Ι. Ξενέλη, κοχλιακών εμφυτευμάτων με Γ. Δοκιανάκη, Γ. Παπάζογλου, Β. Βιτάλη, Θ. Ηλιάδη και πιο σύγχρονους Ι. Αθανασόπουλο. Στην χειρουργική μέσης ωτίτιδας ο συντονισμός τράπεζας με τον Ε. Χατζημανώλη και Γ. Τερζάκη και ομιλητές Δ. Λουβερδή, Κ. Χρηστίδη, Δ. Λεφαντζή, υπήρξαν για παράδειγμα από τις πιο διαδραστικές τράπεζες που διηύθηνα. Οι δομημένες επιστημονικά τοποθετήσεις του Π. Μαργκουδάκη και Θ. Νικολόπουλου σε όλο το φάσμα της ΩΡΛ πάντα με χαροποιούν σαν συντονιστή και δίνουν έναυσμα για ενδιαφέρουσες, δημιουργικές συζητήσεις.

Στη μακροχρόνια πορεία σας στο ΕΣΥ ασχοληθήκατε με ιδιαίτερη έμφαση με την εκπαίδευση των νεότερων συναδέλφων. Τι σας οδήγησε προς αυτή την κατεύθυνση;

Οι χαρές που πήρα από το ΕΣΥ δεν αντικαθίστανται από καμία οικονομική διάσπαση του επαγγέλματος που θα απολάμβανα αν είχα επιλέξει να ιδιωτεύσω. Από ιδεολογικής και ιδιοσυγκρασιακής προσέγγισης οραματιζόμουν πάντα πως θα ήθελα να είναι η άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής στα πλαίσια του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας. Προσωπικά αισθά-

νομαι ιατρός και δάσκαλος, πιστεύοντας πως υπήρξα μαχητής του ΕΣΥ. Θα σκέφτομαι πάντα όλα αυτά τα παιδιά που εκπαιδεύσα ως Επιμελητής και Δ/ντης μαζί με τους συνεργάτες μου, τις αναρίθμητες ομιλίες και εργασίες σε συνέδρια και διεθνή forum, τις συμμετοχές σε εκπαιδευτικά προγράμματα course κτλ. Τους έδωσα τον καλύτερο εαυτό μου και στην άσκηση κλινικής πράξης αλληλά και στην απόκτηση χειρουργικών δεξιοτήτων και για αυτό εισπράττω όλη την αγάπη τους όπου τους συναντώ ή όποτε χρειαστούν τη συμβουλή και βοήθειά μου μέχρι και τώρα. Χαίρομαι που διαπρέπουν και ανεβάζουν ακόμη πιο ψηλά το επίπεδο της χειρουργικής πρακτικής τους και της επιστημονικής τους εξέλιξης και αυτό είναι για μένα η ανεκτίμητη ανταμοιβή των προσπαθειών μου. Φτάσαμε τότε στην Νέα Ιωνία στο νοσοκομείο Αγίας Όλγας να έχουμε 3 χρόνια αναμονής για έναρξη ειδικότητας.

Ποια ήταν η σχέση σας με τις Πανεπιστημιακές Κλινικές και ιδιαίτερα εκείνη των Αθηνών;

Ιδεολογικά και επιστημονικά ήμουν ταγμένος υπέρ της σύνδεσης ΕΣΥ και Πανεπιστημίου. Πίστευα πάντα ότι η ενδυνάμωση της εκπαίδευσης προέρχεται από την συσπείρωση των επιστημονικών φορέων και δυνάμεων και την αμφίδρομη σχέση πανεπιστημιακών και γιατρών του ΕΣΥ γενικά για κάθε ειδικότητα. Δυστυχώς παρά τις προσπάθειές μου για πολλά χρόνια με την ιδιότητα του προέδρου των συντονιστών Δ/ντων του ΕΣΥ, δεν επετεύχθη η ισότιμη σχέση και συμμετοχή στην εκπαίδευση, π.χ. με τον τίτλο «Κλινικού Καθηγητή», των συντονιστών Διευθυντών του ΕΣΥ, λόγω αδυναμίας και δυσπιστίας των μελών και των δυο ομάδων (Πανεπιστημιακών- ιατρών ΕΣΥ).

Όταν στις 31/12/2017 ήρθε η ώρα να παραδώσετε τη διεύθυνση στους νεότερους ποια ήταν τα συναισθήματά σας; Ήταν μια δύσκολη στιγμή ή είχατε προετοιμάσει και με ποιο τρόπο την «έξοδο»;

Ήμουν έτοιμος να αποχωρήσω θεωρώντας ότι έχω κάνει το χρέος μου απέναντι στο ΕΣΥ, το νοσοκομείο μου και τους ασθενείς μου και έκλεινε αυτός ο κύκλος. Απόδειξη τούτου ήταν ότι στην αποχαιρετιστήρια ομιλία μου παραβρέθηκε και με τίμησε σύσσωμο το προσωπικό του ιδρύματος, κάτι που γινόταν για πρώτη φορά, και θα το θυμάμαι πάντα σαν κορυφαία προσωπική στιγμή. Αναγνωρίζοντας και αρκετές αδυναμίες μου, οφείλω να πω πως πιστεύω πως έκανα το καθήκον μου για να αφήσω παρακαταθήκη μια εξοπλισμένη σύγχρονη κλινική στους συνεχιστές, καλούς συνεργάτες μου, στους οποίους εύχομαι να αξιοποιήσουν στο έπακρο τις δυνατότητές τους και αναπτύξουν την προσωπική τους δράση. Νιώθοντας υγιής και δραστήριος, συνεχίζω πλέον ιδιωτικά στο Νοσοκομείο Υγεία θέλοντας να τιμήσω στο σύστημα υγείας την εμπειρία που απέκτησα, αλληλά και να βοηθήσω τους ασθενείς που με εμπιστεύονται ακόμη.

Στη μακρά πορεία σας ποιοι άνθρωποι από το στενό σας περιβάλλον αλληλά και από την Ωτορινολαρυγγολογική κοινότητα σας στάθηκαν περισσότερο έτσι ώστε να αισθάνεστε σήμερα την ανάγκη να τους ευχαριστήσετε;

Πολλά από όσα κατάφερα στην "Αγία Όλγα" σε πορεία 33 χρόνων στο ΕΣΥ, χωρίς το ανθρώπινο περιβάλλον ίσως να μην

είχαν γίνει ποτέ, παρόλτες τις αντιφάσεις των συνθηκών που αντιμετωπίζουμε και μέσα στις οποίες δουλεύουμε. Υπηρέτησα σε ένα νοσοκομείο, το οποίο χτίσαμε από την αρχή και το κάναμε πρότυπο και γνωστό σε όλο τον κόσμο για τις επιτυχίες του, ως κέντρο αναφοράς για πολλές παθήσεις και θεραπευτικά πρωτόκολλα, και νιώθω υπερήφανος που ήμουν και εγώ παρών μαζί με όλους τους συναδέλφους και άλλων ειδικοτήτων. Ειδικά τα τελευταία πέντε χρόνια, μια εξαιρετική ομάδα ταλαντούχων νέων ειδικευόμενων, έκανε τις τελευταίες στιγμές μου εκεί επιστημονικά και διδακτικά απολαυστικές και θα τους θυμάμαι με αγάπη πάντα. Όσους από την ΩΡΛ κοινότητα έχω προαναφέρει, από τους παλιούς μέντορές μου έως και τους σύγχρονους Καθηγητές και Δ/ντες σε αυτή την κοινή πορεία χρόνων, τους ευχαριστώ ειλικρινά. Ιδιαίτερα θέλω να αναφέρω τους συνοδοιπόρους και φίλους, Ι. Ξενόλη, Ζ. Πάππα, Ι. Α. Καμπέρο, Ι. Γιώτακη, Ι. Σέγγα, Β. Δανιηλίδη, Κ. Παρπούνα, Κ. Χρηστίδη, Κ. Μάρκου και Χ. Παπαδάκη και τις φίλες μου Λ. Ασημακοπούλου, Ε. Πάσσου, Θ. Χειμώνα, που ήταν πάντα δίπλα μου σε πολλές χαρές αλληλά και δύσκολες στιγμές, που δεν ήταν λίγες. Τίποτε από όλα αυτά δε θα μπορούσα να πραγματοποιήσω τόσα χρόνια χωρίς τη στήριξη της πολυαγαπημένης μου συζύγου Πετρίνας. Εκφράζω τέλος, την ανησυχία μου για την υποστελέχωση των Ωτορινολαρυγγολογικών Κλινικών της Αθήνας (ιδιαίτερα των παιδιατρικών) και του Πειραιά, αλληλά και κάποιων της περιφέρειας, θέμα για το οποίο πρέπει άμεσα να παρέμβει η ΩΡΛ κοινότητα με προτάσεις, τόσο για την έγκαιρη προκήρυξη των κενών θέσεων όσο και για τη αναδιανομή των κλινικών. Ο μεγάλος αριθμός των ΩΡΛ κλινικών στην Αθήνα, η επιστημονική μετανάστευση των νέων ωτορινολαρυγγολόγων και η μεγάλη καθυστέρηση των διαδικασιών προσλήψεων, είναι κάποια από τα αίτια της σημερινής πραγματικότητας. Το πρόβλημα αυτό το είχα προβλέψει, και είχα ανακοινώσει τις θέσεις μου προ πενταετίας, αλληλά δυστυχώς τότε θεωρήθηκε, από κάποιους, ότι κίνητρό μου ήταν η επίτευξη ιδίων στόχων. Εύχομαι στην επόμενη γενιά που αντιμετωπίζει τεράστιες επαγγελματικές δυσκολίες σε μια εποχή κρίσης, να βρει τον τρόπο να εμπνευστεί και να συνεχίσει το έργο μας και να το κάνει καλύτερο. Είμαι από αυτούς που έχουν πίστη στις αξίες και το ταλέντο της νέας γενιάς των ΩΡΛ ιατρών της χώρας μας.

"I have concentrated my energy and my efforts toward my primary professional goal and responsibility; to get sick people well and when that has proven impossible to add to their comfort, their continued sense of belonging and the knowledge that we would travel this road together.

Dr. Kenneth Wayne Warren, 1911-2001

"It was the best of times, it was the worst of times, it was the age of wisdom, it was the age of foolishness, it was the epoch of belief, it was the epoch of incredulity, it was the season of light, it was the season of darkness, it was the spring of hope, it was the winter of despair, we had everything before us, we had nothing before us, we were all going direct to heaven, we were all going direct the other way.."

Charles Dickens: A tale of two cities

Τροποποιημένος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου σε μεταστατικό τεράτωμα από μη-σεμινωματώδη όγκο γεννητικών κυττάρων όρχεως.

Modified radical neck dissection for metastatic teratoma due to non-seminomatous germ cell tumor of the testis.

Φουντάκης Εμμανουήλ
Καρατζάνης Αλέξανδρος
Βελεγράκης Στυλιανός
Προκοπάκης Εμμανουήλ
Βελεγράκης Γεώργιος
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
 Πανεπιστημιακό Γενικό
 Νοσοκομείο Ηρακλείου
 Ηράκλειο, Ελλάδα

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Υπεύθυνος επικοινωνίας:
 Φουντάκης Εμμανουήλ
 Ωτορινολαρυγγολόγος
 Τηλ: 6932326040
 Email: mfountakis77@gmail.com

Fountakis Emmanuel
Karatzanis Alexander
Velegarakis Stylianos
Prokopakis Emmanuel
Velegarakis Georgios
 Department of Otorhinolaryngology
 Heraklion University Hospital
 Heraklion, Greece

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 3-4, 2018

Corresponding author:
 Fountakis Emmanuel
 ENT specialist
 T: 6932326040
 Email: mfountakis77@gmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αναφέρουμε την περίπτωση άνδρα, ηλικίας 31 ετών με πενταετές ιστορικό μη-σεμινωματώδους όγκου γεννητικών κυττάρων όρχεως που υπεβλήθη σε τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου λόγω μεταστατικής νόσου στην αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα.

Περιγραφή περιστατικού: Ο ασθενής διαγνώστηκε με μικτό όγκο γεννητικών κυττάρων μετά από επέμβαση υψηλής ορχεκτομής, που έγινε για την αντιμετώπιση δύο πυκνών αγγειακών σχηματισμών εντός του οσχέου. Μετά την ιστολογική διάγνωση έλαβε χημειοθεραπεία και ακολούθως υποβλήθηκε σε αυτόλογη μεταμόσχευση καθώς και χειρουργική αφαίρεση οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων. Ο ασθενής διέκοψε τη θεραπεία με δική του πρωτοβουλία και επέστρεψε μετά από δύο χρόνια με μία υπερκλειδία μάζα. Υποβλήθηκε σε τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου αριστερά με en block αφαίρεση μιας μεγάλης, μεικτής σύστασης, μάζας και διατήρηση όλων των σημαντικών νευρικών και αγγειακών δομών της περιοχής. Πήρε εξιτήριο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Αργότερα έλαβε διπλό χημειοθεραπευτικό σχήμα και βρίσκεται κάτω από χημειοθεραπεία με τριπλή αγωγή μέχρι σήμερα. Οι καρκινικοί δείκτες και οι απεικονιστικές εξετάσεις κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση υποδηλώνουν ύφεση της νόσου.

Συμπέρασμα: Αν και ο τράχηλος αποτελεί ασυνήθιστη περιοχή μετάστασης καρκίνου των όρχεων, η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί δόκιμη θεραπευτική επιλογή.

Λέξεις κλειδιά: όγκος γεννητικών κυττάρων, μεταστατικό τεράτωμα, λεμφαδενικός καθαρισμός τραχήλου

ABSTRACT

Background: We report a case of a 31-year-old man with a five-year history of a non-seminomatous germ cell testicular tumor that underwent modified radical neck dissection due to teratoma metastasis of the left lateral neck region.

Description of case: The patient was diagnosed with a mixed germ cell tumor following a high orchiectomy operation, performed due to the presence of two dense vascularised masses of the scrotum. He received various chemotherapeutic regimens and underwent autologous transplantation as well as a retroperitoneal lymph node dissection. The patient refused to complete treatment. He presented after two years with a supraclavicular mass. He underwent a modified lateral left neck dissection with en block excision of a large mass and preservation of all major neighboring neural and vascular structures. Postoperative course was uneventful. Patient received adjuvant treatment with a dual chemotherapeutic regimen and remains under chemotherapy until today. Tumor markers and images denote remission of disease.

Conclusion: The neck may be an uncommon site of metastasis from testicular cancer, and surgical treatment is an effective treatment option.

Key words: germ cell tumor, metastatic teratoma, neck dissection

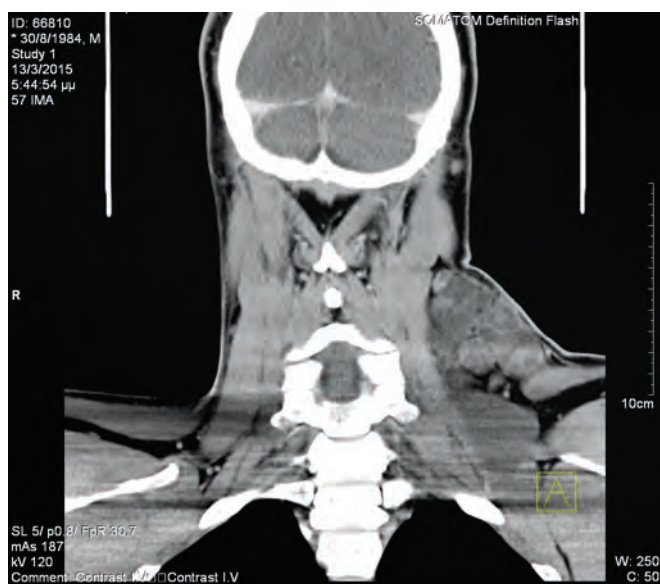
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι όγκοι των γεννητικών κυττάρων των όρχεων αντιπροσωπεύουν τη συνηθέστερη συμπαγή κακοήθεια σε άρρενες ηλικίας μεταξύ 15 και 34 ετών.^{1,2} Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει πρωτοπαθή όγκο στους όρχεις, ενώ σε ένα 5% η εκδήλωση του πρωτοπαθούς όγκου εντοπίζεται οπισθοπεριτοναϊκή ή στο μεσοθωράκιο. Ιστοπαθολογικά, οι όγκοι των γεννητικών κυττάρων των όρχεων χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες: σεμινωματώδεις και μη-σεμινωματώδεις όγκοι. Το τεράτωμα αποτελεί μια ειδική υποομάδα όγκων γεννητικών κυττάρων που παρουσιάζει τεράστια ιστολογική ποικιλομορφία και περιέχει μια ποικιλία στοιχείων ιστών προερχόμενα και από τα τρία στρώματα των εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων.²

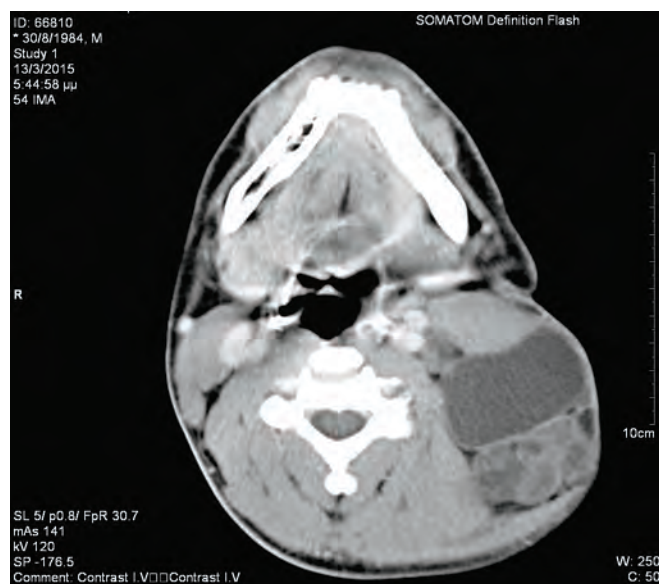
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άνδρας ασθενής, τριάντα ενός ετών, με ιστορικό αφαίρεσης ενός μη-σεμινωματώδους όγκου γεννητικών κυττάρων όρχεως προ πενταετίας, παραπέμφθηκε σε κέντρο αναφοράς χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου (ΩΡΛ Κλινική Πα.Γ.Ν.Η.) λόγω παρουσίας ευμεγέθους ψηλαφητής μάζας στην αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα. Κατά την αρχική διάγνωση της νόσου, ο ασθενής είχε παρουσιαστεί με αναφερόμενη οσφυαλγία διάρκειας δύο μηνών, διαλείποντος χαρακτήρα. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία της οσφυϊκής περιοχής, όπου ανιχνεύθηκε τότε οπισθοπεριτοναϊκή μάζα προσκείμενη στον αριστερό λαγονοψοίτη μυ και στον αριστερό νεφρό, ενώ σε υπερηχογράφημα όσχεου διαπιστώθηκαν δύο συμπαγείς μάζες στον αριστερό όρχι. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αριστερή υψηλή ορχεκτομή με συνοδό αφαίρεση της σύστοιχης σπερματικής χορδής και σε τοποθέτηση pigtail λόγω υδρονέφρωσης στον αριστερό νεφρό. Σταδιοποιήθηκε ως T2N3M0 -ενδιάμεσης πρόγνωσης.^{2,3} Ακολούθησε έναρξη τριπλού χημειοθεραπευτικού σχήματος με Μπλεομυκίνη, Ετοποσίδη, Σισπλατίνη-BEP. Λόγω μη ικανοποιητικής ανταπόκρισης της

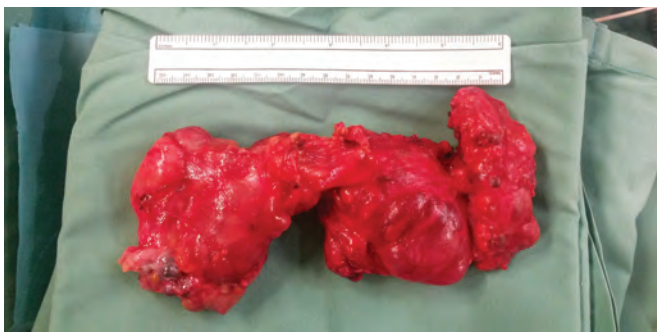
οπισθοπεριτοναϊκής μάζας στη χημειοθεραπεία, καθώς και της παρουσίας μιας μάζας στο αριστερό επινεφρίδιο, αποφασίστηκε αλλαγή του σχήματος. Η χημειοθεραπεία διάσωσης ξεκίνησε με Πακλιταξέλη, Ισοσαφιδή, Mesna (TIP) και Σισπλατίνη. Από το νέο σχήμα ο ασθενής έλαβε μόνο ένα κύκλο και ακολούθως διέκοψε τη θεραπεία. Ύστερα από διακοπή έξι μηνών, ο ασθενής αποφάσισε να συνεχίσει τη χημειοθεραπεία. Έγινε έναρξη νέου χημειοθεραπευτικού σχήματος (Ιρινοτεκάμη, Πακλιταξέλη, Οξαλιπλιδίνη-IPO) και ο ασθενής υποβλήθηκε σε αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών πέντε μήνες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας. Λόγω μερικής μόνο ύφεσης της μάζας του επινεφριδίου και των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων, ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση των οπισθοπεριτοναϊκών λεμφαδένων. Η ιστολογική έκθεση ανέδειξε καλοήθες τεράτωμα. Για άλλη μια φορά, ο ασθενής παραμέλησε οποιαδήποτε περαιτέρω θεραπεία και απείχε από την παρακολούθηση. Εμφανίστηκε ένα χρόνο αργότερα με μια ευμεγέθη, ψηλαφητή μάζα στην αριστερή υπερκλειδία χώρα (Εικ. 1 και 2). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία τραχήλου όπου ανιχνεύθηκε μεγάλη μάζα που καταλάμβανε τις ζώνες III, IV και Vb αριστερά. Ακολούθησε ανοικτή βιοψία και τελικά χειρουργική αφαίρεση αυτής της μάζας. Υπό γενική αναισθησία και μέσω τομής "hockey-stick" στην αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα, ο ασθενής υποβλήθηκε σε ετερόπλευρο τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό σύστοιχα. Η μάζα που καταλάμβανε μεγάλο μέρος του πρόσθιου και οπίσθιου τραχηλικού τριγώνου, αφαιρέθηκε en block, ενώ το αριστερό παραπληρωματικό νεύρο και η αριστερή έσω σφαγιτίδα φλέβα αναγνωρίστηκαν και διατηρήθηκαν. Μια παροχέτευση κενού τοποθετήθηκε διεγχειρητικά και αφαιρέθηκε τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, ενώ ο ασθενής πήρε εξιτήριο την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Κακόηθες μεταστατικό τεράτωμα διαγνώστηκε στο ιστοπαθολογικό δείγμα (Εικ. 3). Μέχρι σήμερα, ο ασθενής



Εικ.1 Αξονική τομογραφία σε στεφανιαίες τομές οζώδους λεμφαδενικής μάζας



Εικ. 2 Αξονική τομογραφία σε εγκάρσιες τομές οζώδους λεμφαδενικής μάζας



Εικόνα 3: Χειρουργικό παρασκεύασμα αφαιρεθέντος ιστού από αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα (6.2εκ.Χ10.4εκ.)

έχει λάβει τέσσερις κύκλους Γεμισταβίνης και Οξαλιπλάτινης μαζί με την προσθήκη Ταξόλης σε αυτό το σχήμα. Η νόσος βρίσκεται σε ύφεση για περίπου δεκατέσσερις μήνες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το καρκίνωμα των όρχεων αποτελεί μια αρκετά συχνή και ιδιαίτερα ποικιλόμορφη κακοήθεια στους νέους άνδρες. Υπάρχουν τυπικές εξετάσεις διάγνωσης, που περιλαμβάνουν το υπερηχογράφημα και την ψηλάφηση, προσδιορισμό καρκινικών δεικτών στον ορό όπως η άλφα-φετοπρωτεΐνη (αFP), η β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-HCG) και η γαλακτική δεϋδρογενάση (LDH). Η υπολογιστική τομογραφία θώρακα, κοιλίας και πυέλου είναι απαραίτητες προκειμένου να καθοριστεί η σταδιοποίηση της νόσου. Γενικά, η σταδιοποίηση του καρκίνου των όρχεων περιλαμβάνει τέσσερα κλινικά στάδια και συγκεκριμένα όγκο που περιορίζεται στους όρχεις (στάδιο I), παρουσία υποδιαφραγματικής μετάστασης (στάδιο II), μετάσταση πάνω από το διάφραγμα που δεν περιορίζεται στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες (στάδιο III-IV).^{3,4} Περίπου 60% όλων των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο των όρχεων θα αναπτύξουν απομακρυσμένες μεταστάσεις κατά τη διάρκεια της νόσου, που εντοπίζονται κυρίως σε οπισθοπεριτοναϊκές θέσεις. Ωστόσο, το 40% θα παρουσιάσει μεταστάσεις σε εξωοπισθοπεριτοναϊκές περιοχές, όπως πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλο, μεσοθωρακικούς και τραχηλικούς λεμφαδένες.⁴

Η διαβουβωνική ορχεκτομή συνιστά την οριστική διαγνωστική μέθοδο και ταυτόχρονα τη θεραπεία πρώτης γραμμής στις περισσότερες περιπτώσεις. Οι ασθενείς με προχωρημένο στάδιο νόσου θα πρέπει πάντα να λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Με την παρουσία ενδιάμεσων κριτηρίων κινδύνου (πνευμονικές και σπληνικές μεταστάσεις), συνιστώνται τέσσερις κύκλοι χημειοθεραπευτικού σχήματος (Μπλεομυκίνη, Ετοποσίδη, Σισπλάτιν - BEP).^{5,6,7} Αξιολόγηση μέσω απεικονιστικών εξετάσεων, κυρίως αξονικής τομογραφίας, καθώς και καρκινικών δεικτών θα πρέπει να γίνεται ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας. Εάν οι δείκτες δεν είναι αρνητικοί ή αυξάνονται ή αν ο υπολειμματικός όγκος αυξηθεί σε διαστάσεις, ενδείκνυται χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής με τέσσερις κύκλους (Πακλιταξέλη-Ταξολ, Ιφροσαμίδη, Σισπλάτιν - TIP) ή (Βινβλαστίνη, Ιφροσαμίδη, Σισπλάτιν - VelP).⁷ Η συχνότητα εμφάνισης τραχηλικών λεμφαδενικών μεταστάσεων

κυμαίνεται από 2,6% έως 4,5%, ενώ μία τραχηλική μάζα στην αρχική κλινική εικόνα ανευρίσκεται σε περίπου 5% των περιπτώσεων και είναι σχεδόν πάντα στην αριστερή πλάγια τραχηλική χώρα. Η συμπεριφορά αυτή του όγκου σχετίζεται με την ανατομία του λεμφαγγειακού συστήματος και τη χαρακτηριστική οδό της μετάστασης.⁸ Γενικά, η χειρουργική εκτομή συνιστάται σε ασθενείς που έχουν αρνητικά ή χαμηλά επίπεδα καρκινικών δεικτών στον ορό αίματος. Η παρακολούθηση της υποτροπής διευκολύνεται από τη διαθεσιμότητα των καρκινικών δεικτών. Εάν υπάρχει υπολειμματική νόσος, καθώς και παρατεταμένα αυξημένοι καρκινικοί δείκτες, χρησιμοποιείται χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής που ακολουθείται από χειρουργική εκτομή της υπολειμματικής μάζας λόγω της πιθανότητας πρόσδεσης κακοθών ή τερατωματικών στοιχείων. Η πρόγνωση για ασθενείς με καρκίνο όρχεων σταδίου II ή III, οι οποίοι εξ ορισμού έχουν μεταστατική νόσο, είναι εκπληκτικά ευνοϊκή με την πενταετή επιβίωση να φτάνει το 80%. Από την άλλη πλευρά, παράγοντες με αρνητικό αντίκτυπο στην επιβίωση περιλαμβάνουν ταυτόχρονη οζώδη ή πολυεστιακή ενδοθωρακική ή κοιλιακή νόσο, παρατεταμένα υψηλές τιμές καρκινικών δεικτών παρά τη χημειοθεραπεία δεύτερης γραμμής, στοιχεία επίμονου καρκίνου βλαστικών κυττάρων σε αφαιρεθείσα μάζα που αντιπροσωπεύει αργή υποτροπή της νόσου και, τέλος, αδιαφοροποίητο αδενοκαρκίνωμα.^{9,10,11} Συμπερασματικά, ο καρκίνος των όρχεων αποτελεί ασυνήθιστη παθολογική οντότητα που πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των τραχηλικών μαζών. Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την κύρια θεραπευτική επιλογή και παρά την τυπικά σημαντική έκταση της νόσου, η πρόγνωση είναι αρκετά ευνοϊκή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wood L, Collmannberger C, Jewett M et al. Canadian consensus guidelines for the management of testicular germ cell cancer. *Can Urol Assoc J* 2010;4(2):E19-E38.
2. Winter C, Albers P. Testicular germ cell tumors: pathogenesis, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2011;7(1):43-53.
3. Bhalla RK, Jones TM, Errington D., Roland NJ. Metastatic testicular seminoma – a case report. *Auris Nasus Larynx* 2002;29(2):219-222.
4. van Vledder MG, van der Hage JA, Kirkels WJ et al. Cervical lymph node dissection for metastatic testicular cancer. *Ann Surg Oncol* 2010;17(6):1682-1687.
5. Krege S, Beyer J, Souchon R et al. European consensus conference on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the second meeting of the European Germ Cell Cancer Consensus group (EGCCCG):part I. *Eur Urol* 2008;53(3):478-496.
6. Krege S, Beyer J, Souchon R et al. European consensus conference on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the second meeting of the European Germ Cell Cancer Consensus group (EGCCCG):part II. *Eur Urol* 2008;53(3):497-513.
7. Aparicio J., Sastre J., Germa JR, Isla D. SEOM clinical guidelines for diagnosis and treatment of testicular seminoma (2010). *Clin Transl Oncol* 2011;13(8):560-564.
8. Lee JT, Calcaterra TC. Testicular carcinoma metastatic to the neck. *Am J Otolaryngol* 1998;19(5):325-329.
9. Weisberger EC, McBride LC. Modified neck dissection for metastatic nonseminomatous testicular carcinoma. *Laryngoscope* 1999;109(8):1241-1244.
10. See WA, Laurenzo JF, Dreicer R., Hoffman HT. Incidence and management of testicular carcinoma metastatic to the neck. *J Urol* 1996;155(2):590-592.
11. Calaminus G. et al. Survival after an antiangiogenetic therapy and surgery in a wide spread growing teratoma originating from a testicular mixed malignant germ cell tumor. *Klin Padiatr* 2009;221(3):136-140.

Χολοστεάτωμα με επέκταση στον έσω ακουστικό πόρο.

Cholesteatoma with inner auditory canal extension.

Μιχαηλίδου Ευτέρπη¹
Νικολόπουλος Θωμάς²

¹Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

²Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας ΕΚΠΑ,
Β' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική
ΠΓΝ Αττικόν

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Υπεύθυνη επικοινωνίας:

Μιχαηλίδου Ευτέρπη
Τηλ.: 6986145782

Διεύθυνση: Δανάης 12, Αθήνα

Email: eterpe_michailidou@hotmail.com

Michailidou Efterpi¹

Nikolopoulos Thomas²

¹Student of National and Kapodistrian
University of Athens, School of Medicine.

²Professor of Otolaryngology
Head & Neck Surgery, National and
Kapodistrian University of Athens,
2nd University Otorhinolaryngologic
Department, Attikon Hospital.

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 3-4, 2018

Corresponding author:

Michailidou Efterpi
Danais 12, Athens
Tel: +306986145782

Email: eterpe_michailidou@hotmail.com

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το χολοστεάτωμα του έσω ωτός δεν είναι σύννηθες και μπορεί να προκύψει με ποικίλους μηχανισμούς, πρωτοπαθώς ή επίκτητα. Όσον αφορά στα επίκτητα, το συχνότερο αίτιο εμφάνισης είναι η επέκταση χολοστεατώματος μέσου ωτός. Η είσοδος του χολοστεατώματος στο έσω ους μέσω επέκτασης του πάνω από το λαβύρινθο με συμμετοχή του πρόσθιου επιτυμπανίου χώρου είναι πιθανώς η επικρατέστερη θεωρία.

Περιγραφή περιστατικού: Περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο ασθενών, ο πρώτος προσήλθε για διερεύνηση πάρεσης προσωπικού και ωτόρροιας και ο δεύτερος λόγω πάρεσης προσωπικού με συνοδές εμβοές. Και οι δύο υπεβλήθησαν σε αξονική και μαγνητική τομογραφία, οι οποίες ανέδειξαν χολοστεάτωμα με επέκταση στο έσω ους. Και οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση.

Συμπεράσματα: Στόχος, της εργασίας είναι η ευαισθητοποίηση του ιατρού, ιδίως του ΩΡΛ, σε καταστάσεις χρόνιας ωτόρροιας και αιφνίδιας παράλυσης του προσωπικού νεύρου, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του χολοστεατώματος ή άλλης διαταραχής του μέσου ωτός με άτυπη συμπεριφορά.

Λέξεις κλειδιά: χολοστεάτωμα, έσω ους, ωτόρροια, προσωπικό νεύρο

ABSTRACT

Introduction: Inner ear cholesteatoma, primary or acquired, is not common and can occur via a variety of primary or acquired mechanisms. As far as acquired mechanisms are concerned, commonly inner ear Cholesteatoma is developed through the expansion of middle ear disease. The supralabyrinth extension of the mass and the anterior epitympanic space are the most common routes of inner ear cholesteatoma development.

Case presentation: The cases of two patients with inner ear cholesteatoma are presented. The first one encountered facial paresis and otorrhea and the second one facial paresis and tinnitus. Patients were investigated with CT and MRI, which revealed cholesteatoma with extension to the inner ear. Both of them underwent surgical management.

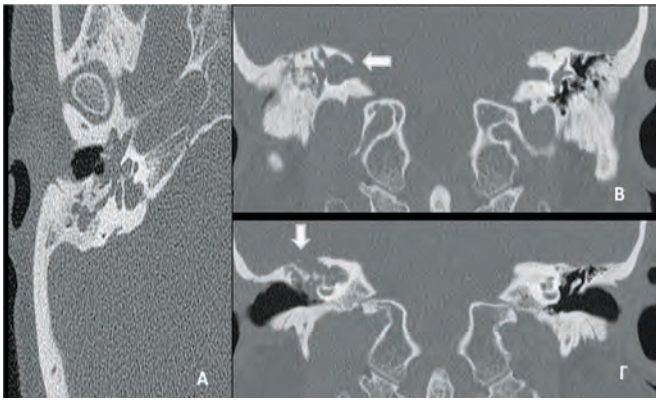
Conclusions: The aim of this study is to alert physicians, especially the ENT surgeons, to the symptoms of chronic otorrhea and acute paralysis of the facial nerve, in order to promptly diagnose and treat cholesteatoma or other middle ear disorder with atypical behavior.

Key words: cholesteatoma, inner ear, otorrhea, facial nerve

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χολοστεάτωμα ορίζεται ως μία επιδερμική δομή εντός της τυμπανομαστοειδικής κοιλότητας, η οποία παρουσιάζει ανεξάρτητη ανάπτυξη, καταστρέφοντας και αντικαθιστώντας το βλεννογόνο του μέσου ωτός ή της μαστοειδούς απόφυσης και το υποκείμενο οστό.¹ Φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στους άνδρες και σε αναπτυσσόμενες χώρες.^{2,3} Ιστολογικά, αποτελείται από στρώματα κερατίνης μέσα σε μια κοιλότητα, η οποία επενδύεται από πλάκωδες επιθήλιο, που καλείται μάτριγα, και ένα υποκείμενο στρώμα συνδετικού ιστού, την περιμάτρια.⁴

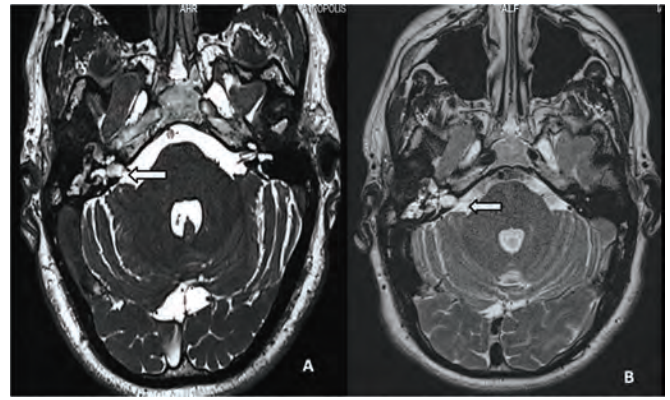
Το χολοστεάτωμα διακρίνεται στα εξής είδη: συγγενές, πρωτοπαθές επίκτητο και δευτεροπαθές επίκτητο. Το συγγενές προέρχεται από εμβρυικά υπολείμματα που παρέμειναν στα οστά του κρανίου και καταρχήν δεν έχει σχέση με την κοιλότητα του μέσου ους. Το επίκτητο αποδίδεται σε δυσλειτουργία της ευσταχιακής σάλπιγγας και σε χρόνια διάτρηση του τυμπανικού υμένα με επανειλημμένες ωτίτιδες σε ένα φαύλο κύκλο λοιμώξεων – επέκτασης. Το επίκτητο χολοστεάτωμα συνήθως εντοπίζεται στο οπίσθιο άνω τμήμα της τυμπανικής μεμβράνης και επεκτείνεται στη μαστοειδική και



Εικ.1 Αξονική τομογραφία λιθοειδών 1ου ασθενή.

Α. Εγκάρσιο επίπεδο: κατάληψη του μέσου ωτός ΔΕ και των σύστοιχων μαστοειδών κυψελών από μάζα σύστασης μαλακών μορίων, διάβρωση οστικής αλύσου.

Β. Στεφανιαίο επίπεδο: διεύρυνση του έσω ακουστικού πόρου ΔΕ λόγω επέκτασης του χολοστεατώματος (βέλος). Γ. Στεφανιαίο επίπεδο: διάβρωση της οροφής του επιτυμπανίου (tegmen tympani) (βέλος).



Εικ.2 Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου 1ου ασθενή.

Α. T2 ακολουθία, Β. T1 ακολουθία (Gd).

Επέκταση του χολοστεατώματος στον έσω ακουστικό πόρο και τη γεφυροπαραγκεφαλιδική γωνία (βέλος).

τυμπανική κοιλότητα. Ωστόσο, έχουν περιγραφεί, στη βιβλιογραφία ελάχιστα περιστατικά όπου το χολοστεάτωμα επεκτείνεται και στο έσω ους και τον έσω ακουστικό πόρο. Στην παρούσα εργασία περιγράφονται οι περιπτώσεις δύο ασθενών με χολοστεάτωμα έσω ωτός.

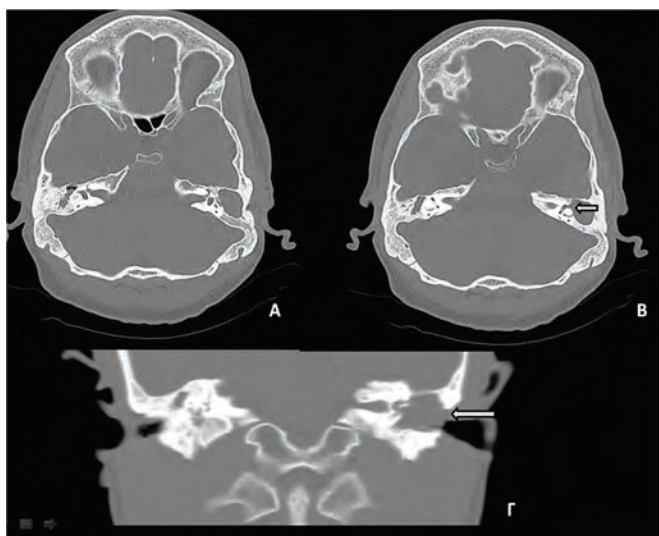
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

1ο περιστατικό

Ανδρας 41 ετών προσήλθε λόγω αιφνίδιας παράλυσης του προσωπικού νεύρου δεξιά και διαλείπουσα ωτόρροια δεξιού ωτός από πενταετίας, η οποία υποχωρούσε μετά τη χορήγηση κινολονών από του στόματος και ωτικών σταγόνων. Λόγω επιμονής των συμπτωμάτων, ωστόσο, υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία λιθοειδών, στην οποία διαπιστώθηκε κατάληψη του μέσου ωτός ΔΕ και των σύστοιχων μαστοειδών κυψελών από μάζα σύστασης μαλακών μορίων, διάβρωση οστικής αλύσου, πιθανή διάβρωση της οροφής του επιτυμπανίου και επέκταση του μάζας στον έσω ακουστικό πόρο και (tegmen tympani) (εικ. 1). Σύμφωνα με τα παραπάνω τέθηκε η διάγνωση πιθανού χολοστεατώματος ή άλλης εξεργασίας του μέσου ωτός. Λόγω της επέκτασης της νόσου και προκειμένου να γίνει διαφορική διάγνωση διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία, η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση του χολοστεατώματος και ανέδειξε επέκταση αυτού στον έσω ακουστικό πόρο και τη γεφυροπαραγκεφαλιδική γωνία (εικ. 2). Πιθανοί τρόποι επέκτασης στον έσω ακουστικό πόρο θεωρήθηκαν είτε η διάβρωση του γονατίου γαγγλίου είτε η επέκταση μέσω του οριζόντιου ημικυκλίου σωλήνα και του πρόσθιου άκρου του άνω ημικυκλίου σωλήνα. Ο ασθενής δεν είχε πρόσφατα συμπτώματα ιλιγγίου αν και στο ιστορικό ανέφερε επεισόδια 'ζάλης' που προοδευτικά υποχώρησαν. Ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική αφαίρεση του χολοστεατώματος με τη συνεργασία ωτορινολαρυγγολόγου και νευροχειρουργού.

2ο περιστατικό

Ανδρας 32 ετών, προσήλθε για διερεύνηση αιφνίδιας πάρεσης προσωπικού νεύρου αριστερά που βελτιώθηκε μετά τη χορήγηση per os κορτιζόνης. Έλαβε επίσης κλινδαμυκίνη για 4 μέρες και σιπροφλοξασίνη για 10 μέρες, λόγω της ωτόρροιας. Στο ιστορικό του ανέφερε μονόπλευρες σύστοιχες εμβόες από 10ετίας. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε πολύποδας που απέφρασσε τον έσω ακουστικό πόρο και ωτόρροια. Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία λιθοειδών στην οποία απεικονίστηκε ευμεγέθους εξεργασία που καταλάμβανε την τυμπανική κοιλότητα του αριστερού ωτός, το μαστοειδικό άντρο και τις μαστοειδείς κυψέλες, με εγκάρσιες διαστάσεις 2x1,2 cm περίπου και μέγιστης κεφαλουραίας διαμέτρου περί τα 1,2cm (εικ 3Α). Ο ιστός στη μεγαλύτερη έκτασή του παρουσίασε σημαντικό περιορισμό διάχυσης χωρίς πρόσληψη σκιαγραφικού, χαρακτήρα συμβατό με χολοστεάτωμα. Επιπλέον, διαπιστώθηκε διάβρωση του οριζόντιου ημικυκλίου σωλήνα (εικ. 3Β), πλήρης καταστροφή της αλύσου των οσταρίων αριστερά, κατάληψη του επιτυμπανίου, διάβρωση της οροφής του έσω ακουστικού πόρου (scutum) (εικ. 3Γ) και εκτεταμένη καταστροφή των μαστοειδών κυψελών. Η εικόνα ήταν συμβατή με αυτόματη μαστοειδεκτομή. Προς τα έσω αναδεικνύεται διάβρωση της ωτικής κάψας και ειδικότερα διάβρωση του οστέινου τοιχώματος της αίθουσας και του οριζοντίου ημικυκλίου σωλήνα (εικ.3Β). Στη μαγνητική τομογραφία που διενεργήθηκε υπήρξαν ευρήματα πλέον συμβατά με επέκταση του χολοστεατώματος στο ελλειπτικό κυτίδιο της αίθουσας και στον οριζόντιο ημικύκλιο σωλήνα (εικ. 4). Στον κατώτερο μεσοτυμπάνιο και στον υποτυμπάνιο χώρο απεικονίστηκε μικρής έκτασης ιστός με σκιαγραφική πρόσληψη καθώς και παρουσία ιστού με πρόσληψη του σκιαγραφικού στην αριστερή ευσταχιακή σάλπιγγα ο οποίος αποδόθηκε σε φλεγμονώδη - κοκκιωματώδη ιστό, καθώς και λέ-



Εικ. 3 Αξονική τομογραφία λιθοειδών 2ου ασθενή. Α. Εγκάρσιο επίπεδο: ευμέγεθες χολοστεάτωμα στην κοιλότητα του αριστερού μέσου ωτός, το μαστοειδικό άντρο και στη θέση αριστερών μαστοειδών κυψελών, πλήρης καταστροφή της αλυσού των οσταρίων αριστερά
Β. Εγκάρσιο επίπεδο: διάβρωση του οστέινου τοιχώματος της αίθουσας και του οριζοντίου ημικύκλιου σωλήνα (βέλος)
Γ. Στεφανιαίο επίπεδο: διάβρωση scutum (βέλος) και ωτικής κάψας.

πτυση της οστέινης οροφής των αριστερών μαστοειδών κυψελών χωρίς σαφές οστικό έλλειμμα. Ο αριστερός έσω ακουστικός πόρος καταλαμβάνονταν εξ ολοκλήρου από ιστό με συμπαγούς μορφολογίας πρόσληψη του σκιαγραφικού χωρίς περιορισμό της διάχυσης. Ο ιστός αυτός εκτεινόταν από τον πυθμένα του έσω ακουστικού πόρου και κατά συνέχεια επεκτεινόταν στην αριστερή γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία εφαιπόμενος με την πρόσθια παρυφή του αριστερού παρεγκεφαλιδικού ημισφαιρίου, χωρίς επαφή με την γέφυρα ή το αριστερό μέσο παρεγκεφαλιδικό σκέλος. Ο αριστερός κοχήλας παρουσίαζε παθολογική σκιαγραφική πρόσληψη σε όλη του την έκταση, (χωρίς εμφανή διάβρωση του άξονα της ατράκτου στην αξονική). Παθολογική πρόσληψη του σκιαγραφικού απεικονίστηκε στο σφαιρικό κυστίδιο της αίθουσας. Τα ευρήματα έθεσαν ισχυρές ενδείξεις αιθουσαίου σβανώματος, με επέκταση στον αριστερό μεμβρανώδη λαβύρινθο και ειδικότερα στον κοχήλα και σφαιρικό κυστίδιο της αίθουσας. Επίσης, απεικονίστηκε γραμμοειδής πρόσληψη του σκιαγραφικού στη λαβυρινθική μοίρα του αριστερού προσωπικού νεύρου και πιθανά και προς το γονάτιο γάγγλιο του προσωπικού νεύρου. Μία μικρή γραμμοειδούς μορφολογίας εστία πρόσληψης του σκιαγραφικού απεικονίστηκε και στην αριστερή γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία μεταξύ του συμπαγούς μορφώματος και με κατεύθυνση προς το αριστερό πλάγιο της γέφυρας, χωρίς να εφάπτεται με τη γέφυρα, ίσως στην πορεία του αριστερού προσωπικού νεύρου. Το εύρημα

αυτό θα μπορούσε να θέσει ενδείξεις φλεγμονώδους νευρίτιδας του αριστερού προσωπικού και θα μπορούσε να ερμηνεύσει και το πρόσφατο ιστορικό πάρεσης του αριστερού προσωπικού νεύρου. Ο ασθενής χειρουργήθηκε και αφαιρέθηκε το χολοστεάτωμα πλήρως με ενδοωτιαία προσπέλαση. Προγραμματίζεται περαιτέρω έλεγχος με νέα μαγνητική τομογραφία για την επιβεβαίωση του πιθανού ακουστικού νευρινώματος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χολοστεάτωμα του έσω ωτός δεν είναι σύνηθες και μπορεί να προκύψει με ποικίλους μηχανισμούς, πρωτοπαθώς από εναπομείναντα επιθηλιακά κύτταρα ή επίκτητα. Όσον αφορά στα επίκτητα, το συχνότερο αίτιο εμφάνισης είναι η επέκταση χολοστεατώματος μέσου ωτός. Παρά τις πολυάριθμες κλινικές μελέτες και τα πειράματα σε ζώα, η αιτιοπαθγένεση του επίκτητου χολοστεατώματος παραμένει αντικείμενο πολυάριθμων αντιπαραθέσεων. Πλήθος ωτολόγων, ωστόσο, ισχυρίζονται πως αποτελεί μια υβριδική διαδικασία που περιλαμβάνει τους παρακάτω μηχανισμούς.

Η θεωρία της τυμπανικής εισρόφησης αποτελεί την επικρατέστερη θεωρία ανάπτυξης της συγκεκριμένης μορφής χολοστεατώματος. Χρόνια αρνητική πίεση και υποαερισμός εντός της τυμπανικής κοιλότητας, που μπορεί να οφείλεται σε δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας, συνεχείς ρινορροίες και μικρής πνεύματωσης μαστοειδή απόφυση, προκαλεί εισροή της χαλαράς μοίρας της τυμπανικής μεμβράνης εντός του επιτυμπάνιου χώρου με αποτέλεσμα τον σχηματισμό ενός θυλάκου. Τα επιθηλιακά κύτταρα του θυλάκου κάποια στιγμή χάνουν την ικανότητα να μεταναστεύουν, με συνέπεια ο θύλακος να γεμίζει με αποπεπτωκότα επιθήλια, τα οποία εν συνεχεία φλεγμαίνονται, οδηγώντας σε διόγκωση και επέκταση του θυλάκου προς το μέσω ούς. Το στόμιο του θυλάκου σταδιακά στενεύει συμβάλλοντας στην ανάπτυξη του χολοστεατώματος.^{1,5} Η δεύτερη θεωρία, είναι αυτή της μετανάστευσης του επιθηλίου ή επιθηλιακής εισβολής, σύμφωνα με την οποία το χολοστεάτωμα σχηματίζεται, όταν τα επιθηλιακά κύτταρα εισχωρούν στο μέσο ούς μέσω ενός ιατρογενούς ή τραυματικού ελλείματος, που οφείλεται σε περιφερική διάτρηση της τεταμένης ή χαλαράς μοίρας του τυμπάνου.⁶ Η θεωρία του Wendt από την άλλη υποστηρίζει την επαγόμενη από χρόνια ή υποτροπιάζουσα ρινορροία μεταπλάση του μονόστιβου πηλακώδους επιθηλίου του μέσου ωτός σε κερατινοποιημένο επιθήλιο με συνέπεια το σχηματισμό του χολοστεατώματος.⁷ Τέλος, υπάρχει και η θεωρία της υπερπλάσις των βασικών κυττάρων του μέσου ωτός, σύμφωνα με την οποία οι γεμάτες κερατίνη μικροκύστες σχηματίζονται στη βασική στιβάδα του επιθηλίου.⁸

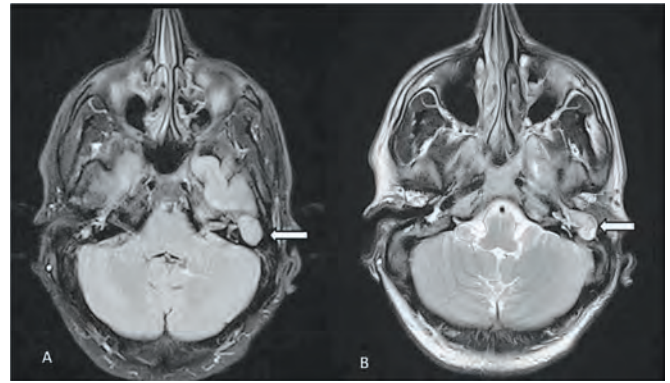
Σύμφωνα με τον Charachon τα συνηθέστερα σημεία ανάπτυξης χολοστεατώματος, με φθίνουσα επίπτωση, είναι τα εξής: το οπίσθιο επιτυμπάνιο, το οποίο μπορεί να επεκταθεί οπισθίως στο άντρο και τη μαστοειδή απόφυση ή πρόσθια στο μεσοτυμπάνιο, το οπίσθιο μεσοτυμπάνιο, που μπορεί να επεκταθεί μέσω του πρόσθιου ισθμού στο άντρο και τη μαστοειδή, και το πρόσθιο μεσοτυμπάνιο.⁹ Παρόλο που η οπίσθια επέκταση είναι η συνηθέστερη οδός επέκτασης του χολοστεατώματος, αποτελεί τη σπα-

νιότερη οδό για ενδοκρανιακή επέκταση. Ο Ishii et al. Περιέγραψε τρεις πιθανές οδούς επέκτασης: μια κάτω από το λαβύρινθο, εισβάλλοντας στην οπίσθια πτυχή του έσω ωτός, μια πίσω και πάνω από το λαβύρινθο και μια μπροστά και πάνω από το λαβύρινθο, εισβάλλοντας στην άνω πρόσθια πτυχή του έσω ωτός.¹⁰⁻¹⁴ Η οδός επέκτασης πάνω από το λαβύρινθο με συμμετοχή του πρόσθιου επιτυμπάνιου χώρου είναι πιθανώς η επικρατέστερη για την επέκταση στο έσω ουσ.¹⁵

Τα συμπτώματα από την ανάπτυξη χολοστεατώματος εξαρτώνται από την βαρύτητα της νόσου, αλλά κυρίως την ύπαρξη επιπλοκών που οφείλονται στη σπάνια επέκταση του σε δομές πέραν των οστέινων τοιχωμάτων. Επέκταση του χολοστεατώματος στο έσω ουσ μπορεί να έχει απρόβλεπτα αποτελέσματα, καθώς ακόμα και μικρή προσβολή μπορεί να προκαλέσει δυσανάλογα μεγάλη βλάβη, ενώ ισχύει και το αντίθετο.¹⁶ Οι ασθενείς αυτοί προσέρχονται συνήθως με δύσσομη ωτόρροια, ωταλγία, βαρκοϊα αγωγιμότητας, η οποία οφείλεται σε καταστροφή των ακουστικών οσταρίων και αποτελεί συνήθως την πρώτη εκδήλωση της νόσου, ή νευροαισθητήρια βαρκοϊα. Σε περίπτωση δημιουργίας συριγγίου στο λαβύρινθο ο ασθενής θα παρουσιάσει και ίλιγγο, ενώ σε επινέμηση του ή φλεγμονή στο φαλλοπιανό πόρο ο ασθενής μπορεί να προσέλθει με πάρεση προσωπικού νεύρου ή και συμπτώματα μηνιγγίτιδας, λόγω διάβρωσης της σκληράς μήνιγγας και επέκτασης της ροϊμώξης.¹⁷

Η ενδοκρανιακή εντόπιση του χολοστεατώματος αναδεικνύεται τόσο στη μαγνητική όσο και στην αξονική τομογραφία, βάσει των οποίων μπορεί να γίνει η διαφοροδιάγνωση από άλλες βλάβες με παρόμοια συμπεριφορά, όπως το ακουστικό νευρίνωμα ή άλλες εξεργασίες της περιοχής. Ειδικότερα, στην αξονική παρατηρείται περιεγραμμένη με ομαλά όρια βλάβη που διαβρώνει τις οστικές δομές και δεν ενισχύεται με την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού. Συχνά συνυπάρχουν στοιχεία χρόνιας φλεγμονής του έσω ωτός, όπως πτωχή πνευμάτωση της μαστοειδούς, διάβρωση του επιτυμπάνιου χώρου και φλεγμονή του μεσοτυμπάνιου. Στη μαγνητική τομογραφία, παρουσιάζει υψηλής έντασης σήματος στις T2 εικόνες, μειωμένης έντασης στις T1 και απουσία ενίσχυσης μετά από έγχυση γαδολινίου.¹⁸ Η ακριβής επέκταση στο λαβύρινθο δεν μπορεί να καθοριστεί με βεβαιότητα από την αξονική/ή αυτό σε όλες τις περιπτώσεις και για αυτό το λόγο ο χειρουργός θα πρέπει να είναι έτοιμος να τροποποιήσει τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης ανάλογα.¹⁶

Η βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με το χολοστεάτωμα του έσω ωτός είναι αρκετά περιορισμένη. Σε αναδρομική μελέτη 477 ασθενών (1985-1999) που διεξήγαγε ο Horn, περιγράφηκαν 6 ασθενείς στους οποίους διαπιστώθηκε χολοστεάτωμα έσω ωτός διεγχειρητικά. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν στο ιστορικό τους επανειλημμένες ροϊμώξεις και μέτρια έως σημαντική απώλεια ακοής του προσβεβλημένου ωτός, οι μισοί ασθενείς ανέφεραν εμβοές, ένας πάρεση προσωπικού νεύρου και ένας συστροφή βλεφάρου. Κανένας δεν παρουσίασε ζάλη ή ίλιγγο. Επιπλέον οι 5 είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο για χρόνια ωτίτιδα. Σημαντική απώλεια ακοής διαπιστώθηκε μετεγχειρητικά σε όλους ασθενείς υπεβλή-



Εικ. 4 Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου 2ου ασθενή.
Α. T1 ακολουθία, Β. T2 ακολουθία. Επέκταση του χολοστεατώματος στο ελλειπτικό κυστίδιο της αίθουσας και στον οριζόντιο ημικύκλιο σωλήνα.

θησαν σε αφαίρεση του χολοστεατώματος με διακοχλιακή ή διαλαβυρινθική προσπέλαση.¹⁹

Οι Gamoletti et al. περιέγραψαν 7 ασθενείς με χολοστεάτωμα που επεκτεινόταν, πιθανώς υπέρθεν του λαβυρίνθου, στο κροταφικό οστό (στους 5 συγγενές, στον ένα επίκτητο και στον ένα άγνωστης αιτιολογίας). Δύο από τους ασθενείς ανέφεραν στο ιστορικό τους μέση εκκριτική ωτίτιδα και υπεβλήθησαν σε τοποθέτηση σωληνίσκων αερισμού πριν τη διάγνωση του χολοστεατώματος, ένας ανέφερε χρόνια μέση ωτίτιδα και τρεις προηγούμενη μαστοειδεκτομή. Η μια ασθενής, 70 ετών, στην οποία και δεν εξακριβώθηκε η προέλευση του χολοστεατώματος, δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα από το προσβεβληθέν ουσ. Όλοι οι ασθενείς εμφάνισαν μερική πάρεση προσωπικού νεύρου, η οποία στους 4 αντιμετωπίστηκε με αποσυμπίεση, στους 2 με αναστόμωση με το υπογλώσσιο νεύρο και στον ένα με χρήση μοσχεύματος. Μετεγχειρητικά σε όλους διαπιστώθηκε πλήρης απώλεια της ακοής, ενώ όσον αφορά στη λειτουργικότητα του προσωπικού νεύρου ένα χρόνο μετά το χειρουργείο, στους 6 ασθενείς χαρακτηρίστηκε III βαθμού κατά House-Brackmann, ενώ στον ένα βαθμού II.²⁰

Ο Hussein, το 2011 περιέγραψε την περίπτωση ενός ασθενούς με ιστορικό μαστοειδεκτομής και πλήρους απώλειας ακοής του αριστερού ωτός από 30ετίας, ο οποίος παρουσίασε ραγδαίως επιδεινούμενη απώλεια ακοής και από το δεξί αυτί συνοδευόμενη από ίλιγγο. Η αξονική και μαγνητική τομογραφία ανέδειξαν χολοστεάτωμα άνωθεν του λαβυρίνθου που διαβρώνει τον άνω ημικύκλιο σωλήνα και την οροφή του έσω ακουστικού πόρου. Λόγω κινδύνου μετεγχειρητικής κώφωσης του δεξιού ωτός και της ήδη υπάρχουσας κώφωσης του αριστερού ωτός, αποφασίστηκε πρώτα να τοποθετηθεί κοχλιακό εμφύτευμα αριστερά και στη συνέχεια χειρουργική αφαίρεση του χολοστεατώματος μέσω διαμαστοειδικής και διακρανιακής προσπέλασης.²¹

Οι Jang και Cho από την Άλλη, περιέγραψαν την περίπτωση ενός 12χρονου ασθενή με συγγενές χολοστεάτωμα, το οποίο επεκτεινόταν στον έσω ακουστικό πόρο και κοχλία, περνώντας πίσω από την πυραμιδική κάμψη του προσωπικού και εισβάλλοντας στη βασική στροφή του κοχλία. Ο ασθενής δεν είχε ιστορικό μέσης ωτίτιδας, ωστόσο εμφάνισε επιδεινούμενη έως πλήρη απώλεια ακοής στο αριστερό ούς και διαλείπουσες κεφαλαλγίες. Το χολοστεάτωμα αφαιρέθηκε με διαωτική προσπέλαση, ενώ μετεγχειρητικά δεν παρουσιάστηκε πάρεση προσωπικού ή συμπτώματα από τον οπίσθιο λαβύρινθο.²²

Τέλος, το 2013 ο Vashishth, σε μια μελέτη του σε τριτοβάθμιο κέντρο αναφοράς για τα έτη 2011-2013, περιέγραψε 20 ασθενείς με ενδοκράνιες επιπλοκές χολοστεατώματος. Όλοι οι ασθενείς με καταστροφή του λαβυρίνθου παρουσίασαν σημαντική απώλεια ακοής στο προσβληθέν ούς, η πλειονότητα εμφάνισε σοβαρή ωταλγία και κεφαλαλγία, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό πυρετό, ίλιγγο και πάρεση προσωπικού νεύρου. Ένας ασθενής απεβίωσε πριν τον χειρουργείο, ενώ οι 19 υπεβλήθησαν σε μαστοειδεκτομή, ένας από τους οποίους απεβίωσε στη μετεγχειρητική περίοδο.²³

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι ενώ και στα δύο περιστατικά επέκτασης του χολοστεατώματος στο έσω ούς που περιγράφηκαν παραπάνω, οι ασθενείς παρουσίασαν πάρεση προσωπικού νεύρου και ωτόρροια, μόνο ο δεύτερος παρουσίαζε εμβοές, ενώ κανένας από τους δύο δεν παραπονέθηκε για βαρκοΐα ή ίλιγγο (αν και οι δυο είχαν στο ιστορικό τους κρίσεις ίλιγγου-ζάλης) ούτε παρουσίασε συμπτώματα μηνιγγίτιδας. Επιπροσθέτως, πρέπει να τονιστεί η αξία της απεικόνισης και μάλιστα με χρήση σκιαγραφικού (diffusion weighted μαγνητική τομογραφία) στη διαφοροδιάγνωση των παθήσεων του ωτός, καθώς πολλές παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες βεβαίως μπορεί και να συνυπάρχουν και μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση των παραπάνω συμπτωμάτων. Χαρακτηριστικά, να αναφερθεί ότι η μαγνητική τομογραφία του δεύτερου ασθενούς πέρα από την ύπαρξη του χολοστεατώματος στο μέσου και έσω ούς, ανέδειξε και την πιθανή συνύπαρξη αιθουσαίου σβαννώματος και φλεγμονώδους νευρίτιδας του προσωπικού, στην οποία και αποδόθηκε η πάρεση, αν και αυτή ήταν η γνώμη του ακτινολόγου που μένει να επιβεβαιωθεί.

Στόχος, της παρουσίας των συγκεκριμένων περιστατικών είναι η ευαισθητοποίηση του ιατρού, ιδίως του ωτορινολαρυγγολόγου, σε καταστάσεις χρόνιας ωτόρροιας και παράλυσης του προσωπικού νεύρου, με σκοπό τον έλεγχο και αντιμετώπιση χολοστεατώματος ή άλλης διαταραχής του μέσου ωτός με άτυπη συμπεριφορά, προτού αυτό προκαλέσει μεγάλη δυσκολία στη χειρουργική του αντιμετώπιση, περαιτέρω επιπλοκές ή ακόμη και την κατάληξη του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Olszewska E, Wagner M, Bernal-Sprekelson M, et al. Etiopathogenesis of cholesteatoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261:6–24.
2. Mishiro Y, Sakagami M, Kitahara T et al. The investigation of the recurrence rate of cholesteatoma, using Kaplan-Meier survival analysis. *Otol Neurotol*, 2008;29:803–806.
3. Mustafa A, Heta A, Kastrati B et al. Complications of chronic otitis media with cholesteatoma during a 10-year, period in Kosovo. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008;265: 1477–1482.
4. Dornelles C, Meurer L, Selaimen da Costa S et al. Histological, description of acquired cholesteatomas: comparison, between children and adults. *Braz J Otorhinolaryngol* 2006;72:641–648.
5. Magnuson B. Tubal closing failure in retraction type cholesteatoma and, adhesive middle ear lesions. *Acta Otolaryngol* 1978;86:408–417.
6. Karmody C, Northrop C. The pathogenesis of acquired cholesteatoma of the human middle ear: support for the migration hypothesis. *Otol Neurotol* 2012;33:42–47.
7. Sade J, Babiacki A, Pinkus G. The metaplastic and congenital origin of cholesteatoma. *Acta Otolaryngol* 1983;96:119–129.
8. Chole R, Tinling S. Basal lamina breaks in the histogenesis of cholesteatoma. *Laryngoscope* 1985;95:270–275.
9. Charachon R. Temporal bone cholesteatoma. *Am J Otol* 1985; 6:233–236.
10. Ishii K, Takahashi S, Matsumoto K et al. Middle ear cholesteatoma extending into the petrous apex: evaluation by CT and MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol* 12:719–724.
11. Bartels L. Facial nerve and medially invasive petrous bone cholesteatomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;100:308–316.
12. Hawthorne M, Fisch U. The surgical management of supralabyrinthine and infralabyrinthine-apical cholesteatoma of the temporal bone. In: Fisch U (ed) *Neurologic surgery of the ear and the skull base*. Kugler & Ghedini Publications, Amsterdam, pp 11–19.
13. Yanagihara N, Matsumoto Y. Cholesteatoma in the petrous apex. *Laryngoscope* 1981;91:272–279.
14. Griffin C, DeLaPaz R, Enzmann D. MR and CT correlation of cholesterol cysts of the petrous bone. *AJNR Am J Neuroradiol* 1987;8:825–829.
15. Sanna M, Zini C, Gamoletti R, et al. Petrous bone cholesteatoma. *Skull Base Surg* 1993; 3:201–213.
16. Gamoletti R, Sanna M, Zini C et al. Inner ear cholesteatoma and the preservation of cochlear function. *J Laryngol Otol* 1990;104: 945–948.
17. Penido Nde O, Borin A, Iha L et al. Intracranial complications of otitis media: 15 years of experience in 33 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:37–42.
18. Mafee M. MRI and CT in the evaluation of acquired and congenital cholesteatomas of the temporal bone. *J Otolaryngol* 1993;22:239–248.
19. Horn K. Intracranial Extension of Acquired Aural Cholesteatoma, *Laryngoscope* 2000;110:761–772.
20. Hussein ST, Guida M, Negri M, Falcioni M. Bilateral cochlear implantation in
21. a patient with petrous bone cholesteatoma in the only hearing ear: case report. *J Laryngol Otol* 2011 ;125:1272–1274.
22. Jang CH, Cho YB. Congenital cholesteatoma extending into the internal auditory canal and cochlea: a case report. *In Vivo* 2008;22:651–654.
23. Vashishth A, Singh Nagar TR, Mandal S, Venkatachalam VP. Extensive intratemporal cholesteatomas: presentation, complications and surgical outcomes. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015;272:289–295.

Mucinous Cystadenoma of the Parotid Gland presenting as a malignant Lesion in Sonography.

Μυξώδες κυσταδένωμα παρωτίδας με χαρακτήρες κακοήθους νεοπλασίας στο υπερηχογράφημα.

Elene Tsoures¹

Georgios Psychogios¹

Saskia Ting²

Johannes Zenk¹

¹Institute of Otorhinolaryngology Klinikum Augsburg Germany: Elene Tsoures, PD Dr. med Georgios Psychogios, Prof. Dr. med Johannes Zenk

²Institute of Pathology Klinikum Augsburg Germany: Dr. med Saskia Ting

Hellenic Otorhinolaryngology, Volume 39 - Issue 3-4, 2018

Corresponding author:

Elene Tsoures PD Dr. med

E-mail: elene.tsoures@klinikum-augsburg.de

Tel.: 0049-821400167617

Fax: 0049-821400177101

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία, Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

ABSTRACT

Mucinous cystadenomas are very rare benign tumours mostly located in the minor salivary glands. As far as we know only few cases of mucinous cystadenomas of the parotid gland are described in literature. In our clinic it is the first case of a mucinous cystadenoma in the last five years amongst 487 patients (0.002%) with neoplasms of the parotid gland.

We present a case of a 63 year-old man with a 2 cm big mucinous cystadenoma of the left parotid gland. Sonographic, histologic and immunohistochemical examinations were performed. In B-mode imaging the margins were irregular and not well definable. Therefore whole surgical excision was performed. Histologic examination showed cystic structures lined up with mucinous epithelium with small psammoma bodies and plenty mucus in the lumen. Additional immunohistochemical staining was characteristic for a mucinous cystadenoma. The preoperative sonographic findings resembled a possibly malignant tumour. Histologic examination showed a very rare benign mucinous cystadenoma of the parotid gland.

Key words: Mucinous cystadenoma; benign tumour; parotid gland; ultrasound; elastography

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα μυξώδη κυσταδενώματα είναι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι που βρίσκονται κυρίως στους μικρούς σιαλογόνους αδένες. Απ' όσο γνωρίζουμε, ελάχιστες μόνο περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία. Στη κλινική μας είναι η πρώτη περίπτωση με μύξωδες κυσταδένωμα στα τελευταία πέντε χρόνια από 487 χειρουργημένους ασθενείς (0,002%) με νεοπλασία του παρωτιδικού αδένα. Παρουσιάζουμε εδώ μια περίπτωση ενός 63χρονου άνδρα με ένα μυξώδες κυσταδένωμα μεγέθους δύο εκατοστών της αριστερής παρωτίδας. Διενεργήσαμε ιστολογικές, ανοσοϊστοχημικές εξετάσεις καθώς και υπερηχογράφημα. Στο υπερηχογράφημα β-επιπέδου στην απεικόνιση του όγκου τα όρια ήταν ακανόνιστα και ασαφή. Για το λόγο αυτό διενεργήθηκε ολική εκτομή του όγκου. Η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε περιχαρακωμένες κυστικές αλληλώσεις με μυξώδες επιθήλιο, διάσπαρτα ψαμμώδη σωμάτια και βλήννη στους αυλούς. Επιπλέον οι ανοσοϊστολογικές χρώσεις ήταν χαρακτηριστικές για το μυξώδες κυσταδένωμα.

Η διάγνωση του προεγχειρητικού υπερηχογραφήματος έδειχνε πιθανό κακοήθη όγκο. Οι ιστοπαθολογικές εξετάσεις απέδειξαν ένα πολύ σπάνιο μυξώδες κυσταδένωμα της παρωτίδας.

Λέξεις κλειδιά: μυξώδες κυσταδένωμα, καλοήθης όγκος, παρωτίδα, υπερηχογράφημα, ελαστογραφία.

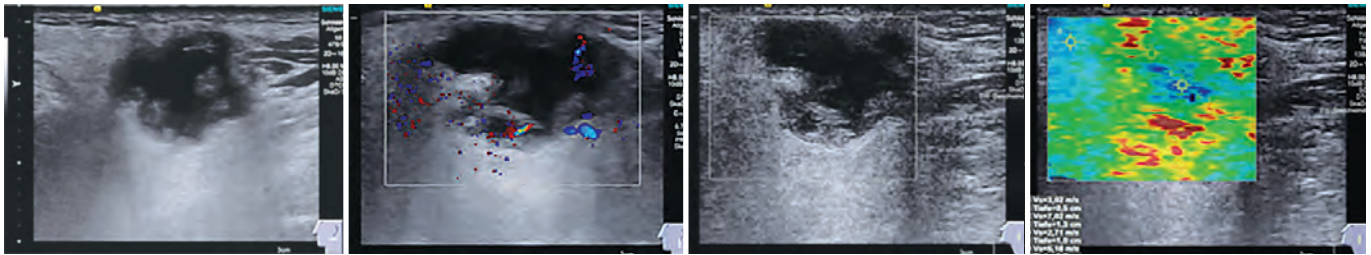


Fig1a B-mode imaging: hypoechoic, inhomogeneous structure with irregular margins and acoustic enhancement behind the lesion

Fig1b Colour duplex sonography: slight peripheral vascularisation

Fig1c and Fig1d Ultrasound elastography with VTIQ (virtual touch imaging and quantification): selected out-take before (C) and after (D) elastography was performed, showing a soft core with cystic spaces (blue: soft, green: medium, yellow/red: stiff)

INTRODUCTION

Cystadenomas are very rare benign tumours of the salivary glands.¹ According to the WHO classification of 2005 they can be divided into two groups: papillary and mucinous cystadenomas.¹⁻⁵ Other authors distinguish between papillary and ductal cystadenomas.⁴ 2/3 of cystadenomas have a papillary formation⁴, whereas the mucinous form is very unusual.¹ They are mostly located in the minor salivary glands^{1, 5, 6}, especially in the buccal mucosa and the palate.⁷ In most studies cystadenomas occur more commonly in women than in men (with a relation 3:1).^{3, 7, 8} The majority of patients are beyond the age of 50.⁵

As far as we know only few cases of mucinous cystadenomas of the parotid gland are described in literature. In our clinic it is the first case of a mucinous cystadenoma in the last five years amongst 487 patients (0.002%) with neoplasms of the parotid gland. Therefore we present this patient with an emphasis on the preoperative sonographic findings and the histologic results.

CASE REPORT

A 63 year-old man presented in our ambulance with a slowly growing preauricular mass on the left side. The tumour was well relocatable, firm elastic and not painful on palpation. The function of the facial nerve was normal.

Sonographic examination was performed with an ACUSON S2000 diagnostic ultrasound system from Siemens Healthcare using a 9 MHz linear-array transducer. The tumour presented as a 15.4x15.5x20.0 mm big, hypoechoic, inhomogeneous structure in the caudal part of the left parotid gland with acoustic enhancement behind the lesion (Fig1a). In B-mode imaging the margins were irregular and not well definable (Fig1a). Colour duplex sonography displays a slight peripheral vascularization (Fig1b). In ultrasound elastography with virtual touch imaging and quantification (VTIQ, from Siemens Healthcare) the tumour shows a soft core with small cystic notches (Figs1c and 1d). Altogether the sonographic findings fitted with a possibly malignant structure with central necrosis but without suspicious cervical lymph nodes. Therefore we performed soon partial parotidectomy through extracapsular dissection of the tumour and the caudal part of the parotid gland. Intraoperative frozen section showed no malignancy.

There were no postoperative complications, especially no facial paralysis, salivary fistula or wound infection. The patient could be dismissed after four days.

The histologic examination showed a 1.5x1.5x1.9 cm big partially good definable tumour that was fully removed. It contained cystic structures lined up with mucinous epithelium with small psammoma bodies (Fig2a) and plenty mucus in the lumen. In addition there were papillary (Fig2b) and solid parts (Fig2c). No nuclear atypia was found. All in all the histologic findings matched with a mucinous cystadenoma of the parotid gland with surrounding inflammatory reaction (Fig2d).

Immunohistochemical staining was performed. Cytokeratin-18 (CK18) showed a weak positive reaction in the epithelium (Fig3a). Cluster of differentiation-117 (CD117) was only positive in the stromal cells (Fig3b). S100 and actin were negative. Ki67 showed nearly no proliferation except the surrounding lymphocytes (Fig3c).

DISCUSSION

Parotid surgery has become less invasive over the last years and extracapsular dissection has gained popularity.^{9,10} Therefore an accurate preoperative diagnostic has become more important. Ultrasound examination and fine needle aspiration cytology (FNAC) are very essential.^{10, 11} FNAC is a useful test, but because of the low sensitivity it is necessary to interpret the result in the context of other clinical information.^{10,12} Additionally cross-sectional imaging (computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI)) seems to be helpful when there is deep lobe extension or the suggestion of malignancy.^{10,11}

Sonographic criteria for malignant neoplasms of the parotid gland are the following: ill-defined tumour margins, increased or diffuse vascularisation, enlarged regional lymph nodes, heterogeneous structure, firm texture and block mobility upon palpation with the transducer as well as garland sign in elastography.¹³⁻¹⁵ Overall blurred tumour margins seems to be the most important finding in B-mode sonography of malignant tumours of the parotid gland^{14,15} as in our case report described above. However after histologic examination a benign mucinous cystadenoma was diagnosed. Therefore whole surgical excision should always be performed.

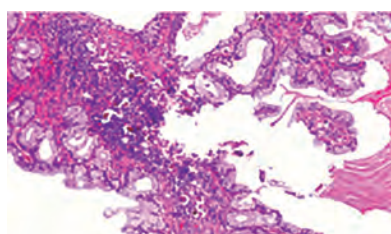


Fig2a Cystic structures lined up with mucinous epithelium with small psammoma bodies in the lumen

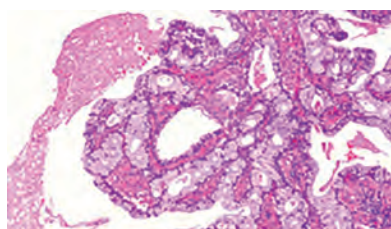


Fig2b Papillary part of the mucinous cystadenoma

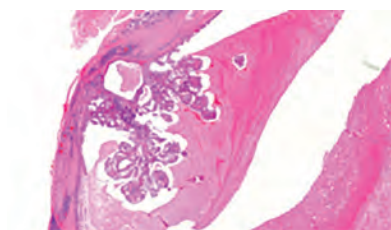


Fig2c Solid part of the mucinous cystadenoma

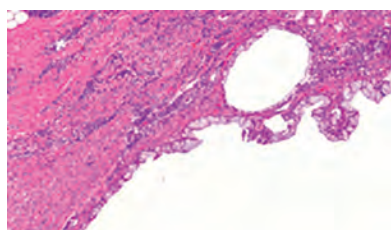


Fig2d Cyst wall with inflammatory reaction

Clinically cystadenomas present as slowly growing, painless masses usually smaller than 1.5 cm in diameter.^{3,8} After surgical excision recurrence is very rare.^{1,3,5,16} Only in solitary cases a malignant tumour can arise in cystadenoma.^{1,2,17}

Histologically cystadenomas are characterized by predominantly multicystic growth with adenomatous proliferation of the epithelium.⁵ The multiple cystic cavities contain intraluminal papillary configurations.^{4,8} Papillary cystadenomas resemble cystadenolymphomas (Warthin tumour) but without the lymphoid elements.^{2,5,6} In many studies they may be mistaken as reactive intraductal papillary hyperplasia due to duct obstruction and vice versa.¹⁶

Mucinous cystadenoma contains cystic spaces coated by mucus-producing cells or goblet cells.²

In other parts of the human body mucinous cystadenomas are well described for example in the ovary, biliary tree, appendix, epididymis and pancreas.⁸ It can also occur in the retroperitoneum, fallopian tube, lung, urinary bladder and liver.¹

The histologic findings in our case report resemble these of other studies about cystadenomas of the salivary glands. Immunohistochemical staining of cytokeratin is typically positive.^{1,5,8,18} CD117,⁸ smooth muscle actin (SMA)^{8,18} and S1001,¹⁸ are negative. Ki67 shows nearly no proliferation.^{1,5,18} Within the lumen psammoma bodies are only rarely present.^{8,17}

CONCLUSION

We present a rare case of a 63 year old male patient with a 2 cm big mucinous cystadenoma of the left parotid gland presenting as a malignant lesion in preoperative sonographic examination. In our clinic it is the first case of a mucinous cystadenoma in the last five years amongst 487 patients (0.002%) with neoplasms of the parotid gland. In B-mode imaging the margins were irregular and not well definable. Therefore whole surgical excision should always be performed.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest. For this type of study formal consent is not required. This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors.

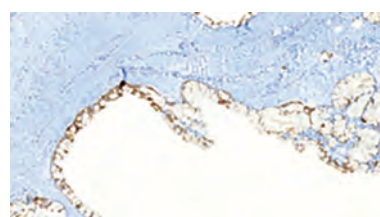


Fig3a CK18: weak positive reaction in the epithelium

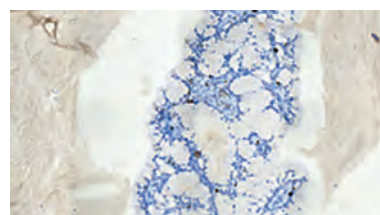


Fig3b CD117: epithelium negative, stromal cells positive

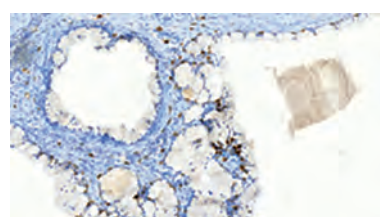


Fig3c Ki67: only proliferation in lymphocytes

REFERENCES

1. Yamada T, Takahashi M, Matsumoto M, et al. Mucinous Cystadenoma in the Upper Lip: Report of Two Cases. *International Journal of Surgical Pathology*. 2014;22:364-368.
2. Seifert G. Mucoepidermoid carcinoma in a salivary duct cyst of the parotid gland. Contribution to the development of tumours in salivary gland cysts. *Pathology Research and Practice*. 1996; 192:1211-1217.
3. Rai S, Rana AS, Gupta V, et al. Mucinous cystadenoma: A rare entity. *Dental Research Journal (Isfahan)*. 2013; 10:685-688.
4. Pires FR, Pringle GA, de Almeida OP, et al. Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncology*. 2007; 43:463-470.
5. Alexiev BA, Jennings LJ, Samant S, et al. Oncocytic papillary cystadenoma with prominent mucinous differentiation of parotid gland: A case report. *Pathology Research and Practice*. 2017; 213:1310-1314.
6. Chin S, Kim HK, Kwak JJ. Oncocytic papillary cystadenoma of major salivary glands: Three rare cases with diverse cytologic features. *Journal of Cytology*. 2014; 31:221-223.
7. Waldron CA, el-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*. 1988; 66:323-333.
8. Girotra C, Padhye MN, Mahajan P, et al. A rare case report of mucinous cystadenoma with immunohistochemical analysis and review of literature. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*. 2015; 14:426-434.
9. Mantsopoulos K, Koch M, Klintonworth N, et al. Evolution and changing trends in surgery for benign parotid tumors. *The Laryngoscope*. 2015; 125:122-127.
10. Zenk J, Psychogios G. Medical examination: Preparation for ENT specialisation: Part 22. *HNO*. 2015; 63:867-870.
11. Brennan PA, Herd MK, Howlett DC, et al. Is ultrasound alone sufficient for imaging superficial lobe benign parotid tumours before surgery? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2012; 50:333-337.
12. Mallon DH, Kostalas M, MacPherson FJ, et al. The diagnostic value of fine needle aspiration in parotid lumps. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2013; 95:258-262.
13. Badea AF, Bran S, Tamas-Szora A, et al. Solid parotid tumors: an individual and integrative analysis of various ultrasonographic criteria. A prospective and observational study. *Medical Ultrasonography*. 2013; 15:289-298.
14. Gerwel A, Kosik K, Jurkiewicz D. US in preoperative evaluation of parotid gland neoplasms. *The Polish Otolaryngology*. 2015; 69:27-33.
15. Klintonworth N, Mantsopoulos K, Zenk J, et al. Sonoelastography of parotid gland tumours: initial experience and identification of characteristic patterns. *European Radiology*. 2012; 22:947-956.
16. Kerpel SM, Freedman PD, Lumerman H. The papillary cystadenoma of minor salivary gland origin. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*. 1978; 46:820-826.
17. Michal M, Skálová A, Mukensnabl P. Micropapillary carcinoma of the parotid gland arising in mucinous cystadenoma. *Virchows Archiv*. 2000; 437:465-468.
18. Skálová A, Leivo I, Wolf H, et al. Oncocytic cystadenoma of the parotid gland with tyrosine-rich crystals. *Pathology Research and Practice*. 2000; 196:849-851.

27 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ
Συνέδριο
ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΚΟΟΛΟΓΙΑΣ ΝΕΥΡΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οργάνωση:
**Πανελλήνια
Ιατρική Εταιρία**
/ Ωτολογίας
/ Ακοολογίας
/ Νευρωτολογίας

2019

Ρέθυμνο
Σύμπλεγμα κτηρίων:
Ωδείο Ρεθύμνου και Σπίτι του Πολιτισμού

Νεκρωτική βλάβη βλεννογόνου υπερώας. Necrotic lesion of palate mucosa.

Χειμώνα Θεογνωσία¹

Λαδιάς Αλέξανδρος¹

Τσακίρακη Ελένη¹

Παπαδογιάννη Μαρίνα²

Παπαδόκης Χαρίτων¹

¹Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

²Μικροβιολογικό Εργαστήριο,
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018*

Theognosia Chimona¹

Alexandros Ladias¹

Helen Tsakiraki¹

Marina Papadogianni²

Chariton Papadakis¹

¹ ENT department,
Chania General Hospital

²Microbiology Lab,
Chania General Hospital

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 39 - Issue 3-4, 2018*

Συνέχεια από τη σελίδα 74

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Γ.Ν. Χανίων, έγινε λήψη πλήρους εργαστηριακού αιματολογικού ελέγχου, χωρίς να εμφανίζονται ιδιαίτερα αυξημένοι δείκτες φλεγμονής πηλη αυξημένης C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP=5.1). Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος σπληαλικού κρανίου στον οποίο ανεδείχθη κατάληψη νημοειδών κυψελών δεξιά και μερική κατάληψη γναθιαίου άντρου αριστερά, χωρίς διάβρωση οστικών δομών. Πάρθηκαν ιστοτεμάχια από τα όρια της νεκρωτικής βλάβης για ιστολογική εξέταση και καλλιέργεια ιστού. Λόγω της ανοσοκαταστολής του ασθενούς ζητήθηκε από το μικροβιολογικό εργαστήριο καλλιέργεια για μύκητες και στάλθηκε υλικό και στο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας για επιβεβαίωση και πιθανή ταυτοποίηση. Με την ισχυρή κλινική υποψία μουκορμύκωσης και μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με ειδικό λοιμωξιολόγο ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με posaconazole 400 mg bid και διπλό σχήμα ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής (ceftriaxone, clindamycin). Καθημερινά εκτελούνταν ενδοσκοπηση ρινός και χειρουργικός καθαρισμός των νεκρωμένων ιστών της περιοχής της υπερώας. Η χημειοθεραπεία από το ογκολογικό τμήμα λόγω της κατάστασης του ασθενούς διακόπηκε. Η ιστολογική εξέταση του υλικού που στάλθηκε ήταν αρνητική για κακοήθεια, ενώ η απάντηση από το μικροβιολογικό εργαστήριο επιβεβαίωσε την κλινική διάγνωση της μουκορμύκωσης (Εικ.1). Με την εργαστηριακή επιβεβαίωση της λοίμωξης από mucor και λόγω του ότι η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε με εμφάνιση οφθαλμοπληγίας και αδυναμία προς τα άνω κίνησης του δεξιού οφθαλμού, ο ασθενής υποβλήθηκε σε νέο απεικονιστικό έλεγχο με αξονική τομογραφία σπληαλικού κρανίου (Εικ. 2) και παραπέμφθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Η ρινοεγκεφαλική μουκορμύκωση είναι μια δυνητικά θανατηφόρος ευκαιριακή λοίμωξη από σαπροφυτικό μύκητα της ομάδας των Mucorales, με τα πιο συχνά είδη στον άνθρωπο τα: Rhizopus, Mucor, Rhizomucor και Lichtheimia. Αυτοί οι μύκητες μπορεί να προκαλέσουν ποικίλο εύρος κλινικών συνδρόμων σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με προσβολή των παραρρινίων, του εγκεφάλου, των πνευμόνων ή του δέρματος. Στους αιτιοπαθογόνους ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες αναφέρεται πρώτος ο αρρύθμιστος σακχαρώδης διαβήτης και ακολουθούν τα νεοπλάσματα, η χημειοθεραπεία, οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και μυελού των οστών, η υπερφόρτωση σιδήρου, και η θεραπεία με στεροειδή.¹ Η ρινο-οφθαλμο-εγκεφαλική μουκορμύκωση είναι η πιο συχνή εντόπιση. Η νόσος ξεκινάει με την εισπνοή των σπορίων του μύκητα και εναπόθεσή τους εντός της κοιλότητας της ρινός και στα παραρρίνια. Τα χαρακτηριστικά της νόσου είναι η διήθηση αγγείων, η θρόμβωση, η ισχαιμία και η νέκρωση του προσβεβλημένου ιστού.²

Συχνά, τα πρώτα κλινικά σημεία της μουκορμύκωσης αποτελούν οι εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα, πιθανά λόγω της μεγάλης αγγειοβρίθειας της περιοχής. Ενδοστοματικά, η σκληρά

υπερώα είναι η συχνότερη θέση προσβολής λόγω της γεινιάσας με τη ρινική κοιλότητα και τα γναθιαία άντρα, οπότε και εμφανίζεται σαν μελαγχρωστική αλλοίωση. Επιπλέον, έχει προταθεί ότι αγγειακές ρήξεις και η αιμορραγία λόγω οδοντιατρικών εργασιών μπορεί να δημιουργούν πύλη εισόδου για την είσοδο του μύκητα στη γναθοπροσωπική περιοχή.³ Οι κλινικές εκδηλώσεις της μουκορμύκωσης στη στοματική κοιλότητα αποτελούν δίλημμα για τους κλινικούς που δεν είναι γνώστες της κλινικής αυτής οντότητας και οδηγούν σε καθυστερημένη διάγνωση και χειρότερη πρόγνωση για τον πάσχοντα.⁴ Όταν η μουκορμύκωση εμφανίζεται σαν μεμονωμένη ενδοστοματική λοίμωξη, τα έληκ μπορεί να εμφανίζονται με την εικόνα λευκωπού νεκρωτικού ιστού και όχι μελαγχρωματικής βλάβης που είναι ενδεικτική νεκρωτικού εμφράκτου της υπερώας. Η βλάβη είναι συνήθως βαθιά και προκαλεί απογύμνωση της υπερώας με οστεομυελίτιδα των προσβεβλημένων οστών.⁵ Σε αυτές τις περιπτώσεις η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την οξεία νεκρωτική ουλίτιδα, οξεία νεκρωτική περιοδοντίτιδα, τις ερπητικές φλεγμονές και τα τραυματικά έληκ. Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις η μουκορμύκωση μπορεί να υποδύεται την κλινική εικόνα κακοήθειας, δερματικής κυτταρίτιδας, πυογε-



Εικ.4. Μικροσκοπική εικόνα της καλλιέργειας του μύκητα από το μικροβιολογικό εργαστήριο του ΓΝΧ, όπου διακρίνονται παχιές διακλαδιζόμενες υφές με παρουσία κονιδιοφόρων.



Εικ.5. Α. Αξονική τομογραφία ρινός- παραρρινίων, εγκάρσια τομή, οστικό παράθυρο. Διακρίνεται κατάληψη των ηθμοειδών κυψελών δεξιά και πάχυνση του κάτω ορθού μυός δεξιά (βέλος), σημειώνονται παχυβλεννογονικές αλλοιώσεις στον δεξιό σφηνοειδή κόλπο. Β. Αξονική τομογραφία ρινός- παραρρινίων, στεφανιαία τομή, οστικό παράθυρο. Διακρίνεται κατάληψη των ηθμοειδών κυψελών δεξιά και πάχυνση του κάτω ορθού μυός δεξιά, και παρουσία αέρα εντός του οφθαλμικού κόγχου (μαύρο βέλος). Διακρίνεται οστική διάβρωση του εδάφους της ρινικής κοιλότητας δεξιά (άσπρο βέλος).

νούς κογχικής κυτταρίτιδας ή άλλων συστηματικών μυκητιάσεων. Η διάγνωση της μούκορμύκωσης μπορεί να γίνει με ιστολογική εξέταση, η /και θετική καλλιέργεια. Επί μακρόν θεωρούνταν θανατηφόρος λοίμωξη όμως με την έγκαιρη φαρμακευτική και χειρουργική αντιμετώπιση, το ποσοστό επιβίωσης ξεπερνά το 80%, εφόσον το υποκείμενο αίτιο ανοσοκαταστολής ελεγχθεί.

Η θεραπευτική προσέγγιση της μούκορμύκωσης περιλαμβάνει αντιμυκητιασικούς παράγοντες, χειρουργικό εκτεταμένο καθαρισμό και βελτίωση της υποκείμενης προδιαθεσικής κατάστασης που οδήγησε στην ευκαιριακή μυκητιασική λοίμωξη. Απαιτείται συνεπώς γρήγορη αποκατάσταση των μεταβολικών ανωμαλιών σε περίπτωση αρρύθμιστου σακχαρώδους διαβήτη, διακοπή ή μείωση κατά το δυνατόν της θεραπείας με στεροειδή και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Η θεραπεία πρώτης γραμμής είναι άμεση έναρξη Amphotericin B, liposomal ≥ 5 mg/kg, ή posaconazole 200 mg x4 ή 400mg x2, και η εκτεταμένη χειρουργική εξαίρεση των προσβεβλημένων ιστών, ενώ συχνά για την ρινο-οφθαλμο-εγκεφαλική μορφή γίνεται εξόρυξη οφθαλμού εφόσον υπάρχει υποψία ενδοκογχικής διήθησης.⁶ Σημαντικά στοιχεία για την καλύτερη πρόγνωση του ασθενούς είναι η ισχυρή κλινική υποψία, οι στοχευμένες διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις, η άμεση έναρξη αντιμυκητιασικής θεραπείας, η ευρεία χειρουργική αφαίρεση των προσβεβλημένων ιστών, ο καθημερινός καθαρισμός του χειρουργικού τραύματος και η αντιμετώπιση της ανοσοκαταστολής εφόσον είναι εφικτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Roden M, Zaoutis T, Buchanan W, et al., Epidemiology and outcome of zygomycosis: a review of 929 reported cases. Clin Infect Dis 2005;41: 634–653.
2. Tryfon S, Stanopoulos I, Kakavelas E, et al. Rhinocerebral mucormycosis in a patient with latent diabetes mellitus: a case report. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:328–330.
3. Salisbury PL 3rd, Caloss R Jr, Cruz J, et al. Mucormycosis of the mandible after dental extractions in a patient with acute myelogenous leukemia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83:340–344.
4. Shetty SR, Punnya VA. Palatal mucormycosis: a rare clinical dilemma. Oral Surg 2008;1:145–48.
5. Jayachandran S, Krithika C. Mucormycosis presenting as palatal perforation. Indian J Dent Res 2006;17:139–142. Hauman CH, Raubenheimer EJ. Orofacial mucormycosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:624–627.
6. Cornely O.A. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of mucormycosis 2013. Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Supl. 3): 5–26.

Η ολιγομεταστατική κατάσταση ως προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε μεταστατικό HPV-θετικό καρκίνωμα στοματοφάρυγγα.

Oligometastatic status as predictor of survival in metastatic human papillomavirus-positive oropharyngeal carcinoma.

Original contribution
William G. Albergotti
Shira Abberbock
Fasil Mathews BS
Robert L. Ferris
Jonas T. Johnson
Umamaheswar Duvvuri
Seungwon Kim

Head & Neck 2018;40:1685-1690

Επιμέλεια παρουσίασης:
Λαδιάς Αλέξανδρος
Χειμώνα Θεογονωσία
 ΩΡΛ Κλινική
 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Το ακανθοκυτταρικό (SCC) στοματοφαρυγγικό καρκίνωμα που σχετίζεται με τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) εμφανίζει καλύτερη πρόγνωση σε σύγκριση με τα HPV-αρνητικά καρκινώματα. Παρ' όλα αυτά απομακρυσμένες μεταστάσεις εμφανίζονται σε ποσοστό ως και 11% σε ασθενείς με HPV-θετικό SCC στοματοφάρυγγα και σχετίζονται με φτωχή πρόγνωση. Επιπλέον, αν και η πρόγνωση είναι καλύτερη για την αντιμετώπιση υποτροπής ή μετάστασης στα HPV-θετικό SCC του στοματοφάρυγγα, φαίνεται ότι ο τρόπος μετάστασης σε αυτά τα καρκινώματα είναι πιο διάχυτος με μεγαλύτερη τάση για ποληλαπλές μεταστατικές εστίες μέσω αιματογενούς διασποράς.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν αναδρομικά για τα έτη 1980-2015, οι φάκελοι των ασθενών με στοματοφαρυγγικό SCC, HPV-θετικό και χρόνο παρακολούθησης (follow-up) τουλάχιστον ένα έτος. Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες: στην πρώτη ομάδα (ολιγομεταστατική) οι ασθενείς είχαν 1 ή 2 μεταστατικές εστίες σε ένα όργανο, και στη δεύτερη ομάδα (πολυμεταστατική) οι ασθενείς είχαν >2 μεταστατικές εστίες ή προσβολή ποληλαπλών οργάνων. Το κύριο ερώτημα της έρευνας ήταν η σύγκριση της συνολικής επιβίωσης μετά την έναρξη της θεραπείας της μεταστατικής νόσου για τις δύο ομάδες.

Τριάντα οκτώ (7.5%) ασθενείς από τους 506 με στοματοφαρυγγικό SCC, HPV-θετικό, εμφάνισαν απομακρυσμένη μετάσταση σε, κατά μέσο όρο, χρονικό διάστημα 21 μηνών. Δώδεκα ασθενείς εμφάνισαν ολιγομετάσταση και 26 πολυμεταστάσεις, οι οποίες διαγνώστηκαν στον απεικονιστικό έλεγχο κατά το follow-up. Στην ολιγομεταστατική ομάδα η εστία αφορούσε τον πνεύμονα ή το μεσοθωράκιο σε ποσοστό 91.7%, ενώ στην πολυμεταστατική ομάδα το 62% αφορούσε τον πνεύμονα/μεσοθωράκιο και το υπόλοιπο ποσοστό αφορούσε μεταστάσεις σε ήπαρ, σπλήνα, εγκέφαλο, οστά, πάγκρεας. Μετά τη θεραπευτική προσέγγιση για τη μεταστατική νόσο, η μέση συνολική επιβίωση για την ολιγομεταστατική ομάδα ήταν σημαντικά μεγαλύτερης διάρκειας: 45 μήνες σε σχέση με τους 10 μήνες της πολυμεταστατικής ομάδας ($p=0.0028$). Οι ασθενείς με ≤ 2 μεταστατικές εστίες έχουν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης με το 81% να φτάνει τα 2 έτη, ενώ μόλις 22% εκείνων με πολυμεταστατική νόσο επιβιώνει στο ίδιο διάστημα. Ο συνυπολογισμός των μεταβλητών της ηλικίας, της ταξινόμησης T και N, της χημειοθεραπείας και της αρχικής δόσης ακτινοβολίας, ανέδειξε ότι ασθενής με ολιγομεταστατική νόσο είχε μικρότερο κίνδυνο θανάτου από τη νόσο σε σχέση με ασθενή που είχε ≥ 3 μεταστατικές εστίες (hazard ratio=0.029; 95%CI 0.003-0.28; $p = .002$).

Συμπερασματικά, στο στοματοφαρυγγικό SCC, HPV-θετικό, η μετάσταση σε ≥ 3 εστίες έχει χειρότερη πρόγνωση. Σε ολιγομεταστατική νόσο προτείνεται η χειρουργική εκτομή ή στερεοτακτική ακτινοχειρουργική της μεταστατικής εστίας, η οποία προσφέρει, όταν είναι εφικτή, καλύτερα ποσοστά επιβίωσης σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Η φυσική εξέλιξη και τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης της βαρνηκοΐας οφειλόμενης σε συγγενή λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό: Συστηματική ανασκόπηση.

The Natural History and Rehabilitative Outcomes of Hearing Loss in Congenital Cytomegalovirus: A Systematic Review.

Original contribution
Kyle T. Fletcher
Erin M. Wolf Horrell
John Ayugi
Catherine Irungu
Maria Muthoka
Liza M. Creel
Cathy Lester
Matthew L. Bush

Otology & Neurotology 2018; 39:854–864

Επιμέλεια παρουσίασης:
Καραβελιά Ασπασία
Χειμώνα Θεογονωσία
 ΩΡΛ Κλινική
 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Η συμπτωματική συγγενής λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό (cCMV) μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση ανάπτυξης, προωρότητα, μικροκεφαλία, χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, επιληψία και πολλές άλλες νευρολογικές ανωμαλίες. Αν και το 90% των παιδιών που προσβάλλονται συγγενώς από τον ιό είναι ασυμπτωματικά, το 7-21% αυτών μπορεί να εμφανίσουν νευροαισθητήρια βαρνηκοΐα (SNHL). Στόχος της συστηματικής ανασκόπησης είναι η φυσική εξέλιξη και τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης της βαρνηκοΐας οφειλόμενης σε cCMV λοίμωξη, με επικέντρωση στον ανιχνευτικό έλεγχο, την ακοολογική παρακολούθηση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αυτής της ομάδας ασθενών.

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση 36 εργασιών που προέκυψαν σύμφωνα με τα κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού από τα: PubMed, PsychINFO, CINAHL και Web of Science. Είκοσι πέντε άρθρα επικεντρώνονταν στη φυσική εξέλιξη της βαρνηκοΐας οφειλόμενης σε cCMV λοίμωξη, και 11 άρθρα αξιολογούσαν τα αποτελέσματα της κοχλιακής εμφύτευσης στον cCMV πληθυσμό.

Στο σύνολο των παιδιών με cCMV λοίμωξη το ποσοστό της SNHL ήταν μεταξύ 10.7 και 32.4%, ενώ στα ασυμπτωματικά παιδιά βρέθηκε να είναι από 7 έως 27%. Βαρνηκοΐα καθυστερημένης έναρξης εμφανίστηκε στο 11.1 έως 18.2% των ασυμπτωματικών παιδιών με cCMV λοίμωξη με μέσο όρο ηλικίας έναρξης τους 44 μήνες. Βρέθηκε επίσης προοδευτική SNHL σε αρκετές μελέτες με μέσο όρο έναρξης της επιδείνωσης για τα ασυμπτωματικά παιδιά από 18 έως 51 μήνες.

Σημαντική βελτίωση των αντιληπτικών και εκφραστικών αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε και στις 11 μελέτες μετά την κοχλιακή εμφύτευση. Παρ' όλα αυτά, ο βαθμός βελτίωσης ήταν διαφορετικός και εξαρτιόταν από πιθανές συνυπάρχουσες γνωσιακές διαταραχές, ενώ φάνηκε ότι οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με κώφωση από cCMV λοίμωξη έχουν καλύτερη εξέλιξη.

Συμπερασματικά, η SNHL από cCMV λοίμωξη μπορεί να είναι μετρίου βαθμού έως σοβαρού βαθμού, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη και μπορεί να έχει προοδευτική ή και κυμαινόμενη πορεία. Η ηλικία εμφάνισης ή επιδείνωσης της SNHL μπορεί να είναι μεγαλύτερη από ότι θεωρούνταν μέχρι τώρα και επομένως χρειάζεται ακοολογική παρακολούθηση των παιδιών επί μακρόν. Η κοχλιακή εμφύτευση είναι η λύση εκλογής για την αντιμετώπιση της κώφωσης από cCMV και φαίνεται ότι και σε αυτή την ομάδα βελτιώνει την αντίληψη και εκφορά του λόγου και της ομιλίας.

Η χρήση της οξυμετρίας στον καθορισμό ανάγκης για αδενοτομή-αμυγδαλεκτομή στις διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο.

Use of Oximetry to Determine Need for Adenotonsillectomy for Sleep-Disordered Breathing.

Original contribution
Chariton E. Papadakis
Konstantinos Chaidas
Theognosia S. Chimona
Panagiota Asimakopoulou
Alexandros Ladias
Efklidis K. Proimos
Michael Miligkos
Athanasios G. Kaditis

Pediatrics Volume 142, number 3,
 September 2018:e20173382

Επιμέλεια παρουσίασης:
Κόμνος Ιωάννης
Καστανιουδάκης Ιωάννης
 ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 39 - Τεύχος 3-4, 2018

Η πολυπαραγοντική μελέτη ύπνου είναι η καλύτερη μέθοδος εκτίμησης των διαταραχών της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Συχνά όμως μια τέτοια μελέτη δεν είναι διαθέσιμη και έτσι υπάρχει η ανάγκη ενός εύκολου διαγνωστικού εργαλείου για τον καθορισμό των παιδιών με ροχαλητό και διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο, που θα βελτιωθούν από αδενοτομή-αμυγδαλεκτομή. Σε μια πρόσφατη, προοπτική, τυχαίοποιημένη μελέτη που δημοσιεύτηκε το Σεπτέμβριο του 2018, εξετάστηκε η χρησιμότητα της νυκτερινής οξυμετρίας στο αποτέλεσμα της αδενοτομής-αμυγδαλεκτομής (AT/AE) σε παιδιά με αναπνευστικής αιτιολογίας διαταραχές του ύπνου.

Μελετήθηκαν, με την εφαρμογή οξυμετρίας, παιδιά ηλικίας 4-10 ετών, υποψήφια για AT/AE, τα οποία έπασχαν από ροχαλητό και υπερτροφικές αμυγδαλές. Ο πληθυσμός της μελέτης τυχαίοποιήθηκε σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα (ομάδα AT/AE) έγινε η πρώτη (baseline) εκτίμηση αμέσως πριν την AT/AE, και η δεύτερη (follow-up) 3 μήνες μετεγχειρητικά. Στη δεύτερη ομάδα πραγματοποιήθηκε η πρώτη (baseline) εκτίμηση με την εισαγωγή στη μελέτη κοντά στην αρχική επίσκεψη και η δεύτερη (follow-up) 3 μήνες αργότερα (κατά την περίοδο αναμονής) ακριβώς προ του χειρουργείου (ομάδα ελέγχου). Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα ήταν: 1) το ποσοστό των παιδιών με αποτέλεσμα οξυμετρίας κατά McGill (MOS) >1 κατά την baseline εκτίμηση που στη δεύτερη εκτίμηση (follow-up) είχαν MOS=1, και 2) το ποσοστό των παιδιών που είχαν στη δεύτερη εκτίμηση (follow-up) <2 επεισόδια με δείκτη αποκορεσμού της αιμοσφαιρίνης (ODI3) $\geq 3\%$ /ώρα, ενώ είχαν στην βασική εκτίμηση ODI3 ≥ 3.5 επεισόδια/ώρα.

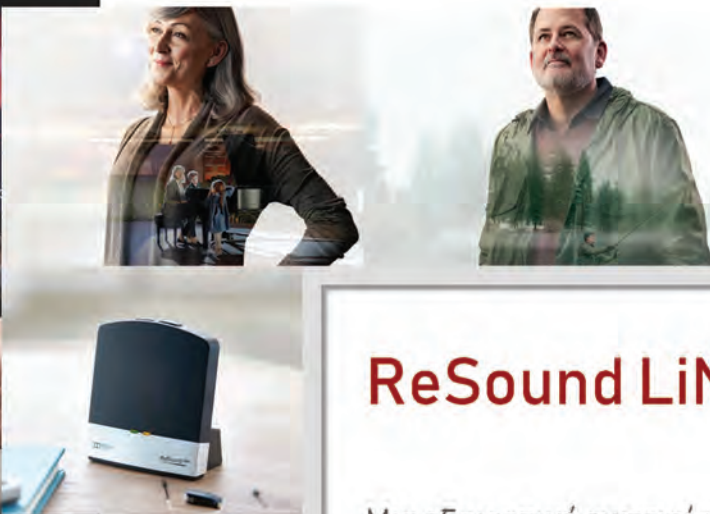
Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι 70.6% των παιδιών με MOS > 1 στην ομάδα AT/AE έναντι 47.6% με MOS > 1 στην ομάδα ελέγχου, εμφάνισαν MOS = 1 στο follow-up. Επιπρόσθετα, 43.8% των παιδιών της ομάδας AT/AE μείωσαν τα επεισόδια αποκορεσμού του οξυγόνου της αιμοσφαιρίνης σε κάτω από 2/ώρα, συγκριτικά με το 5.5% της ομάδας ελέγχου (P<0.001).

Η παρούσα τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη αναδεικνύει ότι, η νυκτερινή οξυμετρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ως απλό διαγνωστικό μέσον, για τον εντοπισμό των παιδιών με ροχαλητό και υπερτροφία παρίσθμιων αμυγδαλών, που θα παρουσιάσουν βελτίωση της διαλείπουσας νυκτερινής υποξυγοναιμίας τους μετά την AT/AE.



ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ
ΕΛΛΑΔΟΣ

ΚΑΣΑΠΟΓΛΟΥ



ReSound LiNX Quattro

Μια εξαιρετική εμπειρία που σας παρέχεται
απο την τέλεια ψηφιακή ανάλυση του ήχου.

- Το πρώτο **Premium Plus** ακουστικό σε όλο τον κόσμο.
Το **ReSound LiNX Quattro** υπόσχεται φυσικό ήχο και στις πιο μικρές λεπτομέρειες.
- Παρέχει πλήρες εύρος συχνοτήτων.
- Απομακρυσμένη υποστήριξη και βελτιστοποίηση των ρυθμίσεων απο παντού.
- Κορυφαία επαναφορτιζόμενη τεχνολογία με την μεγαλύτερη διάρκεια μπαταρίας που έχει υπάρξει ποτέ.

ReSound GN



Εξαιρετική
εμπειρία
ήχου.

Το **No 1**
ακουστικό
βαρηκοΐας
στον κόσμο.

Καταστήματα σε
όλη την Ελλάδα

www.akoustikakentra.gr





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, F.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr