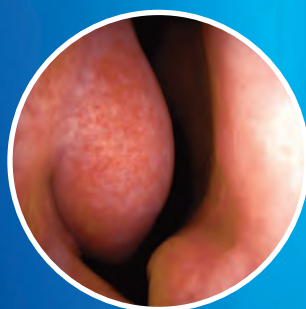
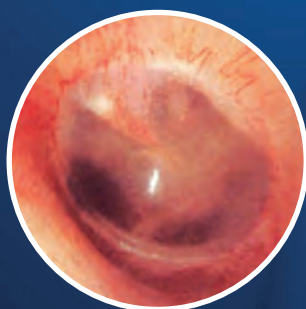


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



APRIL - JUNE 2019
VOLUME 40 • ISSUE 2 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

- ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΤΗ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΑ
- ΟΓΚΟΚΥΤΤΩΜΑ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΥ ΛΟΒΟΥ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ
- ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟ ΒΑΡΛΕΤΖΙΔΗ
- ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΡΙΝΙΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΡΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ
- ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΥΡΙΓΓΟΠΛΑΣΤΙΚΗ (HOW I DO IT)



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



BILAZ[®]

bilastine



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



Menarini Hellas

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



SANTO = RHINO III

26 - 28 September 2019

Santorini Sinus, Skull base and Rhinoplasty Workshop and Consensus Meeting

www.santorhino.org

- Keynote presentations from renowned word experts
- Challenging round table discussions of controversial subjects
- Great debates where the audience can participate and vote
- Instructional sessions with practical, clinical applications



LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER

International Faculty

Shahz Ahmed UK
Hiba Al-Reefy BH
Paolo Castelnuovo IT
Iacopo Dallan IT
Richard Harvey AUS
Philippe Herman FR
Davide Locatelli IT
Cem Meco TR
James Palmer USA
Otavio Piltcher BR
Hesham Saleh UK
Anshul Sama UK
Raj Sindwani USA
Thibaut van Zele BE
Brad Woodworth USA

Course Organisers

Christos Georgalas
Wouter van Furth



Early registration:

400 Euro for Residents
600 Euro for Specialists



SECRETARIAT

SYNTHESIS GROUP SA
31 Agias Varvaras Str., 164 52 Athens, Greece
Tel: +30 210 9609400 • Email: santorhino@synthesispc.com
www.synthesispc.com

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

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

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

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ:

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Βλάχου Σ (Αθήνα), Βλάχτσος Κ (Θεσσαλονίκη),
Γεωργιάδης Χ (Αθήνα), Γκορίτσα Ε (Τρίπολη), Ζιάβρα Ν (Ιωάννινα)
Καμπέρος Α (Αθήνα), Κατωμιχελάκης Μ (Αλεξανδρούπολη),
Καρατζάνης Α (Ηράκλειο), Κυρμιζάκης 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), Χατζιωάννου Ι (Λάρισα)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

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

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Βιτάλη Βίκτωρ (Θεσσαλονίκη),
Κορρές Σταύρος (Αθήνα)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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),
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 Θεογνωσία (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),
Χατζιωάννου Ι (Ειδ. Γραμματέας),
Χρυσοβέργης Α (Ταμίας),
Αηδόνης Ι, Βλάχτσος Κ, Καστανιουδάκης Ι, Παπαδάκης Χ (Μέλη)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

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

ΩΡΛ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΚΟΟΛΟΓΙΑΣ- ΝΕΥΡΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

Μπαλατσούρας Δ (Πρόεδρος),
Παπαδάκης Χ (Α' Αντιπρόεδρος),
Ψύλλης Γ (Β' Αντιπρόεδρος),
Μάρκου Κ (Γεν. Γραμματέας),
Ελευθεριάδου-Γκίκα Α (Ταμίας),
Μαρουδιάς Ν (Υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων),
Ξενόλης 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), Kyrizakis 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), Ziavra N. (Ioannina)

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),
Gueri A (Turkey), Harries M (UK), Hellings P (Belgium),
Hesham N (Egypt), Hizalan I (Turkey), Howard D (UK),
Iro H (Germany), Katsantonis G (USA), Katsarkas A (Canada),
Kaytaz A (Turkey), Kountakis S (USA), Lopez-Escamez JA (Spain),
Lund M (Israel), Lund V (UK), Mantzopoulos K (Germany),
Milisavljevic D (Serbia), Minor L (USA), Onerci M (Turkey),
O'Connor AF (UK), O'Donoghue G (UK), Psychogios G (Germany),
Ramos A (Spain), Reiter R (USA), Rombaux P (Belgium),
Sanna M (Italy), Sama A (UK), Schick B (Germany),
Stankovic M (Serbia), Sterkers O (France), Uzun C (Turkey),
van Cauwenberge P (Belgium), Vannuchi P (Italy),
Zenk J (Germany), Zhang L (China)

EDITORS-IN-CHIEF:

Kastanioudakis Ioannis (Ioannina),
Chimona Theognosia (Chania)

EDITORIAL COMMITTEE:

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

PANHELLENIC SOCIETY OF OTORHINOLARYNGOLOGY – HEAD & NECK SURGERY

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

OTORHINOLARYNGOLOGY – HEAD & NECK SURGERY SOCIETY OF ATHENS

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

ORL SOCIETY OF NORTH GREECE

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

PANHELLENIC MEDICAL SOCIETY OF OTOTOLOGY - AUDIOLOGY - NEUROOTOLOGY

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

Η «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία» δημοσιεύει ελληνικές και ξενόγλωσσες (στην Αγγλική) εργασίες με αντικείμενο την Ωτορινολαρυγγολογία, τη Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου, την Ακοολογία-Νευρωτολογία, 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, κλινικές φωτογραφίες, "How I Do It", 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, παρουσιάσεις άρθρων από το PubMed, 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 (kastanioudakisi@gmail.com ή chimonath@yahoo.gr). 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 δημοσίευσή 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. 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. Οι εργασίες που εγκρίνονται προς δημοσίευση θα δημοσιεύονται κατά χρονολογική σειρά, προσπαθώντας να αντιπροσωπεύονται όλα τα είδη.

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 του, αρχίζοντας από την σελίδα του τίτλου. Οι συντμήσεις θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο και να επεξηγούνται την πρώτη φορά που εμφανίζονται στο κείμενο. Κάθε άρθρο πρέπει να αποτελείται από: Σελίδα τίτλου, Δομημένη Περιλήψη και Αγγλικό Abstract, Κείμενο (Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συζήτηση), Βιβλιογραφία, Πίνακες και Υπότιτλοι Εικόνων. Σε περιγραφές περιστατικών τα τμήματα «Υλικό και μέθοδοι» και «Αποτελέσματα» θα αντικαθίστανται από το τμήμα «Περιγραφή περιστατικού». Στις αναφορές 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). Επισημαίνεται ότι ο μέγιστος αριθμός των συγγραφέων είναι: 2 συγγραφείς για τις παρουσιάσεις άρθρων από το PubMed και τα άρθρα "How I Do It", 4 συγγραφείς για τα ιστορικά άρθρα, τις αναφορές περιπτώσεων και τις κλινικές φωτογραφίες, 5 συγγραφείς για τις ανασκοπήσεις, και μέχρι 8 συγγραφείς στις ερευνητικές εργασίες και τις εκτεταμένες περιλήψεις διδακτορικών διατριβών.

Περιλήψη. Πρέπει να περιλαμβάνει τα κύρια σημεία του άρθρου, να μην υπερβαίνει τις 300 λέξεις και να είναι δομημένη για τις ερευνητικές εργασίες σε 4 μέρη, «Εισαγωγή», «Υλικό και

μέθοδοι», «Αποτελέσματα» και «Συμπεράσματα». Οι περιγραφές περιστατικού 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 περιλήψη, θα πρέπει να αναγράφονται 3-6 λέξεις κλειδιά. Τα Ελληνικά άρθρα θα συνοδεύονται από εκτεταμένη δομημένη περιλήψη στα Αγγλικά (300 λέξεις), η οποία θα περιλαμβάνει επιπλέον αγγλική μετάφραση του τίτλου της εργασίας, των επωνύμων και των ονομάτων των συγγραφέων, το όνομα του συγγραφέα που θα είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία, των ιδρυμάτων και των λέξεων-κλειδών. Για εργασίες που υποβάλλονται στα Αγγλικά, η μετάφραση της περιλήψης στην Ελληνική θα πραγματοποιείται από μέλη της Συντακτικής Επιτροπής. Σε μικρού μεγέθους εργασίες, όπως σχόλια, κλινικές φωτογραφίες, επιστολές κ.ά. δεν απαιτείται περιλήψη.

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 (μετά την τελεία στο τέλος της πρότασης) 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, ακολουθούνται από et al.), τον τίτλο της δημοσίευσης, το περιοδικό όπου δημοσιεύτηκε με σύντομη σύμφωνη 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: Balogh 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 λατινικούς αριθμούς διαδοχικά (Πίνακας I, II κλπ) και να αναφέρονται στο κείμενο ως Πίνακας I, Πίνακας II 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. Έγχρωμες 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.

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

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

Συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης. Για πειραματικές μελέτες ανθρώπων, στο τμήμα των «Μεθόδων» θα πρέπει να αναφερθεί η έγκριση της μελέτης από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικών 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 συναίνεσης 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 συναίνεσης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει διαθέσιμη φόρμα έγγραφης συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης στην ιστοσελίδα του περιοδικού, η οποία μπορεί να υποβληθεί, μαζί με το χειρόγραφο.

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

Διορθώσεις. Προ της δημοσίευσής θα στέλνεται στον υπεύθυνο αλληλογραφίας e-mail με την τελική μορφή της εργασίας σε μορφή pdf, για τυχόν διορθώσεις, οι οποίες πρέπει να επιστραφούν εντός 7 ημερών. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ορθότητα της δημοσιευμένης εργασίας. Η εργασία αφού δημοσιευθεί, θα είναι ελεύθερα διαθέσιμη online στο site του περιοδικού. Οι συγγραφείς που υποβάλλουν εργασίες το κάνουν αντιλαμβανόμενοι ότι εάν η εργασία τους γίνει αποδεκτή προς δημοσίευση, τα πνευματικά δικαιώματα του άρθρου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της αναπαραγωγής του σε όλες τις μορφές και όλα τα μέσα, θα αποδοθούν αποκλειστικά στην "Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία". Η Πανελλήνια Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για τυχόν σφάλματα ή συνέπειες που επέρχονται κατόπιν χρήσεως πληροφοριών που περιέχονται στο περιοδικό αυτό. Οι απόψεις και γνώμες που εκφράζονται δεν απηχούν κατ' ανάγκην εκείνες της Πανελλήνιας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου, ούτε η δημοσίευση διαφημίσεων 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-neurotology, pediatric otorhinolaryngology, speech and language pathology, phoniatriy and related specialties. Specifically, in the journal there may be published original reports, case reports, clinical photographs, reviews, "How I Do It", 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, reviews of PubMed articles and letters to the Editor).

Manuscripts should be submitted either electronically to the e-mail address of an Editor-in-Chief (kastanioudakisi@gmail.com or chimonath@yahoo.gr). 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. 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. Note that the maximum number of authors is: 2 authors for PubMed article presentations and "How I Do It" articles, 4 authors for historical articles, case reports and clinical pictures, 5 authors for reviews, and up to 8 authors in the research papers and the extensive summaries of PhD theses.

Abstract. The abstract should be informative and not descriptive. An abstract for an original article should not exceed 300 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 (300 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, clinical photographs, 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 Latin numerals (Table I, II, etc.), and referred to in the text as Table I, Table II, 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 be compressed in a lower resolution.

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 αντιστρόφως.
- Αποδεικτικό υλικό για την συμμόρφωση προς τους κανόνες δεοντολογίας του περιοδικού.

Περιεχόμενα

Από τη Σύνταξη	64
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
Εαρινή Διημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων	65
Βλάχος Κωνσταντίνος, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας	66
Χειμώνα Θεογνωσία, Ασπασία Καραβελιά	
19ο Σεμινάριο της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας-Χειρουργικής Πλαστικής Προσώπου.	
6ο Σεμινάριο ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ρογχοπαθειών.	
3ο Σεμινάριο Ελληνικής εταιρείας Φωνιατρικής και Διαταραχών Κατάποσης	68
Μαραγκουδάκης Παύλος, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
Επιστημονική συγκέντρωση ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος	70
Μάρκου Κωνσταντίνος, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
Επιστημονική ημερίδα «Ρινολογία για τον Γενικό Ιατρό»	71
Κωνσταντινίδης Ιορδάνης, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
Συνέδριο Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας	72
Καραβελιά Ασπασία, Χειμώνα Θεογνωσία	
ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	
Συσχέτιση κεφαλαλγίας με συμπτώματα από τη μύτη και τα παραρρίνια	74
Καραβελιά Ασπασία, Πρώμος Ευκλείδης, Τσακιράκη Ελένη, Κορακοβούνη Καλλιόπη, Παπαδάκης Χαρίτων	
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	
Συσχέτιση της φωνητικής ικανότητας βασισμένη στην έκταση με τα ανατομικά χαρακτηριστικά του λάρυγγα χρησιμοποιώντας τη στροβοσκόπηση και την τηλεακτινογραφία	78
Ζαράχη Αθηνά, Εξαρχάκος Γεώργιος, Καστανιουδάκης Ιωάννης, Αργυροπούλου Μαρία, Κλούρας Ελευθέριος, Κόμνος Ιωάννης	
ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	
Διερεύνηση της επίδρασης της πλαστικής αποκατάστασης του ρινικού διαφράγματος στην ποιότητα ζωής ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	85
Βαλοαμίδης Κωνσταντίνος, Πρίντζα Αθανασία, Τριαρίδης Στέφανος	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	
Συνέντευξη με τον Ευστράτιο Βαρηλετζίδη	96
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Χειμώνα Θεογνωσία	
HOW I DO IT	
Ενδοσκοπική μυριγγοπλαστική	100
Φύρμπας Γεώργιος, Νικολάου Άγγελος	
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	
Ογκοκύττωμα επικουρικού λοβού παρωτίδας: παρουσίαση περιστατικού	104
Αγγελιδάκη Ειρήνη, Μαρίνου Αθανασία, Πάππας Ζήσης	
Μονήρης αιμορραγική βλάβη σφηνοειδούς σε αγόρι 14 ετών. Παρουσίαση περιστατικού	109
Θεμελής Σωτήριος, Μούρκας Δημήτριος, Καραγιάννη Ευαγγελία, Τερζής Τιμολέων	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED	
Προγνωστική επίδραση των υψηλού κινδύνου παθολογικών χαρακτηριστικών σε καπνιστές ασθενείς με HPV θετικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα οροφάρυγγα	114
Anvash Kompelli, Patrick Morgan, Hong Li, William Harris, Terry Day, David Neskey	
Αναδρομική μελέτη των μεταβολών της ιστοπαθολογίας των ρινικών πολυπόδων σε ενήλικες Κινέζους από την κεντρική Κίνα	116
Wen-Xiu Jiang, Ping-Ping Cao, Zhi-Yong Li, Guan-Ting Zhai, Bo Liao, Xiang Lu, Zheng Liu	
Χρόνος διενέργειας τραχειοστομίας σε ασθενείς με παρατεταμένη ενδοτραχειακή διασωλήνωση: συστηματική ανασκόπηση	117
Ahmed Adly, Tamer Ali Youssef, Marwa El-Beghermy, Hussein Younis	
Εκτίμηση της ωτολιθοφόρου λειτουργίας χρησιμοποιώντας τα αυχενικά και οφθαλμικά αιθουσαία προκλητά μυογενή δυναμικά, σε ασθενείς με νόσο Ménière	118
Liang Chen, Hui Xu, Wu-qing Wang, Qing-guan Zhang, Qiao-ying Lv, Xi-cheng Song	
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΩΡΛ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	119

Contents

From the Editorial Desk	64
NEWS ROUND	
Spring two day Seminar of Hellenic Society of Endocrine Gland Surgery	65
Vlachos Konstantinos, Kastanioudakis Ioannis	
1st World Congress of Pediatric ENT	66
Chimona Theognosia, Karavelia Aspasia	
19o Seminar of Greek Rhinologic Society - Facial Plastic Surgery.	
6o Seminar of ENT Allergy, Immunology and Rochopathies.	
3o Seminar of Hellenic Society of Phoniatics and Swallow Disorders	68
Maragkoudakis Pavlos, Kastanioudakis Ioannis	
Scientifig meeting of ORL Society of North Greece	70
Markou Konstantinos, Kastanioudakis Ioannis	
Scientific meeting "Rhinology for The General Practitioner"	71
Konstantinidis Iordanis, Kastanioudakis Ioannis	
European Academy of Allergy and Clinical Immunology Congress	72
Karavelia Aspasia, Chimona Theognosia	
REVIEW ARTICLE	
Headache correlation with nose and paranasal sinuses symptoms	74
Karavelia Aspasia, Proimos Efklidis, Tsakiraki Eleni, Kalliopi Korakovouni, Papadakis Chariton	
ORIGINAL ARTICLE	
Corellation of vocal ability based on phonetic area with anatomical characteristics of larynx using stroboscopy and teleradiography	78
Zarachi Athina, Exarchakos Georgios, Kastanioudakis Ioannis, Argyropoulou Maria, Klouras Eleutherios, Komnos Ioannis	
REVIEW ARTICLE	
Evaluation of the effect of nasal septoplasty on the Quality of Life of patients with nasal obstruction symptoms due to nasal septum deviation: Review of the literature	85
Valsamidis Konstantinos, Printza Athanasia, Triaridis Stefanos	
INTERVIEW	
Interview with Efstratios Varletzidis	96
Kastanioudakis Ioannis, Chimona Theognosia	
HOW I DO IT	
Endoscopic myringoplasty	100
Fyrmpas Georgios, Nikolaou Aggelos	
CASE REPORT	
Oncocytoma of accessory parotid gland. Case report	104
Aggelidaki Eirini, Marinou Athanasia, Pappas Zisis	
Isolated haemorrhagic sphenoid lesion in a 14-year-old boy. Case report	109
Themelis Sotirios, Mourkas Dimitrios, Karagianni Evangelia, Timoleon Terzis	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Prognostic Impact of High-Risk Pathologic Features in HPV-Related Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma and Tobacco Use	114
Anvesh Kompelli, Patrick Morgan, Hong Li, William Harris, Terry Day, David Neskey	
A retrospective study of changes of histopathology of nasal polyps in adult Chinese in central China	116
Wen-Xiu Jiang, Ping-Ping Cao, Zhi-Yong Li, Guan-Ting Zhai, Bo Liao, Xiang Lu, Zheng Liu	
Timing of tracheostomy in patients with prolonged endotracheal intubation: a systematic review	117
Ahmed Adly, Tamer Ali Youssef, Marwa El-Begermy, Hussein Younis	
Evaluation of the otolith function using c/oVEMPs in patients with Ménière's disease	118
Liang Chen, Hui Xu, Wu-qing Wang, Qing-quan Zhang, Qiao-ying Lv, Xi-cheng Song	
FORTHCOMING ENT EVENTS	119

Από τη Σύνταξη

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το προηγούμενο διάστημα ήταν πλήρες από σημαντικές, τοπικές και διεθνείς, επιστημονικές εκδηλώσεις, κάποιες από τις οποίες παρουσιάζονται στην ενότητα «Επικαιρότητα». Είναι πολύ αισιόδοξο το γεγονός ότι, στους δύσκολους καιρούς της οικονομικής κρίσης, καταφέρνουμε να συνεχίζουμε την εκπαίδευση μας και κυρίως των ειδικευόμενων μας για τους οποίους έχουμε μεγάλη ευθύνη.

Το έργο των συναδέλφων στα κρατικά αλλιά και τα πανεπιστημιακά ιδρύματα είναι εξαιρετικά δύσκολο και πρόσφατα αξιολογήθηκε από ειδική επιτροπή. Αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα είναι ότι το ιατρικό προσωπικό δεν επαρκεί, οι ιατροί που συνταξιοδοτούνται δύσκολα αντικαθίστανται, οι ειδικευόμενοι οδηγούνται σε ελάχιστη πλέον νοσοκομεία υφίσταται λίστα ειδικευομένων για έναρξη ειδικότητας. Οι συνέπειες είναι ήδη σε πολλά κέντρα εμφανείς, αλλιάζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η προσπάθεια όλων μας πρέπει να στοχεύει μέσω της Πανελληνίας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας-Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου σε καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών. Για παράδειγμα, σε όλα τα κέντρα όπου αντιμετωπίζονται ογκολογικοί ασθενείς είναι απαραίτητο το ογκολογικό συμβούλιο με τη συμμετοχή των κατάλληλων ειδικοτήτων, ενώ θα πρέπει να γίνεται καταγραφή των περιστατικών σε μια κεντρική πλατφόρμα ώστε να συλλέγονται ορθά επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας. Ακόμη και προσπάθειες απλών διαδικασιών όπως ο ανιχνευτικός νεογνικός έλεγχος ακοής έχουν πέσει στο κενό καθώς δεν είναι πλέον δυνατή η κεντρική συλλογή των αποτελεσμάτων από τα υπεύθυνα κέντρα, λόγω έλλειψης ανάλογου προσωπικού. Θα ήταν χρήσιμη η θέσπιση ορολογίας (όπου είναι ασαφής ή δεν υπάρχει), η χρήση κατευθυντήριων οδηγιών (για τις οποίες έχουν γίνει προσπάθειες στο παρελθόν), η εξειδίκευση κέντρων αναλόγως των δυνατοτήτων τους, η διασφάλιση εργαστηριακών εξετάσεων, κλινικών και χειρουργικών πράξεων στην ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας. Υπάρχουν εξαιρετικοί συνάδελφοι, με σημαντικές σπουδές και εξειδικεύσεις που πρέπει να αξιοποιηθούν και να γίνουν πηγή έμπνευσης για τους νεότερους. Οι Ωτορινολαρυγγολογικές κλινικές, κρατικές και πανεπιστημιακές, θα πρέπει να είναι ελκυστικές μέσω του κλινικού και επιστημονικού τους έργου καθώς και μέσω της συμμετοχής τους σε εκδηλώσεις της ειδικότητας.

Για μια ακόμη φορά καλούμε, ως διευθυντές σύνταξης, τους συναδέλφους να συνδράμουν με τις γνώσεις τους και την εμπειρία τους το περιοδικό της Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας βοηθώντας στην προσπάθεια ανανέωσής του.

Τις εργασίες σας μπορείτε να τις αποστέλλετε στις διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου των διευθυντών σύνταξης: kastanioudakisi@gmail.com (Καστανιουδάκης Ιωάννης) και chimonath@yahoo.gr (Χειμώνα Θεογνώσια). 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.

Οι Διευθυντές Σύνταξης

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

Θεογνώσια Χειμώνα
*Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων*

Βλάχος Κωνσταντίνος
Αναπληρωτής Καθ. Χειρουργικής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Εαρινή Διημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων

Τόπος: Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα.

Ημερομηνίες διεξαγωγής: 29 – 30 Μαρτίου 2019

Γλώσσα Σεμιναρίου: Ελληνική

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με μεγάλη επιτυχία διοργανώθηκε η Εαρινή Διημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής Ενδοκρινών Αδένων στις 29 και 30 Μαρτίου 2019 στα Ιωάννινα, στο ξενοδοχείο Grand Serai. Η διημερίδα συνδιοργανώθηκε από κοινού με τη Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων υπό την αιγίδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Υπεύθυνοι της διοργάνωσης ήταν ο Πρόεδρος της ΕΕΧΕΑ Καθ. Χειρουργικής κος Ισαάκ Κεσίσογλου και οι συντονιστές Αναπληρωτές Καθ. Χειρουργικής κος Ιωάννης Κουτελιδάκης και κος Κωνσταντίνος Βλάχος. Στην Διημερίδα αναπτύχθηκαν θέματα αιχμής που παραμένουν πάντα επίκαιρα και προβληματίζουν καθημερινά όλους εκείνους που ασχολούνται με τη χειρουργική των ενδοκρινών αδένων. Παράλληλα παρουσιάστηκαν ενδιαφέροντα περιστατικά με τη μέθοδο της διαδραστικής παρουσίασης. Οι 6 στρογγυλές τράπεζες είχαν την ακόλουθη θεματολογία:

1. Οδηγίες ATA για καρκίνο θυρεοειδούς και διεθνής βιβλιογραφία.
2. Βέλτιστη Πρακτική στη χειρουργική των Παραθυρεοειδών Αδένων.
3. Διαδραστική παρουσίαση επιλεγμένων περιστατικών: 4 περιστατικά από θυρεοειδή-παραθυρεοειδή-επινεφρίδια-NET.
4. Η επίπτωση της επικαιροποιημένης κατά AJCC 8ης έκδοσης σταδιοποίησης στη θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου θυρεοειδούς.
5. Κεντρικός λεμφαδενικός καθαρισμός για θηλώδες Ca θυρεοειδούς.
6. Βέλτιστη πρακτική στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της Θυρεοειδεκτομής.

Οι δε 4 διαλέξεις ήταν οι ακόλουθες:

1. Η αξία του μετεγχειρητικού σπινθηρογραφήματος στο καλώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς.
2. Αμφιλογίες στη χειρουργική των επινεφριδίων.
3. Η συμβολή του Bethesda 17 στη διάγνωση του καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου του θυρεοειδούς.
4. Η προσφορά της καρτογράφησης τραχήλου στη χειρουργική του θυρεοειδούς.

Η συμμετοχή των ωτορινολαρυγγολόγων στη στρογγυλή τράπεζα με θέμα: «Βέλτιστη πρακτική στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της Θυρεοειδεκτομής», αφορούσε δύο εισηγήσεις με την ακόλουθη θεματολογία:

Ι. Καστανιουδάκης: Η συμβολή του ΩΡΛ στη διάγνωση και αποκατάσταση των βλαβών των φωνητικών χορδών.

Ν. Ζιάβρα: Η σημασία της λογοθεραπείας στην αποκατάσταση των βλαβών της φωνής.



Εικ. 1 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι: Ιωάννης Κουτελιδάκης Αναπλ. Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ., Γενικός Γραμματέας της ΕΕΧΕΑ, Κωνσταντίνος Βλάχος Αναπλ. Καθ. Χειρουργικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ισαάκ Κεσίσογλου Καθ. Χειρουργικής Α.Π.Θ., Πρόεδρος της ΕΕΧΕΑ, Ιωάννης Καστανιουδάκης Καθ. ΩΡΛ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.



Εικ. 2 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι: Κώστας Σαπαλίδης Επ. Καθ. Χειρουργικής ΑΠΘ, Σταύρος Καρακόζης Χειρουργός, Ναυσικά Ζιάβρα Καθ. ΩΡΛ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Γιάννης Καστανιουδάκης Καθ. ΩΡΛ Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Γιάννης Παρασκευόπουλος Δντής Χειρουργός ΚΑΤ πρόεδρος Επιστ. Συμβουλίου Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας ΕΧΕ, Ηλιάδου Πασχαλία Ενδοκρινολόγος Θεσ/νίκη.

Η εναρκτήρια ομιλία είχε σαν θέμα την Αρχαία Δωδώνη και παρουσιάστηκε από τον Καθηγητή Αναισθησιολογίας κ. Γ. Παπαδόπουλο.

Η Διημερίδα μοριοδοτήθηκε με 11 μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME-CPD CREDITS) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Ευγενικά στήριξαν τη διημερίδα οι εταιρείες:

Baxter, BIANEΓ, Getremed, Improvemed, Όμιλος Mavrogenis, Spine action, Takeda

Χειμώνα Θεογνωσία

Επιμ. Α ΩΡΛ Γ.Ν. Χανίων

Ασπασία Καραβελιά

Ειδικευόμενη ΩΡΛ Γ.Ν. Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

1st World Congress of Pediatric ENT

1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας

Τόπος διεξαγωγής: Ξενοδοχείο Hilton, Buenos Aires, Argentina

Ημερομηνία διεξαγωγής: 7-10 Απριλίου, 2019

Γλώσσα: Αγγλική, Ισπανική

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με μεγάλη συμμετοχή συνέδρων από όλο τον κόσμο και προσκεκλημένων ομιλητών από 48 χώρες διεξήχθη, στις 7-10 Απριλίου του 2019, το 1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας στο Μπουένος Άιρες της Αργεντινής. Πρόεδρος του συνεδρίου ήταν η κ. Tania Sih, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας στο Πανεπιστήμιο του Sao Paolo (Brasil), γνωστή για την αφοσίωσή της στην υψηλής- ποιότητας παιδο-ωτορινολαρυγγολογική φροντίδα σε όλη την υφήλιο. Υπήρξε πρωτεργάτρια στις Διεθνείς Ομοσπονδίες Ωτορινολαρυγγολογικών Εταιρειών (International Federation of Otorhinolaryngology Societies) και τη Διεθνή Εταιρεία για τη μέση ωτίτιδα (International Society for Otitis Media).

Το συνέδριο ήταν μεταξύ άλλων υπό την αιγίδα της Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology (IAPO), της American Society of Pediatric Otolaryngology (ASPO), της European Society of Pediatric Otorhinolaryngology (ESPO), της Asia-Pacific Pediatric Otolaryngology Group (APOG), της Australian and New Zealand Society of Pediatric Otorhinolaryngology και της African Society of Otolaryngology (PENTAFRICA).

Στον καλαίσθητο χώρο του ξενοδοχείου Hilton είχαν διαμορφωθεί κατάλληλα και λειτουργούσαν παράλληλα 8 αίθουσες παρουσιάσεων με εξοπλισμό για ταυτόχρονη μετάφραση από την αγγλική στην ισπανική και το αντίστροφο. Ο χώρος της έκθεσης των εταιρειών, αν και μεγάλος, ήταν σε όλα τα διαλλείματα γεμάτος συνέδρους που ενδιαφέρονταν για τις νέες εξελίξεις σε τεχνολογικά επιτεύγματα και φαρμακευτικά σκευάσματα.



Εικ. 1 Ο Θ. Νικολόπουλος
Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας,
Εθνικό Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών.



Εικ. 2 Ο S. Angeli, Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
University of Miami Miller School of Medicine.



Εικ. 3 Ο M. Manrique, Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
University Clinic of Navarra, Pablona, Spain.



Εικ. 4 Ο Α. R. Macias, Καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας
University of Las Palmas de Gran Canaria, Spain.



Εικ. 5 Ο Β. C. Papsin, Καθηγητής Οτορινολαρυγγολογίας
University of Toronto, Otolaryngologist-in-chief at the Hospital of the Sick Children.



Εικ. 7 Η Α. Καραβελιά μπροστά
από e-poster της ΩΡΛ Κλινικής ΓΝΧ.



Εικ. 6 Από τον χώρο έκθεσης των εταιρειών κατά τη διάρκεια διαλειμμάτων.

Οι στρογγυλές τράπεζες κάλυψαν όλα τα θέματα της σύγχρονης παιδο-ωτορινολαρυγγολογίας με ιδιαίτερη έμφαση στα κοχλιακά εμφυτεύματα, την εκκριτική και οξεία μέση ωτίτιδα, την χειρουργική της χρόνιας μέσης ωτίτιδας, την αλλεργική ρινίτιδα, το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, τις διαταραχές φώνησης, τις συγγενείς ανωμαλίες, την γενετική, την ακοολογία/ νευρωτολογία και τις κακοήθειες της παιδικής ηλικίας.

Πραγματοποιήθηκαν instructional courses με θέματα: διαγνωστική ακοολογία (Curcio V, AR), νοσήματα παρισθμιών (Mitchell R, Pereira K, US), αποκατάσταση λαρυγγικών σχιστιών (Rahbar R, US), θεραπεία φωνητικών διαταραχών (Wilder F, Greve S, AR), ενδείξεις και αποτελέσματα της ανοιχτής vs ενδοσκοπικής χειρουργικής του αεραγωγού (Rutter M, US), χειρουργική ρινός (Selonke I, BR), στοματολογία (Ramirez Z, AR), νοσήματα σιελογόνων αδένων (Gajardo P, CL), εμβοές (Chan K, US). Παρουσιάστηκαν 128 ελεύθερες ανακοινώσεις και 70 e-posters.

Η Ελλάδα εκπροσωπήθηκε από τον Καθηγητή κ. Θωμά Νικολόπουλο με ομιλία στη στρογγυλή τράπεζα με θέμα «Νέες ενδείξεις στην κοχλιακή εμφύτευση» και με διάλεξη με θέμα «Χειρουργική χολοστεατώματος στα παιδιά», και από την ΩΡΛ Κλινική του ΓΝΧ με δύο e-posters και μία διάλεξη με θέμα «Ξένα σώματα αεραγωγού» της κ. Καραβελιά προσκεκλημένης ως Junior Member Representative της ESPO.

Μαραγκουδάκης Παύλος
Αναπληρωτής Καθηγητής ΩΡΛ, ΕΚΠΑ,
Πρόεδρος Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

19ο Σεμινάριο της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας-Χειρουργικής Πλαστικής Προσώπου. 6ο Σεμινάριο ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ρογχοπαθειών. 3ο Σεμινάριο Ελληνικής εταιρείας Φωνιατρικής και Διαταραχών Κατάποσης.

Τόπος Σεμιναρίου: Νέο κτήριο του Πανεπιστημίου Αθηνών ΑΚΙΣΑ, Νοσοκομείο «Αττικόν».

Ημερομηνίες διεξαγωγής: 12-14 Απριλίου 2019

Γλώσσα Σεμιναρίου: Ελληνική

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Στις 14 Απριλίου ολοκληρώθηκαν οι εργασίες του 19ου Σεμιναρίου της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας – χειρουργικής πλαστικής προσώπου του 6ου Σεμιναρίου ΩΡΛ Αλλεργίας, Ανοσολογίας και Ρογχοπαθειών και του 3ου Σεμιναρίου Ελληνικής εταιρείας Φωνιατρικής και Διαταραχών Κατάποσης. Ο τόπος διεξαγωγής ήταν το νέο κτήριο του πανεπιστημίου Αθηνών ΑΚΙΣΑ που βρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου “Αττικόν”. Τα κριτήρια επιλογής του τόπου διεξαγωγής ήταν το χαμηλό κόστος και ο μεγάλος αριθμός αμφιθεάτρων υψηλής αισθητικής και λειτουργικότητας που επέτρεπαν πολλές παράλληλες δραστηριότητες. Είναι αξιοσημείωτο ότι οργανώθηκαν παράλληλα ρινολογικό σεμινάριο για νοσηλεύτριες, για γενικούς γιατρούς και διεξήχθησαν και τα μαθήματα του μεταπτυχιακού του πανεπιστημίου Πατρών και του ΕΚΠΑ «Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας». Οι συμμετέχοντες σύνεδροι είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν:

6 φροντιστήρια, 3 διαλέξεις, 9 Στρογγυλές Τράπεζες, 6 διαδραστικές Τράπεζες, 1 Δορυφορική Διάλεξη, καθώς επίσης 1 τράπεζα Παρουσίασης-Πώς το κάνω. Ιδιαίτερη επιτυχία είχε η χρήση συστήματος άμεσης ψηφοφορίας του κοινού, που εξέφραζε τη γνώμη του σε διαδραστικές τράπεζες. Το εισηγήθηκε και το οργάνωσε ο επ. καθηγητής Αλέξανδρος Δελίδης πρόεδρος της Ελληνικής εταιρείας Φωνιατρικής και Διαταραχών Κατάποσης. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια του Σεμιναρίου διεξήχθησαν 2 Hands- on- Courses στο νεκροτομείο του νοσοκομείου, στα οποία οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν στην ενδοσκοπική χειρουργική ρινός - παραρρινίων κόλπων και στη ρινοπλαστική σε νωπά παρασκευάσματα, με την εκπαιδευτική χρήση συστήματος πλοήγησης και πλήρους χειρουργικού εξοπλισμού. Στο επιστημονικό πρόγραμμα παρουσιάστηκαν 22 ελεύθερες ανακοινώσεις και 26 E-Posters. Τα κύρια χαρακτηριστικά των παρουσιάσεων ήταν το υψηλό επιστημονικό επίπεδο και η επάρκεια των ειδικευμένων. Το Σεμινάριο αξιολογήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 33 μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (CME Credits), αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.), στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης.

Οι προσκεκλημένοι ομιλητές προέρχονταν από 3 χώρες (Πορτογαλία, Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία). Η τελετή έναρξης ήταν ουσιαστικά μια συζήτηση με επαγγελματίες της όσφρησης, έναν γευσισγνώστη οίνου και μία κοσμετολόγο, χορηγός ήταν η εταιρεία “Arivita” που μοίρασε προϊόντα της στους συνέδρους. Στη διάρκειά της έγινε και η επίσημη αναγγελία της αλληαγής του τίτλου και του επιστημονικού αντικειμένου της εταιρείας με την προσθήκη «... χειρουργικής πλαστικής προσώπου». Στο σεμινάριο η μία τράπεζα ήταν αφιερωμένη στην έρευνα στη ρινολογία. Οργανώθηκε από το γραμματέα της εταιρείας Επίκουρο καθηγητή Ιορδάνη Κωνσταντινίδη και παρουσιάστηκαν επτά ερευνητικά πρωτόκολλα από τα περισσότερα πανεπιστήμια της χώρας. Την Κυριακή το πρωί εβδομήντα περίπου σύνεδροι παρακολούθησαν νέους συναδέλφους να παρουσιάζουν πρωτότυπα υψηλού επιπέδου ερευνητικά πρωτόκολλα.



Εικ. 1 Η κ. Δ. Γεωργίου κοσμετολόγος, της εταιρείας “Arivita”, από την τελετή έναρξης.



Εικ. 2 Οι καθηγητές Β. Δανηλίδης και Herpt Werner.



Εικ. 3 Ο προσκεκλημένος ομιλητής Simon Gane, Consultant Rhinologist U.K.



Εικ. 4 Σύνεδροι: Κ. Μάρκου, Π. Μαραγκουδάκης, Ι. Καστανιουδάκης.

Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου περιορίσαμε τα έξοδα του σεμιναρίου και δώσαμε τρεις υποτροφίες σε εκείνες που με δυσκολία αξιολογήθηκαν ως καλύτερες.

Για την ιστορία τις παραθέτουμε:

I. Β. Σοφοκλέους, Π. Μαραγκουδάκης, Ε. Κυροδήμος, Μ. Σαγνού. Η επίδραση των βακτηριακών βιοϋμενίων και του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου στην παθογένεση της χρόνιας ρινοκολπίτιδας.

II. Π. Πυριόχος, Ιορδ. Κωνσταντινίδης, Ι. Κωνσταντινίδης, Κ. Μάρκου.

Συγκριτική μελέτη της επίδρασης τοπικών και συστηματικών παραγόντων στην μετεγχειρητική πορεία ασθενών με χρόνια ρινοκολπίτιδα που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική χειρουργική

III. Σ. Λυγερός, Β. Δανιηλίδης, Σ. Ναξάκης, Δ. Βύνιος

Μελέτη του ρόλου και της έκφρασης βιοδεικτών / μεταλλοπρωτεϊνών στην παθογένεση της χρόνιας ρινοκολπίτιδας με πολύποδες.

Το διοικητικό συμβούλιο της ρινολογικής εταιρείας είχε γίνει αποδέκτης κριτικής για την ανακύκλωση θεμάτων και προσώπων στις στρογγυλές τράπεζες, αποφάσισε λοιπόν να οργανώσει διαδραστικές τράπεζες με συντονιστές και έμπειρους σχολιαστές. Τη θεματολογία κλήθηκαν να την ορίσουν με προτάσεις για κλινικά ερωτήματα και παρουσίαση περιστατικών τα μέλη της εταιρείας, κατά κάποιον τρόπο το πρόγραμμα διαμόρφωσαν οι σύνεδροι. Δόθηκε η ευκαιρία σε πολλούς νέους συναδέλφους να έχουν ενεργό συμμετοχή με υψηλού επιστημονικού επιπέδου παρουσιάσεις. Είναι εντυπωσιακό ότι ενώ το Σεμινάριο παρακολούθησαν συνολικά 346 σύνεδροι, οι ομιλητές ήταν 105. Η ανταπόκριση που είχε η πρωτοβουλία μας ήταν εντυπωσιακή και τα θετικά σχόλια, ιδιαίτερα από νέους συναδέλφους, είναι κίνητρο για αντίστοιχη συνέχεια. Το σεμινάριο έκλεισε με τράπεζα αφιερωμένη στην υπνική άπνοια που οργάνωσε η εταιρεία ΩΡΛ Αλθηργίας, Ανοσολογίας και Ροχχοπαθειών. Στις 12.30 της Κυριακής 14 Απριλίου, η τράπεζα έκλεισε με 70 άτομα στο αμφιθέατρο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συμβολή τους στην επιτυχία του Σεμιναρίου, τα διοικητικά συμβούλια των εταιρειών που οργάνωσαν το σεμινάριο, ευχαριστούν θερμά τις παρακάτω Εταιρείες: pharma Q, Ενδοσκοπική, Mylan, Menarini Hellas, BIANEΞ A.E, Bayer, MEDELLA, KITE, την εταιρεία GETRE MED LTD ιδιαίτερα ευχαριστούμε για την υποστήριξη της και στο ενδοσκοπικό course. Τους εργαζόμενους στη διοργανώτρια εταιρεία FREI και την επικεφαλής κ. Γκαργκάσουλα ιδιαίτερα ευχαριστούμε. Με επαγγελματισμό, συνέπεια και συναίσθηση των περιστάσεων που δημιούργησαν οι περιορισμένες χορηγίες συνέβαλαν στην άψογη διοργάνωση του Σεμιναρίου.



Εικ. 5 Τράπεζα με τους Σ. Ναξάκη, Χ. Παπαδάκη, Κ. Προϊκα, Δ. Λεφαντζή, Η. Καραπάντζο και Χ. Σκουλάκη.



Εικ. 6 Τράπεζα με τους Ιορδ. Κωνσταντινίδη, S. Gane, Π. Μαραγκουδάκη, Ε. Γιωτάκη.



Εικ. 7 Τράπεζα με τους Ε. Γιωτάκη, Α. Ψυρρή, Ι. Παναγιωτίδη, Ι. Κωνσταντινίδη, Ε. Κυροδήμο, Α. Κουγιουμτζοπούλου, Χ. Γεωργάλα και Ι. Σέγγα.



Εικ. 8 Τράπεζα με τους Σ. Ναξάκη, Ε. Γιωτάκη, Ε. Ζαχαριουδάκη, Χ. Γεωργάλα, Β. Δανιηλίδη και Κ. Μάρκου.

Μάρκου Κωνσταντίνος
Καθηγητής ΩΡΛ, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Πρόεδρος ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδας
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Επιστημονική συγκέντρωση ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Τόπος: Κτήριο της ELPEN Α.Ε, Φοίνικας Θεσσαλονίκης

Ημερομηνία διεξαγωγής: 11 Μαΐου 2019

Γλώσσα: Ελληνική

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε στις 11 Μαΐου του 2019 η επιστημονική συγκέντρωση της ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος στο κτήριο της ELPEN Α.Ε. στο Φοίνικα Θεσσαλονίκης. Πραγματοποιήθηκαν 2 συνεδρίες στη διάρκεια των οποίων παρουσιάστηκαν από τους ομιλητές σύγχρονα θέματα, νεότερα δεδομένα, ερευνητικά πρωτόκολλα και νεότερες χειρουργικές τεχνικές στην Ωτορινολαρυγγολογία.

Στην πρώτη συνεδρία με ομιλητές τους: Μπεσλή Ιωάννα (ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν Θεσσαλονίκης "Γ.Παπανικολάου"), Πείδου Σωτηρία (ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο) και Ανδόνη Ιωάννη (Ωτορινολαρυγγολόγος ιδιώτης), παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν νεότερα δεδομένα και σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ρινικών πολυπόδων, των παθήσεων του δακτυλίου του Waldayer και την ατροφική ρινίτιδα (Εικ. 1). Στην δεύτερη συνεδρία με ομιλητές τους: Μπασιάρη Λεντιόνα (ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

Ιωαννίνων), Νικολαΐδη Βασίλη (Β' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου) και Τσινασλάνιδου Ζηνοβία (Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ) παρουσιάστηκε ένα καινοτόμο ερευνητικό πρωτόκολλο για τη μελέτη αλλοιώσεων κεφαλής και τραχήλου με κυτταρομετρία ροής διεχειρητικά, εξηλίξεις στην ενδοσκοπική ωτοχειρουργική και νεότερα δεδομένα στη μη αλλεργική ρινίτιδα (Εικ. 1). Στη συζήτηση που ακολούθησε δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην προώθηση της βασικής έρευνας στην Ωτορινολαρυγγολογία και στη συνεχή χειρουργική και κλινική εκπαίδευση για την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση των "προκλήσεων" στην ΩΡΛ παθολογία και χειρουργική. Την εκδήλωση έκλεισαν με σύντομους σχολιασμούς μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος (Εικ. 2). Η επόμενη συγκέντρωση της Εταιρείας θα γίνει με την έναρξη της νέας ακαδημαϊκής χρονιάς, τον Σεπτέμβριο του 2019.



Εικ. 1 Από αριστερά: Ι. Καστανιουδάκης (Καθηγητής ΩΡΛ, Διευθυντής ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝΙ), Σ. Τριαρίδης (Καθηγητής Α' ΩΡΛ Κλινικής ΑΠΘ Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ), Λ. Μπασιάρη (Ειδικευόμενη ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝΙ), Ζ. Τσινασλάνιδου (Πανεπιστημιακή Υπότροφος Α' ΩΡΛ Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ), Β. Νικολαΐδης (Επικ. Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ Β' ΩΡΛ Κλινική Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου), Α. Νικολάου (Διευθυντής ΕΣΥ ΩΡΛ Κλινικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου"), Κ. Μάρκου (Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ, Διευθυντής Β' ΩΡΛ Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου), Ι. Κωνσταντινίδης (Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ, Διευθυντής Α' ΩΡΛ Κλινικής Γ.Π.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ), Κ. Βλάχτσης (Επιμελητής Α' ΩΡΛ Κλινικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου"), Ι. Μπεσλή (Ειδικός Ιατρός ΩΡΛ Κλινικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου").



Εικ. 2 Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος. Σ. Τριαρίδης (Γενικός Γραμματέας), Κ. Μάρκου (Πρόεδρος), Κ. Βλάχτσης (Ταμίας).

Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Επίκουρος Καθηγητής ΩΡΛ, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019



Εικ. 1 Η αφίσα της ημερίδας.



Εικ. 2 Από την ομιλία του Επικ. Καθηγητή Κωνσταντίνου Ιορδάνη.

Επιστημονική Ημερίδα «Ρινολογία για τον γενικό ιατρό»

Τόπος ημερίδας: Κεντρικό αμφιθέατρο ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη.

Ημερομηνία διεξαγωγής: 18 Μαΐου 2019

Γλώσσα ημερίδας: Ελληνική

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με ιδιαίτερη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το Σάββατο 18 Μαΐου του 2019 η επιστημονική συγκέντρωση που οργάνωσε η Β' ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ σε συνεργασία με το Γραφείο Συντονισμού Εκπαίδευσης των Γενικών Ιατρών Κεντρικής Μακεδονίας με θέμα «Ρινολογία για τον Γενικό Ιατρό» (Εικ. 1) στο κεντρικό αμφιθέατρο του ΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Υπεύθυνοι οργάνωσης ήταν ο Κωνσταντίνος Ιορδάνης Επίκουρος Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ και ο Χατζής Χρήστος Υπεύθυνος Εκπαίδευσης των Γενικών Ιατρών του ΓΝ Παπαγεωργίου ενώ η εκδήλωση τελούσε υπό την αιγίδα της Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής «Ιπποκράτης». Η ημερίδα άνοιξε με τους χαιρετισμούς από τον Διευθυντή της Β' ΩΡΛ Κλινικής ΑΠΘ, Καθηγητή Κ. Μάρκου και το Συντονιστή Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών Κεντρικής Μακεδονίας Α. Συμεωνίδη. Πραγματοποιήθηκαν 2 στρογγυλές τράπεζες στη διάρκεια των οποίων παρουσιάστηκαν από τους ομιλητές σύγχρονα θέματα ρινολογίας με κατεύθυνση την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη συνεργασία των δυο ειδικοτήτων.

Στην πρώτη συνεδρία με τίτλο «Ρινοκοιλίτιδα» οι ομιλητές ήταν : ο Χατζής Χρήστος (Γενικός Ιατρός) με θέμα: Οξεία ρινοκοιλίτιδα διάγνωση / θεραπεία, ο Γεώργιος Πελέκνης (Ωτορινολαρυγγολόγος) με θέμα: Χρόνια ρινοκοιλίτιδα διάγνωση / συντηρητική θεραπεία, ο Κωνσταντίνος Μάρκου (Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ) με θέμα: Επιπλοκές ρινοκοιλίτιδας και ο Ιορδάνης Κωνσταντίνος (Επίκουρος Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ) με θέμα: Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης, Προ- / Μετεχειρουργική φροντίδα (Εικ. 2). Στη δεύτερη συνεδρία με τίτλο «Τραύμα – ρινορραγία – ρινίτιδα» οι ομιλητές ήταν: ο Άγγελος Χατζηαβραμίδης (Διευθυντής ΕΣΥ ΩΡΛ) με θέμα: Τραύμα ρινός, η Κυπριώτου Αναστασία (Επικουρική Επιμελήτρια ΕΣΥ ΩΡΛ) με θέμα: Ρινορραγία και η Ευαγγελία Τσακιροπούλου (Ακαδημαϊκή Υπότροφος) με θέμα: Διαφοροδιάγνωση ρινίτιδας. Στην συζήτηση (Εικ. 3) που συνόδευσε τις παρουσιάσεις οι Γενικοί Ιατροί είχαν την ευκαιρία να λύσουν πολλά πρακτικά ζητήματα της καθ' ημέρα κλινικής πράξης στη Ρινολογία ενώ δόθηκε η υπόσχεση από το Διευθυντή της Β' ΩΡΛ Κλινικής ΑΠΘ, Καθηγητή Κ. Μάρκου να ακολουθήσουν ανάλογες συναντήσεις με τους Γενικούς Ιατρούς και για τα υπόλοιπα αντικείμενα της ειδικότητας. Συνολικά 62 Γενικοί Ιατροί, 10 Ωτορινολαρυγγολόγοι και 12 Νοσηλεύτες παρακολούθησαν την ημερίδα (Εικ. 4).



Εικ. 3 Ο Καθηγητής Κ. Μάρκου απαντά σε ερωτήματα των Γενικών Ιατρών.



Εικ. 4 Το αμφιθέατρο του ΓΝ Παπαγεωργίου κατά τη διάρκεια της ημερίδας.

Καραβελιά Ασπασία
Ειδικευόμενη ΩΡΛ Γ.Ν. Χανίων
Χειμώνα Θεογνωσία
Επιμελήτρια Α' ΩΡΛ Γ.Ν. Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

ΕΑΑCI Congress 2019. Συνέδριο Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας 2019

Τόπος διεξαγωγής: Lisbon Exhibition and Congress Centre, Altice Arena, Λισαβόνα

Ημερομηνία διεξαγωγής: 01-05 Ιουνίου, 2019

Γλώσσα: Αγγλικά

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με συμμετοχή 8680 συνέδρων και με μεγάλο αριθμό προσκεκλημένων ομιλητών από όλο τον κόσμο οργανώθηκε στις 01-05 Ιουνίου 2019 το ετήσιο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας (ΕΑΑCI) στην Λισαβόνα.

Το συνέδριο προέβλεπε το ενδιαφέρον συνέδρων από διάφορες ιατρικές ειδικότητες και επιστημονικούς κλάδους με γνωστικό αντικείμενο τα πεδία της αλλεργίας και κλινικής ανοσολογίας. Μεταξύ αυτών το συνέδριο παρακολούθησαν: Αλλεργιολόγοι, Δερματολόγοι, Ωτορινολαρυγγολόγοι, Παιδίατροι, Πνευμονολόγοι, Επιδημιολόγοι.

Το συνέδριο έλαβε μέρος σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο στο Συνεδριακό και Εκθεσιακό Κέντρο της Λισαβόνας με συνολικά 21 αίθουσες, οι οποίες λειτουργούσαν με παράλληλες

συνεδρίες. Οι χώροι έκθεσης των εταιρειών παρέμεναν γεμάτες με συνέδρους κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων.

Οι σύνεδροι έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και στα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ υπήρχαν ειδικά διαμορφωμένα σημεία συνάντησης των συνέδρων.

Κατά τη τελετή έναρξης πραγματοποιήθηκε η απονομή του βραβείου «Charles Blackley» στον καθηγητή Νικόλαου Παπαδόπουλο για την συνεισφορά του στην προώθηση της ειδικότητας της Αλλεργιολογίας.

Στα πλαίσια του συνεδρίου ανακοινώθηκε το νέο κεντρικό Διοικητικό Συμβούλιο για τα έτη 2019-2021, καθώς και οι επιμέρους εκπρόσωποι στους τομείς της Αλλεργίας, Κλινικής Ανοσολογίας, Δερματολογίας, Παιδιατρικής, Ωτορινολαρυγγολογίας, Άσθματος καθώς και στις ειδικές



Εικ. 1 Η παράδοση της σκυτάλης από την πρώην Πρόεδρο, Ioana Agache στον νέο Πρόεδρο ΕΑΑCI 2019-2021, Marek Jutel.



Εικ. 2 Η απονομή του βραβείου "Charles Blackley" στον καθηγητή Αλλεργιολογίας Ν. Παπαδόπουλο.



Εικ. 3 Η τελετή έναρξης πραγματοποιήθηκε με μεγάλη συμμετοχή των συνέδρων.



Εικ. 4 Το νέο-εκλεγέν Διοικητικό Συμβούλιο ΕΑΑΙ στον τομέα της Ωτορινολαρυγγολογίας για τα έτη 2019-2021 με επικεφαλής τον καθ. L. Klimek και ελληνική εκπροσώπηση από την κα. Καραβελιά.



Εικ. 5 Μία από τις ομάδες εργασίας-μέλη του ΕΑΑΙ.

κατηγορίες Φαρμακευτικής, Περιβαλλοντικής και Τροφικής Αλλεργίας.

Το επιστημονικό πρόγραμμα ήταν εμπλουτισμένο με ενδιαφέρουσες συνεδρίες ποικίλου περιεχομένου και εξειδικευμένες ομιλίες, εκπαιδευτικά σεμινάρια, δορυφορικά συμπόσια και εργαστήρια, ενώ το πρόγραμμα ήταν ειδικά διαμορφωμένο βάσει επιμέρους θεματολογίας, ώστε να είναι εφικτή η παρακολούθηση του πεδίου ενδιαφέροντος από τις διάφορες ειδικότητες.

Μεγάλη ήταν η συμμετοχή νέων συνέδρων με ελεύθερες και αναρτημένες ανακοινώσεις αλλήλ και ειδικές συνεδρίες για Junior Members. Για πρώτη φορά ενισχύθηκε η συμμετοχή και φοιτητών ιατρικής με εκπαιδευτικές υποτροφίες και παρουσίαση του ερευνητικού τους έργου υπό την αιγίδα της ΕΑΑΙ.

Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν οι ετήσιες συναντήσεις των επιμέρους ομάδων εργασίας με προγραμματισμό και παρουσίαση του οργανογράμματος τους, ενώ τέθηκαν οι στόχοι για την επόμενη διετία.

Κατά την διάρκεια του συνεδρίου ανακοινώθηκε τα νέο Διοικητικό Συμβούλιο για την προσεχή διετία 2019-2021, το οποίο στον τομέα της Ωτορινολαρυγγολογίας εκπροσωπείται από την κα. Καραβελιά, Ειδικεύμενη Ιατρό Γεν. Νοσοκομείου Χανίων, ως Junior Member Representative. Η Ελλάδα εκπροσωπήθηκε επίσης από την κα. Δουλαπτή, μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου για τα έτη 2017-2019, Επικουρική Επιμελήτρια ΩΡΛ Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου, με μία ελεύθερη ανακοίνωση και με την συμμετοχή της σε μία από τις τρέχουσες ομάδες εργασίας.

Οι σύνεδροι ανανέωσαν το ραντεβού τους για την επόμενη ετήσια συνάντηση το 2020 στο Λονδίνο.

Καραβελιά Ασπασία
Πρώμος Ευκλείδης
Τσακίρακη Ελένη
Κορακοβούνη Καλλιόπη
Παπαδάκης Χαρίτων
Ωτορινολαρυγγολογική
Κλινική Γ.Ν. Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Ευκλείδης Πρώμος
Διευθυντής ΕΣΥ
ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Χανίων
efklidispr@hotmail.com

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Karavelia Aspasia
Proimos Efklidis
Tsakiraki Eleni
Korakovouni Kalliopi
Papadakis Chariton
Otorhinolaryngology Dept.
Chania General Hospital

Corresponding Author:
Proimos Efklidis
Georgiladon 25, 73133 Chania, Crete,
Greece
e-mail: efklidispr@hotmail.com
mob. +306944557577

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 2, 2019

Συσχέτιση κεφαλαλγίας με συμπτώματα από τη μύτη και τα παραρρίνια

Headache correlation with nose and paranasal sinuses symptoms

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις των παραρρίνιων κόλπων σήμερα είναι λιγότερο συχνές συγκριτικά με την προ-αντιβιοτικών περίοδο. Παρά το γεγονός αυτό η οξεία ρινοκοιλίτιδα αποτελεί μία από τις πλέον υπερ-διαγνωσμένες παθήσεις. Η οξεία ρινοκοιλίτιδα σπάνια προκαλεί κεφαλαλγία και η ύπαρξη της συνοδεύεται από επιπρόσθετη συμπτωματολογία από τη μύτη (ρινική συμφόρηση, καταρροή, διαταραχές όσφρησης). Συνήθως έπεται ιογενούς λοίμωξης ανωτέρου αναπνευστικού και βασικό διαγνωστικό εργαλείο αποτελεί πρωτίστως η ενδοσκόπηση της ρινός και δευτερευόντως η απεικόνιση με αξονική τομογραφία παραρρινίων.

Υλικό και μέθοδος: Βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων δημοσιευμένων στο Medline.

Συμπεράσματα: Σε αντίθεση με την πεποίθηση της πλειοψηφίας των ασθενών και της ιατρικής κοινότητας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που αιτιάζεται προσωπαλγία ή κεφαλαλγία δεν πάσχουν από ρινοκοιλίτιδα. Τα βασικά αίτια είναι νευρολογικής φύσεως στο 90% αυτών των περιπτώσεων και ένα μικρό ποσοστό οφείλεται στα παραρρίνια και αφορά οξεία μετωπιαία κοιλίτιδα ή σφηνοειδίτιδα με χαρακτηριστική κλινική εικόνα και διαγνωστικά ευρήματα κατά την άκαμπτη ενδοσκόπηση.

Λέξεις κλειδιά: κεφαλαλγία, προσωπαλγία, ρινίτιδα, ρινοκοιλίτιδα.

ABSTRACT

Background: Acute rhinosinusitis diagnosis currently is uncommon in comparison with the pre-antibiotic era. Despite that, acute sinusitis remains the most over-diagnosed disease. Acute rhinosinusitis rarely causes headache and is usually accompanied by at least another nasal symptom (congestion, discharge, smell disorders). Upper respiratory tract viral infection usually precedes, while the primary diagnostic tool is rigid nasal endoscopy, and secondly C/T scan imaging.

Methods: Literature review of Medline articles.

Conclusions: Contrary to most patients and physicians belief, the vast majority of patients presenting with headache do not suffer from rhinosinusitis. The underlying causes are neurological in 90% of these cases, and only a small percentage is due to sinusitis and refers to acute frontal or sphenoid sinus, sinusitis with characteristic clinical and endoscopic findings.

Key words: headache, facial pain, rhinitis, rhinosinusitis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι βακτηριακές λοιμώξεις των παραρρίνιων κόλπων είναι σχετικά σπάνιες στην σημερινή εποχή γεγονός που σχετίζεται σχεδόν αποκλειστικά με την μαζική χρήση αντιβιοτικών. Παρόλα αυτά παραμένουν από τις πλέον υπερ-διαγνωσμένες παθήσεις στην ιατρική κοινότητα.¹

Η οξεία ρινοκοιλίτιδα είναι μια φλεγμονή του βλεννογόνου της ρινός και των παραρρίνιων κοιλοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως από οξεία εμφάνιση δύο ή παραπάνω συμπτωμάτων ένα από τα οποία πρέπει να είναι ρινική συμφόρηση ή πρόσθια/

οπίσθια ρινική καταρροή με εκροή ή όχι πύου, ενώ επιπρόσθετα μπορεί να συνυπάρχουν διαταραχές όσφρησης ή προσωπαλγία/αίσθημα πίεσης στην περιοχή των παραρρινίων, επιδεινούμενο με την κάμψη της κεφαλής. Η χρόνια ρινοκοιλίτιδα αντιστοίχως χαρακτηρίζεται από τα παραπάνω συμπτώματα όταν αυτά διαρκούν χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 12 εβδομάδες.¹⁻⁴

Η ρινοκοιλίτιδα σπάνια θα προκαλέσει κεφαλαλγία. Για να εμφανιστεί κεφαλαλγία θα πρέπει να έχει εγκατασταθεί οξεία μικροβιακή λοίμωξη με εμπύημα.^{3,4} Συνήθως κάποιες ημέρες πριν

την εμφάνιση ρινοκοιλίτιδας προηγείται ιογενής λοίμωξη ανωτέρου αναπνευστικού με πυρετική κίνηση και συνύπαρξη ρινικής συμφόρησης και καταρροής.¹ Χαρακτηριστικό της κεφαλαλγίας οφειλόμενης σε μικροβιακή ρινοκοιλίτιδα είναι η ίαση της με τη λήψη αντιβιοτικών σε διάστημα έως 7 ημερών από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής.^{1,2}

Οι ασθενείς που εμφανίζουν κεφαλαλγία τις περισσότερες φορές καταλήγουν μόνοι τους στη διάγνωση της ρινοκοιλίτιδας, χωρίς στην ουσία να πληρούν τα κλινικά κριτήρια αυτής. Μάλιστα είναι ιδιαίτερα συχνό να κατευθύνουν την διάγνωση προς την ρινοκοιλίτιδα οι ίδιοι οι ασθενείς έχοντας πειστεί εκ των προτέρων ότι τα συμπτώματα τους οφείλονται σε ρινικά αίτια.^{4,5} Η συχνή εντόπιση της κεφαλαλγίας αγγειακής αιτιολογίας στο μέσο τριτημόριο του προσώπου, ανατομική περιοχή στην οποία συναντάμε τα παραρρινία, φαίνεται να επεξηγεί αυτή την σύγχυση του γενικού πληθυσμού.^{6,7} Με την ευρεία χρήση των άκαμπτων ενδοσκοπίων και της αξονικής τομογραφίας παραρρινίων, καθώς επίσης και με την αποτυχία αντιμετώπισης του βασικού συμπτώματος της κεφαλαλγίας μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της ρινός και των παραρρινίων, έχει γίνει πλέον σαφές στην ιατρική κοινότητα ότι η κύρια αιτία της κεφαλαλγίας δεν είναι οι λοιμώξεις της ρινός και των παραρρινίων.⁵

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πάνω από το 90% των περιστατικών που έχουν λάβει αρχικά διάγνωση οξείας ρινοκοιλίτιδας πληρούν τα κριτήρια της International Headache Society (IHS) για ημικρανία και όμως από αυτούς το 61% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για οξεία ρινοκοιλίτιδα με από του στόματος αντιβιοτικά, ρινικά στεροειδή και/ή αντισταμινικά, ρινικά αποσυμφορητικά και πλύσεις με ισότονα ή υπέρτονα μεγάλου όγκου διαλύματα.^{4,8} Οι κεφαλαλγίες οφείλονται κυρίως σε νευρολογικά αίτια και υπάρχει αυξημένη παραδοχή στην ιατρική κοινότητα ως προς αυτό. Η εμφάνιση συμμετρικής, μετωπιαίας ή κροταφικής κεφαλαλγίας με ινική επέκταση αποτελεί σημειολογία κεφαλαλγίας τάσεως. Οι μονόπλευρες παροξυσμικές κεφαλαλγίες είναι συνήθως αγγειακής προελεύσεως. Χαρακτηριστικό επίσης της νευρολογικής προελεύσεως της κεφαλαλγίας αποτελεί ο διαλείπων χαρακτήρας αυτής.^{8,9}

Η τυπική προσωπαλγία/αίσθημα πίεσης, κεφαλαλγία οφειλόμενη σε ρινολογικά αίτια, συνοδεύεται πάντα από ενδοσκοπικά και συνήθως από απεικονιστικά ευρήματα.¹ Πιο συγκεκριμένα ανευρίσκονται βλεννοπυώδεις ρινικές εκκρίσεις, οίδημα ρινικού βλεννογόνου ενώ είναι χαρακτηριστική η παρουσία υποσμίας λόγω διαταραχής της αρχιτεκτονικής βασικών ανατομικών στοιχείων του σφρητικού επιθηλίου. Οι μηχανισμοί των διαταραχών σφρητικής είναι δύο, ένας κεντρικού τύπου που σχετίζεται με προσβολή του σφρητικού επιθηλίου από την ιογενή λοίμωξη και ο δεύτερος είναι περιφερικού τύπου διαταραχή με αδυναμία, λόγω λοίμωξης, δέσμευσης των οσμογόνων πρωτεϊνών από τους ειδικούς υποδοχείς των περιφερικών σφρητικών νευρώνων. Ο δεύτερος μηχανισμός είναι ο πιο συχνός και η όσφρηση αποκαθίσταται πάντα, ενώ ο πρώτος μηχανισμός συνήθως προκαλεί μόνιμη βλάβη

και πρέπει να αντιμετωπιστεί με άμεση χορήγηση ρινικών και από του στόματος στεροειδών προκειμένου να διασφαλιστεί η μέγιστη πιθανότητα αποκατάστασης.¹⁰

Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι σύμφωνα με μελέτες το 80% των ασθενών με ρινοκοιλίτιδα που παρουσιάζουν πυώδεις εκκρίσεις κατά την κλινική εξέταση με άκαμπτο ενδοσκόπιο ρινός, δεν αναφέρουν προσωπαλγία, παρομοίως και οι ασθενείς που παρουσιάζονται με ρινική πολυποδίαση στα πλαίσια χρόνιας ρινοκοιλίτιδας.¹⁻¹⁰ Η ρινοκοιλίτιδα σπάνια προκαλεί κεφαλαλγία. Η εμφάνιση προσωπαλγίας οφειλόμενης σε ρινοκοιλίτιδα αφορά συνήθως έξαρση οξείας βακτηριακής ρινοκοιλίτιδας, με αδυναμία παροχέτευσης του προσβεβλημένου κόλπου.⁴ Σε αυτή την περίπτωση η προσωπαλγία είναι μονόπλευρη, οφειλόμενη στα πιεστικά φαινόμενα που δημιουργούνται από το συσσωρευμένο πύο εντός του φλεγμαινόντος κόλπου.^{4,10,11}

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ότι στα παιδιά σχεδόν ποτέ δεν συσχετίζεται η εμφάνιση προσωπαλγίας/κεφαλαλγίας με ύπαρξη υποκείμενης παθολογίας παραρρινίων. Σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια ρινοκοιλίτιδα σε έδαφος κυστικής ίνωσης/δυσλειτουργίας κροσσών, η αναφορά συμπτώματος προσωπαλγίας είναι εξαιρετικά σπάνια ακόμα και αν υπάρχει εκροή πυωδών εκκρίσεων.¹

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί ότι η κεφαλαλγία αγγειακής αιτιολογίας αρκετά συχνά συνοδεύεται από ρινική συμφόρηση ή/και καταρροή, οίδημα μαλακών μορίων και ερυθρότητα αυτών καθώς και δακρύρροια για κάποια χρονική περίοδο. Το κλινικό χαρακτηριστικό που αποκαλύπτει την προέλευση των συμπτωμάτων είναι ότι τα συμπτώματα από την μύτη στην περίπτωση αγγειακής κεφαλαλγίας αναγνωρίζονται μονόπλευρα σε αντίθεση με την περίπτωση της οξείας ρινοκοιλίτιδας όπου είναι αμφοτερόπλευρα καθώς πάσχει όλος ο βλεννογόνος.^{6,7} Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι ένα ποσοστό περίπου 46% των ασθενών με ημικρανία αναφέρουν κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα ως απόρροια ενεργοποίησης του αντανακλαστικού του τριδύμου.¹² Αυτό το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση ρινοκοιλίτιδας σε αυτές τις περιπτώσεις με επακόλουθο την χορήγηση αντιβιοτικών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα παραπάνω συμπτώματα έχουν μονόπλευρη εντόπιση, σύστοιχα με την εντόπιση της κεφαλαλγίας, στοιχείο αρκετά καθοριστικό στην διαφορική διάγνωση. Σημαντικό είναι επίσης ότι οι περισσότερες κεφαλαλγίες αγγειακής αιτιολογίας διαρκούν λιγότερο από 72 ώρες και έτσι η χορήγηση αντιβιοτικών για ρινοκοιλίτιδα σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει εσφαλμένα στο συμπέρασμα ότι η λήψη αντιβιοτικών οδήγησε στην ύφεση της κεφαλαλγίας, η οποία θα είχε ούτως ή άλλως επέλθει αυτομάτως μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα.⁴ Η λεπτομερής και πλήρης κλινική εξέταση σε ειδικό ΩΡΛ ιατρείο αυτών των ασθενών, καθώς και η λήψη λεπτομερούς ιστορικού αποτελούν την πλέον ενδεδειγμένη διαγνωστική προσέγγιση.

Βασικό διαγνωστικό μας εργαλείο αποτελεί πάντα η άκαμπτη ενδοσκόπηση ρινός και η ύπαρξη φυσιολογικών ευρημάτων ενδο-

Πίνακας 1 Διαγνωστικά κριτήρια ρινοκολπίτιδας International Headache Society (IHS)

Διαγνωστικά κριτήρια ρινοκολπίτιδας International Headache Society (IHS)	
A	Μετωπιαία κεφαλαλγία με συνοδό προσωπαλγία ή αίσθημα άλγους σε ώτα/ δόντια και πλήρωση κριτηρίων C+D
B	Κλινική, ενδοσκοπική, CT ή MRI και/ή εργαστηριακή τεκμηρίωση οξείας ή έξαρσης οξείας σε έδαφος χρόνιας ρινοκολπίτιδας
C	Κεφαλαλγία και προσωπαλγία με ταχεία ανάπτυξη κατά την έναρξη της οξείας ρινοκολπίτιδας
D	Κεφαλαλγία και/ή προσωπαλγία που υφίσταται μέσα σε 7 ημέρες από την επιτυχή χορήγηση θεραπευτικής αγωγής για οξεία ή έξαρση οξείας σε έδαφος χρόνιας ρινοκολπίτιδας

σκόπησης είναι κατά κανόνα αποδεικτική απουσίας ρινοκολπίτιδας ως αιτιολογικού παράγοντα της αναφερόμενης κεφαλαλγίας. Στα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου αξιολόγησης αναφέρονται η ευκολία στη χρήση της στα πλαίσια μιας πλήρους ρινολογικής εξέτασης κατά την πρώτη εκτίμηση του ασθενούς καθώς και η υπεροχή της σε θέμα αξιοπιστίας, κόστους και χρόνου. Είναι μία οικονομική μέθοδος και δεν χρειάζεται αναμονή για να πραγματοποιηθεί, μπορεί να γίνει την ίδια μέρα, χωρίς καθυστέρηση, σε αντιδιαστολή με την αξονική τομογραφία που έχει επιπλέον ως βασικό μειονέκτημα της την ακτινοβολία που θα δεχτεί ο ασθενής αλληλά και την πιθανή ανακολουθία μεταξύ κλινικών και απεικονιστικών ευρημάτων.^{1,13} Μάλιστα, αξίζει να αναφερθεί ότι βιβλιογραφικά αναφέρεται η ύπαρξη μεγαλύτερης διαγνωστικής ειδικότητας της ενδοσκόπησης συγκριτικά με την αξονική τομογραφία ρινός-παραρρινίων.^{4,13}

Σε κάθε ασθενή που προσέρχεται στο Ωτορινολαρυγγολογικό ιατρείο αιτιώμενος κεφαλαλγία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η λήψη λεπτομερούς ιστορικού, η κλινική εξέταση και η εξ αποκλεισμού διαγνωστική προσέγγιση.¹³ Πολλές από τις νευρολογικές αιτίες κεφαλαλγίας που πληρούν τα κριτήρια της IHS για ημικρανία δεν μπορούν να τεκμηριωθούν με την ύπαρξη κάποιας συγκεκριμένης και ειδικής εξέτασης, ενώ αρκετοί ασθενείς με ημικρανία αναφέρουν ύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων με διαφορετική κατανομή.⁴ Πιο συγκεκριμένα το 76% αυτών αναφέρουν άλγος στην ανατομική περιοχή κατανομής του δεύτερου κλάδου του τρι-

δύμου νεύρου, καθώς και σε ανατομικές περιοχές εντός της ρινός και των παραρρινίων.⁹

Η κεφαλαλγία η οποία συσχετίζεται με τη μύτη και τα παραρρίνια πληροί ορισμένα χαρακτηριστικά. Συνήθως ο πόνος εμφανίζεται κατά την διάρκεια ρινομύξνης ανώτερου αναπνευστικού και συνήθως συνυπάρχουν και άλλα τυπικά ρινικά συμπτώματα. Το άλγος επιδεινώνεται κατά το σκύψιμο με την επίδραση της βαρύτητας ή σε αεροπορικά ταξίδια και η θεραπεία με αντιβιοτικά οδηγεί στην ύφεση της κεφαλαλγίας.^{1,4,14} Σύμφωνα με τα κριτήρια της IHS η ρινικής αιτιολογίας κεφαλαλγία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ημικρανίας χωρίς αύρα και συνοδεύεται από συμπτωματολογία από τη μύτη. Σημαντικό ρόλο στην διαφορική διάγνωση της κεφαλαλγίας κατέχει ο ειδικός Ωτορινολαρυγγολόγος, καθώς με την κλινική του εκτίμηση μπορεί να τεκμηριώσει την ύπαρξη ή μη, ρινικής αιτιολογίας κεφαλαλγίας αιτιολογημένα με αντικειμενικά κριτήρια (ενδοσκοπική εξέταση, ρινοσκόπηση, ρινική σημειολογία/συμπτωματολογία), δυνατότητα την οποία δεν κατέχουν οι Νευρολόγοι, καθώς αντικειμενικές λειτουργικές απεικονιστικές μέθοδοι τεκμηρίωσης νευρολογικής/αγγειακής φύσεως κεφαλαλγίας δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί.^{4,14} Τα διαγνωστικά κριτήρια της IHS αναφέρονται στον Πίνακα 1.⁴ Μία θεωρία που έχει παλαιότερα διατυπωθεί και τείνει πλέον να καταρριφθεί αναφέρει ότι διάφορες ανατομικές δομές εντός των ρινικών κοιλοτήτων μπορεί να είναι υπαίτιες για την εμφάνιση κεφαλαλγίας ρινολογικής προέλευσης.¹⁵⁻²⁰ Οι υποστηρικτές αυτής της θεωρίας αναφέρουν άμε-

ση ύφεση συμπτωματολογίας των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση στην περιοχή της ρινός ή/και των παραρρινίων.¹⁸ Πιο συγκεκριμένα ο Sluder το 1920 υποστήριξε ότι η ύπαρξη του σφηνοϋπερώιου γαγγλίου, το οποίο εντοπίζεται στην οπίσθια ρινική κοιλότητα, είναι ο βασικός αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση προσωπαλγίας.¹⁹ Το 1943 διατυπώθηκε από τον McAuliffe η θεωρία των «contact points».^{17,20} Αναφέρεται ότι η στενή επαφή βλεννογονικών ανατομικών δομών εντός της ρινικής κοιλότητας λόγω ανατομικών παραληλαίων μπορεί να είναι υπαίτια για την έκλυση προσωπαλγίας/κεφαλαλγίας στα διάφορα σημεία αισθητικής κατανομής του τριδύμου νεύρου. Αυτές οι δομές μπορεί να είναι: πνευματώδης μέση ρινική κόγχη, παράδοση μέση ή άνω ρινική κόγχη ή μεγάλη ηθμοειδής οστεοκύστη. Η υπερπνευματώση των ανωτέρω δομών τις φέρνει σε επαφή με το ρινικό διάφραγμα, και κατά συνέπεια πυροδοτείτε το άλγος.¹⁷ Οι Stammerberger και Wolf το 1988 δημοσίευσαν τα αποτελέσματα τους σχετικά με ένα μεσοσολαβητή του άλγους, το πεντίδιο P (SP) το οποίο ανευρίσκεται στο αισθητικό μονοπάτι του τριδύμου νεύρου και απελευθερώνεται από τα «contact points».^{15,21} Η απελευθέρωση αυτού του χημικού διαμεσοσολαβητή SP σε διάφορα τμήματα της αισθητικής οδού του τριδύμου είναι υπαίτια για την εμφάνιση κεφαλαλγίας. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, υποστηρίζεται η εμφάνιση κεφαλαλγίας μη φλεγμονώδους αιτιολογίας, οφειλόμενη στη στενή επαφή ανατομικών περιοχών εντός της ρινικής κοιλότητας, η οποία εντοπίζεται σε έκτοπη θέση, βάσει της αισθητικής κατανομής του τριδύμου νεύρου και όχι στην περιοχή των contact points.¹⁵ Η θεωρία των «contact points», αν και επικράτησε για πολλά χρόνια στην επιστημονική κοινότητα, ωστόσο τείνει να καταρριφθεί καθώς μετα-αναλύσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στις μελέτες των McAuliffe και Wolf δεν ανευρίσκουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και επιπλέον σε κανένα άλλο σημείο του ανθρώπινου σώματος δεν αποδεικνύεται να επαναλαμβάνεται η θεωρία αυτή.^{15,17}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το βασικό μήνυμα της παρούσας μελέτης είναι ότι παρά την πεποίθηση που επικρατεί μέχρι σήμερα η πλειονότητα των ασθενών που παρουσιάζονται με κεφαλαλγία ή προσωπαλγία ή που διαγιγνώσκονται με ρινοκολιπίτιδα από την ιατρική κοινότητα στην ουσία δεν έχουν κάποια παθολογία από τα παραρρινία και το υποκείμενο αίτιο είναι νευρολογικής φύσεως. Μόλις ένα μικρό ποσοστό αυτών των ασθενών πάσχει όντως από οξεία ρινοκολιπίτιδα η οποία προκαλεί κεφαλαλγία και συγκεκριμένα εμφανίζει μετωπιαία κολιπίτιδα ή σφηνοειδίτιδα με χαρακτηριστική κλινική εικόνα και ενδοσκοπικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση. Είναι σημαντικό προτού επέμβουμε χειρουργικά σε ένα ασθενή για την αντιμετώπιση κεφαλαλγίας να είμαστε σίγουροι ότι αυτή οφείλεται όντως σε πάθηση της ρινός και των παραρρινίων και ο ασθενής θα ωφεληθεί από αυτή. Θεωρίες που έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς οι οποίες συσχετίζουν την ύπαρξη contact points εντός της ρινός με την εμφάνιση κεφαλαλγίας/προσωπαλγίας έχουν καταρριφθεί στην πλειοψηφία τους.

Στην διαγνωστική προσέγγιση ενός ασθενούς με προσωπαλγία/

κεφαλαλγία είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει κατανοητό από όλη την ιατρική κοινότητα ότι η μύτη και τα παραρρινία αποτελούν σπάνιο αιτιολογικό παράγοντα και είναι άσκοπη η χρήση αντιβιοτικών και ρινικών αποσυμφορητικών/στεροειδών ή ακόμη και χειρουργικών επεμβάσεων σε αυτούς τους ασθενείς. Τα τελευταία έτη μάλιστα, φαίνεται αυτό να έχει γίνει κατανοητό από την ιατρική κοινότητα και παρατηρείται μία τάση διερεύνησης του αιτιολογικού παράγοντα της παρουσιαζόμενης κεφαλαλγίας από νευρολογική σκοπιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Silbestein SD. Headaches due to nasal and paranasal sinus disease. *Neuro Clin N Am*. 2004; 22:1-19.
2. Schonsted-Madsen U, Stoksted P, Christensen PH, Koch-Henriksen N. Chronic headache related to nasal obstruction. *J Laryngol Otol*. 1986; 100:165-70.
3. Fahy C, Jones NS. Nasal polyposis and facial pain. *Clin Otolaryngol*. 2001; 26:510-513
4. Jones NS. Sinus headaches: avoiding over-misdiagnosis. *Expert Rev. Neurother*. 2009; 9:439-444.
5. West B, Jones NS. Endoscopy-negative, computer tomography-negative facial pain in a nasal clinic. *Laryngoscope*. 2001; 111:581-586.
6. Jones NS. Midfacial segment pain: implications for rhinitis and sinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2004; 4:187-192.
7. Jones NS. Midfacial segment pain: implications for rhinitis and rhinosinusitis. *Clin Allergy Immunol*. 2007; 19:323-333.
8. Tepper SJ. New thoughts on sinus headache. *Allergy Asthma Proc*. 2004; 25:95-96.
9. Erros E, Dodick D, Erros M. The sinus, allergy and migraine study (SAMS). *Headache*. 2007; 47:213-24.
10. Stammerberger H, Wolf G. Headaches and sinus disease: the endoscopic approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1988; 134:3-23.
11. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache: a clinical conundrum. *Otolaryngol Clin North Am*. 2004; 37:267-288.
12. Barbanti P, Fabbri G, Perare m. Unilateral cranial autonomic symptoms in migraine. *Cephalalgia*. 2002; 22:256-259.
13. Jones NS. Sinogenic facial pain: diagnosis and management. *Otolaryngol. Clin North Am*. 2005; 38:1311-1325.
14. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2004; 24:9-160.
15. Clerico DM, Feldman R. Referred headache of rhinogenic origin in the absence of sinusitis. *Headache*. 1994; 34:226-229.
16. Abu-Bakra M, Jones NS. The prevalence of nasal contact points in a population with facial pain and control population. *J Laryngol Otol*. 2001; 115:629-632.
17. Harrison L, Jones NS. Intranasal contact points as a cause of facial pain or headache: a systemic review. *Clinical Otolaryngology*. 2013; 38:8-22.
18. Terris MH, Davidson TM. Review of published results for endoscopic sinus surgery. *Ear, nose and throat journal*. 1994; 73:574-80.
19. Clerico DM. Sinus Headaches Reconsidered: Referred cephalgia of rhinologic origin masquerading as refractory primary headaches. *Headache*. 1994; 35:185-192.
20. McAuliffe GW, Goodell H, Wolff HG. Experimental studies on headache: pain from nasal and paranasal structures. *Research Publication Proc Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1943; 23:185-208.
21. Mokbel KM, Elfattah AM. Nasal mucosal contact points with facial pain and/or headache: lidocaine can predict the result of localized endoscopic resection. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010; 267:1569-1572.

Ζαράχη Α. Αθηνά¹
Εξαρχάκος Γεώργιος¹
Καστανιουδάκης Γ. Ιωάννης¹
Αργυροπούλου Μαρία²
Κλούρας Ελευθέριος³
Κόμνος Δ. Ιωάννης¹

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

²Τμήμα Ακτινολογίας, Σχολή Επιστημών
 Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
 Ιωάννινα, Ελλάδα

³Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα,
 Παθολογική Κλινική ΠΓΝΙ, Πανεπιστήμιο
 Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019*

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

Zarachi L. Athina¹
Exarchakos Georgios¹
Kastanioudakis G. Ioannis¹

Argyropoulou Maria²
Klouras Eleutherios³, Komnos D. Ioannis¹

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

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

³Department of Pathology, Faculty of Medicine,
 School of Medical Sciences,
 University of Ioannina, Ioannina, Greece

*Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 40 - Issue 2, 2019*

Correspondence to:
 Kastanioudakis Ioannis, MD, PhD
 Professor of Otorhinolaryngology
 & Head and Neck Surgery,
 School of Medical Sciences,
 Faculty of Medicine, Department
 of Otorhinolaryngology
 Head and Neck Surgery,
 University of Ioannina, Ioannina, Greece
 tel: +302651099661 Mob: 6944354941
 Email: kastanioudakis@gmail.com

Συσχέτιση της φωνητικής ικανότητας βασισμένη στην έκταση με τα ανατομικά χαρακτηριστικά του λάρυγγα χρησιμοποιώντας τη στροβοσκόπηση και την τηλεακτινογραφία

Corellation of vocal ability based on phonetic area with anatomical characteristics of larynx using stroboscopy and teleradiography

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το τραγούδι είναι μια περίπλοκη λειτουργία που επηρεάζεται από φυσικούς, ψυχο-
 λογικούς, κλιματολογικούς, κοινωνικούς και μορφωτικούς παράγοντες. Πολλοί λάρυγγολόγοι
 προσπάθησαν και προσπαθούν να προσδιορίσουν ποσοτικά τους παράγοντες που επηρεάζουν
 και συνθέτουν το φαινόμενο αυτό. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταδείξουμε αν μπορεί
 να υπάρξει μια νέα ταξινόμηση της φωνητικής ικανότητας, συσχετίζοντας αυτή με την ανατομία
 του λάρυγγα, όπως προκύπτει από το στροβοσκοπικό έλεγχο και την τηλεακτινογραφία.

Υλικό και Μέθοδοι: Η μελέτη περιελάμβανε 70 άτομα, άνδρες και γυναίκες. Αναλήφθηκαν
 τα αποτελέσματα από 40 υγιή άτομα, διαφόρων ηλικιών και φύλου, με επαγγελματική ή μη
 ενασχόληση με τη φωνητική (τραγούδι). Τα υπόλοιπα αποτελέσματα βρίσκονται σε εξέλιξη.
 Τα άτομα υποβλήθηκαν αρχικά σε στροβοσκοπικό έλεγχο. Εκεί καταγράφηκε η φωνή κάθε
 εξεταζόμενου στη συχνότητα 440 Hz. Ακολούθησε η τεχνική της τηλεακτινογραφίας, η οποία
 περιλαμβάνει πλάγια ακτινογραφία του λάρυγγα με ανοικτό στόμα σε απόσταση φιλή-
 εστίας σταθερή στα δύο μέτρα και τον εξεταζόμενο κατά τη διάρκεια εκφώνησης του φωνήεντος
 "α" στη συχνότητα 440 Hz. Μετρήθηκαν πόσοι άνδρες είναι τενόροι, βαρύτονοι ή μπάσοι. Από
 τις γυναίκες, μετρήθηκαν πόσες είναι υψίφωνες, ημιυψίφωνες, μεσόφωνες. Μέτρηση συγκεκρι-
 μένων ανατομικών μερών του φωνητικού τμήματος, όπως απεικονίζονται στην τηλεακτινογρα-
 φία: ΤΟ-ΜΣΥ (από τον τομέα οδόντα έως τη μεσότητα της σκληρής υπερώας), ΜΣΥ-ΔΑΣ (από
 τη μεσότητα της σκληρής υπερώας έως το δεύτερο αυχενικό σπόνδυλο), ΔΑΣ-ΠΕ (από το δεύ-
 τερο αυχενικό σπόνδυλο έως την πρόσθια εντομή). Καταγραφή ανατομικών χαρακτηριστικών
 λάρυγγα από την κλινική εξέταση του εξεταστή. Συσχέτιση αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν 18 άνδρες και 22 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 42,35 έτη.
 Ο μέσος όρος του μήκους σε mm ανδρικών φωνών του φωνητικού τμήματος ΦΤ= (ΤΟ-ΜΣΥ)+
 (ΜΣΥ-ΔΑΣ)+ (ΔΑΣ-ΠΕ), είναι για τους μπάσους άνδρες 236mm, για τους βαρύτονους άνδρες
 229,22mm ενώ για τους τενόρους άνδρες είναι 227,63mm. Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης
 ΦΤ στις γυναίκες του εξεταζόμενου δείγματος είναι για τις μεσο-υψίφωνες 191,12mm, για τις
 υψίφωνες είναι 207,5mm και για τις οξεία υψίφωνες 209,36mm. Ο μέσος όρος της απόστασης
 ΣΦ= (ΤΟ-ΜΣΥ)+ (ΜΣΥ-ΔΑΣ), η οποία αντιπροσωπεύει το μήκος του στοματοφάρυγγα είναι
 για τους μπάσους άνδρες 155,85mm. Για τους βαρύτονους άνδρες 143,47mm ενώ για τους
 τενόρους 147,13mm. Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης ΣΦ στις γυναίκες είναι για τις μεσο-
 υψίφωνες 130mm, για τις υψίφωνες 128,92mm και για τις οξεία υψίφωνες 136,36mm.

Συμπεράσματα: Παρατηρούμε μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση του μήκους του φωνητικού
 τμήματος σε mm και της συχνότητας της ανδρικής φωνής με βάση την έκταση. Όσο μειώνεται η
 συχνότητα, τόσο αυξάνεται το μήκος ΦΤ. Στις γυναίκες η σχέση αυτή είναι αναλογική, δηλαδή
 όσο αυξάνεται η συχνότητα της φωνής, τόσο αυξάνεται το μήκος της απόστασης ΦΤ. Φαίνεται
 πως δεν υπάρχει κάποια αναλογική σχέση από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ της
 συχνότητας της φωνής και της απόστασης ΣΦ, που αντιπροσωπεύει το μήκος του στοματοφά-
 ρυγγα, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες.

Λέξεις κλειδιά: φωνητική ικανότητα, ταξινόμηση, στροβοσκόπηση, τηλεακτινογραφία

ABSTRACT

Introduction: Song is a complicated operation that is influenced by physical, psychological, climatological, social and cultural factors. Many laryngologists have tried and are trying to quantify the factors that influence and compose this phenomenon. The purpose of this research is to demonstrate whether there can be a new classification of vocal capacity, correlating it with the laryngeal anatomy, as resulting by laryngeal stroboscopy and teleradiography.

Material and Methods: The study included 70 men and women. Results from 40 healthy individuals, of different ages and sex, with or without engaging in phonetics (singing), were analyzed. The remaining results are in progress. At first, individuals were submitted to laryngeal stroboscopy. During stroboscopy, the voice of each individual was recorded at the frequency of 440 Hz. Subsequently, we used the technique of teleradiography, which includes lateral x-ray of the larynx with an open mouth at a film distance of two meters (2m) and the examine during speech of the vowel "a" at the frequency of 440 Hz.

It was measured the number of men who are tenor, bariton or bass, as well as the number of women who are Soprano, Mezzo Soprano and Contralto. It was performed measurement of specific anatomical parts of the vocal part, as shown in the teleradiography: CI-MHP (from the central incisor to the medulla of the hard palate), MHP-SCV (from the medulla of the hard palate to the second cervical vertebra), SCV-AI from the second cervical vertebra to the anterior incision of larynx). Recording of anatomical features of larynx as results from clinical examination. Correlation of results.

Results: 18 men and 22 women were examined, with an average age of 42,35 years. The average length in mm of the male voice of the phonetic area $PA = (CI-MHP) + (MHP-SCV) + (SCV-AI)$ was 236mm for bass men, 229,22mm for the baryton men and for the tenors men are 227.63mm. The average of the same PA distance was for mezzo soprano women 191,12mm, for soprano women 207,5mm and for the contralto women 209,36mm. The mean distance $SF = (CI-MHP) + (MHP-SCV)$, which represents the length of the stomatopharynx is 155.85mm for bass men. For bass men was 143,47mm while for the tenors was 147,13mm. The average distance of the same distance in women was for the mezzo soprano 130mm, for the soprano 128,92mm and for the contralto women 136,36mm.

Conclusions: It was observed an inversely proportional relationship between the length of the vocal area PA (measured in mm) and the frequency of male voice based on the extent. As the frequency decreases, the PA length increases. In women, this ratio is proportional, which means that, as the frequency of voice increases, the length of the PA distance increases. It seems that there is no proportional relationship from the comparison of the results between the frequency of the voice and the SF distance, which represents the length of the stomatopharynx, both in men and in women.

Keywords: vocal ability, classification, stroboscopy, teleradiography

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τραγούδι είναι μια περίπλοκη λειτουργία που επηρεάζεται από φυσικούς, ψυχολογικούς, κλιματολογικούς, κοινωνικούς και μορφωτικούς παράγοντες. Πολλοί λαρυγγολόγοι προσπάθησαν και προσπαθούν να προσδιορίσουν ποσοτικά τους παράγοντες που επηρεάζουν και συνθέτουν το φαινόμενο αυτό.

Μία από τις παλαιότερες σχετικές παρατηρήσεις συνδύασε τη φωνή με τη σωματική διάπλαση, υποστηρίζοντας ότι οι χαμηλού τόνου φωνές (basso), ανήκουν σε υψηλούς ανθρώπους, ενώ οι υψηλού τόνου φωνές (tenore και soprano) ανήκουν σε κοντούς ανθρώπους.¹

Πολλές ερευνητικές αναφορές υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ μεγέθους του λάρυγγα (μήκος, μορφή και πάχος των φωνητικών χορδών) και των χαρακτηριστικών της φωνής χρώμα, ύψος και

όγκος), όπως αυτά παρατηρούνται κλινικά αλλήλα και μέσω συσχετίσεων, χρησιμοποιώντας ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις.¹⁻⁶ Μεγάλη ανάπτυξη του λάρυγγα, των φωνητικών χορδών σε μήκος και πάχος, καθώς και στοματοφάρυγγα παρατηρείται σε χαμηλού τόνου φωνές (basso), ενώ το αντίθετο σε υψηλού τόνου φωνές. Σε χαμηλού τύπου βαριές φωνές παρατηρούνται συνήθως μεγάλοι παραρρινίοι κόλποι. Το 1938 ο Zimmermann μετρήσε το μήκος των φωνητικών χορδών με το λαρυγγόμετρο του Exner και κατέληξε στα εξής: Οι ανδρικές φωνές ταξινομούνται σε: χαμηλού τόνου φωνή (μπάσος)-basso (24-25mm), βαρύτονος-baritono (21-27mm), υψίφωνος-tenore (18-20mm). Οι γυναικείες φωνές ταξινομούνται σε: μεσόφωνη-contralto (18-21mm), ημιυψίφωνη-mezzosoprano (18-21mm), υψίφωνη-soprano (14-17mm).

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΡΑΓΟΥΔΙΣΤΗ	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
1. Όνομα:	12. Σε ποιά κατηγορία κατατάσσεστε με βάση την έκταση της φωνής σας?
2. Ηλικία:	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
3. Ύψος(μ):	Υψίφωνη- soprano (Si 247 Hz- Do 1.047 Hz) ____
4. Βάρος(kg):	Ημιυψίφωνη- mezzosoprano (Fa 175Hz-Si 988 Hz) ____
5. Φύλο: <u>ΑΝΔΡΑΣ</u> <u>ΓΥΝΑΙΚΑ</u>	Μεσόφωνη- contralto (Mi 165 Hz- Sol 392 Hz) ____
6. Κάπνισμα: <u>ΝΑΙ</u> <u>ΟΧΙ</u>	ΑΝΔΡΕΣ
7. Ενασχόληση με τη γυμναστική: <u>ΝΑΙ</u> <u>ΟΧΙ</u>	Τενόρος- tenore (Do 131 Hz- Do 524 Hz) ____
8. Αμυγδαλεκτομή: <u>ΝΑΙ</u> <u>ΟΧΙ</u>	Βαρύτονος- baritono (Fa 88 Hz- Sol 392 Hz) ____
9. Ιστορικό παθήσεων λάρυγγα: <u>ΝΑΙ</u> <u>ΟΧΙ</u>	Μπάσος- basso (Re 74 Hz- Fa 350 Hz) ____
10. Ενασχόληση με το τραγούδι: <u>ΝΑΙ</u> <u>ΟΧΙ</u>	
11. Χρόνια εκμάθησης στο τραγούδι:	(Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της έρευνας που διενεργείται στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Τα αποτελέσματα αυτής θα μας δείξουν αν μπορεί να υπάρξει μια νέα ταξινόμηση της φωνής με βάση την ανατομία του λάρυγγα. Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας).

Εικ. 1 Ειδικό πρωτόκολλο εξέτασης τραγουδιστή, ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση από τον εκάστοτε εξεταζόμενο.

Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν Κινέζοι ερευνητές μετά από ακτινολογικό έλεγχο.⁷

Ο δάσκαλος τραγουδιού όταν πρόκειται να ταξινομήσει τη φωνή ενός μαθητή, βασίζεται στην προσωπική του κρίση, λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους φωνής όπως το χρώμα, την έκταση, το ύψος καθώς και το «σημείο περάσματος», αν και έχουν γίνει προσπάθειες αντικειμενικής ταξινόμησης της φωνής και σύγκριση των αποτελεσμάτων με την υποκειμενική κρίση.^{8,9}

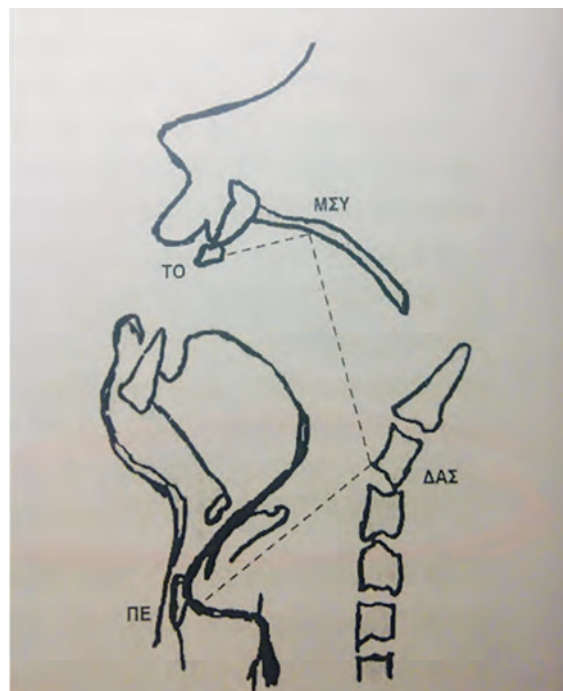
Ο φωνιάτρος είναι σε θέση να δώσει αντικειμενικά πορίσματα για την ανατομική και λειτουργική κατάσταση του φωνητικού συστήματος, συλλέγοντας πληροφορίες από μια σειρά εξετάσεων. Ο ρόλος της ανατομίας και φυσιολογίας του φωνητικού συστήματος στη διαδικασία της φώνησης, καθώς και η σημασία της ορθής φωνητικής τοποθέτησης του επαγγελματία τραγουδιστή εξηγεί την αξία της πρόληψης των πιθανών φωνητικών διαταραχών στα εν λόγω άτομα.¹⁰

Η έκταση του τόνου της φωνής τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών στο τραγούδι είναι τουλάχιστον δύο οκτάβες, ενώ σπάνια μπορεί να φτάνει τις τρεις ή και περισσότερες. Στις γυναικείες φωνές η έκταση αρχίζει από το Mi (165 Hz) και φτάνει στο Do (1.047 Hz). Διακρίνονται τρεις κατηγορίες: 1).Υψίφωνη-soprano (Si 247 Hz-Do 1.047 Hz), 2). Ημιυψίφωνη-mezzosoprano (Fa 175 Hz-Si 988 Hz), 3).Μεσόφωνη-contralto (Mi 165 Hz-Sol 784 Hz). Στις ανδρικές φωνές η έκταση αρχίζει από το Re (74 Hz) και φτάνει στο Do (524 Hz). Διακρίνονται τρεις κατηγορίες: 1).Τενόρος-tenore (Do 131 Hz-Do 524 Hz) 2).Βαρύτονος-baritone (Fa 88 Hz-Sol 392 Hz), 3). Μπάσος-basso (Re 74 Hz-Fa 350 Hz).

Μια άλλη ταξινόμηση με βάση την ποιότητα του ήχου, είναι η εξής: Soprano: ελαφρύ, ηυρικό, δραματικό, Mezzosoprano: (ηυρικό, δραματικό), Tenore: (ελαφρύ, ηυρικό, δραματικό), Baritono: (ηυρικό, δραματικό), Basso: βαθύ.

Οι φωνές, βάσει της χροιάς, διακρίνονται σε ανοιχτές και κλειστές, ενώ βάσει όγκου διακρίνονται σε μικρές, μέσες και δυνατές.

Στις βαριές φωνές και των δύο φύλων παρατηρείται μακρύς και ευρύς στοματοφάρυγγας, ενώ στις υψηλές φωνές ο στοματοφάρυγγας είναι κοντός και μικρός. Άλλοι πάλλι παρατηρούν ότι συχνά στις βαριές φωνές τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών οι παραρρίνιοι κόλποι είναι μεγάλοι, ενώ στις υψηλές, μικροί. Μελέτες έχουν δείξει πως οι τραγουδιστές μπορούν να αλληλάξουν



Εικ. 2 Τα ανατομικά μέρη του φωνητικού τμήματος, όπως απεικονίζονται στην τηλεακτινογραφία. ΤΟ= τομείς οδόντων, ΜΣΥ= μεσότητα σκληρής υπερώας, ΔΑΣ= δεύτερος αυχενικός σπόνδυλος, ΠΕ= πρόσθια εντομή.

την χροιά και ποιότητα της φωνής τους, καθώς διανύουν φωνητικά το εύρος των συχνοτήτων στο οποίο ανήκει η φωνή τους.¹¹ Λαμβάνοντας υπόψη ότι το φωνητικό τμήμα απαρτίζεται από συγκεκριμένα μέρη, το καθένα από τα οποία έχει τη δική του σημασία στο φαινόμενο της αντήχησης της ακουστικής ενέργειας που γεννιέται στη γλωττίδα, το όλο φωνητικό τμήμα χωρίστηκε (κάνοντας αρχή από τους τομείς οδόντων) με τέτοιο τρόπο ώστε οι μετρήσεις να μπορούν να συγκρίνονται μεταξύ των ατόμων του ίδιου φύλου και τύπου φωνής, όπως επίσης μεταξύ των ατόμων διαφορετικού φύλου. Είναι προφανές ότι όταν καταφέρουμε να έχουμε μετρήσεις που θεωρούμε φυσιολογικές, τότε θα είμαστε σε θέση να ερευνήσουμε και την παθολογία των δυσλειτουργιών της φωνής, δηλαδή όλες εκείνες τις παθήσεις στις οποίες η δυσφωνία δεν έχει εμφανή οργανική αιτιολογία. Βάσει της προηγούμενης υπόθεσης εξετάστηκαν ορισμένα άτομα τα οποία ασκούσαν επαγγελματικά το τραγούδι, οπότε και δεν υπήρχε καμιά αμφιβολία ως προς τον τύπο της φωνής τους, σύμφωνα με την άποψη του δασκάλου του τραγουδιού.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταδείξουμε αν μπορεί να υπάρξει μια νέα ταξινόμηση της φωνητικής ικανότητας, συσχετίζοντας αυτή με την ανατομία του λάρυγγα, όπως προκύπτει από το στροβοσκοπικό έλεγχο και την τηλεακτινογραφία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα αυτή, εντάχθηκαν 40 υγιή άτομα, διαφόρων ηλικιών και φύλου, με επαγγελματική ή μη ενασχόληση με τη φωνητική (τραγούδι). Η ένταξη των ατόμων αυτών έγινε κατόπιν έγγραφης

συγκατάθεσής τους. Εν συνεχεία συμπληρώθηκε από τον καθένα ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο καταγράφηκαν συγκεκριμένα στοιχεία από το ιστορικό τους, όπως φαίνεται στον πίνακα (Εικ. 1). Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής των ατόμων στη μελέτη ήταν να μην έχουν ενεργό ιστορικό πάθησης του λάρυγγα, να μην είναι καπνιστές, να ενασχολούνται με το τραγούδι.

Τα άτομα υποβλήθηκαν αρχικά σε στροβοσκοπικό έλεγχο, που αποτελεί αναίμακτη μέθοδο ενδοσκοπήσης των φωνητικών χορδών. Κατά τη στροβοσκόπηση δύναται να εκτιμηθεί η κινητικότητα και λειτουργία των γνήσιων φωνητικών χορδών, που ως γνωστόν μεταβάλλονται σε μορφή, εύρος, έκταση και συχνότητα ανάλογα με τον ήχο. Εκεί καταγράφηκε η φωνή κάθε εξεταζόμενου στη συχνότητα 440 Hz, στοιχείο που χρησιμοποιήθηκε σε επόμενη εξέταση.

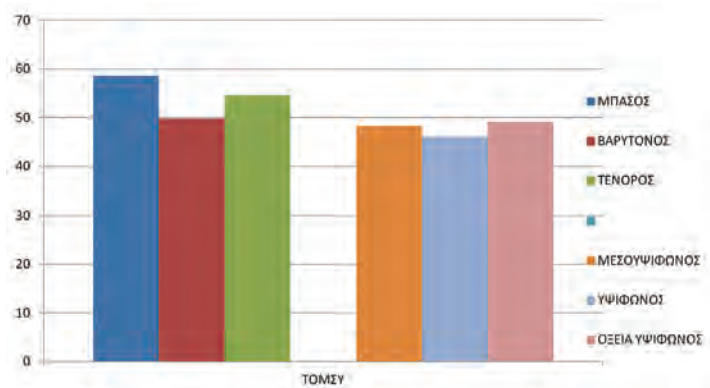
Η επόμενη αντικειμενική εξέταση έγινε με την τεχνική της τηλεακτινογραφίας (ακτινολογική τεχνική που χρησιμοποιείται στην καρδιολογία και σε ορθοδοντικές μετρήσεις). Η συγκεκριμένη τεχνική περιλαμβάνει πλάγια ακτινογραφία του λάρυγγα με ανοιχτό στόμα σε απόσταση φιλμ-εστίας σταθερή στα 2 (δύο) μέτρα, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η παραλληλοποίηση των ακτινικών δεσμών, με αποτέλεσμα η εικόνα να γίνεται πιο ευκρινής. Βάσει αυτής της τεχνικής πραγματοποιείται η πλάγια ακτινογραφία του λάρυγγα, με ακουμπισμένο το δεξιό πλάγιο μέρος κατά τη διάρκεια εκφώνησης του φωνήεντος "α" στη συχνότητα 440 Hz (η οποία είχε καταγραφεί προηγουμένως κατά τη στροβοσκόπηση). Για την επίτευξη της τηλεακτινογραφίας έγινε συνεργασία με ειδικό τεχνολόγο του ακτινολογικού τμήματος του Νοσοκομείου μας,



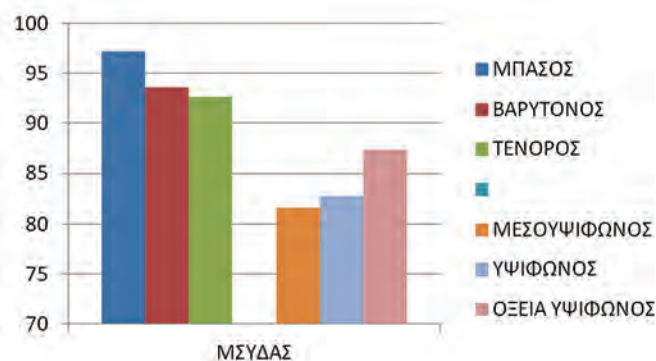
Εικ. 3 Τηλεακτινογραφία: ακτινογραφία του λάρυγγα με ανοιχτό στόμα σε απόσταση φιλμ-εστίας σταθερή στα 2 μέτρα. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια εκφώνησης του φωνήεντος "α" στη συχνότητα 440 Hz.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	
Διαβατότητα ρινικών θαλαμών:	Καλή ___ Ελαττωμένη ___
Ωτοσκόπηση:	
Μέγεθος στοματοφάρυγγα:	Μικρός ___ Μέσος ___ Μεγάλος ___
Σχήμα σκληράς υπερώας:	Οοειδής ___ Τοξοειδής ___ Επίπεδη ___
Επιγλωττίδα:	Ανυψωμένη ___ Πεσμένη ___
Μήκος φωνητικών χορδών:	Κοντές ___ Μέσες ___ Μακριές ___
Σχήμα φωνητικών χορδών:	Στρογγυλές ___ Ταινίας ___
Εύρος φωνητικών χορδών:	Στενές ___ Πλατιές ___ Μέσες ___
Πάχος φωνητικών χορδών:	Λεπτές ___ Χονδρές ___ Μέσες ___
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	
Μήκος φωνητικών χορδών:	
Μήκος στοματοφάρυγγα:	
Μήκος ΑΠΕ:	
ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΜΙΛΙΑΣ	
Τόνος:	Μέσος ___ Οξύς ___ Βαρύς ___
Χρώμα:	Κλειστό ___ Ανοιχτό ___
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ:	

Εικ. 4 Ειδικό πρωτόκολλο εξέτασης τραγουδιστή, προς συμπλήρωση από τον εξεταστή, με βάση την κλινική εικόνα κάθε εξεταζόμενου.



Εικ. 5 Απεικόνιση στατιστικής ανάλυσης του μέσου όρου της απόστασης ΤΟ-ΜΣΥ στο εξεταζόμενο δείγμα.



Εικ. 6 Απεικόνιση στατιστικής ανάλυσης του μέσου όρου της απόστασης ΜΣΥ-ΔΑΣ.

ο οποίος μετακίνησε τη ριχνία του ακτινογραφικού μηχανήματος στα 2m απόσταση (φίλμ-εστία), από τα 1,80 στα οποία χρησιμοποιείται συνήθως. Οι ακτινογραφίες διενεργήθηκαν στο ακτινολογικό εργαστήριο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Από το δείγμα εξεταζόμενων, οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, μπόρεσαν να υποβληθούν σε ακτινολογικό έλεγχο μόνον εφόσον το αποτέλεσμα του τεστ κύησης που διενέργησαν στο Νοσοκομείο, ήταν αρνητικό για κύηση.

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Σκοπός του ακτινολογικού ελέγχου είναι η μέτρηση των ανατομικών μερών του φωνητικού τμήματος, όπως απεικονίζονται στην ακτινογραφία. Συγκεκριμένα, η μέτρηση των εξής αποστάσεων: ΤΟ-ΜΣΥ(από τον τομέα οδόντα έως τη μεσότητα της σκληρής υπερώας), ΜΣΥ-ΔΑΣ(από τη μεσότητα της σκληρής υπερώας έως το δεύτερο αυχενικό σπόνδυλο), ΔΑΣ-ΠΕ(από το δεύτερο αυχενικό σπόνδυλο έως την πρόσθια εντομή) (Εικ. 2,3).

Ακολουθώς μετρήθηκαν τα εξής, σε άντρες και γυναίκες: Ο μέσος όρος ηλικίας των εξεταζόμενων. Ο μέσος όρος του μήκους σε mm ανδρικών/ γυναικείων φωνών του φωνητικού τμήματος, $ΦΤ = (ΤΟ-ΜΣΥ) + (ΜΣΥ-ΔΑΣ) + (ΔΑΣ-ΠΕ)$. Ο μέσος όρος του μήκους της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, $ΣΦ = (ΤΟ-ΜΣΥ) + (ΜΣΥ-ΔΑΣ)$. Ο μέσος όρος της απόστασης από το δεύτερο αυχενικό σπόνδυλο στην πρόσθια εντομή, $ΣΠΕ = (ΔΑΣ-ΠΕ)$.

Το ηλεκτρονικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για αυτές τις μετρήσεις είναι το IMPAX. Οι μέτρησις των αποστάσεων στο IMPAX έγινε με ειδικούς χάρακες μέτρησης σε mm.

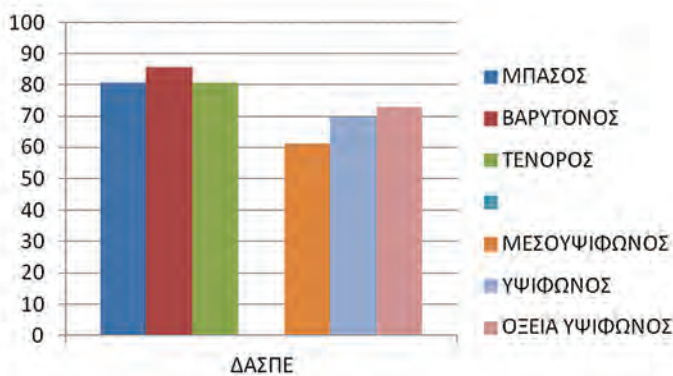
Ακολούθησε η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου από τον εξεταστή βάσει της αντικειμενικής εξέτασης καθενός εξεταζόμενου και κατόπιν η καταγραφή κάποιων ανατομικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών του λάρυγγα, όπως προέκυψαν από την κλινική εξέταση, με σκοπό την περεταίρω ανάλυση των αποτελεσμάτων (Εικ. 4).

Με βάση στοιχεία που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο που

συμπλήρωσε ο κάθε εξεταζόμενος, μετρήθηκε ο αριθμός των γυναικών και των ανδρών που συμμετείχαν στη μελέτη. Από τους άνδρες, μετρήθηκαν πόσοι είναι τενόροι, βαρύτονοι ή μπάσοι. Από τις γυναίκες, μετρήθηκαν πόσες είναι υψίφωνες, ημιυψίφωνες, μεσόφωνες. Οι μετρήσεις αυτές βασίστηκαν στο εύρος των συχνотήτων που καλύπτει η φωνή του κάθε εξεταζόμενου και την αντικειμενική κρίση του καθηγητή φωνητικής. Ακολουθώς μετρήθηκε ο μέσος όρος ηλικίας, ο μέσος όρος του ύψους, ο μέσος όρος του βάρους και ο μέσος όρος των χρόνων ενασχόλησης των εξεταζόμενων με το τραγούδι. Με βάση στοιχεία που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσε ο εξεταστής που αφορά στην αντικειμενική εξέταση κάθε εξεταζόμενου, μετρήθηκαν: 1) Το μέγεθος του στοματοφάρυγγα (μικρό, μέσο, μεγάλο), 2) Το σχήμα της σκληρής υπερώας (ωοειδής, τοξοειδής, επίπεδη), 3) Το σχήμα της επιγλωττίδας (ανυψωμένη, πεσμένη), 4) Το μήκος των φωνητικών χορδών (κοντές, μέσες, μακριές), 5) Το σχήμα των φωνητικών χορδών (στρογγυλές, ταινίες), 6) Το εύρος των φωνητικών χορδών (στενές, πλατιές, μέσες), 7) Το πάχος των φωνητικών χορδών (λεπτές, χονδρές, μέσες), 8) Ο τόνος της φωνής (μέσος, οξύς, βαρύς), 9) Το χρώμα της φωνής (κλειστό, ανοιχτό, και 10). Η διαβατότητα των ρινικών θαλαμών (καλή, ελαττωμένη). Τα στοιχεία αυτά συσχετίστηκαν με το φύλο και την κατηγορία της φωνής με βάση την έκταση.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του IBM SPSS-21. Η κανονικότητα των συνεχών μεταβλητών εξετάστηκε με Kolmogorov-Smirnov test και ανάλογα εφαρμόστηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί. Τα παραμετρικά και μη-παραμετρικά δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσες τιμές $\pm$ την τυπική απόκλιση (SD), και διάμεσες τιμές αντίστοιχα. Οι διαφορές των συνεχών αριθμητικών δεδομένων μεταξύ των δύο ομάδων εκφράζονται ως μέση τιμή (διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI)). Για τις κατηγορικές τιμές χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και ποσοστά.



Εικ. 7 Απεικόνιση στατιστικής ανάλυσης του μέσου όρου της απόστασης ΔΑΣ-ΠΕ στο εξεταζόμενο δείγμα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο αριθμός των ανδρών που εξετάστηκαν ήταν 18, ενώ των γυναικών 22. Από τους άνδρες 4 ήταν μπάσοι, 9 ήταν βαρύτονοι και 6 τενόροι. Από τις γυναίκες 7 ήταν μεσόφωνες, 8 ήταν υψίφωνες και 6 οξεία υψίφωνες. Η συλλογή, καταμέτρηση και ανάλυση των δεδομένων της μελέτης που εξετάζουμε, μας έδειξε πως ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 42, 35 έτη. Από τις μετρήσεις των αποστάσεων στην τηλεακτινογραφία συλλέξαμε τα εξής αποτελέσματα: Ο μέσος όρος της απόστασης ΤΟ-ΜΣΥ στην τηλεακτινογραφία (φιλή-εστία σε απόσταση 2m) των εξεταζόμενων ήταν για τους μπάσους άνδρες 58,65 mm. Για τους βαρύτονους άνδρες ήταν 49,84mm ενώ για τους τενόρους ήταν 54,5 mm.

Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης (ΤΟ-ΜΣΥ) για τις γυναίκες ήταν: για τις μεσο-υψίφωνους 48,32mm, για τις υψίφωνους 46,08mm και για τις οξεία υψίφωνους 49,06mm (Εικ. 5).

Ο μέσος όρος της απόστασης ΜΣΥ-ΔΑΣ στην τηλεακτινογραφία ήταν για το εξεταζόμενο δείγμα των μπάσων ανδρών 97,2mm. Για τους βαρύτονους άνδρες ήταν 93,62mm ενώ για τους τενόρους 92,63mm. Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης στις γυναίκες ήταν 81,68mm στις μεσο-υψίφωνους, 82,82mm στις υψίφωνους και 87,3mm στις οξεία υψίφωνους (Εικ. 6).

Ο μέσος όρος της απόστασης ΔΑΣ-ΠΕ στην τηλεακτινογραφία ήταν για τους μπάσους άντρες 80,05mm. Για τους βαρύτονους άνδρες ήταν 85,75mm ενώ για τους τενόρους ήταν 80,5mm. Για τις γυναίκες μεσο-υψίφωνους ήταν 61,11mm, για τις υψίφωνους ήταν 69,53mm ενώ για τις οξεία υψίφωνους ήταν 73mm (Εικ. 7).

Ο μέσος όρος του μήκους σε mm ανδρικών φωνών του φωνητικού τμήματος $ΦΤ = (ΤΟ-ΜΣΥ) + (ΜΣΥ-ΔΑΣ) + (ΔΑΣ-ΠΕ)$ είναι για τους μπάσους άνδρες 236mm. Για τους βαρύτονους άνδρες είναι 229,22mm ενώ για τους τενόρους άνδρες είναι 227,63mm.

Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης ΦΤ στις γυναίκες του εξεταζόμενου δείγματος είναι για τις μεσο-υψίφωνες 191,12mm. Για τις υψίφωνες είναι 207,5mm και για τις οξεία υψίφωνες 209,36mm (Εικ. 8). Ο μέσος όρος της απόστασης ΣΦ = $(ΤΟ-ΜΣΥ) + (ΜΣΥ-ΔΑΣ)$ είναι

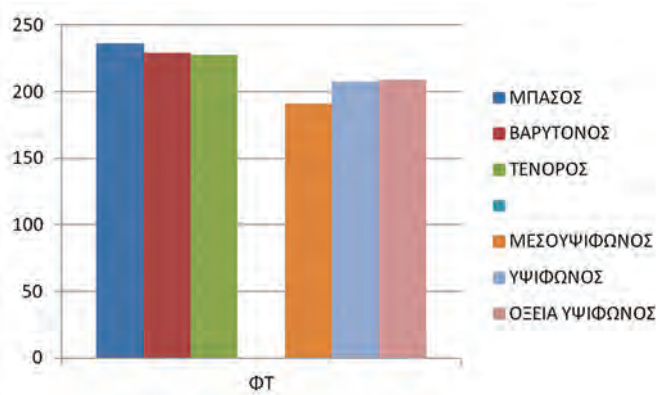
για τους μπάσους άνδρες 155,85mm. Για τους βαρύτονους άνδρες 143,47mm ενώ για τους τενόρους 147,13mm.

Ο μέσος όρος της ίδιας απόστασης ΣΦ στις γυναίκες είναι για τις μεσο-υψίφωνες 130mm, για τις υψίφωνες 128,92mm και για τις οξεία υψίφωνες 136,36mm (Εικ. 9).

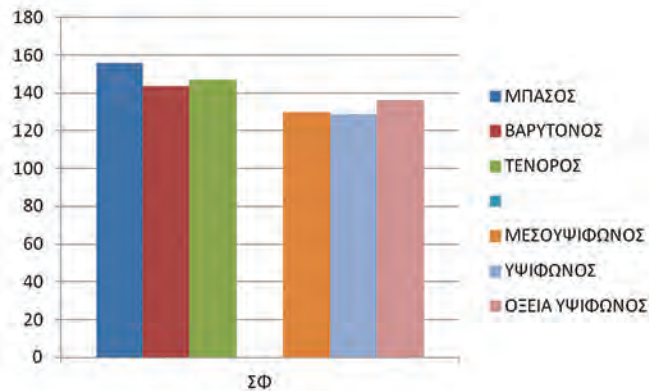
Από το ερωτηματολόγιο της αντικειμενικής εξέτασης που συμπλήρωσε ο εξεταστής βάση των κλινικών ευρημάτων και τη στροβοσκόπηση προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: Το 66,6 % των ανδρών εμφάνισε καλή διαβατότητα των ρινικών θαλαμών και το 33,3% αυτών, ελαττωμένη. Στις γυναίκες, 72,72% εμφάνισαν καλή διαβατότητα ρινικών θαλαμών και 27,27%, ελαττωμένη. Επιπλέον, 27,7% των ανδρών εμφάνισε μικρό μέγεθος στοματοφάρυγγα, 44,4% μέσο μέγεθος και 27,7% μεγάλο. Στις γυναίκες, 54,4% εμφάνισε μικρό μέγεθος στοματοφάρυγγα, 31,81% μέσο και 13,63% μεγάλο. Το 44,44% των ανδρών εμφάνισε ωοειδές σχήμα σκληρής υπερώας, το 38,88% τοξοειδές και το 16,66% επίπεδη σκληρή υπερώα. Αντίστοιχα στις γυναίκες, το 59,09% εμφάνισε ωοειδή σκληρή υπερώα, το 22,72% εμφάνισε τοξοειδή και ίδιο ποσοστό (22,72%) εμφάνισε επίπεδη σκληρή υπερώα. Όσον αφορά στο σχήμα της επιγλωττίδας, το 44,44% των ανδρών εμφάνισε ανυψωμένη επιγλωττίδα, ενώ το 55,55% πεσμένη. Το 63,63% των γυναικών βρέθηκαν με ανυψωμένη επιγλωττίδα και το 36,36% αυτών με πεσμένη. Σχετικά με το μήκος των φωνητικών χορδών, στο 33,33% των ανδρών ήταν κοντές, στο 55,55% αυτών ήταν μέσες και στο 11,11% μακριές. Αντίστοιχα στις γυναίκες, το 36,36% αυτών είχε κοντές φωνητικές χορδές, το 45,45% μέσες και το 18,18% μακριές. Για το σχήμα των φωνητικών χορδών βρέθηκαν τα εξής: 66,66% των ανδρών είχε στρογγυλό σχήμα και 33,33% είχε σχήμα ταινίας. Στις γυναίκες, 40,90% είχαν στρογγυλές φωνητικές χορδές και 59,09% σχήμα ταινίας. Σχετικά με το εύρος των φωνητικών χορδών 38,88% των ανδρών εμφάνισαν στενές φωνητικές χορδές, 44,44% πηλαιές και 16,66% μέσες. Στις γυναίκες, 50% εμφάνισαν στενές φωνητικές χορδές, 27,27% πηλαιές και 22,72% μέσες. Το πάχος των φωνητικών χορδών βρέθηκε στο 33,33% των ανδρών λεπτό, στο 44,44% χονδρό και στο 22,22% μέσο. Αντίστοιχα, 59,09% των γυναικών βρέθηκαν με λεπτές φωνητικές χορδές, 27,27% με χονδρές και 13,63% με μέσες. Ο τόνος της ομιλίας ήταν μέσος στο 22,22% των ανδρών και σε ίδιο ποσοστό οξύς και βαρύς στο 55,55% των ανδρών. Στο 40,90% των γυναικών ο τόνος της φωνής ήταν μέσος, στο 36,36% οξύς και στο 22,72% βαρύς. Τέλος, παρατηρώντας το χρώμα της ομιλίας κάθε εξεταζόμενου, 61,11% εμφάνισαν κλειστό τόνο και 38,88% ανοιχτό. Στις γυναίκες, 40,90% εμφάνισε κλειστό χρώμα ομιλίας και 59,09% ανοιχτό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Φαίνεται πως το μήκος της απόστασης ΜΣΥ-ΔΑΣ είναι ανάλογο της έκτασης της φωνής των ανδρών. Όσο πιο χαμηλή η συχνότητα της φωνής, τόσο πιο μεγάλο το μήκος ΜΣΥ-ΔΑΣ. Παρατηρείται ανάλογη αύξηση του μήκους ΜΣΥ-ΔΑΣ με την αύξηση της έκτασης της γυναικείας φωνής. Ανάλογη είναι επίσης, η αύξηση του μήκους ΔΑΣ-ΠΕ με την αύξηση της συχνότητας της φωνής στις γυναίκες.



Εικ. 8 Απεικόνιση της στατιστικής ανάλυσης του μέσου όρου της απόστασης ΦΤ στο εξεταζόμενο δείγμα.



Εικ. 9 Απεικόνιση της στατιστικής ανάλυσης του μέσου όρου της απόστασης ΣΦ στο εξεταζόμενο δείγμα.

Διαπιστώνουμε πως στους άνδρες, όσο μειώνεται η συχνότητα της φωνής με βάση την έκταση τόσο αυξάνεται το μήκος του φωνητικού τμήματος ΦΤ. Παρατηρούμε πως όσο αυξάνεται η συχνότητα της φωνής με βάση την έκταση στις γυναίκες, τόσο αυξάνεται το μήκος της απόστασης ΦΤ. Και στα δύο φύλα, δηλαδή, υπάρχει αναλογία μεταξύ του μήκους του φωνητικού τμήματος σε mm και της συχνότητας.

Είναι εμφανές ότι οι κατηγορίες των ανδρικών φωνών μπάσος και βαρύτονος, καθώς και βαρύτονος και τενόρος είναι πολύ κοντά σε μήκος, γ' αυτό ίσως ένας βαρύτονος μπορεί να καλύψει και τους άλλους ρόλους.

Φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποια αναλογική σχέση από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων για την απόσταση ΣΦ.

Η πλειοψηφία ανδρών και γυναικών που εξετάστηκαν εμφάνισαν καλή διαβατότητα των ρινικών θαλαμών. Οι γυναίκες κατά πλειοψηφία εμφάνισαν μικρό μέγεθος στοματοφάρυγγα, ενώ το επικρατέστερο σχήμα σκληρής υπερώας ήταν το ωοειδές, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Η επιγλωττίδα ήταν κυρίως ανυψωμένη στις γυναίκες και πεσμένη στους άνδρες. Επικρατέστερο μήκος φωνητικών χορδών αποδείχτηκε το μεσαίο και στα δύο φύλα. Οι άνδρες εμφάνισαν κυρίως πηλατιές και χονδρές φωνητικές χορδές, ενώ οι γυναίκες στενές και λεπτές. Ο τόνος της ομιλίας στους άνδρες ήταν κυρίως βαρύς, ενώ στις γυναίκες μέσος προς οξύς. Επικρατέστερο, τέλος, χρώμα ομιλίας στους άνδρες φάνηκε να είναι το κλειστό, ενώ στις γυναίκες το ανοικτό.

Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του ΠΓΝΙ. Όλοι οι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων ή οποιοδήποτε οικονομικό ενδιαφέρον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Murbe D, Roers F, Sundberg J. [Voice classification in professional singers: the influence of vocal fold length, vocal tract length and body measurements]. Hno. 2011;59:556-62.
2. Claros P, Sobolewska AZ, Domenech-Claros A, Claros-Pujol A, Pujol C, Claros A. CT-based Morphometric Analysis of Professional Opera Singers' Vocal Folds. Journal of voice: official journal of the Voice Foundation. 2018.
3. NJohnson G, Skinner M. The demands of professional opera singing on cranio-cervical posture. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2009;18:562-9.
4. Vos RR, Murphy DT, Howard DM, Daffern H. Determining the Relevant Criteria for Three-dimensional Vocal Tract Characterization. Journal of voice : official journal of the Voice Foundation. 2018;32:130-42.
5. Cho W, Hong J, Park H. Real-time ultrasonographic assessment of true vocal fold length in professional singers. Journal of voice : official journal of the Voice Foundation. 2012;26:819 e1-
6. Roers F, Murbe D, Sundberg J. Predicted singers' vocal fold lengths and voice classification-a study of x-ray morphological measures. Journal of voice : official journal of the Voice Foundation. 2009;23:408-13.
7. Neng Run W, Siao Chung Y. Roentgenological measurement of physiological vocal cord length. An analysis of 59 opera singers. Folia phoniatrica. 1983;35:289-93.
8. Johnson AM, Kempster GB. Classification of the classical male singing voice using long-term average spectrum. Journal of voice : official journal of the Voice Foundation. 2011;25:538-43.
9. Su MC, Yeh TH, Tan CT, Lin CD, Linne OC, Lee SY. Measurement of adult vocal fold length. The Journal of laryngology and otology. 2002;116:447-9.
10. Benninger MS. The professional voice. The Journal of laryngology and otology. 2011;125:111-6.
11. Bourne T, Garnier M. Physiological and acoustic characteristics of the female Music Theater voice. The Journal of the Acoustical Society of America. 2012;131:1586-94.

Βαλσαμίδης Κωνσταντίνος¹

Πρίντζα Αθανασία²

Τριαρίδης Στέφανος²

¹Ω.Ρ.Λ Κλινική Γ.Ν.Θ. Γ.

Γεννηματάς, Θεσσαλονίκη

²Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ κλινική Π.Γ.Ν.Θ

ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Βαλσαμίδης Κωνσταντίνος

Ω.Ρ.Λ Κλινική Γ.Ν.Θ. Γ. Γεννηματάς,

Εθνικής Αμύνης 41, 54635, Θεσσαλονίκη

Email: kosvals@hotmail.com

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Valsamidis Konstantinos¹

Printza Athanasia²

Triaridis Stefanos²

¹ENT Department, G. Gennimatas General Hospital, Thessaloniki, Greece

²1st University Department of

Otorhinolaryngology, AHEPA University

Hospital, Aristotle University of

Thessaloniki, Greece

Corresponding Author:

Valsamidis Konstantinos,

ENT Department, General Hospital "G.

Gennimatas",

Ethnikis Aminis 41, 54635,

Thessaloniki, Greece

Email: kosvals@hotmail.com

Hellenic Otorhinolaryngology,

Volume 40 - Issue 2, 2019

Διερεύνηση της επίδρασης της πλαστικής αποκατάστασης του ρινικού διαφράγματος στην ποιότητα ζωής ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Evaluation of the effect of nasal septoplasty on the Quality of Life of patients with nasal obstruction symptoms due to nasal septum deviation: Review of the literature

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Σκολίωση του Ρινικού Διαφράγματος (ΣΡΔ) αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες ρινικής απόφραξης και συνοδεύεται από συμπτώματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής (Quality Of Life – QOL) των ασθενών. Η χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ θεωρείται η θεραπεία εκλογής και αποτελεί μία από τις συχνότερες επεμβάσεις στον τομέα της Ωτορινολαρυγγολογίας. Αρκετοί όμως ερευνητές εκφράζουν προβληματισμούς σχετικά με την τόσο μεγάλη συχνότητα διενέργειας της συγκεκριμένης επέμβασης. Το φαινόμενο αυτό είναι εντονότερο τα τελευταία έτη που δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην αξιολόγηση του αποτελέσματος των χειρουργικών επεμβάσεων, βάσει της υποκειμενικής αντίληψης και των απόψεων των ίδιων των ασθενών. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της χειρουργικής αντιμετώπισης στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω ΣΡΔ.

Μέθοδος-Κύρια Ευρήματα: Έγινε εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και συμπεριλήφθηκαν προοπτικές και αναδρομικές μελέτες, που είχαν ως αντικείμενο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της διαφραγματοπλαστικής με την χρήση αντικειμενικών και υποκειμενικών μεθόδων αξιολόγησης. Βρέθηκε πως η χειρουργική αντιμετώπιση της ΣΡΔ επιφέρει σημαντική βελτίωση της ρινικής βατότητας και των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης. Παρατηρείται όμως απουσία σημαντικής συσχέτισης μεταξύ των αντικειμενικών μετρήσεων και των υποκειμενικών συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ διαφαίνεται πως η συγκεκριμένη επέμβαση δεν συνοδεύεται με σημαντική βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, οι ασθενείς έχουν την τάση μακροπρόθεσμα να αξιολογούν λιγότερο θετικά το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά και η καθιέρωση αξιόπιστων κριτηρίων επιλογής των ασθενών που πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική αντιμετώπιση της ΣΡΔ, έτσι ώστε να μειωθεί ο αριθμός των μη αναγκαίων επεμβάσεων.

Λέξεις-Κλειδιά: ρινική απόφραξη, χειρουργική αντιμετώπιση σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

Introduction: Nasal septal deviation is one of the main causes of nasal obstruction and has been demonstrated to be responsible for several symptoms that affect patients' quality of life (QOL). Nasal septoplasty which is considered the definitive treatment for septal deviation, is one of the most common Ear/Nose/Throat (ENT) operations. In recent years, a shift in

emphasis toward patient-oriented outcome measures is evident. At the same time, there is big concern among researchers related about the extremely increased rate of septoplasty. The main objective of this review is the investigation of the effect of nasal septoplasty on the QOL of patients with nasal obstruction symptoms due to nasal septal deviation.

Main Results: An extensive review of the literature was conducted, including prospective and retrospective trials which assessed the outcomes of nasal septoplasty with the use of objective and subjective methods of evaluation. According to the results of this review, nasal septal surgery results in significant increase in nasal patency, as well as in an improvement in nasal obstruction symptoms, but there is no significant correlation between the objective measurements and the symptom scores. Moreover, there is no significantly positive change in general QOL after nasal septoplasty. It is also indicated that the patients' positive evaluation of the septal surgery outcome tends to decrease with time.

Conclusions: It is extremely important to investigate the factors that affect the patients' QoL, and to establish valid selection criteria for patients eligible to undergo septoplasty, in order to reduce the number of unnecessary surgical interventions.

Keywords: nasal obstruction, nasal septoplasty, quality of life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ρινική απόφραξη αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα των ασθενών που αντιμετωπίζονται από τους Ωτορινολαρυγγολόγους. Η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος (ΣΡΔ) είναι μία από τις συχνότερες αιτίες ρινικής απόφραξης, ενώ άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η αλλεργική ρινίτιδα, η υπερτροφία των ρινικών κογχών, η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλάστησεων, οι ρινοκολπίτιδες, οι όγκοι της ρινός και των παραρρινίων κόλπων και η ρινική πολυποδίαση. Σύμφωνα, με τη διεθνή βιβλιογραφία υπολογίζεται πως περίπου το 19%-70% των ατόμων παρουσιάζουν κάποια μορφή ανατομικής δυσμορφίας του ρινικού διαφράγματος.¹

Το κύριο σύμπτωμα της ΣΡΔ είναι η δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής (συνήθως μονόπλευρη). Παρόλα αυτά μόνο 25-30% των ατόμων με ΣΡΔ εμφανίζουν συμπτώματα ρινικής απόφραξης.² Είναι αξιοσημείωτο πως σε ποσοστό περισσότερο του 50% των ατόμων με ΣΡΔ συνυπάρχει υπερτροφία των ρινικών κογχών.³ Σύμφωνα με μελέτες απεικονιστικού ελέγχου (αξονικής τομογραφίας) των κάτω ρινικών κογχών σε ασθενείς με ΣΡΔ, η υπερτροφία αυτή αφορά κυρίως το ουραίο άκρο αυτών (ουρά της κόγχης) και οφείλεται κυρίως σε διόγκωση του βλεννογόνου της περιοχής (συνχόνια) ή σε αύξηση του μεγέθους του οστού της ρινικής κόγχης (σπανιότερα).⁴ Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται συνήθως ετερόπλευρα της σκολίωσης, για την αποφυγή της ξηρότητας του βλεννογόνου της ρινικής θαλάμης λόγω της αυξημένης ρινικής ροής αέρα. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί που πιθανώς ευθύνονται για την αύξηση του πάχους του βλεννογόνου των κάτω ρινικών κογχών, όπως η κυτταρική υπερπλασία, το ιστικό οίδημα και η αγγειακή συμφόρηση. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν σαφή συμπεράσματα για τους πραγματικούς μηχανισμούς αυτού του φαινομένου.⁵

Η χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ –διαφραγματοπλαστική – που θεωρείται η κατεξοχήν θεραπεία της, αποτελεί την τρίτη σε σειρά συχνότητα χειρουργική επέμβαση στην ειδικότητα της ΩΡΛ.⁶

Οι ασθενείς με ΣΡΔ και ταυτόχρονη υπερτροφία των κάτω ρινικών κογχών συνήθως εμφανίζουν συμπτώματα αμφοτερόπλευρης ρινικής απόφραξης. Η υπερτροφία των κάτω ρινικών κογχών μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά με διάφορες μεθόδους, κυρίως όμως με διαφορές εφαρμογές κοχχοπηξίας. Η επέμβαση αυτή μπορεί να διενεργηθεί μόνη της ή και τις περισσότερες φορές σε συνδυασμό με τη διαφραγματοπλαστική.⁷

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΡΔ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

Η αξιολόγηση της επιτυχίας της επέμβασης μπορεί να γίνει είτε με την χρήση αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης της ρινικής βατότητας είτε με την χρήση κατάλληλων εργαλείων μέσω των οποίων αξιολογείται η βελτίωση ή μη των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης από τις αναφορές των ίδιων των ασθενών. Η διερεύνηση της μεταβολής της ρινικής βατότητας μετά από χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ, με τη βοήθεια των αποτελεσμάτων των αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης έχει γίνει εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι τρεις κύριες μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί, είναι: η ρινομανομετρία, η ακουστική ρινομετρία και η μέγιστη εισπνευστική ρινική ροή. Με τη ρινομανομετρία υπολογίζεται η διαφορά πίεσης μεταξύ του προδόμου της ρινός και της ρινικής χοάνης και ο όγκος αέρα που μετακινείται σε καθορισμένο χρονικό διάστημα λόγω αυτής της διαφοράς. Από τα δεδομένα αυτά υπολογίζεται η ρινική αντίσταση που χρησιμοποιείται ως μέτρο βατότητας του ρινικού αεραγωγού. Η ακουστική ρινομετρία επιτρέπει τη μέτρηση της μικρότερης επιφάνειας διατομής (minimal cross-sectional area – MCSA) σε συγκεκριμένα σημεία της ρινικής κοιλότητας καθώς και τον όγκο αυτής. Η μέγιστη εισπνευστική ρινική ροή υπολογίζει το μέγιστο όγκο αέρα που διέρχεται μέσω

της ρινικής κοιλότητας σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα κατά τη μέγιστη προσπάθεια εισπνοής. Μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση των Moore et al. (2011)⁸, δόθηκαν κάποιες σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την χρήση αυτών των μεθόδων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαφραγματοπλαστική: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης αυτής, σε 468 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ, η μέση ετερόπλευρη ρινική αντίσταση μειώθηκε από 1.19 Pa/cm³/s (προεγχειρητικά) σε 0.39 Pa/cm³/s (μετεγχειρητικά), η μέση μικρότερη επιφάνεια διατομής αυξήθηκε από 0.45 cm² (προεγχειρητικά) σε 0.61 cm² (μετεγχειρητικά) και η μέση μέγιστη εισπνευστική ρινική ροή αυξήθηκε κατά 35 L/min μετά την επέμβαση. Τα επόμενα έτη, υπήρξαν και νεότερες μελέτες που αξιολογούσαν την επίδραση της διαφραγματοπλαστικής στη ρινική βατότητα, με τη βοήθεια των αντικειμενικών μεθόδων υπολογισμού αυτής όπως η ρινομανομετρία,⁹⁻¹¹ η ακουστική ρινομετρία¹²⁻¹⁴ και η μέγιστη εισπνευστική ρινική ροή¹⁵ και οι οποίες κατέληξαν σε παρόμοια ευρήματα. Διαφαίνεται λοιπόν, μέσα από τα ευρήματα των παραπάνω μελετών και τα αποτελέσματα των αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης, πως η χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ επιφέρει σημαντική βελτίωση της βατότητας του ρινικού αεραγωγού.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ

Βιβλιογραφικά συναντώνται πολλές αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τη συσχέτιση των αποτελεσμάτων των αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης της ρινικής βατότητας με την υποκειμενική αντίληψη της βαρύτητας των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης σε ασθενείς με ΣΡΔ. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Andre et al. (2009) τα αποτελέσματα των αντικειμενικών μεθόδων υπολογισμού της βατότητας του ρινικού αεραγωγού, όπως η ρινομανομετρία και η ακουστική ρινομετρία, δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης από τους ίδιους τους ασθενείς.¹⁶ Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν αρκετές ακόμα μεταγενέστερες μελέτες,¹⁷⁻²¹ ενώ άλλες όχι.²²⁻²⁵ Τα ευρήματα αυτά πιθανώς οφείλονται στο γεγονός πως αυτές οι μέθοδοι μέτρησης προσδιορίζουν αποκλειστικά κάποιους ανατομικούς παράγοντες που κατέχουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της ρινός. Ταυτόχρονα όμως, ο μηχανισμός της αναπνοής μέσω της ρινός αποδεικνύεται ιδιαίτερα σύνθετος και πολύπλοκος με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και από άλλες παραμέτρους. Έτσι, η αξία των μεθόδων αυτών στην καθημερινή πράξη, όσον αφορά στην χρήση τους για την επιλογή των ασθενών που χρήζουν χειρουργικής αποκατάστασης της ΣΡΔ, τίθεται από πολλούς ερευνητές υπό αμφισβήτηση λαμβάνοντας υπόψη το επιπρόσθετο κόστος και τον χρόνο που απαιτεί η χρήση αυτών. Για αυτό το λόγο, μέχρι και σήμερα οι προαναφερθείσες αντικειμενικές μέθοδοι υπολογισμού της ρινικής βατότητας χρησιμοποιούνται κυρίως επικουρικά, σε συνδυασμό με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, στα πλαίσια της διαδικασίας του ελέγχου και της διερεύνησης των ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΡΔ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΡΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα παροχής υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης λαμβάνουν υπόψη σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ίδιων των ασθενών. Πλέον έχει καθιερωθεί η διερεύνηση της έκβασης του αποτελέσματος (outcome research) της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης να γίνεται με κριτήριο την επίδραση που αυτή έχει στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Στα πλαίσια αυτά η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία των διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων αξιολογούνται μέσα από τις απόψεις και το βαθμό ικανοποίησης των ίδιων των ασθενών.

Η ανάλυση της έκβασης μετά από μία ιατρική παρέμβαση αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο υπολογισμού της ποιότητας της παροχής ιατρικής φροντίδας. Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο ο στόχος της παροχής ιατρικής φροντίδας έχει επιτευχθεί. Η άποψη των ασθενών αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο στοιχείο για την αξιολόγηση της ποιότητας της έκβασης μίας ιατρικής παρέμβασης. Οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους μέσα από τη συμπλήρωση κατάλληλων, έγκυρων και αξιόπιστων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται ως εργαλεία μέτρησης.²⁶ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life-QOL) καθορίζεται από το πως αντιλαμβάνεται το άτομο την θέση του στη ζωή, στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, καθώς και από τους στόχους, τις προσδοκίες, το επίπεδο διαβίωσης και τα ενδιαφέροντα του. Είναι μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται από την φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις με το περιβάλλον του. Συνεπώς, ο όρος ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (health-related QOL) εξαρτάται από τις προσδοκίες και τις σχετικές με τη νόσο εμπειρίες του ασθενούς, αξιολογείται διαφορετικά από τον κάθε άνθρωπο και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Οι ασθενείς με διαφορετικές προσδοκίες, σχετικά με την υγεία τους, αξιολογούν διαφορετικά την ποιότητα ζωής ακόμα και αν η κατάσταση της υγείας τους είναι ακριβώς η ίδια.²⁷ Για αυτό το λόγο τα εργαλεία μέτρησης πρέπει να αξιολογούν την ποιότητα ζωής, έτσι όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από την πλειοψηφία των ασθενών και όχι των θεραπόντων ιατρών. Επιπλέον, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αντανάκλα το πως αντιλαμβάνεται ο κάθε ασθενής τη σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του. Εμφανίζει δύο κύρια χαρακτηριστικά: 1) είναι πολυδιάστατη (καθώς διαμορφώνεται από ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών παραγόντων και 2) έχει υποκειμενικό χαρακτήρα (αφού η αξιολόγηση του ίδιου προβλήματος ενδέχεται να είναι τελείως διαφορετική μεταξύ των διαφόρων ατόμων).²⁶

Στη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές έρευνες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης της ΣΡΔ. Τα ευρήματα των ερευνών αυτών ποικίλουν και το ποσοστό των ασθενών που εκφράζει ικανοποίηση σχετικά με το αποτέλεσμα της επέμβασης κυμαίνεται από 27-84% σε διάστημα που κυμαίνεται από 6 μήνες έως και 11 έτη μετεγχειρητικά. Κάποιες

Πίνακας 1

Προοπτικές μελέτες αξιολόγησης της επίδρασης της χειρουργικής αποκατάστασης της ΣΡΔ στη βαρύτητα των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης και τη σχετική με τη νόσο ποιότητα ζωής

Συγγραφέας Έτος	N	Διάρκεια Παρακολούθησης	Ερωτηματολόγιο	Κύριο Εύρημα Μελέτης (τελική αξιολόγηση)
Stewart et al. ³⁵ (2004)	59	6 μήνες	NOSE	Σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων: ρινική απόφραξη, ρινική συμφόρηση, δυσχέρεια ρινικής αναπνοής, δυσκολία στον ύπνο ύπνου, δυσχέρεια ρινικής αναπνοής κατά τη σωματική δραστηριότητα
Bezzera et al. ³⁷ (2012)	46	3 μήνες		
Kahveci et al. ¹⁹ (2012)	27	6 μήνες		
Mondina et al. ³⁹ (2012)	100	6 μήνες		
Akduman et al. ³⁸ (2013)	96	6 μήνες		
Cigdem et al. ³⁶ (2014)	64	6 μήνες		
Resende et al. ⁴⁰ (2018)	52	3 μήνες		
Buckland et al. ⁴² (2003)	40	3 μήνες	SNOT -22	Μείωση της συμπτωματολογίας: ρινική απόφραξη κατά 85%, προσωπαλγίας κατά 55%, ρινικής καταρροής κατά 30%
Pannu et al. ⁴³ (2009)	60	4 μήνες		74% των ασθενών εμφάνισαν σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης – μόνο το 49% αυτών ανέφερε βελτίωση της ποιότητας ζωής
Berkiten et al. ⁴⁴ (2016)	50	6 εβδομάδες		Σημαντική βελτίωση της ρινικής συμπτωματολογίας
Bugten et al. ⁴⁵ (2016)	91	6 μήνες		Σημαντική βελτίωση της σχετικής με τη νόσο ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά δεν εμφάνισε σημαντική διαφορά συγκριτικά με αυτή των υγιών μαρτύρων
NOSE: Nose Obstruction Symptom Evaluation, SNOT-22: Sino Nasal Outcome Test -22, N: αριθμός ασθενών				

όμως από αυτές τις μελέτες ήταν αναδρομικού τύπου,^{13,28-31} ενώ σε αρκετές έγινε χρήση μη σταθμισμένων ερωτηματολογίων.³⁰⁻³⁴ Ακόμη, κάποιοι ερευνητές βασίστηκαν αποκλειστικά και μόνο στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, ενώ άλλοι μελέτησαν τα λειτουργικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης επέμβασης αξιολογώντας μόνο την υποκειμενική βελτίωση ή όχι των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης.²⁸⁻³⁴ Η διερεύνηση της επίδρασης της επέμβασης στην ποιότητα ζωής των ασθενών, βασίζεται σε διάφορα εργαλεία μέτρησης με τα οποία η αξιολόγηση γίνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Τα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: 1) τα ειδικά για τη νόσο (disease-specific outcome measures) ερωτηματολόγια που μελετάνε την επίδραση της διαφραγματοπλαστικής στη συμπτωματολογία της ρινικής απόφραξης και στην ειδική για τη νόσο ποιότητα ζωής και 2) αυτά που μελετάνε τη γενική ποιότητα ζωής (general QOL), τα οποία μελετάνε τον τρόπο που η εκάστοτε νόσος επηρεάζει και άλλους τομείς της ζωής των ασθενών (ψυχική υγεία, συναισθηματική κατάσταση, κοινωνική συμπεριφορά) σε συνδυασμό με τη σωματική υγεία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΡΔ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Οι περισσότερες προοπτικού τύπου μελέτες σχετικά την επίδραση της διαφραγματοπλαστικής στην ποιότητα ζωής των ασθενών, βασίστηκαν στην χρήση ενός έγκυρου ειδικού για τη νόσο ερωτηματολογίου αξιολόγησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης (Nasal Obstruction Symptom Evaluation-NOSE). Αυτό καθιερώθηκε για πρώτη φορά από τους Stewart κ.α. (2004)³⁵ σε μία μελέτη τους, σχετικά με τη μεταβολή της συμπτωματολογίας της ρινικής απόφραξης και της ποιότητας ζωής των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ. Τα συμπτώματα που συμπεριλαμβάνονται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι η ρινική συμφόρηση και απόφραξη, η δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής, οι διαταραχές του ύπνου και η δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής κατά την άσκηση, και βαθμολογούνται ανάλογα με τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι η διαφραγματοπλαστική σε 59 ασθενείς με ΣΡΔ επέφερε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης στους 6 μήνες μετά την επέμβαση. Έκτοτε, έχουν ακολουθήσει πολλές μελέτες^{17,19,36-40} στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο NOSE, και σε όλες βρέθηκε πως η συγκεκριμένη επέμβαση συμβάλλει στην υποχώρηση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης σε ασθενείς με ΣΡΔ.

Σε άλλες μελέτες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Sino Nasal Outcome Test (SNOT-22). Αρχικά, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είχε χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνια ρινοκολίτιδα, μελετώντας τόσο τη ρινική όσο και τη μη ρινική συμπτωματολογία (βήχας, ωταλγία, προσωπαλγία, απώλεια γεύσης), την ποιότητα του ύπνου καθώς και την ψυχολογική κατάσταση αυτών.⁴¹ Για πρώτη φορά οι Buckland et al. (2003),⁴² χρησιμοποίησαν το SNOT-22 σε ασθενείς με ΣΡΔ και κατέληξαν πως σε 40 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση της

ΣΡΔ παρατηρήθηκε σημαντική ύφεση της συμπτωματολογίας 3 μήνες μετεγχειρητικά. Οι υπεύθυνοι της μελέτης χαρακτηριστικά ανέφεραν πως παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης κατά 85%, της προσωπαλγίας κατά 55% και της ρινικής καταρροής κατά 30%. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι μελέτες των Pannu et al. (2009)⁴³ και των Berkiten et al. (2016).⁴⁴ Στην μελέτη όμως των Pannu et al., παρόλο που το 74% των ασθενών εμφάνισαν σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης μόνο το 49% αυτών ανέφερε πως βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους μετά την επέμβαση. Στη μελέτη των Bugten et al. (2016)⁴⁵ μελετήθηκε η ειδική για τη νόσο (disease specific) ποιότητα ζωής (με την χρήση του ερωτηματολογίου SNOT-22) 91 ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω ΣΡΔ συγκριτικά με αυτή 93 υγιών μαρτύρων, πριν και μετά τη διενέργεια διαφραγματοπλαστικής. Παρατηρήθηκε στην ομάδα των ασθενών σημαντική βελτίωση της ειδικής για τη νόσο ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά δεν εμφάνισε σημαντική διαφορά συγκριτικά με αυτή των υγιών μαρτύρων (Πίνακας 1).

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΡΔ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Από τα ερωτηματολόγια που αξιολογούν τη γενική ποιότητα ζωής το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο είναι το Glasgow Benefit Inventory (GBI), το οποίο συγκεκριμένα διερευνά το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών μετά από μία χειρουργική επέμβαση. Αποτελείται από 18 ερωτήσεις, από τις οποίες αξιολογείται η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς, η κοινωνική του ζωή και η ψυχολογική του κατάσταση.⁴⁶ Στη μελέτη των Uppal et al. (2005) που έγινε χρήση του ερωτηματολογίου GBI για τη διερεύνηση της επίδρασης της διαφραγματοπλαστικής στην ποιότητα ζωής 152 ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω ΣΡΔ, δεν καταγράφηκαν ιδιαίτερα σημαντικές μεταβολές της ποιότητας ζωής σε διάστημα 12 μηνών μετά από την επέμβαση.⁴⁷ Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα των Calder et al. (2007).⁴⁸ Αντιθέτως, στη μελέτη των Akduman et al. (2013)³⁸ σε 96 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ρινική διαφραγματοπλαστική παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής όσον αφορά στην φυσική τους κατάσταση, χωρίς όμως να ισχύει το ίδιο στον τομέα της ψυχικής υγείας και της κοινωνικότητας των ασθενών. Σε μία άλλη προοπτικού τύπου μελέτη (Arunachalam et al., 2001)⁴⁹ χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Fairley Nasal Symptom (FNQ), Nottingham Health Profile (NHP) και General Health Questionnaire (GHQ) για την αξιολόγηση της βαρύτητας των ρινικών συμπτωμάτων (FNQ), της ποιότητας του ύπνου, της συναισθηματικής κατάστασης, της κοινωνικής απομόνωσης, του σωματικού πόνου, της ενεργητικότητας και της λειτουργικότητας (NHP) και της ψυχολογικής κατάστασης (GHQ) 121 ασθενών με συμπτώματα ρινικής απόφραξης λόγω ΣΡΔ που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση. Στους δύο μήνες μετεγχειρητικά βρέθηκε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης, όμως δεν καταγράφηκε μεταβολή της

Πίνακας 2

Προοπτικές μελέτες αξιολόγησης της επίδρασης της χειρουργικής αποκατάστασης της ΣΡΔ στη γενική ποιότητα ζωής των ασθενών

Συγγραφέας, Έτος	N	Διάρκεια Παρακολούθησης	Ερωτηματολόγιο	Κύριο Εύρημα Μελέτης (τελική αξιολόγηση)
Siegel et al. ³³ (2000)	93	6 μήνες	Short-form 12	Καμία μεταβολή της ποιότητας ζωής των ασθενών
Arunachalam et al. ⁴⁹ (2001)	121	2 μήνες	FNQ, NHP, GHQ	Παρά τη σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης, καμία μεταβολή της ποιότητας ζωής
Uppal et al. ⁴⁷ (2005)	152	12 μήνες	GBI	Όχι σημαντική μεταβολή της ποιότητας ζωής
Calder et al. ⁴⁸ (2007)	135	18 μήνες	GBI	Όχι σημαντική μεταβολή της ποιότητας ζωής
Hytonen et al. ⁵⁰ (2012)	137	6 μήνες	SNOT-22, Generic 15D	Σημαντική βελτίωση της ρινικής συμφόρησης, της ρινικής καταρροής, της όσφρησης, της προσωπαλγίας, της ποιότητας του ύπνου-Αρνητική μεταβολή της ποιότητας ζωής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε όσους εμφάνισαν μικρότερη βελτίωση της συμπτωματολογίας μετεγχειρητικά
Akduman et al. ³⁸ (2013)	96	6 μήνες	GBI	Σημαντική βελτίωση της φυσικής κατάστασης μετεγχειρητικά, όχι όμως της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής ζωής
Nilsen et al. ⁵¹ (2018)	113	6 μήνες	SNOT-20, SF-36	Σημαντική βελτίωση όλων των πτυχών της ποιότητας ζωής των ασθενών
FNQ: Fairley Nasal Symptom Questionnaire, NHP: Nottingham Health Profile, GHQ: General Health Questionnaire, GBI: Glasgow Benefit Inventory, SNOT-22: Sino Nasal Outcome Test -22, SF-36: Short-Form-Health-Survey-36, N: αριθμός ασθενών				

γενικής ποιότητας ζωής των ασθενών με βάση τα αποτελέσματα των NHP και GHQ ερωτηματολογίων. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Siegel et al. (2000),³³ όπου οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ρινική διαφραγματοπλαστική εμφάνισαν σημαντική μείωση της συμπτωματολογίας στους έξι και δώδεκα μήνες μετεγχειρητικά, ενώ η γενική ποιότητα ζωής (με τη χρήση

του ερωτηματολογίου Short Form-12) δεν εμφάνισε καμία μεταβολή. Στη μελέτη των Hytonen et al. (2012),⁵⁰ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SNOT 22 σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ και βρέθηκε πως στους έξι μήνες μετεγχειρητικά, υπήρξε σημαντική βελτίωση των διαφόρων συμπτωμάτων όπως η ρινική συμφόρηση, η ρινική καταρροή, η

μείωση της όσφρησης, η οπισθορρινική έκκριση, η προσωπαλγία και οι διαταραχές του ύπνου. Ταυτόχρονα όμως, και με την χρήση του ερωτηματολογίου Generic-15 D καταγράφηκε αρνητική μεταβολή της γενικής ποιότητας ζωής των ασθενών, κυρίως στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε αυτούς που εμφάνισαν μικρότερη βελτίωση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης. Αντίθετα ήταν τα ευρήματα των Nilsen et al. (2018)⁵¹ οι οποίοι με την χρήση του ερωτηματολογίου Short-Form-Health-Survey-36 (SF-36) βρήκαν πως σε 113 ασθενείς με ΣΡΔ η χειρουργική επέμβαση επέφερε σημαντική βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής στους 6 μήνες μετά την επέμβαση. Η βελτίωση αυτή αφορούσε όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής που μελετώνται με το SF-36 ερωτηματολόγιο (σωματική φυσική κατάσταση, βαρύτητα σωματικού πόνου, λειτουργικότητα, γενική κατάσταση υγείας, κοινωνική συμπεριφορά, ψυχική και συναισθηματική υγεία).

Με βάση λοιπόν, τα ευρήματα των περισσότερων μελετών προκύπτει το συμπέρασμα πως παρά τη σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης μετά από την χειρουργική αποκατάσταση της ΣΡΔ, οι ασθενείς δεν παρουσίασαν σημαντική βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής (Πίνακας 2).

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΡΔ

Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τη συστηματική ανασκόπηση των Tsang et al. (2018),⁵² είναι πως οι ασθενείς εμφανίζουν την τάση να αξιολογούν το αποτέλεσμα της χειρουργικής αντιμετώπισης της ΣΡΔ λιγότερο θετικά όσο αυξάνεται η μετεγχειρητική περίοδος. Στην προοπτικού τύπου μελέτη των Valsamidis et al. (2018), βρέθηκε πως παρά τη σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης στα 3 έτη μετά την επέμβαση, η βελτίωση της γενικής ποιότητας ζωής (GBI score) των ασθενών ήταν μειωμένη σε σχέση με αυτήν που είχε καταγραφεί στους 6 μήνες μετεγχειρητικά.⁵³ Στην επίσης προοπτικού τύπου μελέτη των Konstantinidis et al. (2005)⁵⁴ βρέθηκε πως ενώ στα 2-3 έτη μετά την επέμβαση παρατηρήθηκε σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης, το 49% των ασθενών δήλωσαν μη ικανοποιημένοι (GBI score) με το αποτέλεσμα της επέμβασης. Στην έρευνα των Haroon et al. (2013)⁵⁵ βάσει του ερωτηματολογίου NOSE βρέθηκε σημαντική υποχώρηση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης 15 μήνες μετά την επέμβαση, χωρίς όμως να υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τη μεταβολή της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σε όλες τις υπόλοιπες μελέτες έγινε χρήση μη σταθμισμένων ερωτηματολογίων, ενώ κάποιες από αυτές ήταν αναδρομικού τύπου. Στην αναδρομική μελέτη των Jessen et al. (1989),²⁸ αναφέρεται πως στους 9 μήνες μετά την επέμβαση το 51% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αυτή ανέφεραν πως εμφάνισαν υποχώρηση των συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης, ενώ στα 9 χρόνια μετεγχειρητικά το ποσοστό μειώθηκε στο 26%. Αντιθέτως, στη μελέτη των Bohlin et al. (1994)²⁹ το 84% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαφραγματοπ्लाστική δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση 10 έτη μετά από τη διενέργεια αυτής. Στη μελέτη των Illum

et al. (1997)³² το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 50% (στα 5 έτη μετά την επέμβαση). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Dinis et al. (2002),³⁰ σύμφωνα με τα οποία μόνο το 42% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση της ΣΡΔ δήλωσαν ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα της επέμβασης στον επανέλεγχο που έγινε στα 6 έτη μετεγχειρητικά, ενώ στην επίσης αναδρομικού τύπου έρευνα των Toyserkani et al. (2012),¹³ το ποσοστό των ικανοποιημένων χειρουργημένων ασθενών ήταν 56% στα 11 έτη μετά την επέμβαση. Τέλος, οι Sundh et al. (2015)³¹ στην αναδρομική τους μελέτη βρήκαν πως το 53% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε διαφραγματοπ्लाστική ανέφεραν πως τα συμπτώματα ρινικής απόφραξης υποχώρησαν πλήρως στους 6 μήνες μετά την επέμβαση, όμως στα 5 χρόνια μετεγχειρητικά το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 18% (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αποδεικνύεται, πως οι προσδοκίες των ασθενών από τη συγκεκριμένη επέμβαση διαφέρουν σημαντικά από αυτό που οι χειρουργοί θεωρούν ως καλό και επιθυμητό χειρουργικό αποτέλεσμα. Επιπλέον υπάρχει η πιθανότητα λανθασμένης απόφασης από την πλευρά του χειρουργού σε σχέση με την αναγκαιότητα της επέμβασης. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η λεπτομερής αξιολόγηση των κλινικών ευρημάτων και της συμπτωματολογίας των ασθενών με ΣΡΔ προκειμένου να μπει η ένδειξη της χειρουργικής αντιμετώπισης. Έτσι, η ένδειξη της χειρουργικής αντιμετώπισης φαίνεται να τίθεται πιο εύκολα σε ασθενείς με ΣΡΔ και έντονα συμπτώματα ρινικής απόφραξης. Αντίθετα, η διενέργεια της διαφραγματοπ्लाστικής σε ασθενείς με ηπιότερη συμπτωματολογία παραμένει μία δύσκολη απόφαση. Επιπρόσθετα, το αυξημένο ποσοστό των ασθενών που δεν έμειναν μακροπρόθεσμα ικανοποιημένοι από το χειρουργικό αποτέλεσμα, θέτει ερωτήματα σχετικά με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των κριτηρίων που χρησιμοποιούν οι χειρουργοί για την ένδειξη της χειρουργικής αντιμετώπισης της ΣΡΔ.

Ταυτόχρονα, εφόσον δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτές αντικειμενικές και ποσοτικές μέθοδοι υπολογισμού της ρινικής απόφραξης (όπως αντιθέτως υπάρχουν για την απώλεια της όρασης και την απώλεια της ακοής), η επιλογή των ασθενών που θα υποβληθούν σε διαφραγματοπ्लाστική βασίζεται κυρίως στην κλινική εξέταση.⁵⁶ Στην κλινική εξέταση όμως, υπεισέρχεται ο υποκειμενικός παράγοντας, με αποτέλεσμα να υπάρχει συχνά ο κίνδυνος συστηματικού σφάλματος εξέτασης (examination bias). Επιπλέον, πολλοί ασθενείς δηλώνουν μη ικανοποιημένοι από το χειρουργικό αποτέλεσμα παρά την πετυχημένη (σύμφωνα με τον θεράποντα ιατρό) χειρουργική επέμβαση. Σύμφωνα με μελέτες, δεν έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ των αναφερόμενων συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης και των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης.^{30,57} Ανασταλτικό παράγοντα στο ζήτημα αυτό, αποτελεί η απουσία μιας κοινώς αποδεκτής, αντικειμενικής και αξιόπιστης μεθόδου μέτρησης της λειτουργίας του ρινικού αεραγωγού και “υπολογισμού” της ΣΡΔ, που ταυτόχρονα θα εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με τα συμπτώματα της ρινικής απόφραξης των ασθενών.⁵⁸ Κατά καιρούς έχουν προταθεί ως κριτήρια επιλογής της χειρουργικής αντι-

Πίνακας 3
Μακροπρόθεσμες μελέτες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της χειρουργικής αποκατάστασης της ΣΡΔ

Συγγραφέας Έτος	Τύπος Μελέτης	N	Διάρκεια Παρακολούθησης	Ερωτηματολόγιο	Κύριο Εύρημα Μελέτης (τελική αξιολόγηση)
Jessen et al. ²⁸ (1989)	Αναδρομική	35	9 έτη	PRQ	26% των ασθενών εμφάνισαν υποχώρηση συμπτωμάτων ρινικής απόφραξης (51% στους 9 μήνες μετεγχειρητικά)
Bohlin et al. ²⁹ (1994)	Αναδρομική	63	10 έτη	PRQ	84% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση
Illum et al. ³² (1997)	Αναδρομική	50	5 έτη	PRQ	50% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση
Dinis et al. ³⁰ (2002)	Αναδρομική	13 5	6 έτη	PRQ	42% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση
Konstantinidis et al. ⁵⁴ (2005)	Προοπτική	51	2-3 έτη	FNQ GBI	Σημαντική βελτίωση της δυσχέρειας ρινικής αναπνοής, της φαρυγγοδυνίας της όσφρησης, όχι όμως της κεφαλαλγίας. 49% των ασθενών μη ικανοποιημένοι από την επέμβαση
Toyserkani et al. ¹³ (2012)	Αναδρομική	22 2	11 έτη	PRQ	56% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επέμβαση
Haroon et al. ⁵⁵ (2013)	Προοπτική	30	18 μήνες	NOSE	Σημαντική βελτίωση συμπτωματολογίας ρινικής απόφραξης
Sundh et al. ³¹ (2015)	Αναδρομική	11 1	3-5 έτη	PRQ	18% των ασθενών δήλωσαν πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων μετεγχειρητικά (56% στους 6 μήνες μετεγχειρητικά)
Valsamidis et al. ⁵³ (2018)	Προοπτική	40	3 έτη	NOSE GBI	Μειωμένη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σχέση με τους 6 μήνες μετεγχειρητικά
NOSE: Nose Obstruction Symptom Evaluation, GBI: Glasgow Benefit Inventory, FNQ: Fairley Nasal Symptom Questionnaire, PRQ: Patient Reported Questionnaire (μη σταθμισμένο) σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από το αποτέλεσμα της επέμβασης, N: αριθμός ασθενών					

μετώπισης ασθενών με ΣΡΔ οι εξής παράμετροι: α) ρινική ροή $< 700\text{cm}^3/\text{s}$ ή ολική ρινική αντίσταση $> 0.1\text{cm}^3/\text{s}$ σύμφωνα με τις μετρήσεις της ρινομανομετρίας και β) μικρότερη επιφάνεια διατομής της ρινικής κοιλότητας (μετά την χρήση αποσυμφορητικού) $< 0.40\text{cm}^2$.⁵⁹ Επιπλέον, οι Fyrmpas et al. (2011)⁶⁰ επεσήμαναν τη σημασία της αμφοτερόπλευρης ρινικής σπιρομετρίας ως μίας απλής, ταχείας και μη επεμβατικής αντικειμενικής μεθόδου αξιολόγησης της ΣΡΔ σε ασθενείς με συμπτώματα ρινικής απόφραξης που χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης.

Σε καμία όμως από τις παραπάνω αναφορές δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των αποτελεσμάτων των αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης της ρινικής βατότητας με την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την επέμβαση. Για αυτό το λόγο οι χειρουργοί δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν κάθε φορά σε ποιο βαθμό ΣΡΔ, μπορούν να θέσουν την απόλυτη ένδειξη της χειρουργικής αντιμετώπισης. Το αίσθημα της ρινικής απόφραξης σε συνδυασμό με την αξιολόγηση του χειρουργικού αποτελέσματος (από τον ίδιο τον ασθενή) είναι μία ιδιαίτερα πολύπλοκη παράμετρος και ενδέχεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η χειρουργική τεχνική, η κατάσταση των αγγειακών και νευρικών στελεχών της ρινός και οι προσδοκίες των ασθενών από την επέμβαση.⁵⁴ Ακόμη η συνύπαρξη αλλεργίας ή κάποιας παθολογικής κατάστασης των παραρρινίων κόλπων σε συνδυασμό με τη ΣΡΔ σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με μεγάλα ποσοστά ασθενών που δεν έμειναν ικανοποιημένοι από το χειρουργικό αποτέλεσμα.²⁸ Η μη κατάλληλη ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση της ΣΡΔ έχει επίσης αποδειχθεί πως είναι ένας κύριος παράγοντας για την μη ικανοποίηση των ασθενών μετεγχειρητικά.³⁰ Αυτά τα ευρήματα σε συνδυασμό με το γεγονός πως η διαφραγματοπληστική μπορεί να συνοδεύεται από επιπλοκές όπως, ρινορραγία, διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, δυσμορφίες της στυλίδας και επιπλοιοειδή μύτη, έχουν οδηγήσει πολλούς ερευνητές στο να αμφισβητούν την ανάγκη του τόσο μεγάλου αριθμού αυτών των επεμβάσεων.⁵⁴

Συμπερασματικά, η χειρουργική αντιμετώπιση της ΣΡΔ συμβάλλει στη βελτίωση της ρινικής βατότητας (βάσει των αποτελεσμάτων των αντικειμενικών μεθόδων μέτρησης) και στη βελτίωση των συμπτωμάτων της ρινικής απόφραξης (βάσει των ερωτηματολογίων-υποκειμενικών αξιολογήσεων των ασθενών). Παρόλα αυτά, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν προκύπτουν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το αν η συγκεκριμένη επέμβαση βελτιώνει τη γενική ποιότητα ζωής των ασθενών. Κρίνεται λοιπόν, απαραίτητη η διενέργεια ερευνών με στόχο τη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη γενική ποιότητα ζωής των ασθενών που υποβάλλονται σε διαφραγματοπληστική και την ανεύρεση αξιόπιστων μεθόδων σωστής προεγχειρητικής αξιολόγησης της ΣΡΔ, έτσι ώστε να μειωθεί ο αριθμός των μη απαραίτητων επεμβάσεων. Με αυτόν τον τρόπο θα καταστεί εφικτή η καθιέρωση των διαγνωστικών αυτών κριτηρίων που θα θέσουν την κατάλληλη ένδειξη για τη διενέργεια της επέμβασης, συμβάλλοντας έτσι στην επιλογή των συγκεκριμένων ομάδων ασθενών που πραγματικά θα επωφεληθούν από αυτήν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stallman JS, Lobo JN, Som PM. The incidence of concha bullosa and its relationship to nasal septal deviation and paranasal sinus disease. *AJNR Am J Neuroradiol* 2004;25:1613–8.
2. Salihoglu M et al. Examination versus subjective nasal obstruction in the evaluation of the nasal septal deviation. *Rhinology* 2014;52:122–6.
3. Busaba NY, Hossain M. Clinical outcomes of septoplasty and inferior turbinate reduction in the geriatric veterans' population. *Am J Rhinol* 2004;18:343–7.
4. Uzun L, Savranlar A, Beder LB et al. Enlargement of the bone component in different parts of compensatorily hypertrophied inferior turbinate. *Am J Rhinol* 2004; 18: 405–10.
5. Berger G, Hammel I, Berger R, Avraham S, Ophir D. Histopathology of the inferior turbinate with compensatory hypertrophy in patients with deviated nasal septum. *Laryngoscope* 2000; 110: 2100–5.
6. Gandomi B, Bayat A, Kazemei T. Outcomes of septoplasty in young adults: the Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness study. *Am J Otolaryngol* 2010; 31:189–92.
7. Jones AS, Lancer JM, Moir AA, Stevens JC. The effect of submucosal diathermy to the inferior turbinates on nasal resistance to airflow in allergic and vasomotor rhinitis. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1985;10:249–52.
8. Moore M, Eccles R. Objective evidence for the efficacy of surgical management of the deviated septum as a treatment for chronic nasal obstruction: a systematic review *Clin. Otolaryngol Allied Sci* 2011; 36:106–13.
9. Dadgarnia MH, Baradaranfar MH, Mazidi M, Azimi Meibodi SM. Assessment of Septoplasty Effectiveness using Acoustic Rhinometry and Rhinomanometry. *Iran J Otorhinolaryngol* 2013;25:71–8.
10. Lara-Sánchez H, Álvarez Nuño C, Gil-Carcedo Sañudo E, Mayo Iscar A, Vallejo, Valdezate LÁ. Assessment of nasal obstruction with rhinomanometry and subjective scales and outcomes of surgical and medical treatment. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2017;68:145–150.
11. Haavisto LE, Sipilä JI. Acoustic rhinometry, rhinomanometry and visual analogue scale before and after septal surgery: a prospective 10-year follow-up. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2013;38:23–9.
12. Nielsen AH, Thorstensen WM, Helvik AS, Nordgaard S, Bugten V. Improvement in minimal cross-sectional area and nasal-cavity volume occurs in different areas after septoplasty and radiofrequency therapy of inferior turbinates. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2018;275:1995–2003.
13. Toyserkani NM, Frisch T, Von Buchwald C. Postoperative improvement in acoustic rhinometry measurements after septoplasty correlates with long-term satisfaction. *Rhinology* 2013;51:171–5.
14. Devseren NO, Ecevit MC, Erdag TK, Ceryan K. A randomized clinical study: outcome of submucous resection of compensatory inferior turbinate during septoplasty. *Rhinology* 2011; 49: 53–7.
15. Ozkul HM, Balıkcı HH, Gurdal MM, Celebi S, Yasar H, Karakas M, Alp A. Normal range of peak nasal inspiratory flow and its role in nasal septal surgery. *J Craniofac Surg* 2013;24:900–2.
16. André RF, Vuyk HD, Ahmed A, Graamans K, Nolst Trenité GJ. Correlation between subjective and objective evaluation of the nasal airway. A systematic review of the highest level of evidence. *Clin Otolaryngol* 2009;34:518–25.
17. Hsu HC, Tan CD, Chang CW, Chu CW, Chiu YC, Pan CJ, Huang HM. Evaluation of nasal patency by visual analogue scale/nasal obstruction symptom evaluation questionnaires and anterior active rhinomanometry after septoplasty: a retrospective one-year follow-up cohort study. *Clin Otolaryngol* 2017;42:53–9.
18. Umihanic S, Brkic F, Osmic M, Umihanic S, Imamovic S, Kamenjakovic S, Hodzic S. The Discrepancy Between Subjective and Objective Findings After Septoplasty. *Med Arch* 2016;70:336–8.

19. Kahveci OK, Miman MC, Yucel A, et al. The efficiency of Nose Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale on patients with nasal septal deviation. *Auris Nasus Larynx* 2012;39:275–79.
20. Yepes-Núñez JJ, Bartra J, Muñoz-Cano R, Sánchez-López J, Serrano C, Mullol J, Alobid I, Sastre J, Picado C, Valero A. Assessment of nasal obstruction: correlation between subjective and objective techniques. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2013;41:397–401.
21. Daudia A, Alkhaddour U, Sithole J, Mortimore S. A prospective objective study of the cosmetic sequelae of nasal septal surgery. *Acta Otolaryngol* 2006;126:1201–5.
22. Tompos T, Garai T, Zemlén B, Gerlinger I. Sensation of nasal patency compared to rhinomanometric results after septoplasty. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010;267:1887–91.
23. Kjaergaard T, Cvanarova M, Steinsvag SK. Nasal congestion index: a measure for nasal obstruction. *Laryngoscope* 2009;119:1628–32.
24. Kimbell JS, Garcia GJ, Frank DO, Cannon DE, Pawar SS, Rhee JS. Computed nasal resistance compared with patient-reported symptoms in surgically treated nasal airway passages: a preliminary report. *Am J Rhinol Allergy* 2012;26:e94–8.
25. Murrell GL. Correlation between subjective and objective results in nasal surgery. *Aesthet Surg J* 2014; 34:249 – 57.
26. Baumann I. Quality of life before and after septoplasty and rhinoplasty. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2010;9: 1865–91.
27. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ* 2001;322:1240–3.
28. Jessen M, Ivarsson A, Malm L. Nasal airway resistance and symptoms after functional septoplasty: comparison of findings at 9 months and 9 years. *Clin Otolaryngol* 1989;14:231–4.
29. Bohlin L, Dahlqvist A. Nasal airway resistance and complications following functional septoplasty: a ten-year follow-up study. *Rhinology* 1994; 32:195–7.
30. Dinis PB, Haider H. Septoplasty: long term evaluation of results. *Am J Otolaryngol* 2002;23:85–90.
31. Sundh C, Sunnergren O. Long-term symptom relief after septoplasty. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;272:2871–75.
32. Illum P. Septoplasty and compensatory inferior turbinate hypertrophy: long-term results after randomized turbinoplasty. *Eur Arch Oto Rhino Laryngol* 1997; 254(Suppl 1):S89–S92.
33. Siegel NS, Gliklich RE, Taghizadeh F, et al. Outcomes of septoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:228–32.
34. Pirila T, Tikanto J. Unilateral and bilateral effects of nasal septum surgery demonstrated with acoustic rhinometry, rhinomanometry, and subjective assessment. *Am J Rhinol* 2001;15:127–33.
35. Stewart MG, Witsell DL, Smith TL, Weaver EM, Yueh B, Hannley MT. Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130:157–63.
36. Ertugay CK, Toros SZ, Karaca CT, Kulekci S, Verim A, Ertugay OC, Naiboglu B. Is septoplasty effective on habitual snoring in patients with nasal obstruction? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015;272:1687–91.
37. Bezerra TF, Stewart MG, Fornazieri MA, Pihan RR, Pinna Fde R, Padua FG, Voegels RL. Quality of life assessment septoplasty in patients with nasal obstruction. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012;78:57–62.
38. D. Akduman, M. Yanilmaz, M. Haksever, F. Doner, Z. Sayar. Patients' evaluation for the surgical management of nasal obstruction. *Rhinology* 2013;51: 361–7.
39. Mondina M, Marro M, Maurice S, et al. Assessment of nasal septoplasty using NOSE and RhinoQoL questionnaires. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269:2189–95.
40. Resende L, Carmo CD, Mocellin L, Pasinato R, Mocellin M. Disease-specific quality of life after septoplasty and bilateral inferior turbinate outfracture in patients with nasal obstruction. *Braz J Otorhinolaryngol* 2018;84:591–8.
41. Anderson ER, Murphy MP, Weymuller EA Jr. Clinimetric evaluation of the Sinonasal Outcome Test-16. Student Research Award 1998. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:702–7.
42. Buckland JR, Thomas S, Harries PG. Can the Sino-nasal Outcome Test (SNOT-22) be used as a reliable outcome measure for successful septal surgery? *Clin Otolaryngol* 2003;28:43–7.
43. Pannu KK, Chadha S, Kaur IP. Evaluation of benefits of nasal septal surgery on nasal symptoms and general health. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;61:59–65.
44. Berkiten G, Kumral TL, Saltürk Z, Atar Y, Yildirim G, Uyar Y, Aydoğdu I, Arslanoğlu A. Effect of Deviated Nasal Septum Type on Nasal Mucociliary Clearance, Olfactory Function, Quality of Life, and Efficiency of Nasal Surgery. *J Craniofac Surg* 2016;27:1151–5.
45. Bugten V, Nilsen AH, Thorstensen WM, Moxness MH, Amundsen MF, Nordgård S. Quality of life and symptoms before and after nasal septoplasty compared with healthy individuals. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2016;16:13.
46. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, O'Malley K, Hiltbrunner B. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual Life Res* 1994;3:235–44.
47. Sandeep Uppal, Hiran Mistry, Shri Nadig, Gary Back, Andrew Coatesworth. Evaluation of patient benefit from nasal septal surgery for nasal obstruction. *Auris Nasus Larynx* 2005;32: 129–37.
48. Calder NJ, Swan IR. Outcomes of septal surgery. *J Laryngol Otol* 2007; 121:1060–3.
49. Arunachalam PS, Kitcher E, Gray J, Wilson JA. Nasal septal surgery: evaluation of symptomatic and general health outcomes. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2001;26:367–70.
50. Hytönen ML, Lilja M, Mäkitie AA, Sintonen H, Roine RP. Does septoplasty enhance the quality of life in patients? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269:2497–503.
51. Nilsen AH, Helvik AS, Thorstensen WM, Bugten V. A comparison of symptoms and quality of life before and after nasal septoplasty and radiofrequency therapy of the inferior turbinate. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2018 Jan 26;18:2. doi:10.1186/s12901-017-0050-z.
52. Tsang CLN, Nguyen T, Sivesind T, Cervin A. Long-term patient-related outcome measures of septoplasty: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2018;275:1039–48.
53. Valsamidis K, Titelis K, Rachovitsas D, Konstantinidis I, Markou K, Triaridis S. Long-Term Evaluation of Nasal Septoplasty Followed by Inferior Turbinate Cauterization for the Treatment of Nasal Obstruction using Objective and Subjective Methods. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2018;22:284–90.
54. Konstantinidis I, Triaridis S, Triaridis A, et al. Long term results following nasal septal surgery. Focus on patients' satisfaction. *Auris Nasus Larynx* 2005;32:369–74.
55. Haroon Y, Saleh HA, Abou-Issa AH. Nasal soft tissue obstruction improvement after septoplasty without turbinectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270:2649–55.
56. Robinson K, Gatehouse S, Browning GG. Measuring patient benefit from otorhinolaryngological surgery and therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105:415–22.
57. Bitzer EM, Doming H, Schwartz FW. Clinical success of surgical correction of the nasal septum. *Laryngorhinootologie* 1996;75:649–56.
58. Roblin DG, Eccles R. What, if any, is the value of septal surgery? *Clin Otolaryngol* 2002;27:77–80.
59. Pirila T, Tikanto J. Acoustic rhinometry and rhinomanometry in the preoperative screening of septal surgery patients. *Am J Rhinol Allergy* 2009; 23: 605–9.
60. Fyrmipas G, Kyrmizakis D, Vital V, Constantinidis J. The value of bilateral simultaneous nasal spirometry in the assessment of patients undergoing septoplasty. *Rhinology* 2011;49:297–303.

20^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Ωτορινολαρυγγολογίας, Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου



24-27 Οκτωβρίου 2019

Ιατρική Σχολή Λάρισας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας



Εταιρεία Οργάνωσης:

FREI S.A. Congress Organizers • Corporate Meetings & Events • DMC

Παπαρηγοπούλου 3, 105 61 Αθήνα, Τηλ.: +30 210 3215600, Fax.: +30 210 3219296

E-mail: info@frei.gr • Web: www.frei.gr

Επιμέλεια συνέντευξης:
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Χειμώνα Θεογνωσία
Για το περιοδικό
της Πανελλήνιας ΩΡΛ Εταιρείας

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

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



Εικ. 1 Ο Στράτος Βαρλετζίδης με τη σύζυγό του Νταϊζη, (Δεκέμβριος 2018).

Συνέντευξη με τον Ευστράτιο Βαρλετζίδα

*"Στο πνεύμα της γνώσης, της εργατικότητας,
της σύμπτωσης και της αγάπης,
που ανάμεσά μας έσπειρες Στρατη Βαρλετζίδα
Οι συνεργάτες σου με σεβασμό αφιερώνουν"*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ευστράτιος Βαρλετζίδης, από τους πρώτους ωτοχειρουργούς της μεταπολεμικής εποχής στην Ελλάδα, υπηρέτησε με υποδειγματικό τρόπο την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας από διάφορες θέσεις με κυριότερη τη θέση του Διευθυντή της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών. Σήμερα σε πολύ μεγάλη ηλικία, σωματικά και πνευματικά υγιέστατος, απαντώντας στις ερωτήσεις μας, σκιαγραφεί με ιδιαίτερο τρόπο την εξέλιξη της «κωφοχειρουργικής», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει αλλιώς και την κατάσταση της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας εκείνης της εποχής.

Ο Ε. Βαρλετζίδης αποχώρησε από την ενεργή δράση το 1997. Οι συνεργάτες του διοργάνωσαν τότε επιστημονική εκδήλωση προς τιμήν του στην οποία ο κεντρικός ομιλητής ήταν ο Αμερικανός διεθνούς φήμης ωτοχειρουργός J.V.D. HOUGH στον οποίον είχε μαθητεύσει.

Πριν από τις ερωτήσεις της συνέντευξης παραθέτω απόσπασμα της ομιλίας του J.V.D. HOUGH προς τιμήν του μαθητή του και συνεργάτη του Ε. Βαρλετζίδα.

Accolade to Stratos Varletzidis on his professional retirement.

J.V.D. HOUGH, M.D.

As I watched him, I saw clearly his Christian character. First, God predestined him to be a physician, and to be a husband to his wonderful and beautiful wife Anastasia, a father to his beautiful daughter and fine successful son, and a friend of us all...

I taught him the science of otology, but God taught him the laws of life and the real science of good living. He gave him three great pearls of wisdom that set him free to be successful in serving all of us in all these capacities. All three of these pearls of wisdom are the keys of knowing yourself, and you must have these to successfully serve. That's what being a physician is all about. I pray that everyone in this room will have these three great priceless pearls.

'The three pearls are found and lived out in the life of Jesus the Great Physician who, in Scripture it was said of Him, knowing first where He came from, second, knowing who he was; and third, knowing where He was going, He was then free to serve in any capacity. So, first, Stratos knows where he came from. He knows deep in his heart that he originated from the mind of God and was uniquely created by Him.

Second, Stratos knows where he is going. He knows life does not end with the grave. He is destined for eternal life in Heaven.

Third, he knows who he is. Stratos has learned from the experience of life many of his own attributes and abilities.

Απόσπασμα από την επιστημονική εκδήλωση προς τιμή του κ. Ευστράτιου Βαρλετζίδα.
Αθήνα 1997



Εικ. 2 Με το επιτελείο του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, (τρίτος από αριστερά).

Τι καθόρισε στα Γυμνασιακά σας χρόνια την επιλογή σας να εγγραφείτε στην Ιατρική Σχολή; Υπήρχε στο στενό ή ευρύτερο οικογενειακό σας περιβάλλον κάποια προσωπικότητα που σας επηρέασε ή σας κατεύθυνε προς τα εκεί;

Την επιθυμία μου για την Ιατρική απέκτησα στη 4η τάξη του παλαιού εξατάξιου γυμνασίου από έναν καθηγητή της Φυσικής, γιατί, τότε δεν υπήρχε βιολογία στα γυμνάσια, υπέροχο στη διδασκαλία του μαθήματος, αλλά κατά τα άλλα στραβόξυλο από τα λίγα, όπως και από έναν άλλο, υπέροχο συνοικιακό γιατρό της εποχής εκείνης, σπουδασμένο στο Παρίσι. Στη συνέχεια με είχε συγκινήσει η χειρουργική από διάφορα περιστατικά που είχα δει (περί θωρακοχειρουργικής όμως χαμπάρι).

Ποια ήταν η συμβουλή των γονέων σας σχετικά με το τι θα επιλέγατε για σπουδές;

Οι γονείς μου το καθορίζανε και ενίσχυαν την επιθυμία μου αυτή, για την ιατρική, η οποία πραγματοποιήθηκε με την εισαγωγή μου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, στην Ιατρική Σχολή.

Πώς ήταν η Ιατρική Σχολή εκείνα τα χρόνια. Υπήρχε ελευθερία έκφρασης; Υπήρχε διάλογος και ανταλλαγή ιδεών μεταξύ των καθηγητών και των φοιτητών ή υπήρχε «απόσταση» μεταξύ του καθηγητή και των φοιτητών;

Όπως λεγόταν στο Πανεπιστήμιό μας υπήρχε την εποχή εκείνη εν τινί μέτρω αυταρχισμός, πράγμα το οποίον ήταν εμφανές και στη Σχολή μας. Αυτό κατά τη γνώμη μου οφείλετο στην οικογενειοκρατία που υπήρχε στη Σχολή. Ωτορινολαρυγγολογία Δημητριάδης, Μαιευτική Λούρος, Χειρουργική Αλιβιζάτος, Οφθαλμολογία Χαραμής κ.λπ.

Μετά το πέρας των σπουδών σας στην Ιατρική Αθηνών τι ακολούθησε; Πώς επιλέξατε την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας. Ήταν η Ωτορινολαρυγγολογία η αρχική σας επιλογή;

Η αρχική μου επιλογή μετά το πέρας των σπουδών μου για ει-

δικότητα ήταν η χειρουργική και διότι είχα παρακολουθήσει αρκετές εγχειρήσεις και διότι είχα κάνει μερικές εγχειρήσεις καθ' όν χρόνο υπηρετούσα στο στρατό. Πήλν όμως σε όλα τα νοσοκομεία στα οποία απευθύνθηκα δεν υπήρχε θέση στη χειρουργική. Στο ΝΙΜΤΣ (Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού) που είχα μερικές γνωριμίες με συμβούλευσαν να αποτανθώ στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, διότι και θέση εμμίσθου βοηθού υπήρχε και ειδικότητα έδινε.

Σε τι επίπεδο βρισκόταν η ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας και ποιες ήταν οι πλέον αξιόλογες κλινικές τότε; Ποιοι Έλληνες και ποιοι ξένοι ωτορινολαρυγγολόγοι σας είχαν εντυπωσιάσει με τις γνώσεις τους και τις εν γένει δραστηριότητές τους;

Οι πλέον αξιόλογες κλινικές ήταν του Ερυθρού Σταυρού, του Ευαγγελισμού, των Παίδων, το Ιπποκράτειο, το Λαϊκό και πολλή άλλα ιδιωτικά ιατρεία επίσης με αξιόλογους ιατρούς, με μεγάλη φήμη και πείρα όπως ο Καναγκίνης, Νομικός, Ξανθάκος και άλλοι.

Ποιες είναι οι κυριότερες αναμνήσεις σας από τα χρόνια της εξειδίκευσής σας;

Στα χρόνια της εξειδίκευσής μου στον Ερυθρό Σταυρό οι πιο έντονες αναμνήσεις ήταν οι επείγουσες τραχειοτομίες οι οποίες γίνοντο κατ' εξαίρεση στα εξωτερικά ιατρεία λόγω του επείγοντος του περιστατικού. Οι τραχειοτομίες γίνοντο στα βρέφη τα οποία εστέλνοντο από το νοσοκομείο παιδών στο οποίο δεν υπήρχε τότε Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική. Όπως γίνεται αντιληπτό η άμεση ανακούφιση του γιατρού ήταν η πρώτη αναμνήσή του παιδιού η οποία αποτελούσε το χαρμόσυνο μήνυμα για το σώσιμο μιας ζωής.

Τι σε γενικές γραμμές περιλάμβανε η εκπαίδευση ενός νέου ωτορινολαρυγγολόγου τότε;

Η εκπαίδευση ήταν στοιχειώδης και περιελάμβανε κυρίως παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων Νοσοκομείων, εφημερίες, χειρουργεία και παρακολούθηση σε μεγάλα κέντρα για τις εξελίξεις της ειδικότητας.

Που στραφήκατε τελειώνοντας την ειδικότητα; Σκεφτήκατε τη μετάβαση στο εξωτερικό προκειμένου να μετεκπαιδευτείτε σε κάτι εξειδικευμένο; Πόσο δύσκολο ήταν τότε αυτό για κάποιο νέο Ωτορινολαρυγγολόγο. Υπήρξαν ακαδημαϊκοί δάσκαλοι που σας βοήθησαν για αυτό;

Όπως ήταν φυσικό η λογική τάση ήταν να φύγει κανείς για το εξωτερικό για να επωφεληθεί από τις εξελίξεις της ειδικότητας. Εγώ ήμουν πολύ τυχερός διότι, θεία βοήθησε, βρέθηκα από τους πρώτους υποτρόφους στο εξωτερικό και διδάχθηκα την κωφοχειρουργική από τον κυρίως Δάσκαλό μου στην Αμερική καθηγητή J. Hough (Oklahoma), αλλά και από τους Plester, Cothorn και Rosen.

Σε ποια κέντρα του εξωτερικού μετεκπαιδευτήκατε; Ποιες είναι οι κυριότερες αναμνήσεις σας από αυτά. Ποιες προσωπικότητες σας εντυπωσίασαν περισσότερο και γιατί;

Μετεκπαιδευτικά στα ακόλουθα κέντρα:

- University of London, the Institute of Laryngology and Otology.



Εικ. 3 Στράτος Βαρλετζίδης, Λευτέρης Τσιλιγιόρης. Διάλειμμα ξεκούρασης.

• Hough Ear Institute. Otologic Medical Center Clinic, Oklahoma City, USA.

Με εντυπωσίασαν οι Hough, Plester και Cothorn. Όλοι οι ανωτέρω Καθηγητές ήταν ο ένας καλύτερος από τον άλλον. Με εντυπωσίασαν εκτός της «ευγενίας» που έδειχναν στους ξένους συναδέλφους και το ενδιαφέρον να σε διδάξουν τις νέες εξελίξεις της Ειδικότητας.

Τι δρόμο ακολουθήσατε επιστρέφοντας στην Ελλάδα από το εξωτερικό;

Επιστρέφοντας από το εξωτερικό είχα πλέον ικανή πείρα από τις νέες εγχειρήσεις του αυτιού (μερική – ολική αναβολεκτομή), με την ενθάρρυνση του Διευθυντού μου Σ. Κοτσαρίδα. Οι εγχειρήσεις με τη βοήθεια του θεού πήγαν καλά και έτσι άρχισα σιγά σιγά να γίνω γνωστός. Αυτό ήταν το ξεκίνημά μου έχοντας τη συμπαράσταση των βοηθών μου στο Λαϊκό Νοσοκομείο τους οποίους και ευγνωμονώ.

Πως έγινε η τοποθέτησή σας στο Νοσοκομείο; Υπήρχαν και άλλοι συνυποψήφιοι, όπως γίνεται και σήμερα;

Τοποθετήθηκα Διευθυντής της Ω.Ρ.Λ. κλινικής (NIMTS και ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) κατόπιν προκηρύξεως. Στη θέση του NIMTS ήταν συνυποψήφιοι κάποιοι Υφηγητές από τη Θεσσαλονίκη και ένας άλλος συνάδελφος που λεγόταν Ζερδές. Στο δε Λαϊκό ο υφηγητής Γ. Γιαννάτος και ο κ. Παπαφράγκος και οι δύο εκλεκτοί συνάδελφοι.

Γίνετε γνωστός στο Αθηναϊκό κοινό ιδιαίτερα ως ωτοχειρουργός. Η αναβολεκτομή ήταν για σας η ‘αγαπημένη’ σας επέμβαση. Είχατε πράγματι ιδιαίτερη κλίση στη μικροχειρουργική. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για όλους μας μια δική σας αναφορά σχετικά με την κατάσταση της ωτοχειρουργικής τότε.

Η ωτοχειρουργική πράγματι ξεκίνησε αρχικά από τον Rosen στο εξωτερικό, (αξίζει να αναφέρω ένα σχόλιο – μύθος ή πραγματικότητα;). Μια των ημερών ο Rosen διαπρεπής ωτοχειρουργός της εποχής εκείνης, έκανε μια εγχείρηση στο αυτί ενός ασθενούς, προφανώς στο μέσον ους. Σε μια στιγμή άθελά του κούνησε ή έβγαλε από τη θέση του τον αναβολέα, (πράγμα άγνωστο και προφανώς επικίνδυνο για την εποχή εκείνη), οπότε έντρομος ακούει τον άρρωστο ενθουσιασμένο να φωνάζει ΑΚΟΥΩ-ΑΚΟΥΩ. Ο Rosen κατέρρευσε, ο δε ασθενής περισσώς ενθουσιασμένος φώναζε ΑΚΟΥΩ-ΑΚΟΥΩ.

Γρήγορα όμως άρχισαν να εμφανίζονται και άλλοι εξαιρετικοί χειρουργοί τόσο στο εξωτερικό, όπως κατ' επέκταση και στην Ελλάδα, όπως στη Θεσσαλονίκη ο καθηγητής Μανωλίδης, στην Αθήνα κάποιοι ανατέλλοντες αστέρες και τέλος ο καθηγητής Νασούφης με τον οποίον δεν συνεργάστηκα διότι έφυγα από τον Ερυθρό και κατέλαβα τη θέση του Διευθυντού της ΩΡΛ Κλινικής στο NIMTS. Στο NIMTS η κλινική ήταν σύγχρονα εξοπλισμένη με τα πρότυπα των κλινικών της ωτοχειρουργικής του εξωτερικού και αρχίσαμε να δίνουμε πλήρη ειδικότητα.

Κατά το χρόνο της παραμονής μου στο NIMTS έγινα Υφηγητής, έδωσα τέσσερις διδακτορικές διατριβές σε συναδέλφους και η κλινική με τη βοήθεια ικανών συναδέλφων πήρε μια καλή, μπορώ να πω, πολύ καλή θέση μεταξύ των ΩΡΛ κλινικών της Ελλάδας. Εν τω μεταξύ η ωτοχειρουργική σιγά σιγά άρχισε να αναπτύσσεται και πήρε τη θέση της και στην Ελλάδα όπως της άξιζε.

Αναλάβετε τη διεύθυνση της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Βασιλείου Παύλου – Λαϊκό Νοσοκομείο. Εκεί σας πρόλαβα και εγώ ως νεαρός ειδικευόμενος, (Καστανιουδάκης Γιάννης), λίγο καιρό προτού παραιτηθείτε λόγω εφαρμογής του ΕΣΥ. Ποια ήταν η προσφορά σας στην κλινική του Λαϊκού. Τι βρήκατε και τι παραδώσατε φεύγοντας. Τι δυσκολίες συναντήσατε στην οργάνωση της κλινικής. Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν στο τέλος στην απόφαση να παραιτηθείτε;

Παρέλαβα σαν Διευθυντής την ΩΡΛ Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου, αντικαθιστώντας προηγούμενο συνάδελφο, απερχόμενο λόγω συνταξιοδότησεως, αλλά και προβλημάτων υγείας, την Άνοιξη του 1977.

Βρέθηκα σε μια κλινική με έναν Επιμελητή και δύο Ειδικευόμενους συναδέλφους, σε επίπεδο στοιχειώδους λειτουργίας από απόψεως εκσυγχρονισμένου εξοπλισμού, χαμηλής δυνατότητας προσφοράς προς τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα με προσπάθειές μου προσελήφθη δεύτερος Επιμελητής και νέοι Ειδικευόμενοι συνάδελφοι.

Η κλινική απέκτησε περισσότερους θαλάμους και ως εκ τούτου και κλίνες, όλων των ποιοτικών δυνατοτήτων (περί τις 15) και ικανό αριθμό ειδικευμένων και ειδικευομένων, χάρις τις προσπάθειες των οποίων αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των προσερχομένων προς εξέταση (κατά μέσον όρο 6.000 κατ' έτος) και των



Εικ. 4 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Λαϊκού Νοσοκομείου. Ιατρικό δυναμικό της κλινικής το έτος 1981.

χειρουργουμένων (κατά μέσον όρο 720). Συστηματικά καθιερώθηκε εκπαιδευτικός χρόνος, επί ενδιαφερόντων περιστατικών, επί νέων χειρουργικών και διαγνωστικών μεθόδων.

Ιδιαίτερα προωθήθηκαν, χάρις στους νέους εξοπλισμούς της Κλινικής, οι μέθοδοι της Ωτοχειρουργικής, σε όλα τα πεδία της και με πρόθυμη τη συμμετοχή των νέων συναδέλφων.

Συν τω χρόνω και με πειστικές μου παρεμβάσεις στους αρμόδιους μηχανισμούς, η κλινική απέκτησε νέα μοντέρνα χειρουργικά εργαλεία, νέο χειρουργικό μικροσκόπιο και πολύ νωρίς, ίσως μεταξύ των πρώτων Κλινικών, απέκτησε εξεταστικά ενδοσκόπια (1984).

Στα έτη της υπ'εμέ Διευθύνσεως, η κλινική προώθησε την ανακοίνωση τεσσάρων Διδακτορικών Διατριβών, προέβη στην υποστήριξη δεκάδων ανακοινώσεων σε συνέδρια της ημεδαπής καθώς και σε δύο Παγκόσμια. Επίσης συμμετείχε σε τρεις εθελοντικές εξεταστικές παρουσίες σε άγονες και απομακρυσμένες περιοχές, διοργανωμένες από το αρμόδιο υπουργείο.

Στη διάρκεια της θητείας μου στην ΩΡΛ κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου συνάντησα δυσκολίες οφειλόμενες κυρίως σε εμπόδια από διοικητικές δομές. Τόσο στο ΝΙΜΤΣ όσο και στο Λαϊκό εκτελούσαμε όλο το φάσμα των εγχειρήσεων στη Λαρυγγολογία και ιδιαίτερα στο αυτί. Στο Λαϊκό Νοσοκομείο με τη συνεργασία ενός φίλου ικανότατου χειρουργού που είχε έρθει από την Αμερική εκτελούσαμε μερικές τοιμηρές επεμβάσεις όπως καρκίνου λάρυγγα, υποφάρυγγα, τραχηλικού οισοφάγου, δια της μεταθέσεως του στομάχου, μέσω του οπίσθιου μεσοθωρακίου προς τον τράχηλο, καθώς επίσης και επί καρκίνου των παρίσθμιων αμυγδαλών δια μισχοτών θωρακικών κρημνών. Χάρης όμως στη βοήθεια, το φιλότιμο, την αγάπη προς το αντικείμενο, την εργατικότητα και τη φιλομάθεια, αλλιά και το πολύ

καλό συναδελφικό πνεύμα, που επικράτησε όλα αυτά τα χρόνια, μπορώ να πω η Κλινική εργάστηκε άψογα.

Πόσο σημαντικός ήταν ο ρόλος του στενού σας οικογενειακού περιβάλλοντος στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζατε σαν ένας χειρουργός με πολλή δραστηριότητες και ευθύνες;

Σε όλα τα στάδια της ζωής μας, νομίζω ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο θετικό ή αρνητικό για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων που συναντώνται στη ζωή του κάθε ανθρώπου, πολλών μάλλον του χειρουργού. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών ο ρόλος της συζύγου και μητέρας παίζει πρωταρχικό ρόλο. Στη μακρά αλλιά ευτυχή πορεία που έχουμε διανύσει με τη βοήθεια του Θεού με τη σύζυγό μου, μπορώ να πω ότι με βοήθησε σε όλα τα στάδια της σταδιοδρομίας μου. Από βοηθός μέχρι της τελευταίας βαθμίδας της σταδιοδρομίας η γυναίκα μου ήταν πηλή μου στις χαρές και στις δύσκολες στιγμές.

Από τη θέση που τώρα βρίσκεστε, (συνταξιούχος πλέον) τι θα θέλατε να μας αφήσετε σαν παρακαταθήκη – συμβουλή - παραίνεση;

Κυρίως θέλω να συμβουλευτώ με την ταπεινή μου πείρα κάθε έναν από τους νέους που θα αποφασίσει να ασχοληθεί με την κωφοχειρουργική ότι χρειάζεται άσκηση. Μην ξεκινήσετε ποτέ απευθείας στον άρρωστο χρειάζεται προετοιμασία σε κροταφικά και καθοδήγηση από κάποιον έμπειρο που να σας λύνει τις απορίες σας και να σας πιάσει το χέρι. Μην απορρίπτεται την οποιαδήποτε βοήθεια, οποθενδήποτε προερχομένη, η κάθε μια κάτι έχει να προσφέρει. Κανένας δεν βγήκε αυτοδίδακτος, οι δρόμοι του αυτιού κρύβουν πολλά.

Φύρμπας Γεώργιος
Επιμελητής Α' ΩΡΛ
Νικολάου Άγγελος
Συντονιστής Διευθυντής ΩΡΛ
Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου"

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019*

Υπεύθυνος αλληλογραφίας
Φύρμπας Γεώργιος
Ανδρέα Παπανδρέου 96
56728 Νέαπολη, Θεσσαλονίκη
email: drfirbas@hotmail.com
Τηλ.: 2313307307

Ενδοσκοπική μυριγγοπληστική

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενδοσκοπική μυριγγοπληστική είναι μία νέα, ελάχιστα επεμβατική, μέθοδος αντιμετώπισης της διάτρησης του τυμπανικού υμένα. Παρουσιάζουμε την τεχνική που εφαρμόζεται στην Κλινική μας και περιλαμβάνει την προετοιμασία αναίμακτου πεδίου, ανάσπαση τυμπανοδερματικού κρημνού (εφόσον χρειάζεται), λήψη και τοποθέτηση μοσχεύματος χόνδρου-περιχονδρίου από τον τράγο, κάτωθεν του δακτυλίου (underlay), και τέλος, ελαφρύ πωματισμό του έξω ακουστικού πόρου. Η ενδοσκοπική προσπέλαση έχει σημαντικά πλεονεκτήματα (εξαιρετική οπτική εικόνα και ελάχιστο χειρουργικό τραύμα) αλλήλ και μειονεκτήματα (στενό χειρουργικό πεδίο και χειρισμοί με το ένα χέρι). Η τεχνική μας μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο οδηγό για τους νέους συναδέλφους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση του ενδοσκοπίου έχει βοηθήσει στην ανάπτυξη ελάχιστα επεμβατικών ωτοχειρουργικών τεχνικών. Παρουσιάζουμε τη μέθοδο μυριγγοπληστικής που εφαρμόζεται στην Κλινική μας και αναλύουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ενδοσκοπικής προσπέλασης.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Η επέμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και κατά προτίμηση ολική ενδοφλέβια αναισθησία. Η καλή συνεργασία με τον Αναισθησιολόγο είναι απαραίτητη ώστε να εξασφαλιστεί αναίμακτο χειρουργικό πεδίο.

Θέση: Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση με υπερυψωμένο κορμό κατά 30 μοίρες ώστε να ελαττώνεται η φλεβική συμφόρηση στην περιοχή του αυτιού.

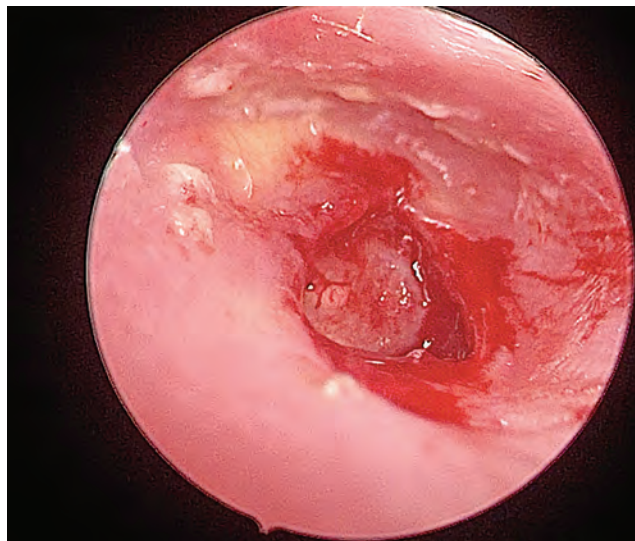
Προετοιμασία πεδίου: Η περιοχή του πτερυγίου και ο έξω ακουστικός πόρος καθαρίζονται με ιωδιούχο ποβιδόνη. Τετράγωνο νευροχειρουργικό τοιλήπιο εμποτισμένο με αδρεναλίνη 1:2000 τοποθετείται επί του τυμπανικού υμένα. Ακολουθεί έγχυση τοπικού αναισθητικού με αδρεναλίνη σε διάλυση 1:80000 στον έξω ακουστικό πόρο και στην περιοχή του τράγου. Ο τράγος έλκεται και σταθεροποιείται με μη- απορροφήσιμο ράμμα.

Τεχνική: Με τη βοήθεια του χειρουργικού ενδοσκοπίου 0 μοιρών νεαροποιούνται τα χείλη της διάτρησης (Εικ.1). Στη συνέχεια εκτελείται τομή του δέρματος του έξω ακουστικού από την 12η μέχρι την 6η ώρα επί τα εκτός του τυμπανικού δακτυλίου. Η τομή μπορεί να επιμκυνθεί όταν απαιτείται ευρύτερη κινητοποίηση του κρημνού με βάση την έκταση και την εντόπιση της διάτρησης. Ακολουθεί είσοδος στην τυμπανική κοιλότητα κάτω από τον τυμπανικό δακτύλιο και τομή του βλεννογόνου. Συνήθως ο τυμπανικός υμένας πρέπει να αποκολληθεί με προσοχή από τη λαβή της σφύρας ώστε να χρησιμεύσει ως στήριγμα για το μόσχευμα (Εικ.2). Τυμπανοσκληρυντικές πλάκες αφαιρούνται εάν

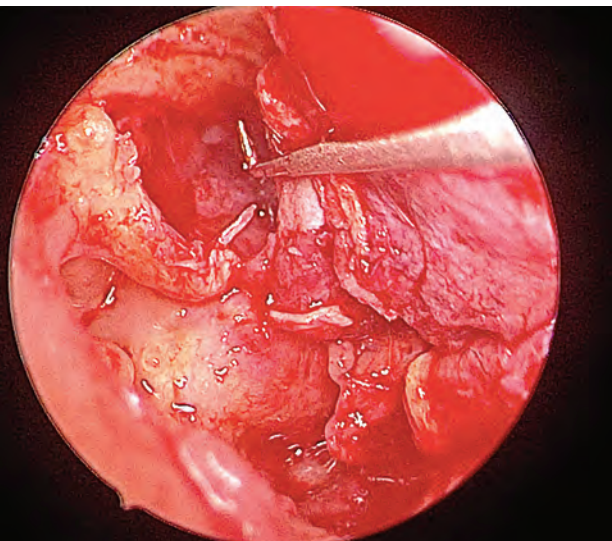
είναι ευμεγέθεις και σε επαφή με τη λαβή της σφύρας ή τα χείλη της διάτρησης. Ελέγχεται ολόκληρη η τυμπανική κοιλότητα και ειδικότερα η ακεραιότητα και κινητικότητα των οσταρίων, η παρουσία πλάκωδους επιθηλίου κάτω από τον υμένα, η κατάσταση του τυμπανικού ισθμού και της ευσταχιανής σάλπιγγας. Το μόσχευμα λαμβάνεται από τον τράγο με διακριτική τομή του δέρματος και περιλαμβάνει χόνδρο και περιχόνδριο. Αφαιρείται το περιχόνδριο από τη μία πλευρά. Το μόσχευμα τοποθετείται επί της λαβής της σφύρας και με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να καλύπτονται πλήρως τα χείλη της διάτρησης (Εικ.3). Η πλευρά με το περιχόνδριο είναι προσανατολισμένη προς τα έξω. Συνήθως δεν τοποθετούνται απορροφήσιμοι σπόγγοι ή φύλλα σιλικόνης εντός της τυμπανικής κοιλότητας. Ο τυμπανοδερματικός κρημνός κατασπάται και καλύπτεται με φύλλα σιλικόνης και αντιβιοτική κρέμα (Εικ.4). Ο έξω ακουστικός πόρος πωματίζεται με γάζα εμποτισμένη σε αντιβιοτικό (Εικ.5). Η τομή του τράγου συγκλείεται με μη απορροφήσιμα ράμματα σε ένα στρώμα. Δεν τοποθετείται άλλη ιδιαίτερη επίδεση. Ο ασθενής εξέρχεται την επόμενη ημέρα με οδηγίες για τοποθέτηση αντιβιοτικής αλοιφής στην περιοχή του τράγου και αποφυγή διαβροχής της γάζας. Η αφαίρεση των ραμμάτων γίνεται την 7η μετεγχειρητική ημέρα και η αφαίρεση του πωματισμού και των φύλλων σιλικόνης γίνεται τη 12η μετεγχειρητική ημέρα. Αναλόγως της εικόνας του πόρου και του τυμπάνου μπορεί να χορηγηθούν αντιβιοτικές σταγόνες. Συστήνεται η αποφυγή διαβροχής του πόρου για 6 εβδομάδες. Κατά τον επανέλεγχο ελέγχεται η ακεραιότητα της τυμπανικής μεμβράνης και ο ασθενής υποβάλλεται σε ακουόγραμμα (Εικ.6).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

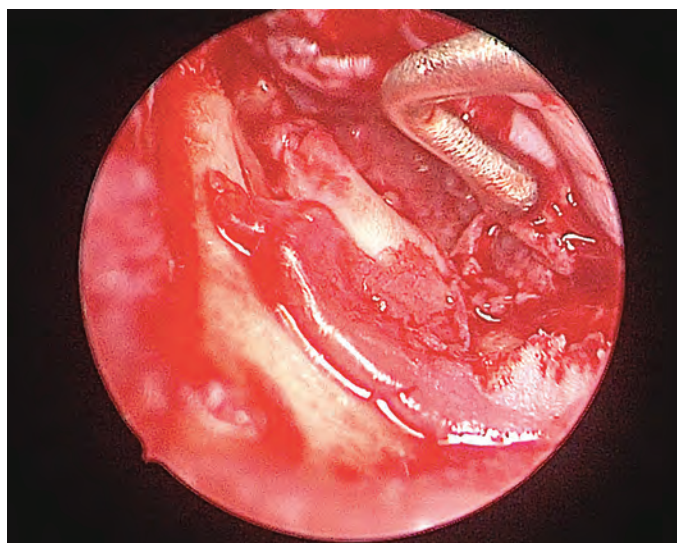
Το βασικό πλεονέκτημα του ενδοσκοπίου έναντι του μικροσκοπίου είναι η ανώτερη οπτική εικόνα του πρώτου.¹ Το ευρύ οπτικό πεδίο, η ανατομική λεπτομέρεια και δυνατότητα ελέγχου όλης της



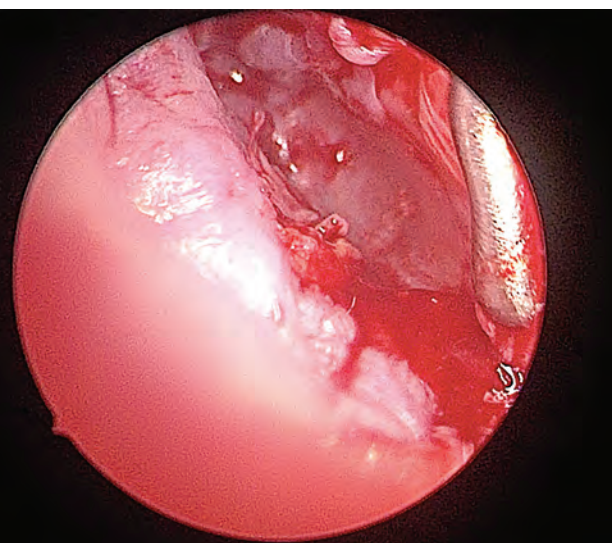
Εικ. 1 Περιφερική διάτρηση τυμπανικού υμένα στο πρόσθιο και κάτω τεταρτημόριο ύστερα από τη νεαροποίηση των χειλέων.



Εικ. 2 Ανάσπαση του τυμπανοδερματικού κρημνού και πλήρης αποκόλληση από τη λαβή της σφύρας.



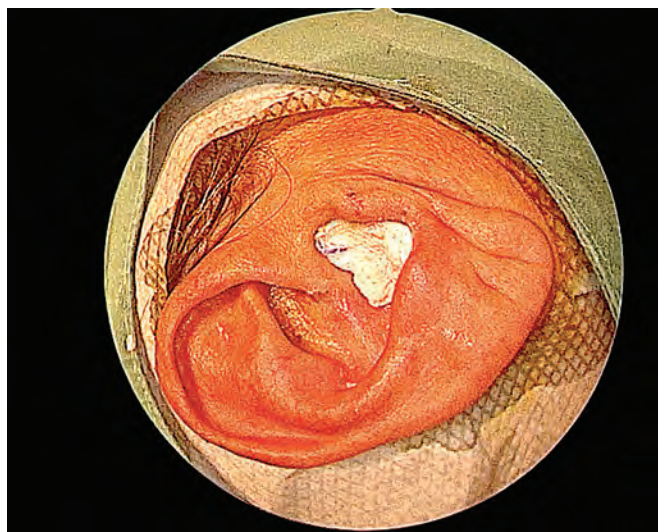
Εικ. 3 Τοποθέτηση του μοσχεύματος χόνδρου-περιχονδρίου.



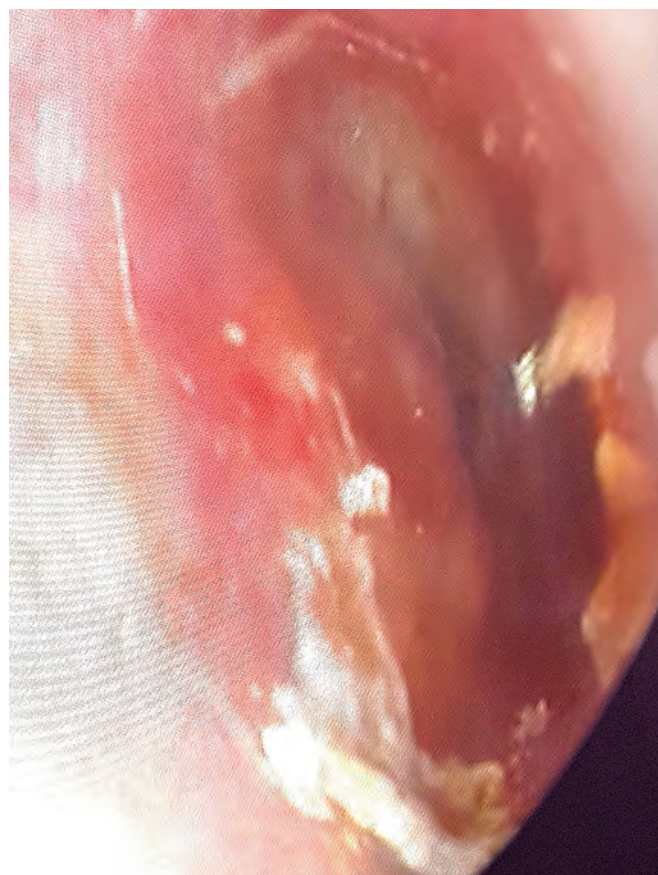
Εικ. 4 Κατάσπαση του τυμπανοδερματικού κρημνού και πλήρης κάλυψη των ορίων της διάτρησης.

τυμπανικής μεμβράνης με μικρές μετακινήσεις του ενδοσκοπίου, αντισταθμίζουν την απώλεια της τρισδιάστατης εικόνας του μικροσκοπίου. Στις περιπτώσεις πρόσθιων διατρήσεων, η καθιερωμένη πρακτική της οπισθοωτιαίας προσπέλασης συνεπάγεται αυξημένο χειρουργικό τραύμα λόγω της ευρείας τομής και παρασκευής των μαλακών μορίων. Επίσης η ανατομική διαμόρφωση του έξω ακουστικού πόρου μπορεί να εμποδίζει τον πλήρη έλεγχο της τυμπανικής διάτρησης με το μικροσκόπιο. Η ποροπλαστική και ενδεχομένως η προσωρινή αφαίρεση μεγάλου τμήματος του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου μπορεί να είναι αναγκαία ώστε

να εξασφαλιστεί ο έλεγχος του πρόσθιου χείλους της διάτρησης και η πλήρης κάλυψη της με το μόσχευμα. Το επιπλέον χειρουργικό τραύμα καθυστερεί την επούλωση και αυξάνει τον χειρουργικό χρόνο. Με την ενδοσκοπική τεχνική περιορίζεται η έκταση των τομών, η παρασκευή των μαλακών μορίων και η ανάγκη για ποροπλαστική όπως γίνεται με την ενδοωτιαία ή την οπισθοωτιαία προσπέλαση. Συνεπώς η ικανοποίηση των ασθενών για το μετεγχειρητικό αισθητικό αποτέλεσμα και τον μετεγχειρητικό πόνο είναι μεγαλύτερη από τις συμβατικές μεθόδους χωρίς να υπολείπεται σε βελτίωση της ακοής ή στην επιτυχία της μυριγοπλαστικής.²



Εικ. 5 Πωματισμός του έξω ακουστικού πόρου.



Εικ. 6 Ενδοσκοπική εικόνα του τυμπανικού υμένα την 6η μετεγχειρητική εβδομάδα.

Πίνακας 1 Συμβουλές και πρακτικά σημεία

- Προσεκτική επιλογή αρχικών περιστατικών (ευρύς πόρος, αριστερή πλευρά)
- Χρήση ισχυρής πηγής φωτισμού (300W)
- Χρήση κάμερας 3CCD ή 4K
- Εξασφάλιση αναίμακτου πεδίου
- Κόψιμο των τριχιδίων του έξω ακουστικού πόρου
- Χρήση τοθιυπίου για την τυμpanoανάσπαση
- Συχνή έξοδος του ενδοσκοπίου για ψύξη
- Χρήση αντιθαμβωτικού υγρού

Η χρήση ενδοσκοπίων 30 και 45 μοιρών για τον έλεγχο της τυμpanικής κοιλότητας μετά την ανάσπαση του δερματοτυμpanικού κρημνού προσφέρει οπτικό έλεγχο περιοχών που μέχρι πρότινος ήταν απροσπέλαστες με το μικροσκόπιο.³ Το φλεγμαίνον τυμpanικό στόμιο της ευσταχιανής σάλπιγγας, ο αποφραγμένος τυμpanικός ισθμός από ίνωση ή κοκκιώματα, η λύση της οστικής αλύσου, οι τυμpanοσκληρυντικές πλάκες στο οπίσθιο τοίχωμα της τυμpanικής κοιλότητας και η μετανάστευση επιθηλίου κάτω από την τυμpanική μεμβράνη ή πίσω από τη λαβή της σφύρας είναι νέες πληροφορίες που μπορεί να προσφέρει το ενδοσκόπιο και ενδεχομένως να τροποποιήσουν τη διαχείριση του περιστατικού (π.χ. επιλογή μοσχεύματος χόνδρου αντί κροταφικής περιτονίας σε αποφραγμένη και φλεγμαίνουσα ευσταχιανή σάλπιγγα).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η εισαγωγή των ενδοσκοπίων στην Ωτοχειρουργική ακολούθησε την εξέλιξη της ενδοσκοπικής Ρινοχειρουργικής. Συνεπώς οι δύο προσπελάσεις μοιράζονται κοινά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ενδεχομένως τα μειονεκτήματα της χρήσης του ενδοσκοπίου στην χειρουργική του αυτιού να είναι πιο εκσεσημασμένα λόγω του στενότερου χώρου του έξω ακουστικού πόρου και των λεπτών και στενά συνδεδεμένων ανατομικών δομών του μέσου αυτιού. Χρειάζεται ελάχιστη παρουσία αίματος ή υδρατμών στον έξω ακουστικό πόρο για να θαλώσει το ενδοσκόπιο και να ακυρωθεί η οπτική ανωτερότητα του σε σχέση με το μικροσκόπιο. Συνεπώς ο χειρουργός πρέπει να αφαιρεί και να καθαρίζει συνεχώς το ενδοσκόπιο και να εφαρμόζει ευλαβικά τις τεχνικές περιορισμού της διεγχειρητικής αιμορραγίας. Το μειονέκτημα αυτό εντείνεται από το δεύτερο περιοριστικό χαρακτηριστικό της ενδοσκοπικής Ωτοχειρουργικής που είναι η απώλεια της αμφίχειρης χειρουργικής δεδομένου ότι το δεύτερο χέρι κρατά το ενδοσκόπιο αντί της αναρρόφησης. Η "θυσία" του δεύτερου χεριού καθιστά τη χειρουργική τεχνική δυσκολότερη, άβολη για όσους δεν έχουν εμπειρία στην ενδοσκοπική χειρουργική της μύτης. Ορισμένοι χει-

ρισμοί γίνονται πιο δύσκολοι και επικίνδυνοι για την ακεραιότητα των οσταρίων (π.χ. ο καθαρισμός του επιθηλίου από τη λαβή της σφύρας, οι χειρισμοί πέριξ του αναβολέα, η αποκόλληση της χορδής τυμπάνου από ινώδεις ταινίες, κοκκιώματα ή τον τυμπανικό υμένα). Επίσης η επιλογή του χόνδρου ως μόσχευμα στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται στην ευκολία χειρισμού του με το ένα χέρι λόγω της ακαμψίας του υλικού.⁴ Ένας τρίτος περιορισμός της ενδοσκοπικής μυριγγοπληστικής αποτελεί ο στενός έξω ακουστικός πόρος. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι εφικτή η επισκόπηση της διάτρησης σε όλο της το εύρος χωρίς ποροπληστική αλληλα αυτό δε συνεπάγεται ότι είναι εφικτός ο χειρισμός ενός εργαλείου εντός του πόρου μαζί με το ενδοσκόπιο. Με τα υπάρχοντα ωτοχειρουργικά εργαλεία, η διασταύρωση εργαλείου-ενδοσκοπίου μέσα στον πόρο μπορεί να δυσκολεύει τη νεοροποίηση της διάτρησης και την τοποθέτηση του μοσχεύματος.⁵ Επίσης η απότομη απελευθέρωση ενός εργαλείου που διασταυρώνεται με το ενδοσκόπιο μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό της οστικής αλύσου.

Η αύξηση της θερμοκρασίας στην άκρη του ενδοσκοπίου μπορεί θεωρητικά να οδηγήσει σε θερμική βλάβη της χορδής του τυμπάνου ή της τυμπανικής μεμβράνης χωρίς ωστόσο ο φόβος αυτός να έχει επιβεβαιωθεί.⁶ Προτείνεται η τακτική απόσυρση του ενδοσκοπίου κατά τη διάρκεια του χειρουργείου για καθαρισμό (Πίνακας 1). Ο χειρισμός βοηθάει στην ψύξη του ενδοσκοπίου. Άλλα υποβοηθητικά μέτρα είναι η τοποθέτηση της πηγής φωτισμού σε κατάσταση αναμονής όταν το ενδοσκόπιο δεν χρησιμοποιείται, η χρήση φωτισμού τύπου LED ή Xenon αντί αλογόνου καθώς επίσης και ο προσεκτικός χειρισμός του ενδοσκοπίου μέσα στον πόρο.⁷ Παρόλα τα μειονεκτήματα και τις δυσκολίες από τη χρήση του ενδοσκοπίου, δεν έχει διαπιστωθεί αύξηση των επιπλοκών με την τεχνική αυτή.⁸

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η αποκατάσταση της τυμπανικής διάτρησης με τη βοήθεια του ενδοσκοπίου είναι σχετικά νέα μέθοδος. Η ευρεία οπτική απεικόνιση του τυμπανικού υμένα χωρίς τη διενέργεια ποροπληστικής και το περιορισμένο χειρουργικό τραύμα αντισταθμίζουν το μειονέκτημα της μονόχειρης χειρουργικής. Η ενδοσκοπική μέθοδος δεν υπολείπεται της μικροσκοπικής τεχνικής όσον αφορά στη βελτίωση της ακοής και την επιτυχή αποκατάσταση της διάτρησης. Ωστόσο, η καμπύλη εκμάθησης είναι επίπονη και μακρά, ειδικά για τους χειρουργούς οι οποίοι έχουν περιορισμένη εξοικείωση με την ενδοσκοπική χειρουργική εν γένει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tarabichi M, Ayache S, Nogueira JF, Al Qahtani M, Pothier DD. Endoscopic management of chronic otitis media and tympanoplasty. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013; 46:155-63.
2. Lee SY, Lee DY, Seo Y, Kim YH. Can Endoscopic Tympanoplasty Be a Good Alternative to Microscopic Tympanoplasty? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2019;12:145-155.
3. Bennett ML, Zhang D, Labadie RF, Noble JH. Comparison of Middle Ear Visualization With Endoscopy and Microscopy. *Otol Neurotol.* 2016;37:362-6.
4. Parelkar K, Thorawade V, Marfatia H, Shere D. Endoscopic cartilage tympanoplasty: full thickness and partial thickness tragal graft. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019 Feb 20. pii: S1808-8694(18)30343-4. doi: 10.1016/j.bjorl.2018.12.006. [Epub ahead of print].
5. Swarup A, le Nobel GJ, Andrysek J, James AL. The Current Limitations and Future Direction of Instrument Design for Totally Endoscopic Ear Surgery: a Needs Analysis Survey. *Otol Neurotol.* 2018;39:778-784.
6. Mitchell S, Coulson C. Endoscopic ear surgery: a hot topic? *J Laryngol Otol.* 2017;131:117-122.
7. Ozturan O, Dogan R, Eren SB, Aksoy F. Intraoperative thermal safety of endoscopic ear surgery utilizing a holder. *Am J Otolaryngol.* 2018;39:585-591.
8. Marchioni D, Rubini A, Gazzini L, Alicandri-Ciuffelli M, Molinari G, Reale M, Presutti L. Complications in Endoscopic Ear Surgery. *Otol Neurotol.* 2018;39:1012-1017.

Αγγελιδάκη Ειρήνη
Μαρίνου Αθανασία
Πάππας Ζήσης
ΩΡΛ Κλινική Ευρωκλινικής Αθηνών

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Αγγελιδάκη Ειρήνη
ΩΡΛ Κλινική Ευρωκλινικής Αθηνών,
Αθανασιάδου 7-9, Αθήνα 115 21,
eiriniagel@hotmail.com,
Τηλ. 6974306207

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Aggelidaki Eirini
Marinou Athanasia
Pappas Zissis
ENT Department of Euroclinic of Athens

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 2, 2019

Corresponding author:
Aggelidaki Eirini
ENT Department of Euroclinic of Athens
7-9 Athanasiadou, 11521, Athens
eiriniagel@hotmail.com,
Tel. 6974306207

Ογκοκύττωμα επικουρικού λοβού παρωτίδας. Παρουσίαση περιστατικού

Oncocytoma of accessory parotid gland. Case report

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η προσέγγιση των μαζών της μεσότητας της παρειακής χώρας αποτελούν διαγνωστική πρόκληση. Στη διαφορική διάγνωση συμπεριλαμβάνονται μορφώματα που αναπτύσσονται στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας. Μάζες του επικουρικού λοβού της παρωτίδας αποτελούν το 1-8% των μαζών της παρωτίδας γενικότερα.

Περιγραφή περιστατικού: Παρουσιάζουμε θήλυ 40 ετών, με ανώδυνο μόρφωμα στην αριστερή παρειακή χώρα, με προοδευτική αύξησή του, τον τελευταίο χρόνο. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε μόρφωμα του αριστερού επικουρικού λοβού της παρωτίδας. Η ασθενής υπεβλήθη σε εξαίρεση του μορφώματος μετά του επικουρικού λοβού της παρωτίδας και συνοδό επιπολής παρωτιδεκτομή. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ογκοκύττωμα.

Συμπεράσματα: Η ύπαρξη μορφωμάτων στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας είναι εξαιρετικά ασυνήθης. Η θεραπεία εκλογής των όγκων του επικουρικού λοβού της παρωτίδας είναι η χειρουργική εξαίρεση αυτών. Η χειρουργική προσπέληση αποτελεί θέμα προς συζήτηση και έχουν προταθεί η κλασική τομή της παρωτιδεκτομής κατά Blair, η τομή του face – lift, η τομή επί του μορφώματος στην παρειακή χώρα, η ενδοστοματική προσπέληση και η επεμβατική ενδοσκοπική αφαίρεση. Τα ογκοκυττώματα είναι σπάνιοι, καλοήθεις, επιθηλιακοί όγκοι και αποτελούν λιγότερο του 1% των όγκων των σιελογόνων αδένων. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ελάχιστα περιστατικά ογκοκυττώματος επικουρικού λοβού παρωτίδας έχουν περιγραφεί, καθιστώντας το περιστατικό αυτό εξαιρετικά σπάνιο.

Λέξεις κλειδιά: επικουρικός λοβός παρωτίδας, ογκοκύττωμα, μάζες παρειακής χώρας

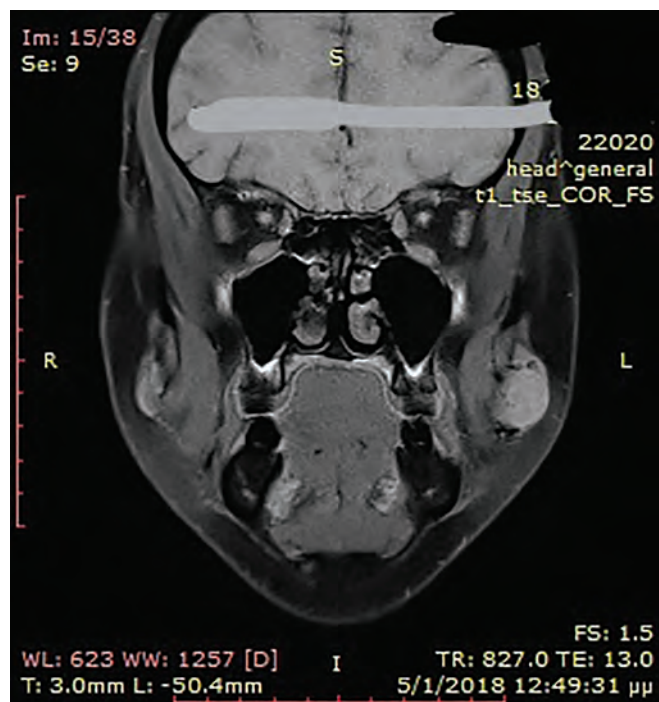
ABSTRACT

Introduction: The evaluation of a mid-cheek mass represents a significant diagnostic and therapeutic challenge. The differential diagnosis of mid-cheek masses include pathology arising from normal anatomic structures or from variations of normal accessory parotid gland tissue. Of all parotid gland tumors, 1% to 8% arise in the accessory parotid gland.

Case report: We present a case of a 40-year-old woman, who presented to our department with a painless mass in the left mid-cheek region, gradually increasing in size during the last year. Imaging studies revealed a well-defined mass arising from the left accessory parotid gland. Patient after thorough investigation and informed consent has been planned for surgery. She underwent excision of the mass with the accessory parotid gland and superficial parotidectomy. The histopathologic examination revealed oncocytoma.

Conclusion: Masses arising from the accessory parotid gland are extremely rare. Surgery is the gold standard of their therapeutic approach. Because of the delicate anatomic region, framed by two branches of the facial nerve, in which these masses occur, surgical excision is difficult. The literature suggests a variety of surgical approaches such as, standard lateral parotidectomy or face-lift incision, intraoral approach, direct cheek incision and recently an invasive endoscopic approach. Oncocytomas are rare benign tumors accounting for less than 1% of all salivary gland neoplasm. The review of the literature revealed only a few cases of oncocytomas arising from accessory parotid gland making our case extremely rare.

Key words: accessory parotid gland, oncocytoma, mid-cheek region masses



Εικ. 1 Μαγνητική τομογραφία (στεφανιαία τομή) όπου αναδεικνύεται το μόρφωμα στον αριστερό επικουρικό παρωτιδικό αδένά.



Εικ. 2 Μαγνητική τομογραφία (εγκάρσια τομή) όπου αναδεικνύεται το μόρφωμα στον αριστερό επικουρικό παρωτιδικό αδένά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσέγγιση των μαζών που αναπτύσσονται στη μεσότητα της παρειας χώρας αποτελεί μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση. Καλοήθειες και κακοήθειες βλάβες στην περιοχή αυτή μπορούν να αναπτυχθούν από διάφορα ανατομικά στοιχεία της περιοχής όπως είναι το δέρμα, ο λεμφικός και νευρογενής ιστός, αγγεία αλλήλα και ιστός από σιελογόνους αδένες. Στη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριληφθούν επίσης μορφώματα και παθήσεις που αναπτύσσονται στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας, που εδράζεται στην περιοχή της μεσότητας της παρειας χώρας.

Η ύπαρξη επικουρικού λοβού της παρωτίδας δεν είναι κάτι ασυνήθες. Υπολογίζεται ότι αυτή η ανατομική παραλλαγή, σε νεκροτομικά παρασκευάσματα, απαντάται σε ποσοστό 21-56%.¹ Το παρέγχυμα του επικουρικού παρωτιδικού αδένος είναι περίπου 0,5-1 εκ. σε διάμετρο και εντοπίζεται 6mm προσθίως του κύριου λοβού της παρωτίδας και είναι ανεξάρτητο και σαφώς αφοριζόμενο από αυτόν. Ο ιστολογικός τύπος του παρεγχύματος δεν παρουσιάζει διαφορές από το παρέγχυμα του κύριου παρωτιδικού αδένος και στην περιοχή εκείνη μπορεί να αναπτυχθούν οι ίδιες παθολογίες και οι ίδιοι ιστολογικοί τύποι μορφωμάτων που απαντώνται και στην παρωτίδα.¹

Μάζες του επικουρικού λοβού της παρωτίδας αποτελούν το 1-8% των μαζών της παρωτίδας.² Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι το 26-52% των μαζών αυτών είναι κακοήθειες βλάβες και το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο σε σχέση με το ποσοστό των κακοήθων όγκων που εντοπίζονται στον κύριο λοβό της παρωτίδας

και είναι περίπου 18,5%.^{3,4}

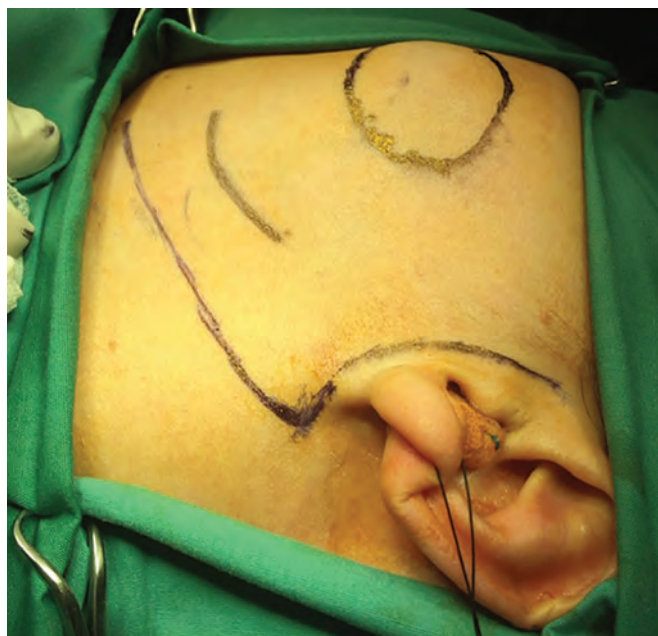
Η θεραπεία εκλογής των όγκων του επικουρικού λοβού της παρωτίδας είναι η χειρουργική εξαίρεση τους. Η χειρουργική προσπέλαση αποτελεί θέμα προς συζήτηση και έχουν προταθεί η κλασική τομή της παρωτιδεκτομής κατά Blair, η τροποποιημένη τομή παρωτιδεκτομής, η τομή του face-lift, η τομή επί του μορφώματος στην παρειας χώρα, η ενδοστοματική προσπέλαση και η επεμβατική ενδοσκοπική αφαίρεση. Η παρακολούθηση του προσωπικού νεύρου μέσω νευροδιέγερσης αποτελεί ανεξάρτητο και αναπόσπαστο διεγχειρητικό τμήμα.

Στην παρούσα εργασία θα παρουσιάσουμε περιστατικό με μόρφωμα στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας, την χειρουργική μας προσπέλαση και θα γίνει ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τους όγκους του επικουρικού λοβού της παρωτίδας καθώς και τις προτεινόμενες χειρουργικές προσπελάσεις.

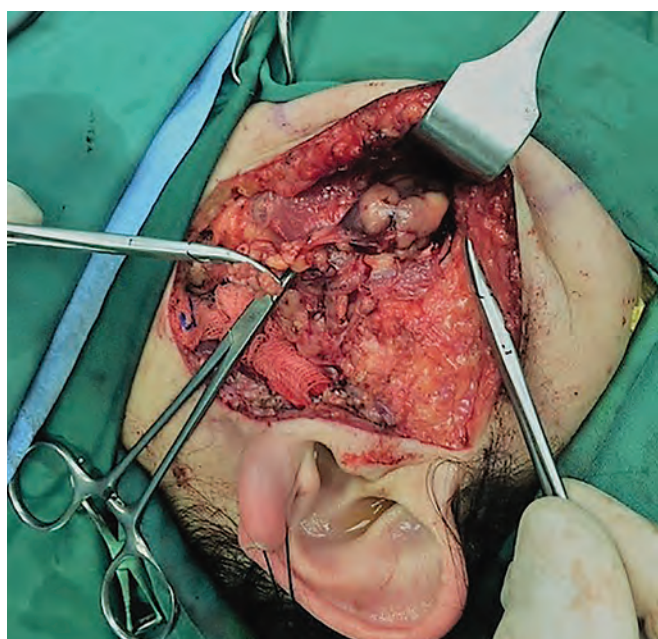
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Παρουσιάζουμε γυναίκα 40 ετών, με ανώδυνο μόρφωμα στην αριστερή παρειας χώρα, αντιληπτό από εξαμήνου, με σταδιακή αύξηση του μεγέθους του το τελευταίο χρονικό διάστημα. Κλινικά το μόρφωμα ήταν ομαλά περιγεγραμμένο, ευκίνητο και δεν διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις του υπερκείμενου δέρματος. Η λειτουργία του προσωπικού νεύρου ήταν ακέραιη.

Ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με υπέρηχο που έκανε λόγο



Εικ. 3 Προεγχειρητικός σχεδιασμός τομής παρωτιδεκτομής και μορφώματος στην αριστερή παρειακή χώρα.



Εικ. 4 Διεγχειρητική φωτογραφία που αναδεικνύει το μόρφωμα στον αριστερό επικουρικό λοβό.

συμπαγή οζώδη μάζα μαλακού ιστού περί του 1,5 εκ. και μαγνητική τομογραφία που ανέδειξε την ύπαρξη επικουρικών παρωτιδικών λοβών αμφοτερόπλευρα και ογκίδιο διαστάσεων 1,8 x 1,5 x 1,3 εκ το οποίο εντοπιζόταν στη μεσότητα της αριστερής παρειάς στην πρόσθια, έξω παρυφή του αριστερού μαστήρα μυός, σε άμεση συσχέτιση με τον αριστερό επικουρικό λοβό της παρωτίδας (Εικ.1, 2). Εν συνεχεία, διενεργήθηκε παρακέντηση δια ληπτής βελόνης από το μόρφωμα και η κυτταρολογική εξέταση έκανε λόγο για ευρήματα που συνηγορούσαν υπέρ κυψελιδικού καρκινώματος σιελογόνου αδένα, χωρίς να μπορούσε να αποκλείσει με βεβαιότητα νεοπλασία χαμηλής κακοήθειας.

Αφού συζητήθηκαν αναλυτικά με την ασθενή η φύση της νόσου και οι θεραπευτικές επιλογές αποφασίστηκε η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος. Η τομή που επιλέχθηκε ήταν η κλασική τομή της παρωτιδεκτομής με επέκταση αυτής μπροστά από τα άνω μέχρι το τριχωτό της κεφαλής (Εικ.3). Διενεργήθηκε επιπολής παρωτιδεκτομή. Ανευρέθη ο επικουρικός λοβός μεταξύ του οφθαλμικού κλάδου και του ζυγωματικού. Με προσεκτική παρασκευή και διατήρηση αυτών, αφαιρέθηκε ο επικουρικός παρωτιδικός ιστός με τον όγκο μετά από απολίνωση του πόρου του Stensen, με χρήση mosquito και έχοντας τον μετά σαν οδηγό σημείο (Εικ.4, 5). Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, με άριστη λειτουργία του προσωπικού νεύρου.

Η ιστολογική έκθεση ανέδειξε νεόπλασμα που αφορίζονταν από άθικτη ινώδη κάψα και που χαρακτηρίζονταν από συμπαγείς λοβοειδείς ή υποτυπώδεις κυψελειοειδείς κυτταρικούς σχηματισμούς, διαχωριζόμενους από λεπτοφυείς αγγειακό δίκτυο. Τα νεοπλασματικά κύτταρα εμφανίζονταν μεγάλα, πολυγωνικά με άφθονο λοποκοκκίωδες ηωσινόφιλο και περιοχικά διαυγάζον κυτταρόπλασμα και ομαλούς πυρήνες, χωρίς εμφανείς μιτώσεις, εικόνα συμβατή με καλοήγη βλάβη. Στον ανοσοϊστοχημικό έλεγχο τα νεοπλασματικά κύτταρα εξέφραζαν θετικά το p63, την keratin 5/6, το EMA και σε αρκετές θέσεις το RCC. Τα ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα ήταν συμβατά με ογκοκύττωμα της παρωτίδας.

Η ασθενής ετέθη σε τακτική μετεγχειρητική παρακολούθηση, κλινικά και απεικονιστικά και ένα χρόνο μετά το χειρουργείο δεν διαπιστώνεται εικόνα υποτροπής ή υπολειπόμενης νόσου.

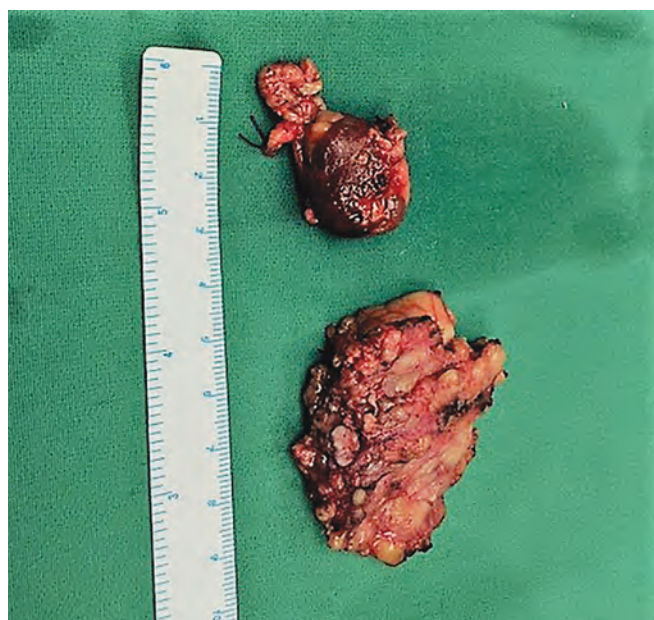
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ύπαρξη μορφωμάτων στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας είναι εξαιρετικά ασυνήθης. Η διαφορική διάγνωση αυτών περιλαμβάνει καλοήθεις και κακοήθεις όγκους του επικουρικού παρωτιδικού αδένα, κύστεις του επικουρικού παρωτιδικού παρεγχύματος, μεταστατικούς όγκους, αγγειακούς όγκους και αγγειακές δυσπλασίες, νευρογενείς όγκους, λιπώματα, λεμφαγγείωματα, χρόνια σιελαδενίτιδα.^{5,6} Ο πιο συχνά αναπτυσσόμενος όγκος στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας είναι το πλειόμορφο αδένωμα, ενώ ο πιο συχνά εμφανιζόμενος κακοήθης όγκος είναι το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.⁴

Για την προσέγγιση των όγκων στην περιοχή αυτή απαιτείται πλήρης απεικονιστικός έλεγχος (με υπέρηχο, αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία) που θα μας καθορίσει την ανατομική εντόπιση του μορφώματος. Στην περίπτωση εμφάνισης κακοήθους

όγκου στον κύριο λοβό της παρωτίδας, η ύπαρξη επικουρικού λοβού θα τροποποιήσει τα όρια της χειρουργικής εκτομής, καθ'ότι ο επικουρικός λοβός, λόγω της επικοινωνίας του με τον κύριο λοβό μέσω του παρωτιδικού πόρου, θα πρέπει να συμπεριληφθεί στο χειρουργικό πλάνο για να διασφαλιστούν υγιή όρια.⁶ Η παρακέντηση δια λεπτής βελόνης είναι μια παρεμβατική μέθοδος και αποτελεί εξέταση ρουτίνας στη διάγνωση των μαζών της παρειακής χώρας, δίνοντας πληροφορίες για την ιστολογική φύση του όγκου. Οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να προηγούνται της χειρουργικής παρέμβασης για να καθοριστεί η έκταση του χειρουργείου και η χειρουργική προσπέλαση. Μια μελέτη που αξιολόγησε τις παραμέτρους της παρακέντησης δια λεπτής βελόνης στους όγκους του επικουρικού λοβού της παρωτίδας, ανέδειξε ότι η ακρίβεια και η ευαισθησία ήταν μικρότερη στους όγκους αυτούς από ότι στους όγκους της παρωτίδας ενώ τα ψευδώς αρνητικά ποσοστά ήταν υψηλότερα. Η μεγαλύτερη διαφοροποίηση φάνηκε να επισυμβαίνει στη διάγνωση όγκων χαμηλής κακοήθειας σε σχέση με τους καλοήθεις όγκους. Η πιθανότητα ύπαρξης όγκων χαμηλής κακοήθειας στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν στο σχεδιασμό της χειρουργικής αντιμετώπισης ανεξάρτητα από το αν η κυτταρολογική εξέταση έχει αναδείξει καλοήγη βλάβη προεχειρητικά.⁷ Η συμβατική σιελογραφία είναι μια εξέταση που δεν χρησιμοποιείται πλέον στις μέρες μας παρά μόνο σε επιλεγμένα περιστατικά για να διαπιστωθεί η σχέση του πόρου του Stensen με τον όγκο του επικουρικού λοβού της παρωτίδας.⁸ Η εξέταση ποζιτρονικής υπολογιστικής τομογραφίας PET/CT έχει ένδειξη στην ανίχνευση υποτροπών και στην εντόπιση απομακρυσμένων μεταστάσεων.⁸ Η χειρουργική αφαίρεση είναι η πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης των όγκων που εδράζονται στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας. Οι περισσότεροι συγγραφείς συστήνουν για κυστικές και καλοήθεις βλάβες την αφαίρεση του μορφώματος με τον επικουρικό λοβό της παρωτίδας. Για κακοήθεις βλάβες υπάρχει διχογνωμία για το αν θα πρέπει, η εξαίρεση του μορφώματος, να συνοδεύεται με μερική ή ολική παρωτιδεκτομή. Το πιο βασικό είναι όμως να υπάρχει ξεκάθαρη διάγνωση όγκου στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας προεχειρητικά και να μην πρόκειται για όγκο που εντοπίζεται σε προσωπική προσεκβολή του κυρίου λοβού της παρωτίδας, γιατί η χειρουργική προσέγγιση διαφοροποιείται.⁹ Σε όλες τις χειρουργικές προσελάσεις συστήνεται διεχειρητική παρακολούθηση του προσωπικού νεύρου.

Μεταξύ των χειρουργικών προσελάσεων που έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση όγκων που εξορμούνται από τον επικουρικό λοβό της παρωτίδας περιλαμβάνεται η χειρουργική αφαίρεση με τομή στην παρειακή χώρα επί του μορφώματος. Ενδείξεις της αποτελούν η εκτομή μονήρων όγκων με διάμετρο μικρότερης των 3 εκατοστών, καλοήθεις όγκοι και η προτίμηση του ασθενούς.⁸ Επιπλοκές που έχουν περιγραφεί από την προσπέλαση αυτή περιλαμβάνουν τη διασπορά του όγκου και την τοπική υποτροπή του εξαιτίας ανεπαρκούς εκτομής σε πρώτο χρόνο, την πάρεση του προσωπικού νεύρου, ιδίως του βυκαντικού και του ζυγωματικού κλάδου λόγω της επιπολής εντόπισής τους, το σιελικό συρίγγιο και την τομή στη μεσότητα της παρειακής χώρας. Οι Johnson και Spiro αναφέρουν



Εικ. 5 Φωτογραφία παρασκευάσματος (μόρφωμα μετά του επικουρικού παρωτιδικού λοβού και παρασκεύασμα από επιπολής παρωτιδεκτομή).

σε ποσοστό 40% των περιπτώσεων παροδική δυσλειτουργία του προσωπικού νεύρου και σε ποσοστό 20% μόνιμη πάρεση του προσωπικού νεύρου με την άμεση προσέγγιση.¹⁰

Η πιο ενδεδειγμένη προσπέλαση για τους όγκους του επικουρικού λοβού της παρωτίδας είναι η κλασική τομή της παρωτιδεκτομής (τομή Blair) με επέκταση προς τα άνω προς το τριχωτό της κεφαλής ή προς τα κάτω προς την τραχηλική χώρα ή η τομή face-lift.³ Στα πλεονεκτήματα της προσπέλασης αυτής συγκαταλέγονται η άμεση επισκόπηση των μαζών, η αναγνώριση του προσωπικού νεύρου και του παρωτιδικού πόρου του Stensen.

Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί η ενδοσκοπικά υποβοηθούμενη αφαίρεση όγκων από το επικουρικό παρωτιδικό παρέγχυμα. Η μέθοδος αυτή συστήνεται για καλοήθεις όγκους που εντοπίζονται στον επικουρικό λοβό της παρωτίδας, διαμέτρου μικρότερης των 30 mm που στον απεικονιστικό έλεγχο και δεν έρχονται σε επαφή με το δέρμα. Η ελάχιστη επεμβατική ενδοσκοπική μέθοδος δεν φαίνεται να μειώνει τον διεχειρητικό χρόνο και το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι το κοσμητικό αποτέλεσμα. Μειονέκτημα της μεθόδου μπορεί να αποτελέσει ο τραυματισμός του μείζονος ωτιαίου νεύρου με συνέπεια τη μείωση της αισθητικότητας στην περιοχή του λοβίου του ωτός. Στην πιθανότητα διαπίστωσης ύποπτων στοιχείων κακοήθειας διεχειρητικά συστήνεται η μετατροπή της ενδοσκοπικής προσπέλασης σε ανοιχτή μέθοδο.^{11,12}

Η ενδοστοματική προσέγγιση όγκων του επικουρικού λοβού της παρωτίδας έχει προταθεί για επιλεγμένα περιστατικά για μάζες εντοπιζόμενες περισσότερο προς τη μέση γραμμή. Διεχειρητικά προηγείται καθετηριασμός του πόρου του Stensen και η διενεργείται τομή στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας παράλληλα με τον πόρο επί του μορφώματος. Ενδείξεις της χειρουργικής αυ-

της προσπέλασης αποτελούν μονήρεις βλάβες του επικουρικού λοβού της παρωτίδας που δεν έρχονται σε επαφή με τον κύριο λοβό και μορφώματα διαμέτρου μικρότερης των 3 cm.² Παρόλα αυτά ενέχει κινδύνους διεγχειρητικά της μη επαρκούς έκθεσης του μορφώματος και της μη επαρκούς οριοθέτησής του καθώς και της δυσχέρειας επίσχεσης αιμορραγίας.^{13,14}

Κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στον πόρο του Stensen, λόγω της άμεσης χειρουργικής γειτνίασης, που θα πρέπει να προστατεύεται όποτε είναι δυνατόν. Για καλοήθεις βλάβες ο πόρος του Stensen θα πρέπει να διαφυλάσσεται όταν δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση της βλάβης με τον πόρο. Στην περίπτωση που ο πόρος θα χρειαστεί να διατηρείται τοπικά, τότε θα πρέπει να ακολουθείται αναστόμωση του όπου είναι επαρκές το μήκος του, ενώ στην περίπτωση που δεν είναι επαρκές ακολουθείται αποπλίνωση του πόρου. Σε μερικές περιπτώσεις για την αναστόμωση του πόρου ή για τη μείωση της βλάβης του πόρου διενεργείται καθετηριασμός του πόρου. Ένας λεπτός καθετήρας εισέρχεται στην περιοχή του πόρου και αφαιρείται 7-10 ημέρες μετεγχειρητικά διαστοματικά. Για κακοήθεις βλάβες, ο πόρος του Stensen θα πρέπει να αφαιρείται για την πιθανότητα να υπάρχει διήθησή του από τη βλάβη και να εξασφαλιστούν υγιή όρια εκτομής. Σε περίπτωση μη διήθησης του πόρου από τον όγκο, θα πρέπει να προστατεύεται με μετεγχειρητική ακτινοβολία.⁸

Τα ογκοκυττώματα είναι σπάνιοι καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι και αποτελούν λιγότερο του 1% των όγκων των σιελογόνων αδένων, περιβάλλονται από κάψα και αναπτύσσονται από τα σιελικά (εμβόλιμα) σωληνάκια ή τις αδενοκυψέλες. Τα ογκοκυτταρικά νεοπλασμάτα ταξινομούνται κατά WHO σε τρεις κατηγορίες: στην οξώδη ογκοκυτταρική υπερπλασία, στο ογκοκύττωμα και στο ογκοκυτταρικό καρκίνωμα.^{15,16,17}

Η βιοψία δια λεπτής βελόνης και η κυτταρολογική εξέταση είναι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις στην εκτίμηση των όγκων των σιελογόνων αδένων. Στην περίπτωση του ογκοκυττώματος, η ευαισθησία των εξετάσεων αυτών είναι περιορισμένη και φτάνει σύμφωνα με μελέτες στο 29%.¹⁸

Η ενδεχόμενη αντιμετώπιση του ογκοκυττώματος είναι η χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος. Δεν αναφέρονται περιπτώσεις κακοήθους εξαίτησης του όγκου αλλά μετεγχειρητικά οι ασθενείς τίθενται σε συστηματική παρακολούθηση λόγω της σπανιότητας του όγκου και της πιθανότητας παράλειψης διάγνωσης ογκοκυτταρικού καρκινώματος.¹⁶

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε η ύπαρξη ελάχιστων περιστατικών ογκοκυττώματος στον επικουρικό λοβό του παρωτιδικού αδένα, προσδίδοντας έτσι ακόμα μεγαλύτερη σπανιότητα στο περιστατικό που προαναφέρθηκε.^{19,20}

Συνοψίζοντας, αναφέρουμε ότι οι μάζες στη μεσότητα της παρειάς χώρας αποτελούν τόσο διαγνωστική όσο και θεραπευτική πρόκληση. Στη διαφοροδιάγνωση των μαζών θα πρέπει να συγκαταλέγονται και οι μάζες που εξορμούνται από τον επικουρικό λοβό του παρωτιδικού αδένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lukšić I, Suton P, Rogić M, Dokuzović S. Accessory parotid gland tumours: 24 years of clinical experience. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41:1453–7.
2. Schmutzhard J, Schwentner IM, Andrie J, Gunkel AR, Sprinzl GM. Resection of accessory parotid gland tumors through a peroral approach with facial nerve monitoring. *J Craniofac Surg.* 2007;18:1419–21.
3. Choi HJ, Lee YM, Kim JH, Tark MS, Lee JH. Wide excision of accessory parotid gland with anterior approach. *J Craniofac Surg.* 2012;23:165–8.
4. Ma H, Jin S, Du Z, Wang L, Zhang Z, Wang Y. Pathology and management of masses in the accessory parotid gland region: 24-year experience at a single institution. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg.* 2018;46:183–9.
5. Sathe NU, Thakare S, Wadkar G, Gaikwad N. A rare case of chronic sialadenitis of accessory parotid gland. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg Off Publ Assoc Otolaryngol India.* 2014;66(Suppl 1):364–6.
6. Ahn D, Yeo CK, Han SY, Kim JK. The accessory parotid gland and facial process of the parotid gland on computed tomography. *PLoS One.* 2017;12:e0184633.
7. Iguchi H, Wada T, Matsushita N, Oishi M, Teranishi Y, Yamane H. Evaluation of usefulness of fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of tumours of the accessory parotid gland: a preliminary analysis of a case series in Japan. *Acta Otolaryngol (Stockh).* 2014;134:768–70.
8. Yang X, Ji T, Wang L-Z, Yang W, Hu Y, Zhong L, et al. Clinical management of masses arising from the accessory parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112:290–7.
9. De Riu G, Meloni SM, Massarelli O, Tullio A. Management of midcheek masses and tumors of the accessory parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;111:e5–11.
10. Johnson FE, Spiro RH. Tumors arising in accessory parotid tissue. *Am J Surg.* 1979;138:576–8.
11. Li B, Zhang L, Zhao Z, Shen G, Wang X. Minimally invasive endoscopic resection of benign tumours of the accessory parotid gland: an updated approach. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013;51:342–6.
12. Zhang D, Wang Y, Liang Q, Song F, Chen W, Zhang B. Endoscopic-Assisted Resection of Benign Tumors of the Accessory Parotid Gland. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;73:1499–504.
13. Woo SH. Endoscope-assisted transoral accessory parotid mass excision. *Head Neck.* 2016;38:E7–12.
14. Tsegga TM, Britt JD, Ellwanger AR. Pleomorphic adenoma of the accessory parotid gland: case report and reappraisal of intraoral extracapsular dissection for management. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2015;73:564–70.
15. Sepúlveda I, Platin E, Spencer ML, Mucientes P, Frelinghuysen M, Ortega P, et al. Oncocytoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol.* 2014;7:109–16.
16. Chakrabarti I, Basu A, Ghosh N. Oncocytic lesion of parotid gland: A dilemma for cytopathologists. *J Cytol.* 2012;29:80–2.
17. Patel ND, Zante A van, Eisele DW, Harnsberger HR, Glastonbury CM. Oncocytoma: The Vanishing Parotid Mass. *Am J Neuroradiol.* 2011;32:1703–6.
18. Capone RB, Ha PK, Westra WH, Pilkington TM, Sciubba JJ, Koch WM, et al. Oncocytic neoplasms of the parotid gland: a 16-year institutional review. *Otolaryngol-Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.* 2002;126:657–62.
19. Jalisi M. Oncocytoma of the Accessory Salivary Glands. *J Laryngol Otol.* 1968;82:257–9.
20. Colella G, Apicella A, Bove P, Rossiello L, Trodella M, Rossiello R. Oncocytic Carcinoma of the Accessory Lobe of the Parotid Gland. *J Craniofac Surg.* 2010;21:1987.

Σωτήριος Θεμελής¹
 Δημήτριος Μούρκας²
 Ευαγγελία Καραγιάννη³
 Τιμολέων Τερζής¹

¹Ρινολογικό Κέντρο Αθηνών,
 Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα
²ΩΡΛ Τμήμα Θεραπευτηρίου
 Mediterraneo, Γλυφάδα
³Παθολογοανατομικό Τμήμα
 Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

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

Sotirios Themelis¹
Dimitrios Mourkas²
Evangelia Karagianni³
Timoleon Terzis¹
¹Athens Rhinology Center,
 Athens Medical Center, Athens, Greece.
²ENT Department, Mediterraneo Hospital,
 Glyfada, Athens, Greece
³Pathology Department,
 Athens Medical Center, Athens, Greece

Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 40 - Issue 2, 2019

Corresponding author:
 Timoleon F. Terzis, MD, PhD,
 Dim. Vassileiou 11, 15451 Psychiko, Athens,
 Greece. Email: t.terzis@yahoo.com
 Web: www.art-orl.com

Μονήρης αιμορραγική βλάβη σφηνοειδούς σε αγόρι 14 ετών. Παρουσίαση περιστατικού

Isolated haemorrhagic sphenoid lesion in a 14-year-old boy. Case report

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι μονήρεις παθολογικές οντότητες του σφηνοειδούς κόλπου στα παιδιά είναι εξαιρετικά σπάνιες και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, λόγω των σοβαρών επιπλοκών που μπορούν να προκαλέσουν, από τα γειτονικά ευγενή ανατομικά μόρια. Συνήθως πρόκειται για φλεγμονώδεις βλάβες, ενώ σπανιότερα οφείλονται σε νεοπλασματικές παθήσεις είτε του ίδιου του κόλπου είτε των γειτονικών περιοχών. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η κεφαλαλγία. Συμπτωματολογία από το οπτικό ή τα οφθαλμοκινητικά νεύρα υποδεικνύει επέκταση ή επινέμηση του πηλαγίου τοιχώματος του σφηνοειδούς ή του σπαραγγώδους κόλπου. Η αιμορραγία ως κύριο σύμπτωμα, ιδιαίτερα σε νεαρά αγόρια, παραπέμπει σε πιθανούς αγγειακούς όγκους, όπως το νεανικό αγγειοίωμα.

Περιγραφή περιστατικού: Αγόρι ηλικίας 14 ετών, παραπέμπεται στο Τμήμα μας με μοναδικό σύμπτωμα επαναλαμβανόμενα επεισόδια αιμόπτυσης. Προηγούμενη ενδοσκόπηση είχε δείξει πύγμα αίματος στον ρινοφάρυγγα. Ο απεικονιστικός έλεγχος με αξονική και μαγνητική τομογραφία έδειξε μονήρη, ομαλή, εν μέρει κυστική βλάβη στον δεξιό σφηνοειδή, με ενδοϊστικές αιμορραγίες και ανομοιογενή υφή. Μετά αντιβιοτική αγωγή, έγινε ενδοσκοπική σφηνοειδεκτομή, κατά την οποία αφαιρέθηκε η βλάβη. Η ιστολογική εξέταση έδειξε καλοήγητη φλεγμονώδη εικόνα, με πρόσφατες και παλαιότερες αιμορραγίες.

Συμπέρασμα: Έντονα ή ασυνήθιστα συμπτώματα από τη μύτη ή τον ρινοφάρυγγα σε παιδιά, απαιτούν προσοχή και άμεσο απεικονιστικό έλεγχο. Η διάγνωση της μονήρους παθολογίας του σφηνοειδούς κόλπου απαιτεί υψηλό βαθμό υποψίας, που θα οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Όταν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, η ενδοσκοπική σφηνοειδεκτομή είναι η προσέγγιση εκλογής, με άριστη ορατότητα στο εσωτερικό του κόλπου και χαμηλή νοσηρότητα.

Λέξεις Κλειδιά: σφηνοειδής κόλπος, μονήρης βλάβη σφηνοειδούς, σφηνοειδεκτομή, παιδιά, αιμόπτυση.

ABSTRACT

Introduction: Isolated sphenoid disease in children is rare and needs extreme attention, due to possible severe complications from the sensitive surrounding anatomical structures. Usually it is inflammatory in nature, but occasionally it represents neoplasms of the sphenoid or the neighbouring anatomical areas. The commonest symptom is headache. When visual disturbance or diplopia occur, involvement of the lateral sphenoid wall or the cavernous sinus is indicated. In cases where haemorrhage is the main presenting symptom, especially in young boys, vascular tumours, such as juvenile angiofibroma, are suspected.

Case Report: A 14-year-old boy is referred to our Unit with only symptom recurrent episodes of haemoptysis. Previous endoscopy had shown blood clot in the nasopharynx. Computed tomography and magnetic resonance imaging showed an isolated, round, partially cystic, heterogeneous lesion, with haemorrhagic content. After appropriate antibiotic treatment, we performed endoscopic sphenoidectomy, during which the lesion was completely removed. Histology showed inflammatory polypoid tissue, with recent and previous haemorrhage.

Conclusion: Intense or unusual symptoms from the nose or nasopharynx in children need urgent attention and immediate imaging studies. Diagnosis of isolated sphenoid disease needs high degree of suspicion, which will lead to early diagnosis and treatment. When surgery is indicated, endoscopic sphenoidectomy is the approach of choice, as it offers excellent visibility inside the sinus, with minimal morbidity.

Keywords: sphenoid sinus, isolated sphenoid disease, sphenoidectomy, children, haemoptysis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μονήρης βλάβη του σφηνοειδούς κόλπου είναι μια σπάνια κλινική οντότητα, ιδιαίτερα σε παιδιατρικούς ασθενείς.^{1,2} Είτε αφορά σε φλεγμονώδη είτε σε νεοπλασματική νόσο, έχει μεγάλη κλινική σημασία, λόγω των σοβαρών επαπειλούμενων επιπλοκών, από επινέμηση των ευαίσθητων γειτονικών ανατομικών δομών. Ο Levine³ περιέγραψε 13 ανατομικά στοιχεία που μπορεί να απειληθούν σε νόσο του σφηνοειδούς κόλπου: Η μήνιγγα, ο σφαγγώδης κόλπος, η έσω καρωτίδα, τα τρία οφθαλμοκινητικά νεύρα (III, IV και VI), ο πρώτος και δεύτερος κλάδος του τριδύμου (οφθαλμικό - V1 και άνω γναθικό - V2), το οπτικό νεύρο και οπτικό χίασμα, το σφηνουπερώιο γάγγλιο, η σφηνουπερώια αρτηρία, το πτερυγοειδές κανάλι και νεύρο.

Τα συμπτώματα ποικίλλουν, με συχνότερο την κεφαλαλγία. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει σημειολογία από τα οφθαλμοκινητικά νεύρα ή το οπτικό νεύρο, ενώ πολύ συχνά τα συμπτώματα είναι ήπια, μη ειδικά ή δεν υπάρχουν, μέχρι την εμφάνιση των επιπλοκών.² Ο μεγαλύτερος όγκος της βιβλιογραφίας πάνω στη μονήρη σφηνοειδή νόσο αναφέρεται σε ενήλικες με φλεγμονώδη νόσο ή βλεννογονοκήλη, αν και υπάρχουν αρκετές αναφορές για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους, όπως όγκους της υπόφυσης ή ανάστροφο θήλωμα.⁴ Η αιμορραγία ως κύριο σύμπτωμα, ιδιαίτερα σε νεαρά αγόρια, παραπέμπει σε αγγειακούς όγκους, όπως το νεανικό αγγειοίωμα, οι οποίοι αν και τυπικά προέρχονται από τον πτερυγοϋπερώιο βόθρο, συχνά επινέμονται το σφηνοειδές οστό ή σφηνοειδή κόλπο και τις γειτονικές περιοχές.

Η προεγχειρητική μελέτη με αξονική και μαγνητική τομογραφία είναι εξαιρετικά σημαντική για τη διαφορική διάγνωση και το σχεδιασμό της θεραπείας.⁵ Όταν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, η ενδοσκοπική χειρουργική έχει απλοποιήσει τις εγχειρητικές τεχνικές και έχει μειώσει σημαντικά τη νοσηρότητα και τον απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας.

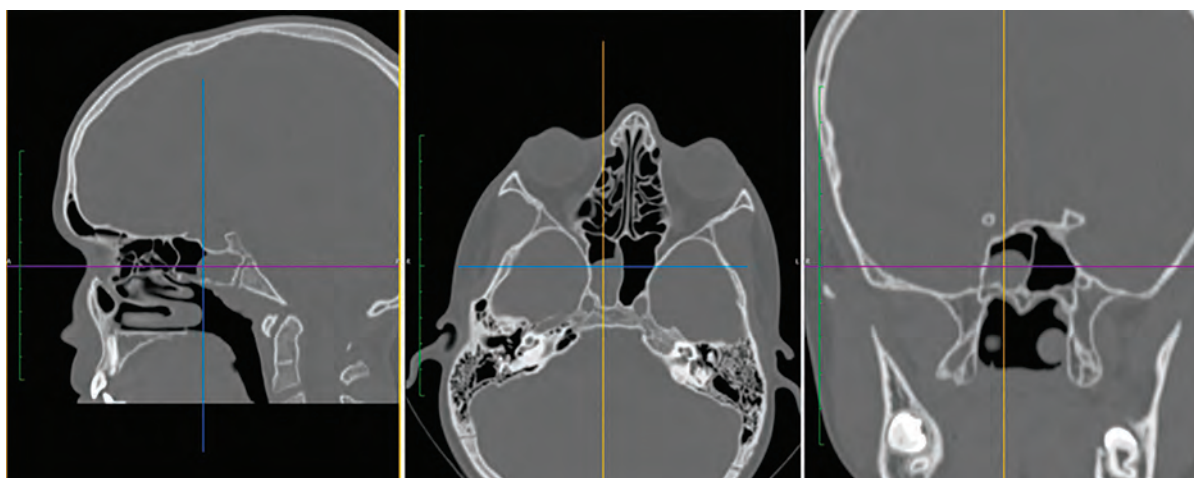
Παρουσιάζουμε περιστατικό μονήρους βλάβης σφηνοειδούς, με ασυνήθη συμπτωματολογία και κλινική πορεία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

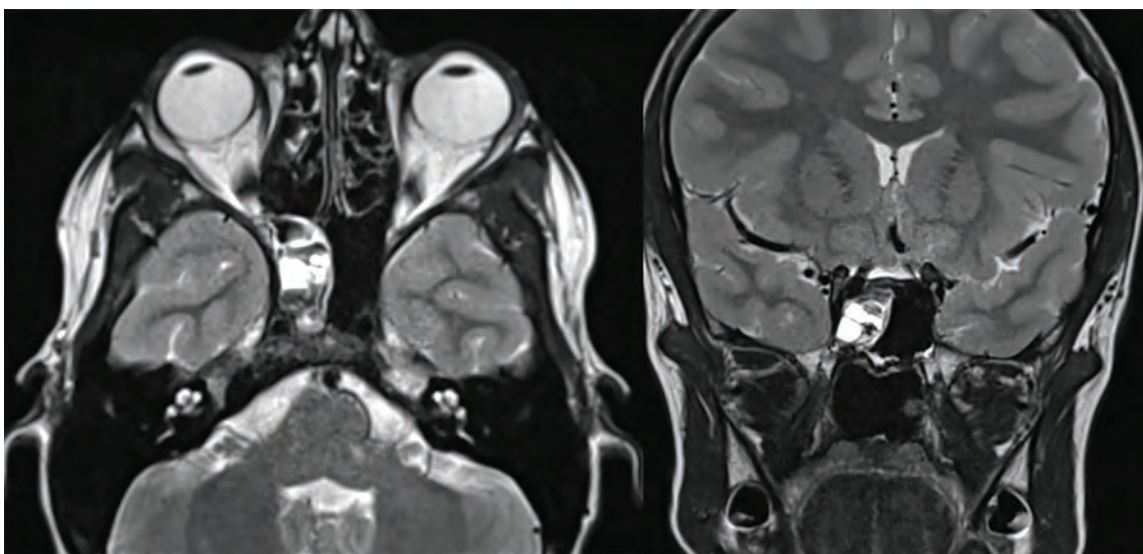
Αγόρι 14 ετών παραπέμπεται στο Τμήμα μας από πρωτοβάθμιο ΩΡΛ ιατρείο με μοναδικό σύμπτωμα αναφερόμενα πολλαπλά ήπια επεισόδια αιμόπτυσης από 20ημέρου, χωρίς ιστορικό ρινορραγίας. Σε προηγούμενη ενδοσκόπηση, είχε βρεθεί πήγμα αίματος στον ρινοφάρυγγα. Η παιδιατρική εξέταση, η παιδοπνευμονολογική εξέταση, ο αιματολογικός έλεγχος και η ακτινογραφία θώρακα δεν έδειξαν παθολογικά ευρήματα. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται έλλειψη του ενζύμου G6PD και δυσανεξία στη λακτόζη. Δεν αναφέρθηκαν συχνές λοιμώξεις ή νοσηλείες.

Η κλινική εξέταση στο εξωτερικό ιατρείο μας ήταν αρνητική. Η αξονική τομογραφία έδειξε ευμεγέθη μονήρη περιγεγραμμένη θολερότητα μέσα στον αυλό του δεξιού σφηνοειδούς κόλπου, με ομαλό περίγραμμα, όπως στις κύστει από κατακράτηση, σε επαφή με το έδαφος του κόλπου, το έδαφος του τουρκικού επιπέδου, το κανάλι της δεξιάς έσω καρωτίδας και το απόκλιμα. Δεν υπήρχαν διαβρώσεις των τοιχωμάτων του κόλπου, αλλά παρατηρήθηκε πιθανή ήπια πάχυνσή τους (Εικ. 1). Στη μαγνητική τομογραφία το μόρφωμα παρουσίαζε κυστικά αήληθ και συμπαγή στοιχεία, με ανομοιογενή απεικόνιση και αιμορραγική διήθηση (Εικ. 2). Η μαγνητική αγγειογραφία έδειξε χαμηλή αγγειοβρίθεια και δεν ανέδειξε κάποια σχέση με τους μείζονες αγγειακούς σχηματισμούς της περιοχής (σφηνουπερώια αρτηρία και έσω καρωτίδα), οι οποίοι είχαν φυσιολογικό μέγεθος, θέση και φυσιολογική περιφερική κατανομή αγγείωσης.

Στον ασθενή χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ συνολικά επί 2 εβδομάδες και στη συνέχεια έγινε ενδοσκοπική σφηνοειδεκτομή δεξιά υπό γενική αναισθησία. Η ηλικία του δεν έθεσε τεχνικά προβλήματα στην ενδοσκοπική επέμβαση, η οποία έγινε με άκαμπτο ενδοσκόπιο 4 mm 0° και εργαλεία ενήλικων. Η προσπέλαση έγινε διαρρινικά, με απώθηση της μέσης ρινικής κόγχης και αφαίρεση του κατώτερου 1/3 της άνω ρινικής κόγχης. Το στόμιο του σφηνοειδούς διευρύνθηκε με οστεολαβίδες Kerrison και μικροτόμο. Μετά την ευρεία διάνοι-



Εικ. 1. Αξονική τομογραφία σε 3 επίπεδα. Η μονήρης βλάβη του δεξιού σφηνοειδούς κόλπου (σταυρός) έχει ομοιογενή απεικόνιση, με ομαλό κυρτό περίγραμμα, χωρίς ένδειξη διόγκωσης του κόλπου ή οστικής διάβρωσης.



Εικ. 2 Μαγνητική τομογραφία. Ανομοιογενής απεικόνιση στις T1 ακολουθίες. Το λαμπρό σήμα παριστά αιμορραγικές περιοχές μέσα στη βλάβη.

ξή του, ανευρέθηκε αιμορραγικό, εύθιρπτο, πολυποειδές μórφωμα εκφυδόμενο από το έδαφος του κόλπου, σε επαφή με το εφίππιο, το απόκλιμα και το οστέινο κανάλι της έσω καρωτίδας, χωρίς κανένα σημείο οστικής συμμετοχής ή διάβρωσης. Το μórφωμα, το οποίο ήταν μικρότερου μεγέθους από το αναμενόμενο από τον απεικονιστικό έλεγχο, πιθανώς λόγω της προηγηθείσας φαρμακευτικής αγωγής, αφαιρέθηκε και εστάλη για ιστολογική εξέταση. Η αιμόσταση έγινε ευχερώς με διπολική και μονοπολική διαθερμία (Εικ. 3). Αν και υπήρχε μικρή ποσότητα βλεννοποώδους έκκρισης στον άνω ρινικό πόρο κατά την αρχική φάση της επέμβασης, δεν βρέθηκαν στοιχεία τοπικής λοίμωξης στον κόλπο και ο λοιπός βλεννογόνος είχε φυσιολογική μακροσκοπική εμφάνιση. Επίσης, δεν βρέθηκαν στοιχεία ενεργού αιμορραγίας ή πήγματα αίματος στον σφηνοειδή κόλπο, τον άνω ρινικό πόρο ή τον ρινοφάρυγγα. Οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις είχαν το προβλεπόμενο για την ηλικία μέγεθος. Δεν τοποθετήθηκε πωματισμός. Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο την επόμενη ημέρα και είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Η ιστολογική εξέταση έδειξε βλεννογονικό πολύποδα με στοιχεία πρόσφατης και παλαιάς ενδοϊστικής αιμορραγίας και επιγενή φλεγμονή, χωρίς στοιχεία κακοήθειας (Εικ. 4).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μονήρης βλάβη στο σφηνοειδή είναι σπάνια στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 6-7 ετών, μεταξύ των άλλων και για ανατομικούς λόγους, λόγω ελλιπούς πνευμάτωσης του κόλπου. Σε ανατομική/ακτινολογική μελέτη των Tatreau και συν⁶ σημειώνεται ότι η πνευμάτωση του κόλπου συνήθως φθάνει στο ύψος του πρόσθιου τοιχώματος του τουρικού εφίππιου σε ηλικία περίπου 10 ετών (προεφίππιοειδής τύπος - presellar type), ενώ το έδαφος του εφίππιου αποκαλύπτεται τυπικά μετά την ηλικία των 15 ετών (εφίππιοειδής τύπος-sellar type). Αυτές οι παρατηρήσεις έχουν σημασία κυρίως

για το σχεδιασμό των διασφηνοειδικών χειρουργικών προσπελάσεων στη βάση του κρανίου σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων της περιοχής, αν και πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι το μέγεθος του σφηνοειδούς κόλπου δεν επηρεάζει την επιτυχία της επέμβασης ή τη δυνατότητα ριζικής αφαίρεσης των όγκων και δεν αυξάνει την πιθανότητα επιπλοκών.⁷ Εξάλλου, οι διαφορετικοί τύποι πνευμάτωσης του σφηνοειδούς κόλπου είναι γνωστό ότι ανευρίσκονται και στους ενήλικες. Στην περίπτωση του ασθενούς μας, ο κόλπος είχε πλήρη πνευμάτωση και δεν υπήρχε τεχνικό πρόβλημα προσπέλασης.

Το νεανικό αγγειοίωμα (ρινοίωμα) είναι η πρώτη διάγνωση που πρέπει να αποκλεισθεί σε κάθε άρρενα ασθενή ηλικίας έως 21 ετών που προσέρχεται με κύριο σύμπτωμα την αιμορραγία,⁸ αν και σε αυτούς τους όγκους οι ρινορραγίες μπορεί να είναι σοβαρές, με μεγάλη απώλεια αίματος.⁵ Στην περίπτωση του ασθενούς μας η απεικόνιση δεν έδειξε χαρακτηριστικά διαγνωστικά σημεία του αγγειοίωματος, όπως διεύρυνση του πτερυγοϋπερώιου βόθρου ή τρήματος και οστικές διαβρώσεις, όμως επειδή το κύριο και μοναδικό σύμπτωμα ήταν η αιμορραγία, θεωρήσαμε ότι έπρεπε να ελέγξουμε την αγγειοβρίθεια της μάζας και την πιθανή σχέση της με τη σφηνουπερώια αρτηρία, με μαγνητική αγγειογραφία. Η τελευταία απέκλεισε το αγγειοίωμα, αλλά και ακραίες διαφοροδιαγνωστικές επιλογές, όπως το ανεύρυσμα της έσω καρωτίδας.

Η απουσία οστικής διάβρωσης και γενικότερα σημαντικής οστικής μεταβολής, πρότεινε καλοήγη νόσο. Δεν αναδείχθηκε εστιακή οστεΐτιδα σε κάποιο τοίχωμα του κόλπου, που θα μπορούσε να υποσημαίνει την πρόσφυση νεοπλασματος, όπως ανάστροφου θηλώματος. Η απουσία συμπτωμάτων από τον οφθαλμό (θάμβος οράσεως ή διπλωπία) ή αισθητικών διαταραχών από το πρόσωπο απομάκρυνε εξ αρχής από την πιθανότητα επέκτασης της βλάβης προς τον σφραγγώδη κόλπο, και αυτό επιβεβαιώθηκε στη συνέ-

χεια με την αξονική αλλήλα και μαγνητική τομογραφία.

Η κυστική φύση της βλάβης και το ομαλό της περίγραμμα στην αξονική τομογραφία καταρχήν παρέπεμψε στην απλή κύστη από κατακράτηση, αλλήλα τα συμπαγή στοιχεία μέσα στη μάζα και η ανομοιογενής απεικόνιση στη μαγνητική τομογραφία δεν συμφωνούσαν με αυτή τη διάγνωση.

Δεν υπήρχαν ενδείξεις φλεγμονώδους νόσου, επειδή δεν υπήρχε ιστορικό χρόνιας ρινοκοιλίτιδας ή συστηματικής νόσου, που θα μπορούσε να συνοδεύεται από αυτήν, όπως κυστικής ίνωσης. Επιπλέον, το εύρημα ήταν μονήρες και αυστηρά περιορισμένο στον δεξιό σφηνοειδή, ενώ στις απεικονιστικές μελέτες όλοι οι υπόλοιποι κόλποι ήταν απόλυτα φυσιολογικοί. Η διάγνωση της βληνογονοκήλης δεν θεωρήθηκε πιθανή, επειδή δεν ήταν αποκλεισμένος ολόκληρος ο αυλός του σφηνοειδούς κόλπου, δεν υπήρχε η χαρακτηριστική διόγκωση του κόλπου με λήπτυνση των τοιχωμάτων του και η μαγνητική τομογραφία δεν έδειξε την αναμενόμενη ομοιογενή απεικόνιση στις T1 και T2 ακολουθίες, με τη συνήθη περιφερική πρόσληψη του σκιαγραφικού.⁹

Σπάνια νεοπλάσματα του σφηνοειδούς, που συναντώνται στον παιδιατρικό πληθυσμό, είναι τα χορδώματα. Πρόκειται για νεοπλάσματα προερχόμενα από τη νωτιαία χορδή, που εντοπίζονται στη μέση γραμμή, συχνά στην περιοχή του αποκλίματος, και παρουσιάζουν ιδιαίτερα επιθετική τοπική συμπεριφορά, με εκτεταμένες διαβρώσεις και επεκτάσεις στις γειτονικές περιοχές, από τις οποίες δίνουν και τη συμπτωματολογία τους. Στην αξονική τομογραφία φαίνονται ως μάζα μαλακών μορίων με κεντρικές επασβεστώσεις, οι οποίες παριστούν απολήματα οστού, και εκτεταμένες περιφερικές διαβρώσεις,⁵ στοιχεία που δεν υπήρχαν στον ασθενή μας.

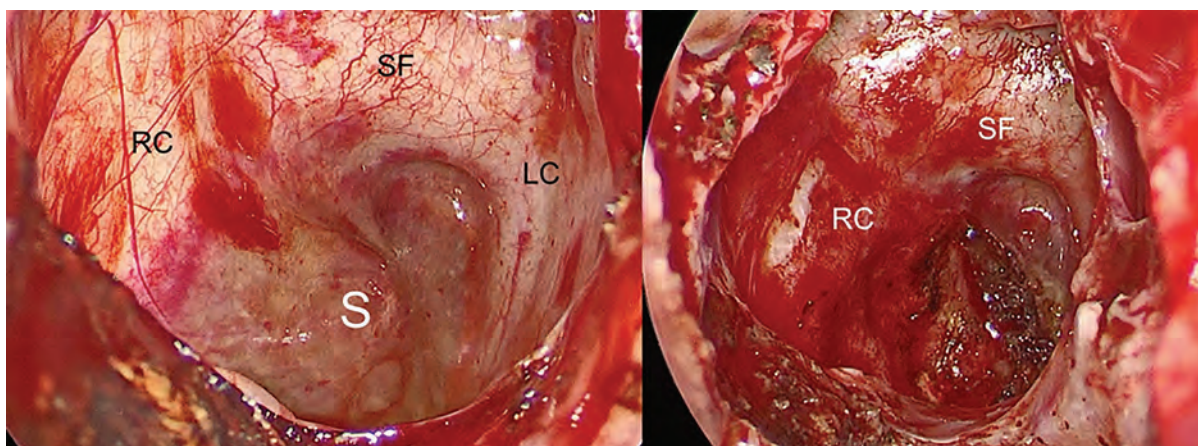
Το μηνιγγίωμα συζητήθηκε στη διαφορική διάγνωση, επειδή σε ποσοστό 12-24% τα μηνιγγιώματα στα παιδιά περιέχουν κύστες,¹⁰ που ταιριάζουν με την κυστική φύση της βλάβης στο περιστατικό μας. Όμως τα μηνιγγιώματα είναι εξαιρετικά σπάνια στις ηλικίες μικρότερες από 18 ετών, αποτελώντας το 1-4 % των ενδοκρανικών όγκων στα παιδιά. Τα παιδικά μηνιγγιώματα συχνά σχετίζο-

νται με νευροϊνωμάτωση τύπου 2 και προηγούμενα ακτινοβολία στον εγκέφαλο, ενώ στην αγγειογραφία παρουσιάζουν αυξημένη αγγειοβρίθεια με απώθηση των γειτονικών μεγάλων αγγείων,¹¹ ευρήματα που δεν υπήρχαν στο περιστατικό μας.

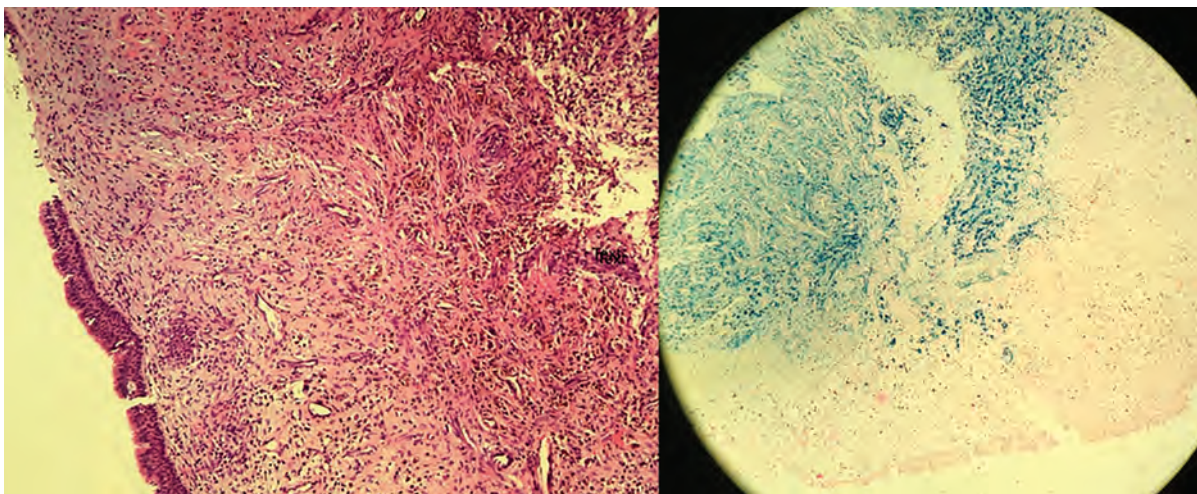
Η εντόπιση και η περιορισμένη έκταση της βλάβης στον ασθενή μας, τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά, όπως και η απουσία οστικών διαβρώσεων και κλινικής σημειολογίας από πιθανές επεκτάσεις, μας οδήγησαν στον αποκλεισμό άλλων διαγνώσεων όπως η ανευρυσματική οστική κύστη, ο γιγαντοκυτταρικός όγκος του σφηνοειδούς, η ινώδης δυσπλασία, το κρανιοφαρυγγίωμα, το αστροκύτωμα, τα καρκινώματα, το νευροβλάστωμα και άλλοι σπάνιοι όγκοι της περιοχής.⁵

Η απόφαση για τη συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση της μονήρους βλάβης του σφηνοειδούς, θα ληφθεί από το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Ιστορικό και απεικονιστικά χαρακτηριστικά λήψης απαιτούν άμεση έναρξη επιθετικής αντιβιοτικής αγωγής. Η παρακολούθηση των φλεγμονωδών βλαβών του σφηνοειδούς σε νοσηλεύόμενα παιδιά γίνεται με συχνές απεικονιστικές εξετάσεις, κυρίως μαγνητική τομογραφία.² Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν ή επιδεινωθούν μετά ένα εικοσιτετράωρο ενδοφλέβιας θεραπείας ή αν υπάρχει νευρολογική σημειολογία ή αν προκύπτει υπόνοια νεοπλασματικής νόσου, η επέμβαση πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατό, για να αποφευχθούν επιπλοκές από τον οφθαλμό και το κεντρικό νευρικό σύστημα.^{12,13} Στα νεοπλάσματα με επεκτάσεις που δεν επιτρέπουν τη ριζική αφαίρεση της παθολογίας, η σφηνοειδεκτομή θα δώσει το απαραίτητο υλικό για την ιστολογική διάγνωση.

Η χειρουργική πρόσβαση στον σφηνοειδή κόλπο, που εδώ και αρκετά χρόνια γίνεται αποκλειστικά διαρρινικά με τη βοήθεια των ενδοσκοπίων, μπορεί στα μικρά παιδιά να έχει τεχνικές δυσκολίες, λόγω στενότητας της ρινικής θαλάμης. Για διευκόλυνση της προσπέλασης, ειδικά σε ογκολογικά περιστατικά, στα οποία απαιτείται περισσότερος χώρος για τους χειρισμούς, μπορεί να απαιτηθεί ημιοειδεκτομή ή/και αφαίρεση μέρους ή και του συνόλου της



Εικ. 3 Διεγχειρητική φωτογραφία, αριστερά πριν και δεξιά, μετά την αφαίρεση. Η κυστική βλάβη (S) είναι σε επαφή με το οστέινο κανάλι της δεξιάς έσω καρωτίδας (RC) και το απόκλιμα, κάτω από το έδαφος του τουρκικού επιπλίου (SF). LC: Αριστερή έσω καρωτίδα.



Εικ. 4 Ιστολογική εικόνα. Αριστερά, εικόνα ρινικού πολύποδα με επικάλυψη με αναπνευστικό επιθήλιο και θέσεις πρόσφατης αιμορραγίας. Δεξιά, Η ιστοχημική χρώση Perl's αναδεικνύει θέσεις παλαιάς, απορροφημένης αιμορραγίας.

μέσης ρινικής κόγχης^{1,12}. Στα παιδιά άνω των 10 ετών, η διαμόρφωση του σφηνοειδούς κόλπου έχει ολοκληρωθεί και η προσπέλαση δεν διαφέρει από την αντίστοιχη σε ενήλικες.

Ένα σημαντικό πρόβλημα στους παιδιατρικούς ασθενείς μετά από ενδοσκοπική χειρουργική, είναι η δυσκολία στη συνεργασία τους για τους μετεγχειρητικούς καθαρισμούς στο εξωτερικό ιατρείο. Οι συχνές πλύσεις της μύτης με φυσιολογικό ορό και φιάλη μεγάλου όγκου βοηθούν στην απομάκρυνση εκκρίσεων και πηγμάτων κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, αλλά ο ενδοσκοπικός έλεγχος της σφηνοειδοτομής είναι απαραίτητος, για να μειωθεί η πιθανότητα μετεγχειρητικής σύγκλησης και τοπικής μόλυνσης. Αν αυτό δε σταθεί δυνατό να γίνει στο ιατρείο, υπάρχει ένδειξη να γίνει με γενική αναισθησία¹. Αυτό κάναμε και στην περίπτωση του ασθενούς μας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι μονήρεις βλάβες του σφηνοειδούς στα παιδιά, αν και σπάνιες, μπορεί να έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις και να οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμες επιπλοκές, λόγω της γεινίας του κόλπου με ευγενή ανατομικά μόρια. Απαιτείται να υπάρχει πάντα υψηλός βαθμός υποψίας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις επιμένουσας κεφαλαλγίας, που δεν υποχωρεί με τα συνήθη αναλγητικά. Αν υπάρχουν συμπτώματα από τον οφθαλμό, όπως θάμβος όρασεως, διπλωπία ή άλλη νευρολογική σημειολογία, σε έδαφος λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού, απαιτείται άμεση παραπομπή για απεικονιστικό έλεγχο σπληαχνικού κρανίου. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η μαγνητική τομογραφία, θα εντοπίσουν την υπάρχουσα παθολογία και θα οδηγήσουν σε έγκαιρη αντιμετώπιση, ώστε να αποφευχθούν σοβαρές επιπλοκές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Giordano D, Perano D, Marchi S. Unusual presentation of pediatric acute sphenoid sinusitis. *Acta Biomed* 2014; 85: 271-4.
2. Elden L, Reinders M, Kazahaya K. Management of isolated sphenoid sinus disease in children: A surgical perspective. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol* 2011;75:1594-8.
3. Levine H. The sphenoid sinus, the neglected sinus. *Arch Otolaryngol* 1978; 104:585-7.
4. Yiotakis I, Psarommatis I, Manolopoulos L, Ferekidis E, Adamopoulos G. Isolated inverted papilloma of the sphenoid sinus. *J Laryngol Otol* 2001; 115:227-30.
5. Lui Y, Dasari S, Young R. Sphenoid masses in children: Radiologic differential diagnosis with pathologic correlation. *AJNR Am J Neuroradiol* 2011;32:617-26.
6. Tatreau J, Patel M, Shah R. Anatomical considerations for endoscopic endonasal skull base surgery in pediatric patients. *Laryngoscope* 2010;120: 1730-7.
7. Kuan E, Kaufman A, Lerner D. Lack of sphenoid pneumatization does not affect endoscopic endonasal pediatric skull base surgery outcomes. *Laryngoscope* 2019;129:832-6.
8. Witt TR, Shah JP, Sternberg SS. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Am J Surg* 1983; 146:521-5.
9. Terzis TF, Freling NJM. Imaging as a diagnostic tool and surgical instrument in Rhinology. In: Georgalas C, Fokkens W (eds): *Rhinology and Skull Base Surgery*. Stuttgart, Thieme, 2013:103-29.
10. Byard RW, Bourne AJ, Clark B, et al. Clinicopathological and radiological features of two cases of intraventricular meningioma in childhood. *Pediatr Neurosci* 1989; 15:260-4.
11. Yoon HK, Kim SS, Kim IO, et al. MRI of primary meningeal tumours in children. *Neuroradiology* 1999; 41:512-6.
12. Castelnovo P, Pagella F, Semino L. Endoscopic treatment of the isolated sphenoid sinus lesions. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 142-7.
13. Marseglia GL, Pagella F, Licari A. Acute isolated sphenoid sinusitis in children. *Int Jf Pediatric Otorhinolaryngol* 2006; 70: 2027-31.

Προγνωστική επίδραση των υψηλού κινδύνου παθολογικών χαρακτηριστικών σε καπνιστές ασθενείς με HPV θετικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα οροφάρυγγα

Prognostic Impact of High-Risk Pathologic Features in HPV-Related Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma and Tobacco Use

Original contribution:

Kompelli AR, Morgan P, Li H, Harris W, Day TA, Neskey DM

Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 May; 160:855-861.

Επιμέλεια παρουσίασης:

**Ευκλείδης Πρώμος
Χαρίτων Παπαδάκης**
ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Ευκλείδης Πρώμος
Διευθυντής ΕΣΥ
ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Χανίων
efklidispr@hotmail.com

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019*

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, τα τελευταία χρόνια καταγράφεται μια διαρκώς αυξανόμενη επίπτωση HPV-σχετιζόμενου ακανθοκυτταρικού καρκινώματος στην περιοχή του στοματοφάρυγγα (OPSCC). Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το HPV(+) OPSCC αποτελεί εντελώς διαφορετική κλινική οντότητα σε σύγκριση με τη HPV(-) νόσο, καθώς οι HPV(+) ασθενείς εμφανίζουν καλύτερη ανταπόκριση στην θεραπεία και υψηλότερα ποσοστά συνολικής επιβίωσης.

Το γεγονός αυτό ουσιαστικά επέβαλε στην American Joint Committee on Cancer (AJCC) eighth edition staging manual την διάκριση μεταξύ HPV(+) και HPV(-) OPSCC με την δημιουργία δύο διαφορετικών συστημάτων σταδιοποίησης. Το νέο σύστημα αξιολογεί την προσβολή των τραχηλικών λεμφαδένων δεν συνυπολογίζει όμως την χρήση καπνού, την περινευρική διήθηση (PNI) την εξωκαψική λεμφαδενική επέκταση (ENE), και την λεμφαγγειακή διήθηση (LVE). Η νέα σταδιοποίηση εγείρει την υποψία ότι ένα υποσύνολο των ασθενών μπορεί να υποθεραπεύεται καθώς η πλειοψηφία των HPV-related OPSCCs θα κατατάσσεται πλέον στο στάδιο I.

Οι συγγραφείς αποσκοπούν στον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ καπνίσματος, παρουσίας συγκεκριμένων παθολογικών χαρακτηριστικών και της νέας σταδιοποίησης του OPSCC, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι ασθενείς αυτοί αντιπροσωπεύουν ένα ξεχωριστό πληθυσμό, του οποίου η πορεία είναι αντίστοιχη της έκθεσης ή όχι στον HPV, και ως εκ τούτου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται και να διαχειρίζονται ανεξάρτητα και ανάλογα.

Στην αναδρομική μελέτη περιλαμβάνονται 314 ασθενείς που έλαβαν αγωγή για OPSCC, σε ένα τριτοβάθμιο ογκολογικό νοσοκομείο μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Δεκεμβρίου 2016. Οι παράμετροι που αξιολογήθηκαν ήταν η κλινική και ιστολογική (c & p) TNM σταδιοποίηση σύμφωνα με την 7η και 8η έκδοση της AJCC staging manuals, η κατανάλωση καπνού (P/Y), αλκοόλ, η παρουσία ENE, PNI, LVI, η συνολική 5ετής επιβίωση και η ελεύθερη νόσου επιβίωση. Επίσης καταγράφηκαν και άλλες κλινικά ενδιαφέρουσες μεταβλητές όπως φύλο, φυλή, εθνικότητα, εντόπιση της νόσου, θεραπευτική προσέγγιση, παρουσία μεταστάσεων και υποτροπών. Αξιολογήθηκε η επίπτωση του καπνίσματος και της HPV κατάστασης στην συνολική επιβίωση των ασθενών.

Συνολικά 132 (42%) ήταν HPV(-), 97 (31%) ήταν HPV(+) μη-καπνιστές και 85 (27%) ήταν HPV(+) βαρείς καπνιστές. Η HPV κατάσταση τεκμηριώθηκε με βάση την p16 κατάσταση σε 177 ασθενείς (97%) και με in situ υβριδισμό σε 5 (3%).

Οι HPV(+) βαρείς καπνιστές είχαν σημαντικά μειωμένη συνολική επιβίωση. Η παρουσία αρνητικών προγνωστικών παραγόντων (ENE, LVI) δεν φαίνεται να επηρεάζει την συνολική επιβίωση

των HPV(+) βαρέων καπνιστών. Αντίθετα η παρουσία αρνητικών προγνωστικών παραγόντων (ENE, LVI) επηρεάζει αρνητικά την συνολική επιβίωση σε HPV-ασθενείς και των HPV(+) βαρέων καπνιστών σε σχέση με τους HPV(+) μη-καπνιστές. Οι πρώιμου σταδίου HPV(+) βαρείς καπνιστές εμφάνισαν μειωμένη συνολική επιβίωση συγκριτικά με αυτή των μη-καπνιστών.

Με την δημοσίευση της όγδονς έκδοσης της AJCC η επίπτωση της χρήσης καπνού πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας. Προηγούμενες έρευνες ανέδειξαν ότι οι HPV p16 θετικοί ασθενείς με ιστορικό καπνίσματος >10P/Y είχαν μειωμένα ποσοστά επιβίωσης σε σχέση με αυτούς των <10P/Y. Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η δημοσίευση της όγδονς έκδοσης της AJCC έχει ως αποτέλεσμα το 55% των HPV(+) OPSCC να ανακατατάσσονται σε χαμηλότερο στάδιο της νόσου. Ωστόσο, σε βαρείς καπνιστές, αυτό μπορεί να είναι άστοχο δεδομένου ότι σύμφωνα με μελέτες οι ασθενείς που είναι βαρείς καπνιστές, έχουν σημαντική μείωση στα ποσοστά συνολικής επιβίωσης σε σχέση με τους μη-καπνιστές και ως εκ τούτου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ανεξάρτητη κατηγορία με διαφορετικό θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Ως αδυναμίες της μελέτης αξίζει να σημειωθούν, η έλλειψη λεπτομερούς ιστορικού καπνίσματος και έκθεσης στον HPV που περιόρισε σε πολλούς ασθενείς μια πλήρη ανάλυση της παραμέτρου και επίσης τα αποτελέσματα συνολικής επιβίωσης για τους βαρείς καπνιστές ενδεχομένως να είναι ανακριβή καθώς για το κάπνισμα είναι συχνά δύσκολο να επιτευχθεί αναδρομικά, καταγραφή λεπτομερούς ιστορικού.

Συμπερασματικά η παρουσία ENE έχει σημαντική αρνητική επίπτωση στην επιβίωση των HPV(+) βαρέων καπνιστών με OPSCC σε σχέση με τους μη καπνιστές, γεγονός που παρατηρείται και στους HPV(-) ασθενείς. Επιπλέον, βαρείς καπνιστές με πρώιμο στάδιο νόσου σύμφωνα με την κατάταξη της AJCC (όγδο έκδοση) εμφανίζουν μειωμένη επιβίωση σε σχέση με τους αντίστοιχους μη-καπνιστές.

Τέλος η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την πιθανή ανάγκη για πιο επιθετική θεραπεία στους πάσχοντες από OPSCC με επιβαρυντικούς παράγοντες, την εκτεταμένη χρήση καπνού, την θετική έκθεση στον HPV και την παρουσία ENE.

Αναδρομική μελέτη των μεταβολών της ιστοπαθολογίας των ρινικών πολυπόδων σε ενήλικες Κινέζους από την κεντρική Κίνα

A retrospective study of changes of histopathology of nasal polyps in adult Chinese in central China

Original contribution:

Jiang WX, Cao PP, Li ZY, Zhai GT, Liao BLu X, Liu Z.

Rhinology. 2019 Feb 25. doi: 10.4193/Rhin18.070.

Επιμέλεια παρουσίασης:

Κόμνος Δ. Ιωάννης
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ηωσινοφιλική φλεγμονή στη χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες (CRSwNP) παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε προκειμένου να ερευνηθεί το φλεγμονώδες πρότυπο και η ιστική αναδιαμόρφωση (remodeling) του βλεννογόνου σε ασθενείς με CRSwNP από την κεντρική Κίνα σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, με μεσοδιάστημα 14 ετών, καθώς και η επίδραση της ηλικίας.

Καταγράφηκαν 108 ασθενείς με CRSwNP από το 2000 έως το 2001 (group A) και 134 από το 2014 έως το 2015 (group B) και πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη. Χρησιμοποιήθηκε η χρώση αιματοξιλίνης-ηωσίνης για να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά των φλεγμονωδών κυττάρων και η αναδιοργάνωση (remodeling) των ιστών. Με την εφαρμογή της ανοσοϊστοχημείας αξιολογήθηκαν τα κύτταρα που ήταν θετικά για την παραγωγή ηωσινοφιλικής κατιονικής πρωτεΐνης (ECP), IL-5, IgE, τρυπτάνης ή μυελοϋπεροξειδάσης (MPO). Αναλύθηκαν οι διαφορές που ανευρέθηκαν με το πέρασμα του χρόνου καθώς και η συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών.

Βρέθηκε ότι ο αριθμός των ηωσινοφίλων και το ποσοστό της ηωσινοφιλικής CRSwNP αυξήθηκε, ενώ ο συνολικός αριθμός των φλεγμονωδών κυττάρων μειώθηκε στο group B συγκριτικά με το group A. Το group B είχε πιο σοβαρή επιθηλιακή, πλάκωδη μεταπλάσσια και χαμηλότερο αριθμό βλεννογόνων αδένων από το group A. Ανιχνεύτηκε υψηλότερος αριθμός κυττάρων που παρήγαγαν ECP, IL-5 και IgE στο group B σε σύγκριση με το group A. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς (≥ 60 ετών) και οι μη-ηλικιωμένοι (< 60 ετών) είχαν συγκρίσιμο αριθμό ηωσινοφίλων και ποσοστό ηωσινοφιλικής CRSwNP.

Συμπερασματικά, η ηωσινοφιλική φλεγμονή αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου, γεγονός το οποίο σχετίζεται με την αυξημένη Th2 φλεγμονώδη απάντηση και την παραγωγή IgE που συνοδεύεται από υπερβολική ιστική αναδιαμόρφωση (remodeling), σε ασθενείς με CRSwNP από την κεντρική Κίνα. Ωστόσο, η ηλικία των ασθενών δε φαίνεται να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην ηωσινοφιλική φλεγμονή.

Χρόνος διενέργειας τραχειοστομίας σε ασθενείς με παρατεταμένη ενδοτραχειακή διασωλήνωση: συστηματική ανασκόπηση

Timing of tracheostomy in patients with prolonged endotracheal intubation: a systematic review

Original contribution:

Adly A

Youssef TA

El-Beghermy MM

Younis HM

Eur Arch Otorhinolaryngol 2018;
275:679–90.

Επιμέλεια παρουσίασης:

K. Mantopoulos

Privatdozent of the ENT Department
University of Erlangen-Nuremberg

Γ. Ψυχογιός

Καθηγητής ΩΡΛ ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Είναι γνωστό ότι η έγκαιρη διενέργεια τραχειοστομίας επί παρατεταμένης ενδοτραχειακής διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού μειώνει την ανάγκη για καταστολή του ασθενούς, ελαττώνει την αντίσταση της αναπνευστικής οδού και επιτρέπει, μέσω της ευκολότερης αναρρόφησης των εκκρίσεων, αποτελεσματικότερη φροντίδα του αεραγωγού. Αν και προσφέρει αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα σε σχέση με την παράταση της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, ο κατάλληλος χρόνος, (timing) για τη διενέργεια της τραχειοστομίας αποτελεί σημείο διχογνωμίας.

Σκοπός αυτής της μετα-ανάλυσης είναι να παρουσιάσει τις διαφορετικές εκδοχές σχετικά με τον ορισμό της "έγκαιρης" τραχειοστομίας μετά από παρατεταμένη διασωλήνωση (τραχειοστομία εντός 7, 14 ή 21 ημερών), να συγκρίνει τις διαφορετικές γνώμες ως προς τον κατάλληλο χρόνο για τη πραγματοποίηση της επέμβασης και να εξετάσει τη σημασία του χρονικού παράγοντα ως προς την επίπτωση της νοσοκομειακής πνευμονίας, τη θνησιμότητα των ασθενών, τη διάρκεια παραμονής στη μονάδα εντατικής θεραπείας όπως επίσης και τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού. Οι συγγραφείς του άρθρου αυτού συμπεριέλαβαν τελικά στην μεταανάλυσή τους 41 μελέτες με 222.501 ενήλικες ασθενείς και 2 μελέτες με 140 παιδιατρικούς ασθενείς. Οι μελέτες που αναφέρονταν σε ενήλικες ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες με κριτήριο το χρόνο πραγματοποίησης της τραχειοστομίας, (τραχειοστομία εντός 7, 14 ή 21 ημερών μετά από ενδοτραχειακή διασωλήνωση). Στην ομάδα των ενηλίκων, η μετα-ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντικά πλεονεκτήματα της διενέργειας τραχειοστομίας εντός της πρώτης εβδομάδας ως προς όλες τις προαναφερθείσες παραμέτρους, ενώ στους παιδιατρικούς ασθενείς μόνο ως προς τη διάρκεια του μηχανικού αερισμού και παραμονής στη ΜΕΘ.

Βασιζόμενοι σε ένα άρτιο σχεδιασμό και σε πληθώρα σχετικών μελετών, οι συγγραφείς τονίζουν την αναγκαιότητα της πραγματοποίησης τραχειοστομίας εντός 7 ημερών από την έναρξη του μηχανικού αερισμού. Στα μειονεκτήματα της μετα-ανάλυσης συμπεριλαμβάνεται ο περιορισμένος αριθμός μελετών σε παιδιατρικούς ασθενείς, που δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για τον πληθυσμό αυτό.

Εκτίμηση της ωτολιθοφόρου λειτουργίας χρησιμοποιώντας τα αυχενικά και οφθαλμικά αιθουσαία προκλητά μυογενή δυναμικά, σε ασθενείς με νόσο Ménière

Evaluation of the otolith function using c/oVEMPs in patients with Ménière's disease

Original contribution:

Chen L, Xu H, Wang WQ, Zhang QQ, Lv QY, Song XC

J Otolaryngol Head Neck Surg.
2016 Jun 21; 45(1):39

Επιμέλεια παρουσίασης:

**Μιχάλη Μαρία
Καστανιουδάκης Ιωάννης**
ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 2, 2019

Τα αυχενικά και οφθαλμικά αιθουσαία, προκλητά, μυογενή, δυναμικά, (c/o VEMPs), αντικατοπτρίζουν τη λειτουργία του ωτολιθοφόρου συστήματος. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν αναφορές για τη συστηματική αξιολόγηση της ωτολιθοφόρου λειτουργίας στη νόσο Meniere (MD). Επίσης, δεν υπάρχουν αναφορές για την ύπαρξη διαφοράς των VEMPs, μεταξύ των ασθενών με πρώιμη και αυτών με όψιμη MD. Πρόσφατα, δημοσιεύτηκε μελέτη που πραγματεύεται αυτές ακριβώς τις παραμέτρους σχετικά με την MD. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η διαφορά των c/o VEMPs τόσο μεταξύ ασθενών με MD και υγιών μαρτύρων, όσο και ασθενών με πρώιμη και όψιμη MD.

Κατά την πραγματοποίηση της προοπτικής μελέτης έγινε καταγραφή 30 ασθενών με μονόπλευρη MD και 30 υγιών μαρτύρων, (ομάδα σύγκρισης). Για την καταγραφή των c/o VEMPs χρησιμοποιήθηκαν ερεθίσματα tone-burst με συχνότητα 500 Hz. Τα VEMPs επαναλήφθηκαν τρεις φορές σε κάθε εξεταζόμενο για να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία και η επαναληψιμότητα της μέτρησης. Τα VEMPs χαρακτηρίστηκαν ως παρόντα ή απόντα. Τα παθολογικά VEMPs καθορίστηκαν από την έλλειψη απάντησης κατά την καταγραφή.

Κατά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, στην ομάδα ελέγχου υπολογίστηκε ότι παθολογικά cVEMPs και oVEMPs ανιχνεύθηκαν στο 6,67% και 3,34% αντίστοιχα. Στους ασθενείς με MD (20 με πρώιμο στάδιο MD [ES-MD], 10 με προχωρημένο στάδιο MD [LS-MD]), παθολογικά cVEMPs και oVEMPs εντοπίστηκαν στο 40% και στο 16,7% αντίστοιχα. Οι περισσότεροι ασθενείς με MD ανέδειξαν παθολογική απάντηση στα c/o VEMPs σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0,05$). Τα cVEMPs ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό παθολογικά εν συγκρίσει με τα oVEMPs στους ασθενείς με MD ($p < 0,05$). Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των παθολογικών cVEMPs μεταξύ των ασθενών με ES-MD (25%) και LS-MD (70%) ($p < 0,05$). Επιπρόσθετα, υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά των παθολογικών oVEMPs (ES-MD 5%, LS-MD 40%) ($p < 0,05$).

Εν κατακλείδι, παρατηρήθηκε αύξηση της εμφάνισης της καταγραφής παθολογικών c/o VEMPs σε ασθενείς με MD, πιθανότατα λόγω του ύδρωπα του ωτολιθοφόρου συστήματος. Τα cVEMPs ήταν συχνότερα παθολογικά σε ασθενείς με MD σε σύγκριση με τα oVEMPs, γεγονός που οδηγεί στην υπόθεση ότι η δυσλειτουργία - προσβολή του σφαιρικού κυστιδίου είναι συχνότερη από αυτή του ελλειπτικού. Επιπλέον, τα ποσοστά παθολογίας των c/oVEMPs στην ομάδα με LS-MD ήταν σημαντικά υψηλότερα από αυτά της ομάδας των ES-MD, οδηγώντας στη διαπίστωση-θεωρία ότι η βλάβη του ωτολιθοφόρου συστήματος αυξάνεται με την επιδείνωση της κοχλιακής βλάβης στην MD.

The Infant ABR Course

1 JULY 2019 -2 JULY 2019
London, UK, Contact: Jay Jindal
email: info@audiologyplanet.com
Web: www.audiologyplanet.com/education

The Ultimate Paediatric Audiology Course

1 JULY 2019 -5 JULY 2019
London, UK, Contact: Jay Jindal
email: info@audiologyplanet.com
Web: <https://www.audiologyplanet.com/events/tupac/>

Leeds Endoscopic Anterior Skull Base Course

1 JULY 2019 -2 JULY 2019
Leeds, UK, Contact: Kimberley Cowley
email: academia.bbmuk@bbaun.com
Web: <https://uk.aesculap-academy.com>

BAOMS (British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons)

Annual Scientific Meeting 2019

3 JULY 2019 -5 JULY 2019
Birmingham, UK
email: office@baoms.org.uk
Web: www.baoms.org.uk

The Paediatric Audiology Course 2019

3 JULY 2019 -5 JULY 2019
London, UK, Contact: Jay Jindal
email: info@audiologyplanet.com
Web: www.audiologyplanet.com

BAPS (British Association of Paediatric Surgeons) Congress 2019

3 JULY 2019 -5 JULY 2019
Nottingham, UK
email: info@baps.org.uk
Web: <https://congress.baps.org.uk>

43rd Annual New Zealand Audiological Society Conference

3 JULY 2019 -6 JULY 2019
Queenstown, New Zealand
Email: admin@audiology.org.nz
Web: www.audiology.org.nz

6th Endoscopic Skull Base Master Class & Symposium

3 JULY 2019 -5 JULY 2019
Leiden, The Netherlands
email: projectmanagement@conferencecompany.nl
Web: www.skullbasecourse.eu

The British Voice Association AGM Study Day: Hormones and Voice

7 JULY 2019
London, UK
email: administrator@britishvoiceassociation.org.uk
Web: www.britishvoiceassociation.org.uk

Tinnitus & Hyperacusis Therapy Masterclass

8 JULY 2019 -10 JULY 2019
London, UK, Contact: Dr. Hashir Aazh

email: hashir.aazh@tinnitustherapy.org.uk
Web: www.tinnitustherapy.org.uk

Septorhinoplasty and Facial Plastics Course

9 JULY 2019 -11 JULY 2019
Newcastle upon Tyne, UK, Contact: Louise Sore
email: louise.sore@nuth.nhs.uk
Web: www.nstcsurg.org

MDT Fundamentals of Tracheostomy Care

9 JULY 2019
London, UK
email: lnwh-tr.courses@nhs.net
Web: www.medicalcourses-nwlh.com

CI2019 Pediatric 16th Symposium on Cochlear Implants in Children

11 JULY 2019 -13 JULY 2019
Hollywood, USA
email: info@acialliance.org
Web: www.acialliance.org
Twitter: <https://twitter.com/acialliance?lang=en>
Facebook: <https://www.facebook.com/events/2025115361074307/>

4th International Conference on Hyperacusis

11 JULY 2019
London, UK
email: admin@hyperacusisresearch.co.uk
Web: www.hyperacusisresearch.co.uk

CIAP 2019 - Conference on Implantable Auditory Prostheses

14 JULY 2019 -19 JULY 2019
Lake Tahoe, USA
email: rshannon@usc.edu
Web: www.ciaphome.org

8th Global Summit on Otolaryngology: ENT Surgery

18 JULY 2019 -19 JULY 2019
Valencia, Spain
email: otolaryngology@alliedscholars.net
Web: <http://otolaryngol.alliedacademies.com>

Salus University Summer Workshop: Hearing assessment in Infants and Young Children - Objective Auditory Tests and Cochlear Implants

20 JULY 2019 -23 JULY 2019
Elkins Park, USA
email: sreese@salus.edu
Web: <http://salus.edu/audiology>

Annual summit on Endoscopy and Advances in Otolaryngology

25 JULY 2019 -26 JULY 2019
Singapore, Contact: Samantha Sun
email: ent@larixconferences.com
Web: <https://larixconferences.com>

Salus University Summer Workshop:

Hearing Conversation in Music and Industry
25 JULY 2019 -28 JULY 2019
Elkins Park, USA

email: sreese@salus.edu
Web: salus.edu/audiology

123rd Temporal Bone Dissection Course

26 JULY 2019 -28 JULY 2019
Navi Mumbai, India
email: drmorwani@gmail.com

13th Phonosurgery Course: Focus on Office Based Laryngeal Surgery and Hands-on Thyroplasty Dissection

28 JULY 2019
Guntur, Andhra Pradesh, India.
Contact: Valluri Phaniendrakumar
email: drvoicep@hotmail.com
Web: www.melodyvoiceclinic.com

Advanced Temporal Bone Dissection Course

2 AUGUST 2019 -4 AUGUST 2019
Navi Mumbai, India.
email: drmorwani@gmail.com

5th International Conference on Neuro-Oncology and Brain Tumor

14 AUGUST 2019 -15 AUGUST 2019
Tomisato, Chiba Prefecture, Japan,
Contact: Mili Biswal
email: neurooncology@conferencesseries.org
Web: <https://neurooncology.conferencesseries.com>

4th European Otolaryngology: ENT Surgery Conference

15 AUGUST 2019 -17 AUGUST 2019
Rome, Italy Contact: Rachel Samuel
email: ent@surgeryspeakersexperts.org
Web: <https://ent.conferencesseries.com>

World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics

18 AUGUST 2019 -22 AUGUST 2019
Taipei, Taiwan
Web: www.ialptaipei2019.org

13th Workshop on Phonosurgery

23 AUGUST 2019 -25 AUGUST 2019
Mumbai, India.
Contact: Dr. Nupur Kapoor Nerurkar
email: nupurkapoor@yahoo.com
Web: www.mumbaivoicesurgeon.com

SEES 2019 (Swiss Endoscopic Ear Surgery Course)

26 AUGUST 2019 -27 AUGUST 2019
Bern, Switzerland
Web: <http://sees.swiss-meeting.org>

PEVoC - Pan-European Voice Conference

27 AUGUST 2019 -30 AUGUST 2019
Copenhagen, Denmark
email: pevoc2019@discongress.com
Web: www.pevoc2019.dk

24th Dundee Advanced Rhinoplasty Course 2019

28 AUGUST 2019 -30 AUGUST 2019

FORTHCOMING EVENTS JULY-AUGUST-SEPTEMBER

Dundee, UK
email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: <https://dihs.dundee.ac.uk>
Twitter: https://twitter.com/DIHS_Surgical

PSSB 2019: Endoscopic Paranasal Sinus and Skull Base Hands on Course
29 AUGUST 2019 -30 AUGUST 2019
AUDITORY IMPLANTS, ENT
Bern, Switzerland
Web: paranasal.swiss-meeting.org

IAOO 2019 (World Congress of the International Academy of Oral Oncology)
31 AUGUST 2019 -3 SEPTEMBER 2019
Rome, Italy
email: mail@nordestcongress.it
Web: www.iaoo2019.com

EAONO 2020 (European Academy of Otology and Neuro-Otology)
2 SEPTEMBER 2019 -4 SEPTEMBER 2019
London, UK
Web: www.eaono.org

Functional Endoscopic Sinus Surgery Course
5 SEPTEMBER 2019
Coventry, UK
Web: <https://wmstc.co.uk/>

World Phonosurgery Congress 2019
5 SEPTEMBER 2019 -6 SEPTEMBER 2019
Buenos Aires, Argentina
email: phonosurgery2019@uniline.com.ar
Web: www.phonosurgery2019.com

4th ENT Masterclass® Europe
6 SEPTEMBER 2019 -7 SEPTEMBER 2019, ENT
Bucharest, Romania
email: secretary@entmasterclass.com
Web: www.entmasterclass.com

DIHS: Consultants Temporal Bone Dissection Course
6 SEPTEMBER 2019
Dundee, UK
email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: <https://www.dihs.dundee.ac.uk/>

IEB2019 (56th Inner Ear Biology workshop) - Hearing Research: From History into the Future
7 SEPTEMBER 2019 -10 SEPTEMBER 2019
Padua, Italy
Web: www.ieb2019.it

Pearls and Diamonds in FESS - Endoscopic Sinus & Skull Base Surgery
9 SEPTEMBER 2019 -11 SEPTEMBER 2019
Strasbourg, France
email: training@ircad.fr
Web: www.ircad.fr

The Newcastle Percutaneous Tracheostomy Course
9 SEPTEMBER 2019

Newcastle upon Tyne, UK,
Contact: Louise Sore
email: louise.sore@nuth.nhs.uk
Web: www.nstcsurg.org

Swallowing & Communication Rehabilitation for People Diagnosed with Head and Neck Cancer
12 SEPTEMBER 2019
London, UK
email: conferenceteam@rmh.nhs.uk
Web: www.royalmarsden.nhs.uk

ENT UK September Annual Meeting 2019
13 SEPTEMBER 2019 | ENT
London, UK Contact: Christy Hillman
email: events@entuk.org
Web: www.entuk.org

AAO - HNSF (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery) 2019
15 SEPTEMBER 2019 -18 SEPTEMBER 2019
New Orleans, USA
Email: meetings@entnet.org
Web: www.entannualmeeting.org

DIHS: Rhinoplasty and Septoplasty Skills on Thiel Cadavers
17 SEPTEMBER 2019
Dundee, UK
email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: <https://www.dihs.dundee.ac.uk/>

DIHS: Aesthetic Facial Surgery Exercises by Cadaver Dissection
18 SEPTEMBER 2019
Dundee, UK
email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

The Royal Marsden Nutrition and Cancer Study Day
19 SEPTEMBER 2019
London, UK
email: conferenceteam@rmh.nhs.uk
Web: www.royalmarsden.nhs.uk

GPR Baltimore Workshop
20 SEPTEMBER 2019 -21 SEPTEMBER 2019
Baltimore, USA
email: bmessing@gbmc.org
Web: www.gpracademy.com

BAPO 2019 (British Association for Paediatric Otolaryngology) Annual meeting
20 SEPTEMBER 2019
Edinburgh, UK
email: bapomembership@gmail.com
Web: www.bapo.co.uk

The Liverpool Basic Rhinoplasty and Facial Plastic Surgery Course
20 SEPTEMBER 2019 -21 SEPTEMBER 2019
Liverpool, UK

email: myentsurgeon@gmail.com
Web: <https://sites.google.com/liverpoolrhinoplastycourse>

DIHS: Emergency Safe Neck Surgery by Cadaver Dissection
20 SEPTEMBER 2019
Dundee, UK
email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk
Twitter: https://twitter.com/DIHS_Surgical

Sydney Endoscopic Ear Surgery Course 2019
21 SEPTEMBER 2019 -22 SEPTEMBER 2019
Sydney, Australia
email: sydneyear@gmail.com
Web: <https://sydneyearendoscopy.com>

BLA (British Laryngological Association) Cutting Edge Laryngology 2019
25 SEPTEMBER 2019 -27 SEPTEMBER 2019
Edinburgh, UK
Web: www.britishlaryngological.org

GPR Amsterdam Workshop
26 SEPTEMBER 2019 -27 SEPTEMBER 2019
Amsterdam, The Netherlands,
Contact: Mrs Marion van Zuilen
email: kno@nki.nl
Web: www.gpracademy.com

Santo Rhino II
26 SEPTEMBER 2019 -28 SEPTEMBER 2019
Santorini, Greece
email: santorhino@synthesispc.com
Web: www.santorhino.eu

NASOSYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

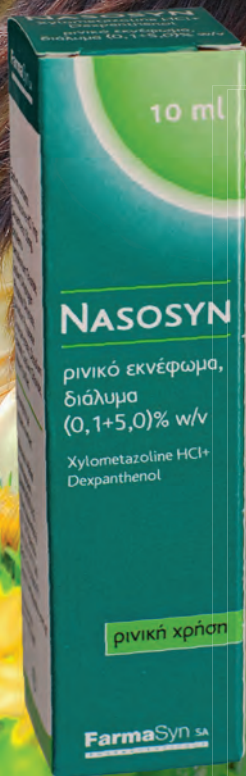
ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,1+5,0)% w/v

&

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

ενηλίκων

παιδιών



FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Μονής Δαμάστας 6, 12133 Περιστερί • Τηλ: 210 5777 140 • 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



Modulair®

Μοντελουκάστη



Ανάσα Ζωής



>15 ετών



6-14 ετών



2-5 ετών

Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ του προϊόντος



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία Λεωφ. Μαραθώνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09, Τηλ.: 210 60 39 326-9
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης • Παπαδιαμαντοπούλου 41, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 712
• Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1