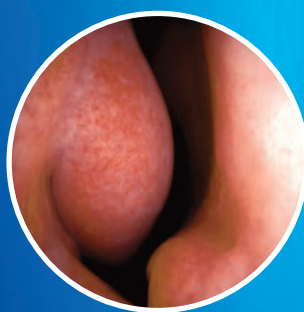
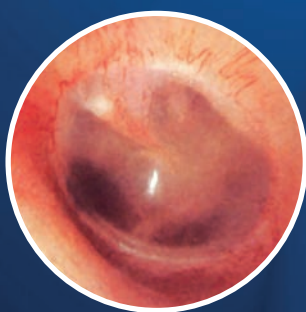


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



JULY - SEPTEMBER 2019
VOLUME 40 • ISSUE 3 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

- ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ
- ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΧΕΛΙΔΟΝΗ
- ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΠΑΡΕΙΑΣ. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΚΕΡΚΙΔΙΚΟ ΚΡΗΜΝΟ
- ΔΙΑΥΓΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΟΓΚΟΚΥΤΩΜΑ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΥ ΑΔΕΝΑ ΥΠΕΡΩΑΣ



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



Το πρώτο ρομποτικό μικροσκόπιο στον κόσμο!



IntelligENT
GROUP OF COMPANIES

Δοκιμάστε το πρώτοι, στο Stand

No 13 στο 20^ο Πανελλήνιο ΩΡΛ

Συνέδριο στη Λάρισα.

bhs

bhs-technologies.com



BILAZ[®]

bilastine



Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.
Κάθε δισκίο Bilaz περιέχει 20mg Bilastine.¹

Βιβλιογραφία: 1. SmPC Bilaz

GR-BIL-4-05-2019



Menarini Hellas

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

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

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), Κατωτομιχελάκης 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:

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

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Βιτάη Βίκτωρ (Θεσσαλονίκη),
Κορρές Σταύρος (Αθήνα)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Bébér JP(France), Bacher C (Belgium), Bamiou D-E (UK),
Beasley N (UK), Boniver R (Belgium), Burdo S (Italy),
Coelho DH (USA), Dodson K (USA), Fliss D (Israel),
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), Rammoss 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:

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

EDITORS-IN-CHIEF:

Kastanioudakis Ioannis (Ioannina),
Chimona Theognosia (Chania)

EDITORIAL COMMITTEE:

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 στατιστικόλόγο. 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 περιθώριό τους, αρχίζοντας από την σελίδα του τίτλου. Οι σύντηξεις θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο και να επεξηγούνται την πρώτη φορά που εμφανίζονται στο κείμενο. Κάθε άρθρο πρέπει να αποτελείται από: Σελίδα τίτλου, Δομημένη Περιλήψη και Αγγλικό Abstract, Κείμενο (Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συζήτηση), Βιβλιογραφία, Πίνακες και Υπότιτλο Εικόνων. Σε περιγραφές περιστατικών τα τμήματα «Υλικό και μέθοδοι» και «Αποτελέσματα» θα αντικαθίστανται από το τμήμα «Περιγραφή περιστατικού». Στις ανασκοπήσεις θα υπάρχουν επί μέρους τμήματα με επικεφαλίδες, ανάλογα με το περιεχόμενο.

Σελίδα τίτλου. Πρέπει να περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, ο οποίος πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός, τα ονόματα των συγγραφέων, τα Ιδρύματα και τον χώρο εργασίας των συγγραφέων, ένα συντομωμένο τίτλο και το όνομα με την πλήρη διεύθυνση του συγγραφέα που θα είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία (με τηλέφωνο και e-mail). 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 περιστατικών 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-κλειδίων. 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 καταχωρήσέως 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 σύντμηση σύμφωνα με τον Index Medicus, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού (δεν αναγράφεται το τεύχος του περιοδικού) και ο αριθμός της πρώτης και τελευταίας σελίδας. Παράδειγμα: Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 119:425-6. Για τα βιβλία και τις μονογραφίες πρέπει να σημειώνονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων και εκδοτών ο τίτλος (και ο τόμος εάν υπάρχει), η έκδοση, ο τόπος της έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, το έτος της έκδοσης και οι σελίδες. Παράδειγμα: Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8. Παράδειγμα παραπομπής σε κεφάλαιο βιβλίου: Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια των βιβλιογραφικών 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.

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

Εικόνες. Θα πρέπει να αποστέλλονται σε ξεχωριστά αρχεία, τύπου tiff, bmp ή jpg, ανάλυσης τουλάχιστον 300 dpi, ή και να ενσωματώνονται σε αρχείο word (τύπου doc), ιδίως εάν πρόκειται για διαγράμματα. Το μέγεθός τους πρέπει να είναι τουλάχιστον

όσο το πλάτος μιας στήλης του περιοδικού (περίπου 7 cm) ή να προσεγγίζει το πλάτος της σελίδας. Εγχρωμες φωτογραφίες είναι αποδεκτές, αλλά όταν κρίνεται αναγκαίο θα μετατρέπονται σε ασπρόμαυρες. Εάν τα αρχεία με τις εικόνες είναι μεγάλου μεγέθους (άνω των 8 MB), θα πρέπει να στέλνεται αρχικά μια συμπίεσμένη μορφή τους σε χαμηλότερη ανάλυση.

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 Διεκκήρυξης 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, συμβόλαιο κλπ. Εάν οι συγγραφείς δεν έχουν σχετικά οικονομικά ενδιαφέροντα θα πρέπει να γράφουν «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 δημοσίευσέως 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, phoniatry 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 must be submitted either electronically to the e-mail address of an Editor-in-Chief (kastanioudakis@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 μηνυσιάζονται στο κείμενο και αντιστρόφως.
- Αποδεικτικό υλικό για την συμμόρφωση προς τους κανόνες δεοντολογίας του περιοδικού.

Περιεχόμενα

Από τη Σύνταξη	128
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτοολογίας Ακοολογίας Νευρωτολογίας	129
Χειμώνα Θεογνωσία, Καστανιουδάκης Ιωάννης	
5ο Συνέδριο Ευρωπαϊκής Ωτορινολαρυγγολογίας- Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου 2019	130
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Μπασιάρη Λεντίνα	
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	
Ιστοπαθολογία θυρεοειδών αδένων σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν για ολική θυρεοειδεκτομή	132
Χειμώνα Θεογνωσία, Λαδιάς Αλέξανδρος, Μέλλιος Αχιλλέας, Πρώμος Ευκλείδης, Καραβελιά Ασπασία, Παπαδάκης Χαρίτων	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	
Συνέντευξη με τον Εμμανουήλ Χελιδόνη	138
Παπαδάκης Χαρίτων, Χειμώνα Θεογνωσία	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ	
Οξεία υποφαρυγγική φλεγμονή ως αιτία διάγνωσης συστηματικού ανοσοολογικού νοσήματος	142
Τσακίρακη Ελένη, Χειμώνα Θεογνωσία, Λαδιάς Αλέξανδρος, Παπαδάκης Χαρίτων	
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	
Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα βλεννογόνου παρειάς. Αποκατάσταση με κερκιδικό κρημό. Παρουσίαση περιστατικού	144
Μπασιάρη Λεντίνα, Καστανιουδάκης Ιωάννης, Ζαράχη Αθηνά, Ψυχογιός Γεώργιος	
Αιφνίδια πτώση ακοής ως πρώτο σύμπτωμα νευροϊνωμάτωσης τύπου 2. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση βιβλιογραφίας	150
Ζήσουλου Μαρία, Χειμώνα Θεογνωσία, Τσακίρακη Ελένη, Παπαδάκης Χαρίτων	
Διαυγοκυτταρικό ογκοκύττωμα ελάσσονος σιελογόνου αδένου υπερώας	156
Γιβαννάκης Μάριος-Ηλίας, Τζωρακολευθεράκη Σοφία-Ελένη, Τσιρόπουλος Γεώργιος, Κολέτσα Τριανταφυλλιά, Τριαρίδης Στέφανος	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ (ΔΙΑΓΝΩΣΗ)	
Οξεία υποφαρυγγική φλεγμονή ως αιτία διάγνωσης συστηματικού ανοσοολογικού νοσήματος	162
Τσακίρακη Ελένη, Χειμώνα Θεογνωσία, Λαδιάς Αλέξανδρος, Παπαδάκης Χαρίτων	
HOW I DO IT	
Ενδοσκοπική αντιμετώπιση μονόπλευρης ατρησίας ρινικής χοάνης με χρήση διασταυρούμενων κρημών βλεννογονοπερισστέου από το ρινικό διάφραγμα και αφαίρεση τμήματος οπίσθιου διαφράγματος	164
Κωνσταντινίδης Ιορδάνης	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED	
Χειρουργική σφηνοϋπερώιας αρτηρίας σε εμμένουσα ιδιοπαθή ρινορραγία: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση	168
Kitamura T, Takenaka Y, Takeda K, Oya R, Ashida N, Shimizu K, Takemura K, Yamamoto Y, Uno A	
Επιπλοκές και αριθμός επισκέψεων για επανέλεγχο μετά τη χρήση συρραπτικού του ρινικού διαφράγματος στη διαφραγματοπλαστική	169
Sainio S, Blomgren K, Lundberg M	
Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσεως στη νόσο Meniere: μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της συχνότητας και των κλινικών χαρακτηριστικών	170
Kutlubayev M, Xu Y, Hornibrook J	
Αξιολόγηση της ανάγκης για αδενοειδεκτομή και αμυγδαλεκτομή για αντιμετώπιση διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο στην κοινότητα: Ανάλυση δευτερεύοντος αποτελέσματος μιας τυχαιοποιημένης, ελεγχόμενης, μελέτης	171
Papadakis C, Chaidas K, Chimona T, Zisoglou M, Ladas A, Proimos E, Miligkos M, Kaditis A	
ΠΡΟΣΕΧΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΩΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	172

Contents

From the Editorial Desk	128
NEWS ROUND	
27th Panhellenic Congress of Otology-Audiology-Neurotology	129
Chimona Theognosia, Kastanioudakis Ioannis	
5th Congress of European ORL-Head & Neck Surgery 2019	130
Kastanioudakis Ioannis, Basiari Lentiona	
ORIGINAL ARTICLE	
Thyroid gland histopathology in patients who were referred for total thyroidectomy	132
Chimona Theognosia, Ladas Alexandros, Mellios Achilleas, Proimos Efklidis, Karavelia Aspasia, Papadakis Chariton	
INTERVIEW	
Interview with Emmanuel Helidonis	138
CLINICAL PHOTOGRAPH	
Acute hypopharyngeal infection resulting in diagnosis of a systematic immunological disease	142
Tsakiraki Eleni, Chimona Theognosia, Ladas Alexandros, Papadakis Chariton	
CASE REPORT	
Buccal mucosa squamous cell carcinoma. Reconstruction with radial forearm free flap. A case report	144
Basiari Lentiona, Kastanioudakis Ioannis, Zarachi Athina, Psychogios Georgios	
Sudden sensorineural hearing loss as the presenting symptom in neurofibromatosis type 2. A case report and literature review	150
Zisoglou Maria, Chimona Theognosia, Tsakiraki Eleni, Papadakis Chariton	
Minor salivary gland clear cell oncocytoma	156
Givannakis Marios-Ilias, Tzorakoleftheraki Sofia-Eleni, Tsiropoulos Georgios, Koletsis Triantafillia, Triaridis Stefanos	
CLINICAL PHOTOGRAPH (DIAGNOSIS)	
Acute hypopharyngeal infection resulting in diagnosis of a systematic immunological disease	162
Tsakiraki Eleni, Chimona Theognosia, Ladas Alexandros, Papadakis Chariton	
HOW I DO IT	
Endoscopic management of unilateral choanal atresia with posterior septal removal and cross over mucoperiosteal flaps	164
Konstantinidis Iordanis	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Sphenopalatine Artery Surgery for Refractory Idiopathic Epistaxis: Systematic Review and Meta-Analysis	168
Kitamura T, Takenaka Y, Takeda K, Oya R, Ashida N, Shimizu K, Takemura K, Yamamoto Y, Uno A	
Complications and number of follow-up visits after using septal stapler in septoplasty	169
Sainio S, Blomgren K, Lundberg M	
Benign paroxysmal positional vertigo in Meniere's disease: systematic review and meta-analysis of frequency and clinical characteristics	170
Kutlubayev M, Xu Y, Hornibrook J	
Assessing the need for adenotonsillectomy for sleep disordered breathing in a community setting: A secondary outcome measures analysis of a randomized controlled study	171
Papadakis C, Chaidas K, Chimona T, Zisoglou M, Ladas A, Proimos E, Miligkos M, Kaditis A	
FORTHCOMING ENT AND RELATED SPECIALTIES EVENTS	172

Από τη Σύνταξη

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Φτάσαμε αισίως στην έκδοση του 7ου τεύχους του περιοδικού της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας, από την ανάληψη των καθηκόντων μας ως διευθυντές σύνταξης. Χρονικά είμαστε λίγο πριν από τη διεξαγωγή του 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ωτορινολαρυγγολογίας, Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου στη Λάρισα, που αποτελεί τη μεγαλύτερη εκδήλωση της ειδικότητάς μας σε τοπικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 14 μηνών μετά από ιδιαίτερες και επίπονες προσπάθειες εκ μέρους των διευθυντών σύνταξης και των συνεργατών τους, έγιναν σημαντικές αλλαγές στη δομή της ύλης του περιοδικού που έτυχαν θετικών σχολίων από τους περισσότερους των Ελλήνων Ωτορινολαρυγγολόγων.

Η θετική αυτή ανταπόκριση εκ μέρους του αναγνωστικού κοινού του περιοδικού της Πανελληνίας αποτελεί για μας την κινητήριο δύναμη για περαιτέρω προσπάθεια και βελτιώσεις.

Έτσι λοιπόν μετά από την προσθήκη των ενότητων: “Επικαιρότητα”, “Συνέντευξη”, “Κλινική Φωτογραφία”, “How I do it”, “Ανασκόπηση άρθρου από το PubMed”, “Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις ΩΡΛ και συναφών ειδικοτήτων”, σκοπεύουμε στο εγγύς μέλλον να προβούμε σε έκδοση ειδικού τεύχους – θεματικού- όπως συμβαίνει και στα πλέον αναγνωρισμένα διεθνή περιοδικά της ειδικότητάς μας.

Παράλληλα προωθούμε τη συνεργασία μας με την ΩΡΛ κοινότητα της Κύπρου, έτσι ώστε πολύ σύντομα να μπορούμε να δημοσιεύουμε άρθρα Κυπρίων συναδέλφων.

Τονίζουμε και πάλι τη μεγάλη σημασία της συμμετοχής όλων μας, με υποβολή εργασιών, για το μέλλον του περιοδικού. Χωρίς αυτή, η μέχρι τώρα προσπάθειά μας κινδυνεύει να αποβεί άκαρπη.

Πηγή υλικού θα μπορούσε να είναι και οι ομιλίες και οι διαλέξεις των συναδέλφων στα τοπικά συνέδρια και εκδηλώσεις, που και στο παρελθόν είχε χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Επομένως, όποιος συνάδελφος επιθυμεί μπορεί να μας στείλει την ομιλία του από το προσεχές Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ, σε κατάλληλα διαμορφωμένο κείμενο, ώστε να δημοσιευθεί σε επόμενο τεύχος.

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

Οι Διευθυντές Σύνταξης

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

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

Χειμώνα Θεογνωσία
Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτολογίας Ακοολογίας Νευρωτολογίας

Τόπος Σεμιναρίου: Ρέθυμνο, Ωδείο Ρεθύμνου & Σπίτι Πολιτισμού
Ημερομηνία διεξαγωγής: 7-9 Ιουνίου 2019

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με επιτυχία και μεγάλη προσέλευση συμμετεχόντων από όλη την Ελλάδα διεξήχθη το 27ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτολογίας Ακοολογίας Νευρωτολογίας στο σύμπλεγμα κτιρίων Ωδείο Ρεθύμνου και Σπίτι Πολιτισμού στο Ρέθυμνο. Το συνέδριο οργανώθηκε από την Πανελλήνια Ιατρική Εταιρεία Ωτολογίας-Ακοολογίας-Νευρωτολογίας (ΠΙΕΩΑΝ) με συνδιοργανωτή την Περιφέρεια Κρήτης.

Το θέμα του συνεδρίου ήταν η "Πολυπαραγοντική προσέγγιση του ιλιγγίου και της βαρνοκίας σε παιδιά και ενήλικες". Το συνέδριο τίμησαν με την παρουσία τους και απηύθυναν χαιρετισμό ο τότε Υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Ξανθός, η Αντιπεριφερειάρχης Ρεθύμνου κ. Μαρία Λιονή και ο Δήμαρχος Ρεθύμνου κ. Γεώργιος Μαρινάκης. Κατά την τελετή έναρξης έγινε τιμητική βράβευση του Καθηγητή Σταύρου Κορρέ για την προσφορά του στην Ελληνική Ακοολογία-Νευρωτολογία. Πραγματοποιήθηκαν 9 Στρογγυλές Τράπεζες (Round Tables), 10 Διαλέξεις (Lectures) από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους συναδέλφους, 2 Instructional courses, και 2 Δορυφορικές Διαλέξεις (Satellite Lectures). Το επιστημονικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε με την παρουσίαση 6 Ελεύθερων Ανακοινώσεων και 21 e-Posters από νεότερους συναδέλφους. Χαρακτηριστικό του συνεδρίου ήταν οι προσκεκλημένοι ομιλητές άλλων ειδικοτήτων όπως γενικοί ιατροί, παθολόγοι, νευρολόγοι, παιδονευρολόγοι, λογοθεραπευτές, οι οποίοι με την εμπειρία τους βοήθησαν στην κατανόηση των κλινικών αλληλεπιδράσεων τόσο στην προσέγγιση του ιλιγγίου όσο και της βαρνοκίας. Το Συνέδριο αξιολογήθηκε από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με 18 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (U.E.M.S.) στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης. Η τοπική φιλοξενία και οι καλαισθητοί συνεδριακοί χώροι στην ιστορική Παλαιά Πόλη του Ρεθύμνου έλαβαν θετικά σχόλια από τους συνέδρους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τα μέλη της ΠΙΕΩΑΝ ευχαριστούν θερμά για τη συμβολή τους στην επιτυχή διοργάνωση του συνεδρίου την Περιφέρεια Κρήτης, και τις εταιρείες: Ακουστικά Κέντρα Κρήτης, BIANEE AE, COSMOear, DampIaiD, DEMO ABEE, EarPLUS, Ευήκοον (ακουστικά βαρνοκίας), GETREMED LTD medical supplies, Help, IntelligENT, Mylan, Siemens. Τέλος, η οργανωτική επιτροπή ευχαριστεί τη διοργανώτρια εταιρεία FREI, την επικεφαλής κ. Γκαργκάσουλη και τους συνεργάτες της, καθώς με τον επαγγελματισμό και την εμπειρία τους συνέβαλαν στην επιτυχημένη διεξαγωγή του συνεδρίου.



Ο Υπουργός Υγείας κ. Ανδρέας Ξανθός απευθύνει χαιρετισμό.



Διάλεξη της καθηγήτριας W. Shehata-Dieler στο προεδρείο διακρίνεται η Α. Ελευθεριάδου.



Διαδραστική στρογγυλή τράπεζα διακρίνονται οι: Γ. Τερζάκης, Δ. Λεφαντζής, Γ. Φύρμπας, Ι. Αθανασόπουλος, Γ. Ψυχογιός, Α. Αναγιωτός, Ι. Ξενέλης.



Δορυφορική διάλεξη της L. Araujo με πρόεδρο τον Χ. Παπαδάκη.

Καστανιουδάκης Ιωάννης
Καθηγητής ΩΡΛ,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Μπασιάρη Λεντιόνα
ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

5th Congress of European ORL-Head and Neck Surgery 2019

5ο Συνέδριο Ευρωπαϊκής Ωτορινολαρυγγολογίας-Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου 2019

Τόπος διεξαγωγής: *Square Brussels Convention Centre, Βρυξέλλες*

Ημερομηνία: *29 Ιουνίου - 3 Ιουλίου 2019*

Γλώσσα Συνεδρίου: *Αγγλικά*

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το 5ο Συνέδριο Ευρωπαϊκής ΩΡΛ-Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου στις Βρυξέλλες. Περίπου 3000 συνέδριοι από 97 χώρες παρακολούθησαν 693 ομιλητές. Το συνέδριο διεξήχθη σε ένα μοντέρνο κτίριο στο κέντρο της πόλης με περίπου 20 αίθουσες στις οποίες φιλοξενήθηκαν προσκεκλημένοι ομιλητές απ' όλο τον κόσμο (Εικ.1). Σε παράλληλες αίθουσες παρουσιάστηκαν ταυτόχρονα ομιλίες από διαφορετικούς κλάδους της ΩΡΛ ειδικότητας όπως η ωτολογία-νευρωτολογία, η ρινολογία, η φωνιατρική, η παιδο-ωτορινολαρυγγολογία, οι σιελογόνοι αδένες, η ογκολογία κεφαλής και τραχήλου κλπ. Μεγάλη επιτυχία είχαν και οι συνεδρίες της Βασικής ΩΡΛ (Basic ENT) σχεδιασμένες κυρίως για τους νέους ωτορινολαρυγγολόγους. Στην τελετή έναρξης ο πρόεδρος του συνεδρίου Marc Remacle και η υπεύθυνη του επιστημονικού προγράμματος Elizabeth Sjögren καλωσόρισαν τους συνέδρους υποσχόμενοι ένα αρκετά ενδιαφέρον πρόγραμμα (Εικ.2). Ένα σημαντικό σημείο της τελετής ήταν και το αφιέρωμα στον καθηγητή Heinz Stammberger (1946-2018) για την προσφορά του στην ωτορινολαρυγγολογία και κυρίως στην ενδοσκοπική χειρουργική ρινός και παραρρινίων (Εικ.3). Σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο έκθεσης οι συνέδριοι μπορούσαν να παρακολουθήσουν τις τελευταίες εξελίξεις στην τεχνολογία και στα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Το Συνέδριο μοριοδοτήθηκε με 25 μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (ECMEs) από το Πανευρωπαϊκό Σύλλογο Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης.(EACCME). Οι δύο βασικοί χορηγοί του Συνεδρίου ήταν οι εταιρίες Medtronic και Stryker.

Η Ελλάδα εκπροσωπήθηκε από πολλούς ομιλητές σε διάφορες τράπεζες θεμάτων με μεγάλη επιτυχία. Ακολουθεί κατάλογος των Ελλήνων ομιλητών με τα θέματα που ανέπτυξαν (Εικ.4-8).



Εικ.1 Το κτίριο που πραγματοποιήθηκε το Συνέδριο.



Εικ.2 Ο πρόεδρος του Συνεδρίου Marc Remacle καλωσορίζοντας τους συνέδρους στην τελετή έναρξης.



Εικ.3 Αφιέρωμα στον Καθηγητή Heinz Stammberger από τον Καθηγητή M. Bernal-Sprekelsen.



Εικ. 4 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι Γ. Κωνσταντινίδης, L. Jovanovic από Σερβία και ο Τ. Τερζής.



Εικ. 5 Ο Τιμολέων Τερζής παρουσιάζει το θέμα “Ενδοσκοπική αποκατάσταση Ρινόρροιας ΕΝΥ: Μικρού και μεσαίου μεγέθους ελλείμματα της βάσης κρανίου” (Στρογγύλη τράπεζα με θέμα την αποκατάσταση βάσης κρανίου).



Εικ. 6 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι: Γ. Κωνσταντινίδης, Χ. Γεωργάλας, Ι. Κωνσταντινίδης και Ι. Καστανιουδάκης.



Εικ. 7 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι Κ. Μάρκου, Ι. Κωνσταντινίδης, Ε. Τζώνη, Ν. Τζέλλος.



Εικ. 8 Σύεδροι. Διακρίνονται από αριστερά προς τα δεξιά οι Γ. Ψυχογιός, Σ. Τριαρίδης, Ι. Καστανιουδάκης και Γ. Κωνσταντινίδης.

CHRISTOS GEORGALAS

1. CSF leak and reconstruction in skull base surgery.
2. Sinonasal and skull base cancers: progression, challenges and future directions.

EVANGELOS GIOTAKIS

1. Reconstructive surgery in the head and neck.
2. TV Facelift and SMAS.

GEORGIOS PSYCHOGIORGIS

1. Διαγνωστικές εξετάσεις σε περιπτώσεις υποψίας κακοήθειας του παρωτιδικού αδένου.
2. Η σημασία της εξωκαψικής αφαίρεσης των καλοηθών παρωτιδικών όγκων.

DIMITRIOS TERZAKIS

1. Multiportal approaches to anterior SB-preference in selected cases?

TIMOLEON TERZIS

1. Anterior skull base reconstruction (speaker).
2. Chair of free paper session: Anterior skull base.

STEFANOS TRIARIDIS

1. Intraoperative management of the facial nerve.

IORDANIS KONSTANTINIDIS

1. What's new in smell and taste disorders?

JANNIS CONSTANTINIDIS

1. Chair of session Anterior skull base reconstruction.
2. Moderator of session Controversies in septal and turbinate surgery.

IOANNIS KASTANIOUDAKIS

1. Uncomplicated and complicated septoplasties: Nasal packing or basting sutures and/or splinting.

ZINOVIA TSINASLANIDOU

1. Young ERS panel-Video session - How I do it: Nasal airway surgery.

Στην τελετή λήξης οι συμμετέχοντες ανανέωσαν το ραντεβού για το 6th CEORL-HNS που θα πραγματοποιηθεί στο Μιλάνο στις 16-20 Οκτωβρίου του 2021.

Χειμώνα Θεογνωσία¹Λαδιάς Αλέξανδρος¹Μέλλιος Αχιλλέας²Πρώμος Ευκλείδης¹Καραβελιά Ασπασία¹Παπαδάκης Χαρίτων¹¹ΩΡΛ Κλινική Γ. Ν. Χανίων²Παθολογοανατομικό

εργαστήριο Γ. Ν. Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Χειμώνα Θεογνωσία, MD, PhD

Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ

ΩΡΛ Κλινική ΓΝ Χανίων

Αγίας Μαρίας 63, 73300 Χανιά

email: chimonath@yahoo.gr

Chimona Theognosia¹,**Ladias Alexandros¹****Mellios Achilleas²****Proimos Efklidis¹****Karavelia Aspasia¹****Papadakis Chariton¹**¹ENT department

of Chania General Hospital

²Histopathology department

of Chania General Hospital

Hellenic Otorhinolaryngology,

Volume 40 - Issue 3, 2019

Corresponding author:

Theognosia Chimona, MD, PhD

Consultant ENT Department

Chania General Hospital

63, Agias Marinas st, 73300 Chania

email: chimonath@yahoo.gr

Ιστοπαθολογία θυρεοειδών αδένων σε ασθενείς που παραπέμφθηκαν για ολική θυρεοειδεκτομή

Thyroid gland histopathology in patients who were referred for total thyroidectomy

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι θυρεοειδεκτομές αποτελούν τις συχνότερες επεμβάσεις ενδοκρινών αδένων. Τα νεοπλάσματα του θυρεοειδούς αποτελούν το 1-2% όλων των κακοήθων εξεργασιών και παρατηρείται παγκοσμίως αυξητική τάση της συχνότητάς τους. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη των ιστολογικών διαγνώσεων των θυρεοειδεκτομών που διενεργήθηκαν στην ΩΡΛ Κλινική του Γ.Ν. Χανίων, της συχνότητας των κακοήθων νεοπλασιών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία, και της προγνωστικής αξίας των παραπομπών από τους ενδοκρινολόγους.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι και οι ιστολογικές εξετάσεις 931 θυρεοειδεκτομών που πραγματοποιήθηκαν από το 2005 και ήταν συμπληρωμένοι έως τον Ιούνιο του 2019.

Αποτελέσματα: Χειρουργήθηκαν 209 (22,4%) άνδρες και 722 (77,6%) γυναίκες με μέση ηλικία 52,6 (±13,1) και 49 (±13,5) έτη αντίστοιχα. Ιστολογικά κακόηθες νεόπλασμα διεγνώσθη σε ποσοστό 48,6% των θυρεοειδεκτομών με το θηλώδες καρκίνωμα (PTC) να αποτελεί το 94% και το θυλακικό (FTC) το 2,36%. Κατά την τελευταία 5ετία διαπιστώθηκε αύξηση στην επίπτωση των PTC κατά 24,5% σε σχέση με τα πρώτα 5 έτη της μελέτης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του PTC και FTC σε σχέση με το φύλο ($p=0,4$ και $p=0,28$ αντίστοιχα). Στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του PTC βρέθηκε στις ηλικίες <55 ($p=0,001$) καθώς και επί εδάφους θυρεοειδίτιδας ($p=0,003$). Η θετική προγνωστική αξία της παραπομπής από ενδοκρινολόγους βρέθηκε στην πρώτη 5ετία της μελέτης PPV=0,29 ενώ κατά τα τελευταία 5 έτη έφτασε σε τιμή PPV=0,55.

Συμπεράσματα: Παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης του PTC η οποία αποδίδεται σε πραγματική αύξηση της συχνότητας του αλλό και στη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων. Σε ασθενείς <55 ετών η συχνότητα εμφάνισης του PTC του θυρεοειδούς είναι σημαντικά μεγαλύτερη.

Λέξεις κλειδιά: θυρεοειδεκτομή, νεοπλάσματα θυρεοειδούς, θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς, ιστοπαθολογία, αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα.

ABSTRACT

Background: Thyroidectomies are the most common endocrine glands' operations. Thyroid neoplasms constitute 1-2% of all malignant tumors and there is an increasing trend in their incidence worldwide. The purpose of this study is to review the histological diagnoses of thyroidectomy specimens, performed at the ENT department of Chania General Hospital, as well as, the incidence of malignant neoplasms in relation to gender and age and the predictive value of endocrinologists' referral.

Materials and Methods: 931 patients' records, who underwent thyroid surgery from 2005 till June 2019, were retrospectively studied.

Results: 209 (22.4%) men and 722 (77.6%) women underwent thyroidectomy with mean age of 52.6 (± 13.1) and 49 (± 13.5) years, respectively. Histologically, malignant neoplasms account for 48.6% of thyroidectomies with PTC being 94% and follicular (FTC) 2.36%. Over the last five years, there has been an increase in the incidence of PTC by 24.5% compared to the first five years of the study. No statistically significant difference was found in the prevalence of PTC and FTC regarding gender ($p=0.4$ and $p=0.28$ respectively). A statistically significant difference in the incidence of PTC was found at ages <55 ($p=0.001$), as well as, in

cases with concurrent thyroiditis ($p=0.003$). The positive predictive value of the referral from endocrinologists was found to be $PPV = 0.29$ in the first five years of the study, while it has reached a value of 0.55 over the last 5 years.

Conclusions: There is an increase of PTC incidence, which is attributed to the actual increase in its frequency, as well as, to the improvement of diagnostic tools. In patients <55 years of age the incidence of thyroid PTC is significantly higher.

Key words: thyroidectomy, thyroid neoplasms, papillary thyroid carcinoma, histopathology, autoimmune thyroiditis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θυρεοειδεκτομή αποτελεί τη συχνότερη επέμβαση ενδοκρινών αδένων. Η αφαίρεση του θυρεοειδούς αδένος μπορεί να γίνει λόγω καλοήθων νοσημάτων, αλλά κυρίως λόγω κακοήθων εξεργασιών μετά από παραπομπή από ενδοκρινολόγο. Τα καλοήθων νοσήματα του θυρεοειδούς αδένος αφορούν τις οζώδεις βλάβες και τις φλεγμονώδεις νόσους. Οι οζώδεις βλάβες περιλαμβάνουν τον μονήρη θυρεοειδικό όζο (τοξικό ή μη τοξικό) και την πολυοζώδη βρογχοκήλη. Μια βρογχοκήλη μπορεί να είναι διάχυτη ή οζώδης/πολυοζώδης, τοξική ή μη τοξική. Οι φλεγμονώδεις θυρεοειδικές νόσοι περιλαμβάνουν την αυτοάνοσο θυρεοειδίτιδα, την υποξεία θυρεοειδίτιδα και τη θυρεοειδίτιδα Riedel's. Η αυτοάνοσος θυρεοειδίτιδα (ή χρόνια λεμφοκυτταρική ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto), είναι η πιο συχνή φλεγμονώδης νόσος του θυρεοειδούς αδένος. Η επίπτωσή της παγκοσμίως υπολογίζεται σε 0,3 έως 1,5 ανά 1000 άτομα.¹ Πρόκειται για την πιο συχνή αιτία πρωτοπαθούς υποθυρεοειδισμού και μη-ενδημικής βρογχοκήλης. Η συχνότητα της αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας είναι 10 έως 15 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες.

Οι θυρεοειδικές νεοπλασίες γενικά ταξινομούνται α) στο καλό διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς αδένος (θηλώδης -PTC ή θυλακιδώδες -FTC), β) στο μυελοειδές καρκίνωμα και γ) στο αναπλαστικό καρκίνωμα, άλλες κακοήθειες όπως λεμφώματα ή μεταστατικές εστίες είναι ιδιαίτερα σπάνιες. Ο θυρεοειδικός καρκίνος είναι η συχνότερη νεοπλασία των ενδοκρινών αδένων και αποτελεί το 1-2% όλων των κακοήθειών. Η συχνότητά του καρκίνου του θυρεοειδούς αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό - κατά μέσο όρο 4,5% ανά έτος από το 2007 έως το 2011.² Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι σε διάστημα 30 ετών έχει σχεδόν τριπλασιαστεί η συχνότητα των θυρεοειδικών νεοπλασιών στις ΗΠΑ.³ Περίπου το 70-80% των θυρεοειδικών καρκίνων αφορούν το PTC, το οποίο εμφανίζει μια σχετικά καλοήθων κλινική πορεία.^{4,5}

Τα αίτια της προοδευτικής αύξησης των νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς δεν είναι πλήρως κατανοητά. Παρά τις βελτιώσεις στην προεγχειρητική εκτίμηση τόσο στην απεικόνιση με υπερηχοτομογράφημα (US), όσο και στην βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA), θυρεοειδικά μικροκαρκινώματα (occult-OTC, μεγέθους ≤ 10 mm) ανευρίσκονται τυχαία σε υψηλά ποσοστά. Σε νεκροτομικά παρασκευάσματα, μικροκαρκινώματα θυρεοειδούς αναφέρονται σε ποσοστά από 0,01% στις ΗΠΑ έως 35,6% στη Φιλανδία.⁶ Σε περιπτώσεις θυρεοειδεκτομών για καλοήθων νοσήματα, μικροκαρκινώματα αναφέρονται σε ποσοστά 15,6%. Το ποσοστό ανεβαίνει σε 17,5% και 18,3% όταν οι ασθενείς πάσχουν από πολυοζώδη

βρογχοκήλη ή τοξική οζώδη βρογχοκήλη αντίστοιχα.⁷

Σκοπός της παρούσας αναδρομικής εργασίας είναι η μελέτη των ιστολογικών διαγνώσεων των θυρεοειδεκτομών που διενεργήθηκαν στην ΩΡΛ Κλινική του Γ.Ν. Χανίων, και η συσχέτιση των κακοήθων νεοπλασιών με το φύλο, την ηλικία, και την διάγνωση της αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας. Τέλος, μελετάται η προγνωστική αξία των παραπομπών για θυρεοειδεκτομή από τους ενδοκρινολόγους, δηλαδή αν η προεγχειρητική υποψία ή βεβαιότητα για νεοπλασματική νόσο του αδένος επικυρώθηκε από την ιστολογική εξέταση μετεγχειρητικά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι και οι ιστολογικές εξετάσεις 931 ασθενών που υποβλήθηκαν σε θυρεοειδεκτομή από το 2005 και ήταν συμπληρωμένοι έως και τον Ιούνιο του 2019 στην ΩΡΛ Κλινική του Γ. Ν. Χανίων. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το είδος της επέμβασης, η διάγνωση παραπομπής για θυρεοειδεκτομή, καθώς και τα ευρήματα της ιστολογικής εξέτασης. Συσχετίστηκε η ιστολογική απάντηση θυρεοειδικού καρκινώματος με το φύλο, την ηλικία και τη συνύπαρξη αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας (επιβεβαιωμένη ιστολογικά). Τέλος, μελετήθηκε η θετική προγνωστική αξία της ενδοκρινολογικής παραπομπής για την παρουσία θυρεοειδικού καρκινώματος.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του SPSS, v.22.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Για τη μελέτη του φύλου, της ηλικίας, της αιτίας παραπομπής και της επέμβασης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Η συσχέτιση των θυρεοειδικών καρκινωμάτων με το φύλο, την ηλικία, τη συνύπαρξη αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας έγινε με τη χρήση chi-square test και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε σε τιμή $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Χειρουργήθηκαν 722 (77,6%) γυναίκες και 209 (22,4%) άνδρες, με μέση ηλικία 49 ($\pm 13,5$) και 52,6 ($\pm 13,1$) έτη αντίστοιχα. Παραπέμφθηκαν για θυρεοειδεκτομή λόγω υποψίας κακοήθειας 611 (65,6%) ασθενείς. Σε ποσοστό 62,5% οι ασθενείς ήταν κάτω των 55 ετών. Οκτώ ασθενείς (0,8%) υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή λόγω προηγούμενης επέμβασης σε άλλο κέντρο, ενώ οι 923 σε ολική θυρεοειδεκτομή. Μία ασθενής 22 ετών υποβλήθηκε εκτός από την ολική θυρεοειδεκτομή, σε τροποποιημένο τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό λόγω τραχηλικής μετάστασης PTC.

Πίνακας Ι Δημογραφικά στοιχεία, αιτία παραπομπής και είδος της επέμβασης

ΦΥΛΟ	N (%)	ΗΛΙΚΙΑ min-max, mean (SD)	> 55 έτη N (%)	< 55 έτη	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ		ΕΠΕΜΒΑΣΗ	
					ΠΟΒ	Υποψία κακοήθειας	Ολική θυρεοειδεκτομή	Λοβεκτομή
Γυναίκες	722 (77,6)	15-80, 49 (±13,5)	471 (65,2%)	251 (34,8%)	248 (34,3%)	474 (65,7%)	716 (99,2%) (+1 λεμφαδενικός καθαρισμός)	6 (0,8%)
Ανδρες	209 (22,4)	19-85 52,6 (±13,1)	111 (53,1%)	98 (46,9%)	72 (34,5%)	137 (65,5%)	207 (99,1%)	2 (0,9%)
Σύνολο	931 (100)	15-85 49,8 (±13,5)	582 (62,5%)	349 (37,5%)	320 (34,4%)	611 (65,6%)	923 (99,2%)	8 (0,8%)

Τα δημογραφικά στοιχεία, η αιτία παραπομπής και το είδος της επέμβασης περιγράφονται στον Πίνακα Ι.

Ιστολογικά κακόηθες νεόπλασμα διεγνώσθη σε ποσοστό 48,6% των θυρεοειδεκτομών με το PTC να αποτελεί το 94% και το FTC το 2,36%. Δύο ασθενείς χειρουργήθηκαν με τη διάγνωση του μυελοειδούς καρκινώματος και 2 λόγω αναπλαστικού καρκινώματος θυρεοειδούς. Οι τελευταίοι απεβίωσαν 2 μήνες και 5 μήνες μετά την επέμβαση αντίστοιχα. Το PTC παρουσίασε προοδευτική αύξηση της συχνότητάς του κατά τη διάρκεια της μελέτης από 27,2% στο 51,5% των θυρεοειδεκτομών (Εικ. 1). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του PTC και FTC σε σχέση με το φύλο ($p=0,4$) (Πίνακας ΙΙ). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην επίπτωση του PTC στις ηλικίες <55 ετών ($p=0,001$), καθώς και στην ιστολογικά επιβεβαιωμένη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα ($p=0,003$) (Πίνακας ΙΙ). Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση του FTC μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,28$) καθώς και μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων ($p=0,3$), αν και ο αριθμός των FTC στο δείγμα μας είναι μικρός και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Η θετική προγνωστική αξία της παραπομπής από ενδοκρινολόγους βρέθηκε στην πρώτη πενταετία της μελέτης $PPV=0,29$, ενώ κατά τα τελευταία πέντε έτη έφτασε σε τιμή $PPV=0,55$.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς παρουσιάζει παγκόσμια αύξηση της συχνότητάς του. Οι Davies και συν., μελετώντας τα δεδομένα της Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER), για τα έτη από 1973 έως 2002, αναφέρουν αύξηση της συχνότητας του θυρεοειδικού καρκίνου κατά 2,4 φορές. Η αύξηση αυτή αποδόθηκε στην αύξηση της συχνότητας του PTC κατά 2,9 φορές, δηλαδή από 2,7 σε 7,7 ανά 100.000, κατά τη χρονική περίοδο που μελετήθηκε. Επιπλέον, φάνηκε ότι όγκοι μεγέθους $\leq 2\text{cm}$ συνέβαλλαν κατά 87% σε αυτήν την αύξηση. Η θνητότητα παρέμεινε σταθερή και έτσι οι συγγραφείς θεώρησαν ότι η αύξηση της συχνότητας του PTC οφειλόταν σε υπερδιάγνωση.⁸

Μελετώντας τα δεδομένα SEER για τα έτη 1974 έως 2013, οι Lim και συν., χρησιμοποίησαν στατιστικά μοντέλα που συνδύαζαν τη συχνότητα του θυρεοειδικού καρκίνου και τη θνητότητα με δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, με χαρακτηριστικά του όγκου και με τη σταδιοποίηση του καρκίνου. Βρήκαν ότι υπήρχε αύξηση της συχνότητας του θυρεοειδικού καρκίνου, που αφορούσε όγκους όλων των μεγεθών, αλλήλ αύξηση και της θνητότητας και επομένως, η αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του αδένα ήταν πραγματική.⁹

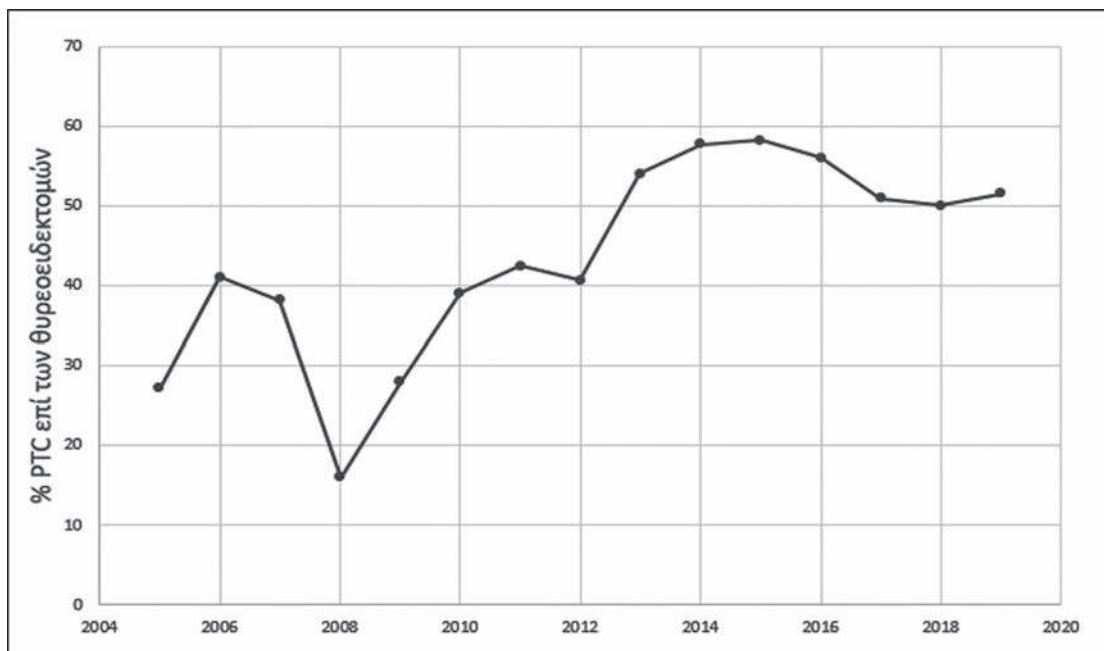
Στην παρούσα εργασία παρατηρείται αύξηση της συχνότητας του

θυρεοειδικού καρκίνου, οφειλόμενη κατά βάση στην αύξηση συχνότητας του PTC κατά 1,9 φορές. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της επίπτωσης του PTC μεταξύ των φύλων, αν και η πλειοψηφία των ασθενών μας ήταν γυναίκες σε ποσοστό 77,6%. Ενδιαφέρον είναι ότι, υπήρχε στατιστικά σημαντική υπεροχή της επίπτωσης PTC στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Χρησιμοποιήθηκε αυτό το ηλικιακό όριο καθώς η σταδιοποίηση του καρκίνου του θυρεοειδούς, σύμφωνα με την 8η έκδοση της American Joint Committee on Cancer (AJCC), χρησιμοποιεί την ηλικία των 55 ετών στην πρόγνωση επιβίωσης. Αν και δεν είναι ξεκάθαρο γιατί η ηλικία άνω των 55 ετών αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα θνητότητας, φαίνεται να είναι καθοριστική στην ανταπόκριση στη θεραπεία. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία σχετίζεται με διαφορές στην έκφραση του sodium-iodine symporter που παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσληψη του ραδιενεργού ιωδίου.^{10,11}

Οι Shah και συν., βρήκαν ότι είναι λιγότερο πιθανό να επιτευχθεί άριστη ανταπόκριση στη θεραπεία (δηλαδή, τιμές θυρεοσφαιρίνης <0.2 ng/ml, μη ανιχνεύσιμο αντίσωμα θυρεοσφαιρίνης και μη ανατομική ένδειξη παρουσίας νόσου) σε ηλικίες >55 ετών. Σαν συμπέρασμα, οι συγγραφείς θεωρούν ότι η ηλικία θεωρείται ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την ανεπαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία.¹² Έτσι, θα είναι ενδιαφέρον, αν στο μέλλον είναι εφικτή μια μελέτη επιβίωσης στον πληθυσμό μας, να εξακριβώσουμε πως ανταποκρίθηκαν οι νεότεροι ασθενείς, που είχαν στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα PTC, σε σχέση με εκείνους >55 ετών. Τελευταία, μοριακές μελέτες δίνουν νέα στοιχεία όσον αφορά την πρόγνωση σε σχέση με συγκεκριμένες μεταλλάξεις (BRAF, TERT), στην ογκογένεση των καλών διαφοροποιημένων θυρεοειδικών

καρκινωμάτων, σε σχέση με την ηλικία. Φαίνεται ότι, η ηλικία είναι ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου θνητότητας σε ασθενείς με μετάλλαξη BRAF V600E. Είναι πιθανό, μελλοντικά, μοριακοί δείκτες να εισαχθούν στα κριτήρια σταδιοποίησης του θυρεοειδικού καρκίνου ειδικά σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς.¹³ Ένα επίσης εύρημα που προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ιστολογικών απαντήσεων ήταν η ισχυρή συσχέτιση της παρουσίας PTC με τη συνύπαρξη ιστολογικά επιβεβαιωμένης αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας. Πρώτοι οι Dailey και συν., περιέγραψαν την αυξημένη επίπτωση των καλών διαφοροποιημένων καρκινωμάτων του θυρεοειδούς αδένος και κυρίως με το PTC.¹⁴ Έκτοτε έχουν γίνει πολλές μελέτες κάποιες από τις οποίες αντικρούουν τα αποτελέσματα των Dailey και συν.¹⁵ Οι Jankovic και συν., σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρήκαν ότι σε υλικό FNAB ο μέσος όρος επίπτωσης PTC σε ασθενείς με, εργαστηριακά επιβεβαιωμένη, νόσο Hashimoto ήταν μόλις 1,2%, ενώ σε χειρουργικά παρασκευάσματα το ποσοστό ανέβαινε στο 27,6%.¹⁶

Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά: είναι συνήθως νέες γυναίκες, με λιγότερο επιθετική νόσο, μικρότερη πιθανότητα τραχηλικών μεταστάσεων και υποτροπών και γενικά υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης.^{17,18,19} Διάφορες θεωρίες έχουν προταθεί για την αιτιοπαθολογική εξήγηση των δύο νόσων. Η θυρεοειδίτιδα Hashimoto προκαλεί διάχυτη λεμφοκυτταρική διήθηση και είναι μια ανεξάρτητη χρόνια διαδικασία. Δεν θεωρείται ως αντίδραση στο θυρεοειδικό καρκίνωμα. Αυτό που συμβαίνει είναι αντιδραστικές μεταβολές των στρωματικών κυττάρων, οι οποίες προκαλούνται από τη χρόνια φλεγμονή που οδηγούν σε κυτταρική βλάβη και κατά συνέπεια σε ανάπτυξη



Εικόνα 1 Γραφική παράσταση του ποσοστού ιστολογικής διάγνωσης PTC στις θυρεοειδεκτομές κατά τα έτη της μελέτης.

Πίνακας II

Συσχέτιση του PTC με το φύλο, την ηλικία και την παρουσία ιστολογικά επιβεβαιωμένης αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας

Θηλώδες θυρεοειδικό καρκίνωμα (PTC)			
Παράγοντες	N (%)	Pearson chi-square	p value
Γυναίκες	326 / 722 (45,1%)	0,49	0,4
Ανδρες	100 / 209 (47,8%)		
<55 έτη	290 / 582 (49,8%)	10,3	0,001
>55 έτη	136 / 349 (38,9%)		
Με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα	128 / 237 (54%)	8,72	0,003
Χωρίς αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα	298 / 694 (42,9%)		

όγκου. Επιπλέον, η λεμφοκυτταρική διήθηση στη θυρεοειδίτιδα Hashimoto, αποτελεί μια ανοσοολογική απάντηση με κατασταλτική δράση ενάντια στον καρκίνο, γεγονός που συνεισφέρει στην πιο καλοήγη συμπεριφορά του PTC σε αυτούς τους ασθενείς.¹⁶ Μια άλλη υπόθεση της συσχέτισης μεταξύ PTC και Hashimoto είναι ότι τα αυξημένα επίπεδα thyroid-stimulating hormone (TSH) που ανευρίσκονται σε υποθυρεοειδικούς ασθενείς με αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, προκαλούν τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών θυλακιακών κυττάρων προκαλώντας την εμφάνιση PTC.²⁰ Επιπλέον, η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα και το PTC εμφανίζουν κοινά στοιχεία στο βιομοριακό προφίλ τους. Για παράδειγμα, η έκφραση CD98 (συστατικό ενός μεταφορέα αμινοξέων στην κυτταρική μεμβράνη που εμπλέκεται στην ογκογένεση), η έκφραση του p63 (παράγει έναν ανταγωνιστικό αναστολέα του p53), ή η μετάλλαξη του BRAF (V600E).^{21,22,23}

Κάποια από τα καρκινώματα στη μελέτη μας ήταν μεγέθους <10mm και βρέθηκαν ως τυχαίο εύρημα, καθώς οι ασθενείς προσήλθαν για θυρεοειδεκτομή λόγω άλλης παθολογίας, χωρίς την υποψία κακοήθειας. Τα ΟΤΚ παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς άνω των 45 ετών, μπορεί να βρεθούν σε περισσότερες της μιας θέσης εντός του αδένος, και η μόνη σίγουρη διαγνωστική προσέγγιση είναι η ολική εξαίρεση του θυρεοειδούς και η προσεκτική ιστολογική εξέταση σε λεπτές τομές του παρασκευάσματος της τάξης των 0,3 mm.

Προβλήματα που συναντήσαμε στην αναδρομική μελέτη των αρχείων της κλινικής μας είναι: α) το διαφορετικό διαγνωστικό

πρωτόκολλο που ακολουθούν οι ενδοκρινολόγοι με αποτέλεσμα κάποιοι ασθενείς να φέρουν μόνο FNAB, ή μόνο απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις (οι οποίες ποικίλουν από υπερηχοτομογραφία, ελαστογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία τραχήλου), β) ο διαφορετικός, μέχρι πριν κάποια χρόνια, τρόπος παρουσίασης των αποτελεσμάτων της FNAB, γ) ο μη ενιαίος τρόπος περιγραφής της ιστολογικής εξέτασης με συνέπεια σε κάποιες εκθέσεις να λείπει το μέγεθος του όγκου.

Για να λυθούν προβλήματα ορολογίας και ταξινόμησης της FNAB του θυρεοειδούς αδένος, το National Cancer Institute διοργάνωσε διημερίδα τον Οκτώβριο του 2007 στην οποία θεμελιώθηκε το σύστημα Bethesda.²⁴ Με το σύστημα αυτό οι κυτταρολόγοι επικοινωνούν με ενιαία γλώσσα με τους κλινικούς και εκτιμάται καλύτερα η πιθανότητα κακοήθειας. Είναι χαρακτηριστικό ότι, κατά την πρώτη πενταετία της μελέτης μας η θετική προγνωστική αξία των παραπομπών για θυρεοειδεκτομή, όσον αφορά την κακοήθεια, ήταν 0,29, γεγονός που πιθανά αντικατοπτρίζει την προοδευτική και ίσως καθυστερημένη χρήση του νέου συστήματος ταξινόμησης από τους κυτταρολόγους. Κατά τα τελευταία πέντε χρόνια, η θετική προγνωστική αξία των παραπομπών σχεδόν διπλασιάστηκε φτάνοντας στο 0,55. Έτσι, η αύξηση της συχνότητας του PTC οφείλεται τόσο στην αληθινή αύξηση του αριθμού των περιστατικών σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και στη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων.

Συμπερασματικά, στον πληθυσμό της μελέτης μας αναδείχθηκε αύξηση της συχνότητας του PTC, με μεγαλύτερη επίπτωση σε ασθενείς ηλικίας <55 ετών, οι οποίοι βιβλιογραφικά εμφανίζουν καλύτερη πρόγνωση. Η ιστολογικά επιβεβαιωμένη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, φαίνεται επίσης να συσχετίζεται ισχυρά με την πιθανότητα συνύπαρξης PTC. Η ασφαλέστερη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων του θυρεοειδούς αδένος, ακόμη και σε περιπτώσεις χωρίς υποψία κακοήθειας, είναι η ολική θυρεοειδεκτομή, ακολουθούμενη από ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος σε λεπτές τομές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1995;43:55-68.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin* 2015;65:5-29.
3. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 140:317-22.
4. Jiwang L, Zhendong L, Shuchun L, et al. Clinicopathologic characteristics of familial versus sporadic papillary thyroid carcinoma. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2015;35:234-42.
5. Cho BY, Choi HS, Park YJ, et al. Changes in the clinicopathological characteristics and outcomes of thyroid cancer in Korea over the past four decades. *Thyroid* 2013;23:797-804.
6. Boucek J, Kastner J, Skrivan J, Grosso E, Gibelli B, Giugliano G et al. Occult thyroid carcinoma. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2009;29:296-304.
7. Smith JJ, Chen X, Schneider DF, Broome JT, Sippel RS, Chen H et al. Cancer after thyroidectomy: a multi-institutional experience with 1,523 patients. *J Am Coll Surg*. 2013;216:571-7.
8. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA* 2006; 18:2164-7.

9. Lim H, Devesa SS, Sosa JA, et al. Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974–2013. *JAMA* 2017; 317:1338–48.
10. Faggiano A, Coulot J, Bellon N, et al. Age-dependent variation of follicular size and expression of iodine transporters in human thyroid tissue. *J Nucl Med* 2004; 45:232–7.
11. Saad AG, Kumar S, Ron E, et al. Proliferative activity of human thyroid cells in various age groups and its correlation with risk of thyroid cancer after radiation exposure. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:2672–7.
12. Shah S, Boucai L. Effect of age on response to therapy and mortality in patients with thyroid cancer at high risk of recurrence. *J Clin Endocrinol Metab* 2018; 103:689–97.
13. Shen X, Zhu G, Liu R, et al. Patient age-associated mortality risk is differentiated by BRAFV600E status in papillary thyroid cancer. *J Clin Oncol* 2018; 36:438–45.
14. Dailey ME, Lindsay S, Skahen R. Relation of thyroid neoplasms to Hashimoto disease of the thyroid gland. *AMA Arch Surg* 1955; 70:291–7.
15. Holm LE, Blomgren H, Lowhagen T. Cancer risks in patients with chronic lymphocytic thyroiditis. *N Engl J Med* 1985; 312:601–4.
16. Jankovic B, Le KT, Hershman JM. Clinical review: Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma: is there a correlation? *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98:474–82.
17. Zhang Y, Dai J, Wu T, et al. The study of the coexistence of Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol* 2014; 140:1021–6.
18. Jara SM, Carson KA, Pai SJ, et al. The relationship between chronic lymphocytic thyroiditis and central neck lymph node metastasis in North American patients with papillary thyroid carcinoma. *Surgery* 2013; 154:1272–80.
19. Dvorkin S, Robenshtok E, Hirsch D, et al. Differentiated thyroid cancer is associated with less aggressive disease and better outcome in patients with coexisting Hashimoto's thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98:2409–14.
20. McLeod DS, Watters KF, Carpenter AD, et al. Thyrotropin and thyroid cancer diagnosis: a systematic review and dose-response meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:2682–92.
21. Kim KH, Suh KS, Kang DW, Kang DY. Mutations of the BRAF gene in papillary thyroid carcinoma and in Hashimoto's thyroiditis. *Pathol Int* 2005; 55:540–5.
22. Anderson CE, Graham C, Herriot MM, et al. CD98 expression is decreased in papillary carcinoma of the thyroid and Hashimoto's thyroiditis. *Histopathology* 2009; 55:683–6.
23. Unger P, Ewart M, Wang BY, et al. Expression of p63 in papillary thyroid carcinoma and in Hashimoto's thyroiditis: a pathobiologic link? *Hum Pathol* 2003; 34:764–9.
24. Cibas E, Ali S. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol* 2009; 132:658–65.

Επιμέλεια συνέντευξης:
Παπαδάκης Χαρίτων
 Χειμώνα Θεογνωσία
 Για το περιοδικό
 της Πανελλήνιας ΩΡΛ Εταιρείας

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
 Παπαδάκης Χαρίτων
 Ψαρών 7, ΤΚ. 71307, Ηράκλειο Κρήτης
 chrap@hotmail.com

Συνέντευξη με τον Εμμανουήλ Χελιδόνη



Ο ομότιμος Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας Εμμανουήλ Χελιδόνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Εμμανουήλ Χελιδόνης υπηρέτησε την ακαδημαϊκή κοινότητα από τη θέση του Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας επί 25 έτη, αρχικά στο Πανεπιστήμιο Πάτρας (1984) και στη συνέχεια στο Πανεπιστήμιο Κρήτης (1987). Πνεύμα ανήσυχο και προοδευτικό ανέπτυξε όλους τους τομείς της ειδικότητας και όντας γενναιόδωρος με τους νέους συναδέλφους έδινε ευκαιρίες για κλινική και επιστημονική εξέλιξη. Υπήρξε από τους αγαπητούς και δημοφιλείς Καθηγητές στους φοιτητικούς κύκλους, ξεχωρίζοντας για τη συμπεριφορά του ανάμεσα στους άλλους Καθηγητές. Ο ερχομός του από τις Η.Π.Α. ήταν σαφώς προς όφελος της ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας, καθώς έφερε αέρα ανανέωσης του κατεστημένου -χαρακτηριστική ήταν η φράση του: «η γνώση πρέπει να μοιράζεται». Υποστήριζε κάθε ερευνητική πρόταση και ιδέα και εισήγαγε καινοτόμες κλινικές εφαρμογές. Προέβαλε τους συνεργάτες του σε επιστημονικές εκδηλώσεις και προγράμματα, δίνοντας έναν εξωστρεφή χαρακτήρα στην Κλινική του, απολαμβάνοντας τόσο εθνική όσο και διεθνή αναγνώριση. Χαρακτηριστικό της προσφοράς του στην Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία υπήρξε το γεγονός ότι τέσσερις ΩΡΛ Καθηγητές σε τέσσερα διαφορετικά Ελληνικά Πανεπιστήμια υπήρξαν μαθητές και στενοί συνεργάτες του στην Πάτρα και το Ηράκλειο. Ο Εμμανουήλ Χελιδόνης ξεχώριζε για το ήθος του, την αγάπη του για την οικογένειά του, την αφοσίωση στην επιστήμη του και τους ασθενείς του. Αποτελεί ένα φωτεινό παράδειγμα Δασκάλου, ο οποίος εισέπραξε και ακόμη εισπράττει την αγάπη και το σεβασμό των μαθητών του. Άλλωστε ως Καθηγητής και ως Άνθρωπος υπήρξε πηγή έμπνευσης για πολλούς από εμάς.

Τον συναντήσαμε στο Ηράκλειο με αφορμή τη συνέντευξη που έδωσε με μεγάλη χαρά για το περιοδικό της Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας.

Πόσο δύσκολο ήταν για την εποχή σας να ακολουθήσει κάποιος υψηλού επιπέδου ακαδημαϊκές σπουδές λόγω των δύσκολων κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων της χώρας;

Την εποχή που ήμουν ειδικευόμενος (1968-1970) στην ΩΡΛ κλινική στο Νοσοκομείο του ΕΕΣ (Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού) στην Αθήνα, υπήρχαν αρκετά δύσκολες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στη χώρα μας. Θυμάμαι όμως, ότι αρκετοί από τους δασκάλους μας είχαν καταφέρει και είχαν εξειδικευτεί σε γνωστά ΩΡΛ κέντρα ευρωπαϊκών χωρών όπως π.χ. της Αγγλίας, της Γερμανίας και της Γαλλίας.

Πόσο διαφορετική βλέπετε τη φοιτητική ζωή που ζήσατε σε σχέση με εκείνη των σημερινών φοιτητών;

Έχουν περάσει πάνω από πενήντα χρόνια από τότε που ήμουν φοιτητής στην Αθήνα. Μία εποχή που τη θυμάμαι με νοσταλγία. Η Αθήνα τότε ήταν μία καθαρή, ήρεμη και ήσυχη πόλη με λίγα αυτοκίνητα και θόρυβο. Με τους συμφοιτητές μου είχαμε πολύ φιλικές σχέσεις και υπήρχε μεγάλος σεβασμός προς τους δασκάλους μας, αν και υπήρχαν στιγμές που μας άρεσε να τους πειράζουμε. Εκείνοι δε, μας αντιμετώπιζαν με κατανόηση, καλοσύνη και κάποια αυστηρότητα. Ντυνόμαστε ευπρεπώς και

τα τζιν ήταν απαγορευμένα να τα φοράμε στην Ιατρική Σχολή την εποχή εκείνη.

Πώς πάρθηκε η απόφαση να συνεχίσετε την εκπαίδευσή σας στις ΗΠΑ;

Την απόφαση για να συνεχίσω την εκπαίδευσή μου την πήρα το 1969 προς το τέλος της ειδικότητάς μου στον ΕΕΣ. Ασφαλώς συνέβαλε και το γεγονός, ότι στενοί συγγενείς μου όπως η αδελφή του πατέρα μου και η οικογένειά της ήταν αμερικανοί πολίτες και ζούσαν στο Pittsburgh των Η.Π.Α. Έτσι αποφάσισα να δώσω τις απαραίτητες εξετάσεις μετά το τέλος της ειδικότητας, τις οποίες πέρασα επιτυχώς κι έτσι βρεθήκαμε στις Η.Π.Α. με τη γυναίκα μου, Κληιώ, το 1970.

Συναντήσατε δυσκολίες στην προσαρμογή σας στην εκεί ζωή; Είχατε προβλήματα λόγω διαφορετικής εθνικότητας;

Δε νομίζω ότι συναντήσαμε δυσκολίες στην προσαρμογή μας στην εκεί ζωή. Ίσως γιατί η οικογένειά της αδελφής του πατέρα μου μας στάθηκε με αγάπη και επίσης λόγω των σπουδαίων δασκάλων ΩΡΛ που είχα την τύχη να έχω εκεί. Η εθνικότητα δεν έπαιξε κανένα ρόλο σε αυτό. Εκείνο που εκτιμάτο και αξιολογείτο ήταν η εργατικότητα, η συνέπεια, η αφοσίωση και ο σεβασμός προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους δασκάλους μας.

Ποιο ήταν κατά τη γνώμη σας το μεγαλύτερο κέρδος από την εκπαίδευσή σας στην Αμερική;

Κατά τη γνώμη μου το μεγαλύτερο κέρδος στην εκπαίδευσή μου στις Η.Π.Α. ήταν το θεωρητικό βέβαια σκέλος της ειδικότητας, αλλά νομίζω πολύ περισσότερο η χειρουργική πείρα και η συμμετοχή μου σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις όλων των οργάνων της ειδικότητάς μας με τη συμπαράσταση και τη βοήθεια σπουδαιών και διεθνούς φήμης εξειδικευμένων δασκάλων που είχαμε τη τύχη να έχουμε όλοι οι εκπαιδευόμενοι της ΩΡΛ Πανεπιστημιακής Κλινικής του Pittsburgh. Φυσικά υπήρχαν στη διάθεσή μας και τα πλήρως εξοπλισμένα εργαστήρια κροταφικών οστών και άλλων οργάνων. Επίσης όμως βοήθησε και το γεγονός ότι προ-υπήρχε και η ολιγόμηνη εκπαίδευση σε συμμετοχή μας στις ειδικότητες της αναισθησιολογίας, π्लाστικής χειρουργικής και νευροχειρουργικής. Επειδή ορισμένοι από τους δασκάλους μας είχαν και ιδιωτικά ιατρεία και χειρουργούσαν και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, ήταν σύνηθες να μας παίρνουν στα ιατρεία τους καθώς και στα χειρουργεία τους για εκπαιδευτικούς και μόνο λόγους. Ήταν και αυτή μια σπουδαία παράμετρος που βοήθησε στον εμπλουτισμό της χειρουργικής μας πείρας. Ασφαλώς μεγάλοι και ικανοί δάσκαλοι υπάρχουν και εκτός των μεγάλων νοσοκομείων που δίδουν ειδικότητα. Η δε επαφή με τέτοιους εκπαιδευτές μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για την επιστημονική πορεία και το μέλλον των εκπαιδευομένων ιατρών.

Ποιους από τους Καθηγητές σας θεωρείτε μέντορες σας, άτομα που σας σημάδεψαν στη μετέπειτα καριέρα σας;

Είχα την τύχη να έχω σπουδαίους μέντορες τόσο στην Ελλάδα όσο και στις Η.Π.Α. Σπουδαίοι δάσκαλοί μου στην Ελλάδα υπήρξαν οι Παναγιώτης Νασούφης, Γιώργος Δοκιανάκης, Ευάγγελος Λιάπης, Γρηγόρης Καστέλης, Παναγιώτης Πανταζόπουλος, Κώστας Παπαφράγκος και Γιώργος Αδαμόπουλος. Στις



Ο Χαρίτων Παπαδάκης και ο Ιωάννης Μπιζάκης στο εργαστήριο κροταφικού της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Pittsburgh (1996).



Το κτίριο της Πανεπιστημιακής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής στο Eye and Ear Institute, UPMC, Pittsburgh.

Η.Π.Α. οι Raymond Jordan, Eugene Myers, Ralph Caparosa, Kenneth Hinderer, Mark May, Sidney Busis, Paul Dishart, Charles Bluestone, Donald Kamerer, Sylvan Stool, George Schein, Joseph Zahorchak, Sebastian Arena, Herman Felder, Joe Cantellops, κ.α.

Ήταν εύκολη η μετάβαση πίσω στην ελληνική πραγματικότητα; Πότε έγινε; Πώς σας υποδέχτηκε το πανεπιστημιακό κατεστημένο της εποχής;

Ομολογώ ότι η μετάβαση πίσω στην Ελληνική πραγματικότητα ήταν σχετικά ομαλή. Έγινε σταδιακά και αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός, ότι είχε προηγηθεί η ειδικότητά μου της ΩΡΛ στην Ελλάδα, οπότε γνώριζα πρόσωπα και καταστάσεις, οι οποίες δεν είχαν αλλάξει και πολύ όλα αυτά τα χρόνια που έλειπα στις Η.Π.Α. Σε ότι αφορά το πανεπιστημιακό κατεστημένο της εποχής, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων που ασφαλώς πάντα υπήρχαν και θα υπάρχουν, έγινε εύκολα αποδεκτός και έτυχα σχετικά γρήγορα της αναμενόμενης από εμένα φιλικής συναδελφικής επιστημονικής και κοινωνικής αναγνώρισης.



Η πρώτη ομάδα ιατρών της Πανεπιστημιακής Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής στο ΠΑΓΝΗ (1990) διακρίνονται οι: ειδικευμένοι (μπροστά από αριστερά) Γ. Βελεγράκης, Π. Χριστοδούλου, Ε. Χελιδόνης, Ι. Σέγγας, Ι Μπιζάκης και ειδικευόμενοι (πίσω από αριστερά) Α. Σφακιανάκης, Χ. Σκουλάκης, Χ. Παπαδάκης, Μ. Βολιτάκης, Γ. Κάββαλος.

Πολλοί από τους μαθητές/συνεργάτες σας λένε ότι, ο ερχομός σας στην Ελλάδα και οι πανεπιστημιακές θέσεις που κατακτήσατε, έφεραν ανανεωτικό αέρα στην ακαδημαϊκή κοινότητα. Νομίζετε ότι αυτό θα συνέβαινε ακόμη και αν δεν φεύγατε στο εξωτερικό;

Ομοιογώ ότι αισθάνομαι ιδιαίτερα ευγνώμων και ευχαριστώ όλους εκείνους που πιστεύουν, ότι η επιστροφή μου στην Ελλάδα υπήρξε χρήσιμη για την ειδικότητα. Πιστεύω, ότι φεύγοντας στο εξωτερικό και έχοντας τη σπάνια τύχη να μετεκπαιδευτώ σε ένα κέντρο μεγάλης ακτινοβολίας, μου έδωσε τη δυνατότητα, τις γνώσεις και την εμπειρία να προσφέρω κι εγώ στην ειδικότητα της ΩΡΛ στη χώρα μας, όπως συνέβη και συμβαίνει και σήμερα και με άλλους αξιόλογους συναδέλφους.

Πώς βιώσατε τις αλλαγές στο πανεπιστήμιο όλα τα χρόνια που το υπηρέτησα ως Καθηγητής;

Η αλήθεια είναι, ότι στα χρόνια που υπηρέτησα ως καθηγητής έγιναν αρκετές αλλαγές στο Ελληνικό πανεπιστήμιο, ορισμένες μέτριες και ορισμένες καλές. Καλό θα ήταν να υπήρχε μία σταθερότητα, το πανεπιστήμιο να είχε μία σχετική ανεξαρτησία, για να μπορεί να υιοθετεί ορισμένα προγράμματα αναγνωρισμένων πανεπιστημίων του εξωτερικού και να προσπαθεί να προσελκύει σπουδαίους Έλληνες επιστήμονες που διαπρέπουν στο εξωτερικό.

Υπάρχουν σημαντικές στιγμές στην καριέρα σας που σας έχουν σημαδέψει και θα θέλατε να τις μοιραστείτε μαζί μας;

Θα αναφερθώ σε λίγες μόνο σημαντικές στιγμές στη διάρκεια της καριέρας μου που επηρέασαν εμένα και πιθανόν και άλλους. Σε ότι αφορά τα επιστημονικά επιτεύγματα πιστεύω ότι είναι τα

παρακάτω. Πρώτον, η πολυφασματική απεικόνιση, για την οποία εγώ και ο καθηγητής του Πολυτεχνείου Κρήτης κ. Κωνσταντίνος Μπάλλας βραβευθήκαμε με το πρώτο βραβείο της Αμερικανικής ΩΡΛ εταιρείας. Δεύτερον, ο μετασχηματισμός χόνδρου με ακτίνες λέιζερ, έρευνα για την οποία εγώ και ο καθηγητής του Πανεπιστημίου της Μόσχας, Emil Sobol, βραβευθήκαμε με το βραβείο Maiman του εφευρέτη των ακτίνων LASER. Φυσικά και πολλές άλλες εργασίες μου ήταν το αποτέλεσμα ομαδικής εργασίας από εμένα και τους συνεργάτες μου, τους οποίους και ευχαριστώ και χωρίς τους οποίους δε θα είχαν επιτευχθεί πολλά.

Υπάρχουν κάποιοι συνεργάτες σας που ξεχωρίσατε στην επαγγελματική ζωή σας;

Αισθάνομαι ιδιαίτερα υποχρεωμένος να αναφέρω τα ονόματα των κυριότερων συνεργατών μου. Αυτοί ήταν οι: Παναγιώτης Γκούμας, Ιωάννης Σέγγας, Παναγιώτης Χριστοδούλου, Γιώργος Βελεγράκης, Ιωάννης Μπιζάκης, Χαρίτων Παπαδάκης, Χαράλαμπος Σκουλάκης, Διονύσιος Κυρμιζάκης, Μανώλης Προκοπάκης, Ιωάννης Χατζιωάννου, Αλέξανδρος Καρατζάνης, Ειρήνη Παναγιωτάκη, Νίκος Χατζάκης και Θεανώ Χειμών. Και φυσικά όλοι οι ειδικευόμενοι για τους οποίους σήμερα είμαι υπερήφανος για τις αξιόλογες επιστημονικές και κοινωνικές επιδόσεις τους. Επίσης θα ήθελα να αναφέρω και το Ζαχαρία Αμανάκη, τον οποίο γνώρισα ως ειδικευόμενο κατά τη διάρκεια της θητείας μου ως υφηγητής στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και ο οποίος αργότερα από τη θέση του διευθυντή της ΩΡΛ Κλινικής του Βενιζέλειου Γενικού Νοσοκομείου συνέβαλε στη βελτίωση του επιπέδου της ΩΡΛ ειδικότητας στην Κρήτη, ένα έργο που συνεχίζεται με επιτυχία από τους άξιους συνεργάτες του. Εδώ θα ήθελα να πω για το μεγάλο κλινικό, διδα-

κτικό και ερευνητικό έργο, το οποίο συντελείται στην ΩΡΛ Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου από τον Καθηγητή Γιώργο Βελεγράκη, το επιτελείο του και τους συνεργάτες του. Τέλος, θα ήταν παράλειψή μου να μην αναφέρω το μεγάλο έργο, το οποίο επιτελείται για τον Κρητικό λαό στην ΩΡΛ Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων από το Διευθυντή της, Χαρίτωνα Παπαδάκη και τους συνεργάτες του. Επίσης θα ήταν παράλειψή μου να μην αναφέρω τον παλιό μου συνεργάτη Άρη Πάγκαλο, ο οποίος επιτελεί πλούσιο έργο, όχι μόνο στην ΩΡΛ αλλά και σε άλλους κοινωνικούς τομείς. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και για τον εξαιρετικό συνάδελφο Δημήτριο Γκέλη, ο οποίος με το μεγάλο συγγραφικό και εκπαιδευτικό του έργο συνέβαλε στη διάγνωση και αντιμετώπιση των αλλεργικών παθήσεων και όχι μόνο στην ειδικότητα της ΩΡΛ.

Είναι γνωστή η αγάπη που σας έχει ο Κρητικός λαός και οι ασθενείς σας, όμως η καριέρα σας εκτός από επιστημονικές ή κλινικές επιτυχίες είχε και διοικητικές θέσεις και διακρίσεις.

Οι σχέσεις μου με τους ασθενείς μου πράγματι ήταν πάντα καλές. Σε ότι αφορά τις διοικητικές θέσεις, είχα την τύχη να έχω αρκετές τόσο στο Πανεπιστήμιο όσο και στο Νοσοκομείο, στην ειδικότητά μου, στη διεθνή ΩΡΛ, στην τοπική κοινωνία και στον ΕΕΣ. Για όλη αυτή τη διαδρομή τιμήθηκα με διάφορες διακρίσεις, για τις οποίες ευχαριστώ πολύ τους συναδέλφους μου. Πιστεύω δε, ότι κάθε τιμητική διάκριση δημιουργεί ακόμη περισσότερες υποχρεώσεις προς τον τιμώμενο για να προσπαθεί ακόμη περισσότερο.

Τι ρόλο έπαιξε η οικογένεια στην επιτυχημένη επαγγελματική ζωή σας;

Η οικογένεια πάντα έπαιζε και παίζει ρόλο για μία ομαλή και επιτυχημένη επαγγελματική ζωή. Για το λόγο αυτό οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στη γυναίκα μου, Κλειώ, και στα παιδιά μου Στέφανο και Μερόπη.

Τι θα συμβουλευάτε τους νέους συναδέλφους που επιθυμούν να ακολουθήσουν την ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας;

Τους νέους ιατρούς που επιθυμούν να ακολουθήσουν την ειδικότητα της ΩΡΛ θα συμβούλευα τα εξής: να είναι πάντα προσεισμένοι, απλοί και κατανητοί προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, να συμπάσχουν όταν πρέπει μαζί μ' αυτούς, με τα παιδιά να γίνονται κι αυτοί παιδιά, να είναι ειλικρινείς και ευπρεπείς, να μην είναι αλαζόνες, να εκτιμούν τους συναδέλφους τους, να σέβονται τους δασκάλους τους και να προσπαθούν συνεχώς να βελτιώνονται επιστημονικά.

Πώς κατά τη γνώμη σας θα βελτιωθεί η κατάσταση που υφίσταται τα τελευταία χρόνια με τη μετανάστευση των νέων ιατρών, την αποδυνάμωση της δημόσιας υγείας και την υποστελέχωση των κλινικών από ειδικούς και ειδικευόμενους;

Για να ανακοπεί η μετανάστευση των νέων ιατρών θα πρέπει να βελτιωθεί η δημόσια υγεία και να ανακάμψει η οικονομία. Θα πρέπει επίσης όσοι καταλαμβάνουν διάφορες επιστημονικές διοικητικές και άλλες θέσεις να έχουν τα κατάλληλα προσόντα και να αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση. Γεγονός πάντως είναι, ότι όποιος θέλει να βελτιώσει την επιστημονική του θέση



Βράβευση του Καθηγητή Eugene Myers από τον τότε Πρόεδρο της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας Καθηγητή Ε. Χελιδόνη, κατά τη διάρκεια του 7ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής και Τραχήλου το 1993 στο Σίσι Λασιθίου.

πρέπει συνεχώς να προσπαθεί. Εάν δε πιστεύει, ότι έχει ανάγκη περαιτέρω μετεκπαίδευσης, τότε πρέπει να προσπαθήσει να βρει το επιστημονικό ιατρικό εκείνο κέντρο που θα τον βελτιώσει, είτε αυτό είναι στην Ελλάδα, είτε στο εξωτερικό. Εδώ θα ήθελα να αναφέρω μερικά ονόματα συνεργατών και μη, οι οποίοι στο παρελθόν για κάποιο διάστημα μετεκπαιδεύτηκαν στην Πανεπιστημιακή ΩΡΛ κλινική του Pittsburgh: Μιχάλης Ανδρουλάκης, Ευθύμιος Χριστόπουλος, Ιωάννης Σέγγας, Παναγιώτης Χριστοδούλου, Ιωάννης Μπιζάκης, Χαρίτων Παπαδάκης, Μανώλης Προκοπάκης και Χαράλαμπος Σκουλάκης. Πιστεύω, ότι η κλινική του Pittsburgh συνέβαλε κατά κάποιο τρόπο στη βελτίωση της ΩΡΛ στη χώρα μας, γεγονός για το οποίο ευχαριστούμε θερμά το εκεί επιστημονικό και το άλλο προσωπικό της.

Πόσο εύκολο είναι για έναν δραστήριο ακαδημαϊκό -ιατρό- χειρουργό να αφήσει την ενεργό δράση όταν έρθει η ώρα της συνταξιοδότησης;

Η ζωή και ιδίως η επαγγελματική ζωή είναι σύντομη και αργά ή γρήγορα έρχεται η στιγμή της συνταξιοδότησης. Σε ότι αφορά τους γιατρούς πιστεύω, ότι η πολύτιμη επιστημονική και κοινωνική εμπειρία που έχουν συσσωρεύσει στη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής πρέπει, εφόσον φυσικά είναι δυνατόν, να συνεχίζεται κατά κάποιο τρόπο και μετά τη συνταξιοδότηση. Υπάρχουν πολλές κοινωνικά ευαίσθητες ομάδες, σύλλογοι και φορείς που μπορεί κάποιος να προσφέρει. Φυσικά είναι και τα ίδια τα νοσοκομεία. Θυμάμαι, ότι στις Η.Π.Α., στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στο οποίο εκπαιδεύτηκα, ορισμένοι συνταξιούχοι ιατροί ανεξαρτήτως ειδικότητας καλούνταν να συνεχίσουν να προσφέρουν την πολύτιμη και πολυετή εμπειρία τους, όταν αυτό τους ζητείτο. Αυτό ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο για τους εκπαιδευόμενους που είχαν έτσι περισσότερους έμπειρους εκπαιδευτές. Σε ότι αφορά εμένα προσφέρω εθελοντικά τις υπηρεσίες μου στον ΕΕΣ, του οποίου είμαι μέλος. Προσφέρω επίσης τη βοήθειά μου στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων στο χωριό καταγωγής μου, Βενεράτο. Ένα άλλο θέμα με το οποίο ασχολούμαι είναι και το τεράστιο θέμα της κλιματικής αλλαγής καθώς και οι επιπτώσεις που έχει το περιβάλλον στην υγεία.

Τσακιράκη Ελένη
Χειμώνα Θεογνωσία
Λαδιάς Αλέξανδρος
Παπαδάκης Χαρίτων
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

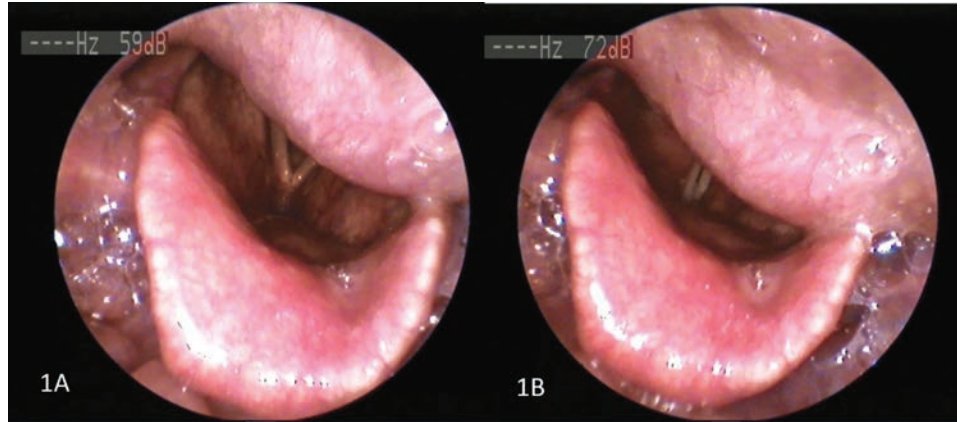
Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Tsakiraki Eleni
Chimona Theognosia
Ladiaz Alexandros
Papadakis Chariton
ENT department, Chania General Hospital

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 3, 2019

Οξεία υποφαρυγγική φλεγμονή ως αιτία διάγνωσης συστηματικού ανοσολογικού νοσήματος

Acute hypopharyngeal infection resulting in diagnosis of a systematic immunological disease



Εικ. 1 Ενδοσκοπική εικόνα τέσσερις μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Διακρίνεται σημαντική προβολή του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος η οποία καθιστά αδύνατη την επισκόπηση των οπίσθιων 2/3 της γλωττίδας. (1Α εισπνοή, 1Β φώνηση).

Ασθενής 70 ετών παραπέμφθηκε στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Γ. Ν. Χανίων από ιδιώτη ωτορινολαρυγγολόγο με τη διάγνωση υπεργλωττιδικής λαρυγγίτιδας. Ο ασθενής ανέφερε σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια και δυσφαγία από 2μέρου, ενώ προ του επεισοδίου ήταν εντελώς ασυμπτωματικός. Από το ατομικό αναμνηστικό, ο ασθενής ανέφερε αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή με amlodipine 5mg/ημέρα. Δεν ανέφερε κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση καπνού και είχε φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος.

Κατά την κλινική εξέταση ο ασθενής ήταν απύρετος, με σταθερά ζωτικά σημεία χωρίς δύσπνοια, σιελορροία ή βράγχος φωνής. Κατά την εύκαμπτη ενδοσκόπηση του ανωτέρου αναπνευστικού διαπιστώθηκε οίδημα και ερύθημα της αριστερής αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής και της περιοχής του αριστερού αρυταινοειδούς και απιοειδούς βόθρου και προβολή του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος (κυρίως αριστερά), η οποία προκαλούσε απόφραξη του αεραγωγού. Δεν ήταν εφικτή η επισκόπηση της αριστερής γνήσιας φωνητικής χορδής.

Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν συμβατός φλεγμονής με WBC:15,89κ/μλ, (Neut:83,4%) και CRP:12mg/dL. Δε διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος.

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική και έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή (cefazolin 1grx2 και clindamycin 600mgx3) και κορτικοστεροειδή (methylprednisolone 120mg με σταδιακή μείωση της δόσης). Μετά από τέσσερις μέρες το οίδημα και η φλεγμονή υπεργλωττιδικά υποχώρησε, και τα εργαστηριακά του ασθενούς επανήλθαν σε φυσιολογικές τιμές. Ο ίδιος παρά την κλινική βελτίωση ανέφερε δυσκαταποσία στα στερεά. Πραγματοποιήθηκε περαιτέρω έλεγχος με λαρυγγοστροβοσκόπηση, όπου διαπιστώθηκε παραμονή της προβολής του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος με περιορισμό του αυλού του αεραγωγού και αδυναμία επισκόπησης της οπίσθιας γωνίας (Εικ. 1). Για περαιτέρω διερεύνηση αποφασίστηκε απεικονιστικός έλεγχος τραχήλου.

Για τη διάγνωση, συνεχίστε στη σελίδα 162

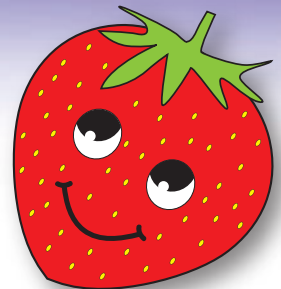
CECLOR®

ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ



Κοκκία για πόσιμο εναιώρημα: Δραστικό συστατικό Cefaclor monohydrate που αντιστοιχεί σε 250 mg ή 375 mg Cefaclor ανά 5 ml εναιωρήματος

Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από την Εταιρεία κατόπιν αιτήματος



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

15ο χλμ. Εθν. Οδού Αθηνών - Λαμίας, 145 64 Κηφισιά

Τηλ.: +30 210 6294600, Fax: +30 210 62 94610 info@pharmaserve.gr



www.pharmaserve.gr

Μπασιάρη Λεντιόνα
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Ζαράχη Αθηνά
Ψυχogiός Γεώργιος

Σχολή Επιστημών Υγείας,
 Ιατρικό Τμήμα,
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,
 Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Γεώργιος Ψυχogiός, M.D., Ph.D.
 Τακτικός Καθηγητής ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝΙ
 Λεωφόρος Σταύρου Νιάρχου,
 45500, Ιωάννινα.
 Τηλ: +30 26510 99111
 Fax: +30 26510 46617
 e-mail: gpsychogios@uoi.gr

Basiari Lentiona
Kastanioudakis Ioannis
Zarachi Athina
Psychogios Georgios

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

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 3, 2019

Corresponding author:

Georgios Psychogios, M.D., Ph.D.
 ENT Professor
 Department of Otolaryngology,
 University of Ioannina, Greece
 Stavrou Niarchou Av,
 45500 Ioannina
 Phone: +30 26510 99111
 Fax: +30 26510 46617
 e-mail: gpsychogios@uoi.gr

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα βλεννογόνου παρειάς. Αποκατάσταση με κερκιδικό κρημνό. Παρουσίαση περιστατικού

Buccal mucosa squamous cell carcinoma. Reconstruction with radial forearm free flap. A case report

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του βλεννογόνου της παρειάς είναι σχετικά σπάνιο και αφορά το 5-10% όλων των καρκίνων του στοματοφάρυγγα. Είναι επιθετικό, επεκτείνεται τοπικά με γρήγορους ρυθμούς και έχει υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η χειρουργική εξαίρεσή του πολλές φορές σχετίζεται με εκτεταμένα ελλείμματα, η αποκατάσταση των οποίων αποτελεί ένα πολυσύνθετο και δύσκολο πρόβλημα. Οι ελεύθερα αγγειούμενοι κρημνοί όπως ο κερκιδικός κρημνός αποτελούν μια αισθητικά και λειτουργικά αποδεκτή λύση σε αυτές τις περιπτώσεις.

Παρουσίαση περιστατικού: Άντρας 42 ετών, μη καπνιστής, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό προσέρχεται με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα βλεννογόνου αριστερής παρειάς με ψηλαφητούς τραχηλικούς λεμφαδένες. Υποβλήθηκε σε ριζική εκτομή του όγκου, τροποποιημένο ριζικό τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό αριστερά επίπεδα Ib-Va, αποκατάσταση του ελλείμματος με ελεύθερο αγγειούμενο δερμοπεριτοναϊκό κερκιδικό κρημνό που ελήφθη από το αριστερό άνω άκρο. Για την αποκατάσταση της δότριας περιοχής χρησιμοποιήθηκε μερικού πάχους ελεύθερο δερματικό μόσχευμα (split-thickness skin graft) από τον αριστερό μηρό.

Συμπέρασμα: Ο ελεύθερος αγγειούμενος κερκιδικός κρημνός είναι ένας δερμοπεριτοναϊκός κρημνός που λαμβάνεται από την πρόσθια επιφάνεια του πήχη μαζί με την κερκιδική αρτηρία και τις συνοδές φλέβες. Η χρήση του στην αποκατάσταση των ελλειμμάτων της στοματικής κοιλότητας μετά από ογκολογικές επεμβάσεις σχετίζεται με αποδεκτά λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, βλεννογόνος παρειάς, κερκιδικός κρημνός, μικροαγγειακή χειρουργική.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma(SCC) of the buccal mucosa is rare and accounts for approximately 5-10% of all oral cancer. It has an aggressive nature as it grows rapidly and penetrates well with a high recurrence rate. In this case surgical resection of the tumor becomes more challenging and reconstruction with free flaps such as fasciocutaneous radial forearm free flap is necessary to minimize functional and aesthetic issues.

Case report: A 42- year- old man without history of smoking and with no other health problems is referred to our hospital with a squamous cell carcinoma of the left buccal mucosa with palpable cervical lymph nodes. The patient underwent an extended surgical resection of the tumor with ipsilateral modified radical neck dissection levels Ib-Va and reconstruction with a radial forearm free flap from left upper limb. For donor site reconstruction a split-thickness skin graft from left thigh was used.

Conclusion: The radial forearm free flap is a fasciocutaneous flap, based on the radial artery. Venous drainage is provided by two venae comitantes which accompany the artery and the subcutaneous forearm veins which drain into the cephalic, basilic and median cubital veins. Radial free flap is a reliable method for intraoral reconstructions with high success rate, good aesthetic and functional outcome.

Key words: squamous cell carcinoma, buccal mucosa, radial forearm free flap, microvascular surgery.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

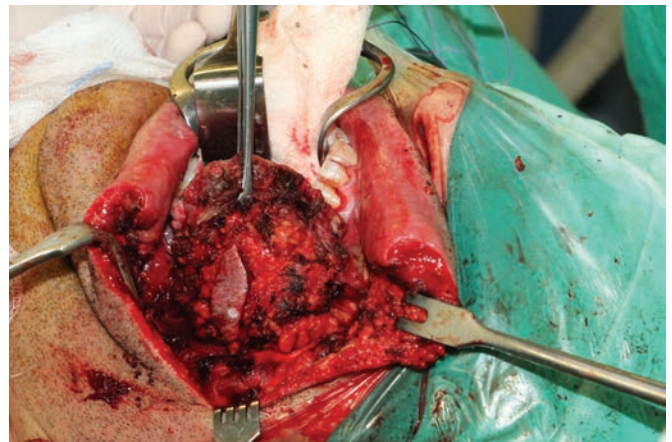
Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του βλεννογόνου της παρειάς συνιστά το 5-10% του συνόλου των καρκίνων του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.¹ Η επίπτωσή του αυξάνεται σημαντικά στην Κεντρική και Νοτιοανατολική Ασία με ποσοστό κοντά στο 40% του συνόλου των καρκινωμάτων της στοματικής κοιλότητας. Αυτή η γεωγραφική διαφορά έχει διαπιστωθεί πλέον ότι οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι κάτοικοι των χωρών αυτών της Ασίας, έχουν την συνήθεια να μασάνε καπνό ανακατεμένο με παράγωγα ενός σπόρου (areca nut), που σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση τόσο προκαρκινικών βλαβών, όσο και καρκίνου του βλεννογόνου του στόματος.² Στη Δ. Ευρώπη και στις ΗΠΑ ο καρκίνος του βλεννογόνου της παρειάς σχετίζεται κατά κύριο λόγο με τη χρήση καπνού και αλκοόλ. Τα τελευταία χρόνια ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι και η λοίμωξη από HPV, η οποία σχετίζεται με την εμφάνιση πηλακώδους καρκινώματος στοματικής κοιλότητας σε πιο νέες ηλικίες και σε μη καπνιστές. Τα στελέχη που συνήθως ευθύνονται είναι τα HPV 16 και 18. Η ανίχνευση του ιού με μοριακές τεχνικές και με ανοσοϊστοχημία έχει σημασία και για την πρόγνωση. Οι p16 θετικοί ασθενείς έχουν συνήθως καλύτερη πρόγνωση και επιβίωση.^{3,4}

Η αποκατάσταση ελλειμμάτων της στοματικής κοιλότητας, η οποία συμμετέχει στις λειτουργίες της μάσησης, της άρθρωσης του λόγου και της κατάποσης, μετά από εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις που στοχεύουν σε ολική εξαίρεση του όγκου, αποτελεί ένα πολυσύνθετο και δύσκολο πρόβλημα. Η μέθοδος αποκατάστασης δεν φτάνει μόνο να καλύπτει το ιστικό έλλειμμα, αλλά θα πρέπει να στοχεύει και στην αποκατάσταση σε ικανοποιητικό βαθμό όλων αυτών των λειτουργιών. Επιπλέον, σημαντικό είναι ένα αισθητικά αποδεκτό αποτέλεσμα διότι πρόκειται για μια εκτεθειμένη στην κοινή θέα περιοχή. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής αποκατάστασης γίνεται ανάλογα με το μέγεθος του ελλείμματος και τους ιστούς που συμπεριλαμβάνονται σε αυτό, αλλά και με βάση τις ικανότητες και τα μέσα που έχει στη διάθεσή του ο κάθε χειρουργός.

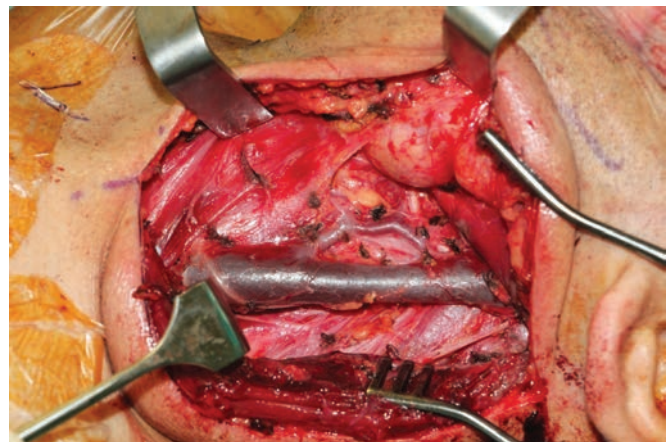
Ο ελεύθερος αγγειοποιημένος κερκιδικός κρημνός είναι ένας δερμοπεριτοναϊκός κρημνός που λαμβάνεται από την πρόσθια επιφάνεια του πύλου μαζί με την κερκιδική αρτηρία και τις συνοδές της φλέβες και αποτελεί μια πολύ καλή λύση σε αυτές τις περιπτώσεις. Δύο κινέζοι οι Young et al (1981) και Song et al (1982) περιέγραψαν πάνω από 100 πετυχημένες αποκαταστάσεις με την χρησιμοποίηση του κρημού αυτού πριν ακόμα γίνει γνωστός στην Ευρώπη ή την Αμερική. Γι' αυτό και ο κρημνός αυτός ονομάστηκε "Κινέζικος κρημνός" ("Chinese flap").^{5,6} Στη δική μας περίπτωση θα περιγράψουμε την χρήση του κερκιδικού κρημού για την αποκατάσταση ελλείμματος μετά από ριζική εκτομή ακανθοκυτταρικού καρκινώματος βλεννογόνου παρειάς σε έναν άνδρα 42 ετών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για άνδρα 42 ετών, μη καπνιστή, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, που προσήλθε στο νοσοκομείο μας με επιδεινούμενο άλγος αριστερής παρειάς, κυρίως κατά την σίτιση και αντανάκλαστική ωταλγία αριστερά από 6 μηνών. Αναφέρει χρόνιο τραυματισμό από σωφρονιστήρα οδόντα σύστοιχα και κατανάλωση

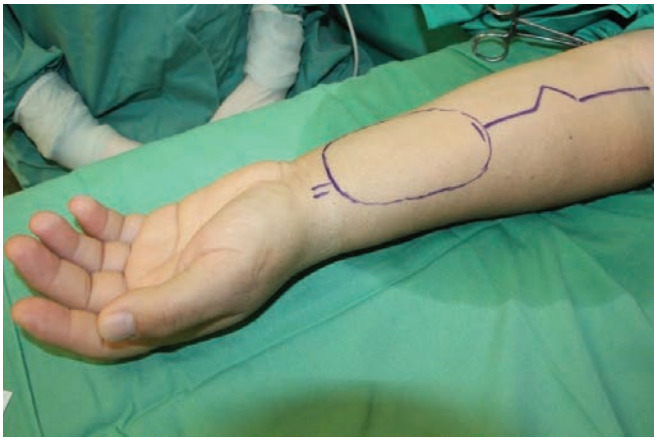


Εικ. 1 Ριζική εκτομή του όγκου που διηθεί όλο το πάχος της παρειάς.



Εικ. 2 Αριστερή τραχηλική χώρα μετά από τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό επίπεδα (Ib-Va) πριν την αφαίρεση του υπογνάθιου αδένου.

αλκοόλ. Από την κλινική εξέταση προκύπτει εκτεταμένη εξέλιξη βλεννογόνου παρειάς αριστερά με ψηλαφητούς τραχηλικούς λεμφαδένες, χωρίς ιδιαίτερο τρισμό και χωρίς σημεία προσβολής προσωπικού νεύρου. Υπό τοπική αναισθησία έγινε βιοψία της αλλοίωσης, η οποία έδειξε μέτριας προς χαμηλής διαφοροποίησης ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Ζητήθηκε επίσης μοριακός έλεγχος για HPV, ο οποίος ήταν αρνητικός. Έγινε απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία και με μαγνητική τομογραφία για σταδιοποίηση της νόσου, που έδειξαν έναν εκτεταμένο όγκο με μέγιστη κεφαλουρίαία διάμετρο 4,8 cm περίπου και διογκωμένους λεμφαδένες στην υπογνάθια χώρα και παρά την έσω σφαγίτιδα με μέγιστη διάμετρο 1,4 cm. Από τον προεχειρητικό έλεγχο ορίστηκε το κλινικό στάδιο της νόσου ως cT3cN2bcM0. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του NCCN 2019 ο ασθενής προγραμματίστηκε για ριζική χειρουργική επέμβαση και τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση ελεύθερος κερκιδικός κρημνός από το αριστερό άνω άκρο, επειδή ο ασθενής ήταν δεξιόχειρας. Ελέγχθηκε η αιμάτωση



Εικ. 3 Σχεδιασμός του κερκιδικού κρημνού μεγέθους 6X9 cm.

του αριστερού άνω άκρου με το Allen test. Τέσσερις μέρες πριν από την επέμβαση έγιναν ενέσεις botulinium toxinium στην παρωτιδική χώρα αριστερά για καταστολή έκκρισης σιέλου και για την πρόληψη μετεγχειρητικής σιαλοκήλης, επειδή στα όρια εκτομής θα περιλαμβανόταν και η εκβολή του πόρου του Stensen. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ριζική εκτομή του όγκου συμπεριλαμβάνοντας όλο το πάχος της παρειάς μαζί με τον βυκανήτη μυ, το λίπος της παρειάς και το δέρμα (Εικ.1). Στάλθηκαν ταχείες βιοψίες διεγχειρητικά από τα όρια εκτομής οι οποίες ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Έγινε τροποποιημένος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός αριστερά επίπεδα Ib-Va (Εικ.2). Στη συνέχεια σχεδιάστηκε κερκιδικός κρημνός μεγέθους 6x9cm και έγινε η παρασκευή και ανάσπασή του (Εικ.3,4). Προετοιμάστηκαν ο αγγειακός μίσχος του κρημνού που περιλάμβανε την κερκιδική αρτηρία με τις συνοδές φλέβες και την επιπολής κεφαλική φλέβα και τα αγγεία της δέκτρι-ας χώρας για αναστόμωση. Συγκεκριμένα αναστομώθηκαν πρώτα η φλέβα του κρημνού με την προσωπική φλέβα και στη συνέχεια η κερκιδική αρτηρία με την άνω θυρεοειδική αρτηρία κλάδος της έξω καρωτίδας (Εικ.5). Οι αναστομώσεις έγιναν τελικοπλάγιες με εργαλεία μικροχειρουργικής με ράμματα 8-0 Ethilon και με την βοήθεια χειρουργικού μικροσκοπίου. Δημιουργία τούνελ με αφαίρεση του υπογνάθιου αδένος και είσοδος στη στοματική κοιλότητα στην έσω πλευρά της κάτω γνάθου. Ακολούθησε συρραφή του κρημνού με απορροφήσιμα ράμματα. Για την αποκατάσταση της δότριας περιοχής ελήφθη μερικού πάχους ελεύθερο δερματικό μόσχευμα από την περιοχή του αριστερού μηρού με την χρήση δερμοτόμου (Εικ.6). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε προφυλακτική τραχειοτομή. Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας σίσισης. Κατά την μετεγχειρητική πορεία έγινε τακτικός έλεγχος του κρημνού για σημεία νέκρωσης ανά 2 ώρες για τις πρώτες 72 ώρες. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές όσον αφορά την βιωσιμότητα του κρημνού. Χορηγήθηκε στον ασθενή μετεγχειρητικά ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους για πρόληψη θρομβώσεων. Ο ασθενής παρουσίασε εμπύρετο μετεγχειρητικά που αντιμετω-

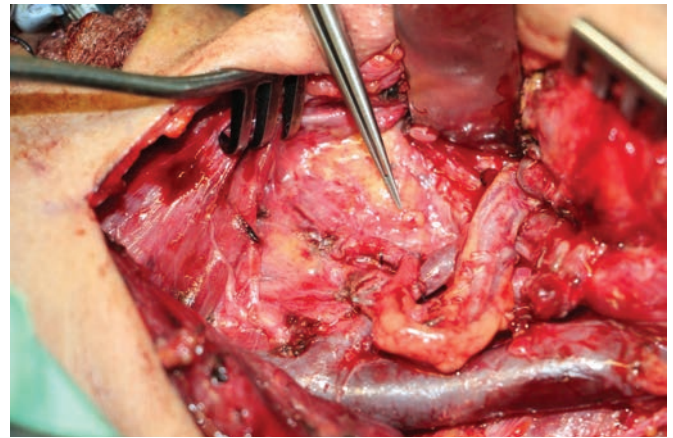
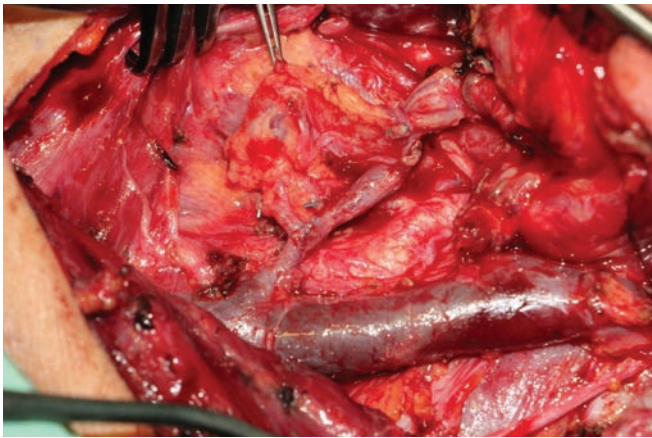


Εικ. 4 Ανάσπαση του κρημνού με τον αγγειακό του μίσχο από τους υποκείμενους μύες.

πίστηκε ως ενδονοσοκομειακή λοίμωξη και ανταποκρίθηκε στην αντιβιοτική αγωγή. Επίσης παρουσίασε μετεγχειρητικά διόγκωση στην περιοχή του τραύματος και εκροή σιέλου. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος έδειξε την παρουσία συριγγίου. Τα αποτελέσματα της βιοψίας έδειξαν ένα διηθητικό ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μέσης διαφοροποίησης R0 (close margin <0,5cm) και 3/47 προσβεβλημένους λεμφαδένες ιστολογικού σταδίου pT3pN2bpM0 κατά TNM. Ο ασθενής εκτιμήθηκε από ογκολόγους και ακτινοθεραπευτές και σχεδιάστηκε για μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο συνέχισε την παρακολούθηση στα τακτικά μας ιατρεία (Εικ.7).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που εξορμάται από τον βλεννογόνο της παρειάς είναι πιο επιθετικό σε σύγκριση με το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σε άλλες εντοπίσεις της στοματικής κοιλότητας. Έχει παρατηρηθεί ότι ο τοπικο-περιοχικός έλεγχος της νόσου και η πενταετής επιβίωση σε αρχικού σταδίου καρκινώματα της παρειάς είναι χειρότερα συγκριτικά με ιδίου σταδίου ακαθοκυτταρικά καρκινώματα της γλώσσας και του εδάφους στόματος.⁷ Υποτροπή της νόσου παρατηρείται σε 30%-80% των περιπτώσεων.⁸⁻¹³ Για το λόγο αυτό είναι ζωτικής σημασίας η ολική εξαίρεση του όγκου με ελεύθερα χειρουργικά όρια παρά την δημιουργία μεγάλων ελλειμμάτων που απαιτούν σύνθετη αποκατάσταση. Τα καρκινώματα του βλεννογόνου της παρειάς στην αρχή είναι ασυμπτωματικά, γι' αυτό και οι ασθενείς προσέρχονται σε προχωρημένο στάδιο. Μπορεί να εμφανιστούν de novo ή κάποιες φορές σε έδαφος προϋπάρχουσας λευκοπλάκας, ερυθροπλάκας ή διαβρωτικής μορφής ομαλού λειχήνα. Ο όγκος μπορεί να έχει θηλωματώδη ή ελκωτική εμφάνιση και συνήθως εντοπίζεται στο επίπεδο της σύγκλεισης των δοντιών πιθανόν επειδή η περιοχή αυτή υπόκειται συχνά σε τραυματισμούς. Συνήθως οι ασθενείς στην πρώτη επίσκεψη προσέρχονται εξαιτίας της εμφάνισης μιας ενδοστοματικής εξωφυτικής μάζας, ενός έλκους που δεν επούλυνεται ή λόγω



Εικ. 5 α Αναστόμωση της φλέβας που προκύπτει από την συνένωση των δύο συνοδών φλεβών της κερκιδικής αρτηρίας με την προσωπική φλέβα.
β Αναστόμωση της κερκιδικής αρτηρίας με την άνω θυρεοειδική αρτηρία. Και στις δύο περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν ράμματα Ethilon 8.0.

άλλους. Μπορεί επίσης να προσέλθουν με τρισμό ή λεμφαδενική διόγκωση. Ο τρισμός οφείλεται σε επέκταση του όγκου στους πτερυγοειδείς μύες και είναι σημείο προχωρημένης νόσου. Πολύ σπάνια, σε πολύ παραμελημένους όγκους, παρατηρείται έλκος στο δέρμα της παρείας ή παράλυση των κλάδων του προσωπικού νεύρου. Η αμφίχειρη ψηλάφηση είναι απαραίτητη προκειμένου να καθοριστεί η έκταση του όγκου και η διήθηση των εν τω βάθει ιστών. Με την αξονική τομογραφία αξιολογείται η διήθηση των μαλακών μοριών και του οστού, ενώ με την μαγνητική τομογραφία παρέχεται πιο λεπτομερής αξιολόγηση της περινευρικής διήθησης και της επέκτασης του όγκου στο παρειακό διάστημα και στην παρωτίδα. Ακόμη, μπορεί να εκτιμηθεί η επέκταση του όγκου υποβλεννογονίως και κατά μήκος του βυκανητή μυός μέχρι την πτερυγογναθιαία ραφή, που αποτελεί και το πρόσθιο όριο του παραφαρυγγικού διαστήματος. Τόσο με την αξονική όσο και με τη μαγνητική τομογραφία και κυρίως με την T2 ακολουθία μπορεί να εκτιμηθεί η διήθηση του λιπώδους σώματος της παρείας που βρίσκεται μέσα στο παρειακό διάστημα. Η διήθηση του λίπους αυτού αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα γιατί απαιτεί και τη χειρουργική αφαίρεση της παρωτίδας που μπορεί να περιλαμβάνει διηθημένους ενδοπαρωτιδικούς λεμφαδένες.

Στην πρώτη επίσκεψη το 14,8% των ασθενών είναι σταδίου T1, το 38,5% σταδίου T2, το 28,5% σταδίου T3 και το 18,2% σταδίου T4. Το ποσοστό των ασθενών που έχουν τραχηλικές μεταστάσεις κυμαίνεται από 10-45,6% και έχει απόλυτη σχέση με το στάδιο της πρωτοπαθούς νόσου. Το ποσοστό λανθάνουσας λεμφαδενικής μετάστασης κυμαίνεται στο 14-17% ανάλογα με το στάδιο της νόσου.¹⁴ Στην περίπτωση μας ο προεχειρητικός έλεγχος έδειξε έναν όγκο κλινικού σταδίου cT3cN2bcM0 και προχωρήσαμε σε ριζική εκτομή του όγκου και τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό σύστοιχα. Δεν επιλέξαμε προεχειρητική ακτινο-χημειοθεραπεία, επειδή ο όγκος διηθούσε όλο το πάχος της παρείας μέχρι και το δέρμα, και η ακτινοβολία θα οδηγούσε σε διάτρηση. Επειδή η εξαίρεση σε ελεύθερα χειρουργικά όρια επηρεάζει άμε-

σα την πρόγνωση στάλθηκαν διεχειρητικά ταχείες βιοψίες από τα όρια εκτομής. Τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά για κακοήθεια. Στα όρια εκτομής συμπεριλήφθηκε και η εκβολή του πόρου του Stensen. Για την αποφυγή δημιουργίας σιαλοκήλης και συριγγίου επιλέξαμε να κάνουμε ενέσεις botulinium toxinium προεχειρητικά και να συμπεριληφθεί ο αδένας στο πεδίο της ακτινοβολίας μετεχειρητικά για να ατροφήσει.

Στην βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί διάφορες μέθοδοι για την αντιμετώπιση των ιατρογενών τραυματισμών του πόρου της παρωτίδας και μετεχειρητικής σιαλοκήλης οι οποίες περιλαμβάνουν τις εκκενωτικές παρακεντήσεις, την χρήση φαρμάκων που καταστέλλουν την έκκριση σιέλου, τον καθετηριασμό και την εκτροπή της πορείας του πόρου του Stensen, την ακτινοβολία της παρωτίδας ακόμα και την παρωτιδεκτομή.¹⁵⁻¹⁹

Για την αποκατάσταση του ελλείματος επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε τον ελεύθερο αγγειούμενο κερκιδικό κρημό από το αριστερό άνω άκρο. Ο ελεύθερος αγγειούμενος κερκιδικός κρημός έχει εφαρμοστεί σε πλήθος ενδείξεων και σε διάφορες παραλλαγές. Ο κρημός έχει χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη καρκινικών ή μετατραυματικών ενδοστοματικών ελλειμμάτων που αφορούν οποιαδήποτε εντόπιση. Μπορεί να ληφθεί ολόκληρη η πρόσθια επιφάνεια του πήχη βασιζόμενη αποκλειστικά στην κερκιδική αρτηρία, αλλά συνήθως λαμβάνεται το δέρμα στο περιφερικό ημιμόριο του πήχη που έχει και τους περισσότερους διατρηθέντες κλάδους από την κερκιδική αρτηρία.²⁰ Ο δερματικός κρημός εγείρεται μαζί με την περιτονία του πήχη και διαχωρίζεται από τους υποκείμενους τένοντες και μύες. Ο κερκιδικός κρημός είναι αξιόπιστος και εύκολος τεχνικά και παρέχει άτριχο, λεπτό και ελαστικό δέρμα κατάλληλο για την αποκατάσταση ελλειμμάτων της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα. Επίσης, τα αγγεία έχουν ευρεία σχετικά διάμετρο, που διευκολύνει την αναστόμωση και υπάρχει η δυνατότητα παρασκευής αυξημένου μήκους αγγειακού μίσχου που επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιουδήποτε αγγείου στον τράχηλο για την διενέργεια της αναστόμωσης.



Εικ. 6 Αποκατάσταση της δότης περιοχής με δερματικό μόσχευμα μερικού πάχους από την περιοχή του αριστερού μηρού.



Εικ. 7 Μετεγχειρητική εικόνα κατά την εκτίμηση του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Το κυριότερο μειονέκτημα του ελεύθερου κερκιδικού κρημνού είναι η νοσηρότητα της δότης θέσης που κάποιες φορές εκτός από το φτωχό αισθητικό αποτέλεσμα, σχετίζεται με εμφάνιση οιδήματος και υπαισθησίας στην άκρη χείρα, μείωση της δύναμης ακόμα και δυσανεξία στο κρύο.²¹

Εναλλακτικοί κρημνοί που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αποκατάσταση ελλειμμάτων της περιοχής αυτής είναι ο κρημνός του μείζονος θωρακικού μυός, ο μυοκροταφικός κρημνός, ο κρημνός της έξω επιφάνειας του βραχίονα, ο κρημνός του πλάτews ραχιαίου μυός ή ο κρημνός της προσθιοπλάγιας επιφάνειας του μηρού. Ο κρημνός του μείζονος θωρακικού είναι μισχωτός κρημνός και εύκολος στην παρασκευή του αλλά είναι μεγάλος σε όγκο και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος νέκρωσης λόγω της μεγάλης απόστασης και του κινδύνου στραγγαλισμού των αγγείων στην περιοχή της κάτω γνάθου. Ο μυοκροταφικός κρημνός είναι μισχωτός κρημνός με μικρή νοσηρότητα, αλλά δεν θα ήταν επαρκής σε μέγεθος για να καλύψει το έλλειμμα, και επίσης έχει παρατηρηθεί ότι όταν χρησιμοποιείται για την κάλυψη ελλειμμά-

των παρειάς, οπισθογόμφιου τριγώνου και εδάφους στόματος ο αγγειακός μίσχος φέρεται κάθετα προκαλώντας φλεβική συμφόρηση, οίδημα και ίνωση. Αυτό έχει ως επακόλουθο περιορισμένη διάνοιξη στόματος και τη δυσκολία στην πρόσληψη τροφής. Ο κρημνός της έξω επιφάνειας του βραχίονα έχει κοντό μίσχο και δεν θα ήταν κατάλληλος και ο κρημνός του πλάτews ραχιαίου και της πρόσθιας-έξω επιφάνειας του μηρού είναι αρκετά ογκώδεις και θα προκαλούσε δυσμορφία. Επίσης ο κρημνός του μείζονος θωρακικού και του πλάτews ραχιαίου μυός μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην κινητικότητα του άνω άκρου.

Τις πρώτες 72 ώρες παρακολουθήσαμε ανά διαστήματα 2 ωρών τον κρημνό για πιθανές επιπλοκές. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η στενή παρακολούθηση του κρημνού μετεγχειρητικά είναι μείζονος σημασίας για την μείωση των περιπτώσεων νέκρωσης του κρημνού στις οποίες απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση για την διάσωσή του.²²⁻²⁶ Η νέκρωση του κρημνού αποτελεί την πιο σοβαρή επιπλοκή. Στην διεθνή βιβλιογραφία στις περισσότερες μελέτες τα ποσοστά νέκρωσης κυμαίνονται μεταξύ 5% με 10%.²⁷⁻³³ Οι πιο πολλές περιπτώσεις νεκρώσεων οφείλονται σε φλεβική θρόμβωση. Μερικοί προδιαθεσικοί παράγοντες φλεβικής θρόμβωσης είναι ιστορικό προηγούμενης ακτινοβολίας, αναστόμωση με το δίκτυο της έξω σφαγίτιδας φλέβας,²⁸ μικρή εμπειρία του χειρουργού στην μικροαγγειακή χειρουργική, παρατεταμένος χειρουργικός χρόνος. Οι Futran και Stack και Liu et al υποστηρίζουν ότι μία φλεβική αναστόμωση είναι επαρκής για την επιβίωση του κρημνού ενώ οι Ichinose et al υποστηρίζουν ότι 2 φλεβικές αναστομώσεις υπερτερούν στην πρόληψη της φλεβικής ανεπάρκειας.^{34,35,36} Στην περίπτωση μας έγινε μία φλεβική αναστόμωση του αγγείου που προκύπτει από την συνένωση των δύο συνοδών φλεβών της κερκιδικής αρτηρίας το οποίο συνήθως έχει μεγάλη διάμετρο 2-3mm, κάτι που μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο θρόμβωσης. Τόσο ο κρημνός όσο και το δερματικό μόσχευμα δεν παρουσίασαν ιδιαίτερες επιπλοκές κατά την μετεγχειρητική περίοδο. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για ακτινο-χημειοθεραπεία. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που πρέπει να έχουμε υπόψη και που σχετίζεται άμεσα με την θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με αρχικού σταδίου κυρίως καρκινώματα του στοματοφάρυγγα που αντιμετωπίζονται μόνο με χειρουργική εξαίρεση και δεν απαιτούν ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό ακτινο-χημειοθεραπείας έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και μικρότερη νοσηρότητα.³⁷ Στην περίπτωση μας όμως λόγω του σταδίου της νόσου και των αποτελεσμάτων της ιστολογικής (close margins<0,5mm, 3/47 διηθημένοι λεμφαδένες) η ακτινο-χημειοθεραπεία δεν θα μπορούσε να αποφευχθεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το ακανθοκυταρικό καρκίνωμα του βλεννογόνου της παρειάς αποτελεί μια επιθετική μορφή καρκίνου, που απαιτεί μια ριζική χειρουργική αντιμετώπιση που έχει ως επακόλουθο μεγάλα έλλειμματα που χρήζουν αποκατάστασης. Ο ελεύθερος κερκιδικός κρημνός με αρκετά υψηλά ποσοστά επιτυχίας αποτελεί μία από τις πιο αποδότες μεθόδους αποκατάστασης τόσο αισθητικά όσο και λειτουργικά.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patient.

Author contribution: Concept-P.G., B.L.; Design-B.L., P.G.; Supervision-P.G.; Literature search-B.L., Z.A.; Material-P.G., B.L.; Writing-B.L., P.G.; Critical reviews-P.G., K.I. Conflict of interest: No conflict of interest was declared by the authors.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Funk GF, Karnell LH, Robinson RA, Zhen WK, Trask DK, Hoffman HT. Presentation, treatment, and outcome of oral cavity cancer: a National Cancer Data Base report. *Head Neck*. 2002; 24(2):165-80.
2. Paymaster JC. Some observations on oral and pharyngeal carcinomas in the state of Bombay. *Cancer* 1962;15:578-583.
3. Psychogios G, et al. Epidemiology and survival of HPV-related tonsillar carcinoma. *Cancer Medicine* 2014;3(3): 652-659
4. Psychogios G, Mantsopoulos K, Agaimy A, Brunner K, Mangold E, Zenk J, Iro H. Outcome and prognostic factors in T4a oropharyngeal carcinoma, including the role of HPV infection. *Biomed Res Int*. 2014;2014:390825. doi: 10.1155/2014/390825. Epub 2014 Mar 31.
5. Yang G, Chen B, Gao Y, Liu X, Li J, Jiang S, He S. Forearm free skin transplantation. *Natl Med J China* 1981; 61:139.
6. Song R, Gao Y. The forearm flap. *Clin Plast Surg* 1982;9:21
7. Lin CS, Jen YM, Cheng MF, Lin YS, Su WF, Hwang JM, et al. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: an aggressive cancer requiring multimodality treatment. *Head Neck* 2006;28:150-7.
8. Bloom ND, Spiro RH. Carcinoma of the cheek mucosa. A retrospective analysis. *Am J Surg* 1980;140:556-9.
9. Conley J, Sadoway JA. Squamous cell cancer of the buccal mucosa. A review of 90 cases. *Arch Otolaryngol* 1973; 97:330-3.
10. Lapeyre M, Peiffert D, Malissard L, Hoffstetter S, Pernot M. An original technique of brachytherapy in the treatment of epidermoid carcinomas of the buccal mucosa. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;33:447-54.
11. Pop LA, Eijkenboom WM, de Boer MF, de Jong PC, Knegt P, Levendag PC, et al. Evaluation of treatment results of squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989;16:483-7.
12. Strome SE, To W, Strawderman M, Gersten K, Devaney KO, Bradford CR, et al. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:375-9.
13. Urist MM, O'Brien CJ, Soong SJ, Visscher DW, Maddox WA. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: analysis of prognostic factors. *Am J Surg* 1987;154:411-4.
14. Werning J, Mendenhall W. (2007) Cancer of the buccal mucosa. In: *Oral Cancer. Diagnosis, Management and Rehabilitation*. Thieme Medical Publishers, New York.
15. Marchese -Ragona R, Blotta P, Pastore A, Tugnoli V, Elopri R, De Grandis D. Management of parotid sialoceles with botulinum toxin. *Laryngoscope* -1999;109:1344-6.
16. Lewkowicz AA, Hasson O, Nahlieli O. Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J Oral Maxillofac Surg* -2002;60:676-80.
17. Canosa A, Cohen M, Dent M. Post-traumatic parotid sialoceles: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* -1999;57:742-5.
18. Bomeli SR, Shaun CD, Johnson JT, Walvekar RR. Management of salivary flow in head and neck cancer patients: a systematic review. *Oral Oncology* -2008;44:1000-8.
19. Steinberg MJ, Herrera AF. Management of parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* -2005;99:136-41.
20. Urken ML, Cheney ML, Sullivan MJ, Biller HF. (1990) Atlas of regional and free flaps for head and neck reconstruction. Raven Press, New York.
21. Timmons MJ, Missotten FEM, Poole MD, Davies DM. Complications of radial forearm flap donor sites. *Br J Plast Surg* 1986;39:176.
22. Bui DT, Cordeiro PG, Hu QY, Disa JJ, Pusic A, Mehrara BJ. Free flap reexploration: indications, treatment, and outcomes in 1193 free flaps. *Plast Reconstr Surg* -2007; 119:2092-100.
23. Devine JC, Potter LA, Magennis P, Brown JS, Vaughan ED. Flap monitoring after head and neck reconstruction: evaluating an observation protocol. *J Wound Care*. 2001; 10:525-9.
24. Disa JJ, Cordeiro PG, Hidalgo DA. Efficacy of conventional monitoring techniques in free tissue transfer: an 11-year experience in 750 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* -1999;104 :97-101.
25. Liu Y, Zhao YF, Huang JT, Wu Y, Jiang L, Wang GD, et al. Analysis of 13 cases of venous compromise in 178 radial forearm free flaps for intraoral reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg* -2012; 41(4):448-52.
26. Kesting MR, Holzle F, Wales C, Steinstraesser L, Wagenpfeil S, Mucke T, et al. Microsurgical reconstruction of the oral cavity with free flaps from the anterolateral thigh and the radial forearm: a comparison of perioperative data from 161 cases. *Ann Surg Oncol* -2011; 18(7):1988-94.
27. González-García R, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L, Sastre-Pérez J, Muñoz-Guerra MF, Usandizaga JL, et al. Radial forearm free flap for reconstruction of the oral cavity: clinical experience in 55 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* -2007;104:29-37.
28. Kruse AL, Bredell MG, Lübbers HT, Jacobsen C, Grätz KW, Obwegeser JA. Clinical reliability of radial forearm free-flap procedure in reconstructive head and neck surgery. *J Craniofac Surg*. 2011;22:822-5.
29. Pohlenz P, Blessmann M, Blake F, Li L, Schmelzle R, Heiland M. Outcome and complications of 540 microvascular free flaps: the Hamburg experience. *Clin Oral Investig* -2013;11:89-92.
30. Pohlenz P, Klatt J, Schön G, Blessmann M, Li L, Schmelzle R. Microvascular free flaps in head and neck surgery: complications and outcome of 1000 flaps. *Int J Oral Maxillofac Surg* -2012;41:739-43.
31. Gerressen M, Pastaschek CI, Riediger D, Hilgers RD, Hölzle F, Noroozi N, et al. Microsurgical free flap reconstructions of head and neck region in 406 cases: a 13-year experience. *J Oral Maxillofac Surg* -2013;71:628-35.
32. Holom GH, Seland H, Strandenes E, Liavaag PG, Lybak S, Løes S, et al. Head and neck reconstruction using microsurgery: a 9-year retrospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* -2013;270:2737-43.
33. Dassonville O, Poissonnet G, Chamorey E, Vallicioni J, Demard F, Santini J, et al. Head and neck reconstruction with free flaps: a report on 213 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* -2008;265:85-95.
34. Futran ND, Stack BC Jr. Single versus dual venous drainage of the radial forearm free flap. *Am J Otolaryngol* 1996;17:112Y117.
35. Liu Y, Jiang X, Huang J, et al. Reliability of the superficial venous drainage of the radial forearm free flaps in oral and maxillofacial reconstruction. *Microsurgery* 2008;28:243Y247.
36. Ichinose A, Terashi H, Nakahara M, et al. Do multiple venous anastomoses reduce risk of thrombosis in free-flap transfer? Efficacy of dual anastomoses of separate venous systems. *Ann Plast Surg* 2004;52:61Y63.
37. Ryzek DF, Mantsopoulos K, Künzel J, Grundtner P, Zenk J, Iro H, Psychogios G. Early stage oropharyngeal carcinomas: comparing quality of life for different treatment modalities. *Biomed Res Int* -2014;2014:421964. doi: 10.1155/2014/421964. Epub 2014 Feb 25.

Ζήσoglou Μαρία
Χειμώνα Θεογνωσία
Τσακιράκη Ελένη
Παπαδάκης Χαρίτων
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική
 Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
 Χειμώνα Θεογνωσία
 Επιμ. Α' ΕΣΥ
 ΩΡΛ Κλινική Γ. Ν. Χανίων
 Αγίας Μαρίας 63
 73300 Χανιά
 email: chimonath@yahoo.gr

Zisoglou Maria
Chimona Theognosia
Tsakiraki Eleni
Papadakis Chariton
 ENT department, Chania General Hospital

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 3, 2019

Corresponding author:
 Chimona Theognosia
 ENT department
 Chania General Hospital
 Ag. Marinas 63
 73300, Chania
 email: chimonath@yahoo.gr

Αιφνίδια πτώση ακοής ως πρώτο σύμπτωμα νευροϊνωμάτωσης τύπου 2. Παρουσίαση περιστατικού και ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Sudden sensorineural hearing loss as the presenting symptom in neurofibromatosis type 2. A case report and literature review

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νευροϊνωμάτωση τύπου 2 (NF2) είναι μια γενετική διαταραχή που προκαλεί το σχηματισμό πολλαπλών όγκων στο νευρικό ιστό. Η διάγνωση τυπικά γίνεται κατά την παιδική ηλικία ή την πρώιμη ενηλικίωση. Τα συμπτώματα συνήθως περιλαμβάνουν προοδευτική απώλεια ακοής, εμβοές, διαταραχή ισορροπίας, πάρεση προσωπικού νεύρου, διαταραχές όρασης, αιμωδίες και μυϊκή αδυναμία άκρων.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής ετών 22, παραπέμφθηκε στην ΩΡΛ Κλινική του ΓΝΧ λόγω αιφνίδιας νευροαισθητήριας βαρηκοΐας (SSNHL). Η ασθενής εισήχθη για ενδοφλέβια χορήγηση στεροειδών σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής και υποβλήθηκε σε πλήρη νευροτολογικό έλεγχο. Το τονικό ακούγραμμα εισαγωγής ανέδειξε σοβαρού βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα χαμηλών συχνοτήτων αριστερά με upslopping καμπύλη και μικρού βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα δεξιά. Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους (ABR), με click ερέθισμα, ανέδειξαν φυσιολογικό ουδό αμφοτερόπλευρα. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά του απόλυτου λανθάνοντος χρόνου του επάρματος V μεταξύ των δύο πλευρών. Η ασθενής ολοκλήρωσε την αγωγή χωρίς μεταβολή στο τονικό ακούγραμμα. Στα πλαίσια του διαγνωστικού πρωτοκόλλου υποβλήθηκε σε MRI εγκεφάλου. Αναδείχθηκαν αμφοτερόπλευρα σβανώματα μεγίστης διαμέτρου 3 cm δεξιά (ΔΕ) και 1,5 cm αριστερά (ΑΡ) και πολλαπλά μηνιγγιώματα. Με τη διάγνωση της NF2 παραπέμφθηκε σε Νευροχειρουργική Κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Η ασθενής υποβλήθηκε σε αφαίρεση του σβανώματος ΔΕ με οπισθοσχιμοειδική προσπέλαση. Μετεχειρουργικά, κατά την επανεξέταση, εμφανίζει κώφωση ΔΕ με καλή λειτουργία του προσωπικού νεύρου σύστοιχα.

Συμπεράσματα: Η NF2 μπορεί να εμφανιστεί και σποραδικά από de novo μετάλλαξη του 22q12.2. Η SSNHL ενδέχεται σπάνια να είναι το πρώτο σύμπτωμα, ακόμα και με μη τυπική καμπύλη στο τονικό ακούγραμμα. Ο απεικονιστικός έλεγχος θεωρείται απαραίτητος σε περιπτώσεις SSNHL, ειδικά όταν υπάρχει φτωχή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Λέξεις κλειδιά: αιφνίδια νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, νευροϊνωμάτωση τύπου 2

ABSTRACT

Introduction: Neurofibromatosis type 2 (NF2) is a genetically inherited disorder characterized by the presence of multiple nervous system tumors. Diagnosis typically occurs during childhood or early adulthood. Symptoms usually include progressive hearing loss, tinnitus, vertigo, facial nerve palsy, visual disturbances and peripheral muscle weakness.

Case report: A 22-year-old woman was referred to the ENT outpatient department, of General Hospital of Chania, due to sudden sensorineural hearing loss (SSNHL). The patient was admitted for intravenous steroid administration according to our protocol and underwent a complete neuro-otological examination. Pure tone audiogram revealed a profound low frequency hearing loss on the left side (upsloping pattern) and a mild sensorineural hearing loss on the right ear. Auditory brainstem response (ABR) thresholds, with click stimulus, were bilaterally found within normal. No significant interaural difference of the wave V absolute latency was found. The patient completed the treatment without any improvement. Magnetic

resonance imaging performed as standard diagnostic procedure and showed bilateral vestibular schwannomas (maximal diameter 3 cm on the right and 1,5 cm on the left side), as well as, multiple meningiomas. With the diagnosis of NF2 the patient was referred to a Neurosurgical department for further management. She underwent tumor resection on the right side via retrosigmoid approach. Follow-up examination revealed a deaf right ear with ipsilateral normal function of the facial nerve.

Conclusions: NF2 may arise sporadically from a de novo mutation in the 22q12.2 chromosome. Sudden sensorineural hearing loss may rarely be the presenting symptom, even with a non-typical pure tone audiogram curve. Imaging is considered necessary for differential diagnosis, especially when the response to systemic therapy is poor.

Key words: sudden sensorineural hearing loss, neurofibromatosis type 2.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευροϊνωμάτωση τύπου 2 (NF2) είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή, της οποίας η επίπτωση είναι 1 ανά 25.000 γεννήσεις.¹ Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατών χαρακτήρα, ενώ περίπου στους μισούς ασθενείς εμφανίζεται μετά από de novo μετάλλαξη στο γονίδιο που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη merlin (Moesin-Ezrin-Radixin-Like Protein).² Το γονίδιο βρίσκεται στο μακρό σκέλος του χρωμοσώματος 22, και η πρωτεΐνη merlin είναι ρυθμιστής της ανάπτυξης των κυττάρων του Schwann.³

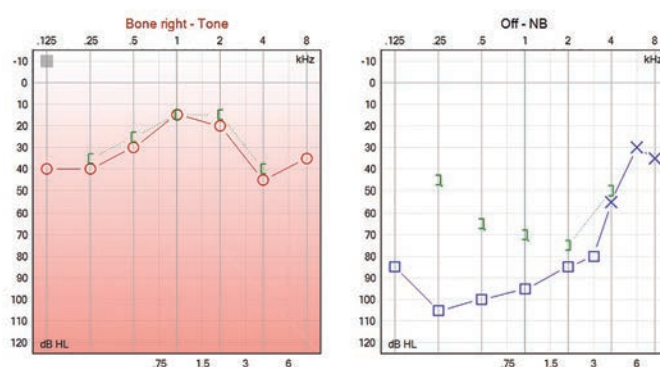
Ο φαινότυπος των ασθενών εμφανίζει ποικιλομορφία, αλλά το χαρακτηριστικό εύρημα είναι τα αμφοτερόπλευρα αισθυσιαία σβανώματα (SV) τα οποία αναπτύσσονται στο 90-95% των ασθενών.⁴ Η μέση ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι από 18 έως 24 έτη, ενώ αναφέρεται ηλικιακό εύρος διάγνωσης από τη γέννηση μέχρι και τα 70 έτη. Σχεδόν όλα τα προσβεβλημένα άτομα θα αναπτύξουν αμφοτερόπλευρα SV μέχρι την ηλικία των 30 ετών.^{4,5} Ασθενείς με NF2, εκτός των αμφοτερόπλευρων SV, αναπτύσσουν και άλλες ενδοκράνιες ή εξωκράνιες εξεργασίες του νευρικού συστήματος όπως μηνιγγιώματα, γλιώματα, δερματικά νευροϊνώματα και σπανιότερα αστροκυτώματα.²

Η πλειοψηφία των ασθενών, όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της νόσου, παρουσιάζουν προοδευτική απώλεια ακοής (υψηλών συχνοτήτων), συνήθως ετερόπλευρη στα αρχικά στάδια, με συνοδές εμβοές. Τα SV δύναται επίσης να προκαλέσουν διαταραχή ισορροπίας με αίσθημα αστάθειας, ενώ τα οξεία επεισόδια ιλιγγίου να είναι λιγότερο συνήθη. Παράλληλα, μπορεί να εμφανιστούν πάρεση του προσωπικού νεύρου, οφθαλμικές εκδηλώσεις με προεξάρχουσες ανωμαλίες του φακού (καταρράκτης >50%), αιμωδίες αλλά και μυϊκή αδυναμία των άκρων.⁵

Παρουσιάζουμε περιστατικό νεαρής γυναίκας με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό, στην οποία διεγνώσθη NF2 κατά τη διαγνωστική διερεύνηση επεισοδίου αιφνίδιας νευροαισθητήριας απώλειας ακοής (SSNHL).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 22 ετών παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της ΩΡΛ κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων λόγω αιφνίδιας απώλειας ακοής αριστερού ωτός. Η ασθενής ανέφερε αίσθημα απώλειας ακοής από 4ημέρου με παρουσία συνοδών εμβών σύστοιχα, χω-

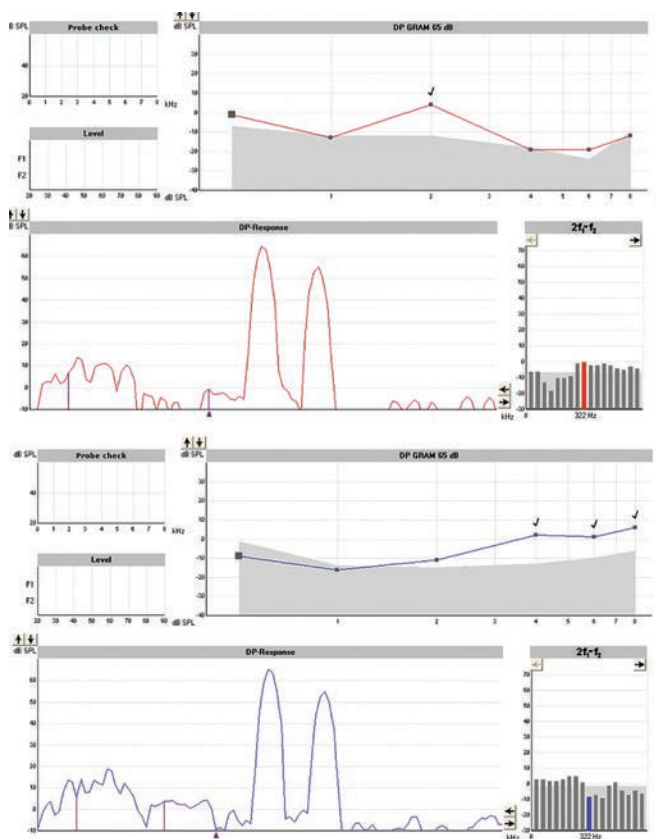


Εικ. 1 Τονικό ακούγραμμα της ασθενούς κατά την εισαγωγή της.

ρίς διαταραχή της ισορροπίας. Το λοιπό ατομικό και οικογενειακό ιστορικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο. Κατά την κλινική εξέταση, η ωτοσκόπηση ήταν φυσιολογική αμφοτερόπλευρα, ενώ στη δοκιμασία Weber ο ήχος πηγαίζε δεξιά. Ο λοιπός κλινικός έλεγχος κεφαλής και τραχήλου δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Το τυμπανόγραμμα της ασθενούς ήταν τύπου Α αμφοτερόπλευρα. Το τονικό ακούγραμμα ανέδειξε ήπια νευροαισθητήρια βαρηκοΐα δεξιά και σοβαρού βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα αριστερά με upsloping καμπύλη (Εικ. 1).

Η ασθενής εισήχθη για ενδοφλέβια χορήγηση στεροειδών σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής (αρχικά ημερησίως 120mg μεθυλπρενιζολόνης με σταδιακή μείωση της δόσολογίας), και υπεβλήθη σε πλήρη νευροωτολογικό έλεγχο. Οι ωτοακουστικές εκπομπές προϊόντων παραμόρφωσης (DPOAEs) εκλύονταν ΔΕ στη συχνότητα 1 KHz, ενώ AP στις συχνότητες 4 KHz, 6 KHz και 8 KHz, και το DP-gram (65dB) ακολουθούσε τη μορφή της καμπύλης του τονικού ακούγραμματος αμφοτερόπλευρα (Εικ. 2)

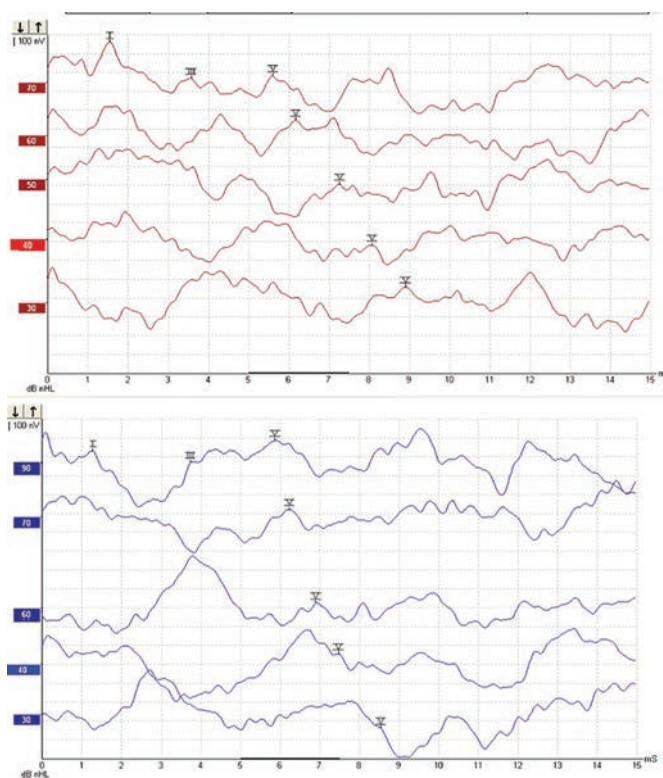
Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους ABR με click ερέθισμα, ρυθμό 21.1/sec και εναλλασσόμενη πολικότητα, ανέδειξαν ουδό 20 dBHL στις υψηλές συχνότητες αμφοτερόπλευρα. Δεν παρατηρήθηκε παθολογική διαφορά των απόλυτων λανθανόντων χρόνων του επάργματος V (μετά από τη διόρθωση για τη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα) μεταξύ των δύο πλευρών σε υψηλές εντάσεις ερεθίσματος (IT5<0.03 msec) (Εικ. 3). Η δοκιμασία των



Εικ. 2 Οι ωτοακουστικές εκπομπές προϊόντων παραμόρφωσης (DPOAEs-gram 65 dB) ακολουθούν την καμπύλη του τονικού ακοογράμματος αμφοτερόπλευρα.

θερμικών διακλισμών κατά το βιντεονυσταγμογράφημα ανέδειξε υπαισθησία του αριστερού λαβυρίνθου (Εικ.4).

Με την ολοκλήρωση της ενδοφλέβιας αγωγής η ασθενής εξήλθε, χωρίς βελτίωση του τονικού ακοογράμματος. Έλαβε οδηγίες για περ os συνέχιση της αγωγής της και επανεξέταση σε τακτική βάση. Στα πλαίσια του διαγνωστικού πρωτοκόλλου των SSNHL, προγραμματίστηκε απεικονιστικός έλεγχος με MRI εγκεφάλου και λιθοειδών - έσω ακουστικών πόρων. Το αποτέλεσμα της μαγνητικής τομογραφίας ανέδειξε πολλαπλά μορφώματα σε επαφή με τις μνιγγες ως επί μνιγγιωμάτων, και εξεργασίες γεφυροπαρεγκεφαλιδικών γωνιών αμφοτερόπλευρα με μέγιστη διάμετρο 3,5 cm ΔΕ και 2,5 cm ΑΡ με επέκταση στον έσω ακουστικό πόρο. Με τη διάγνωση της NF2 η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη απεικονιστικό έλεγχο, όπου διαπιστώθηκαν σβαννώματα κατά μήκος των νευρικών ινών τόσο στην αυχενική όσο και στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Παραπέμφθηκε σε Νευροχειρουργική Κλινική για περαιτέρω εκτίμηση και αντιμετώπιση. Υποβλήθηκε σε αφαίρεση του ακουστικού σβανώματος ΔΕ (απόφαση που λήφθηκε λόγω του μεγαλύτερου μεγέθους του όγκου) με οπισθοσιγμοειδική προσπέλαση. Μετεχειρητικά εμφανίζει κώφωση ΔΕ, δεν παρουσιάζει συμπτώματα από τον οπίσθιο λαβύρινθο και έχει καλή λειτουργία του προσωπικού νεύρου σύστοιχα.

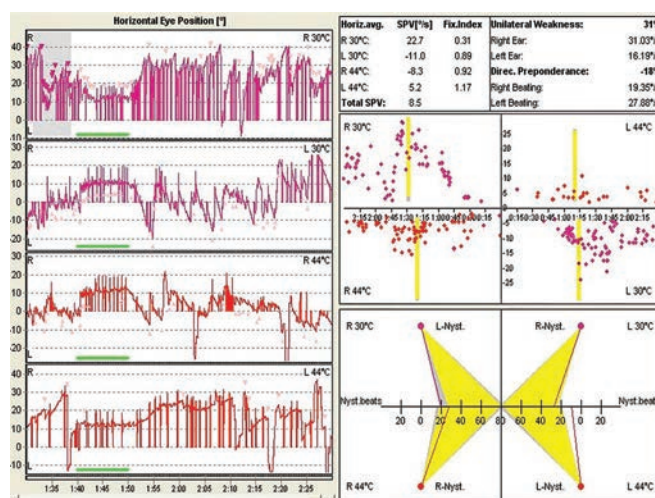


Εικ. 3 Καταγραφή των click –ABR. Ουδός 20dBHL αμφοτερόπλευρα, IT5<0,03ms (βλέπε κείμενο).

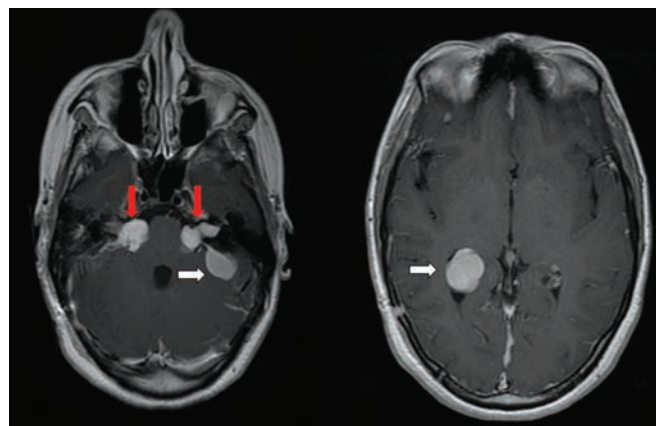
ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η NF2 όπως αναφέρθηκε, είναι μια γενετική διαταραχή που κληρονομείται με αυτοσωμικό επικρατών χαρακτήρα ή προέρχεται από de novo μετάλλαξη του NF2 ογκοκατασταλτικού γονιδίου.⁶ Το γονίδιο της NF2 βρέθηκε το 1993 στο μακρό σκέλος του χρωσώματος 22q12.2 και θεωρείται υπεύθυνο για την κωδικοποίηση της πρωτεΐνης merlin (σβαννωμίνη). Η πρωτεΐνη merlin βρέθηκε να είναι δομικά παρόμοια με τις πρωτεΐνες της ομάδας ERM (ezrin moesin, radixin), που περιέχουν θέσεις πρόσδεσης για την F-ακτίνη και την CD44 στην κυτταρική μεμβράνη.^{7,8} Απουσία φυσιολογικής merlin πρωτεΐνης σχετίζεται με προδιάθεση για σχηματισμό όγκων.⁹ Το 50% των πασχόντων εμφανίζει σποραδικές μεταλλάξεις, οι οποίες δύναται να συμβούν στο γονεϊκό γονιδίωμα (προζυγωτικά) ή κατά τη μίτωση, με αποτέλεσμα το 25% αυτών να εμφανίζουν μωσαϊκισμό.^{6,10} Η νόσος χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία πολλαπλών καλοήθων όγκων του νευρικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων σβανωμάτων, μνιγγιωμάτων, γλοιωμάτων, με τα αμφοτερόπλευρα SV να αποτελούν το προεξάρχον χαρακτηριστικό γνώρισμα σε ποσοστό 90 έως 95% των ασθενών με NF2.5 Οι ακριβείς μηχανισμοί πρόκλησης έκπτωσης της ακοής δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Η πιο επικρατούσα βιβλιογραφικά υπόθεση αποδίδει τον μηχανισμό της νευροαισθητήριας βαρηκοΐας σε δευτεροπαθή

αίτια συμπίεσης ή διήθησης των νευρικών ινών του κοχλιακού νεύρου από τη σταδιακή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Φαινόμενα ωστόσο όπως η αιφνίδια έναρξη της απώλειας ακοής, η απώλεια ακοής σε παρουσία μικρού μεγέθους όγκων και η προοδευτική απώλεια ακοής σε ασθενείς με μη αναπτυσσόμενο σε μέγεθος SV, θέτει υπό αμφισβήτηση μια απλή συσχέτιση μεταξύ μεγέθους όγκου και / ή ρυθμού ανάπτυξης αυτού με την συνολική απώλεια της ακοής.^{11,12,13,14} Συγκεκριμένα οι Abaza και συν. σε ανασκόπηση που πραγματοποιήσαν σε 22 ασθενείς με NF2 συσχέτισαν τον ρυθμό ανάπτυξης μεγέθους του όγκου με την ακουστική ικανότητα των ασθενών με τονικό ακογράμμο, ομιλητική ακοομετρία και ABR. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε μεγαλύτερη απώλεια ακοής σε όγκους μεγαλύτερου μεγέθους και επιδείνωση της ακουστικής οξύτητας σε σταδιακά αυξανόμενους σε μέγεθος όγκους. Ωστόσο ο ρυθμός ανάπτυξης του μεγέθους του όγκου δεν αποτελούσε προγνωστικό δείκτη για συγκεκριμένα ακοομετρικά ευρήματα.¹¹ Αντίθετα οι Pikus και συν. αναφέρουν ότι σε παιδιατρικούς ασθενείς με NF2 η επιδείνωση της ακοής συσχετιζόταν εν μέρει με την αύξηση της ηλικίας, αλλά όχι με το ρυθμό ανάπτυξης του όγκου. Συνήθως οι ασθενείς με NF2 εμφανίζουν σταδιακή απώλεια ακοής υψηλών συχνοτήτων.¹⁵ Η αιφνίδια απώλεια ακοής ως πρώτο σύμπτωμα αναφέρεται σε ποσοστό 3-12%.^{13,16,17} Η ασθενής μας, εμφάνισε μονόπλευρη αιφνίδια απώλεια ακοής ως πρώτο σύμπτωμα με upslopping ακοομετρική καμπύλη, μη τυπική της νόσου. Η διάγνωση της NF2 βασίστηκε κατά καιρούς σε διάφορα δημοσιευμένα κριτήρια.^{18,19} Τα πιο πρόσφατα είναι αυτά των Baser και συν. με τα οποία γίνεται έγκαιρη διάγνωση σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών σε σύγκριση με προηγούμενα διαγνωστικά κριτήρια (Πίνακας Ι).²⁰ Η κλινική εικόνα της NF2 είναι εξαιρετικά μεταβλητή καθιστώντας την διαχείριση των ασθενών μία μεγάλη πρόκληση. Η κλινική ωστόσο συμπεριφορά ενός SV ασθενούς με NF2 μοιάζει με αυτή ενός σποραδικά εμφανιζόμενου. Ένα ποσοστό συνολικά 10-20% των ασθενών με SV θα αναφέρει αιφνίδια απώλεια ακοής ως πρώτο σύμπτωμα. Ωστόσο μόλις το 1.9 - 4.9% των ασθενών με αιφνίδια απώλεια ακοής διαγιγνώσκεται με SV.^{21,22} Οι Takeshi και συν. πραγματοποιώντας μια μεγάλη αναδρομική μελέτη 861 ασθενών οι οποίοι διαγιγνώστηκαν με αιφνίδια απώλεια ακοής, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίπτωση του SV σε ασθενείς με SSNHL ανέρχεται στο 3%.²³ Η επίπτωση αυτή είναι περίπου 150 φορές μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των τυχαία διαγνωσθέντων SV (0,02%), όπως προέκυψε από μια αναδρομική μελέτη 46.000 μαγνητικών τομογραφιών που πραγματοποιήθηκαν για άλλους ιατρικούς λόγους.²⁴ Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η αιφνίδια απώλεια ακοής παρουσία SV αναπαράγεται στη θεραπεία με στεροειδή.^{25,26,27} Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής που θα θέσει την κλινική διάγνωση και στις περιπτώσεις ασθενών με NF2.²⁸ Εκτός από τους όγκους του νευρικού ιστού οι ασθενείς εμφανίζουν εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς με συχνότερο τον καταρράκτη (60-81%), μεμβράνες και αμαρτώματα του αμφιβληστροειδούς. Στο δέρμα παρουσιάζονται όγκοι σε ποσοστό 59-68% και περιλαμβάνουν δερματικές πλάκες, υποδόριους και ενδοδερματικούς όγκους.²⁹



Εικ. 4 Βιντεονυσταγογράφημα της ασθενούς στη νοσηλεία της. Παρατηρείται υπαισθησία του αριστερού λαβυρίνθου κατά τους θερμικούς διακλυσμούς.



Εικ. 5 Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Διακρίνονται αιθουσαία σβανώματα αμφοτερόπλευρα (κόκκινα βέλη) και μηνιγγιώματα (λευκά βέλη).

Ο βασικός άξονας διαχείρισης της NF2 αφορά τη χειρουργική αφαίρεση των συμπτωματικών ενδοκράνιων και περιφερικών όγκων του νευρικού συστήματος. Η επιλογή της κατάλληλης χρονικής στιγμής για την αφαίρεση των SV, αποτελεί ίσως το δυσκολότερο θεραπευτικό δίλημμα.¹⁹ Η ολική αφαίρεση ενός VS μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη έλεγχο του όγκου. Παρ' όλα αυτά, λόγω του πολυλοβωτού και διηθητικού χαρακτήρα μπορεί να προκληθεί βλάβη των γειτονικών νευρικών δομών και να εμφανιστεί κώφωση ή παράλυση του προσωπικού νεύρου σύστοιχα. Είναι σημαντικό να υπάρξει μια ισορροπία ανάμεσα στη χρήση της μικροχειρουργικής και της ακτινοθεραπείας με την τελευταία να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε περιπτώσεις ασθενών με επιθετικούς όγκους, σε αυτούς με υψηλό προεγχει-

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια NF2 κατά Baser.²⁰

Χαρακτηριστικό	Παρόν σε ηλικία <30 ετών	Παρόν σε ηλικία >30 ετών
Συγγενής α' βαθμού με NF2, διαγνωσθείς με τα παρόντα κριτήρια	2	2
Μονόπλευρο αιθουσαίο σβάννωμα	2	1 ^α
Δεύτερο αιθουσαίο σβάννωμα	4	3 ^α
Μονήρες μηνιγγίωμα	2	1
Δεύτερο μηνιγγίωμα	2	1
Δερματικό σβάννωμα (ένα ή περισσότερα)	2	1
Όγκος κρανιακού νεύρου εκτός του αιθουσαίου σβαννώματος	2	1
Μονονευροπάθεια	2	1
Καταρράκτης	2	0

^αΔε δίνονται βαθμοί αν το αιθουσαίο σβάννωμα μονόπλευρα ή το δεύτερο αιθουσαίο σβάννωμα διαγνωστούν μετά την ηλικία των 70 ετών
Οριστική διάγνωση NF2 τίθεται όταν η βαθμολογία είναι ≥ 6
Έλεγχος NF2 μετάλλαξης χρειάζεται σε βαθμολογία 4 ή 5

ρητικό κίνδυνο καθώς και σε αυτούς που αρνούνται χειρουργικής παρέμβασης. Σε μελέτη των Phi και συν, αναφέρεται καλός 5ετής έλεγχος του όγκου και διατήρηση χρήσιμης ακοής στο περίπου 1/3 των ασθενών με NF2 που αντιμετωπίστηκαν με gamma knife.³⁰

Αν και ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου ποικίλει, οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν κωφοί και με χρήση τροχήλατου αμαξιδίου. Η έναρξη των συμπτωμάτων σε μικρή ηλικία και η παρουσία ενδοκρανιακών μηνιγγιωμάτων κατά τη διάγνωση (ενδεικτικά επιθετικής νόσου) σχετίζονται με κίνδυνο πρώιμης θνησιμότητας.³¹ Το 40% των ασθενών αναμένεται να καταλήξουν μέχρι την ηλικία των 50 ετών.⁵

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της NF2 βασίζεται σε κλινικά και απεικονιστικά κριτήρια. Η ακοομετρική καμπύλη των ασθενών δύναται να μην είναι τυπική. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, θεωρείται απαραίτητος σε περιπτώσεις SSNHL, ειδικά όταν υπάρχει φτωχή ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή ή σε περιπτώσεις υποτροπής της βαρηκοΐας με τη μείωση ή τη διακοπή των στεροειδών. Η αντιμετώπιση εξατομικεύεται αναλόγως των κλινικών συμπτωμάτων του ασθενούς με NF2, η πρόγνωση όμως είναι συνήθως δυσμενής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Evans GR, Moran A, King A, Saeed S, Gurusinge N, Ramsden R. Incidence of vestibular schwannoma and neurofibromatosis 2 in the North West of England over a 10-year period: higher incidence than previously thought. *Otol Neurotol* 2005; 26:93–7.
- Evans GR, Lloyd S, Ramsden RT. Neurofibromatosis type 2. *Adv Otorhinolaryngol* 2011;70:91–8.
- Evans DGR, Wallace A, Wu CL, Trueman L, Ramsden RT, Strachan T. Somatic mosaicism: a common cause of classic disease in tumor-prone syndromes? Lessons from type 2 neurofibromatosis. *Am J Hum Genet* 1998;63:727–36
- Parry DM, Eldridge R, Kaiser-Kupfer MI, Bouzas EA, Pikus A, Patronas N. Neurofibromatosis 2 (NF2): clinical characteristics of 63 affected individuals and clinical evidence for heterogeneity. *Am J Med Genet* 1994; 52:450–61.
- Evans DGR, Huson SM, Donnai D, et al. A clinical study of type 2 neurofibromatosis. *Q J Med* 1992; 84:603–18.
- Evans DG, Huson SM, Donnai D, et al. A genetic study of type 2 neurofibromatosis in the United Kingdom. I. Prevalence, mutation rate, fitness, and confirmation of maternal transmission effect on severity. *J Med Genet* 1992;29:841–6.
- Rouleau GA, Merel P, Lutchman M, et al. Alteration in a new gene encoding a putative membrane-organizing protein causes neuro-fibromatosis type 2. *Nature* 1993; 363:515–21.
- Trofatter JA, MacCollin MM, Rutter JL, et al. A novel moesin, ezrin-, radixin-like gene is a candidate for the neurofibromatosis 2 tumor suppressor. *Cell* 1993; 75:826.
- Lee JY, Kim H, Ryu CH, et al. Merlin, a tumor suppressor, interacts with transactivation-responsive RNA-binding protein and inhibits its oncogenic activity. *J Biol Chem*

- 2004;279: 30265-73.
10. Kluwe L, Mautner V, Heinrich B, et al. Molecular study of frequency of mosaicism in neurofibromatosis 2 patients with bilateral vestibular schwannomas. *J Med Genet* 2003;40:109-14.
 11. Abaza MM, Makariou E, Armstrong M, Lalwani AK. Growth rate characteristics of acoustic neuromas associated with neurofibromatosis type 2. *Laryngoscope* 1996; 106:694-9.
 12. Fisher LM, Doherty JK, Lev MH, Slattery WH. Concordance of bilateral vestibular schwannoma growth and hearing changes in neurofibromatosis 2: neurofibromatosis 2 natural history consortium. *Otol Neurotol* 2009;30:835-41.
 13. Masuda A, Fisher LM, Oppenheimer ML, Iqbal Z, Slattery WH. Hearing changes after diagnosis in neurofibromatosis type 2., Natural History Consortium. *Otol Neurotol* 2004; 25:150-4.
 14. Graamans K, Van Dijk JE, Janssen LW. Hearing deterioration in patients with a non-growing vestibular schwannoma. *Acta Otolaryngol* 2003;123: 51-4.
 15. Pikus AT. Pediatric audiologic profile in type 1 and type 2 neurofibromatosis. *J Am Acad Audiol* 1995;6:54-62.
 16. Blakeley JO, Evans DG, Adler J et al. Consensus recommendations for current treatments and accelerating clinical trials for patients with neurofibromatosis type 2. *Am J Med Genet* 2012;158:24-41.
 17. Massick DD, Welling DB, Dodson EE et al. Tumor growth and audiometric change in vestibular schwannomas managed conservatively. *Laryngoscope* 2000;110:1843-9.
 18. National institutes of health consensus development conference statement on acoustic neuroma, December 11-13, 1991. The consensus development panel. *Arch Neurol* 1994;51:201-7.
 19. Evans DGR, Baser ME, O'Reilly B, et al. Management of the patient and family with neurofibromatosis 2: a consensus conference statement. *Br J Neurosurg* 2005;19:5-12.
 20. Baser ME, Friedman JM, Joe H et al. Empirical development of improved diagnostic criteria for neurofibromatosis 2. *Genet Med* 2011;13:576-81.
 21. Yanagihara N, Asai M. Sudden hearing loss induced by acoustic neuroma: significance of small tumors. *Laryngoscope* 1993;103:308-11.
 22. Sauvaguet E, Kici S, Kania R, Herman P, Tran Ba Huy P. Sudden sensorineural hearing loss as a revealing symptom of vestibular schwannoma. *Acta Otolaryngol* 2005;125:592-5.
 23. Takeshi Fujita, Kazuya Saito, Nobuo Kashiwagi, Mitsuo Sato, Toru Seo, Katsumi Doi, The prevalence of vestibular schwannoma among patients treated as sudden sensorineural hearing loss. *Auris Nasus Larynx* 2019;46:78-82.
 24. Lin D, Hegarty JL, Fischbein NJ, Jackler RK. The prevalence of "incidental" acoustic neuroma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;131:241-4.
 25. Lee JD, Lee BD, Hwang SC. Vestibular schwannoma in patients with sudden sensorineural hearing loss. *Skull Base* 2011;21:75-8.
 26. Aronson A, Ruckenstein MJ, Bigelow DC. The efficacy of corticosteroids in restoring hearing in patients undergoing conservative management of acoustic neuromas. *Otol Neurotol* 2003;24:465-8.
 27. Nageris BI, Popovtzer A. Acoustic neuroma in patients with completely resolved sudden hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003;112:395-7.
 28. Sobol SE, Rappaport 1M, Al-Abdulahdi K, et al. Diagnosis of neurofibromatosis type 2 in a patient with long-standing bilateral sensorineural hearing loss. *J Otolaryngol* 2001;30:368-71.
 29. Asthagiri AR, Parry DM, Butman JA, Kim HJ, Tsilou ET, Zhuang Z, Lonser RR. Neurofibromatosis type 2. *Lancet* 2009;373:1974-86.
 30. Phi JH, Kim DG, Chung HT, Lee J, Paek SH, Jung HW. Radiosurgical treatment of vestibular schwannomas in patients with neurofibromatosis type 2: tumor control and hearing preservation. *Cancer* 2009;115: 390-8.
 31. Baser ME, Friedman JM, Aeschliman D, et al. Predictors of the risk of mortality in neurofibromatosis 2. *Am J Hum Genet* 2002; 71:715-23.

Γιβαννάκης Μάριος-Ηλίας¹
 Τζωρακολευθεράκη Σοφία-Ελένη²
 Τσιρόπουλος Γεώργιος³
 Κολέτσα Τριανταφυλλιά²
 Τριαρίδης Στέφανος¹

¹Α' ΩΡΛ κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
²Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και
 Παθολογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.
³Φοιτητής Τμήματος Ιατρικής, Α.Π.Θ.

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Καθηγητής Στέφανος Τριαρίδης
 Α' ΩΡΛ κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
 Στίλπ. Κυριακίδη 1
 τ.κ. 54636, Θεσσαλονίκη
 τ.2310994828
 e-mail: triaridi@med.auth.gr

Givannakis Marios-Ilias¹

Tzorakoleftheraki Sofia-Eleni²

Tsiropoulos Georgios³

Koletsa Triantafyllia²

Triaridis Stefanos¹

¹1st Otolaryngology Department AUTH,
 AHEPA Hospital

²General Pathology and Pathological
 anatomy laboratory AUTH

³Student, School of Medicine AUTH

Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 40 - Issue 3, 2019

Corresponding author:

Associate Professor Stefanos Triaridis
 1st Otolaryngology Department AUTH,
 AHEPA Hospital
 1 Stilp. Kyriakidi st.
 54636, Thessaloniki
 tel. +302310994828
 e-mail: triaridi@med.auth.gr

Διαυγοκυτταρικό ογκοκύτωμα ελάσσονος σιελογόνου αδένου υπερώας

Minor salivary gland clear cell oncocytoma

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ογκοκυτώματα των σιελογόνων αδένων με εκτεταμένη διαυγοκυτταρική μετατροπή, γνωστά και ως διαυγοκυτταρικά ογκοκυτώματα αφορούν έναν σπάνιο ιστολογικό υπότυπο των ογκοκυτωμάτων, ενώ περιπτώσεις με εντόπιση στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες δεν έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία. Παρουσιάζουμε περιστατικό μίας γυναίκας, 44 ετών, που παρουσιάστηκε με ένα ανώδυνο μόρφωμα υπερώας. Μετά από απεικόνιση, δια λεπτής βελόνης βιοψία και προεγχειρητικό έλεγχο, διενεργήθηκε χειρουργική εκτομή του μορφώματος και η μορφολογική, ιστοχημική κι ανοσοϊστοχημική εκτίμηση έθεσε την διάγνωση του διαυγοκυτταρικού ογκοκυτώματος. Παρατίθενται η κλινική, απεικονιστική, παθολογοανατομική προσέγγιση τόσο από την σκοπιά του κλινικού ιατρού, όσο και του παθολογοανατόμου, καθώς και τα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα που εγείρονται.

Λέξεις κλειδιά: ογκοκύτωμα, διαυγοκυτταρικό, υπερώα, ελάσσονες σιελογόνοι

ABSTRACT

Clear cell oncocytomas, constitute a rare subtype of salivary gland oncocytomas, while cases of clear cell oncocytomas arising in minor gland have not been previously reported. We present the case of a 44-year-old female, who presented with a painless palatal lesion. After imaging and FNAB investigation, she underwent surgical excision of the lesion, followed by morphological, histochemical and immunohistochemical examination that established the diagnosis of clear cell oncocytoma. The clinical, imaging, pathological approach are presented from the point of view of both the clinical ENT surgeon, as well as the pathologist, combined with the differential diagnostic problems that arise.

Key words: oncocytoma, clear cell, palate, minor salivary gland

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

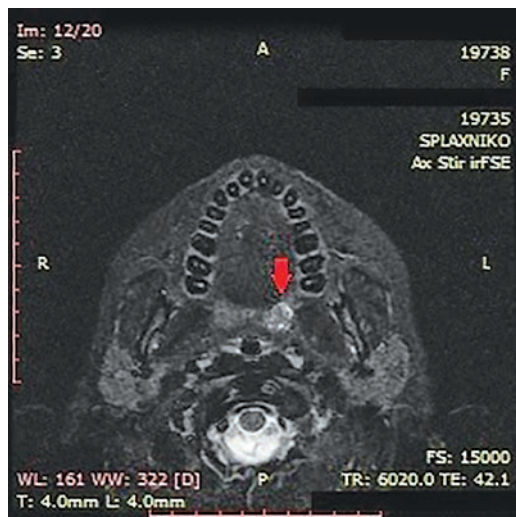
Τα ογκοκυτώματα των σιελογόνων αδένων με εκτεταμένη διαυγοκυτταρική μετατροπή, γνωστά και ως διαυγοκυτταρικά ογκοκυτώματα αφορούν έναν σπάνιο ιστολογικό υπότυπο των ογκοκυτωμάτων.¹ Παρατηρούνται κυρίως σε μεσήλικες, με συχνότερη εντόπιση την παρωτίδα και σπανιότερα τον υπογνάθιο σιελογόνο αδένα.² Σε ένα χαμηλό ποσοστό εμφανίζονται στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες της υπερώας, της αμυγδαλής, του λάρυγγα, της ρινικής κοιλότητας, των παραρρινίων κόλπων και του δακρυϊκού αδένου. Τα περιστατικά που έχουν περιγραφεί σε αυτές τις θέσεις είναι λίγα και αφορούν αποκλειστικά τα κλασικά ογκοκυτώματα, με τα περισσότερα από αυτά να ανευρίσκονται στην υπερώα και την παρειά, ενώ περιπτώσεις διαυγοκυτταρικών ογκοκυτωμάτων με εντόπιση στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες δεν έχουν περιγραφεί.³

Παρουσιάζεται μία σπάνια περίπτωση διαυγοκυτταρικού ογκοκυτώματος που αναπτύχθηκε από ελάσσονα σιελογόνο αδένου της υπερώας και παρατίθενται αναλυτικά τα κλινικοπαθολογοανατομικά του χαρακτηριστικά και τα πιθανά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

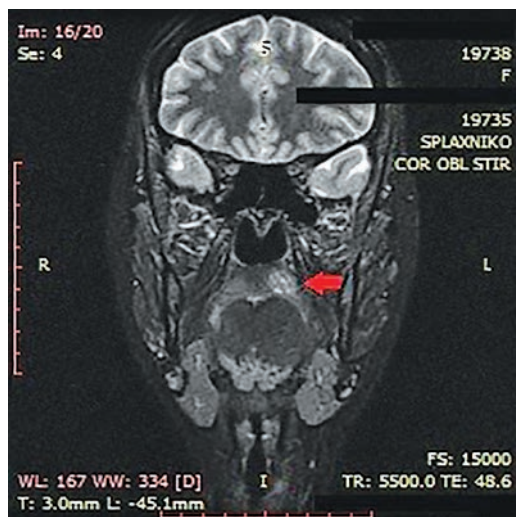
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα ηλικίας 44 ετών, προσήλθε αιτιώμενη ανώδυνη διόγκωση στην υπερώα αριστερά, που ανακαλύφθηκε ως τυχαίο εύρημα στα πλίσσια οδοντιατρικού ελέγχου, χωρίς να αναφέρει διαταραχές αισθητικότητας ή άλλα συμπτώματα.

Η κλινική εξέταση ανέδειξε την παρουσία ροδόχρου, ομαλού εξωφυτικού μορφώματος του βλεννογόνου στα όρια μαθητικής και σκληράς υπερώας, αριστερά της μέσης γραμμής, σαφώς περιγε-



Εικ. 1 MRI σπλαχνικού κρανίου, εγκάρσια τομή, όπου απεικονίζεται με βέλος ανομοιογενές μórφωμα με έντονο εμπλουτισμό, χωρίς φαινόμενα διήθησης των γειτονικών δομών.



Εικ. 2 MRI σπλαχνικού κρανίου, με τα αντίστοιχα ευρήματα σε στεφανιαία τομή.

γραμμένου, σχετικά μαλακής σύστασης και ανώδυνου στην ψηλάφηση. Η υπόλοιπη κλινική εξέταση ήταν άνευ παθολογικών ευρημάτων, χωρίς την παρουσία ψηλαφητών τραχηλικών λεμφαδένων. Ο απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία (MRI) κεφαλής-τραχήλου, ανέδειξε την παρουσία μορφώματος, διαστάσεων 1.3 x 1.2 cm, ανομοιογενούς υφής, με έντονο εμπλουτισμό, χωρίς φαινόμενα διήθησης των γειτονικών δομών κι άνευ παθολογικού μεγέθους τραχηλικών λεμφαδένων (Εικ.1,2). Οι μυϊκές ομάδες, οι αγγειακοί σχηματισμοί του στόματος, φάρυγγα και τραχήλου απεικονίστηκαν χωρίς μορφολογικές διαταραχές. Τα ευρήματα της βιοψίας δια λεπτής βελόνης ήταν περισσότερο συμβατά με μικτό όγκο σιελογόνου αδένος. Η ασθενής προγραμματίστηκε και υπό γενική αναισθησία διενεργήθηκε πλήρης εκτομή της βλάβης (Εικ.3), σε υγιή μακροσκοπι-

κά όρια με πρόσθετη εξαίρεση λοβώδους υγιούς ιστού στα όρια εκτομής και τελικο-τελική συρραφή του ελλείμματος μετά από κινητοποίηση των δομών (Εικ.4), με απορροφήσιμα ράμματα κατά στρώματα.

Το χειρουργικό παρασκεύασμα εστάλη στο Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής του Α.Π.Θ. για ιστολογική εξέταση. Μακροσκοπικά αφορούσε οζοειδές μórφωμα με λευκόφαιη χροιά και συμπαγή σύσταση, διαστάσεων 1.9 x 1.6 x 1 εκ., καθώς και τρία λευκόφαια ιστοτεμάχια, μεγίστης διαμέτρου από 0.5 έως 0.8 εκ.

Σε τομές αιματοξυλίνης-ηωσίνης από το οζοειδές μórφωμα παρατηρήθηκε ότι έφερε κατά τη μία επιφάνεια λεπτή λωρίδα βλεννογόνου, καλυπτόμενη από υπερπλαστικό πολυστρωματικό επιθήλιο με παρακεράτωση και υποκείμενα, στο χόριο, εμφάνιζε οζοειδή περίγραπτη εξεργασία, εν μέρει αφοριζόμενη από κάψα. Η εν λόγω εξεργασία παρουσίαζε λοβιώδη αρχιτεκτονική. Τα λοβία αποτελούνταν από οξύφιλα και στη μεγαλύτερη έκταση από διαυγή κύτταρα (Εικ.5α), διατασσόμενα σε μικρές ομάδες ή φωλεές και περιβαλλόμενα από βασικού τύπου κύτταρα. Δεν παρατηρήθηκε άξια λόγου πυρηνική πολυμορφία, ατυπία ή μιτωτική δραστηριότητα. Διάσπαρτα αναγνωρίστηκαν κυστικοί χώροι (Εικ. 5α, αστερίσκος), επαλειφόμενοι από οξύφιλα κύτταρα. Διηθητική επέκταση του νεοπλάσματος δεν διαπιστώθηκε. Ιστοχημικά, παρατηρήθηκε θετικότητα στη χρώση για PTAH και κυρίως στα οξύφιλα κύτταρα (Εικ. 5β). Τόσο τα οξύφιλα, όσο και τα διαυγή κύτταρα απέβησαν θετικά στις χρώσεις για CK8/18 (Εικ. 5γ), κυμοθρυψίνη και εν μέρει στο καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, ενώ ήταν αρνητικά στις χρώσεις για CD10, GFAP, TdT, S100 και p63. Τα βασικού τύπου κύτταρα ήταν θετικά στις χρώσεις για p63 (Εικ.5δ) και CK5/6. Με τη χρώση για τον δείκτη του κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67/MIB1 παρατηρήθηκαν θετικά κύτταρα σε ποσοστό 5%. Τα συναποσταθθέντα ιστοτεμάχια αφορούσαν τεμάχια ελάσσονος σιελογόνου αδένος, μικτού τύπου, με φυσιολογική λοβιώδη αρχιτεκτονική, χωρίς αλλοιώσεις. Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα τέθηκε η διάγνωση ενός ογκοκυτώματος (οξύφιλου αδενώματος) με εκτεταμένη διαυγοκυτταρική μετατροπή.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή, η ασθενής σιτίσθηκε με ελαφρά δίαιτα από τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα. Στον τακτικό επανέλεγχο (follow-up) 9 μήνες μετά την επέμβαση είναι υγιής χωρίς προβλήματα. Το χειρουργικό τραύμα επουλώθηκε πλήρως, η χροιά της ομιλίας και η κατάποση παρέμειναν ανεπηρέαστα (Εικ.6).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αξιολόγηση ασθενούς με όγκο ελάσσονος σιελογόνου αδένος ξεκινά με τη λεπτομερή λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση. Μοιλονότι ο μόνος ευρέως αποδεκτός παράγοντας κινδύνου για τους όγκους των σιελογόνων αδένων είναι η προηγούμενη ακτινοβολία της περιοχής κεφαλής και τραχήλου, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με τους όγκους της υπερώας. Επιπλέον, έχει υποτεθεί μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ κακοήθειας και χρήσης καπνού.⁴ Η απεικόνιση παρέχει πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την τοπική και περιοχική έκταση της νόσου και επί-



Εικ. 3 Εκτομή μορφώματος υπερώας.



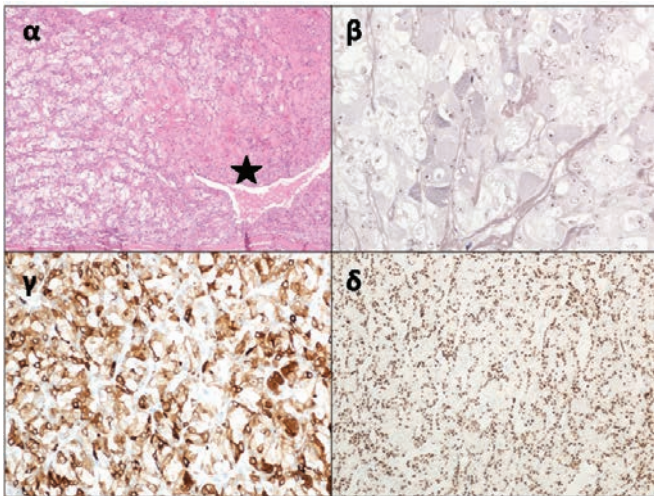
Εικ. 4 Κατάσταση μετά την συρραφή.

σης βοηθά τον σχεδιασμό τόσο για εκτομή της βλάβης όσο και για αποκατάσταση της περιοχής. Οι απλές ακτινογραφίες έχουν εγκαταλειφθεί, υπέρ της αξονικής τομογραφίας που καταδεικνύει με ακρίβεια την σχέση του όγκου με τις οστικές δομές και της μαγνητικής τομογραφίας προς διερεύνηση της συμμετοχής των μαλακών μορίων και της ύπαρξης ή όχι κάψας του όγκου.⁵ Έχουν προταθεί διάφορα ευρήματα στην αξονική τομογραφία που υποδηλώνουν κακοήθεια: διηθητική καταστροφή των οστικών δομών, επέκταση στον πteryγοϋπερώιο και υποκροτάφιο βόθρο και επασβεστώσεις εντός του όγκου.⁶ Ακολούθως, μπορεί να διερευνηθεί η ιστοπαθολογική προέλευση με βιοψία δια λεπτής βελόνας, ιδανικά πραγματοποιούμενη από το κέντρο της βλάβης για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα διασποράς του όγκου, ή με ανοικτή βιοψία.^{5,6}

Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν την χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή συνδυασμό τους, αναλόγως της ιστολογικής διάγνωσης και σταδίου της πρωτοπαθούς εστίας.⁷ Παραδοσιακά, η χειρουργική αντιμετώπιση των όγκων ελάσσονος σιελογόνου αδένα στην υπερώα, συνίσταται για καλοήθεις βλάβες σε τοπική εκτομή σε υγιή μακροσκοπικά όρια και όχι εκπυρηνισμό (για αποφυγή εμφυτεύσεων-spillage). Σε κακοήθεις βλάβες ανάλογα με την τοπική έκταση της νόσου εκτείνεται από την ευρεία τοπική εκτομή, εκτομή της σκληράς υπερώας, των φαρυγγικών αποφύσεων έως την ημιγναθεκτομή, με ευρέα όρια εκτομής λόγω του υψηλού ποσοστού υποτροπής σε θετικά όρια.⁸ Η ποικίλη ιστοπαθολογία των νεοπλασιών των ελάσσωνων σιελογόνων αδένων αποτελεί πρόκληση στον προσδιορισμό της επαρκών ορίων εκτομής, ειδικά για όγκους όπως το αδενοκυστικό καρκίνωμα που παρουσιάζουν τάση για περινευρική διήθηση,⁹ οπότε η ταχεία βιοψία πιθανώς εμπλεκόμενων, από τον όγκο, νεύρων (μείζονος υπερώιου) υπαγορεύουν επιπρόσθετη εκτομή (προς το μείζον υπερώιο τρήμα και τον υποκροτάφιο βόθρο). Κατά την εκτομή του όγκου, τηρούνται αυστηρά οι ογκολογικές αρχές και δεν τροποποιείται η έκταση της εκτομής για λόγους αποκατάστασης.¹⁰ Τα χειρουργικά ελλείμματα, αποκαθίστανται με τοπικούς μισχωτούς κρημούς για καλοήθεις βλάβες και συχνά με υπερώιους αποφρακτήρες (obturators) για κακοήθεια, ώστε η περιοχή εκτομής να μπορεί να παρακολουθείται για πιθανή υποτροπή.⁵ Οι αποφρακτήρες παρουσιάζουν μειονεκτήματα, με κυριότερο την έλλειψη αισθητικότητας και την αίσθηση ξένου σώματος.¹¹ Η συμμετοχή του ουρανίσκου στις πολύπλοκες λειτουργίες της κατάποσης και ομιλίας, οδήγησε με την πρόοδο στις τεχνικές αποκατάστασης, στην εισαγωγή πλήθους τοπικών και περιοχικών μισχωτών κρημών, καθώς και τη μεταφορά ελεύθερων δερματικών και οστεοδερματικών κρημών με μικροαγγειακές αναστομώσεις. Μετεγχειρητικά, ακτινοθεραπεία ενδείκνυται σε προχωρημένη κακοήγη παθολογία, περινευρική διήθηση, οστική συμμετοχή, λεμφαδενικές μεταστάσεις και σε αδυναμία επέμβασης.⁸

Το περιστατικό που παρουσιάζεται θεωρείται εξαιρετικά σπάνιο, καθώς συνδυάζει τη σπανιότητα του διαυγοκυτταρικού υποτύπου με αυτήν της εντόπισης στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες της υπερώας. Τυπικά, τα ογκοκύττωμα εμφανίζονται σαν ανώδυνες, συμπαγείς διογκώσεις που συνήθως δεν ξεπερνούν τα 4 cm.^{12,13} Ενώ τα κλασσικά ογκοκύττωμα συναντώνται με την ίδια συχνότητα στα δύο φύλα, ο διαυγοκυτταρικός υπότυπος φαίνεται να επικρατεί στις γυναίκες.¹³ Αμφότεροι οι τύποι (κλασσικός, διαυγοκυτταρικός) αφορούν καλά περιγεγραμμένες βλάβες με ή χωρίς παρουσία κάψας.^{14,15} Συνήθως, τα ογκοκύττωμα είναι μονόπλευρα και δεν υποτροπιάζουν, αν και, σε περιπτώσεις με εκτεταμένη διαυγοκυτταρική μετατροπή, έχουν αναφερθεί αμφοτερόπλευρη εντόπιση και υποτροπές.¹⁶

Ιστολογικά, τα κλασσικά ογκοκύττωμα χαρακτηρίζονται από πολυεδρικά κύτταρα με άφθονο ηωσινόφιλο, κοκκώδες κυτταρόπληγμα («ογκοκύτταρα»).



Εικ. 5 Ιστοπαθολογικά ευρήματα του μορφώματος:

α) Σε τομές αιμοτοξυλίνης-ηωσίνης (X100) το μόρφωμα εμφανίζει λοβιώδη αρχιτεκτονική και αποτελείται κυρίως από διαυγή κύτταρα (αριστερά), αλλά και οξύφιλα κύτταρα που σχηματίζουν κυστικούς χώρους (δεξιά, αστερίσκος), β) Με την ιστοχημική χρώση PTAH (X400) αναδεικνύονται κοκκωδώς τα μιτοχόνδρια του κυτταροπλάσματος των οξύφιλων κυττάρων, γ) Η ανοσοϊστοχημική χρώση για τις κερατίνες 8/18 (X200) απέβη θετική στα νεοπλασματικά κύτταρα, δ) Η ανοσοϊστοχημική χρώση για την πρωτεΐνη p63 (X100) απέβη θετική στα βασικού τύπου κύτταρα που περιβάλλουν τις νεοπλασματικές ομάδες.

ρόπλησμα.¹ Συχνά είναι εμφανής η μετάπτωση των «ογκοκυττάρων» σε διαυγή κύτταρα, όπως παρατηρήθηκε και στη δική μας περίπτωση. Η εν λόγω μετάπτωση είναι καθοριστική για την ιστολογική διάγνωση.¹⁸ Το διαυγές του κυτταροπλάσματος οφείλεται σε ενδοκυτταροπλασματική συσσώρευση γλυκογόνου και παρεκτόπιση στην περιφέρεια των οργανιδίων του κυττάρου ή/και σε αλληλώσεις προερχόμενες από τη μονιμοποίηση και την επεξεργασία του ιστού.¹³ Τα περαιτέρω ιστολογικά χαρακτηριστικά είναι κοινά και για τους δύο τύπους, δηλαδή οι πυρήνες είναι μικροί, ωοειδείς, κεντρικά τοποθετημένοι και βαθυχρωματικοί, χωρίς ουσιώδη πολυμορφία ή μιτωτική δραστηριότητα και το πρότυπο ανάπτυξης είναι οργανοειδές με παρουσία αγγειοσυνδετικών διαφραγματιών που διαχωρίζουν τις νεοπλασματικές ομάδες/φωλιές.^{1,2,15}

Η διάγνωση του ογκοκυττώματος μπορεί να επιβεβαιωθεί ιστοχημικά και ανοσοϊστοχημικά. Συγκεκριμένα, τα κύτταρα είναι θετικά στην ιστοχημική χρώση PTAH (phosphotungstic acid-hematoxylin), η οποία αναδεικνύει κοκκωδώς τα μιτοχόνδρια του κυτταροπλάσματος, αλλά και στην ιστοχημική χρώση PAS-διασάση, η οποία αναδεικνύει κοκκωδώς το ενδοκυτταροπλασματικό γλυκογόνο.¹ Σε όλα τα ογκοκυττώματα, οι νεοπλασματικές ομάδες περιβάλλονται από βασικού τύπου κύτταρα, θετικά στις χρώσεις για p63 και CK5/6.¹⁶ Ανοσοϊστοχημικά, παρατηρείται θετικότητα των νεοπλασματικών κυττάρων στις κυτοκερατίνες, το επιθηλιακό μεμβρανικό αντιγόνο και το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο, ενώ αρνητικές είναι οι χρώσεις για τις πρωτεΐνες S100 και



Εικ. 6 Πλήρης αποκατάσταση της υπερώας, μετεγχειρητικά.

GFAP, την ακτίνη, τη θυρεοσφαιρίνη, τον TTF1, το CD10 και τους λοιπούς μυοεπιθηλιακούς και νεφροκυτταρικούς δείκτες.^{1,15,18}

Προτού τεθεί οριστική ιστολογική διάγνωση, θα πρέπει να αποκλειστούν όλοι οι πιθανοί διαυγοκυτταρικοί όγκοι, συμπεριλαμβανομένων πρωτοπαθών και μεταστατικών.¹⁹ Δυστυχώς, όλοι οι πρωτοπαθείς όγκοι των σιελογόνων αδένων, μπορούν να υποστούν διαυγοκυτταρική μετατροπή, αλλά τις περισσότερες φορές διατηρούνται επαρκώς τα τυπικά ιστολογικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε νεοπλάσματος, ώστε να τεθεί ασφαλέστερα η διάγνωση.¹⁵ Συγκεκριμένα, οι καλοήθεις πρωτοπαθείς όγκοι που λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση είναι το πλειόμορφο αδένωμα, το μυοεπιθηλίωμα και το αδένωμα σημματογόνων αδένων.²⁰ Οι κακοήθεις πρωτοπαθείς όγκοι που λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση είναι το μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα, το επιθηλιακό-μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα, το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, το αδενοκυψελιδικό καρκίνωμα, το διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα και το καρκίνωμα των σημματογόνων αδένων.^{13,15,20} Σε γενικότερα πλαίσια, οι κακοήθεις βλάβες χαρακτηρίζονται από διηθητικό πρότυπο ανάπτυξης με απουσία κάψας και απουσία βασικού τύπου κυττάρων στην περιφέρεια των νεοπλασματικών ομάδων,^{2,18} ενώ παράλληλα παρουσιάζουν κυτταρική πολυμορφία, υψηλή μιτωτική δραστηριότητα και νεκρώσεις.^{19,20} Στον πίνακα Ι συνοψίζονται τα κύρια διαφοροδιαγνωστικά χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων κεφαλής/τραχήλου με διαυγή κύτταρα.

Συμπερασματικά, η παρουσία νεοπλάσματος κεφαλής ή τραχήλου με διαυγή κύτταρα εγείρει μεγάλο διαφοροδιαγνωστικό προβληματισμό καθότι πολλά, τόσο καλοήθη, όσο και κακοήθη (πρωτοπαθή και μη) νεοπλάσματα μπορεί να εμφανίζουν διαυγή κύτταρα. Η ταυτοποίηση των μικροσκοπικών χαρακτηριστικών αυτών των βλαβών σε συνδυασμό με τη χρήση της ιστοχημείας και της ανοσοϊστοχημείας οδηγεί σε ασφαλή διάγνωση. Η γνώση όλων των «μυμητών» του διαυγοκυτταρικού ογκοκυττώματος είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι οι περισσότεροι από αυτούς αφορούν κακοήθη νεοπλάσματα με κακή πρόγνωση.

Πίνακας Ι Διαφοροδιαγνωστικά χαρακτηριστικά του διαυγοκυτταρικού ογκοκυτώματος και των «νεοπλασμάτων-μιμητών» του.

Τύπος Νεοπλάσματος	Βασικά μορφολογικά χαρακτηριστικά	Ιστοχημεία / Ανοσοϊστοχημεία
Διαυγοκυτταρικό ογκοκύττωμα	Κάψα, μετάπτωση των «ογκοκυττάρων» σε διαυγή κύτταρα, οργανοειδές πρότυπο ανάπτυξης, βασικού τύπου κύτταρα ^{1,2,14,15,19}	PTAH(+), PAS-διαστάση(+), επιθηλιακοί δείκτες(+), μυοεπιθηλιακοί δείκτες(-) Βασικού τύπου κύτταρα: p63(+), CK5/6(+), CK14(+) ^{1,2,18,21}
Πλειόμορφο αδένωμα	Αδενοειδείς/σωληνώδεις σχηματισμοί εντός χονδρομυξοειδούς υποστρώματος ^{18,21}	Επιθηλιακοί δείκτες(+), μυοεπιθηλιακοί δείκτες(+) ^{18,21}
Μυοεπιθελίωμα	Νησίδες κυττάρων χωρίς συγκεκριμένο αρχιτεκτονικό πρότυπο ^{15,20,21}	Μυοεπιθηλιακοί δείκτες(+) (καλπονίνη, S100, SMA, p63, GFAP) ^{15,20,21}
Αδένωμα σμηγματογόνων αδένων	Ακανονίστου μεγέθους και σχήματος φωλεές χωρίς ατυπία ^{18,21}	Αδιποφιλίνη(+), περιλιπίνη(+) ^{18,21}
<i>Κακοήγη νεοπλάσματα (ατυπία, νεκρώσεις, διηθητικό δυναμικό)</i>		
Μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα	Ατυπία, νεκρώσεις, διηθητικό δυναμικό ^{19,20}	Μυοεπιθηλιακοί δείκτες(+) ^{15,21}
Επιθηλιακό-μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα	Δύο τύποι κυττάρων: κυβοειδή ηωσινόφιλα σε αδενοειδείς σχηματισμούς και μεγαλύτερα διαυγή με μυοεπιθηλιακή διαφοροποίηση ^{20,26,27}	Επιθηλιακοί δείκτες(+), μυοεπιθηλιακοί δείκτες(+) ^{23,26}
Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα	Τρεις τύποι κυττάρων: επιδερμοειδή, βλενώδη και ενδιάμεσα ^{14,21,22}	Διαυγή κύτταρα: PTAH(-), Alcian Blue ή mucicarmine(+) ^{14,21,22}
Διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα	Αμιγώς μονόμορφος διαυγής κυτταρικός πληθυσμός που συνήθως συνοδεύεται από παχιές ζώνες υαλοειδοποιημένου κολλαγόνωδους στρώματος ^{2,14,23}	PAS(+/-), p63(-) ^{1,2,14,15}
Αδενοκυψελιδικό καρκίνωμα	Αδενοκυψελιδικό, μικροκυστικό, μακροκυστικό, συμπαγές, θηλώδες πρότυπο ανάπτυξης ²	PAS(+), PAS-διαστάση(-), DOG1(+) ^{14,15,24}
Καρκίνωμα των σμηγματογόνων αδένων	Σμηγματογόνος διαφοροποίηση ²¹	Αδιποφιλίνη(+), περιλιπίνη(+), AR(+), TdT(+) ^{18,21,25,26}
Διαυγοκυτταρικό νεφρικό καρκίνωμα	Οργανοειδές πρότυπο αρχιτεκτονικής, πλούσιο αγγειακό δίκτυο, αιμορραγία ^{2,14,24}	Βιμεντίνη(+), EMA(+), RCC(+), CD10(+) ^{2,14,21,24}

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bruce M, Wenig. Atlas of head and neck pathology. In: Chapter 20, 3rd ed.
2. Prabakaran SS, Chen F, Aguirre A. Oncocytoma of the parotid gland and its mimickers: a comprehensive review. *N A J Med Sci*. 2010;3:171-80.
3. Palakshappa SG, Bansal V, Reddy V, Kamarthi N. Oncocytoma of minor salivary gland involving the retromolar region: A rare entity. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014;18:127-30.
4. Chung CK, Rahman SM, Constable WC. Malignant salivary gland tumors of the palate. *Arch Otolaryngol* 1978;104:501-4.
5. Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:454-9.
6. Boccato P, Altavilla G, Blandamura S. Fine needle aspiration biopsy of salivary gland lesions. A reappraisal of pitfalls and problems. *Acta Cytol* 1998;42:888-98.
7. Truitt TO, Gleich LL, Huntress GP, Gluckman JL. Surgical management of hard palate malignancies. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;121:548-52.
8. Beckhardt RN, Weber RS, Zane R, Garden AS, Wolf P, Carrillo R, Luna MA. Minor salivary gland tumors of the palate: clinical and pathologic correlates of outcome. *Laryngoscope*. 1995;105:1155-60.
9. Rice DH. Malignant salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1999;32:875-86.
10. Moore BA, Burkey BB, Netteville JL, Butcher RB 2nd, Amedee RG. Surgical management of minor salivary gland neoplasms of the palate. *Ochsner J* 2008;8:172-80.
11. Genden EM, Lee BB, Urken ML. The palatal island flap for reconstruction of palatal and retromolar trigone defects revisited. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:837-41.
12. Jethlia A, Dutta S, Jethlia H, Singhvi J. Oncocytoma of intra oral minor salivary gland of palate : a case report and review of literature. *BUJOD* 2013;3:91-3.
13. Saqi A, Giorgadze TA, Eleazar J, Remotti F, Vazquez MF. Clear cell and eosinophilic oncocytomas of salivary gland: cytological variants or parallels? *Diagn Cytopathol* 2007;35:158-63.
14. Ellis GL. Clear cell neoplasms in salivary glands: clearly a diagnostic challenge. *Ann Diagn Pathol* 1998;2:61-78.
15. Said-Al-Naief N, Klein MJ. Clear cell entities of the head and neck: a selective review of clear cell tumors of the salivary glands. *Head Neck Pathol* 2008;2:111-5.
16. El-Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T. WHO classification of head and neck tumours. Fourth ed. Lyon: IARC WHO Classification of Tumours 2017.
17. Motallebnejad M, Seyedmajidi M, Khakbaz Baboli O, Yarmand F. Oncocytoma of palatal minor salivary gland. *Arch Iran Med* 2015;18:320-1.
18. Tuffaha M. Markers and Immunoprofile of Tumors of the Oral Cavity and Salivary Gland Tumors In: Tuffaha M, Guski H, Kristiansen G (eds). *Immunohistochemistry in tumor diagnostics*. Springer 2018:43-7.
19. Ellis GL. "Clear cell" oncocytoma of salivary gland. *Hum Pathol* 1988;19:862-7.
20. Nair BJ, Vivek V, Sivakumar TT, Joseph AP, Varun BR, Mony V. Clear cell myoepithelioma of palate with emphasis on clinical and histological differential diagnosis. *Clin Pract* 2014;4:628.
21. Nagao T, Sato E, Inoue R, et al. Immunohistochemical analysis of salivary gland tumors: application for surgical pathology practice. *Acta Histochem Cytochem* 2012;45(5):269-82.
22. Eversole LR. On the differential diagnosis of clear cell tumours of the head and neck. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1993;29:173-9.
23. Premalatha B, S Rao R, Patil S, Neethi H. Clear cell tumors of the head and neck: an overview. *World J Dent* 2012;3:344-9.
24. Zhu S, Schuerch C, Hunt J. Review and updates of immunohistochemistry in selected salivary gland and head and neck tumors. *Arch Pathol Lab Med* 2015;139:55-66.
25. Ansai S, Takeichi H, Arase S, Kawana S, Kimura T. Sebaceous carcinoma: an immunohistochemical reappraisal. *Am J Dermatopathol* 2011;33:579-87.
26. Tzorakoleftheraki SE, Iliadis A, Kostopoulos I, Koletsis T. TdT expression in normal and neoplastic sebaceous cells. *Histopathology* 2017;71:985-8.

Τσακிரάκη Ελένη
Χειμώνα Θεογνωσία
Λαδιάς Αλέξανδρος
Παπαδάκης Χαρίτων

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, Γενικό
Νοσοκομείο Χανίων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Tsakiraki Eleni
Chimona Theognosia
Ladias Alexandros
Papadakis Chariton

ENT department, Chania General Hospital

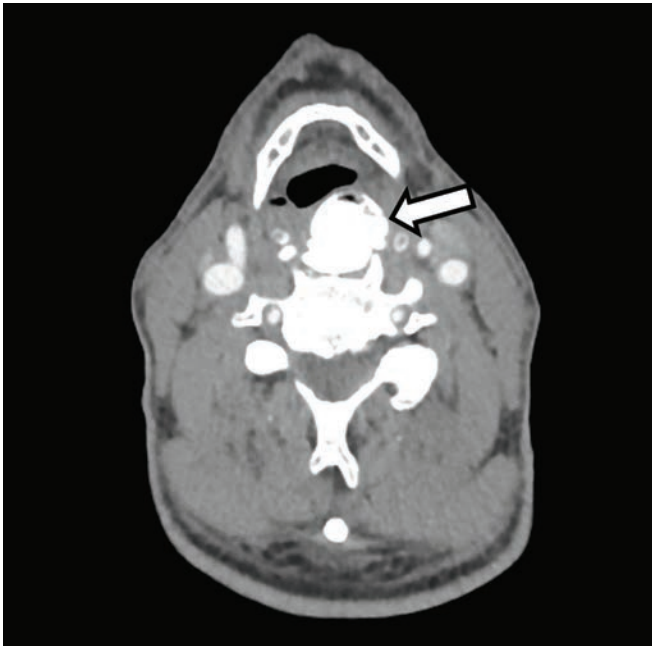
Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 3, 2019

Οξεία υποφαρυγγική φλεγμονή ως αιτία διάγνωσης συστηματικού ανοσολογικού νοσήματος

Acute hypopharyngeal infection resulting in diagnosis of a systematic immunological disease

Συνέχεια από τη σελίδα 142

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία τραχήλου για τον αποκλεισμό δημιουργίας αποστηματικής κοιλότητας στο οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα. Στις εγκάρσιες τομές αναδείχθηκε οστικός σχηματισμός, αντίστοιχα με την πρόσθια και αριστερή πηλάνια επιφάνεια των αυχενικών σπονδύλων, ο οποίος προκαλούσε μερική απόφραξη του αεραγωγού (Εικ.2). Οι οβελιαίες τομές έδειξαν οστεοποίηση και γεφύρωση τουλάχιστον τεσσάρων συνεχόμενων αυχενικών σπονδυλικών σωμάτων και τον σχηματισμό ευμεγέθους αυχενικού οστεόφυτου, δίκην ράμφους, στο επίπεδο των A3-A4 (Εικ.3). Σύμφωνα με τα απεικονιστικά ευρήματα τέθηκε η διάγνωση της διάχυτης ιδιοπαθούς σκελετικής υπερόστωσης (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis –DISH) και ο ασθενής παραπέμφθηκε σε ορθοπαιδικό κέντρο για περαιτέρω αντιμετώπιση.



Εικ. 2 Αξονική τομογραφία τραχήλου παράθυρο μαλακών μορίων εγκάρσια τομή. Οστικός σχηματισμός στην αριστερή προσθιοπλάγια πλευρά του σώματος του A3 σπονδύλου (βέλος) η οποία προκαλεί μερική απόφραξη του αεραγωγού.

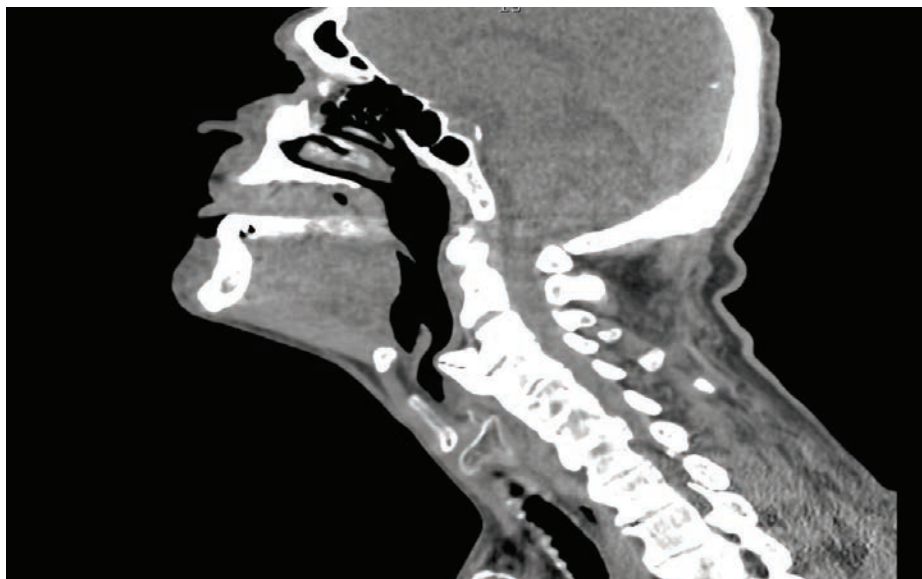
Η DISH περιεγράφηκε πρώτη φορά το 1948, από τους Forestier και Rotes-Querol, ως αγκυλοποιητική νόσος της σπονδυλικής στήλης σε ηλικιωμένους και για πολλά έτη επικράτησε ο όρος νόσος Forestier.¹ Χαρακτηρίζεται από την οστεοποίηση συνδέσμων, τενόντων και αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης, με ή χωρίς εκδηλώσεις σε άλλα σημεία του σώματος.

Σύμφωνα με τις μελέτες παρουσιάζεται σε άντρες άνω των 50, σε ποσοστό 19% και σε γυναίκες κατά 4%. Είναι εξαιρετικά σπάνιο να παρουσιαστεί σε ηλικία κάτω των 40 ετών, ενώ παρατηρείται κυρίως σε ασθενείς άνω των 65.^{2,3}

Δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία του συνδρόμου ωστόσο έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζεται με την τρίτη ηλικία, το φύλο (άρρενες), την υπέρταση, καρδιαγγειακές παθήσεις, μεταβολικές διαταραχές, τον σακχαρώδη διαβήτη, και την παχυσαρκία.⁴

Προσβάλλονται κυρίως η θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Όσον αφορά την αυχενική μοίρα υπάρχει υπερόχ του κατώτερου τμήματος της (A4-A7), και είναι πιο σπάνιο να εμφανιστεί στο ανώτερο και λιγότερο κινητό τμήμα.⁵

Η DISH είναι συχνά εντελώς ασυμπτωματική νόσος και ανακαλύπτεται τυχαία σε απεικονιστικές εξετάσεις. Προκαλεί συμπτώματα όταν τα οστεόφυτα γίνουν ευμεγέθη. Οι περισσότεροι ασθενείς παραπονούνται για αυχενικό, θωρακικό ή οσφυϊκό άλγος και μικρού εύρους κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης. Η προσβολή της αυχενικής μοίρας συνήθως προκαλεί δυσκαταποσία, αλλά υπάρχουν και σπάνιες περιπτώσεις με δύσπνοια, εισροφές,



Εικ. 3 Αξονική τομογραφία τραχήλου παράθυρο μαλακών μορίων οβελιαία τομή. Οστεοποίηση κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης με γεφύρωση τουλάχιστον τεσσάρων συνεχόμενων αυχενικών σπονδυλικών σωμάτων και τον σχηματισμό ευμεγέθους αυχενικού οστεόφυτου, δίκην ράμφους, στο επίπεδο των Α3-Α4.

δυσφαγία και βράγχος φωνής.^{6,7}

Η αξονική τομογραφία είναι η gold standard διαγνωστική εξέταση, η οποία βοηθάει και στη διαφορική διάγνωση από την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

Ο ασθενής μας πληρούσε τα απεικονιστικά κριτήρια των Resnick και Niwayama.⁸ Κατά περίεργο τρόπο ανέφερε ότι πριν τη υποφαρυγγική φλεγμονή ήταν εντελώς ασυμπτωματικός, δεν είχε απώλεια βάρους και δεν είχε αλλιάξει τη σύσταση της δίαιτάς του. Πιθανότατα, δεν αξιοηλούσε το, έστω ήπιο, σύμπτωμα δυσκαταποσίας μέχρι η οξεία φλεγμονή να προκαλέσει σοβαρή δυσφαγία.

Η θεραπεία της νόσου βασίζεται κυρίως στα συμπτώματα των ασθενών. Το άλγος αντιμετωπίζεται με αναλγητικά, τοπικά ή συστηματικά μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAID), φυσιοθεραπεία και αλλαγή του τρόπου ζωής. Όταν τα οστεόφυτα προκαλούν σημαντικού βαθμού απόφραξη της αεροφόρου ή πεπτικής οδού, ο ασθενής παραπέμπεται για χειρουργική επέμβαση.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα κριτήρια η DISH διαγιγνώσκεται σε όψιμο στάδιο. Πιθανά στο μέλλον να υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης ώστε να δίνονται στους πάσχοντες θεραπείες που να προλαμβάνουν την ετερότοπη οστεοποίηση.

Αν και δεν είναι πολύ συχνή νόσος, η DISH πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση αυχενικού άλγους ή διαταραχών κατάποσης ειδικά σε άνδρες τρίτης ηλικίας με μεταβολικές διαταραχές όπως η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis* 1950;9:321–30.
2. Kim S, Choi B, Kim C, Chung S, Choe J, Joo K, et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Korea. *J Rheumatol* 2004;31:2032–35.
3. Weinfeld R, Olson P, Maki D, Griffiths H. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in two large American Midwest metropolitan hospital populations. *Skeletal Radiol* 1997;26: 222–25.
4. Mader R, Lavi I. Diabetes mellitus and hypertension as risk factors for early diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Osteoarthritis Cartil* 2009;17:825–28.
5. Hirano H, Suzuki H, Sakakibara T, et al. Dysphagia due to hypertrophic cervical osteophytes. *Clin Orthop Relat Res* 1982;167:168–72.
6. De Jesus-Monge WE, Cruz-Cuevas EI. Dysphagia and lung aspiration secondary to anterior cervical osteophytes: a case report and review of the literature. *Ethn Dis* 2008;18:S2–137–40.
7. Stojanovic J, Zivanovic S, Sreckovic S, Jovanovic S, Belic B, Simovic S. Laryngeal Manifestation of Forestier's Disease. *Open Access Maced J Med Sci* 2016;4:287–9.
8. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology* 1976;119:559–68.

Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Επίκουρος Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ
Β ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ
ΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Καπ.Κωττα 3Α,
55236 Πανόραμα Θεσσαλονίκης
Τηλ: 6973229525
Email: jordan_orl@hotmail.com

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019*

Iordanis Konstantinidis
Assistant Professor of ORL
2nd Academic Department
Aristotle University of Thessaloniki
Papageorgiou Hospital

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 40 - Issue 3, 2019*

Correspondence to:
Iordanis Konstantinidis
Assistant Professor of ORL
2nd Academic Department,
Aristotle University of Thessaloniki,
Papageorgiou Hospital
Tel: 6973229525
Email: jordan_orl@hotmail.com

Ενδοσκοπική αντιμετώπιση μονόπλευρης ατρησίας ρινικής χοάνης με χρήση διασταυρούμενων κρημνών βλεννογονοπεριοστέου από το ρινικό διάφραγμα και αφαίρεση τμήματος οπίσθιου διαφράγματος

Endoscopic management of unilateral choanal atresia with posterior septal removal and cross over mucoperiosteal flaps

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ατρησία ρινικών χοανών είναι μια σπάνια συγγενής δυσπλασία του οπίσθιου τμήματος της ρινικής κοιλότητας με την κλινική εικόνα της να κυμαίνεται από επείγουσα κατάσταση δύσπνοιας εάν είναι αμφοτερόπλευρη σε ένα νεογνό έως και να περνά απαρατήρητη για πολλά έτη στην περίπτωση μονόπλευρης και να ανακαλυφθεί σε ενήλικα που θα εξετασθεί για διερεύνηση ρινικής απόφραξης.

Χειρουργική τεχνική: Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της ατρησίας ρινικών χοανών παρά την ευρεία εξάπλωση της ως τεχνική και τα καλά της αποτελέσματα αρκετά συχνά εμφανίζει μετεχειρητική στένωση της νέο-χοάνης. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται μια χειρουργική τεχνική ενδοσκοπικής διάνοιξης μονόπλευρης ατρησίας σε έφηβο με αφαίρεση του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος και κάλυψη της οροφής και του εδάφους της νεο-χοάνης με κρημνούς βλεννογονοπεριοστέου από το ρινικό διάφραγμα.

Συμπέρασμα: Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της ατρησίας των ρινικών χοανών όταν συνδυάζεται με αφαίρεση του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος και χρήση κρημνών βλεννογόνου για να καλυφθούν τα απογυμνωμένα από βλεννογόνο μέρη της νεο-χοάνης φαίνεται να αποτελεί μια μέθοδο που εξασφαλίζει ένα καλύτερο μακροπρόθεσμα χειρουργικό αποτέλεσμα.

Λέξεις κλειδιά: ατρησία ρινικής χοάνης, ρινικό διάφραγμα, κρημνός βλεννογόνου, ενδοσκοπική χειρουργική

ABSTRACT

Introduction: Choanal atresia is a rare congenital malformation of the posterior part of nasal cavity. Its clinical presentation ranges between an urgent situation in neonates with bilateral atresia to asymptomatic unilateral cases which can be found in adulthood during an evaluation for nasal obstruction.

Surgical technique: Endoscopic management of choanal atresia became the gold standard of treatment within the last decades. However, it was associated with a significant percent of restenosis of neo-choana requiring revision surgery. In this surgical technique presentation, we analyze the surgical steps of unilateral choanal atresia management by means of posterior septum removal and use of mucoperiosteal flaps to cover the bony margins of the neo-choana.

Conclusion: Endoscopic repair of unilateral choanal atresia when combined with posterior septum removal and use of mucoperiosteal flaps is a safe and efficient method. Usually it does not require stent placement and presents reduced need for revision surgery.

Key words: choanal atresia, nasal septum, mucosal flap, endoscopic surgery

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

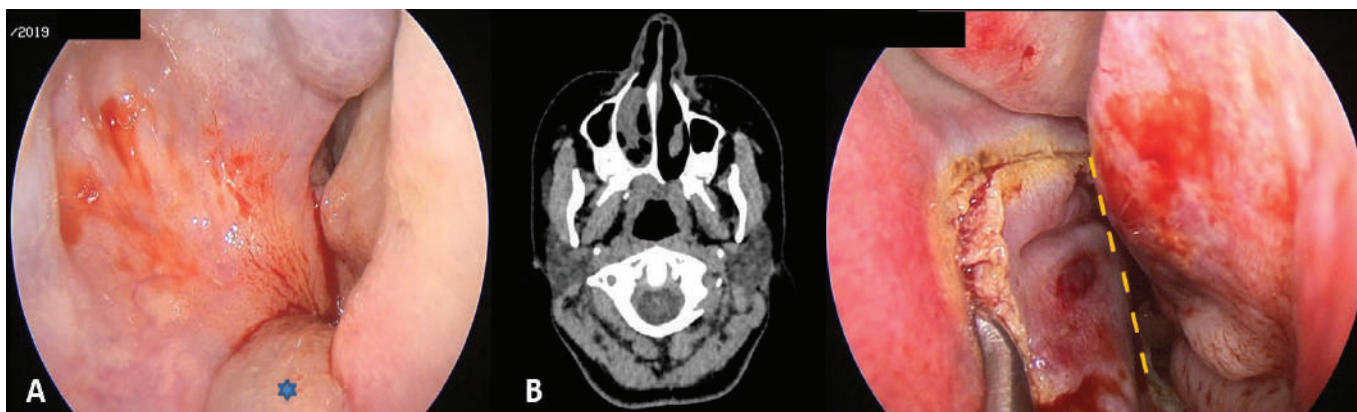
Η ατρησία ρινικών χοανών είναι μια συγγενής δυσπλασία του οπίσθιου τμήματος της ρινικής κοιλότητας που μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Η μονόπλευρη μορφή είναι πιο συχνή, με την αμφοτερόπλευρη να εμφανίζεται στο 30% έως 40% των περιπτώσεων.¹ Η συχνότητα εμφάνισης αυτής της διαταραχής εκτιμάται ότι είναι 1 στις 5-8.000 γεννήσεις.^{1,2} Υπάρχει μια σαφής υπεροχή 5 προς 1 εμφάνισης σε γυναίκες έναντι των ανδρών στην Καυκάσια φυλή.² Η ατρησία μπορεί να είναι μεμβρανώδης, οστέινη ή μεικτή με την τελευταία να είναι η συνηθέστερη.

Με την είσοδο της ενδοσκοπικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση της ατρησίας ρινικών χοανών, όλες οι παλαιότερες τεχνικές όπως οι δια του ρινικού διαφράγματος και η διαϋπερώιος σύντομα εγκαταλείφθηκαν. Παρ' όλα αυτά, η παρακολούθηση των ασθενών αυτών έδειξε ότι και η ενδοσκοπική μέθοδος πολλές φορές αποδείχθηκε προβληματική, με σχετικά υψηλό ποσοστό μετεγχειρητικής στένωσης είτε είχαν χρησιμοποιηθεί stent, είτε όχι.³

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Ασθενής θήλυ 14 ετών προσήλθε στην κλινική μας με απόφραξη δεξιάς ρινικής θαλάμης και μονόπλευρες πυώδεις εκκρίσεις σύστοιχα από τα πρώτα έτη της ζωής της. Η ενδοσκόπηση της μύτης ανέδειξε μονόπλευρη ατρησία της δεξιάς ρινικής θαλάμης. Η αξονική τομογραφία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της ενδοσκόπησης προσθέτοντας το στοιχείο ότι πρόκειται για οστέινου τύπου ατρησία (εικόνα 1Α,Β). Αποφασίστηκε η αντιμετώπιση ενδοσκοπικά με την κάτω τεχνική:

Η επέμβαση ξεκινά ενδοσκοπικά μετά από καλή αποσυμφόρηση της ρινός με έγχυση διαλύματος ξυλοκαϊνης-αδρεναλίνης στις περιοχές που πρόκειται να χειρουργηθούν και συγκεκριμένα την περιοχή τη ατρησίας και το οπίσθιο ρινικό διάφραγμα εκατέρωθεν. Στην συγκεκριμένη περίπτωση μια ευμεγέθης εκφυλισμένη κάτω ρινική κόγχη απόφρασσε το ατρητικό πέταλο και το έκανε μερικώς μη ορατό (Εικ. 1Α) οπότε αποφασίστηκε η αφαίρεση του οπίσθιου τμήματος της με χρήση microdebrider.

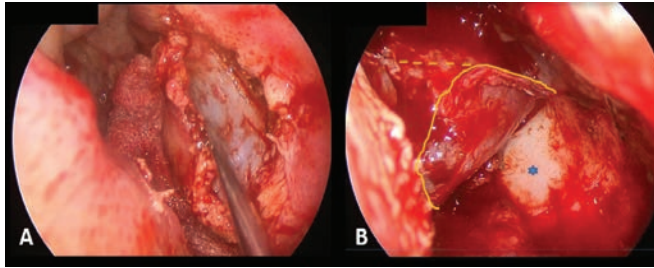


Εικ. 1 Α Προεγχειρητική ενδοσκοπική εικόνα της δεξιάς ρινικής θαλάμης. Ο αστερίσκος δείχνει το εκφυλισμένο οπίσθιο τμήμα της κάτω ρινικής κόγχης
Β Η αξονική τομογραφία της ασθενούς.

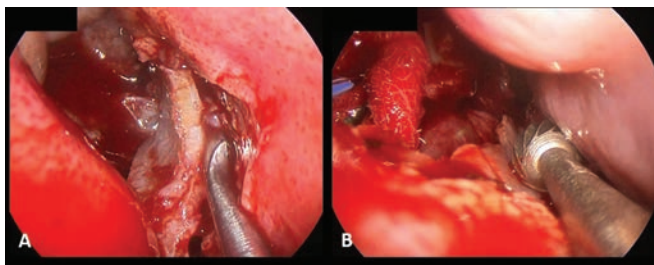
Εικ. 2 Παρασκευή του ενός κρημνού στην υγιή πλευρά σε σχήμα Π που θα καλύψει το έδαφος της νεο-χοάνης.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει η τάση η ενδοσκοπική αντιμετώπιση να συνοδεύεται από την αφαίρεση και του οπίσθιου τμήματος του ρινικού διαφράγματος, ενώ με την παρασκευή βλεννογόνιων κρημνών από το ρινικό διάφραγμα ή το έδαφος της ρινικής κοιλότητας γίνεται προσπάθεια να καλύπτονται τα απογυμνωμένα μέρη της νεοδημιουργηθείσας χοάνης για την αποφυγή μετεγχειρητικής στένωσης.⁴ Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται μια τέτοια χειρουργική τεχνική όπου παρασκευάζονται δύο κρημνοί βλεννογονοπεριοστέου από έναν σε κάθε ρινική θαλάμη και τοποθετούνται χιαστί μετά την αφαίρεση του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος για την κάλυψη του εδάφους και της οροφής της νέο-χοάνης (Cross-Over Flap Technique).

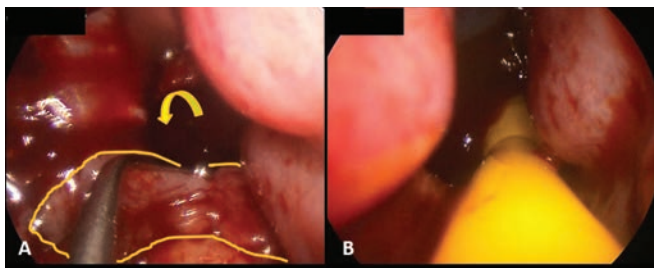
Πρώτα δημιουργείται ένας κρημνός βλεννογόνο-περιοστέου στην υγιή πλευρά του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος με δύο παράλληλες κάθετες τομές (με την οπίσθια κάθετη να βρίσκεται στο οπίσθιο όριο του ρινικού διαφράγματος) που ενώνονται από μια οριζόντια στο ανώτερο τμήμα του ρινικού διαφράγματος (Εικ. 2). Αυτός είναι ο κρημνός που θα καλύψει το κατώτερο τμήμα της νέο-χοάνης μετά την αφαίρεση και του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος. Στην συνέχεια παρασκευάζεται ο δεύτερος κρημνός στην πλευρά της παθολογίας με δύο παράλληλες οριζόντιες τομές και μια κάθετη που τις ενώνει στην πλευρά του ρινικού διαφράγματος. Με τον τρόπο αυτό η παρασκευή του κρημνού αρχίζει από το ρινικό διάφραγμα διατρέχει την ατρητική περιοχή και φτάνει έως



Εικ. 3 Α, Β Ενδοσκοπικές εικόνες της παρασκευής του δεύτερου κρημνού στην παθολογική πλευρά που θα καλύψει το ανώτερο τμήμα της νεο-χοάνης. Ο αστερίσκος δείχνει το ατρητικό οστέινο πέταλο.



Εικ. 4 Α, Β Αφαίρεση τμήματος του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος και λείανση με φρέζα του εδάφους της νεο-χοάνης.



Εικ. 5 Α Ο κρημνός της υγιούς πλευράς περνά στην παθολογική πλευρά και καλύπτει το έδαφος της νεο-χοάνης. **Β.** Τοποθέτηση καθετήρα foley για την σταθεροποίηση των κρημνών στη θέση τους.

την ουρά της κάτω ρινικής κόγχης στην απέναντι πλευρά (πλάγιο ρινικό τοίχωμα) (Εικ.3 Α,Β). Ο κρημνός αυτός έχει σκοπό να καλύψει το ανώτερο τμήμα της νέο-χοάνης.

Στην συνέχεια αφαιρείται τμήμα του οστέινου ρινικού διαφράγματος με συμβατικά εργαλεία ενώ το έδαφος λειαίνεται με φρέζα (Εικ.4 Α,Β). Αφαιρείται το ατρητικό τμήμα της χοάνης έως να φανεί ικανοποιητικά η ευσταχιανή σάλπιγγα χωρίς βέβαια να είναι απαραίτητο να κινηθεί κανείς πολύ πλάγια. Με προσοχή λειαίνεται επίσης και η οροφή της νεο-χοάνης προς το απόκλιμα και την βάση των σφηνοειδών κόλπων.

Μετά τη δημιουργία ενός ευρύχωρου οπίσθιου τμήματος της ρινός η επέμβαση ολοκληρώνεται όταν μπορούμε με ευκολία να ενδοσκοπήσουμε και από τις δυο πλευρές με ευχέρεια ολοκληρώ τον ρινοφάρυγγα.

Κατόπιν τοποθετούνται οι δύο κρημνοί και σταθεροποιούνται στην θέση τους με κόλλητα ιστών. Για την καλύτερη σταθεροποίηση τους μπορεί κανείς να τοποθετήσει ένα καθετήρα τύπου foley για ένα διήμερο όπως σε ένα πωματισμό του οπίσθιου τμήματος της ρινός (Εικ.5 Α,Β). Στη μετεγχειρητική παρακολούθηση ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ώστε με τους χειρισμούς να μη διαταραχθεί η θέση των κρημνών. Με την τεχνική αυτή η χρήση stent δεν είναι απαραίτητη, μια και η περιοχή της επέμβασης λόγω των κρημνών και της ενιαίας κοιλότητας που δημιουργείται δεν παρουσιάζει κλινικά σημαντική στένωση. Μετεγχειρητικά δίδεται αντιβιοτική κάλυψη μιας εβδομάδας και ρινοπλύσεις για τους επόμενους δύο μήνες. Η παρακολούθηση γίνεται ενδοσκοπικά με καθαρισμούς της ρινός μια φορά την εβδομάδα για τις πρώτες τρεις με τέσσερις εβδομάδες. Η ασθενής σήμερα 3 μήνες μετά το χειρουργείο είναι σε καλή κατάσταση με μεγάλη βελτίωση στη ρινική της αναπνοή (Εικ. 6).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η χειρουργική θεραπεία της ρινικής ατρησίας θα πρέπει να έχει σκοπό την αποκατάσταση της ρινικής αναπνοής με τη μικρότερη δυνατή παρέμβαση ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Υπό αυτό το πρίσμα η ενδοσκοπική τεχνική που συνδυάζει την αποκατάσταση της ατρησίας με αφαίρεση του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος αποτελεί μια ασφαλή και με υψηλό ποσοστό επιτυχίας μέθοδο αντιμετώπισης της ατρησίας ρινικών xoanών όπως διαπιστώνεται και στην σύγχρονη βιβλιογραφία.^{4,5} Η μέθοδος προσφέρει ένα ευρύ χειρουργικό πεδίο μπορούν να γίνουν χειρισμοί και με δύο χειρουργούς (four hand technique) από την μια ή και τις δυο ρινικές θαλάμους γεγονός που διευκολύνει την εκτέλεση του χειρουργείου με ακρίβεια και λιγότερη αιμορραγία. Οι Samadi και συν. σε μια μεγάλη αναδρομική μελέτη έδειξαν ότι μια μονόπλευρη ατρησία κατά μέσο όρο χρειάζεται 2,7 χειρουργεία για να αποκατασταθεί μια καλή ρινική αναπνοή.¹ Η μετεγχειρητική στένωση από την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού αποτελεί έως σήμερα το κυριότερο πρόβλημα που οδηγεί σε μια νέα επέμβαση. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού έχουν χρησιμοποιηθεί από πολλούς χειρουργούς νάρθηκες (stent) διαφόρων ειδών, με συνηθέστερο υλικό την σιλικόνη. Η χρήση τους παραμένει στην βιβλιογραφία ένα ανοικτό θέμα συζήτησης.^{3,5,6} Όμως ολοένα και περισσότεροι συγγραφείς αναφέρουν ότι προτιμούν να αποφεύγουν τη χρήση τους, επειδή πιστεύουν ότι οι ίδιοι οι νάρθηκες προκαλούν αντίδραση ξένου σώματος και ενδεχομένως προάγουν την παραγωγή κοκκιώδους ιστού.³ Σε μια σχετικά πρόσφατη μετα-ανάλυση δε βρέθηκε η χρήση stent να προσφέρει κάτι περισσότερο αναφορικά με το τελικό αποτέλεσμα της βατότητας της ρινός.³ Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες κατέδειξαν ότι τα stents μάλλον σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά προβλημάτων όπως λοιμώξεις, ανάγκη για μακροχρόνια χορήγηση αντιβιοτικών, ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και στένωση.^{4,7}



Εικ. 6 Ενδοσκοπική εικόνα 3 μήνες μετά το χειρουργείο όπου διαπιστώνεται η ευρεία διάνοιξη και βατότητα του οπίσθιου τμήματος της ρινός. Ο αστερίσκος καταδεικνύει το ρινικό διάφραγμα.

Η παρασκευή κρημών βλεννογόνου φαίνεται να μειώνει την ανάγκη για τοποθέτηση stent, διότι παρουσιάζει καλύτερη επιβίωση και επομένως μικρότερο ποσοστό επανεγχειρήσεων. Σημαντικό στοιχείο στην επιτυχία της επέμβασης είναι επίσης η τακτική εφαρμογή ρινοπλύσεων από τον ασθενή. Οι ασθενείς θα πρέπει να κάνουν συχνές ρινοπλύσεις για κάποιους μήνες απομακρύνοντας θρόμβους, κρούστες, ινική και εκκρίσεις από την νεο-χοάνη, ώστε να την προστατεύσουν από την ανάπτυξη τοπικής φλεγμονής, ανάπτυξη κοκκιωμάτων και μετεγχειρητική στένωση. Εάν χρειαστεί κατά την μετεγχειρητική περίοδο η χρήση εργαλείων μέσα στη ρινική κοιλότητα για την απομάκρυνση πχ κρουστών αυτή θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, ενδοσκοπικά και μερικές φορές σε μικρά παιδιά με την χρήση γενικής αναισθησίας ή καταστολής. Έχουν αναφερθεί περιστατικά παιδιών όπου τελικά ακόμα και η χρήση αναρρόφησης προκάλεσε συνέχειες από τραυματισμό του ρινικού διαφράγματος και της σύστοιχης κόγχης, ή αποκόλληση κρημού από την θέση του κλπ.⁸

Η παρουσία σχετιζόμενων γενετικών ανωμαλιών του προσώπου με την ατρησία ιστορικά στην βιβλιογραφία ήταν συνδεδεμένη με αυξημένη πιθανότητα μετεγχειρητικής στένωσης.⁷ Νεότερες μελέτες όμως έδειξαν συγκρουόμενα αποτελέσματα αφήνοντας

το θέμα ανοικτό προς συζήτηση.^{7,8,9} Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την επιτυχία της επέμβασης είναι η ηλικία του ασθενούς με τα βρέφη λόγω των στενών ανατομικών σχέσεων να είναι πιο εύκολο να αναπτύξουν στένωση που θα οδηγήσει σε μια νέα επέμβαση. Για το λόγο αυτό προτείνεται ότι εκτός από τις περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης ατρησίας που θα παρουσιαστούν ως επείγοντα περιστατικά, οι μονόπλευρες ατρησίες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αργότερα και μετά τουλάχιστον από το πρώτο έτος της ζωής.⁴ Αυτό θα εξασφαλίσει ευρύτερο χειρουργικό πεδίο και καλύτερη δυνατότητα χειρουργικών χειρισμών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ενδοσκοπική αντιμετώπιση της μονόπλευρης ατρησίας ρινικής χοάνης με σύγχρονη αφαίρεση τμήματος του οπίσθιου ρινικού διαφράγματος και κάλυψη των οστέινων τμημάτων της νέο-χοάνης με κρημούς βλεννογονοπεριοστέου αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο που εξασφαλίζει καλή βατότητα της ρινός και παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό μετεγχειρητικής στένωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Samadi DS, Shah UK, Handler SD. Choanal atresia: a twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes. *Laryngoscope* 2003;113: 254-8.
2. Corrales CE, Koltai PJ. Choanal atresia: current concepts and controversies. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;17: 466-70.
3. Strychowsky JE, Kawai K, Moritz E, Rahbar R, Adil EA. To stent or not to stent? A meta-analysis of endonasal congenital bilateral choanal atresia repair. *Laryngoscope* 2016; 126: 218-27.
4. Karlighiotis A, Farneti P, Gallo S, Pusateri A, Zappoli-Thyriou F, Sciarretta V, Pagella F, Castelnovo P, Pasquini E. An Italian multicentre experience in endoscopic endonasal treatment of congenital choanal atresia: Proposal for a novel classification system of surgical outcomes. *J Craniomaxillofac Surg* 2017;45: 1018-25.
5. Ibrahim AA, Magdy EA, Hassab MH. Endoscopic choanoplasty without stenting for congenital choanal atresia repair. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74: 144-50.
6. Velegrakis S, Mantsopoulos K, Iro H, Zenk J. Long-term outcomes of endonasal surgery for choanal atresia: 28 years' experience in an academic medical centre. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013;270: 113-6.
7. Teissier N, Kaguélidou F, Couloigner V, Francois M, Van Den Abbeele T. Predictive factors for success after transnasal endoscopic treatment of choanal atresia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134: 57-61.
8. Uzomefuna V, Glynn F, Al-Omari B, Hone S, Russell J. Transnasal endoscopic repair of choanal atresia in a tertiary care center: a review of outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76: 613-17.
9. Lazar RH, Younis RT. Transnasal repair of choanal atresia using telescopes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121: 517-20.

Χειρουργική σφηνουπερώιας αρτηρίας σε εμμένουσα ιδιοπαθή ρινορραγία: Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση

Sphenopalatine Artery Surgery for Refractory Idiopathic Epistaxis: Systematic Review and Meta-Analysis

Original contribution:
Kitamura T, Takenaka Y, Takeda K, Oya R, Ashida N, Shimizu K, Takemura K, Yamamoto Y, Uno A
 Laryngoscope 2019;129(8):1731-1736

Επιμέλεια παρουσίασης:
Ζαράχη Αθηνά
Καστανιουδάκης Ιωάννης
 Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Η ρινορραγία αποτελεί επείγουσα κατάσταση, με πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης τη ρινική αλλεργία, την περιβαλλοντική υγρασία, την αρτηριακή υπέρταση, ή τη χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων. Η πρόσθια ρινορραγία δεν απαιτεί ιατρική παρακολούθηση και μπορεί εύκολα να ελεγχθεί με πρόσθιο επιπωματισμό. Η οπίσθια ρινορραγία είναι συχνά εμμένουσα και στις περιπτώσεις όπου δεν είναι αποτελεσματικός ο επιπωματισμός, είναι απαραίτητες πιο επεμβατικές διαδικασίες, όπως η χειρουργική επέμβαση ή ο εμβολισμός. Οι χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν την απολίνωση και τον καυτηριασμό της σφηνουπερώιας αρτηρίας, της έξω γναθιαίας, της έξω καρωτίδας, και / ή των πρόσθιων ηθμοειδών αρτηριών.

Η μελέτη αυτή διεξήχθη με σκοπό να αποδείξει ποια επεμβατική μέθοδος αντιμετώπισης της εμμένουσας ρινορραγίας, έχει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Καταγράφηκαν στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, η χειρουργική μέθοδος που ακολουθήθηκε και η συχνότητα υποτροπής της ρινορραγίας μετεγχειρητικά. Η συχνότητα υποτροπής κυμάνθηκε στο 48%. Όσον αφορά την περιεγχειρητική συχνότητα επιπλοκών, το συνολικό ποσοστό ήταν 8,7%, με συχνότερη επιπλοκή τη συσσώρευση εφελκιδών και πηγμάτων μετεγχειρητικά, η οποία σημειώθηκε σε ποσοστό 21%. Δεύτερη συχνότερη επιπλοκή ήταν η οξεία παραρρινοκοιλίτιδα, που εμφανίστηκε σε ποσοστό 10%.

Αξιολογώντας το ποσοστό χειρουργικής αποτυχίας μεταξύ των δυο χειρουργικών επεμβάσεων, οι συγγραφείς κατέληξαν στο ότι η καυτηρίαση είναι πιο αποτελεσματική-ευνοϊκή από την απολίνωση. Η απολίνωση αρτηρίας επιτρέπει τη διατήρηση του αγγείου χρησιμοποιώντας clip, το οποίο μπορεί να αποπέσει με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, παρόλο που οι περισσότερες σφηνουπερώιες αρτηρίες εμφανίζουν ένα μόνο κλάδο, σε ορισμένους ασθενείς, υπάρχουν δύο ή περισσότεροι κλάδοι (ανατομική παραλλαγή). Έτσι, εάν η χειρουργική επέμβαση γίνει μόνο σε ένα κλάδο, η αιμορραγία εμφανίζεται περιστασιακά από τους άλλους κλάδους. Η απολίνωση της έξω καρωτίδας απαιτεί τομή στον τράχηλο και μπορεί να βλάψει το υπογλώσσιο ή το πνευμονογαστρικό νεύρο. Η επέμβαση Caldwell Luk μπορεί να προκαλέσει άλγος στην παρειά ή και στοματοκοιλιακό συρίγγιο. Και οι δύο αυτές μέθοδοι έχουν χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Ο εμβολισμός απαιτεί την εφαρμογή περίπλοκων τεχνικών, από έμπειρο επεμβατικό ακτινολόγο και επιπλέον μπορεί να εμφανίσει σοβαρές επιπλοκές, όπως νέκρωση του ιστού της μαλακής υπερώας, πάρεση του προσωπικού νεύρου και τύφλωση, καθώς και συστηματικές επιπλοκές συμπεριλαμβανομένης της υποξίας, της στηθάγχης και του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Πλεονέκτημά του είναι η ανίχνευση των αγγειακών ανατομικών παραλλαγών καθώς και ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί υπό τοπική αναισθησία.

Επιπλοκές και αριθμός επισκέψεων για επανέλεγχο μετά τη χρήση συρραπτικού του ρινικού διαφράγματος στη διαφραγματοπλαστική

Complications and number of follow-up visits after using septal stapler in septoplasty

Original contribution:
Sainio S, Blomgren K, Lundberg M
Rhinology 2019;57(4):273-278.

Επιμέλεια παρουσίασης:
Κόμνος Ιωάννης
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Οι διαφραγματοπλαστικές, παραδοσιακά, ολοκληρώνονται με καθηλωτικό ράμμα του διαφράγματος, με φύλλα σιλικόνης ή με πωματισμό ρινός. Το 2015 η κλινική στην οποία έγινε η παρούσα μελέτη, άρχισε τη χρήση ειδικού συρραπτικού για το ρινικό διάφραγμα. Το συρραπτικό καθιλώνει το βλεννογόνο στο χόνδρο του ρινικού διαφράγματος με βιοαπορροφήσιμο υλικό, αντικαθιστώντας τις δυο μεθόδους με το ράμμα καθήλωσης ή τα φύλλα σιλικόνης και περιορίζοντας τη χρήση πωματισμού ρινός μόνο στα περιστατικά με αιμορραγία. Οι επιπλοκές της χρήσης των συρραπτικών έναντι των άλλων μεθόδων δεν έχουν ανακοινωθεί σε προηγούμενες μελέτες.

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν η χρήση του συρραπτικού στη διαφραγματοπλαστική έχει διαφορές όσον αφορά το ποσοστό των επιπλοκών, το χειρουργικό χρόνο ή τον αριθμό των επισκέψεων για επανέλεγχο μετά το χειρουργείο σε σύγκριση με την κλασική μέθοδο σύγκλεισης με καθηλωτικό ράμμα στο ρινικό διάφραγμα ή τη μέθοδο πλήρωσης της ρινικής κοιλότητας με πωματισμό.

Έγινε καταγραφή 101 ασθενών στους οποίους χρησιμοποιήθηκε το συρραπτικό και μιας ομάδας αναφοράς 356 ασθενών, που καταγράφηκαν αναδρομικά, και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διαφραγματοπλαστική χωρίς συρραπτικό.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό των επιπλοκών ανάμεσα στην ομάδα των ασθενών στην οποία χρησιμοποιήθηκε το συρραπτικό και στην ομάδα ελέγχου. Επιπρόσθετα, γενικά, οι επισκέψεις για επανέλεγχο μετεγχειρητικά, ήταν λιγότερες με τη χρήση συρραπτικού σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Ωστόσο, δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των μη προγραμματισμένων επισκέψεων για επανεξέταση ανάμεσα στις δυο ομάδες.

Συμπερασματικά, με τη χρήση του ειδικού συρραπτικού διαφράγματος στη διαφραγματοπλαστική ο αριθμός των επανελέγχων μετεγχειρητικά μειώνεται. Ωστόσο, ούτε το ποσοστό των επιπλοκών, ούτε ο χειρουργικός χρόνος είχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες ασθενών της μελέτης.

Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσεως στη νόσο Meniere: μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της συχνότητας και των κλινικών χαρακτηριστικών

Benign paroxysmal positional vertigo in Meniere's disease: systematic review and meta-analysis of frequency and clinical characteristics

Original contribution:
Kutlubaev M, Xu Y, Hornibrook J.
J Neurol 2019 Aug 13. doi: 10.1007/
s00415-019-09502-x

Επιμέλεια παρουσίασης:
Μπασιάρη Λεντιόνα
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Υπάρχει μια αναγνωρισμένη συσχέτιση μεταξύ του καλοήθους παροξυσμικού ίλιγγου θέσεως (ΚΠΙΘ) και της νόσου του Meniere. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, είναι η μελέτη της βιβλιογραφίας, με στόχο τον προσδιορισμό της μέσης συχνότητας και των κλινικών χαρακτηριστικών του ΚΠΙΘ στη νόσο Meniere. Από τις 4198 βιβλιογραφίες που εντοπίστηκαν μόνο 20 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στην έρευνα παρέχοντας δεδομένα από 3223 άτομα συνολικά. Σε 12 μελέτες γινόταν αναφορά στη συχνότητα του ΚΠΙΘ στη νόσο Meniere και σε 8 μελέτες στα κλινικά χαρακτηριστικά του ΚΠΙΘ στη νόσο Meniere. Για την διάγνωση της νόσου Meniere χρησιμοποιήθηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικάνικης Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας-Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου.

Η δοκιμασία Dix-Hallpike και η δοκιμασία του οριζοντίου ημικυκλίου σωλήνα χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση του ΚΠΙΘ. Παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα του ΚΠΙΘ στη νόσο Meniere κατά μέσο όρο είναι 14%. Υπήρχαν διαφορές όμως ανάλογα με τον τύπο της μελέτης. Στις διαχρονικές περιγραφικές μελέτες η συχνότητα ήταν 38%, ενώ στις συγχρονικές μελέτες 8%. Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και σε προχωρημένα στάδια της νόσου Meniere. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η καναλολιθίαση του οριζοντίου ημικυκλίου σωλήνα είναι πιο συχνή στον ΚΠΙΘ που σχετίζεται με τη νόσο Meniere παρά στον ιδιοπαθή ΚΠΙΘ. Η θεραπεία του ΚΠΙΘ σε ασθενείς με νόσο Meniere είναι πιο δύσκολη και πολλές φορές απαιτεί περισσότερους χειρισμούς ανάταξης.

Αξιολόγηση της ανάγκης για αδενοειδεκτομή και αμυγδαλεκτομή για αντιμετώπιση διαταραχών της αναπνοής κατά τον ύπνο στην κοινότητα: Ανάλυση δευτερεύοντος αποτελέσματος μιας τυχαιοποιημένης, ελεγχόμενης, μελέτης

Assessing the need for adenotonsillectomy for sleep disordered breathing in a community setting: A secondary outcome measures analysis of a randomized controlled study

Original contribution:

Papadakis CE, Chaidas K, Chimona TS, Zisoglou M, Ladias A, Proimos EK, Miligkos M, Kaditis AG.
Pediatr Pulmonol 2019;54:1527-1533

Επιμέλεια παρουσίασης:

Λιανού Αικατερίνη
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 40 - Τεύχος 3, 2019

Πρόκειται για μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν συνολικά 120 παιδιά, ηλικίας 4 έως 10 ετών, στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων τα οποία παρουσίαζαν ροχαλητό και υπερτροφικές αμυγδαλές. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: (Α) αξιολόγηση αμέσως πριν από την αδενοειδεκτομή – αμυγδαλεκτομή (ΑΤ) και 3 μήνες μετά την επέμβαση (ομάδα ΑΤ) και (Β) αξιολόγηση κατά την αρχική επίσκεψη και στο τέλος της συνηθισμένης τριμήνιας περιόδου αναμονής για την χειρουργική επέμβαση (ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με (α) το παιδιατρικό ερωτηματολόγιο για την κλίμακα αναπνευστικής διαταραχής κατά τον ύπνο (PSQ-SRBD), (β) την τροποποιημένη κλίμακα Epworth για την υπνηλία (mESS) και (γ) το ποσοστό των ατόμων που επιτυγχάνουν PSQ-SRBD <0,33 (χαμηλού κινδύνου δείκτης άπνοιας - υπόπνοιας ≥ 5 /h) εάν είχαν βαθμολογία $\geq 0,33$ στην αρχική εξέταση, προκειμένου να εκτιμηθεί εάν τα παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο (SDB) πάνω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο, βελτιώθηκαν μετά από την αδενοτοειδεκτομή - αμυγδαλεκτομή (ΑΤ) συγκριτικά με παιδιά στα οποία δεν έγινε καμία παρέμβαση. Σαράντα οκτώ παιδιά ήταν στην ομάδα ΑΤ, 72 παιδιά στην ομάδα ελέγχου και τα δύο τρίτα αυτών είχαν PSQ-SRBD $\geq 0,33$. Η ομάδα ΑΤ γνώρισε σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στο χρονικό διάστημα μεταξύ της αρχικής εκτίμησης και της μετεγχειρητικής παρακολούθησης (σε 3 μήνες) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (μεταξύ ομάδων διαφορά [CI 95%] για PSQ-SRBD: -0,31 [-0,35 έως -0,27] και mESS: -2,76 [-3,63 έως -1,90]. $P < .001$ και για τα δύο). Τα παιδιά με αρχική τιμή PSQ-SRBD $\geq 0,33$ στην ομάδα ΑΤ είχαν οκτώ φορές υψηλότερη πιθανότητα να επιτύχουν την PSQ-SRBD <0,33 κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση από ότι η ομάδα ελέγχου με παρόμοια αρχική βαθμολογία (risk ratio [95% CI]: 8.33 [3.92-17.54], $P < .001$).

Συμπερασματικά, μεταξύ των παιδιών που εμφανίζουν ροχαλητό, υπερτροφία παρίσθμιων αμυγδαλών και κλινικές ενδείξεις για αδενοειδεκτομή – αμυγδαλεκτομή (ΑΤ), εκείνα με PSQ-SRBD $\geq 0,33$ προεγχειρητικά, εμφανίζουν μετρήσιμο κλινικό όφελος μετεγχειρητικά.

MCh in Surgery (Otorhinolaryngology) 2019/20

3 OCTOBER 2019
Canterbury, UK
Email: medicalsciences@canterbury.ac.uk
Web: www.canterbury.ac.uk

The ESHNR (European Society of Head and Neck Radiology) Annual

Meeting and Refresher Course 2019
3 OCTOBER 2019 -5 OCTOBER 2019
Palermo, Italy
Email: office@eshnr.eu
Web: www.eshnr.eu

DIHS: Temporal Bone (3rd October)

3 OCTOBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) Courses

3 OCTOBER 2019 -7 OCTOBER 2019
Tampere, Finland
Email: tanja.makkonen@pshp.fi
Web: www.tays.fi

ENT Masterclass® Uzbekistan

4 OCTOBER 2019 -5 OCTOBER 2019
Tashkent, Uzbekistan
Contact: Prof M Shahed Quraishi, OBE, FRCS,
Director ENT Masterclass®
Email: secretary@entmasterclass.com
Web: www.entmasterclass.com

DIHS: Temporal Bone (4th October)

4 OCTOBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

2nd International Symposium on Inner Ear Therapies

4 OCTOBER 2019 -6 OCTOBER 2019 | ENT
Hanover, Germany
Email: isiet@conventus.de
Web: www.isiet.org

3rd Annual Endoscopic Middle Ear Surgery Dissection Course

4 OCTOBER 2019 -5 OCTOBER 2019
New York City, USA
Email: cme-nyee@nyee.edu
Web: https://cmetracker.net/NYEE

Auditory Processing Disorder Information Day

5 OCTOBER 2019
Nottingham, UK
Email: susanna@earfoundation.org.uk
Web: www.earfoundation.org.uk

**Ημερίδα Πανελληνίας Ιατρικής Εταιρείας
Ωτολογίας Ακοολογίας Νευρωτολογίας**

5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2019
Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Email: dbalats@hotmail.com

Endoscopic Ear Surgery Cadaver Course

7 OCTOBER 2019 -8 OCTOBER 2019 | ENT
Glasgow, UK
Contact: Joanne Woollard
Email: joanne.woollard@rcpsg.ac.uk
Web: https://rcpsg.ac.uk

BAPRAS AEC 4.4 Head and Neck Oncology

7 OCTOBER 2019 -8 OCTOBER 2019
Manchester, UK
Email: secretariat@bapras.org.uk
Web: www.bapras.org.uk

Nottingham Otology and Audiology Updates Course

7 OCTOBER 2019
Nottingham, UK
Email: Priya.achar@nuh.nhs.uk
Web: https://nottingham-otology-and-neurotology.business.site

The Newborn ABR Course 2019

7 OCTOBER 2019 -9 OCTOBER 2019
Harrogate, UK
Contact: Dr Guy Lightfoot
Email: admin@eratrainig.co.uk
Web: http://eratrainig.co.uk

Emergency Head and Neck Surgery Cadaver Course

9 OCTOBER 2019 | ENT, HEAD AND NECK,
GENERAL PLASTIC SURGERY
Glasgow, UK
Contact: Joanne Woollard
Email: joanne.woollard@rcpsg.ac.uk
Web: https://rcpsg.ac.uk

9th International Conference on Otorhinolaryngology

9 OCTOBER 2019 -10 OCTOBER 2019
Madrid, Spain
Email: otorhinolaryngology@pulsusevents.org
Web: https://otorhinolaryngology.pulsusconference.com

5th World Congress on Cochlear Implants in Emerging Countries

9 OCTOBER 2019 -11 OCTOBER
Cairo, Egypt
Contact: Esraa Abdallah
Email: esraa.abdallah@blueskyevent.org
Web: https://ci-en2019.com

Nasal Tip Rhinoplasty Cadaveric Course (Aesthetic Surgery of the Nasal Tip)

10 OCTOBER 2019 -11 OCTOBER 2019
Glasgow, UK
Email: melanie.sinclair@rcpsg.ac.uk
Web: https://rcpsg.ac.uk

7th APOG Conference

10 OCTOBER 2019 -11 OCTOBER 2019
Bangkok, Thailand
Email: APOG2019@gmail.com
Web: http://apog2019.com

IOS 2019: 60th Annual Meeting of the Irish Otorhinolaryngology / Head and Neck Surgery Society

11 OCTOBER 2019 -12 OCTOBER 2019
Kilkenny, Ireland
Contact: Nash Patil
Email: info@iosconference.org
Web: www.iosconference.org

BSNO (British Society of Neuro-otology) 12th Meeting

11 OCTOBER 2019
London, UK
Email: bsno@menieres.org.uk
Web: www.bsno.org.uk

CIGICON 2019: The 17th Annual Conference of the Cochlear Implant Group of India

11 OCTOBER 2019 -13 OCTOBER 2019
Mumbai, India
Email: info@cigicon2019.com
Web: www.cigicon2019.com

Student and Foundation Doctors in Otolaryngology (SFO UK) Annual Meeting 2019

12 OCTOBER 2019
Birmingham, UK
Email: events@entuk.org
Web: http://sfo.entuk.org

Surgical Anatomy of the Head and Neck: A Study Day (MRCS Level- Wade)

12 OCTOBER 2019
Edinburgh, UK
Email: education@rcsed.ac.uk
Web: www.rcsed.ac.uk

The Ultimate Vestibular Course

14 OCTOBER 2019 -16 OCTOBER 2019
London, UK
Email: info@audiologyplanet.com
Web: www.audiologyplanet.com

Southern National StR Induction «Boot Camp» 2019

14 OCTOBER 2019 -15 OCTOBER 2019
London, UK
Email: christy@entuk.org
Web: www.entuk.org

4th World Congress on Ear, Nose and Throat Disorders

14 OCTOBER 2019 -15 OCTOBER 2019
Singapore
Email: ent@conferencesseries.org
Web: https://ent.surgeryconferences.com

The 72nd Annual General and Scientific Meeting of the New Zealand Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery

15 OCTOBER 2019 -18 OCTOBER 2019
Contact: Donna Clapham
Email: donna@w4u.co.nz
Web: www.orl2019.nz

EUHA 2019 64th International Congress of Hearing Aid Acousticians
16 OCTOBER 2019 -18 OCTOBER 2019
Nuremberg, Germany
Email: info@euha.org
Web: www.euha.org

30th International Course in Advanced Rhinoplasty Techniques
16 OCTOBER 2019 -18 OCTOBER 2019
Utrecht, The Netherlands
Email: info@advancedrhinoplasty.nl
Web: www.advancedrhinoplasty.nl

ESPCI 2019 - The 14th European Symposium of Paediatric Cochlear Implantation
16 OCTOBER 2019 -19 OCTOBER 2019
Bucharest, Romania
Email: espci2019@topkon.com
Web: www.espci2019.org

Sinus Academy 4th International Hands-on FESS Course (Basic)
17 OCTOBER 2019 -18 OCTOBER 2019
Berlin, Germany
Email: info@i-congress.info
Web: www.fess-course.de

GPRA (Global Postlaryngectomy Rehabilitation Academy) Workshop-Rome
17 OCTOBER 2019 -18 OCTOBER 2019
Rome, Italy
Email: claudioparrilla@yahoo.com
Web: www.gpracademy.com

The Fall Voice Conference 2019
17 OCTOBER 2019 -19 OCTOBER 2019
Dallas, USA
Email: tara@theassociationcompany.com
Web: www.fallvoice.org

XI International Academic Conference
18 OCTOBER 2019 -21 OCTOBER 2019
Rome, Italy
Email: info@orliac2020.eu
Web: www.mcascentificevents.eu/orliac

Sketching & Anatomic Modelling For Surgeons - Advanced
18 OCTOBER 2019 -20 OCTOBER 2019
Vienna, Austria
Email: office@surgery-art.com
Web: www.surgery-art.com

Tinnitus Adviser Training - Manchester
18 OCTOBER 2019 -19 OCTOBER 2019
Manchester, UK
Email: marcus@tinnitus.org.uk
Web: www.tinnitus.org.uk

IFHNOS (International Federation of Head and Neck Oncologic Societies) World Tour 2019
18 OCTOBER 2019 -20 OCTOBER 2019
Leuven, Belgium

Email: ifhnos2019@kuleuven.be
Web: https://kuleuvencongres.be/ifhnos2019

6th Toronto International Paediatric Open Airway Surgery Workshop
18 OCTOBER 2019
Toronto, Canada
Email: evan.propst@sickkids.ca
Web: http://orlped.com

10th National Tracheostomy Masterclass®
19 OCTOBER 2019
Doncaster, UK
Email: secretary@entmasterclass.com
Web: www.entmasterclass.com

90th Temporal Bone Dissection Course
21 OCTOBER 2019 -22 OCTOBER 2019
Barcelona, Spain
Email: clinica@clinicaclaros.com
Web: www.clinicaclaros.com/en

Hands-on Skull Base Surgery Course: October 2019
21 OCTOBER 2019 -25 OCTOBER 2019
Piacenza, Italy
Email: corsi.sanna@gruppoootologico.com
Web: www.gruppoootologico.com

Septorhinoplasty and Facial Plastics Course
22 OCTOBER 2019 -24 OCTOBER 2019
Newcastle upon Tyne, UK
Email: louise.sore@nuth.nhs.uk
Web: www.nstcsurg.org

26th International Course in Modern Rhinoplasty Techniques
23 OCTOBER 2019 -25 OCTOBER 2019
Amsterdam, The Netherlands
Email: rhinoplasty@amc.uva.nl
Web: www.rhinoplastycourse.nl

20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας, Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου
24 Οκτωβρίου 2019 - 27 Οκτωβρίου 2019,
Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα
Email: orl2019@frei.gr
Web: http://orl2019.frei.gr/

5th International Salivary Gland Congress
25 OCTOBER 2019 -26 OCTOBER 2019
Philadelphia, USA
Web: https://oto.med.upenn.edu

22nd National Conference of Otolaryngology and Head & Neck Surgeons - 12th GCC ORL H&N Society Symposium
25 OCTOBER 2019 -26 OCTOBER 2019
Muscat, Oman
Email: omanorl@mci-group.com
Web: http://omanorl.com

10th Annual Coalition for Global Hearing Health
25 OCTOBER 2019 -27 OCTOBER 2019
Tempe, USA
Email: cghhconference@usu.edu
Web: https://cghh.usu.edu

Laryngeal Framework Surgery and Augmentation: 5th Hands-on Workshop
25 OCTOBER 2019 -26 OCTOBER 2019
Hamburg, Germany
Email: fleischer@stimmklinik.de
Web: https://stimmklinik.de

16th International Course in Advanced Sinus Surgery Techniques
28 OCTOBER 2019 -30 OCTOBER 2019
Amsterdam, The Netherlands
Email: sinuscourse@amc.uva.nl
Web: www.sinuscourse.nl

Emory University Temporal Bone Surgical Dissection Course (28 Oct - 1 Nov 2019)
28 OCTOBER 2019 -1 NOVEMBER 2019
Atlanta, USA
Email: emoryotolaryngology@emory.edu
Web: www.otolaryngology.emory.edu

TSESI (Tarabichi-Stammberger Ear and Sinus Institute) Hands-on Cadaver Dissection and Live Surgery Course (23-26 Oct 2019)
30 OCTOBER 2019 -2 NOVEMBER 2019
Dubai, UAE
Contact: Mustafa Kapadia
Email: mkapadiya@ahdubai.com
Web: www.tsesi.org

DIHS: Advanced Temporal Bone Surgery Course
30 OCTOBER 2019 -1 NOVEMBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

55th South African ENT Congress - Incorporating SORSSA
31 OCTOBER 2019 -4 NOVEMBER 2019
Durban, South Africa
Email: kim@easternsun.co.za
Web: https://easternsun.eventsair.com/ent-congress-2019

Asia Pacific Laryngology Association Inaugural Conference / 8th International Annual Conference of the Laryngology & Voice Association / 6th Asia Pacific Airway Course
1 NOVEMBER 2019 -3 NOVEMBER 2019
Singapore
Email: secretariat@aplameeting.com
Web: www.aplameeting.com
London Rhinoplasty Course
2 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: book@londonrhinoplasty.co.uk
Web: www.londonrhinoplastycourse.co.uk

Paediatric Assessment: A Refresher Course

5 NOVEMBER 2019 -7 NOVEMBER 2019
Warrington, UK
Email: info@audiology-courses.co.uk
Web: https://audiology-courses.co.uk

17th Annual London MDT Head & Neck Imaging Course

5 NOVEMBER 2019 -7 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: lnwh-tr.courses@nhs.net
Web: www.medicalcourses-nwlh.com

SITC (Society for Immunotherapy of Cancer) Annual Meeting 2019

6 NOVEMBER 2019 -10 NOVEMBER 2019
Oxon Hill, USA
Email: info@sitcancer.org
Web: www.sitcancer.org

7th Dubai Otology, Neurotology & Skull Base Surgery Conference

6 NOVEMBER 2019 -8 NOVEMBER 2019
Dubai, United Arab Emirates
Email: hoda.golrody@index.ae
Web: http://dubaioto.com

OESO 15th World Conference: Global Perspective of Esophageal diseases

7 NOVEMBER 2019 -9 NOVEMBER 2019
Beijing, China
Email: liuzixuan@fctrip.com
Web: www.oeso.org

Northern National StR Induction «Boot Camp» 2019

7 NOVEMBER 2019 -8 NOVEMBER 2019
Manchester, UK
Email: christy@entuk.org
Web: www.entuk.org

Neurolaryngology workshop

7 NOVEMBER 2019 -8 NOVEMBER 2019
Gera, Germany
Email: hno.kurse@med.uni-jena.de
Web: www.britishlaryngological.org

The 11th Annual Head and Neck Conference: Head and Neck cancer management in the elderly

8 NOVEMBER 2019 | ENT, HEAD AND NECK
London, UK
Email: conferenceteam@rmh.nhs.uk
Web: www.royalmarsden.nhs.uk

4th ENT Masterclass® Switzerland

8 NOVEMBER 2019 -9 NOVEMBER 2019
Lausanne, Switzerland
Contact: Prof M Shahed Quraishi, OBE, FRCS, Director ENT Masterclass®
Email: secretary@entmasterclass.com
Web: www.entmasterclass.com

15th Anniversary of the Bulgarian Rhinologic Society

8 NOVEMBER 2019 -10 NOVEMBER 2019
Starosel, Bulgaria

Email: info.congressconsult@gmail.com
Web: www.bulgarianrhinologicsociety.org

Central European Endoscopic Ear Surgery Course

11 NOVEMBER 2019 -12 NOVEMBER 2019
Olomouc, Czech Republic
Email: ludvova@solen.cz
Web: https://czechearendoscopy.com

DIHS: Endoscopic Sinus Surgery by Cadaver Dissection (FESS 1)

11 NOVEMBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

Basic Hands-On Course: Post Graduate University Certificate in Endoscopic Nose & Paranasal Sinus Surgery

11 NOVEMBER 2019 -13 NOVEMBER 2019 |
ENT Varese, Italy
Email: hnsresearchcenter@uninsubria.it
Web: www.attingo-edu.it

91st Temporal Bone Dissection Course

11 NOVEMBER 2019 -12 NOVEMBER
Barcelona, Spain
Email: clinica@clinicacarlos.com
Web: www.clinicacarlos.com

DIHS: Advanced and Open Sinus Surgery by Cadaver Dissection (FESS 2)

12 NOVEMBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

DIHS: Advanced Frontal Sinus Surgery Course (FESS 3)

13 NOVEMBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

WAMM 2019: 2nd World Airway Management Meeting

13 NOVEMBER 2019 -16 NOVEMBER 2019
Amsterdam, Netherlands
Email: WAMM2019@conferencepartners.com
Web: https://wamm2019.com

3rd Skull Base Reconstruction with Pedicled Flaps Course

13 NOVEMBER 2019, Barcelona, Spain
Email: info@endoent.com
Web: https://endoent.com

BAA (British Academy of Audiology) 16th Annual Conference

14 NOVEMBER 2019 -15 NOVEMBER 2019
Liverpool, UK
Email: events@baaudiology.org
Web: www.baaudiology.org

ADA (Academy of Doctors of Audiology) AuDaCity Convention 2019

14 NOVEMBER 2019 -16 NOVEMBER 2019
Maryland, USA
Email: info@audiologist.org
Web: www.audiologist.org

DIHS: Orbital and Lacrimal Surgery Course, Endoscopic and Open (FESS 4)

14 NOVEMBER 2019
Dundee, UK
Email: cscbookings@dundee.ac.uk
Web: www.dihs.dundee.ac.uk

8th Multidisciplinary Update on Thyroid and Parathyroid Surgery

14 NOVEMBER 2019 -16 NOVEMBER 2019
Noosa Heads, Australia
Email: entconferencespah@health.qld.gov.au
Web: www.asohns.org.au

ISOCON 2019: 28th Annual National Conference of the Indian Society of Otology

15 NOVEMBER 2019 -17 NOVEMBER 2019
Kolkata, India
Email: info@isocon2019.com
Web: www.isocon2019.com

CDA 2019: Clinical Discussions in Anaesthesiology and Perioperative Medicine

15 NOVEMBER 2019 -17 NOVEMBER 2019
Bologna, Italy
Email: nkappoon@paragong.com
Web: http://cdasymposium.com

RCSEd: Facial Aesthetic Surgery: Dissection Course for Surgeons

21 NOVEMBER 2019 -22 NOVEMBER
Edinburgh, UK
Email: education@rcsed.ac.uk
Web: www.rcsed.ac.uk

ASHA (American-Speech-Language-Hearing Association) Convention 2019

21 NOVEMBER 2019 -23 NOVEMBER 2019
Orlando, USA
Email: convention@asha.org
Web: www.asha.org

The 3rd European Head and Neck Society workshop on Robotic Surgery in Head and Neck

21 NOVEMBER 2019 -22 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: conferenceteam@rmh.nhs.uk
Web: www.royalmarsden.nhs.uk

International conference on ENT and advances in endoscopy

21 NOVEMBER 2019 -22 NOVEMBER 2019
Kuala Lumpur, Malaysia
Email: lisawilliams@larixconferences.com
Web: https://entconferences.com

2nd World Congress on ENT & Craniofacial Surgery

21 NOVEMBER 2019 -22 NOVEMBER 2019
Bangkok, Thailand
Email: ent@bioleagues.com

Web: <https://bioleagues.com/ent-conference>

The Annual AIHHP Hearing Expo & 13th Golden Lobe Awards

22 NOVEMBER 2019 -23 NOVEMBER 2019
Reading, UK
Email: events@aihhp.org
Web: www.aihhp.org

7th Head & Neck Dissection Hands-on Course

23 NOVEMBER 2019 -24 NOVEMBER 2019
Hong Kong
Email: hncourse2019@ent.cuhk.edu.hk
Web: www.ent.cuhk.edu.hk

Basic Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (Basic FEES) Workshop

23 NOVEMBER 2019 -24 NOVEMBER 2019
Hong Kong
Email: speechtherapy@ent.cuhk.edu.hk
Web: www.ent.cuhk.edu.hk

IFOS World Course on Hearing

Rehabilitation and on Head and Neck
24 NOVEMBER 2019 -27 NOVEMBER 2019
Ho Chi Minh City, Vietnam
Web: www.ifosworld.org

Manchester Skull Base Surgery Course

25 NOVEMBER 2019 -29 NOVEMBER 2019
Manchester, UK
Contact: Nicki Cory
Email: nicki@earandhearing.co.uk
Web: www.skullbasesurgery.co.uk

UCL Ear Institute: The Rhinoplasty & Facial Plastics Course

25 NOVEMBER 2019 -26 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: ear.courses@ucl.ac.uk
Web: www.ucl.ac.uk

Hands-on Skull Base Surgery Course: November 2019

25 NOVEMBER 2019 -29 NOVEMBER 2019
Piacenza, Italy
Email: corsi.sanna@gruppoootologico.com
Web: www.gruppoootologico.com

Functional Endonasal Sinus Surgery Dissection Course: November 2019

25 NOVEMBER 2019 -26 NOVEMBER 2019
Newcastle upon Tyne, UK
Email: louise.sore@gmail.com
Web: www.nstcsurg.org

UCL Ear Institute: A Surgical Approach to Rhinosinusitis Course

27 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: ear.courses@ucl.ac.uk
Web: www.ucl.ac.uk

12th APSCI (Asia Pacific Symposium on Cochlear Implants) and Related Sciences 2019

27 NOVEMBER 2019 -30 NOVEMBER 2019

Tokyo, Japan
Email: apsci2019@mediproduce.com
Web: <http://mediproduce.com>

PESC (Paediatric ENT Skills Course) London

27 NOVEMBER 2019
London, UK
Email: jessica@entuk.org
Web: www.entuk.org

ENT UK Head and Neck: Early Diagnosis of Head and Neck Cancer-Evidence Based Meeting 2019

27 NOVEMBER 2019
Birmingham, UK
Email: events@entuk.org
Web: www.entuk.org

GPRA (Global Postlaryngectomy Rehabilitation Academy) Workshop- Amsterdam (November)

28 NOVEMBER 2019 -29 NOVEMBER 2019
Amsterdam, The Netherlands
Email: kno@nki.nl
Web: www.gpracademy.com

ESSO-EYSAC Hands on Course on Thyroid Cancer Surgery

28 NOVEMBER 2019 -29 NOVEMBER 2019
Utrecht, Netherlands
Email: ana.galan@essoweb.org
Web: www.essoweb.org

22nd Advanced Functional Endoscopic Sinus Surgery Course - Frontal Sinus Masterclass

28 NOVEMBER 2019 -30 NOVEMBER 2019
Adelaide, Australia
Email: annette.kreutner@adelaide.edu.au
Web: www.asohns.org.au

RhinoForum 2019 Conference

28 NOVEMBER 2019 -30 NOVEMBER 2019
Warsaw, Poland
Email: info@forumrynologiczne.pl
Web: www.rhinoforum.pl/

Advent symposium Thyroid/Parathyroid-live surgery and anatomy

29 NOVEMBER 2019 -30 NOVEMBER 2019
Hamm and Munster, Germany
Email: istel@hno-hamm.de
Web: www.schilddruese-adventssymposium.de

4th Manchester Sinus & Endoscopic Skull Base Surgery Course

2 DECEMBER 2019 -4 DECEMBER 2019
Manchester, UK
Contact: Mrs Natalie Whalley
Email: natalie.whalley@mft.nhs.uk
Web: www.sinus.uk.com

178th Meeting of the Acoustical Society of America

2 DECEMBER 2019 -6 DECEMBER 2019
San Diego, USA
Email: asa@acousticalsociety.org

Web: www.acousticalsociety.org

Temporal Bone Course

2 DECEMBER 2019
Newcastle upon Tyne, UK
Email: gail.russell@nuth.nhs.uk
Web: www.nstcsurg.org/

Microscopy/microsurgery course on live model - Practical basic course of micro surgical vascular anastomosis

2 DECEMBER 2019 -4 DECEMBER 2019
Brescia, Italy
Email: info@servizicec.it
Web: www.servizicec.it

The British Society for the History of ENT Annual Meeting 2019

5 DECEMBER 2019
London, UK
Email: events@entuk.org
Web: www.entuk.org

2nd Head and Neck Conference: The Multidisciplinary Approach

5 DECEMBER 2019 -6 DECEMBER 2019
Abu Dhabi, UAE
Email: headneck@memetings.com
Web: <https://headneck-treatment.conferenceseries.com>

7th International Congress on Bone Conduction Hearing and Related Technologies

11 DECEMBER 2019 -14 DECEMBER 2019
Miami Beach, USA
Email: OSSEO@res-inc.com
Web: www.osseo2019.com

2nd Pan-Asia Endoscopic Ear Surgery Forum

12 DECEMBER 2019 -14 DECEMBER 2019
Hong Kong
Email: hktees@ent.cuhk.edu.hk
Web: www.ent.cuhk.edu.hk

15th Congress of the SFA (French Society of Audiology)

13 DECEMBER 2019 -14 DECEMBER 2019
Lyon, France
Email: amorvan@asconnect-evenement.fr
Web: <http://sfaudiologie.fr>

Istanbul Live Surgery Rhinoplasty Course

13 DECEMBER 2019 -15 DECEMBER 2019 | RHINOPLASTY
Istanbul, Turkey
Email: hello@seveneventcompany.com
Web: www.rhinoplastyistanbul.org

The Merseyside Rhinology - Skull Base Interface Meeting December 2019

23 DECEMBER 2019
Liverpool, UK
Email: gauravsmidikeri@gmail.com
Web: <https://sites.google.com/view/interfacemeeting>

20^ο

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Ωτορινοφαρυγγολογίας, 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

NASOSYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

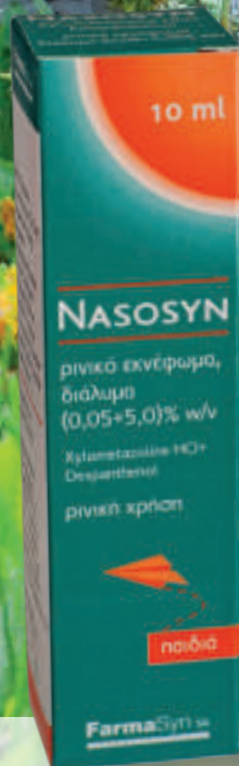
ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,1+5,0)% w/v

&

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

ενηλίκων

παιδιών



FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

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



Modulair[®]

Μοντελουκάστη



Ανάσα Ζωής



Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ του προϊόντος