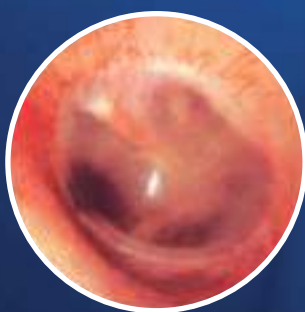


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



OCTOBER - DECEMBER 2022
VOLUME 43 • ISSUE 4 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

- ΚΑΛΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.
- ΔΙΑΤΡΑΧΗΛΙΚΗ-ΔΙΑΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΠΑΡΑΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.
- ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟ ΦΕΡΕΚΥΔΗ.
- ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.
- ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΩΝ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.



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

ΠΟΝΟΛΑΙΜΟΣ;

ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗ
ΜΟΥΔΙΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΠΟΝΑ



TANTUM VERDE. ΔΙΠΛΗ ΔΡΑΣΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ.



Με Βενζοδαμίνη, δε χρησιμοποιείται σε ασθενείς με: υπερευαίσθησία στα συστατικά του προϊόντος, ενεργό πεπτικό ή ιστορικό ελκούς ή άλλες παθήσεις του πεπτικού, φλεγμονώδη και παιδιά κάτω των 12 ετών. Το σκεύασμα δεν είναι κατάλληλο για εφήβους και παιδιά.

ANGELINI PHARMA HELLAS A.B.E.E. Ρούτλα 4 & 7ο κλμ Ε.Ο. Αθηνών-Λαμίας, 145-64 Ν. Κηφισιά, Τ: 210 6269200, F: 210 8071683, e-mail: info@angelinipharma.gr, www.angelini.gr

NASASYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

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

&

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

ενήλικων

παιδιών



FarmaSyn SA
FARMACEUTICALS

Αθήνα: Θεση Πικιά, 19300 Ασπρόπυργος • Τηλ: 210 5777140 • Fax: 210 5788791 • e-mail: info@farmasyn.gr • www.farmasyn.gr
Γραφείο Β: Ελλάδα: Βασιλίσσης Ολγας 226, 55 134 Καλαμοριό • Τηλ: 2310 703856 • Fax: 2310 703718 • e-mail: thess@farmasyn.gr



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

DESIGNING SOLUTIONS ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ
Ι. Δραγούμη 46, 11528 Αθήνα
Τηλ.: 210 7259083-5, Fax: 210 7259086

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναγιωτός Α (Λευκωσία), Βλάχου Σ (Αθήνα), Βλάχτσος Κ (Θεσσαλονίκη), Γεωργιάδης Χ (Αθήνα), Γκορίτσα Ε (Τρίπολη), Δουλιπατή Μ (Ηράκλειο), Ζιάβρα Ν (Ιωάννινα), Καμπέρος Α (Αθήνα), Κατωμιχελάκης Μ (Αλεξανδρούπολη), Καρατζάνης Α (Ηράκλειο), Κυρμιζάκης Δ (Ηράκλειο), Κυροδήμος Ε (Αθήνα), Κωνσταντινίδης Ι (Θεσσαλονίκη), Μαρουδιάς Ν (Αθήνα), Μπαλατσούρας Δ (Αθήνα), Ναζάκης Σ (Πάτρα), Νικολάου Α (Θεσσαλονίκη), Παναγιωτάκης Ε (Ηράκλειο), Παπαχαραλάμπος Γ (Αθήνα), Πρίντζα Α (Θεσσαλονίκη), Προκοπάκης Ε (Ηράκλειο), Πρώμος Ε (Χανιά), Σκουλάκης Χ (Λάρισα), Τσακανίκος Μ (Αθήνα), Χατζηγιάννου Ι (Λάρισα), Χειμώνα Θεογονώσα (Χανιά)

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

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

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Βιτάλη Βίκτωρ (Θεσσαλονίκη),
Κορρές Σταύρος (Αθήνα)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Bébéar JP(France), Bacher C (Belgium), Bamiou D-E (UK),
Beasley N (UK), Boniver R (Belgium), Burdo S (Italy),
Coelho DH (USA), Dodson K (USA), Fliss D (Israel),
Gevaert P (Belgium), Gibson B (Australia), Gleeson MK (UK),
Hamid M (USA), Guneri A (Turkey), Harries M (UK), Hellings P (Belgium), Hesham N (Egypt), Hizalan I (Turkey), Howard D (UK),
Iro H (Germany), Katsantonis G (USA), Katsarkas A (Canada),
Kaytaz A (Turkey), Kountakis S (USA), Lopez-Escamez JA (Spain),
Lund M (Israel), Lund V (UK), Mantzopoulos K (Germany),
Milisavljevic D (Serbia), Minor L (USA), Onerci M (Turkey),
O'Connor AF (UK), O'Donoghue G (UK), Psychogios G (Germany), 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)
Παπαχαραλάμπος Ξ. Γεώργιος (Αθήνα)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κωνσταντινίδης Ιωάννης (Θεσσαλονίκη)
Κυροδήμος Ευθύμιος (Αθήνα)
Τριαρίδης Στέφανος (Θεσσαλονίκη)
Μάρκου Κωνσταντίνος (Θεσσαλονίκη)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Μαραγκουδάκης Π (Πρόεδρος)
Νταβίλης Δ (Αντιπρόεδρος)
Καστανιουδάκης Ι (Γενικός Γραμματέας)
Παπανικολάου Β (Ειδικός Γραμματέας)
Δελίδης Α (Ταμίας)
Αντωνίου Α (Μέλος)
Κυριαφίνης Γ (Μέλος)
Κωνσταντινίδης Ιορδ (Μέλος)
Παπαδάκης Χ (Μέλος)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Χρυσοβέργης Α (Πρόεδρος)
Βλάχου Σ (Αντιπρόεδρος)
Παπαχαραλάμπος Γ (Γεν. Γραμματέας)
Ποταμιάνος Σ (Ταμίας)
Δελίδης Α (Μέλος)
Παπουλιάκος Σ (Μέλος)
Μαργαρίτης Ε (Μέλος)

ΩΡΛ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

Τριαρίδης Σ (Πρόεδρος)
Κυνηγού Μ (Αντιπρόεδρος)
Νικολαΐδης Β (Αντιπρόεδρος)
Ανδόνης Ι (Ταμίας)
Αγγουριδάκης Ν (Γραμματέας)
Καρασμάνης Η (Ειδικός Γραμματέας)
Φύρμπας Γ (Μέλος)

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΚΟΟΛΟΓΙΑΣ- ΝΕΥΡΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

Μάρκου Κ (Πρόεδρος)
Μαρουδιάς Ν (Α' Αντιπρόεδρος)
Μπαλατσούρας Δ (Β' Αντιπρόεδρος)
Κυριαφίνης Γ (Γεν. Γραμματέας)
Πάσσου Ε (Ταμίας)
Χειμώνα Θ (Δημ. Σχέσεις)
Οικονομίδης 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

DESIGNING SOLUTIONS SINGLE MEMBER P.C.
I. Dragoumi 46, 11528 Athens
Tel.: 210 7259083-5, Fax: 210 7259086

EDITORIAL BOARD

Anagiotos A (Nicosia), Balatsouras D (Athens), Chimona Theognosia (Hania), Doulaptsi M (Heraklion), Georgalas C (Athens), Gkoritsa E (Tripolis), Hajjioannou J (Larissa), Kaberos A (Athens), Karatzanis A (Heraklion), Katotomichelakis M (Alexandroupolis), Konstantinidis I (Thessaloniki), Kyrmizakis D (Veroia), Kyrodimos E (Athens), Maroudias N (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, Hajjioannou J (Manuscript collection)
Kaberos A (International affairs - Public relations)
Papanikolaou V (Reviewer coordination)

HONORARY EDITORIAL MEMBERS

Korres Stavros (Athens),
Vital Victor (Thessaloniki)

INTERNATIONAL ADVISORY EDITORIAL BOARD

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

EDITORS-IN-CHIEF

Kastanioudakis Ioannis (Ioannina)
Papacharalampous X. George (Athens)

EDITORIAL COMMITTEE

Konstantinidis I (Thessaloniki)
Kyrodimos E (Athens)
Triaridis Stefanos (Thessaloniki)
Markou Konstantinos (Thessaloniki)

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

Marangoudakis P (President)
Ntavilis D (Vice President)
Kastanioudakis I (Secretary General)
Papanikolaou V (Secretary Special)
Delidis A (Treasurer)
Antoniou A (Member)
Kyriafinis G (Member)
Konstantinidis I (Member)
Papadakis C (Member)

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

Chrysovergis A (President)
Vlachou S (Vice President)
Papacharalampous G (Secretary general)
Potamianos S (Treasurer)
Delidis A (Member)
Papouliakos S (Member)
Margaritis E (Member)

ORL SOCIETY OF NORTH GREECE

Triaridis S (President)
Kynigou M (Vice President)
Nikolaidis V (Vice President)
Aidonis I (Treasurer)
Angouridakis N (Secretary)
Karasmanis I (Special Secretary)
Fyrmpas G (Member)

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

Markou K (President)
Maroudias N (1st Vice President)
Balatsouras D (2nd Vice President)
Kyriafinis G (Secretary General)
Passou E (Treasurer)
Chimona T (Public Relations)
Economides 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 δοντολογίας, βήμα των ειδικευόμενων, προσεχή συνέδρια, βιβλιοπαρουσιάσεις, παρουσιάσεις άρθρων από το PubMed, επιστολές προς τον Εκδότη).

Η υποβολή των άρθρων θα γίνεται με συνημμένα αρχεία σε e-mail, που θα αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση ενός εκ των δύο Διευθυντών Σύνταξης (kastanioudakisi@gmail.com ή chimonath@yahoo.gr). Στην αποστολή θα πρέπει να περιλαμβάνονται τα εξής αρχεία: η συνοδευτική επιστολή προς το Διευθυντή Σύνταξης, το αρχείο με το πλήρες κείμενο της εργασίας και από ένα ξεχωριστό αρχείο για κάθε Εικόνα (εάν υπάρχουν). Στη συνοδευτική επιστολή, πρέπει να δηλώνεται υπεύθυνα ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό και ότι όλοι οι συγγραφείς συμφωνούν για τη δημοσίευσή της. Όλες οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση στο περιοδικό πρέπει να είναι γραμμένες σύμφωνα με τις οδηγίες για τους συγγραφείς που ακολουθούν, οι οποίες δημοσιεύονται σε κάθε τεύχος, καθώς και στην ιστοσελίδα του περιοδικού. Σε αντίθετη περίπτωση, επιστρέφονται προς διόρθωση στο συγγραφέα υπεύθυνο αλληλογραφίας, δίχως να υποβληθούν σε κρίση. Η τελική απόφαση για δημοσίευση λαμβάνεται από τους Διευθυντές Σύνταξης. Σε περίπτωση μελετών με εκτεταμένες στατιστικές αναλύσεις, οι Διευθυντές Σύνταξης διατηρούν το δικαίωμα να συμβουλευτούν στατιστικό λόγο. Οι εργασίες που εγκρίνονται προς δημοσίευση θα δημοσιεύονται κατά χρονολογική σειρά, προσπαθώντας να αντιπροσωπεύονται όλα τα είδη.

Προετοιμασία της εργασίας. Οι εργασίες θα πρέπει να γράφονται με το πρόγραμμα κειμενογράφου Word της Microsoft. Τα περιθώρια των σελίδων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2.5 cm και το διάστημα των σειρών διπλό. Το μέγεθος των γραμματοσειρών πρέπει να είναι 10-12 pt και να χρησιμοποιούνται Times New Roman ή Arial. Οι σελίδες θα πρέπει να αριθμούνται διαδοχικά στο άνω δεξιό περιθώριο του, αρχίζοντας από την σελίδα του τίτλου. Οι συντμήσεις θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο και να επεξηγούνται την πρώτη φορά που εμφανίζονται στο κείμενο. Κάθε άρθρο πρέπει να αποτελείται από: Σελίδα τίτλου, Δομημένη Περιλήψη και Αγγλικό Abstract, Κείμενο (Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδοι, Αποτελέσματα, Συζήτηση), Βιβλιογραφία, Πίνακες και Υπότιτλοι Εικόνων. Σε περιγραφή περιστατικού τα τμήματα «Υλικό και μέθοδοι» και «Αποτελέσματα» θα αντικαθίστανται από το τμήμα «Περιγραφή περιστατικού». Στις αναφορές θα υπάρχουν επί μέρους τμήματα με επικεφαλίδες, ανάλογα με το περιεχόμενο.

Σελίδα τίτλου. Πρέπει να περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, ο οποίος πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός, τα ονόματα των συγγραφέων, τα Ιδρύματα και τον χώρο εργασίας των συγγραφέων, ένα συντομωμένο τίτλο και το όνομα με την πλήρη διεύθυνση του συγγραφέα που θα είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία (με τηλέφωνο και e-mail). Επισημαίνεται ότι ο μέγιστος αριθμός των συγγραφέων είναι: 2 συγγραφείς για τις παρουσιάσεις άρθρων από το PubMed και τα άρθρα "How I Do It", 4 συγγραφείς για τα ιστορικά άρθρα, τις αναφορές περιπτώσεων και τις κλινικές φωτογραφίες, 5 συγγραφείς για τις ανασκοπήσεις, και μέχρι 8 συγγραφείς στις ερευνητικές εργασίες και τις εκτεταμένες περιλήψεις διδακτορικών διατριβών.

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

μέθοδοι», «Αποτελέσματα» και «Συμπεράσματα». Οι περιγραφές περιστατικού περιλαμβάνουν «Εισαγωγή», «Περιγραφή περιστατικού» και «Συμπεράσματα», ενώ οι ανασκοπήσεις περιλαμβάνουν «Εισαγωγή», «Κύρια ευρήματα» και «Συμπεράσματα». Περιλήψεις για περιγραφές περιστατικών δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 200 λέξεις. Αμέσως μετά την περιλήψη, θα πρέπει να αναγράφονται 3-6 λέξεις κλειδιά. Τα Ελληνικά άρθρα θα συνοδεύονται από εκτεταμένη δομημένη περιλήψη στα Αγγλικά (300 λέξεις), η οποία θα περιλαμβάνει επιπλέον αγγλική μετάφραση του τίτλου της εργασίας, των επωνύμων και των ονομάτων των συγγραφέων, το όνομα του συγγραφέα που θα είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία, των ιδρυμάτων και των λέξεων-κλειδιών. Για εργασίες που υποβάλλονται στα Αγγλικά, η μετάφραση της περιλήψης στην Ελληνική θα πραγματοποιείται από μέλη της Συντακτικής Επιτροπής. Σε μικρού μεγέθους εργασίες, όπως σχόλια, κλινικές φωτογραφίες, επιστολές κ.ά. δεν απαιτείται περιλήψη.

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

Βιβλιογραφία. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές θα καταχωρούνται στο κείμενο με Αραβικούς αριθμούς υπό μορφή εκθέτη (μετά την τελεία στο τέλος της πρότασης) ή δε αριθμηση θα γίνεται διαδοχικά, με την σειρά που οι παραπομπές αναφέρονται για πρώτη φορά. Στο τέλος του κειμένου θα παρουσιάζεται κατάλογος των παραπομπών αριθμημένων στη σειρά, βάσει του αριθμού καταχωρήσεώς τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Κάθε παραπομπή θα περιέχει τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων (εάν ο αριθμός των υπερβαίνει τους 6, αναγράφονται μόνον οι πρώτοι 6, ακολουθούμενοι από et al.), τον τίτλο της δημοσίευσης, το περιοδικό όπου δημοσιεύτηκε με σύντμηση σύμφωνα με τον Index Medicus, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού (δεν αναγράφεται το τεύχος του περιοδικού) και ο αριθμός της πρώτης και τελευταίας σελίδας. Παράδειγμα: Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 119:425-6. Για τα βιβλία και τις μονογραφίες πρέπει να σημειώνονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων και εκδοτών ο τίτλος (και ο τόμος εάν υπάρχει), η έκδοση, ο τόπος της έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, το έτος της έκδοσης και οι σελίδες. Παράδειγμα: Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8. Παράδειγμα παραπομπής σε κεφάλαιο βιβλίου: Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια των βιβλιογραφικών και παρακαλούνται να τηρούν σχολαστικά τις οδηγίες για τη βιβλιογραφία, διαφορετικά το άρθρο θα επιστρέφεται άμεσα προς διόρθωση.

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

Υπότιτλοι Εικόνων. Ενας 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 συγγραφέων, 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 Ηθικής και Δεοντολογίας του Ιδρύματος. Σε περιπτώσεις μη λειτουργίας τέτοιας επιτροπής θα πρέπει να ακολουθούνται οι αρχές της Διεκρήρυξης του Ελσίνκι. Στο τμήμα των «Μεθόδων» θα πρέπει να προσδιορίζεται η διαδικασία επίτευξης της συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης από τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Οι ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα της ανωνυμίας, το οποίο δεν πρέπει να παραβιάζεται. Πληροφορίες, όπως το όνομα ή φωτογραφίες του ασθενούς, δεν πρέπει να υποβάλλονται άνευ γραπτής ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει διαθέσιμη φόρμα έγγραφης συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης στην ιστοσελίδα του περιοδικού, η οποία μπορεί να υποβληθεί, μαζί με το χειρόγραφο.

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

Διορθώσεις. Προ της δημοσίευσής θα στέλνεται στον υπεύθυνο αλληλογραφίας e-mail με την τελική μορφή της εργασίας σε μορφή pdf, για τυχόν διορθώσεις, οι οποίες πρέπει να επιστραφούν εντός 7 ημερών. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ορθότητα της δημοσιευμένης εργασίας. Η εργασία αφού δημοσιευθεί, θα είναι ελεύθερα διαθέσιμη online στο site του περιοδικού. Οι συγγραφείς που υποβάλλουν εργασίες το κάνουν αντιλαμβανόμενοι ότι εάν η εργασία τους γίνει αποδεκτή προς δημοσίευση, τα πνευματικά δικαιώματα του άρθρου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της αναπαραγωγής του σε όλες τις μορφές και όλα τα μέσα, θα αποδοθούν αποκλειστικά στην «Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία». Η Πανελλήνια Εταιρεία Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής & Τραχήλου δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για τυχόν σφάλματα ή συνέπειες που επέρχονται κατόπιν χρήσεως πληροφοριών που περιέχονται στο περιοδικό αυτό. Οι απόψεις και γνώμες που εκφράζονται δεν απηχούν κατ' ανάγκην εκείνες της Πανελληνίας 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 μνημονεύονται στο κείμενο και αντιστρόφως.
- Αποδεικτικό υλικό για την συμμόρφωση προς τους κανόνες δεοντολογίας του περιοδικού.

Από τη Σύntαξη	120
ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ	
20° Πανελλήνιο Συνέδριο Ρινολογίας και Πλάστικής Χειρουργικής Προσώπου	122
Θεμελής Σωτήριος, Καστανιουδάκης Ιωάννης, Τερζής Τιμοθέων	
1° Σεμινάριο Διαγνωστικής και Επεμβατικής Υπερηχογραφίας Κεφαλής και Τραχήλου	126
Μπασιάρη Λεντιόνα, Ψυχογιός Γεώργιος	
ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	
Καλά διαφοροποιημένος καρκίνος θυρεοειδούς. Σύγχρονες απόψεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση	128
Χειμώνα Θεογνωσία, Τσακιράκη Ελένη, Βρέντζου Μαρία, Τζήμα Κωνσταντίν, Παπαδάκης Χαρίτων	
Τρόποι αντιμετώπισης ρινορραγιών. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	138
Μυλωνάς Στυλιανός, Σκουλάκης Χαράλαμπος, Νικολαΐδης Βασίλειος, Χατζηγιάννου Ιωάννης	
Διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση όγκου του παραφαρυγγικού διαστήματος. Αναφορά περιστατικού και ανασκόπηση βιβλιογραφίας	148
Ψυχογιός Γ., Μπασιάρη Λ., Λίτσου Ε., Μιχάλη Μ.	
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	
Συνέντευξη με τον Ομότιμο Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Ελευθέριο Φερεκύδη	155
Παπαχαλαράμπος Γεώργιος	
ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	
Οδοντογενής ιγμορίτιδα: Παρουσίαση δυο περιστατικών και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	158
Μηλιώνη Αθανασία, Κόλλια Παρασκευή, Ανδρεσάκης Διονύσιος, Καραγεώργος Γεράσιμος, Νταβίλης Δημήτριος, Παπαχαλαράμπος Γεώργιος	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED	
Αποτελέσματα νεογνικού ελέγχου ακοής σε νεογνά των οποίων οι μητέρες νόσησαν από λοίμωξη COVID-19 κατά την κύηση: Αναδρομική μελέτη κοόρτης	166
Z Asli Oskovi-Kaplan, A Seval Ozgu-Erdinc, Gul Nihal Buyuk et al.	
ΕΠΕΡΧΟΜΕΝΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	167
Μηλιώνη Αθανασία, Παπαχαλαράμπος Γεώργιος	

From the Editorial Desk	120
NEWS ROUND	
20° Panhellenic Congress of Rhinology and Facial Plastic Surgery	122
1st Seminar of Diagnostic and Interventional Ultrasound of Head and Neck	126
Basiari Lentiona, Psychogios George	
REVIEW ARTICLE	
Well-differentiated thyroid cancer. Current aspects of diagnosis and management	128
Chimona Theognosia, Tsakiraki Eleni, Vrentzou Maria, Tzima Konstantina, Papadakis Chariton	
Epistaxis treatment options. Literature review	138
Mylonas Stylianos, Skoulakis Charalampos, Nikolaidis Vasileios, Hajioannou Jiannis	
Transcervical-transaparotid approach of a parapharyngeal space tumor. Case report and literature review	148
Psychogios G., Basiari L., Litsou E., Michali M.	
INTERVIEW	
Interview with Professor Emeritus of Otorhinolaryngology of the University of Athens Eleftherios Ferekidis	155
Papacharalampous Georgios	
CASE REPORT	
Odontogenic sinusitis: Report of two cases and review of the current literature	158
Miloni Athanasia, Kolli Paraskevi, Andreakis Dionysios, Karageorgos Gerasimos, Davilis Dimitrios, Papacharalampous George	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Newborn hearing screening results of Infants born to mothers who had COVID-19 Disease during pregnancy: A retrospective cohort study	166
Z Asli Oskovi-Kaplan, A Seval Ozgu-Erdinc, Gul Nihal Buyuk et al.	
FORTHCOMING EVENTS	167
Miloni Athanasia, Papacharalampous George	

Από τη Σύνταξη

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Με το παρόν τεύχος αποχαιρετάμε το 2022, ένα δύσκολο έτος για όλους μας. Εύχομαι σε όλες και όλους καλές γιορτές με υγεία ευτυχία, επιστημονικές και επαγγελματικές επιτυχίες καθώς και ένα ευτυχές και ειρηνικό νέον έτος.

Τονίζω και πάλι την ανάγκη υποβολής εργασιών, άκρως απαραίτητη, για την βιωσιμότητα του περιοδικού.

Γιάννης Καστανιουδάκης

Η προετοιμασία και έκδοση του τεύχους, που διαβάζετε, συμπίπτει με τις εορτές των φετινών Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς του 2023. Το τεύχος φιλοξενεί, μεταξύ άλλων, εξαιρετικές εργασίες πολλών νέων εκλεκτών φίλων συναδέλφων και θεωρούμε ότι θα το βρείτε ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Επιπρόσθετα, θεωρούμε ιδιαίτερη τιμή την παραχώρηση της εκ βαθέων συνέντευξης του Ομότιμου Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Ελευθερίου Φερεκύδη, τον οποίο και από αυτό το βήμα θα ήθελα να ευχαριστήσω προσωπικά. Η συνέντευξή του αυτή αναμφίβολα συνιστά μια εντυπωσιακή περιήγηση σε έξι και πλέον δεκαετίες συνεχούς εκπαίδευσης, αένανς επιστημονικής αναζήτησης, διεθνούς κύρους ερευνητικού έργου, διαπολιτισμικών αλληλεπιδράσεων αλλιά και πολύτιμων εργασιακών και επιστημονικών εμπειριών σε καίριους τομείς της ειδικότητάς μας.

Εύχομαι σε όλους σας καλή Χριστούγεννα και ένα νέο έτος ευτυχισμένο και δημιουργικό, με υγεία, παγκόσμια ειρήνη και επιστημονική πρόοδο και καταξίωση, ιδιαίτερα στους νεότερους συναδέλφους.

Γεώργιος Παπαχαρλάμπος

Οι Διευθυντές Σύνταξης

Καστανιουδάκης Ιωάννης

τ. Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας

Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Παπαχαρλάμπος Γεώργιος

Επιμελητής Α'ΕΣΥ

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

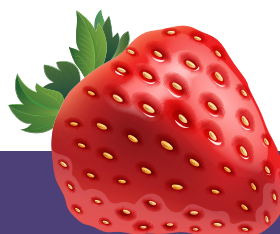
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς»

Αγαπητοί αναγνώστες σας ενημερώνουμε ότι στο προηγούμενο τεύχος και στην εργασία με τίτλο ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΡΙΝΙΚΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ εκ παραδρομής δεν περιλήφθηκε στους συγγραφείς το όνομα του Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας κ. Μιχαήλ Κατωτομιχελάκη.



CECLOR[®]
ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ

CECLOR[®] MR
ΚΕΦΑΚΛΟΡΗ **750mg**



- CECLOR 500mg σκληρά καψάκια
- CECLOR 375mg/5ml κοκκία για πόσιμο εναιώρημα
- CECLOR MR 750mg δισκία ελεγχόμενης αποδέσμευσης

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην Εταιρία.

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



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΕΛΛΑΣ Μ.Α.Ε.Β.Ε.

Άγγελου Σικελιανού 61, 14564 Κηφισιά

τηλ: 210 6208372, fax: 210 6294730, contact@pharmaservehellas.gr

¹Θεμέλης Σωτήριος²Καστανιουδάκης Ιωάννης³Τερζής Τιμολέων¹Επιμελητής Ωτορινολαρυγγολόγος,
Ριнологικό Κέντρο Αθηνών,
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα²Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων³Διευθυντής Ωτορινολαρυγγολόγος,
Ριнологικό Κέντρο Αθηνών,
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:**Τερζής Τιμολέων
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών,
Διστόμου 5-7, 151 25 Μαρούσι.
Email: rhinology@iatriko.gr
Web: www.art-orl.com*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022*¹Themelis S.²Kastanioudakis I.³Terzis T.¹Consultant Otorhinolaryngologist,
Athens Rhinology Center,
Athens Medical Center, Athens, Greece²Professor of Otorhinolaryngology
University of Ioannina³Director Otorhinolaryngologist,
Athens Rhinology Center,
Athens Medical Center, Athens, Greece**Correspondence author:**Timoleon Terzis
MD, PhD, Athens Medical Center,
5-7 Distomou street, 151 25 Marousi, Greece.
Email: rhinology@iatriko.gr
Web: www.art-orl.com*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 43 - Issue 4, 2022*

20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρινολογίας και Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου

20^ο Panhellenic Congress of Rhinology and Facial Plastic Surgery

*Τόπος σεμιναρίου: Αθήνα, Ξενοδοχείο Grand Hyatt**Ημερομηνία διεξαγωγής: 18 - 20 Νοεμβρίου 2022*

Το Συνέδριο χαρακτηρίστηκε από μαζική συμμετοχή στις περισσότερες συνεδρίες. Εδώ, η τελευταία ομιλία από την Α' Ογκολογική τράπεζα. Προεδρείο οι Καθηγητές Η. Καραπάντζος και Χ. Σκουλάκης. Ομιλητής ο Νίκος Δάβαρης (Γερμανία).

Με μεγάλη επιτυχία, η Ελληνική Ρινολογική Εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου οργάνωσε το 20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ρινολογίας και Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου, από 18 έως 20 Νοεμβρίου 2022, στο ξενοδοχείο Grand Hyatt, στην Αθήνα. Περισσότεροι από 600 σύνεδροι από όλη την Ελλάδα, συμμετείχαν ενεργά σε ένα πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα, που αναπτύχθηκε σε τρεις αίθουσες επί τρεις ημέρες. Ήδη από νωρίς το πρωί της Παρασκευής 18 Νοεμβρίου, η μεγάλη προσέλευση έδωσε το στίγμα του έντονου ενδιαφέροντος των συνέδρων, το οποίο διατηρήθηκε αμείωτο μέχρι αργά το απόγευμα της Κυριακής 20 Νοεμβρίου. Πλήθος εταιρειών εξοπλισμού και φαρμάκων υποστήριξαν με χορηγίες και εμπλούτισαν με την παρουσία τους την εκδήλωση, αναπτύσσοντας μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έκθεση στον προθάλαμο του συνεδριακού χώρου.

Τιμώμενος ομιλητής ήταν ο Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Augusta, USA, Στυλιανός Κουντάκης, ο οποίος ανέπτυξε ενδιαφέροντα Ρινολογικά θέματα σε διαλέξεις και κλινικά φροντιστήρια. Ο Καθηγητής Claus Bachert, γνωστός για την σημαντική ερευνητική του δραστηριότητα πάνω στην παθοφυσιολογία και σύγχρονη αντιμετώπιση της χρόνιας ρινοκοιλίτιδας, τίμησε επίσης με την παρουσία του το συνέδριο, με ομιλίες για τη χειρουργική θεραπεία και τη χρήση των βιοβιοτικών παραγόντων. Ο Πλαστικός Χειρουργός Pedro Melo από την Πορτογαλία, μίλησε για θέματα σχετικά με την Πλαστική Χειρουργική προσώπου. Ο Καθηγητής Jan Gosepath από τη Γερμανία παρουσίασε την εμπειρία του από ένα νέο υλικό για χρήση στην ενδοσκοπική χειρουργική της χρόνιας ρινοκοιλίτιδας. Η παρουσία της ομογένειας ήταν τονισμένη, με προσκεκλημένους διακεκριμένους Έλληνες Ρινολόγους



Ο εμπνευστής, ιδρυτής και πρώτος Πρόεδρος της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας κ. Ιωάννης Χρυσαΐτης, παραλαμβάνει τιμητική πλακέτα από τον νυν Πρόεδρο, κ. Τιμολέοντα Τερζή.



Ο Τιμώμενος Προσκεκλημένος Ομιλητής, Καθηγητής κ. Στυλιανός Κουντάκης, στο βήμα.



Ο Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής βιολογικής Εταιρείας, Καθηγητής κ. Ιωάννης Κωνσταντινίδης, απευθύνει χαιρετισμό στην Τελετή έναρξης.



Οι συντελεστές της στρογγύλης Τράπεζας με θέμα τη χειρουργική θεραπεία της χρόνιας Ρινοκολπίτιδας. Από αριστερά, Καθ. Ι. Χατζηϊωάννου, Καθ. C. Bachert, Καθ. Μ. Κατωτομχελάκης, Αν. Καθ.Α. Καρατζάνης, Δ. Ιωαννίδης (UK).



Ο Καθηγητής κ. Claus Bachert στο βήμα.



Ο Αν. Καθ. κ. Ιορδάνης Κωνσταντινίδης στην παρουσίαση ρινολογικών περιστατικών.



Η Τράπεζα της Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας. Β. Σοφοκλέους, Όλγα Ζιάρα, Ε. Κουδουμνάκης, Μ. Τσακανίκος, Γ. Κοκολάκης.



Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου Τ. Τερζής.



Ο Πρόεδρος της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας
Καθ. Π. Μαραγκουδάκης.



Οι συντελεστές της Β' Ογκολογικής Τράπεζας. Καθ. Χ. Γεωργάλας, Α. Καρλιγκιώτης, Αν. Καθ. Α. Καρατζάνης, Αν. Καθ. Ε. Κυροδήμος, Καθ. Α. Psaltis (Αυστραλία).

και Πλαστικούς Προσώπου από όλο τον κόσμο. Ο Καθηγητής Άλκης Ψάλτης από την Αδελαΐδα της Αυστραλίας, ο Άλκης Καρλιγκιώτης από την ομάδα του καθηγητή Castelnau στο Varese της Ιταλίας, η Πλαστικός προσώπου Φιλίω Λεκάκη από το Βέλγιο, οι Μάριος Σταύρακας, Απόστολος Κarkanéβας και Δημήτρης Ιωαννίδης από το Ηνωμένο Βασίλειο και ο Νίκος Δάβαρης από τη Γερμανία.

Στην τελετή έναρξης, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου κ. Τιμοθέων Τερζής, μετά από συγκινητική παρουσίαση, επέδωσε τιμητική πλακέτα στον εμπνευστή, ιδρυτή και πρώτο πρόεδρο της εταιρείας κ. Ιωάννη Χρυσάιτη. Σύντομο χαιρετισμό απηύθυναν ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Εταιρείας Ωτορινολαρυγγολογίας – Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου Καθηγητής Π.

Μαραγκουδάκης, ο Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας Καθηγητής Ι. Κωνσταντινίδης, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ακοολογίας και Ωτολογίας Καθηγητής Κ. Μάρκου, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας Εμμανουήλ Κουδουμνάκης, η Πρόεδρος της Εταιρείας Εφαρμογών Βουτιλινικής Τοξίνης στην

ΩΡΛ Αν. Καθηγήτρια Χρύσα Καραπάντζου, ο Πρόεδρος της ΩΡΛ Εταιρείας Βορείου Ελλάδος Καθηγητής Σ. Τριαρίδης, ο Πρόεδρος της ΩΡΛ Εταιρείας Αθηνών Άρης Χρυσοβέργης και η Πρόεδρος της Ένωσης Ελλήνων Ωτορινολαρυγγολόγων Ελευθέρων Επαγγελματιών Όλγα Κεσίδου. Επίσης, χαιρετισμό απηύθυναν ο Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας Καθηγητής Στέλιος Λουκίδης, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οφθαλμολογικής Εταιρείας Γιώργος Χαρώνης και ο Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Αναστάσιος Μυλωνάς. Η τελετή ολοκληρώθηκε με εναρκτήρια ομιλία από τον Ομότιμο Καθηγητή Αρχαιολογίας του ΕΚΠΑ κ. Πάνο Βαλαβάνη, με θέμα «Η αξία του Παρθενώνα για τους Αρχαίους και για εμάς».

Τα τρία καινοτόμα στοιχεία που χαρακτήρισαν το 20ο Συνέδριο Ρινολογίας και Πλαστικής Προσώπου ήταν τα εξής:

- Ζωηρή και αυξημένη συμμετοχή των νέων στο πρόγραμμα, με ομιλίες, παρουσιάσεις και διαδραστικές συνεδρίες σε θέματα που τους ενδιαφέρουν. Διεθνείς και Έλληνες ομιλητές συμμετείχαν σε στρογγύλη τράπεζα για την εκπαίδευση στη Ρινολογία σε



Η Αν. Καθ. Χ. Καραπάντζου, Πρόεδρος της Εταιρείας Εφαρμογών Βουτιλινικής Τοξίνης στην Ωτορινολαρυγγολογία.



Τράπεζα Ρινοπλαστικής. Μ. Τσιούνης, Δ. Λουλούδης, Γ. Λεκάκη, Π. Κόλλιας.



Οι Καθηγητές Χ. Σκουλάκης και Ι. Καστανιουδάκης.



Στη δεξίωση της τελετής έναρξης, Μάριος Σταύρακας (UK), Καθ. Σ. Τριαρίδης, Ν. Δάβαρης (Γερμανία).



Οι συντελεστές της Τράπεζας για τους Βιολογικούς παράγοντες στη Χρόνια Ρινοκολπίτιδα και το Άσθμα. Καθ. Ε. Προκοπάκης, Τ. Τερζής, Καθ. Σ. Λουκίδης, Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Μ. Μακρής (Αλλεργιολόγος), Αν. Καθ. Ν. Ροβίνα (Πνευμονολόγος). Καθ. Π. Μπακάκος. Πνευμονολόγος.

όλο τον κόσμο. Συμπεριλήφθηκαν Κλινικά Φροντιστήρια με «βήμα-βήμα» παρουσίαση χειρουργικών τεχνικών, ενώ για πρώτη φορά έγιναν δύο συνεδρίες με ελεύθερη συζήτηση χωρίς παρουσιάσεις, όπου οι νέοι υπέβαλαν ερωτήσεις στους παλαιότερους, με τίτλο «Οι Νέοι Ρωτούν: Ρινοπλαστική» και «Οι Νέοι Ρωτούν: Ενδοσκοπική Χειρουργική».

- Για πρώτη φορά η Πλαστική Χειρουργική Προσώπου μπήκε στον τίτλο του Συνεδρίου, και αναπτύχθηκε σε πολλές συνεδρίες, με σχετικά θέματα, πέραν της Ρινοπλαστικής, όπως η αποκατάσταση δερματικών ελλειμμάτων, η αντιγήρανση και αναζωογόνηση προσώπου, η χρήση της βοτουλινικής τοξίνης, υαλουρονικού οξέος, πλάσματος εμπλουτισμένου σε αιμοπετάλια, και πολλά άλλα.
- Η οργανωτική επιτροπή έδωσε μήνυμα διεπιστημονικής συνεργασίας, προσκαλώντας περισσότερους από 35 ομιλητές από άλλες ειδικότητες. Πλαστικοί Χειρουργοί, Αλλεργιολόγοι, Πνευμονολόγοι, Δερματολόγοι, Οφθαλμίατροι, Ανααισθησιολόγοι, Αιματολόγοι, Πυρηνικοί Ιατροί, Γναθοπροσωπικοί Χειρουργοί, Οδοντίατροι, έδωσαν ένα κλίμα εξωστρέφειας και επιστημονικού πολιτισμού, συνθέτοντας

ένα υψηλού επιπέδου επιστημονικό αποτέλεσμα, που έκανε εντύπωση σε όλους τους συμμετέχοντες.

Το Συνέδριο πλαισιώθηκε από όλες τις Πανεπιστημιακές Κλινικές και Κλινικές του ΕΣΥ όλης της χώρας, και πλήθος ιδιωτών Ωτορινολαρυγγολόγων. Συζητήθηκαν πολλά ενδιαφέροντα θεωρητικά και πρακτικά θέματα. Όπως ήταν φυσικό, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση, με συνεδρίες και δορυφορικά συμπόσια, στις νέες θεραπείες της Χρόνιας Ρινοκολπίτιδας με βιολογικούς παράγοντες, ενώ παρουσιάστηκαν από τις συμμετέχουσες εταιρείες νέα φαρμακευτικά σκευάσματα και υλικά. Η σημαντική αυτή επιστημονική εκδήλωση ολοκληρώθηκε με τη βράβευση των καλύτερων από τις 52 προφορικές και 68 αναρτημένες ανακοινώσεις των συνέδρων.

Η οργανωτική επιτροπή επιθυμεί να ευχαριστήσει θερμά τους Ωτορινολαρυγγολόγους και συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, που συμμετείχαν ενεργά στις εργασίες του Συνεδρίου, τους χορηγούς, οι οποίοι έκαναν εφικτή αυτή τη μεγάλη διοργάνωση, και τέλος την εταιρεία Frei, και ιδιαίτερα τον κ. Θεόδωρο Ντάνο, ο οποίος επί περισσότερο από ένα χρόνο εργάστηκε εντατικά μαζί με την επιτροπή για ένα οργανωτικά άρτιο αποτέλεσμα.

Μπασιάρη Λεντιόνα
(Basiari Lentiona)

Εξειδικευόμενη Υπερηχογραφίας
Κεφαλής και Τραχήλου
ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ
Ψυχογιός Γεώργιος
(Psychogiorgios George)
Καθηγητής ΩΡΛ
ΩΡΛ Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022

1^ο Σεμινάριο Διαγνωστικής και Επεμβατικής Υπερηχογραφίας Κεφαλής και Τραχήλου (με πρακτικές ασκήσεις)

1st Seminar of Diagnostic and Interventional Ultrasound of Head and Neck (with practical exercises)

Τόπος διεξαγωγής: The Lake Hotel, Ιωάννινα

Ημερομηνία: 14-15 Οκτωβρίου 2022

Γλώσσα Σεμιναρίου: Ελληνικά, Αγγλικά



Οι συμμετέχοντες του Σεμιναρίου μαζί με τους εκπαιδευτές.

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Στις 14-15 Οκτωβρίου 2022 πραγματοποιήθηκε με επιτυχία για πρώτη φορά το 1ο Σεμινάριο Διαγνωστικής και Επεμβατικής Υπερηχογραφίας Κεφαλής και Τραχήλου (με πρακτικές ασκήσεις) στο ξενοδοχείο The Lake Hotel στα Ιωάννινα. Το Σεμινάριο διοργανώθηκε από την ΩΡΛ Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων υπό την αιγίδα του Τμήματος Ιατρικής με δυνατότητα δια ζώσης αλλά και διαδικτυακής παρακολούθησης. Πρόεδρος του Σεμιναρίου ήταν ο καθηγητής Γεώργιος Ψυχογιός ενώ στη διοργάνωση συνέβαλε και η κ. Λεντιόνα Μπασιάρη,

εξειδικευόμενη Υπερηχογραφίας Κεφαλής και Τραχήλου.

Ο κ. Ψυχογιός έχει εξειδικευτεί στην Υπερηχογραφία Κεφαλής και Τραχήλου στη Γερμανία όπου και έχει τον ανώτερο βαθμό εκπαιδευτή (DEGUM III). Στην Ελλάδα έχει άδεια διενέργειας Υπερήχων από το 2019 και εκπαίδευσης από το 2022.

Η κ. Μπασιάρη είναι η πρώτη ΩΡΛ που εξειδικεύεται στην Υπερηχογραφία Κεφαλής και Τραχήλου.

Η εξειδίκευση γίνεται με εξάμνηνο άμισθο διορισμό στην ΩΡΛ κλινική του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Στο Σεμινάριο συμμετείχαν



Συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια πρακτικής άσκησης σε υπερηχογραφικά μηχανήματα.



Πρακτική άσκηση σε προπλάσματα για υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη FNA και Core biopsy.



Ομιλητές και εκπαιδευτές του Σεμιναρίου (από τα δεξιά προς τα αριστερά) κ. Ψυχογιός Γεώργιος, κ. Μπασιάρη Λεντιόνα, κ. Μαντσόπουλος Κωνσταντίνος, κ. Βελεγράκης Στυλιανός.

συνολικά 30 συνάδελφοι ωτορινολαρυγγολόγοι και ενδοκρινολόγοι που είχαν τη δυνατότητα κατά τη διάρκεια του Σεμιναρίου να παρακολουθήσουν ομιλίες από διακεκριμένους συναδέλφους του εσωτερικού και του εξωτερικού (Γερμανία) εξειδικευμένους στην Υπερηχογραφία Κεφαλής και Τραχήλου. Κατά τη διάρκεια των πρακτικών ασκήσεων οι συμμετέχοντες εξασκήθηκαν στην υπερηχογραφία κεφαλής και τραχήλου σε υπερηχογραφικά μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που ήταν ευγενική χορηγία των εταιριών

Siemens Healthineers, Papoudis Medical S.A. και MedicView. Επίσης είχαν την δυνατότητα να πραγματοποιήσουν υπερηχογραφικά κατευθυνόμενη βιοψία δια ληπτής βελόνης σε προπλάσματα. Για τη συμμετοχή στο Σεμινάριο χορηγήθηκαν 12 μόρια CME-CPD από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. Απώτερος στόχος του Σεμιναρίου, το οποίο θα επαναληφθεί μέσα στο επόμενο χρόνο, είναι η διάδοση της χρήσης της Υπερηχογραφίας Κεφαλής και Τραχήλου σε ΩΡΛ συναδέλφους.

Χειμώνα Θεογνωσία
Τσακιράκη Ελένη
Βρέντζου Μαρία
Τζήμα Κωνσταντίνα
Παπαδάκης Χαρίτων

ΩΡΛ κλινική Γενικού Νοσοκομείου Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Χειμώνα Θεογνωσία
Διευθύντρια ΕΣΥ

ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Μουρνιές, 73300, Χανιά.

Τηλ. 2821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022

Chimona Theognosia

Tsakiraki Eleni

Vrentzou Maria

Tzima Konstantina

Papadakis Chariton

ENT dept Chania General Hospital

Corresponding author:

Chimona Theognosia, MD, PhD

Director of Greek NHS

ENT department

General Hospital of Chania

Mournies, 73300, Chania

Tel. +302821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 43 - Issue 4, 2022

Καλά διαφοροποιημένος καρκίνος θυρεοειδούς. Σύγχρονες απόψεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση.

Well-differentiated thyroid cancer. Current aspects of diagnosis and management.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι η πιο συχνή ενδοκρινική κακοήθεια. Το καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα του θυρεοειδούς (WDTC) περιλαμβάνει το θηλώδες και θυλάκιώδες καρκίνωμα και τις παραλλαγές τους, που ευθύνονται για περισσότερο από το 90% όλων των καρκίνων του θυρεοειδούς. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς παρουσιάζει σταδιακή αύξηση παγκοσμίως (εκτός από την Αφρική) που οφείλεται κυρίως στην αύξηση των μικρών θηλωδών όγκων (<2 cm). Η πρόοδος της απεικόνισης και των κυτταρολογικών εξετάσεων έχουν μεταβάλλει τη διαγνωστική του WDTC.

Κύρια ευρήματα: Τα χαρακτηριστικά του υπερήχου (U/S) και η κυτταρολογική εξέταση υλικού από αναρρόφηση με λεπτή βελόνα (FNA) είναι τα κύρια δεδομένα που λαμβάνονται υπόψη όταν διερευνάται ένας όζος του θυρεοειδούς. Τα χαρακτηριστικά U/S που σχετίζονται με κακοήθεια είναι η υποηχογένεια, οι μικροαποστιτανώσεις, η απουσία περιφερικής άλω, τα ακανόνιστα όρια, η συμπαγής σύσταση, η ενδολημφαδενική ροή αίματος και το σχήμα. Η FNA θα πρέπει να πραγματοποιείται σε οποιοδήποτε όζιδο του θυρεοειδούς μεγαλύτερου από 1 cm και σε εκείνους μικρότερους από 1 cm εάν υπάρχει ιστορικό ακτινοβολίας κεφαλής και τραχήλου, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του θυρεοειδούς, ύποπτα χαρακτηριστικά κατά την ψηλάφηση ή παρουσία τραχηλικών λεμφαδένων. Η αρχική θεραπεία του WDTC είναι η ολική ή σχεδόν ολική θυρεοειδεκτομή. Η αρχική θεραπεία θα πρέπει πάντα να προηγείται από προσεκτική U/S διερεύνηση των λεμφαδένων του τραχήλου. Κλινικά εμφανείς λεμφαδενικές μεταστάσεις είναι παρούσες στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών με θηλώδες καρκίνωμα του θυρεοειδούς κατά τη διάγνωση. Μικροσκοπικές μεταστάσεις υπάρχουν στο μισό ασθενείς. Το πιο κοινό σημείο προσβολής των λεμφαδένων είναι το κεντρικό διαμέρισμα (επίπεδο VI) ακολουθούμενο από τις πλευρικές αλυσίδες λεμφαδένων (επίπεδα II-IV).

Συμπεράσματα: Μια ενδελεχής διαγνωστική διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε σωστή αντιμετώπιση του WDTC, διατηρώντας σε χαμηλό ποσοστό τον σχετικό κίνδυνο θανάτου και τον κίνδυνο υποτροπής.

Λέξεις κλειδιά: καλά διαφοροποιημένος καρκίνος θυρεοειδούς, επίπτωση, διάγνωση, αντιμετώπιση

ABSTRACT

Introduction: Thyroid cancer is the most common endocrine malignancy. Well-differentiated thyroid carcinoma (WDTC) includes the papillary and follicular histotypes and their variants, accounting for more than 90% of all thyroid cancers. Thyroid cancer shows a gradual increase worldwide (except for Africa) mainly attributable to an increase of small papillary (<2 cm) tumors. The progress of imaging and cytologic tools have altered the diagnostic procedure of WDTC.

Main findings: Ultrasound (U/S) features and Fine Needle Aspiration (FNA) cytology are the main data considered when a thyroid nodule is investigated. The U/S features associated with malignancy are hypoechogenicity, microcalcifications, absence of peripheral

halo, irregular borders, solid aspect, intranodular blood flow, and shape. FNA should be performed in any thyroid nodule larger than 1 cm and in those smaller than 1 cm if in case of head and neck irradiation history, family history of thyroid cancer, suspicious features at palpation, or presence of cervical adenopathy. The initial treatment of WDTC is total or near-total thyroidectomy. The initial treatment should always be preceded by careful exploration of the neck lymph nodes by U/S. Clinically evident lymph node metastases are present in approximately one-third of patients with papillary thyroid carcinoma at presentation. Microscopic metastases are present in one-half. The most common site of lymph node involvement is the central compartment (level VI), followed by the lateral lymph node chains (levels II–IV).

Conclusions: A thorough diagnostic procedure can lead to sufficient management, keeping at a low percentage the related death risk and recurrence risk of WDTC.

Keywords: Well-differentiated thyroid cancer, incidence, diagnosis, management.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του θυρεοειδή αδένος είναι η συχνότερη ενδοκρινική κακοήθεια με συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση στις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με την πρόσφατη ταξινόμηση του ΠΟΥ τα κακοήθη νεοπλασμάτα του θυρεοειδή μπορεί να προέρχονται από επιθηλιακά θυλακιώδη κύτταρα, επιθηλιακά παραθυλακιώδη κύτταρα, άλλα επιθηλιακά κύτταρα (εκ πηλακωδών κυττάρων, βλεννοεπιδερμοειδείς μη-επιθηλιακά κύτταρα (λέμφωμα, σάρκωμα), ή να πρόκειται για μεταστατικά (από γειτονικά όργανα όπως π.χ. ήπαρ, τραχεία, οισοφάγο, ή απομακρυσμένα όργανα όπως π.χ. νεφρό, μαστό, πνεύμονα) (Εικ.1).¹ Τα συχνότερα θυρεοειδικά καρκινώματα είναι τα επιθηλιακά θυλακίωδους προέλευσης, με τα λεγόμενα 'καλά διαφοροποιημένα' να έχουν και την καλύτερη πρόγνωση.

Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούν τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα των καλώς διαφοροποιημένων καρκίνων του θυρεοειδούς (WDTC) καθώς και οι τρέχουσες οδηγίες για τη διάγνωση και θεραπεία τους.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

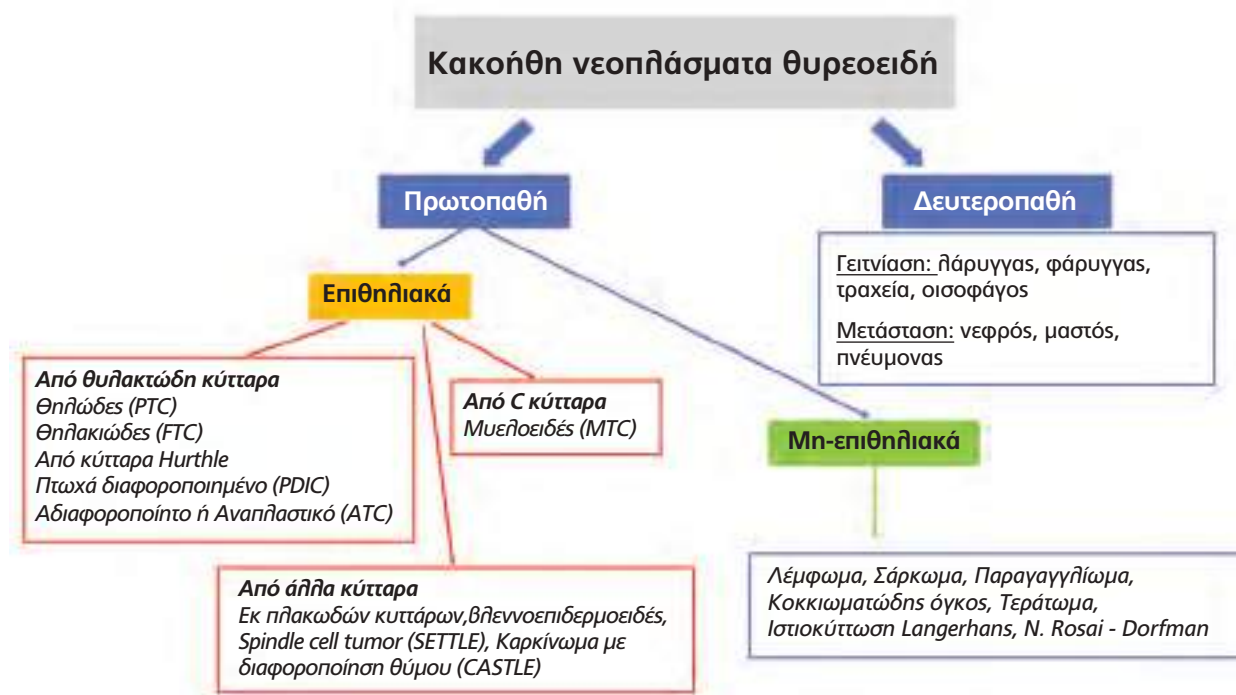
Ο καρκίνος του θυρεοειδούς αντιπροσωπεύει το 1,5% - 2,1% όλων των καρκίνων που διαγιγνώσκονται ετησίως σε παγκόσμια κλίμακα.² Οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του θυρεοειδούς το 2020 υπολογίζονται σε 586.000 παγκοσμίως, κατέχοντας την ένατη θέση ανάμεσα σε όλους τους καρκίνους.³ Ο καρκίνος του θυρεοειδούς προσβάλλει σχετικά νεότερους ασθενείς σε σύγκριση με άλλα κακοήθη νοσήματα, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 51 έτη και με ποσοστό 43% των νέων περιπτώσεων να αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα 45 έως 64 έτη.⁴

Στα WDTC ανήκουν το θηλώδες καρκίνωμα (PTC), το θυλακίωδες καρκίνωμα (FTC) και ο καρκίνος από κύτταρα Hürthle. Τα παραπάνω αποτελούν το 95% του συνόλου των περιπτώσεων καρκί-

νου του θυρεοειδούς, με το PTC να είναι ο πιο κοινός ιστολογικός τύπος των κακοήθων νεοπλασμάτων του θυρεοειδούς.²

Το 77% των διαγνώσεων κακοήθους νεοπλασίας του θυρεοειδούς αφορά το γυναικείο φύλο, στο οποίο ο καρκίνος του θυρεοειδούς συνιστά τον πέμπτο συχνότερο καρκίνο.⁵ Στην πλειοψηφία των πληθυσμών και των γεωγραφικών περιοχών, η αναλογία συχνότητας προσβολής γυναικών προς άνδρες είναι 3:1.⁴

Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η επίπτωση του καρκίνου του θυρεοειδούς είναι υπερδιπλάσια στις ανεπτυγμένες χώρες σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες, μια διαφορά η οποία αντανακλά την ευκολότερη πρόσβαση των πασχόντων σε υγειονομικές δομές χωρών υψηλού εισοδήματος.² Σύμφωνα με τα δεδομένα του National Cancer Institute από το πρόγραμμα Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) το 2021 ο καρκίνος του θυρεοειδούς στις ΗΠΑ αποτελούσε το 2.3% όλων των καρκίνων.⁶ Επιπλέον, φαίνεται ότι 50% της αύξησης των PTC του θυρεοειδούς αφορά όγκους μεγέθους <1 cm, ενώ όγκοι >2 cm αντιπροσωπεύουν το 20% της αυξημένης επίπτωσης.⁴ Αναδεικνύεται επίσης επιδημιολογικά ότι η επίπτωση των WDTC έχει σημαντικά αυξητική τάση παγκοσμίως με εξαίρεση την Αφρικανική ήπειρο, όπου σε πολλές χώρες οι ιατρικές υπηρεσίες είναι ελλιπείς και η στατιστική καταγραφή ανύπαρκτη.^{7,8} Ένας από τους κύριους λόγους αυτής της αύξησης είναι το γεγονός ότι στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί μια κοινή πραγματικότητα η υπερδιάγνωση μικρών, υποκλινικών ασυμπτωματικών όζων. Με τη χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας (CT), του υπερηχογραφήματος (U/S), της μαγνητικής τομογραφίας (MRI), της τομογραφίας ποζιτρονίων (PET) και των απεικονίσεων πυρηνικής ιατρικής-που συχνά γίνονται για άλλη αιτία-είναι πλέον εφικτό να ανιχνευτούν πολύ μικροί όζοι στον θυρεοειδικό ιστό. Επιπλέον, η ευρεία χρήση της βιοψίας διά λεπτής βελόνης (FNA), η οποία μπορεί να είναι και κατευθυ-



Εικ.1. Κακοήθη νεοπλάσματα θυρεοειδούς αδένος

νόμηση απεικονιστικά, συμβάλλει στην διαγνωστική προσέγγιση αυτών των μικρών βλαβών. Οι μικροί αυτοί όζοι του θυρεοειδούς, στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν αφορούν κακοήθεια. Όταν δε είναι κακοήθεις, είναι συνηθέστερα PTC και ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της αύξησης της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς μετά το 2000.^{2,5,9} Από την άλλη πλευρά αν και η συνολική αύξηση των περιστατικών καρκίνου του θυρεοειδούς είναι παράλληλη με την αύξηση των PTC, θεωρείται ότι στην υπερδιάγνωση υποκλινικών όγκων οφείλεται το 50% των διαγνωσμένων PTC, καθώς η αύξηση της επίπτωσης αφορά όγκους κάθε μεγέθους και επομένως υπάρχει πραγματική αύξηση των PTC που οφείλεται και σε άλλους παράγοντες όπως θα αναφέρουμε παρακάτω.⁵ Υπολογίζεται ότι εάν συνεχιστεί η τρέχουσα τάση αύξησης του καρκίνου του θυρεοειδούς αδένος, ο καρκίνος του θυρεοειδούς θα να είναι ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος στις Ηνωμένες Πολιτείες έως το 2030.¹⁰

Αξίζει να σημειωθεί πως παρά την ολοένα αυξανόμενη επίπτωση του καρκίνου του θυρεοειδούς, η θνητότητα παραμένει σταθερή ή παρουσιάζει μείωση. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς παραμένει ένας από τους λιγότερο θανατηφόρους καρκίνους του ανθρώπου.⁵ Σύμφωνα με τα δεδομένα του National Cancer Institute από το πρόγραμμα Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) το 2021 οι θάνατοι από καρκίνο θυρεοειδούς στις ΗΠΑ αφορούσαν το 0.4% των θανάτων από κακοήθεια, ενώ για τα έτη 2012-2018 η 5ετής επιβίωση υπολογίστηκε σε ποσοστό 98.4% των πασχόντων.⁶

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση WDTC περιλαμβάνουν το φύλο, τη φυλή, το οικογενειακό ιστορικό και γενετικά σύνδρομα, την έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, το ιστορικό οξείας βρογχοκήλης, την παχυσαρκία, την έκθεση σε διαιτητικούς ή εξωγενείς παράγοντες.

Ο καρκίνος του θυρεοειδούς, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι πιο συχνός στις γυναίκες. Η υπεροχή του γυναικείου φύλου υποδηλώνει ότι ορμονικοί παράγοντες πιθανά να εμπλέκονται στην παθογένεση της κακοήθειας. Ορισμένες μελέτες δείχνουν πως οι βιολογικές μεταβολές που διενεργούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ίσως αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του θυρεοειδούς. Δεδομένα μετα-ανάλυσης δείχνουν ότι η μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισης θυρεοειδικού καρκίνου.^{4,11} Στις ΗΠΑ οι μη-ισπανόφωνοι λευκοί κατέχουν την πλειοψηφία των περιπτώσεων καρκίνου του θυρεοειδούς. Ακολουθούνται σε σειρά συχνότητας από τους Ασιάτες, τους κατοίκους των νήσων του Ειρηνικού Ωκεανού, τους ισπανόφωνους και μη-ισπανόφωνους έγχρωμους.⁵ Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του θυρεοειδούς σε συγγενή πρώτου βαθμού συνδέεται με δεκαπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης μη-μυελοειδούς καρκίνου του θυρεοειδούς αδένος.

Αρκετά γενετικά σύνδρομα σχετίζονται με τον καρκίνο του θυρεοειδούς από θυλακιδώδη κύτταρα όπως η οικογενής αδενωματούδης πολυποδίαση (συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου Gardner), το σύνδρομο PTEN αμαρτωματοδών όγκων (συμπεριλαμβανο-

μένου του συνδρόμου Cowden και του συνδρόμου Bannayan-Riley-Ruvalcaba), το σύνδρομο Carney Complex τύπου 1, το σύνδρομο Pendred, το σύνδρομο Werner και πολλαά σύνδρομα οικογενούς θηλώδους καρκίνου του θυρεοειδούς (fPTC).^{12,13,14}

Η έκθεση σε περιβαλλοντική, διαγνωστική ή θεραπευτική ιονίζουσα ακτινοβολία στην παιδική και εφηβική ηλικία ήταν γνωστή ως ένας παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του θυρεοειδούς και συγκεκριμένα για το PTC. Μελέτες που ακολούθησαν το ατύχημα του Chernobyl, καθώς και την ρίψη ατομικών βομβών στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι αποκάλυψαν τη δόσοεξαρτώμενη σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του θυρεοειδούς.^{15,16} Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όσο μικρότερη είναι η ηλικία έκθεσης και κορυφώνεται 15 έως 19 έτη μετά το συμβάν της έκθεσης, ενώ παραμένει για περισσότερο από 40 έτη μετά το συμβάν της έκθεσης. Ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμη περισσότερο στο γυναικείο φύλο.⁴ Τα PTC που σχετίζονται με την έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία φαίνεται να έχουν διαφορετική «υπογραφή» γονιδιακής μετάλλαξης σε σχέση με τις περισσότερες σποραδικές μορφές καρκίνου του θυρεοειδούς και παρουσιάζονται συχνότερα με μεταλλάξεις του γονιδίου RET. Αντίθετα, τα σποραδικά PTC, παρουσιάζουν συχνότερα μεταλλάξεις είτε του BRAFV600E (γνωστού και ως BRAF Val600Glu) ή σημειακές μεταλλάξεις RAS.^{5,17}

Η παχυσαρκία σχετίζεται σταθερά με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του θυρεοειδούς, συμπεριλαμβανομένου του PTC, FTC αλληλά και του αναπλαστικού καρκίνου του θυρεοειδούς. Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν αποδείξει τη σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παχυσαρκία και τη θνητότητα από καρκίνο του θυρεοειδούς.¹⁸

Υπάρχουν νέα δεδομένα που υποδηλώνουν ότι η έκθεση σε συγκεκριμένα επιβραδυντικά φλόγας ενοχοποιείται για αυξημένο κίνδυνο για PTC. Συγκεκριμένα, πολλά επιβραδυντικά φλόγας έχουν χημική δομή παρόμοια με εκείνη των θυρεοειδικών ορμονών και έχουν σαν αποτέλεσμα τη μεταβολή της ομοιόστασης των θυρεοειδικών ορμονών οδηγώντας στη δημιουργία προϋποθέσεων για καρκινογένεση.¹⁹ Η ανεπάρκεια ιωδίου αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του θυρεοειδούς και αυξάνει ιδιαίτερα την επίπτωση του FTC αλληλά και του αναπλαστικού θυρεοειδικού καρκίνου (ATC). Μελέτες από το ατύχημα του Chernobyl αναδεικνύουν πως η ανεπάρκεια ιωδίου σε παιδιά που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία οδήγησε σε 2 έως 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του θυρεοειδούς σε σχέση με παιδιά που είχαν επάρκεια ιωδίου κατά την έκθεση.²⁰

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ WDTC

Θηλώδες καρκίνωμα (PTC)

Το PTC είναι ένας καρκίνος του θυλακιδώδους επιθηλίου του θυρεοειδούς και είναι η καλύτερα διαφοροποιημένη από όλες τις κακοήθειες του θυρεοειδούς. Αποτελεί το 80% όλων των κακοηθειών του θυρεοειδή αδένος και το 85% των καλώς διαφοροποιημένων καρκίνων. Η βιολογική συμπεριφορά του PTC ποικίλλει ευρέως, από μικρούς όγκους (<1,0 cm), χωρίς στοιχεία διήθησης, που βρίσκονται με υψηλή συχνότητα τυχαία σε νεκροτομικά παρασκευάσματα, έως ταχέως αναπτυσσόμενους, τοπικά διεισδυ-

τικούς όγκους που μπορεί να είναι ανθεκτικοί στη θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, τελικά να δίνουν μεταστάσεις και να προκαλέσουν θάνατο.²¹

Μέχρι σήμερα, δεν είναι δυνατό σε έναν δεδομένο ασθενή να προβλεφθεί ποια πορεία μπορεί να ακολουθήσει ο όγκος μέχρι να περάσουν αρκετά χρόνια παρακολούθησης. Η συντριπτική πλειοψηφία των όγκων με διάμετρο μικρότερη από 1,5 cm τείνουν να συμπεριφέρονται με βιολογικά πιο καλοήγη τρόπο και μπορούν να θεραπευτούν πλήρως.²¹

Στους περισσότερους ασθενείς, η πρώτη κλινική παρουσίαση του PTC είναι αυτή ενός όζου του θυρεοειδούς, που ανακαλύφθηκε κατά τη συνήθη φυσική εξέταση από κλινικό ή παρατηρήθηκε από τον ίδιο τον πάσχοντα ή κάποιον από το περιβάλλον του. Μπορεί να είναι τυχαίο εύρημα σε απεικόνιση (CT/MRI) που έγινε για άλλο λόγο ή σε ιστολογικό παρασκεύασμα θυρεοειδεκτομής που έγινε για άλλη παθολογία. Συνήθως δεν προκαλεί συμπτώματα. Τα συμπτώματα προκύπτουν μόνο από την αύξηση του μεγέθους και/ή τη διήθηση των γύρω δομών και συνήθως περιλαμβάνουν αίσθηση πληρότητας ή πίεσης στον τράχηλο, καθώς και βήχα, δυσφαγία ή οδυνοφαγία. Περιστασιακά, οι ασθενείς παραπονιούνται για ευαισθησία στην περιοχή του προσβεβλημένου θυρεοειδικού λοβού. Πιο σπάνια μπορεί να εμφανιστούν με την κλινική εικόνα τραχηλικών λεμφαδενικών μεταστάσεων ή και συμπτωματολογία από απομακρυσμένες μεταστάσεις (πνεύμονες, οστά).²¹

Το PTC ιστολογικά διακρίνεται στον κλασσικό ιστολογικό τύπο, στο θηλώδες με θυλακιώδη διαμόρφωση, το διάχυτο σκληρυντικό, το υψηλών κυττάρων, στο καρκίνωμα από κυλινδρικά κύτταρα, και το ογκοκυτταρικό θηλώδες καρκίνωμα.²² Ο θυλακιδώδης τύπος του PTC έχει παρόμοια πρόγνωση με το κλασσικό PTC. Μπορεί όμως να παρουσιάσει δυσκολία στη διαφορική διάγνωση από θυλακιώδες αδένωμα ή θυλακιώδες καρκίνωμα και αποτελεί διαγνωστική πρόκληση. Το PTC υψηλών κυττάρων και το διάχυτο σκληρυντικό σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση.²³ Ασθενείς με PTC υψηλών κυττάρων παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά υποτροπών και μεταστατικής νόσου ειδικά εκείνοι που είναι άνω των 50 ετών.²⁴ Το διάχυτο σκληρυντικό PTC συχνά εμφανίζεται σε παιδιατρικούς ασθενείς και σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά επιβίωσης ελεύθερης υποτροπής.²⁵

Το PTC έχει την τάση να μεθίσταται στους τραχηλικούς λεμφαδένες και >50% των ασθενών με κλινικά N0 τράχηλο έχουν μικρομεταστάσεις τη στιγμή της θυρεοειδεκτομής.²⁶ Ειδικά ιστολογικά ευρήματα όπως λεμφοαγγειακή διήθηση, άφθονες μιτώσεις, εκτεταμένη νέκρωση του όγκου σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής και μεταστατικής νόσου.²⁷

Το PTC εμφανίζει μεταλλάξεις των RAS και BRAF ή αναδιοργάνωση των RET και NTRK1. Όγκοι που εμφανίζουν πολλαπλές γονιδιακές μεταλλάξεις έχουν δυσμενή πρόγνωση.²⁸ Οι όγκοι BRAF είναι λιγότερο διαφοροποιημένοι και έχουν πιο επιθετική συμπεριφορά. Η συχνότερη μετάλλαξη (45-60%) είναι η BRAFV600E (κλασσικό και υψηλών κυττάρων PTC). Η μετάλλαξη αυτή σχετίζεται με πολλαπλές εστίες, εξωθυρεοειδική επέκταση, λεμφαδενικές μεταστάσεις, αυξημένος κίνδυνος υποτροπής και σε ασθενείς ηλικίας άνω των 45 ετών με αυξημένη θνητότητα.^{28,29} Επιπλέον

επηρεάζει τον μεταβολισμό ιωδίου και πιθανά μειώνει τη δράση του ραδιενεργού ιωδίου. Οι μεταλλάξεις RAS εμφανίζονται στο 10-30% των PTC, κυρίως στον θυλακιώδη υποτύπο.²⁸

Θυλακιώδης καρκίνωμα (FTC)

Το FTC αποτελεί το 10-12 % όλων των θυρεοειδικών καρκινωμάτων. Είναι συχνότερο στις γυναίκες (2:1) αλλή στους άνδρες παρουσιάζει πιο επιθετική συμπεριφορά. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με το PTC (>55 έτη). Δεν παρουσιάζει συνήθως λεμφαδενικές μεταστάσεις (<10%) αλλή μεθίσταται αιματογενώς σε πνεύμονες και οστά (10-20% στην αρχική διάγνωση) και λιγότερο σε εγκέφαλο και ήπαρ. Η πρόγνωση του είναι χειρότερη από εκείνη του PTC (πιθανά λόγω της προχωρημένης ηλικίας και σταδίου κατά τη διάγνωση). Τείνει να εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με προϋπάρχουσα ενδημική βρογχοκήλη ή οζώδη βρογχοκήλη (η έλλειψη ιωδίου ή η 2παθής ενεργοποίηση της TSH σχετίζονται αιτιολογικά με την ανάπτυξη FTC).³⁰ Η FNA δύσκολα μπορεί να διαφοροδιαγνώσει ένα θυλακιώδη αδένωμα από ένα FTC. Σε περίπτωση που είναι ύποπτη το σπινθηρογράφημα ιωδίου βοηθάει στη διάγνωση (αν βρεθεί θερμός όζος η διάγνωση κλίνει προς την καλοήθεια). Η τελική διάγνωση δίνεται με ιστολογικά κριτήρια στα οποία συμπεριλαμβάνεται η καψική ή αγγειακή διήθηση. Τα FTC τυπικά εμφανίζουν κάψα και η περιγραφή από τον παθολογοανατόμο της διήθησης της κάψας από τον όγκο είναι το κλειδί της ιστολογικής διάγνωσης. Στην αντιμετώπιση ασθενούς με FTC είναι σημαντικό να γίνει διάκριση ενός ελάχιστου διηθητικού όγκου (διήθηση εντός της κάψας) από έναν μέτρια διηθητικό (αγγειακή διήθηση) ή ευρέως διηθητικό όγκο (διήθηση δια της κάψας).³⁰

Καρκίνωμα από κύτταρα Hürthle

Το καρκίνωμα από κύτταρα Hürthle είναι ένας σπάνιος όγκος και ταξινομείται σαν ποικιλία του FTC. Αν και κλασσικά θεωρούνταν να έχει πιο επιθετική συμπεριφορά τα τελευταία δεδομένα δείχνουν ότι η συνολική επιβίωση και η επιβίωση σχετιζόμενη με τη νόσο είναι παρόμοια με εκείνη των FTC. Η πορεία των ασθενών εξαρτάται από το στάδιο διάγνωσης και τη διηθητικότητα του όγκου. Μπορεί να είναι πολυεστιακό, να προσβάλλει τραχηλικούς λεμφαδένες, και να υποτροπιάσει τοπικά. Το καρκίνωμα από κύτταρα Hürthle συχνά είναι λιγότερο ευαίσθητο στο I-131 από τα άλλα διαφοροποιημένα καρκινώματα.³⁰

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσέγγιση των θυρεοειδικών νοσημάτων ξεκινάει με το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο. Οι δύο βασικές εξετάσεις που είναι απαραίτητες για τον έλεγχο πιθανού WDTC είναι το U/S και η FNA. Σε ειδικές περιπτώσεις θα χρειαστεί να γίνει σπινθηρογράφημα, CT ή MRI.

Οι πιο πολλοί ασθενείς με όζους θυρεοειδούς είναι ασυμπτωματικοί, σε κάποιες όμως περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα πίεσης ή διήθησης των γύρω ιστών προκαλώντας δυσφαγία, αίσθημα φαρυγγικού κόμβου καθώς και διαταραχές στην φώνηση ή την αναπνευστική λειτουργία ή ακόμα και με συμπτώματα μεταστατικής νόσου.³¹

Από το ιστορικό είναι χρήσιμο να ληφθούν πληροφορίες σχετικά με την πιθανότητα θετικού οικογενειακού ιστορικού, ιστορικού έκθεσης σε ακτινοβολία, ή ύπαρξης κάποιου σπάνιου γενετικού συνδρόμου που πιθανά σχετίζεται με WDTC όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς παρουσιάζεται συνήθως ως παρεγχυματικός όζος ο οποίος μπορεί να εντοπιστεί κατά την κλινική εξέταση (ψηλάφηση) ή, ακόμα πιο συχνά, κατά τον απεικονιστικό έλεγχο. Αν και οι όζοι είναι συχνό εύρημα (4-50%), με συχνότητα εντόπισης που εξαρτάται από το διαγνωστικό μέσο και την ηλικία του ασθενούς, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αφορά περίπου το 5% των θυρεοειδικών όζων.³²

Προ της χρήσης των μοντέρνων απεικονιστικών μεθόδων, η εντόπιση των όζων θυρεοειδούς κατά την κλινική εξέταση κυμαινόνταν γύρω στο 5% έως 10%.³³ Η επιτυχής εντόπιση ενός θυρεοειδικού όζου κλινικά εξαρτάται από την τεχνική του κλινικού ιατρού, την ανατομία του τραχήλου καθώς και το μέγεθος του όζου. Με την εύκολη πρόσβαση σε απεικονιστικά μέσα το ποσοστό τυχαίας ανεύρεσης όζων στον θυρεοειδή αδένω (incidentalomas) αυξήθηκε σε ποσοστό που κυμαίνεται από 20% έως 60%, γεγονός αξιοσημείωτο αφού τα incidentalomas βρέθηκε να έχουν την ίδια πιθανότητα κακοήθειας με τους ψηλαφητούς όζους.³¹

Η αρχική προσέγγιση ενός πιθανού όζου είναι η επιβεβαίωση της παρουσίας του καθώς και ο αποκλεισμός τραχηλικών μαζών που οφείλονται σε άλλες παθολογίες. Μετά από εντόπιση ενός ή πολλών όζων κατά την κλινική εξέταση, η επιβεβαίωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί με διενέργεια U/S τραχήλου καθώς και κατάλληλου αιματολογικού ελέγχου. Βάσει των υπερηχογραφικών χαρακτηριστικών του όζου καθώς και των αποτελεσμάτων των κατάλληλων αιματολογικών εξετάσεων, περαιτέρω διερεύνηση δύναται να πραγματοποιηθεί, όπως κυτταρολογική εξέταση με παρακέντηση δια λεπτής βελόνης (FNA), σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς αδένω ή/και εξετάσεις μοριακών δεικτών.

Το U/S είναι μια απεικονιστική μέθοδος με μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα όσον αφορά την απεικόνιση τραχηλικών δομών. Θεωρείται αρκετά απλή στην εκτέλεση, οικονομικά προσιτή και δε χρησιμοποιεί ακτινοβολία. Περιγράφεται ως εξέταση 1ης εκλογής σε ασθενή με υποψία όζου, χρησιμοποιείται ως απεικονιστικός καθοδηγητής στην FNA (U/S-guided FNA) και θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι του προεγχειρητικού ελέγχου σε όλους τους ασθενείς με τεκμηριωμένη κακοήθεια ή ύποπτα αποτελέσματα στην κυτταρολογική εξέταση.³⁴ Το U/S δίνει χρήσιμες πληροφορίες ως προς το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του αδένω, της ψηλαφητής διόγκωσης και πιθανά συνυπάρχουσας τραχηλικής λεμφαδενοπάθειας.³¹ Σχετικά με τον καλά διαφοροποιημένο καρκίνο του θυρεοειδούς, ευρήματα ενδεικτικά κακοήθειας για το PTC αποτελούν η υποχχογένεια, οι στικτές μικροαποστιτανώσεις, τα ανώμαλα όρια, η διηθητική ανάπτυξη, η τοπική λεμφαδενοπάθεια και η αυξημένη κάθετη σε σχέση με την εγκάρσια διάμετρο (Πίνακας 1).³⁴ Στο FTC αξιόλογα ευρήματα συνήθως θεωρούνται η αυξημένη αιμάτωση εντός του όζου, η ισο/υπερχογένεια και οι μν-ασβεστοποιημένοι στρόγγυλοι όζοι με ομαλά όρια.^{35,36,37} Η γενική οδηγία είναι ότι διερευνώνται όζοι μεγέθους >1cm λόγω

Πίνακας Ι. Εκτιμώμενος κίνδυνος κακοήθειας θυρεοειδικού όζου βάσει U/S ευρημάτων και όριο μεγέθους όζου για διενέργεια FNA.³⁴

Δείκτης υποψίας κακοήθειας	U/S ευρήματα	Εκτιμώμενος κίνδυνος κακοήθειας %	Όριο μεγέθους όζου προς FNA
Υψηλός	Συμπαγής, υποηχογενής όζος ή συμπαγή στοιχεία σε μερικά κυστικό όζο Και ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: ανώμαλα όρια (διηθητικά, μικρολοβιώδη), μικροαποπιτανώσεις, κάθετη διάμετρος / εγκάρσια διάμετρος>1, αποπιτάνωση ορίου με μικρή εξώθηση μαλακών ιστών, εξωθυρεοειδική επέκταση	>70-90	Σύσταση για FNAσε όζο ≥1cm
Μέτριος	Συμπαγής υποηχογενής όζος με ομαλά όρια χωρίς μικροαποπιτανώσεις, κάθετη διάμετρος/εγκάρσια διάμετρος>1 ή στοιχεία εξωθυρεοειδικής επέκτασης	10-20	Σύσταση για FNAσε όζο ≥1cm
Χαμηλός	Ισοηχογενής ή υπερηχογενής συμπαγής ή μερικώς κυστικός όζος με έκκεντρα συμπαγή στοιχεία χωρίς μικροαποπιτανώσεις, ανώμαλα όρια, κάθετη διάμετρος / εγκάρσια διάμετρος>1 ή στοιχεία εξωθυρεοειδικής επέκτασης	5-10	Σύσταση για FNAσε όζο ≥1.5cm
Πολύ χαμηλός	Σπογγοειδής ή μερικά κυστικός όζος χωρίς κάποιο από τα υπερηχογραφικά ευρήματα που αναφέρονται στις άλλες κατηγορίες	<3	Προαιρετική FNAσε όζο ≥2cm (ή παρακολούθηση)
Καλοήθεια	100% κυστικός όζος	<1	Δε συστήνεται FNA

Πίνακας ΙΙ. Σύστημα Bethesda⁴¹

Διαγνωστική κατηγορία	Κυτταρολογική διάγνωση	Πιθανότητα κακοήθειας %	Σύσταση
I	Μη διαγνωστική	1-4	Επανάληψη U/S-guided FNA
II	Καλοήθεια	0-3	Follow-up
III	Ατυπία	5-15	Επανάληψη FNA
IV	Θ υ λ α κ ι ώ δ ε ς νεόπλασμα	15-30	Λοβεκτομή
V	Σ ο β α ρ ή υ π ο ψ ί α κακοήθειας	60-75	Ολική θυρεοειδεκτομή ή λοβεκτομή
VI	Κακοήθεια	97-99	Ολική θυρεοειδεκτομή

μεγαλύτερης πιθανότητας κακοήθειας, αν και διερεύνηση πρέπει να πραγματοποιείται σε όζους ανεξαρτήτως μεγέθους σε ασθενείς με ιστορικό έκθεσης σε ακτινοβολία, σε οικογενή σύνδρομο ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου θυρεοειδούς. Η υπερηχογραφική ελαστογραφία (USE) θεωρείται συμπληρωματική εξέταση στην εκτίμηση κινδύνου σε κλινικά αξιολογήσιμους όζους. Δεδομένου των περιορισμών που καθορίζουν την διαγνωστική ακρίβεια αυτής της τεχνικής, όπως για παράδειγμα η αδυναμία απεικόνισης εκτεταμένα κυστικών όζων, οι αλληλεπικαλυπτόμενοι όζοι ή ακόμα και η παχυσαρκία, δεν είναι διαγνωστική σε όλους τους πάσχοντες.³⁴

Παράλληλα με τον απεικονιστικό έλεγχο, είναι απαραίτητος ο αιματολογικός έλεγχος για τον προσδιορισμό της λειτουργικότητας του όζου και του αδένου. Η μέτρηση της TSH θεωρείται εξέταση ρουτίνας στον ασθενή με θυρεοειδικό όζο, ενώ ο προσδιορισμός της θυρεοσφαιρίνης (Tg) δεν συνιστάται αρχικά λόγω χαμηλής ειδικότητας και ευαισθησίας (παρουσιάζει αύξηση της τιμής της στις πιο πολυπλές θυρεοειδοπάθειες). Η Tg απαιτείται στον έλεγχο λεμφαδενικής μεταστατικής νόσου καθώς και στη μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενή.³⁴ Η TSH έχει αποδειχθεί ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας στη διάγνωση κακοήθειας καθώς συνήθως έχει υψηλότερες τιμές σε ασθενείς με επιθετικού τύπου καρκίνο.³⁸ Σε ασθενείς με υψηλή τιμή TSH και ύποπτα κυτταρολογικά αποτελέσματα από την FNA, συστήνεται επιμελής διερεύνηση.³⁸

Σπινθηρογράφημα θα πραγματοποιηθεί σε ασθενή με μετρήσιμη TSH κάτω του φυσιολογικού. Στόχος είναι η διαφοροδιάγνωση μέσω εντόπισης θερμών όζων (μικρή πιθανότητα για κακοήθεια), όζων με ίδια πρόσληψη με το παρέγχυμα ή ψυχρών όζων, οι οποίοι πρέπει να διερευνηθούν με FNA. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι χρήσιμο στη διαφορική διάγνωση του θυλακώδους αδενώματος από το αντίστοιχο καρκίνωμα.

Η FNA έχει τεκμηριωθεί ως η πιο έγκυρη εξέταση αξιολόγησης των όζων θυρεοειδούς, ειδικά όταν αυτή πραγματοποιείται υπό U/S-guided FNA.^{39,40} Τα αποτελέσματα της κυτταρολογικής εξέτασης αξιολογούνται βάσει του συστήματος Bethesda σε έξι διαγνωστικές κατηγορίες, βάσει των οποίων γίνεται η εκτίμηση κινδύνου για κακοήθεια (Πίνακας II).⁴¹ Η εγκυρότητα της FNA εξαρτάται από το λήπτη, τον τρόπο παρασκευής του δείγματος αλληά και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ασθενείς με πολυπληθούς όζους με μέγεθος ≥ 1 cm πρέπει να αξιολογούνται με τον ίδιο τρόπο όπως και εκείνοι με τους μονήρεις όζους- κάθε όζος φέρει το δικό του κίνδυνο κακοήθειας και μπορεί να χρειαστούν πολυπληθές FNA.

Σε περιπτώσεις όπου η κυτταρολογική εξέταση δεν έχει διαγνωστικό αποτέλεσμα (Bethesda I), συστήνεται επαναληπτική FNA με υπερηχογραφική καθοδήγηση εντός 3μήνου από την πρώτη, ειδικά όταν υπάρχουν υπερηχογραφικά ευρήματα που υποστηρίζουν κακοήθεια.^{42,43} Όπως είναι αναμενόμενο, όζοι με ευμέγεθες κυστικό μέρος έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν μη-διαγνωστικά αποτελέσματα στην βιοψία.³⁴

Ο προσδιορισμός μοριακών δεικτών έχει κλινική σημασία στην διερεύνηση του ασθενούς μόνο όταν συμβάλλει στην βελτίωση της έκβασης της νόσου καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα να

υποστηρίζουν την καθιερωμένη μέτρηση τους στον μέσο ασθενή. Οι μοριακοί δείκτες μπορούν να χωριστούν σε διαγνωστικούς και προγνωστικούς (για την εξέλιξη της νόσου ή την επιτυχία της επιλεγμένης θεραπείας).^{34,44} Συγκεκριμένα, οι δείκτες BRAF (v-raf murine sarcoma viral oncogene homolog B), RET/PTC (rearranged during transfection/phenylthiocarbamide) και PAX8/PPAR γ (Pairedboxgene 8/Peroxisome proliferator-activate dreceptor gamma) είναι ειδικοί για κακοήθεια στο 100% των περιπτώσεων, ενώ μεταλλάξεις στο RAS (Ratsarcomavirus) έχουν αποδειχθεί κατά 84% κακοήθεις και 16% καλοήθεις για FTC.³⁴ Στο PTC η πιο συχνή μετάλλαξη είναι στο BRAFV600E (40-60%) με χειρότερη πρόγνωση, ακολουθούμενη από το RAS και TERT (Telomerase Reverse Transcriptase).^{28,45} Έρευνες έχουν δείξει ότι μεταλλάξεις στο γονίδιο RAS έχουν σαν αποτέλεσμα καλύτερα διαφοροποιημένο καρκίνο από ότι οι μεταλλάξεις του BRAF. Επιπλέον, οι μεταλλάξεις στο γονίδιο RAS συναντώνται πιο συχνά σε όγκους θυλακώδους φύσεως, όπως το FTC, το θυλακώδες αδένωμα και τον θυλακώδη τύπο PTC.²⁸ Στο PTC η πιο συχνή μετάλλαξη είναι στο RAS (25%), ακολουθούμενη από αλληαγές στα γονίδια EIF1AX (Eukaryotic Translation Initiation Factor 1AX-Linked) και PTEN (Phosphatase And Tensin Homolog).^{28,29} Στον καρκίνο των κυττάρων Hürthle οι μεταλλάξεις ανευρίσκονται κυρίως στο μιτοχονδριακό DNA.⁴²

Η διαγνωστική προσέγγιση ολοκληρώνεται με τη σταδιοποίηση της νόσου κατά TNM και τον έλεγχο λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων. (Πίνακας III) Γενικά οι ασθενείς κάτω των 55 ετών έχουν καλή πρόγνωση ανεξάρτητα από το μέγεθος του όγκου ή τις λεμφαδενικές μεταστάσεις, ενώ ακόμα και με απομακρυσμένες μεταστάσεις η 10ετής θνητότητα από τη νόσο σε αυτούς τους ασθενείς είναι γύρω στο 5%. Αντίθετα ασθενείς ηλικίας άνω των 55 ετών με WDTC και απομακρυσμένη μετάσταση έχουν δεκαετή επιβίωση 20%.⁴⁶

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο στόχος της αρχικής θεραπείας των WDTC αποσκοπεί στην επιβίωση του ασθενούς καθώς και στην αύξηση του ελεύθερου από νόσο διαστήματος, στη μείωση του κινδύνου υποτροπής και νοσηρότητας. Τα παραπάνω είναι εφικτό να συμβούν εφόσον γίνει με ακρίβεια η σταδιοποίηση της νόσου και η συν-αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου του ασθενούς, ώστε να περιοριστεί η σχετιζόμενη με τη θεραπεία νοσηρότητα.

Σύμφωνα με την ATA (American Thyroid Association), το 2015 οι ασθενείς με WDTC ταξινομήθηκαν ως χαμηλού, ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου (Πίνακας IV), με ποσοστά υποτροπής 5%, 5-20% και >20% αντίστοιχα.⁴⁷

Με τα παθολογικά ευρήματα του U/S προχωρούμε σε FNA του παθολογικού θυρεοειδικού όζου και εφόσον η κυτταρολογική είναι ύποπτη για PTC εκτελείται U/S τραχήλου. Εάν βρεθούν παθολογικοί τραχηλικοί λεμφαδένες γίνεται χαρτογράφηση, εκτελείται FNA και μέτρηση θυρεοσφαιρίνης (Tg) για επιβεβαίωση μεταστατικής λεμφαδενοπάθειας η οποία αν επιβεβαιωθεί ο ασθενής υποβάλλεται σε ολική θυρεοειδεκτομή και τραχηλικό λεμφαδε-

Πίνακας III. Σταδιοποίηση κατά TNM για τα WDTC 8η έκδοση AJCC (American Joint Committee on Cancer)

Στάδιο νόσου	Μέγεθος όγκου (T)	Λεμφαδενικές μεταστάσεις (N)	Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)	10ετής θνησιμότητα από τον WDTC(%)
Ασθενείς <55 ετών				
I	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M0	<2
II	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1	~5
Ασθενείς ≥55 ετών				
I	T1 ή T2	N0 ή Nx	M0	<2
II	T1 ή T2	N1	M0	~5
	T3a ή T3b	Οποιοδήποτε N	M0	~5
III	T4a	Οποιοδήποτε N	M0	5-20
Iva	T4b	Οποιοδήποτε N	M0	>50
Ivb	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1	>80

T1= όγκος ≤ 2cm
T2= όγκος >2cm αλλά ≤4cm
T3a= όγκος >4cm εντός του θυρεοειδούς αδένος
T3b= όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που επεκτείνεται έως και στους μύες κάτωθεν του υοειδούς οστού
T4a= όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που επεκτείνεται έως και στις υποδόριες δομές, λάρυγγα, τραχεία, οισοφάγο ή παλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο
T4b= όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που επεκτείνεται έως και την προσπονδυλική περιτονία ή περιβάλλει την καρωτίδα ή αγγεία του μεσοθωρακίου
Nx= μη-αξιολογήσιμοι λεμφαδένες
N0= απουσία αποδεδειγμένης μετάστασης στους τοπικούς λεμφαδένες
N1= μετάσταση σε μη-περιοχικούς λεμφαδένες
M0= Χωρίς μακρινή μετάσταση
M1= Μακρινή μετάσταση

νικό καθαρισμό (ζώνη II-V και VI). Σε ποσοστό 20% αναφέρεται προσβολή των πηλαγίων ζωνών του τραχήλου χωρίς προσβολή του κεντρικού διαμερίσματος. Σε απουσία παθολογικών λεμφαδένων και αν ο όγκος είναι μεγέθους <1 cm χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις και χωρίς παράγοντες υψηλού κινδύνου για υποτροπή (Πίνακας IV) τότε συστήνεται λοβεκτομή με αφαίρεση και του ισθμού αν και πολλοί χειρουργοί προτιμούν την ολική θυρεοειδεκτομή. Γενικά ο προφυλακτικός τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός είναι υπό διερεύνηση σε ασθενείς με PTC και N0 τράχηλο (καθώς η παρουσία μικρομεταστάσεων στους τραχηλικούς λεμφαδένες δε φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση). Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου (Πίνακας IV) συστήνεται λεμφαδενικός καθαρισμός ζώνης VI καθώς φαίνεται ότι προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την πιθανότητα υποτροπής.⁴⁵

Σε FNA ενδεικτική FTC πραγματοποιείται σπινθηρογράφημα και εφόσον ο ύποπτος όζος είναι ψυχρός εκτελείται λοβεκτομή ή ολική θυρεοειδεκτομή. Το FTC δε δίνει συχνά λεμφαδενικές μεταστάσεις αλλά επί N1 τραχήλου πρέπει η θυρεοειδεκτομή να συνδυαστεί με τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό (ζώνη II-V και VI). Καθώς όπως αναφέρθηκε το FTC δίνει απομακρυσμένες με-

ταστάσεις, οι μονήρεις μεταστάσεις αφαιρούνται, (αν είναι εφικτό), ενώ οι πολλαπλές μεταστάσεις αντιμετωπίζονται με ραδιενεργό I και επικουρικά με χημειοθεραπεία/ακτινοθεραπεία.⁴⁵

Ραδιενεργό ιώδιο σε διαφορετικές δόσεις, χορηγείται για 3 λόγους: α) καταστροφή (ablation) του πιθανά εναπομείναντα θυρεοειδικού ιστού ώστε να είναι εφικτή η παρακολούθηση του ασθενούς με μέτρηση Tg, β) επικουρική θεραπεία (adjuvant therapy) σε περιπτώσεις που υπάρχει μεγάλος κίνδυνος λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μικρομεταστάσεων οι οποίες δεν έχουν διαγνωστεί απεικονιστικά και γ) θεραπεία καρκίνου (cancer therapy) σε περίπτωση υπολείμματος ή υποτροπής όγκου στο χειρουργικό πεδίο, επιβεβαιωμένη λεμφαδενική ή απομακρυσμένη μετάσταση.⁴⁵

Μετεγχειρητικά θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο θα λάβουν ασθενείς με: α) τεκμηριωμένη λεμφαδενική μετάσταση, β) τεκμηριωμένη απομακρυσμένη μετάσταση, γ) εξωθυρεοειδική επέκταση του όγκου ανεξάρτητα από το μέγεθός του, δ) μέγεθος όγκου >2 cm ακόμα και επί απουσία άλλων χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου ε) επιλεγμένοι ασθενείς με όγκο 1-2cm περιορισμένο στον αδένα με χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου (Ιστολογικός τύπος

Πίνακας IV. Κατηγοριοποίηση του κινδύνου μετεγχειρητικά σύμφωνα με την ATA 2015⁴⁷

Χαμηλού κινδύνου	Θηλώδης καρκίνος του θυρεοειδούς (με όλα τα ακόλουθα): - Χωρίς τοπικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις - Χωρίς διήθηση όγκου σε τοπικούς ιστούς ή δομές - Όλος ο μακροσκοπικός όγκος έχει αφαιρεθεί - Ο όγκος δεν έχει επιθετική ιστολογία - Χωρίς αγγειακή διήθηση - Κλινικά N0 ή ≤5 παθολογικές μικρομεταστάσεις N1 (<0,2 cm στη μεγαλύτερη διάσταση) Ενδοθυρεοειδική, ενδοκαψική θυλακιώδης παραλλαγή PTC Εάν χορηγηθεί ¹³¹I, δεν υπάρχουν μεταστατικές εστίες εκτός της κοίτης του θυρεοειδούς στην πρώτη σάρωση RAI ολόκληρου σώματος μετά τη θεραπεία Ενδοθυρεοειδικό, θηλώδες μικροκαρκίνωμα, μονοεστιακό ή πολυεστιακό, συμπεριλαμβανομένου εκείνου με μετάλλαξη BRAFV600E Ενδοθυρεοειδικός, καλά διαφοροποιημένος FTC με καψική διήθηση και καθόλου ή ελάχιστες (<4 εστίες) αγγειακής διήθησης
Ενδιάμεσου κινδύνου	Όγκος με επιθετική ιστολογία Με αγγειακή διήθηση Μικροσκοπική διήθηση όγκου στους περιθυρεοειδικούς μαλακούς ιστούς Κλινικά N1 ή >5 παθολογικό N1 με όλους τους προσβεβλημένους λεμφαδένες < 3 cm σε μέγιστη διάμετρο Πολυεστιακό θηλώδες μικροκαρκίνωμα με εξωθυρεοειδική επέκταση και μετάλλαξη BRAFV600E Μεταστατικές εστίες τράχηλο στην πρώτη σάρωση RAI ολόκληρου σώματος μετά τη θεραπεία
Υψηλού κινδύνου	Μακροσκοπική διήθηση όγκου στους περιθυρεοειδικούς μαλακούς ιστούς (μεγάλη εξωθυρεοειδική επέκταση) Απομακρυσμένες μεταστάσεις Ατελής εκτομή όγκου Μετεγχειρητική θυρεοσφαιρίνη ορού που υποδηλώνει απομακρυσμένες μεταστάσεις Παθολογικό N1 με οποιονδήποτε μεταστατικό λεμφαδένα ≥3 cm στη μεγαλύτερη διάσταση Θυλακιώδης καρκίνος του θυρεοειδούς με εκτεταμένη αγγειακή διήθηση (> 4 εστίες αγγειακής διήθησης)

υψηλών κυττάρων, νησιδιακός και συμπαγής, PDTC, FTC, Hürthle cell, ενδοθυρεοειδική αγγειακή διήθηση, μακροσκοπικά ή ιστολογικά πολυεστιακά νόσος).⁴⁵

Η παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών με WTHC συνίσταται σε: α) κλινική εξέταση και U/S τραχήλου 2-4 φορές ανά έτος για τα δύο πρώτα έτη και στη συνέχεια αν ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου μία φορά /έτος (με FNA σε νέους παθολογικούς τραχηλικούς λεμφαδένες), β) μέτρηση TSH ανά 6μηννο-12μηννο για την επιβεβαίωση της επαρκούς καταστολής με ταυτόχρονη αποφυγή υπερθυρεοειδισμού (Η TSH πρέπει να είναι κάτω από τα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου), γ) μέτρηση Tg στους 6 και 12 μήνες και μετά ανά έτος, δ) ¹³¹I ανά έτος μέχρι να ληφθεί απάντηση από δύο αρνητικά scans, ε) Α/α θώρακα ανά έτος.^{34,45}

Κατά την παρακολούθηση (follow-up) θεωρείται άριστη ανταπόκριση στη θεραπεία με κίνδυνο υποτροπής 1-4% η απουσία παθο-

λογικών απεικονιστικών ευρημάτων, η βασική τιμή της θυρεοσφαιρίνης <0.2ng/ml, και η απουσία θυρεοσφαιρινικών αντισωμάτων.⁴⁸

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO classification of thyroid tumors, 4th ed., 2017.
2. Maniakas A, Davies L, Zafereo ME. Thyroid disease around the world. Otolaryngol Clin North Am 2018;51:631-42.
3. Bao WQ, Zi H, Yuan QQ, Li LY, Deng T. Global burden of thyroid cancer and its attributable risk factors in 204 countries and territories from 1990 to 2019. Thorac Cancer 2021;12:2494-503.
4. Seib CD, Sosa JA. Evolving understanding of the epidemiology of thyroid cancer. Endocrinol Metab Clin North Am 2019;48:23-35.
5. Kitahara CM, Sosa JA. The changing incidence of thyroid cancer. Nat Rev Endocrinol 2016;12:646-53.
6. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/thyro.html>

7. Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988–2005. *Cancer* 2009;115:3801–7.
8. Magrath I, Epelman S. Cancer in adolescents and young adults in countries with limited resources. *Curr Oncol Rep* 2013;15:332–46.
9. Roman BR, Morris LG, Davies L. The thyroid cancer epidemic, 2017 perspective. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2017;24:332–6.
10. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res* 2014;74:2913–21.
11. Cao Y, Wang Z, Gu J, Hu F, Qi Y, Yin Q, et al. Reproductive Factors but Not Hormonal Factors Associated with Thyroid Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int* 2015;2015:103515.
12. Richards ML. Familial syndromes associated with thyroid cancer in the era of personalized medicine. *Thyroid* 2010;20:707–13.
13. Nosé V. Thyroid cancer of follicular cell origin in inherited tumor syndromes. *Adv Anat Pathol* 2010;17:428–36.
14. Watkinson J. *Thyroid Cancer: A Comprehensive Guide to Clinical Management*, 2nd ed. *Ann R Coll Surg Engl* 2008;90:360.
15. Prokopakis EP, Kaprana A, Karatzanis A, Velegrakis GA, Melissas J, Chalkiadakis G. Association between the increase in incidence of papillary thyroid carcinoma in Crete and exposure to radioactive agents. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2018;38:310–15.
16. Parker LN, Belsky JL, Yamamoto T, et al. Thyroid carcinoma after exposure to atomic radiation: a continuing survey of a fixed population, Hiroshima and Nagasaki, 1958–1971. *Ann Intern Med* 1974;80:600–4.
17. Elisei R, Romei C, Vrontosova T, Cosci B, Veremeychik V, Kuchinskaya E, et al. RET/PTC rearrangements in thyroid nodules: studies in irradiated and not irradiated, malignant and benign thyroid lesions in children and adults. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:3211–6.
18. Franchini F, Palatucci G, Colao A, Ungaro P, Macchia PE, Nettore IC. Obesity and Thyroid Cancer Risk: An Update. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1116.
19. Mughal BB, Demeneix BA. Endocrine disruptors: Flame retardants and increased risk of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol*. 2017;13:627–8.
20. Zimmermann MB, Galetti V. Iodine intake as a risk factor for thyroid cancer: a comprehensive review of animal and human studies. *Thyroid Res* 2015;8:8.
21. Leonard Wartofsky. Papillary Carcinoma: Clinical aspects In: Wartofsky L, Van Nostrand D (Eds) *Thyroid Cancer. A Comprehensive Guide to Clinical Management*. 3rd Ed., 2016, Springer (NY) pp.359–70.
22. Lloyd RV, Buehler D, Khanafshar E. Papillary thyroid carcinoma variants. *Head Neck Pathol* 2011; 5: 51–6.
23. Kazaure HS, Rom an SA, Sosa JA. Aggressive variants of papillary thyroid cancer: incidence, characteristics and predictors of survival among 43,738 patients. *Ann Surg Oncol* 2012;19:1874–80.
24. Terry JH, St John SA, Karkow ski FJ, et al. Tall cell papillary thyroid cancer: incidence and prognosis. *Am J Surg* 1994;168:459–61.
25. Koo JS, Hong S, Park CS. Diffuse sclerosing variant is a major subtype of papillary thyroid carcinoma in the young. *Thyroid* 2009;19:1225–31.
26. Qubain SW, Nakano S, Baba M, Takao S, Aikou T. Distribution of lymph node micrometastasis in pN0 well-differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 2002;131:249–56.
27. Akslen LA, LiVolsi VA. Prognostic significance of histologic grading compared with subclassification of papillary thyroid carcinoma. *Cancer* 2000;88:1902–8.
28. Nikiforov YE, Nikiforova MN. Molecular genetics and diagnosis of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol* 2011;7:569–80.
29. Xing M, Clark D, Guan H, Ji M, Dackiw A, Carson KA, et al. BRAF mutation testing of thyroid fine-needle aspiration biopsy specimens for preoperative risk stratification in papillary thyroid cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:2977–82.
30. Leonard Wartofsky. Follicular Thyroid Carcinoma. In: Wartofsky L, Van Nostrand D (Eds) *Thyroid Cancer. A Comprehensive Guide to Clinical Management*. 3rd Ed., 2016, Springer (NY) pp.769–779.
31. Wu JX, Livhits M, Sepahdari A, Yeh MW. Cross-Sectional Imaging for the Evaluation of Thyroid Nodules and Cancer. *Management of Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer* 2017;93–102.
32. Pacini F, Castagna MG. Approach to and Treatment of Differentiated Thyroid Carcinoma. *Med Clin North Am* 2012;96:369–83.
33. Stančić J, Prpić M, Jukić T, Borić M, Kusić Z. Thyroid nodularity—true epidemic or improved diagnostics. *Acta Clin Croat* 2009;48:413–8.
34. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016;26:1–133.
35. Brito JP, Gionfriddo MR, Al Nofal A, Boehmer KR, Leppin AL, Reading C, et al. The accuracy of thyroid nodule ultrasound to predict thyroid cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2014;99:1253–63.
36. Cappelli C, Castellano M, Pirola I, Cumetti D, Agosti B, Gandossi E, et al. The predictive value of ultrasound findings in the management of thyroid nodules. *QJM Mon J Assoc Physicians* 2007;100:29–35.
37. Jeh S, Kyoung, Jung SL, Kim BS, Lee YS. Evaluating the degree of conformity of papillary carcinoma and follicular carcinoma to the reported ultrasonographic findings of malignant thyroid tumor. *Korean J Radiol* 2007;8:192–7.
38. Boelaert K. The association between serum TSH concentration and thyroid cancer. *Endocr Relat Cancer* 2009;16:1065–72.
39. Danese D, Sciacchitano S, Farsetti A, Andreoli M, Pontecorvi A. Diagnostic accuracy of conventional versus sonography-guided fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc* 1998;8:15–21.
40. Carmeci C, Jeffrey RB, McDougall IR, Nowels KW, Weigel RJ. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of thyroid masses. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc* 1998;8:283–9.
41. Cibas ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid* 2017;27:1341–6.
42. Baloch ZW, Tam D, Langer J, Mandel S, LiVolsi VA, Gupta PK. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: role of on-site assessment and multiple cytologic preparations. *Diagn Cytopathol* 2000;23:425–9.
43. Singh RS, Wang HH. Timing of repeat thyroid fine-needle aspiration in the management of thyroid nodules. *Acta Cytol* 2011;55:544–8.
44. NCCN task force report: Evaluating the clinical utility of tumor markers in oncology—Johns Hopkins University [Internet]. [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/nccn-task-force-report-evaluating-the-clinical-utility-of-tumor-m-5>.
45. Schlumberger M, Leboulleux S. Current practice in patients with differentiated thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol* 2021;17:176–88.
46. Lamartina L, Grani G, Arvat E, Nervo A, Zatelli MC, Rossi R, et al. 8th edition of the AJCC/TNM staging system of thyroid cancer: what to expect. *Endocr Relat Cancer* 2018;25:L7–11.
47. <https://www.e4ent.com/artides/ata-risk-stratification-for-differentiated-thyroid-cancers/>
48. Lamartina L, Grani G, Durante C, Borget I, Filetti S, Schlumberger M. Follow-up of differentiated thyroid cancer - what should (and what should not) be done. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14:538–51.

¹ Μυλωνάς Στυλιανός² Σκουλάκης Χαράλαμπος³ Νικολαΐδης Βασίλειος² Χατζηγιάννου Ιωάννης¹ Γ. Ν. Λευκάδας,² Παν. Γεν. Νοσοκομείο Λάρισας,³ Γ. Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:**

Μυλωνάς Στυλιανός,

Επικουρικός Επιμελητής ΩΡΛ,

Γ. Ν. Λευκάδας, 31100, Λευκάδα,

email: stylianosmylonasmd@gmail.com,

τηλ.: 2645360204

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,**Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022*¹ Mylonas Stylianos² Skoulakis Charalampos³ Nikolaidis Vasileios² Hatzigeorgiou Giannis¹ Lefkada General Hospital,² ENT Department,

University Hospital Larissa,

³ ENT Department, Papageorgiou

General Hospital Thessaloniki

Corresponding author:

Stylianos Mylonas, ENT Consultant, Lefkada

General Hospital, 31100, Lefkada,

email: stylianosmylonasmd@gmail.com,

tel.: +302645360204

*Hellenic Otorhinolaryngology,**Volume 43 - Issue 4, 2022***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ρινορραγία ονομάζεται η αιμορραγία από την μύτη, ρινική κοιλότητα ή ρινοφάρυγγα. Το 60% του πληθυσμού θα παρουσιάσει ένα επεισόδιο ρινορραγίας στη ζωή του. Αν και μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, υπάρχει δικόρυφη κατανομή σε παιδιά έως 10 ετών και σε ενήλικες άνω των 50 ετών, με την βαρύτητα της να κυμαίνεται από ήσσονος σημασίας έως απειλητική για την ζωή αιμορραγία. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι αυτοπεριοριζόμενες, όμως ένα ποσοστό 6% αυτών θα χρειαστούν ιατρική παρέμβαση.¹

Τρόποι αντιμετώπισης ρινορραγιών. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Epistaxis treatment options. Literature review

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ρινορραγία είναι η αιμορραγία από ρώθωνες, ρινική κοιλότητα ή ρινοφάρυγγα. Είναι συνήθης κατάσταση και συνήθως υφίεται μόνη της ή απαιτεί ιατρική παρέμβαση.

Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 60 άρθρα μέσω ανασκόπησης βάσεων δεδομένων για μελέτες της τελευταίας 20ετίας αναφορικά με τους τρόπους αντιμετώπισης των ρινορραγιών.

Κύρια ευρήματα: Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει μέτρα πρώτων βοηθειών, αγγειοσυσπαστικά φάρμακα, τρανεξαμικό οξύ, χημικό καυτηριασμό ή ηλεκτροκαυτηριασμό και επιπωματισμό με υλικά απορροφήσιμα ή μη. Σε δυσεπίλυτες περιπτώσεις εφαρμόζονται χειρουργικές μέθοδοι όπως ενδοσκοπικός καυτηριασμός και απολίνωση αγγείων ή ενδοαγγειακές μέθοδοι, π.χ. εμβολισμός.

Συμπεράσματα: Η ρινορραγία αντιμετωπίζεται ανάλογα την προέλευση, συμπτωματολογία και κλινική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και την εμπειρία και τους διαθέσιμους πόρους των επαγγελματιών υγείας. Τα νεότερα υλικά επίσκεψης της ρινορραγίας σε συνδυασμό με τις ενδοσκοπικές μεθόδους εμφανίζουν πλεονεκτήματα έναντι των παραδοσιακών μεθόδων.

Λέξεις-κλειδιά: ρινορραγία, αντιμετώπιση, επιπωματισμός, απολίνωση, εμβολισμός

ABSTRACT

Introduction: Epistaxis is acute bleeding from the nostrils, nasal cavity or nasopharynx. It is a common condition and usually resolves without intervention or with medical assistance.

Methods: 60 articles of epistaxis treatment options, published in the last 20 years, were included in this literature review.

Main findings: Epistaxis can be treated with simple first aid measures, vasoconstrictors or newer drugs, such as tranexamic acid, with chemical or electrical cauterization and nasal packing with various materials, absorbable or not. In difficult cases, surgical methods are applied such as endoscopic cauterization and ligation of arteries or embolization.

Conclusions: Epistaxis can be treated with plenty methods, depending on patient's medical history, symptomatology and clinical condition, as well as experience and available resources of healthcare providers. Newer nasal hemostatic agents in combination with endoscopic methods have advantages over traditional methods.

Keywords: epistaxis, treatment, nasal packing, ligation, embolization

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας περιγραφικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιαστούν οι διαθέσιμοι τρόποι αντιμετώπισης των ρινορραγιών, ξεκινώντας από τις πρώτες βοήθειες και τις φαρμακευτικές ουσίες, μέχρι τις πιο επεμβατικές, χειρουργικές και ενδοαγγειακές μεθόδους.

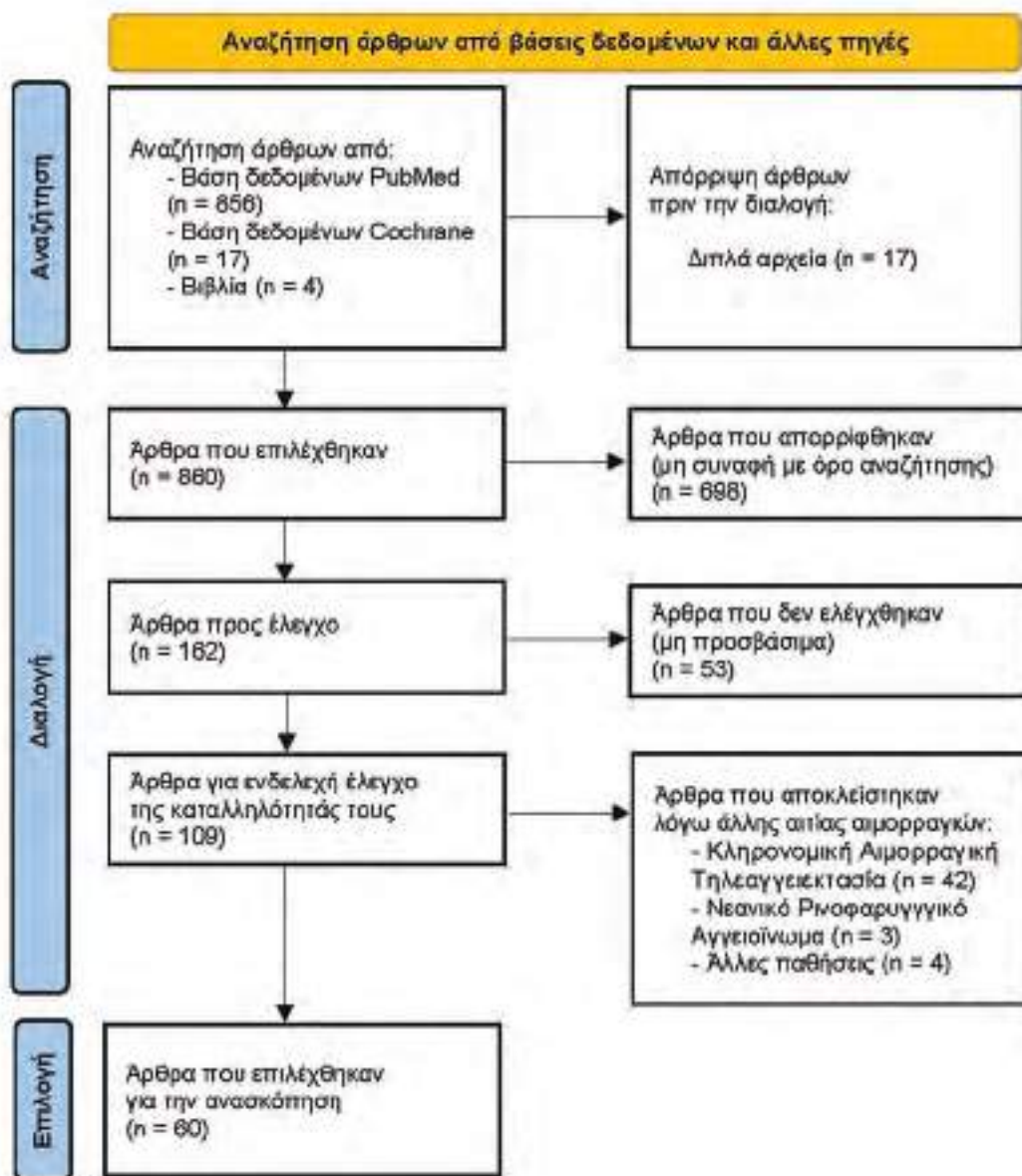
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση βασίστηκε στην μελέτη της διεθνούς επιστημονικής αρθρογραφίας μέσω των ηλεκτρονι-

κών βάσεων δεδομένων PubMed και Cochrane Database of Systemic Reviews, αναφορικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης των ρινορραγιών. Κατά την αναζήτηση συμπεριλήφθηκαν ανασκοπήσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, αναδρομικές, προοπτικές, περιγραφικές μελέτες, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, μελέτες περιπτώσεων, ελέγχου και μεταναλύσεις, γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα και δημοσιευμένες την τελευταία 20ετία. Χρησιμοποιήθηκε ως όρος αναζήτησης, οι λέξεις κλειδιά: 'epistaxis AND treatment'. Βρέθηκαν 873 άρθρα (856 άρθρα από PubMed, 17 άρθρα από Cochrane) και αποκλείστηκαν τα 17 λόγω διπλής καταχώρησης στις βάσεις δεδο-

μένων. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν 4 άρθρα από ξενόγλωσσα βιβλία. Από τα 860 άρθρα, αποκλείστηκαν τα 698 λόγω μη συνάφειας του τίτλου τους με τον σκοπό της μελέτης, ενώ 53 δεν ήταν προσβάσιμα για ανάγνωση. Από τα 109 άρθρα που ελέγχθηκαν για την καταλληλότητά τους, αποκλείστηκαν 49 λόγω άλλης αιτίας αιμορραγιών, όπως η Κληρονομική Αιμορραγική Τηλεαγγειεκτασία(42), το Νεανικό Ρινοφαρυγγικό Αγγειοίνωμα(3) και διάφορες άλλες παθήσεις(4). Τα εναπομείναντα 60 άρθρα επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν στην μελέτη, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1, ενώ τα επιμέρους αποτελέσματα τους αναλύονται στον Πίνακα Ι.

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα Prisma μεθοδολογίας ανίχνευσης και επιλογής των τελικών άρθρων.



Πίνακας 1. Σύνοψη μελετών και αποτελεσμάτων

Συγγραφείς (Ετος)	Είδος	Αποτελέσματα μελέτης
Svider P. et al. (2018)	Art.	Προσφιλής μέθοδος πρώτων βοηθειών, η πίεση στους ρώθωνες (στον μαλακό ιστό των πτερυγίων της ρινός πάνω στο διάφραγμα).
Khan M. et al. (2017)	S.Rev.	Ως μέτρο πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση της ήπιας ρινορραγίας, έχει χρησιμοποιηθεί η εφαρμογή πάγου ενδοστοματικά.
Hajimaghsoudi (2018)	RCT	Η χρήση ρινικών κλίπς για επίτευξη αιμόστασης έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την πίεση στους ρώθωνες.
Béguignon E. et al.(2017)	Rev.	Σε περιπτώσεις μη ενεργούς ρινορραγίας, προτείνεται αντισπηκτική ή αιμοστατική αλοιφή.
Tran QK. et al. (2021)	Rev.	Καυτηριασμός και ρινικός επιπωματισμός είναι βασικοί τρόποι αντιμετώπισης ρινορραγιών στο ΤΕΠ.
Beck R. et al. (2018)	Rev/R.S.	78-88% ρινορραγιών αντιμετωπίζεται επιτυχώς με καυτηριασμό. Χειρουργική πιο αποτελεσματική σε σχέση με επιπωματισμό (97% έναντι 62%).
Middleton et al (2004)	R.S.	Η χρήση τοπικά οξυμεταζολίνης μπορεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά το 65%-75% περιπτώσεων ρινορραγίας που παρουσιάζεται στα ΤΕΠ.
Meccariello et al. (2019)	S.Rev.	Ο καυτηριασμός πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή λόγω της υψηλής αποτελεσματικότητας και του μειωμένου αριθμού επιπλοκών.
Michel J. et al. (2017)	Rev.	Ο καυτηριασμός πιο χρήσιμος όταν η εστία της ρινορραγίας μπορεί να εντοπιστεί, και οικονομικότερος από ρινικό επιπωματισμό.
Bastianpillai et al. (2019)	Rev.	Αποφεύγεται ο χημικός καυτηριασμός για περισσότερο από 10", καθώς και ο αμφω καυτηριασμός λόγω πιθανής διάρρηξης διαφράγματος.
Shargorodsky et al(2013)	C.Rep.	77,1% ασθενών αντιμετωπίστηκε με χημικό καυτηριασμό (79% επιτυχία κατά την πρώτη εφαρμογή). Αφαίρεση επιπωματισμού σε 24-48 ώρες.
Johnson N. et al. (2015)	C.Rep.	Ο ηλεκτροκαυτηριασμός είναι πιο αποτελεσματικός και με μικρότερες υποτροπές συγκριτικά με τον χημικό καυτηριασμό.
McLeod RWJ. et al (2017)	S.Rev.	Ασθενείς με ηλεκτροκαυτηριασμό είχαν μικρότερα ποσοστά υποτροπών, συγκριτικά με χημικό καυτηριασμό (14,5% έναντι 35,1%).
Henderson et al. (2013)	Adt.	Η χρήση διπολικής διαθερμίας οδήγησε σε σημαντική μείωση στις εισαγωγές στο νοσοκομείο από 62% στο 37%.
Kindler, R.M. et al. (2016)	C.Rep.	Ο χημικός και ο ηλεκτροκαυτηριασμός σχετίζονται με υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας και λιγότερο πόνο συγκριτικά με τον πρόσθιο επιπωματισμό.
Koçak HE. et al. (2021)	RCT	Καμία διαφορά ανάμεσα σε τοπική αντισπηκτική, αποσυμφορητική και χημικό καυτηριασμό. Υπήρξε διαφορά σε μη υποτροπή με συνδυασμό τους.
Calder, N. et al. (2009)	RCT	Καυτηριασμός με νιτρικό άργυρο και αντισπηκτική πιο αποτελεσματικό συγκριτικά με αλοιφή μόνο, για αντιμετώπιση ρινορραγιών σε παιδιά.
Logan JK. et al. (2016)	Rev.	Μια προτιμτέα εναλλακτική λύση για αιμόσταση, πριν προχωρήσουμε στον επιπωματισμό, είναι η χρήση τρανεξαμικού οξέος.
Zahed R. et al. (2018)	RCT	Το τρανεξαμικό οξύ, ως αντινωδοθυτικός παράγοντας, χρησιμοποιείται σε ποικιλία περιπτώσεων για την μείωση της αιμορραγίας.
ottlieb M. et al. (2019)	S.Rev/MA	Η χρήση του τρανεξαμικού οξέος αποφέρει λιγότερα επεισόδια υποτροπών, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας και μειωμένο κίνδυνο επιπλοκών.
Whitworth K. et al. (2020)	p.S.	Χρήση του τρανεξαμικού οξέος επετεύχθη αιμόσταση στο 78% των ασθενών, συγκριτικά με 35% των ασθενών στην ομάδα της οξυμεταζολίνης.
Zahed R. et al. (2013)	RCT	Τρανεξαμικό πιο αποτελεσματικό (71% έναντι 31%), λιγότερος χρόνος σε ΤΕΠ (95,3% έναντι 6,4%) καλύτερη ικανοποίηση απ'ότι επιπωματισμός.
Joseph J. et al. (2018)	RCT	Υποτροπή με τρανεξαμικό p.οι μειώθηκε από 69% στο 49%, ενώ με τοπική χρήση από 66% σε 43%. Καλύτερο συγκριτικά με άλλα αιμοστατικά.
Janapala RN et al. (2022)	S.Rev/MA	Ασθενείς με τρανεξαμικό είχαν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επίσκεψης και 63% μικρότερη πιθανότητα υποτροπής τις επόμενες 24-72 ώρες.
Hilton, L. et al. (2014)	Rev.	Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την χρήση του τρανεξαμικού οξέος σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς με αυτόματες ρινορραγίες.
Reuben A. et al. (2021)	RCT	Η χρήση τρανεξαμικού οξέος δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική από placebo φάρμακο όσον αφορά την ανάγκη για πρόσθιο επιπωματισμό.
Fox H. et al. (2015)	Rev.	Δεν υπάρχει βιβλιογραφική απόδειξη υπέρ ή κατά της ενδοφλέβιας χρήσης τρανεξαμικού οξέος.
Yüksel, A. et al. (2014)	R.S.	Τα μη απορροφήσιμα υλικά είναι η πρώτη επιλογή στον ρινικό επιπωματισμό (π.χ. γάζες, καθετήρες με μπαλόνια και ρινικά ταμπόν).
Sethi, R. et al. (2018)	R.S.	Ασθενείς με επιπωματισμό, 40,5% είχε πρόσθιο, 7,3% προσθιοπίσθιο και 52,2% πρόσθιο και καυτηριασμό. Μέση ηλικία επιπωματισμού 64,6 έτη.
Wang, J. et al. (2014)	MA.	Nasopore ανώτερο του MeroceI, όσον αφορά πόνο, πίεση και ικανοποίηση ασθενών. Ισάξιο όσον αφορά ρινική απόφραξη, συνέχειες, επούλωση.
Iqbal IZ. et al. (2017)	S.Rev.	Υψηλότερη υποτροπή με BIPP συγκριτικά με Rapid Rhino, MeroceI. Μπαλόνια πιο ανεκτά, ισάξιο αποτέλεσμα. Floseal λιγότερη δυσφορία.

Συγγραφείς (Ετος)	Είδος	Αποτελέσματα μελέτης
Yau S. (2015)	Art.	Τα μπαλόνια επίδεσης περιέχουν είτε απλό μπαλόνι, είτε μπαλόνι χαμηλής πίεσης επενδυμένο με CMC, που προάγει την θρόμβωση.
Badran, K. et al. (2005)	RCT	Τα υλικά επιπωματισμού Rapid Rhino και Meroceal δεν έχουν διαφορά στην αποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση της πρόσθιας ρινορραγίας.
Moumoulidis et al. (2006)	P.RCT.	Υπάρχει μεγάλη άνεση στον ασθενή από την χρήση των μπαλονιών επίδεσης ρινορραγιών Rapid Rhino συγκριτικά με το ταμπόν Meroceal.
Richardson et al. (2021)	Rev.	Νεότερα υλικά επιπωματισμού και αιμοστατικοί παράγοντες, αιμοστατική γάζα, αιμοστατική μήτρα Floseal, σπόγγος ζελατίνης και κόλλητα ινικής.
Kilty, S. J. et al. (2014)	P.RCT.	Τα υλικά που προάγουν τον σχηματισμό θρόμβου έχουν μικρότερο βαθμό υποτροπών και ελέγχουν αποτελεσματικά την ρινορραγία.
Milinis K. et al. (2021)	S.Rev/MA	Ποσοστό βραχυχρόνιας επιτυχίας απορροφήσιμων ενδορινικών αιμοστατικών υλικών 13,9-100%, σε σύγκριση με τον ρινικό επιπωματισμό.
Gurdeep, S. et al. (2006)	Rev.	Η αιμοστατική, μη απορροφήσιμη, γάζα καολίνης (QuikClot) είχε καλή αποτελεσματικότητα, χωρίς υποτροπή της ρινορραγίας.
Shikani, A.H. et al. (2011)	P.RCT.	Υπάρχει αποτελεσματικότητα με την χρήση επιδέσμου με χιτοζάνη, τυλιγμένο γύρω από ρινικό ταμπόν από πολυβινυλική αλκοόλη.
Valentine, R. et al. (2010)	P.RCT.	Η χρήση σπόγγου ζελατίνης με χιτοζάνη απευθείας πάνω στις αιμορραγούσες περιοχές, αποφέρει ελπιδοφόρα αποτελέσματα.
Mathiasen et al. (2005)	P.RCT.	Η απορροφήσιμη, αιμοστατική μήτρα Floseal είναι πιο ανεκτή, πρακτική και αποτελεσματική από επιπωματισμό, με υψηλότερο όμως κόστος.
Cho, K. S. et al. (2015)	P.RCT.	Χρήση απορροφήσιμου σπόγγου ζελατίνης Spongostan επιφέρει αποτελεσματική αιμόσταση και αποτρέπει υποτροπή ρινορραγιών.
Riviello R.J. et al. (2010)	Art.	Μέθοδος επιπωματισμού οπίσθιας ρινορραγίας, εισαγωγή γάζας ή καθετήρα Foley στον ρινοφάρυγγα. Εναλλακτικά, μπαλόνια επίδεσης.
Novoa, E. et al. (2012)	C.Rep.	Η χρήση ζεστού νερού είχε ποσοστό επιτυχίας 82% σε περιπτώσεις δυσειπίλυτων οπίσθιας ρινορραγιών, χωρίς επιπλοκές.
Vis, E. et al. (2011)	R.S.	Ο ενδοσκοπικός καυτηριασμός με διπολική ή μονοπολική διαθερμία με αναρρόφηση προσφέρει υψηλό ποσοστό επιτυχίας (μέχρι 80-90%).
Schwartzbauer (2003)	C.Rep.	Ενδοσκοπικός καυτηριασμός αποτυχία 17-33%, επειδή καυτηριάζοντας ρινικό βλεννογόνο, τραυματίζεται περιοχή που θα αιμορραγεί συνέχεια.
Nouraei S.A. et al. (2007)	R.S.	Υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του καυτηριασμού συγκριτικά με την απολίνωση της σφηνοϋπερώιας αρτηρίας.
Kumar, S. et al. (2003)	S.Rev.	Η απολίνωση και ο καυτηριασμός της σφηνοϋπερώιας αρτηρίας έχουν αποτελεσματικότητα 98% και 100% αντίστοιχα.
Kitamura T. et al. (2019)	S.Rev/MA	Ο καυτηριασμός της σφηνοϋπερώιας αρτηρίας είναι αποτελεσματικότερος έναντι της απολίνωσης, ενώ οι επιπλοκές είναι συγκρίσιμες.
Pádua, F. G. et al. (2008)	P.RCT.	Με ενδοσκοπική απολίνωση σφηνοϋπερώιας αρτηρίας, ασθενείς νοσηλεύονται λιγότερο και μικρότερο κόστος συγκριτικά με τον επιπωματισμό.
Asanau, A. et al. (2009)	R.RCT.	Η αμφω ενδοσκοπική απολίνωση σφηνοϋπερώιας ήταν εξίσου αποτελεσματική, με αμφω απολίνωση σφηνοϋπερώιας και πρόσθιας ηθμοειδούς.
Kamani, T. et al. (2007)	C.Rep.	Απολίνωση της έσω γναθιαίας αρτηρίας γίνεται μέσω προσέγγισης Caldwell-Luc, με επιπλοκές της τάξης του 28%.
Camp, A. A. et al. (2009)	D.S.	Η απολίνωση της ηθμοειδούς αρτηρίας γίνεται μέσω εξωτερικής τομής Lynch ή μέσω ενδοσκοπικής ενδορινικής προσέγγισης.
Selcuk, H. et al. (2005)	C.Rep.	Σε αποτυχία οπίσθιου ρινικού επιπωματισμού και ενδοσκοπικού καυτηριασμού, λαμβάνεται υπόψη η ενδοαγγειακή αντιμετώπιση.
Krajina, A. et al. (2014)	Art.	Τα ποσοστά επιτυχίας του εμβολισμού είναι περίπου συγκρίσιμα με της ενδοσκοπικής χειρουργικής.
Swords C. et al. (2017)	S.Rev.	Ποσοστά επιτυχίας ενδοσκοπικής απολίνωσης σφηνοϋπερώιας και εμβολισμού (73-100% και 75-92%). Περισσότερες επιπλοκές με εμβολισμό.
Hoffman H. et al. (2022)	S.Rev/MA	Το ποσοστό υποτροπής ρινορραγίας μετά τον εμβολισμό ήταν 16,4%.
Christensen et al. (2005)	R.S.	70 ασθενείς με εμβολισμό σφηνοϋπερώιας, 13% είχαν υποτροπιάζουσες ρινορραγίες μέσα σε 6 εβδομάδες, ενώ 14% σε μετέπειτα στάδιο.
Vokes, D. E. et al. (2004)	R.S.	Συνολικά αναφέρεται ποσοστό επιτυχίας 80% με τον εμβολισμό, με παραπλήσια ποσοστά επιτυχίας και επιπλοκών με τις χειρουργικές μεθόδους.
Klotz, D. A. et al. (2002)	R.S.	Λόγω υψηλών ποσοστών αποτυχίας, υποστηρίζεται η χρήση εμβολισμού μόνο όταν οι ενδοσκοπικές μέθοδοι έχουν αποτύχει ή αντενδείκνυνται.

Υποσημείωση: Rev. = Ανασκόπηση, S.Rev. = Συστηματική ανασκόπηση, R.S. = Αναδρομική μελέτη, P.S. = Προοπτική μελέτη, D.S. = Περιγραφική μελέτη, C.Rep. = Μελέτη περίπτωσης, Adt. = Μελέτη ελέγχου, Art. = Άρθρο, RCT. = Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, P.RCT. = Προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη, R.RCT. = Αναδρομική τυχαιοποιημένη μελέτη, MA. = Μετανάλυση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν ποικίλοι διαθέσιμοι τρόποι αντιμετώπισης των ρινορραγιών. Προσφιλής μέθοδος πρώτων βοηθειών, γνωστή και ως Ιπποκρατική μέθοδος, είναι η πίεση επί 10λέπτου στο μαλακό ιστό των πτερυγίων της ρινός, στο κατώτερο μέρος και όχι στα οστά ή στην ράχη της ρινός.² Έχει χρησιμοποιηθεί και η εφαρμογή πάγου ενδοστοματικά, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα,³ όπως και η χρήση ρινικών κλίπς που έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την πίεση.⁴ Σε περιπτώσεις μη ενεργούς ρινορραγίας μετά την εφαρμογή πρώτων βοηθειών, προτείνεται η χρήση αντισηπτικής ή αιμοστατικής αλοιφής που είναι εύκολη στην εφαρμογή και αποφεύγεται περαιτέρω τραυματισμός.⁵

Σε αντίθετη περίπτωση, εάν η ρινορραγία συνεχιστεί, συνίσταται να αναζητηθεί ιατρική βοήθεια. Στο ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) των μονάδων υγείας, οι βασικοί τρόποι αντιμετώπισης των ρινορραγιών είναι ο καυτηριασμός και ο ρινικός επιπωματισμός.⁶ Πιο συγκεκριμένα, ένας ιατρός ΩΡΛ αντιμετωπίζει επιτυχώς το 78-88% των ρινορραγιών με καυτηριασμό, ενώ επιπωματισμός γίνεται μόνο αν η ανωτέρα θεραπεία αποτύχει ή σε περίπτωση οπίσθιας ρινορραγίας.⁷ Προτού προχωρήσουμε στις παραπάνω μεθόδους, η εφαρμογή τοπικά αγγειοσυσπαστικού φαρμάκου π.χ. Φαινυλεφρίνης ή Οξυμεταζολίνης ή Επινεφρίνη 1:1000, με τον ασθενή να εφαρμόζει αμφοτερόπλευρα εξωτερική πίεση στο μαλακό μέρος της μύτης, είναι αποτελεσματική στην επίσχεση πρόσθιων ρινορραγιών. Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση τοπικά οξυμεταζολίνης μπορεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά το 65%-75% περιπτώσεων ρινορραγίας που παρουσιάζεται στα ΤΕΠ.⁸

Ο καυτηριασμός πρέπει να θεωρείται το επόμενο βήμα σε ασθενείς με εμμένονσα ήπια πρόσθια ρινορραγία λόγω της υψηλής αποτελεσματικότητας και του μειωμένου αριθμού επιπλοκών.⁹ Είναι πιο χρήσιμος όταν η εστία της ρινορραγίας μπορεί να εντοπιστεί, και οικονομικότερος από τον ρινικό επιπωματισμό, ο οποίος πρέπει να γίνεται όταν δεν μπορεί να εντοπιστεί η εστία.¹⁰ Μπορεί να εφαρμοστεί είτε χημικός με νιτρικό άργυρο, είτε ηλεκτροκαυτηριασμός. Η διαδικασία χημικού καυτηριασμού περιλαμβάνει αναισθητοποίηση της ρινικής κοιλότητας με τολύπια βάμβκος εμποτισμένα με μίγμα 1:1 φαινυλεφρίνης και 4% λιδοκαΐνης για περίπου 10 με 20 λεπτά, και έπειτα χρήση στικς νιτρικού αργύρου ή τολύπια βάμβκος εμποτισμένα με νιτρικό άργυρο και τοποθέτηση τους στην περιοχή της ρινορραγίας, για περίπου 5 με 10 δευτερόλεπτα, μέχρι ο βλεννογόνος να αποχρωματιστεί και να λάβει γκριζωπό χρώμα. Αποφεύγεται ο χημικός καυτηριασμός για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα, καθώς και ο αμφοτερόπλευρος καυτηριασμός του διαφράγματος μιας και μπορεί να προκαλέσει διάτρηση.¹¹ Ανασκόπηση αναφέρει ότι 77,1% των περιστατικών πρόσθιας ρινορραγίας αντιμετωπίστηκαν με καυτηριασμό με νιτρικό άργυρο, με 79% επιτυχία κατά την πρώτη εφαρμογή.¹²

Βάση μελετών, ο ηλεκτροκαυτηριασμός είναι πιο αποτελεσματικός¹³ και με μικρότερο ποσοστό υποτροπών συγκριτικά με τον χημικό καυτηριασμό (14,5% έναντι 35,1%).¹⁴ Η χρήση μάλιστα διπολικής διαθερμίας οδήγησε σε σημαντική μείωση στις εισαγωγές στο νοσοκομείο από 62% στο 37%,¹⁵ ενώ ο χημικός καυ-

τηριασμός και ο ηλεκτροκαυτηριασμός σχετίζονται με υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας και λιγότερο πόνο για τους ασθενείς, συγκριτικά με τον πρόσθιο επιπωματισμό.¹⁶ Μελέτη σύγκρισης της αποτελεσματικότητας ανάμεσα στην τοπική αντισηπτική αγωγή, στην τοπική αποσυμφορητική αγωγή και στον χημικό καυτηριασμό που χρησιμοποιούνται συχνά στην αντιμετώπιση της πρόσθιας ρινορραγίας, δεν βρήκε καμία διαφορά σε όσους αντιμετωπίστηκαν με έναν από τους παραπάνω τρόπους, όμως υπήρξε διαφορά στην αποτροπή υποτροπιάζουσας ρινορραγίας σε όσους αντιμετωπίστηκαν με συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων.¹⁷ Όσον αφορά την αντιμετώπιση υποτροπιάζουσας πρόσθιας ρινορραγίας στα παιδιά, μια τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξε ότι ο καυτηριασμός με νιτρικό άργυρο και η εφαρμογή αντισηπτικής αλοιφής δύο φορές καθημερινά για τέσσερις εβδομάδες, έχει στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με την χρήση αλοιφής μόνο.¹⁸

Αναφέρεται ότι πριν προχωρήσουμε στον επιπωματισμό, μια προτιμυτέα εναλλακτική λύση για αιμόσταση είναι η χρήση τρανεξαμικού οξέος.¹⁹ Το τρανεξαμικό οξύ είναι ένας αντινωδολυτικός παράγοντας που χρησιμοποιείται σε ποικιλία περιπτώσεων για την μείωση της αιμορραγίας, και δρα ως αναστολέας της μετατροπής του πλάσμινογόνου σε πλάσιν.²⁰ Χορηγείται από του στόματος σε χάπια, και ενδοφλεβίως, και υποστηρίζεται ότι με την χρήση του τρανεξαμικού οξέος για την αντιμετώπιση της ρινορραγίας υπάρχουν λιγότερα επεισόδια υποτροπών, μικρότερη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών, και μειωμένος κίνδυνος επιπλοκών.²¹ Μάλιστα, σύμφωνα με μια προοπτική μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκαν ως πρώτο μέτρο αντιμετώπισης της ρινορραγίας το τρανεξαμικό οξύ και η οξυμεταζολίνη για να αποφευχθεί η χρήση ρινικού επιπωματισμού, βρέθηκε ότι με την χρήση του τρανεξαμικού οξέος επετεύχθη αιμόσταση στο 78% των ασθενών, συγκριτικά με το 35% των ασθενών στην ομάδα της οξυμεταζολίνης.²² Σύμφωνα με μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που συνέκρινε την εφαρμογή τρανεξαμικού οξέος σε τολύπια βάμβκος συγκριτικά με την χρήση του συνήθη πρόσθιου επιπωματισμού σε ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ με πρόσθια ρινορραγία, αποδείχθηκε ότι το τρανεξαμικό οξύ ήταν πιο αποτελεσματικό καθώς η αιμορραγία σταμάτησε μέσα σε 10 λεπτά στο 71% των ασθενών στην ομάδα του τρανεξαμικού, ενώ μόνο στο 31% των ασθενών στην ομάδα του συνήθη επιπωματισμού, ενώ οδήγησε σε μικρότερο χρόνο παραμονής στα ΤΕΠ (95,3% έναντι 6,4%), και προσέφερε μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης στους ασθενείς.²³ Μελέτη έδειξε ότι ο κίνδυνος υποτροπής εντός των πρώτων 10 ημερών, με την χρήση τρανεξαμικού οξέος από του στόματος μειώθηκε από 69% στο 49%, ενώ με την χρήση τρανεξαμικού οξέος τοπικά, μειώθηκε από 66% σε 43%, και ότι η χρήση τρανεξαμικού οξέος τοπικά είναι καλύτερη στην επίσχεση της αιμορραγίας τα πρώτα 10 λεπτά, συγκριτικά με άλλους τοπικούς αιμοστατικούς παράγοντες.²⁴ Άλλη μελέτη συμπέρανε ότι οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με τρανεξαμικό οξύ είχαν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επίσχεσης της ρινορραγίας κατά την πρώτη εκτίμηση και 63% μικρότερη πιθανότητα υποτροπής τις επόμενες 24-72 ώρες.²⁵

Αντιθέτως, άλλες μελέτες αναφέρουν ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την χρήση του τρανεξαμικού οξέος σε αιμοδυναμικά σταθερούς ασθενείς με αυτόματες ρινορραγίες²⁶ και ότι η χρήση τρανεξαμικού οξέος δεν είναι περισσότερο αποτελεσματική από την χρήση placebo φαρμάκου για τον έλεγχο της ρινορραγίας και την μείωση της ανάγκης για πρόσθιο επιπωματισμό.²⁷ Ενώ, αναφορικά με την ενδοφλέβια χρήση του τρανεξαμικού οξέος, δεν υπάρχει βιβλιογραφική απόδειξη που να υποστηρίζει, ούτε να απαγορεύει την χρήση του.²⁸

Όσον αφορά τον ρινικό επιπωματισμό, πρώτη επιλογή είναι τα μη απορροφήσιμα υλικά, όπως γάζες εμποτισμένες σε βαζελινούχα αλοιφή, γάζες με πάστα βισμούθιου - ιωδοφόρμιου - παραφίνης (BIPP), καθεήρες με μπαλόνια και ρινικά ταμπόν αποτελούμενα από πολυβινυλική αλκοόλη (Merocel),²⁹ ενώ η αφαίρεση του ρινικού επιπωματισμού με γάζα πρέπει να γίνεται μέσα στις επόμενες 24 με 48 ώρες, διότι μικρότερης διάρκειας παραμονή του επιπωματισμού συνεπάγεται αποτυχία της θεραπείας.¹² Σε μια αναδρομική μελέτη αναλήφθηκαν και συγκρίθηκαν τα ποσοστά ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με ρινικό επιπωματισμό και αποδείχθηκε ότι το 52,2% των ασθενών αντιμετωπίστηκε με πρόσθιο επιπωματισμό και καυτηριασμό, το 40,5% μόνο με πρόσθιο επιπωματισμό, και το 7,3% με προσθιοπίσθιο επιπωματισμό. Ο ρινικός επιπωματισμός βρέθηκε να χρησιμοποιείται ελαφρώς περισσότερο σε ηλικιωμένους ασθενείς, με μέση ηλικία όσων επιπωματίστηκαν στα ΤΕΠ να είναι τα 64,6 έτη.³⁰ Από τα πιο χρησιμοποιήσιμα απορροφήσιμα υλικά ρινικού επιπωματισμού, είναι το ρινικό ταμπόν Nasopore, το οποίο είναι ένα βιοαπορροφήσιμο υλικό που παράγεται με διαδικασία ψυχρής ξήρανσης. Βάση μετανάλησης, βρέθηκε ότι είναι ανώτερο του μη απορροφήσιμου ρινικού ταμπόν Merocel, όσον αφορά τον πόνο κατά την παραμονή στην ρινική κοιλότητα και την αφαίρεση, την αιμορραγία, την πίεση και την ικανοποίηση των ασθενών. Ήταν ισάξιο του Merocel όσον αφορά την ρινική απόφραξη, την δημιουργία συνεχειών και την επούλωση του βλεννογόνου.³¹ Μελέτες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα ή στην ανοχή των ασθενών ανάμεσα στους πωματισμούς Merocel και στον επιπωματισμό με γάζα BIPP, ενώ τα ποσοστά υποτροπών ήταν υψηλότερα με την χρήση γάζας BIPP συγκριτικά με την χρήση άλλων μη απορροφήσιμων υλικών (Rapid Rhino, Merocel).³²

Τα μπαλόνια επίσχεσης ρινορραγιών είναι διαφορετικών ειδών, ορισμένα περιέχουν ένα απλό μπαλόνι, ενώ άλλα περιέχουν μπαλόνι χαμηλής πίεσης επενδυμένο με υδροκολλοειδές καρβοξυμεθυλοκυτταρίνης (CMC), η οποία δρα ως λιπαντικό και προάγει την θρόμβωση όταν έρχεται σε επαφή με το αίμα, όπως το μπαλόνι επίσχεσης Rapid Rhino, επιτυγχάνοντας αιμόσταση σε ασθενείς υπό αντιαιμοπεταλιακή και αντιπηκτική αγωγή.³³ Είναι πιο ανεκτή μέθοδος συγκρινόμενα με τα μη απορροφήσιμα υλικά επιπωματισμού, με ισάξια αποτελεσματικότητα με τα ρινικά ταμπόν.³² Μια μελέτη που συνέκρινε τα υλικά επιπωματισμού Rapid Rhino και Merocel, δεν βρήκε διαφορά στην αποτελεσματικότητα όσον αφορά την αντιμετώπιση της πρόσθιας ρινορραγίας,³⁴ ενώ άλλη μελέτη δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη άνεση στον ασθενή από την χρήση των μπαλονιών επίσχεσης

ρινορραγιών συγκριτικά με το ταμπόν Merocel.³⁵

Αν και αποτελεσματικά, τα υλικά πρόσθιου επιπωματισμού προκαλούν δυσφορία και πόνο στους ασθενείς, νέκρωση των ρινικών πτερυγίων, υποξία και τοπικές λοιμώξεις. Λόγω αυτών των δεδομένων, αλλά και σε πρόσθιας ρινορραγίας όπου έχει αποτύχει ο καυτηριασμός και ο επιπωματισμός ή δεν είναι εφαρμόσιμοι για οποιονδήποτε λόγο, έχουν αναπτυχθεί νεότερα υλικά επιπωματισμού και αιμοστατικοί παράγοντες που προάγουν τον σχηματισμό θρόμβου, όπως αιμοστατικές γάζες (QuikClot, Chitosan, Surgicel), αιμοστατική μήτρα θρομβίνης (Floseal), σπόγγος ζελατίνης (Spongostan) και κόλλη ινικής.³⁶ Μελέτη έδειξε ότι τα υλικά αυτά, τα οποία προάγουν τον σχηματισμό θρόμβου, έχουν μικρότερο βαθμό υποτροπών και ελέγχουν αποτελεσματικά την ρινορραγία.³⁷ Το συμπέρασμα άλλης μελέτης που μελέτησε απορροφήσιμα ενδορινικά αιμοστατικά υλικά ήταν ότι το ποσοστό βραχυχρόνιας επιτυχίας κυμαίνονταν μεταξύ 13,9% και 100%, δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερες επιπλοκές και ήταν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της οξείας φάσης της ρινορραγίας, σε σύγκριση με τον ρινικό επιπωματισμό.³⁸ Η αιμοστατική, μη απορροφήσιμη γάζα ονόματι QuikClot, που αποτελείται από ρεγινόν-πολυεστέρα εμποτισμένη με καολίνη, έχει πάρει έγκριση για χρήση σε τραυματικές εξωτερικές αιμορραγίες. Η καολίνη ενεργοποιεί τον παράγοντα πήξεως XII, ενεργοποιώντας την ενδογενή οδό πήξεως και σχηματίζει πήγμα πάνω στην εστία της αιμορραγίας. Κατόπιν μελέτης, η γάζα αφέθηκε μια εβδομάδα πριν την αφαίρεση της, με καλή αποτελέσματα και χωρίς υποτροπή της ρινορραγίας.³⁹ Κλινικές δοκιμές έχουν χρησιμοποιήσει έναν επίδεσμο με χιτοζάνη, τυλιγμένο γύρω από ένα απλό ρινικό ταμπόν από πολυβινυλική αλκοόλη για την αντιμετώπιση ρινορραγιών στις οποίες έχει αποτύχει η συνηθισμένη θεραπεία,⁴⁰ ενώ σε άλλη μελέτη χρησιμοποιήθηκε απευθείας πάνω στις αιμορραγούσες περιοχές, σπόγγος ζελατίνης με χιτοζάνη, αποφέροντας ελπιδοφόρα αποτελέσματα.⁴¹ Η χιτοζάνη είναι ένας πολυσακχαρίτης που προέρχεται από τις γαρίδες και επιτυγχάνει αιμόσταση μέσω ομοιοπολικών αλληλεπιδράσεων. Επιπρόσθετα, η αιμοστατική, απορροφήσιμη γάζα ονόματι Surgicel, αποτελούμενη από οξειδωμένη αναγεννημένη κυτταρίνη σε ύφασμα ρεγινόν, που χρησιμοποιείται και σε ρινορραγίες, παρέχει αιμόσταση εντός ολίγων λεπτών και θεωρείται εύκολη στην χρήση. Άλλο ένα προϊόν που χρησιμοποιείται είναι η απορροφήσιμη, αιμοστατική μήτρα Floseal, αποτελούμενη από μόρια θρομβίνης και ζελατίνης. Δρα μέσω μετατροπής του ινωδογόνου σε ινική, αλλά και μέσω πίεσης καθώς τα κοκκία ζελατίνης διογκώνονται όταν εφυγραίνονται. Έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι είναι περισσότερο ανεκτή, πρακτική και αποτελεσματική από τον επιπωματισμό, με υψηλότερο όμως κόστος,⁴² καθώς και πιο εύκολη στη χρήση, προκαλώντας λιγότερη δυσφορία στους ασθενείς, συγκριτικά με το ρινικό ταμπόν Merocel.³² Επίσης υπάρχουν μελέτες αναφορικά με την χρήση του απορροφήσιμου αιμοστατικού σπόγγου ζελατίνης Spongostan σε ρινολογικά χειρουργεία για την επίτευξη αιμόστασης, αλλά υπάρχει αποτελεσματικότητα του και στην αποτροπή υποτροπής των ρινορραγιών.⁴³

Η κλασική μέθοδος επιπωματισμού μιας οπίσθιας εστίας ρινορραγίας περιλαμβάνει την εισαγωγή γάζας σε ρολό που στα-

θεροποιείται στον ρινοφάρυγγα υπό γενική αναισθησία, ή την τοποθέτηση καθετήρα Foley από την ρινική θαλάμη και το φούσκωμα του μπαλονιού στον ρινοφάρυγγα. Έπειτα, μία ή και οι δύο πρόσθιες ρινικές θαλάμες επιπωματίζονται με οποιοδήποτε τρόπο προτιμάται, ώστε να ελεγχθεί η αιμορραγία. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν μπαλόνια επίσχεσης οπίσθιων ρινορραγιών, με δύο ανεξάρτητα μπαλόνια, που φουσκώνουν στον ρινοφάρυγγα και στην ρινική θαλάμη (π.χ. Epistat, Rapid Rhino).⁴⁴ Αναδρομική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για την αντιμετώπιση της οπίσθιας ρινορραγίας, η χειρουργική θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τον επιπωματισμό, με ποσοστό 97% έναντι 62%, ενώ ως εναλλακτική της χειρουργικής μεθόδου προτάθηκε ο διαδερμικός εμβολισμός.⁷

Με την εμφάνιση νεότερων προϊόντων ρινικού επιπωματισμού και την ανάπτυξη ενδοσκοπικών μεθόδων, η χρήση ζεστού νερού εγκαταλείφθηκε, αν και μια μελέτη έδειξε ποσοστό επιτυχίας 82% σε περιπτώσεις δυσειλήτων οπίσθιων ρινορραγιών, χωρίς επιπλοκές. Με την μέθοδο αυτή εισάγεται ένας τροποποιημένος ουροκαθετήρας που σφραγίζει την χόανη και ζεστό νερό 50°C ενσταλάζεται με σύστημα διακλυσμού. Το ζεστό νερό θεωρείται ότι προκαλεί οίδημα του ρινικού βλεννογόνου, συμπιέζοντας τα αιμορραγούντα αγγεία ενώ, επίσης, ενεργοποιεί την οδό της πήξης.⁴⁵

Ο ενδοσκοπικός καυτηριασμός της ρινός, με διπολική ή μονοπολική διαθερμία με αναρρόφηση, είναι μια άλλη επιλογή για να αποφευχθεί η άσκοπη εισαγωγή ρινικών επιπωματισμών όταν δεν επισκοπείται η εστία της ρινορραγίας. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν υψηλό ποσοστό επιτυχίας, μέχρι και της τάξεως του 80% έως 90%.⁴⁶ Σε άλλες μελέτες υπάρχει σημαντικό ποσοστό αποτυχίας της τάξεως του 17-33% που μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι καυτηριάζοντας τον ρινικό βλεννογόνο, μπορεί να τραυματιστεί και μια περιοχή που θα αιμορραγεί συνεχόμενα.⁴⁷

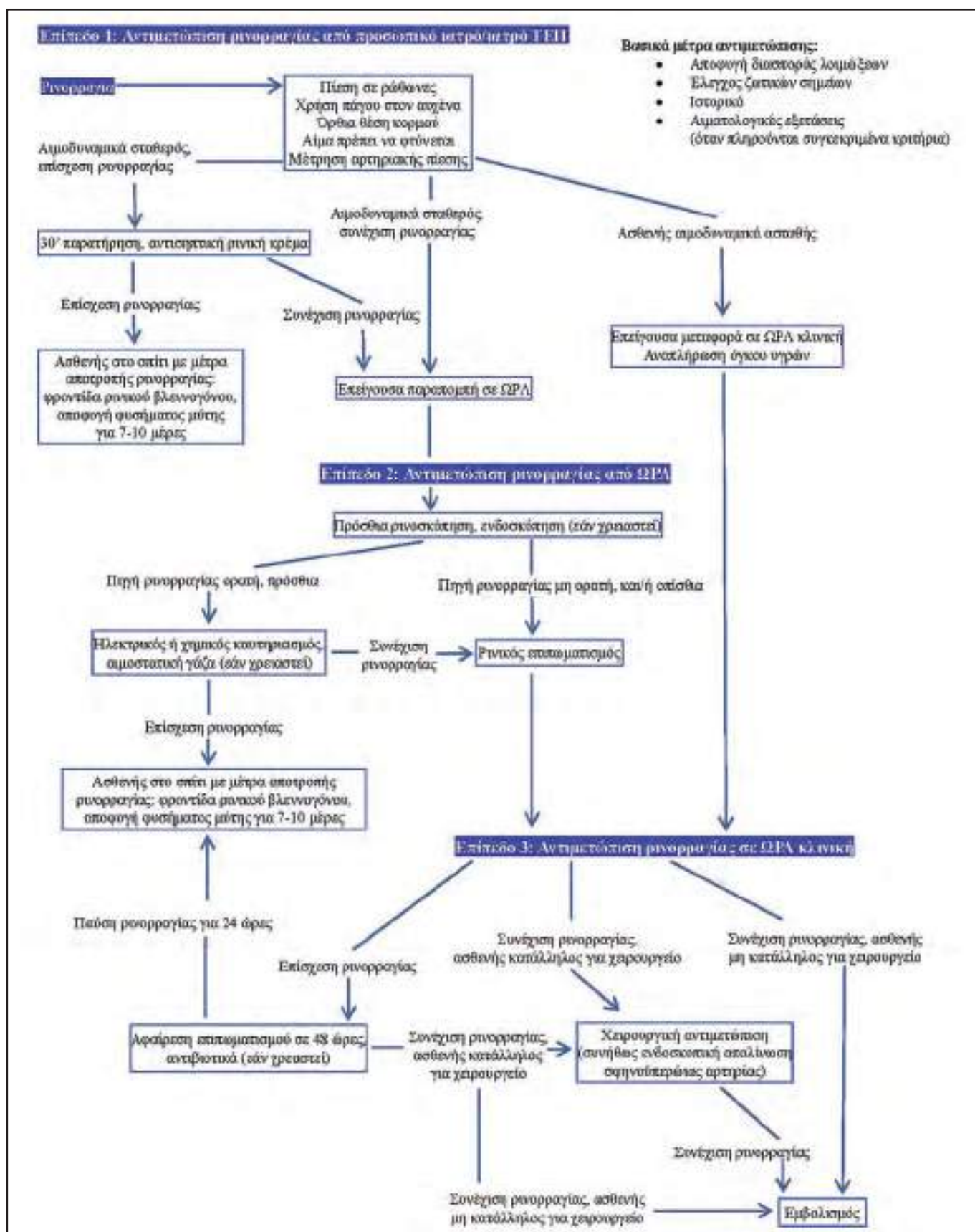
Η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας είναι μια εναλλακτική μέθοδος όταν έχουν αποτύχει οι ρινικοί επιπωματισμοί, ο χειρουργός όμως πρέπει να γνωρίζει καλά την ανατομία της αρτηρίας, καθώς μπορεί να υπάρχουν δύο, τρεις ή ακόμα και τέσσερις κλάδοι της. Βάση μελετών, ο καυτηριασμός της σφηνουπερώιας αρτηρίας είναι αποτελεσματικότερος έναντι της απολίνωσης της σφηνουπερώιας αρτηρίας,⁴⁸ με ποσοστά αποτελεσματικότητας 100% και 98% αντίστοιχα,⁴⁹ και τις επιπλοκές να είναι συγκρίσιμες ανάμεσα στις δύο μεθόδους.⁵⁰ Επίσης, σύμφωνα με μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη, η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας προσφέρει λιγότερες μέρες νοσηλείας στους ασθενείς και το συνολικό κόστος είναι μικρότερο, συγκριτικά με τον επιπωματισμό με βαζελινούχο γάζα.⁵¹ Βάση αναδρομικής μελέτης που συνέκρινε την αμφοτερόπλευρη ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας μόνο, και την αμφοτερόπλευρη απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας σε συνδυασμό με την σύγχρονη αμφοτερόπλευρη απολίνωση της πρόσθιας ηθμοειδούς αρτηρίας, αποδείχθηκε ότι και οι δύο ήταν εξίσου αποτελεσματικές στην θεραπεία της σοβαρής ρινορραγίας.⁵² Απολίνωση της έξω καρωτίδας έχει επίσης περιγραφεί για ανθεκτικές ρινορραγίες, ωστόσο το ποσοστό επιπλοκών βρέθηκε να είναι αρκετά υψηλό,

της τάξεως του 45%. Απολίνωση της έσω γναθιαίας αρτηρίας γίνεται κλασικά μέσω της προσέγγισης Caldwell-Luc διαμέσου του γναθιαίου άντρου υπό τοπική αναισθησία, με τις επιπλοκές αυτής της μεθόδου να φτάνουν το 28%.⁵³ Αν η εστία της ρινορραγίας είναι στις ηθμοειδείς αρτηρίες, γίνεται απολίνωση της ηθμοειδούς αρτηρίας μέσω εξωτερικής τομής Lynch στο έσω τοίχωμα του οφθαλμού κάτω από το βλέφαρο. Ωστόσο, είναι εφικτό να απολινωθεί η αρτηρία και μέσω ενδοσκοπικής ενδορινικής προσέγγισης.⁵⁴

Όταν έχουν αποτύχει τα παραδοσιακά μέτρα επίσχεσης όπως ο οπίσθιος ρινικός επιπωματισμός και η ενδοσκοπική προσέγγιση, τότε πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ενδοαγγειακή αντιμετώπιση. Αρκετά υλικά εμβολισμού έχουν χρησιμοποιηθεί για να επιτευχθεί αιμόσταση, όπως τεμάχια σπόγγου ζελατίνης, αφρός ζελατίνης (gelfoam powder), μόρια πολυβινυλικής αλκοόλης (PVA), ακρυλικό πολυμερές συνδεδεμένο με ζελατίνη (trisacryl), μεταλλικά σπειράματα ή συνδυασμός τους.⁵⁵ Τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου του εμβολισμού είναι περίπου συγκρίσιμα με της ενδοσκοπικής χειρουργικής.⁵⁶ Μάλιστα, μελέτη βρήκε ότι η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας και ο εμβολισμός είχαν παραπλήσια ποσοστά επιτυχίας (73-100% και 75-92% αντίστοιχα), αν και ο εμβολισμός σχετιζόταν με περισσότερες επιπλοκές με τον κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου να φτάνει ποσοστό της τάξεως του 1,1-1,5%.⁵⁷ Ανάλυση μελετών έδειξε ότι το ποσοστό υποτροπής της ρινορραγίας μετά την εφαρμογή εμβολισμού ήταν 16,4%.⁵⁸ Σε μελέτη 70 ασθενών που υποβλήθηκαν σε αγγειογραφικό εμβολισμό της σφηνουπερώιας αρτηρίας, 13% είχαν υποτροπιάζουσες ρινορραγίες μέσα σε 6 εβδομάδες μετά την επέμβαση και 14% των ασθενών, σε μετέπειτα στάδιο.⁵⁹ Συνολικά, η βιβλιογραφία αναφέρει ποσοστό επιτυχίας 80% με την χρήση εμβολισμού, και τα ποσοστά επιτυχίας και επιπλοκών είναι συγκρίσιμα με τις χειρουργικές μεθόδους.⁶⁰ Λόγω υψηλών ποσοστών αποτυχίας και ανάπτυξης λιγότερο επικίνδυνων, και πιο αποτελεσματικών, ενδοσκοπικών μεθόδων, ορισμένοι υποστηρίζουν την χρήση αγγειογραφικού εμβολισμού μόνο όταν οι ενδοσκοπικές μέθοδοι έχουν αποτύχει ή όταν αντενδείκνυνται.⁶¹

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πολλές διαθέσιμες επιλογές αναφορικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των ρινορραγιών. Οι νεότερες ενδοσκοπικές τεχνικές έχουν κάνει πιο αποτελεσματική την χειρουργική αντιμετώπιση των περισσότερων ασθενών, ειδικότερα ηλικιωμένων ασθενών με συννοσηρότητες, που είναι πιθανότερο να εμφανίσουν επιπλοκές από τον επιπωματισμό. Η ανάπτυξη όλο και πιο αποτελεσματικών και ανεκτών από τους ασθενείς υλικών επιπωματισμού είναι προς όφελός τους. Νέα χειρουργικά εργαλεία και τεχνικές θα πρέπει να μελετηθούν για να διευκολύνουν την εύρεση και απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας. Πιο εξειδικευμένες και ακριβείς τεχνικές πρέπει να αναπτυχθούν για τον επιτυχή εμβολισμό των αρτηριών χωρίς τις συνοδές νευρολογικές επιπλοκές. Αποδεκτό θα ήταν να υπάρχουν ακόμη και πρωτοπόρα υλικά και φάρμακα, τα οποία δεν



Εικόνα 1. Αλγόριθμος διαχείρισης ρινορραγιών.

είναι απλά παραλληλές υπάρχοντων υλικών. Τέλος, επιβάλλεται να αναπτυχθούν κατευθυντήριες οδηγίες για την σωστή αντιμετώπιση των περιστατικών ρινορραγιών, καθώς αρκετοί ασθενείς αντιμετωπίζονται πρωτίστως από ιατρούς τμημάτων κέντρων υγείας και ΤΕΠ μονάδων υγείας.

Με την παρούσα περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση, έγινε προσπάθεια συνοπτικής ανάλυσης και επεξήγησης των διαθέσιμων μεθόδων και υλικών αντιμετώπισης των ρινορραγιών, για όσους ιατρούς της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας, αλλήλα και άλλων ειδικοτήτων, έρχονται σε επαφή με ασθενείς που ρινορραγούν, είτε σε τακτική, είτε σε επείγουσα βάση, δίνοντας έμφαση στις νεότερες και αποτελεσματικότερες μεθόδους, όπως η χρήση τρανεξαμικού οξέος, τα μπαλόνια επίσχεσης με CMC και η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνουπερώιας αρτηρίας. Επιπρόσθετα, μέσω του παρακάτω συνοπτικού αλγόριθμου, που παρουσιάζεται στην Εικόνα 1, δίνεται το έναυσμα σε προσωπικούς ιατρούς ή ιατρούς ΤΕΠ μονάδων υγείας να ταξινομήσουν, να αντιμετωπίσουν με μεθοδικότητα αλλήλα και να κατευθύνουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς που ρινορραγούν, ανάλογα με την βαρύτητα και την ιδιαιτερότητα του κάθε περιστατικού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ρινορραγία αντιμετωπίζεται με εξωτερική πίεση στους ρώθωνες, τοπικούς παράγοντες, καυτηριασμό, επιπωματισμό, χειρουργικές μεθόδους, εμβολισμό ή συνδυασμό των ανωτέρω. Απαραίτητη είναι η παροχή οδηγιών στους ασθενείς για τον τρόπο πρώτων βοηθειών αντιμετώπισης μιας ήπιας ρινορραγίας και ρινικής φροντίδας μετά από ρινορραγία για την μείωση υποτροπών. Η χρήση του κατάλληλου σκεύους με όλα τα απαραίτητα εργαλεία και υλικά, θα βοηθήσει τους ιατρούς να θεραπεύσουν τους ασθενείς με οργανωτικότητα και αποφασιστικότητα. Οι αγγειοσυσπαστικοί παράγοντες είναι αποτελεσματικοί σε ήπιου βαθμού ρινορραγίες ενώ ο καυτηριασμός έχει αποτελεσματικότητα όταν είναι εμφανής η εστία της ρινορραγίας. Το τρανεξαμικό οξύ είναι προτιμυτέα εναλλακτική λύση αιμόστασης πριν προχωρήσουμε στον επιπωματισμό. Η χρήση νεότερων υλικών ρινικού επιπωματισμού, όπως μπαλόνιων επενδυμένων με CMC και απορροφήσιμων υλικών, προσφέρει λιγότερη δυσφορία στους ασθενείς και ελπιδοφόρα αποτελέσματα. Η ανάπτυξη νεότερων ενδοσκοπικών μεθόδων έχουν κάνει πιο αποτελεσματική την αντιμετώπιση οπίσθιων και δυσεπίλυτων ρινορραγιών, ειδικότερα σε ηλικιωμένους ασθενείς με συννοσηρότητες, με τον ενδοσκοπικό καυτηριασμό και την ενδοσκοπική απολίνωση αρτηριών να αποτελούν την προτιμυτέα μέθοδο. Σε σοβαρές ρινορραγίες και επί αποτυχίας ή ανένδειξης των προηγούμενων μεθόδων, εφαρμόζεται ενδοαγγειακή αντιμετώπιση, με μελέτες να δείχνουν ισότιμη κλινική αποτελεσματικότητα ανάμεσα στις ενδοαγγειακές και στις χειρουργικές προσεγγίσεις, ωστόσο οι επιπλοκές να είναι πιο σοβαρές με τον εμβολισμό. Συμπερασματικά, κάθε περιστατικό πρέπει να αντιμετωπίζεται αναλόγως των χαρακτηριστικών του ασθενούς και τους διαθέσιμους πόρους των επαγγελματιών υγείας, βάση κατευθυντήριων οδηγιών και αλγορίθμων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. *Am Fam Physician* 2005;71(2):305–11.
2. Svider P, Arianpour K, Mutchnick S. Management of Epistaxis in Children and Adolescents: Avoiding a Chaotic Approach. *Pediatr Clin North Am*. 2018 06;65(3):607–21.
3. Khan M, Conroy K, Ubayasiri K, Constable J, Smith ME, Williams RJ, et al. Initial assessment in the management of adult epistaxis: systematic review. *J Laryngol Otol*. 2017 Dec;131(12):1035–55.
4. Hajimaghsoodi M, Largani HA, Baradaranfar MH, Aghabagheri M, Jafari MA, Saeedi M. A novel method for epistaxis management: Randomized clinical trial comparing nose clip with manual compression. *Am J Emerg Med*. 2018 Jan;36(1):149–50.
5. Béquignon E, Teissier N, Gauthier A, Brugel L, De Kermadec H, Coste A, et al. Emergency Department care of childhood epistaxis. *Emerg Med J*. 2017 Aug;34(8):543–8.
6. Tran QK, Barnett J, O'Connell F, D'Anza B, Pourmand A. Nasal Packing in the Emergency Department: A Practical Review for Emergency Providers. *Open Access Emerg Med*. 2021;13:527–33.
7. Beck R, Sorge M, Schneider A, Dietz A. Current Approaches to Epistaxis Treatment in Primary and Secondary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Jan 8;115(1-02):12–22.
8. Middleton PM. Epistaxis. *Emerg Med Australas*. 2004 Oct-Dec;16(5-6):428–40.
9. Meccariello G, Georgalas C, Montevicchi F, Cammaroto G, Gobbi R, Firinu E, et al. Management of idiopathic epistaxis in adults: what's new. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2019 Aug;39(4):211–9.
10. Michel J, Prulière Escabasse V, Bequignon E, Vérillaud B, Robard L, Crampette L, et al. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL). Epistaxis and high blood pressure. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2017 Feb;134(1):33–5.
11. Bastianpillai J, Saxby C, Coyle P, Armstrong A, Mohamid W, Mochloulis G. Evaluating nasal cautery techniques in epistaxis. *J Laryngol Otol*. 2019 Oct;133(10):923–7.
12. Shargorodsky J, Bleier BS, Holbrook EH, Cohen JM, Busaba N, Metson R, et al. Outcomes analysis in epistaxis management: development of a therapeutic algorithm. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013 Sep;149(3):390–8.
13. Johnson N, Faria J, Behar P. A Comparison of Bipolar Electrocautery and Chemical Cautery for Control of Pediatric Recurrent Anterior Epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015 Nov;153(5):851–6.
14. McLeod RWJ, Price A, Williams RJ, Smith ME, Smith M, Owens D. Intranasal cautery for the management of adult epistaxis: systematic review. *J Laryngol Otol*. 2017 Dec;131(12):1056–64.
15. Henderson A, Larkins A, Repanos C. The use of bipolar electrocautery in adult epistaxis management: Using audit of one hundred and twenty-four cases to define a standardised protocol. *Clin Otolaryngol*. 2013 Dec;38(6):554–8.
16. Kindler RM, Holzmann D, Landis BN, Ditzel B, Soyka MB. The high rate of long-term recurrences and sequelae after epistaxis treatment. *Auris Nasus Larynx*. 2016 Aug;43(4):412–7.
17. Koçak HE, Bilece ZT, Keskin M, Ulusoy HA, Koç AK, Kaya KH. Comparison of topical treatment methods used in recurrent anterior epistaxis: a randomized clinical trial. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2021 Mar-Apr;87(2):132–6.
18. Calder N, Kang S, Fraser L, Kunanandam T, Montgomery J, Kubba H. A double-blind randomized controlled trial of management of recurrent nosebleeds in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009 May;140(5):670–4.
19. Logan JK, Pantle H. Role of topical tranexamic acid in the management of idiopathic anterior epistaxis in adult patients in the emergency department. *Am J Health Syst Pharm*. 2016 Nov 1;73(21):1755–9.
20. Zahed R, Mousavi Jazayeri MH, Naderi A, Naderpour Z, Saeedi M. Topical Tranexamic Acid Compared With Anterior Nasal Packing for Treatment of Epistaxis in Patients Taking Antiplatelet Drugs: Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med*. 2018 03;25(3):261–6.

21. Gottlieb M, DeMott JM, Peksa GD. Topical Tranexamic Acid for the Treatment of Acute Epistaxis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2019 06;53(6):652-7.
22. Whitworth K, Johnson J, Wisniewski S, Schrader M. Data on the hemostasis in epistaxis with Topically Administered TXA Versus Topical Oxymetazoline Spray. Data in Brief. 2020 Apr;29:105283.
23. Zahed R, Moharamzadeh P, Alizadeharasi S, Ghasemi A, Saeedi M. A new and rapid method for epistaxis treatment using injectable form of tranexamic acid topically: a randomized controlled trial. *Am J Emerg Med*. 2013 Sep;31(9):1389-92.
24. Joseph J, Martinez-Devesa P, Bellorini J, Burton MJ. Tranexamic acid for patients with nasal haemorrhage (epistaxis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 31;12:CD004328.
25. Janapala RN, Tran QK, Patel J, Mehta E, Pourmand A. Efficacy of topical tranexamic acid in epistaxis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2022 Jan;51:169-75.
26. Hilton L, Reuben A. Best evidence topic reports. BET 3: Topical intranasal tranexamic acid for spontaneous epistaxis. *Emerg Med J*. 2014 May;31(5):436-7.
27. Reuben A, Appelboom A, Stevens KN, Vickery J, Ewings P, Ingram W, et al. The Use of Tranexamic Acid to Reduce the Need for Nasal Packing in Epistaxis (NoPAC): Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 2021 06;77(6):631-40.
28. Fox H, Hunter F. BET 1: Intravenous tranexamic acid in the treatment of acute epistaxis. *Emerg Med J*. 2015 Dec;32(12):969-70.
29. Yüksel A, Kurtaran H, Kankiliç ES, Ark N, Uğur KS, Gündüz M. Epistaxis in geriatric patients. *Turk J Med Sci*. 2014;44(1):133-6.
30. Sethi RKV, Kozin ED, Abt NB, Bergmark R, Gray ST. Treatment disparities in the management of epistaxis in United States emergency departments. *Laryngoscope*. 2018 02;128(2):356-62.
31. Wang J, Cai C, Wang S. Merocele versus Nasopore for nasal packing: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e93959.
32. Iqbal IZ, Jones GH, Dawe N, Mamais C, Smith ME, Williams RJ, et al. Intranasal packs and haemostatic agents for the management of adult epistaxis: systematic review. *J Laryngol Otol*. 2017 Dec;131(12):1065-92.
33. Yau S. An update on epistaxis. *Aust Fam Physician*. 2015 Sep;44(9):653-6.
34. Badran K, Malik TH, Belloso A, Timms MS. Randomized controlled trial comparing Merocele and RapidRhino packing in the management of anterior epistaxis. *Clin Otolaryngol*. 2005 Aug;30(4):333-7.
35. Moumoulidis I, Draper MR, Patel H, Jani P, Price T. A prospective randomised controlled trial comparing Merocele and Rapid Rhino nasal tampons in the treatment of epistaxis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006 Aug;263(8):719-22.
36. Richardson C, Abrol A, Cabrera CI, Goldstein J, Maronian N, Rodriguez K, et al. The power of a checklist: Decrease in emergency department epistaxis transfers after clinical care pathway implementation. *Am J Otolaryngol*. 2021 Jul-Aug;42(4):102941.
37. Kilty SJ, Al-Hajry M, Al-Mutairi D, Bonaparte JP, Duval M, Hwang E, et al. Prospective clinical trial of gelatin-thrombin matrix as first line treatment of posterior epistaxis. *Laryngoscope*. 2014 Jan;124(1):38-42.
38. Milinis K, Swords C, Hardman JC, Slovick A, Hutson K, Kuhn I, et al. Dissolvable intranasal haemostatic agents for acute epistaxis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol*. 2021 May;46(3):485-93.
39. Gurdeep S, Harvinder S, Philip R, Amanjit K. Intranasal use of QuickClot in a patient with uncontrollable epistaxis. *Med J Malaysia*. 2006 Mar;61(1):112-3.
40. Shikani AH, Chahine KA, Alqudah MA. Endoscopically guided chitosan nasal packing for intractable epistaxis. *Am J Rhinol Allergy*. 2011 Jan-Feb;25(1):61-3.
41. Valentine R, Athanasiadis T, Moratti S, Hanton L, Robinson S, Wormald PJ. The efficacy of a novel chitosan gel on hemostasis and wound healing after endoscopic sinus surgery. *Am J Rhinol Allergy*. 2010 Jan-Feb;24(1):70-5.
42. Mathiasen RA, Cruz RM. Prospective, randomized, controlled clinical trial of a novel matrix hemostatic sealant in patients with acute anterior epistaxis. *Laryngoscope*. 2005 May;115(5):899-902.
43. Cho KS, Park CH, Hong SL, Kim MJ, Kim JY, Kim YW, et al. Comparative analysis of Cutanplast and Spongostan nasal packing after endoscopic sinus surgery: a prospective, randomized, multicenter study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015 Jul;272(7):1699-705.
44. Riviello R, Brown A. Otolaryngologic procedures. In: Roberts J, Hedges J, editors. *Clinical procedures in emergency medicine*. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1204-7.
45. Novoa E, Schlegel-Wagner C. Hot water irrigation as treatment for intractable posterior epistaxis in an out-patient setting. *J Laryngol Otol*. 2012 Jan;126(1):58-60.
46. Vis E, van den Berge H. Treatment of epistaxis without the use of nasal packing, a patient study. *Rhinology*. 2011 Dec;49(5):600-4.
47. Schwartzbauer HR, Shete M, Tami TA. Endoscopic anatomy of the sphenopalatine and posterior nasal arteries: implications for the endoscopic management of epistaxis. *Am J Rhinol*. 2003 Jan-Feb;17(1):63-6.
48. Nouraei SA, Maani T, Hajioff D, Saleh HA, Mackay IS. Outcome of endoscopic sphenopalatine artery occlusion for intractable epistaxis: a 10-year experience. *Laryngoscope*. 2007 Aug;117(8):1452-6.
49. Kumar S, Shetty A, Rockey J, Nilssen E. Contemporary surgical treatment of epistaxis. What is the evidence for sphenopalatine artery ligation. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2003 Aug;28(4):360-3.
50. Kitamura T, Takenaka Y, Takeda K, Oya R, Ashida N, Shimizu K, et al. Sphenopalatine artery surgery for refractory idiopathic epistaxis: Systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2019 08;129(8):1731-6.
51. Pádua FG, Voegels RL. Severe posterior epistaxis-endoscopic surgical anatomy. *Laryngoscope*. 2008 Jan;118(1):156-61.
52. Asanau A, Timoshenko AP, Vercherin P, Martin C, Prades JM. Sphenopalatine and anterior ethmoidal artery ligation for severe epistaxis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2009 Sep;118(9):639-44.
53. Kamani T, Shaw S, Ali A, Manjaly G, Jeffree M. Sphenopalatine-sphenopalatine anastomosis: a unique cause of intractable epistaxis, safely treated with microcatheter embolization: a case report. *J Med Case Rep*. 2007 Oct 31;1:125.
54. Camp AA, Dutton JM, Caldarelli DD. Endoscopic transnasal transthemoid ligation of the anterior ethmoid artery. *Am J Rhinol Allergy*. 2009 Mar-Apr;23(2):200-2.
55. Selcuk H, Soyulu N, Albayram S, Selcuk D, Ozer H, Kocer N, et al. Endovascular treatment of persistent epistaxis due to pseudoaneurysm formation of the ophthalmic artery secondary to nasogastric tube. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2005 Mar-Apr;28(2):242-5.
56. Krajina A, Chrobok V. Radiological diagnosis and management of epistaxis. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2014 Feb;37(1):26-36.
57. Swords C, Patel A, Smith ME, Williams RJ, Kuhn I, Hopkins C. Surgical and interventional radiological management of adult epistaxis: systematic review. *J Laryngol Otol*. 2017 Dec;131(12):1108-30.
58. Hoffman H, Ashok Kumar A, Raventhiranathan N, Masoud HE, Gould GC. Endovascular embolization for the treatment of epistaxis: Systematic review and meta-analysis. *Interv Neuroradiol*. 10.1177/15910199221081715
59. Christensen NP, Smith DS, Barnwell SL, Wax MK. Arterial embolization in the management of posterior epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Nov;133(5):748-53.
60. Vokes DE, McIvor NP, Wattie WJ, Chaplin JM, Morton RP. Endovascular treatment of epistaxis. *ANZ Journal of Surgery*. 2004 Sep;74(9):751-3.
61. Klotz DA, Winkle MR, Richmon J, Hengerer AS. Surgical management of posterior epistaxis: a changing paradigm. *Laryngoscope*. 2002 Sep;112(9):1577-82.

Ψυχογιός Γ.^{1*}
Μπασιάρη Λ.^{1*}
Λίτσου Ε.¹
Μιχάλη Μ.¹

¹Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΠΓΝΙ

*Οι συγγραφείς Ψυχογιός Γεώργιος
και Μπασιάρη Λεντίνα συνέβαλλαν
εξίσου στη συγγραφή του άρθρου.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ψυχογιός Γεώργιος, Καθηγητής ΩΡΛ,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική, ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022

¹Psychogios G.
¹Basiari L.
¹Litsou E.
¹Michali M.

¹School of Medical Sciences,
Faculty of Medicine,
ENT Department,
University Hospital of Ioannina

Corresponding author:

Psychogios George,
Professor of Otorhinolaryngology,
School of Medical Sciences,
Faculty of Medicine,
ENT Department, University Hospital
of Ioannina, Greece

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 43 - Issue 4, 2022

Διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση όγκου του παραφαρυγγικού διαστήματος. Αναφορά περιστατικού και ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Transcervical-transparotid approach of a parapharyngeal space tumor. Case report and literature review

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο παραφαρυγγικός χώρος αποτελεί ένα διάστημα με πολύπλοκη ανατομία που περιέχει δομές ζωτικής σημασίας. Τα πιο συχνά καλοήγη νεοπλασμάτα είναι τα πλειόμορφα αδενώματα των σιελογόνων αδένων και ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας τα παραγαγγλιώματα και οι νευρογενείς όγκοι. Η MRI προτιμάται έναντι της CT επειδή προσφέρει περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τα μαλακά μόρια της περιοχής για την εντόπιση και την επέκταση του όγκου καθώς και επειδή διαθέτει μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής άρρεν 40 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας μετά από ανεύρεση όγκου παραφαρυγγικού διαστήματος αριστερά ως τυχαίο εύρημα σε μαγνητική τομογραφία υπόφυσης. Η MRI τραχήλου και σπληαχνικού κρανίου ανέδειξε μórφωμα συμπαγές με σαφή ομαλά όρια διαστάσεων 3.9x3.9x2.7 cm στον αριστερό παραφαρυγγικό χώρο με χαρακτηριστές καλοήθειας σε επαφή με τον εν το βάθει λοβό της παρωτίδας. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκτομή με διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση χωρίς ανάσπαση της κάτω γνάθου και η βιοψία έδειξε πλειόμορφο αδένωμα.

Συμπέρασμα: Τα νεοπλασμάτα του παραφαρυγγικού διαστήματος αποτελούν πρόκληση τόσο όσον αφορά τη διάγνωση όσο και την αντιμετώπισή τους. Οι προσεγγίσεις που έχουν περιγραφεί είναι πολλές αλλά η επιλογή της καταλληλότερης απαιτεί προσεκτικό προεγχειρητικό σχεδιασμό με στόχο το καλύτερο λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα για τον ασθενή.

Λέξεις κλειδιά: παραφαρυγγικός, νεόπλασμα, χειρουργείο, διατραχηλική, διαπαρωτιδική, διαστοματική

ABSTRACT

Introduction: The parapharyngeal space is a complex potential space in the suprahyoid neck with many vital structures. Most of these tumors (80%) are benign tumors of the salivary glands followed by paragangliomas and neurogenic tumors. MRI is preferred over CT because it provides more detailed information about tumor localization, extension and tumor type.

Case report: A 40-year-old male patient presented to our department with a left parapharyngeal space tumor that was found incidentally on a pituitary MRI which he underwent because of pathological prolactin levels. He also referred snoring and sleep apnea. MRI of the neck revealed a tumor of the left parapharyngeal space with benign characteristics and maximum diameter of 3.9 cm. The patient underwent resection of the tumor with a transcervical-transparotid approach without mandibulotomy and biopsy showed a pleomorphic adenoma.

Conclusion: Diagnoses and treatment of parapharyngeal space tumors are challenging. Different surgical approaches have been described in the literature with advantages and disadvantages. Selection of the most suitable approach demands a careful preoperative work up.

Key Words: parapharyngeal, neoplasm, surgery, transcervical, transparotid, transoral

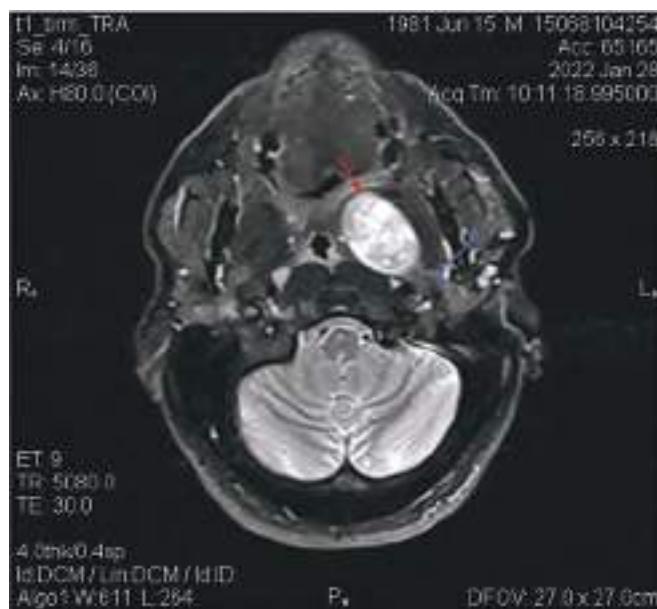
Ο παραφαρυγγικός χώρος αποτελεί ένα διάστημα με πολύπλοκη ανατομία που περιέχει δομές ζωτικής σημασίας. Ανήκει στους χώρους άνωθεν του υοειδούς οστού και έχει το σχήμα μιας ανεστραμμένης τριγωνικής πυραμίδας, η βάση της οποίας βρίσκεται στο επίπεδο της βάσης του κρανίου στο κροταφικό οστό και η κορυφή στο επίπεδο του υοειδούς οστού. Το οπίσθιο όριο αποτελείται από την προσπονδυλική περιτονία και τους προσπονδυλικούς μύες, το έσω όριο αποτελείται από τον άνω σφιγκτήρα μυ του φάρυγγα και το έξω όριο από τον κλήδο της κάτω γνάθου, τον εν το βάθει λοβό της παρωτίδας και τον έσω πτερυγοειδή μυ. Ο σύνδεσμος που συνδέει την στυλοειδή απόφυση με το τείνων το υπερώιο ιστίο μυ χωρίζει το παραφαρυγγικό διάστημα σε προστυλοειδές διάστημα και οπισθοστυλοειδές διάστημα. Το προστυλοειδές διάστημα περιέχει λίπος, τον εν το βάθει λοβό της παρωτίδας, ελάσσονες σιελογόνους αδένες και λεμφαδένες ενώ το οπισθοστυλοειδές διάστημα περιέχει την έσω καρωτίδα, την έσω σφαγίτιδα φλέβα, τις εγκεφαλικές συζυγίες IX-XII, τμήμα της συμπαθητικής αλυσίδας και λεμφαδένες.¹ Από κάθε μια από αυτές τις ανατομικές δομές μπορεί να προκύψει μια πληθώρα νεοπλασμάτων. Τα νεοπλασμάτα του παραφαρυγγικού διαστήματος μπορεί να είναι πρωτοπαθή νεοπλασμάτα, μπορεί να είναι αποτέλεσμα άμεσης επέκτασης από γειτονικές ανατομικές δομές όπως ο ρινοφάρυγγας, ο στοματοφάρυγγας, ο υποκροτάφιος βόθρος κλη, ή μπορεί να οφείλονται σε μεταστάσεις από άλλους κακοήθεις όγκους κεφαλής και τραχήλου. Τα πρωτοπαθή παραφαρυγγικά νεοπλασμάτα αποτελούν το 0.5% των νεοπλασμάτων κεφαλής και τραχήλου και στο 80% των περιπτώσεων είναι καλοήθης.^{2,3} Τα πιο συχνά καλοήθης νεοπλασμάτα είναι τα πλειόμορφα αδενώματα των σιελογόνων αδένων και ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας τα παραγαγγλιώματα και οι νευρογενείς όγκοι.⁴ Όσον αφορά την εντόπιση, στο προστυλοειδές διάστημα αναπτύσσονται πιο συχνά όγκοι από σιελογόνους αδένες που παρεκτοπίζουν την έσω καρωτίδα προς τα πίσω ενώ στο οπισθοστυλοειδές διάστημα νευρογενείς όγκοι οι οποίοι παρεκτοπίζουν την έσω καρωτίδα προς τα μπροστά.² Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αυτοί οι όγκοι είναι ασυμπτωματικοί και προκαλούν συμπτώματα μόνο όταν ξεπερνάνε σε μέγεθος τα 2.5-3 εκατοστά.⁵ Λόγω της εντόπισης η άμεση προσπέλαση αυτών των νεοπλασμάτων είναι δυσχερής και η απεικόνιση διαθέτει κεντρικό ρόλο στην διάγνωση και στον προεγχειρητικό προγραμματισμό. Η μαγνητική τομογραφία (MRI) και η αξονική τομογραφία (CT) κεφαλής και τραχήλου με σκιαγραφικό αποτελούν τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες τεχνικές για την διερεύνηση των νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος ενώ σε επιλεγμένες περιπτώσεις αγγειοβριθών όγκων είναι χρήσιμη και η αγγειογραφία.⁵ Η MRI προτιμάται έναντι της CT επειδή προσφέρει περισσότερες πληροφορίες για τα μαλακά μόρια, για την εντόπιση και την επέκταση του όγκου καθώς και επειδή διαθέτει μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα όσον αφορά τον τύπο του όγκου και την σχέση του με τις παρακείμενες δομές.⁵

Η θεραπεία των νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος περιλαμβάνει την χειρουργική εκτομή μέσω διαφορετικών προσπελάσεων που έχουν περιγραφεί στην βιβλιογραφία. Στο συγκεκριμένο άρθρο θα περιγράψουμε την περίπτωση ενός νέου

ασθενούς με ευμέγεθες πλειόμορφο αδένωμα παραφαρυγγικού διαστήματος που αφαιρέθηκε με διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ασθενής άρρεν 40 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας προ 8 μηνών μετά από ανεύρεση όγκου παραφαρυγγικού διαστήματος αριστερά ως τυχαίο εύρημα σε μαγνητική τομογραφία υπόφυσης κατά τη διερεύνηση διαταραχών στις τιμές προλακτίνης. Από κλινικά συμπτώματα ο ασθενής ανέφερε ροχαλητό και υπνική άπνοια. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήσαμε προβολή του αριστερού πλάγιου φαρυγγικού τοιχώματος και της αριστερής παρίσθμιας αμυγδαλής προς την μέση γραμμή προκαλώντας μείωση του εύρους του στοματοφάρυγγα. Στην αριστερή τραχηλική χώρα δεν εντοπίστηκε κάποιο ιδιαίτερο ψηλαφητό εύρημα. Ο ασθενής προσκόμισε MRI τραχήλου και σπλαχνικού κρανίου που απεικόνιζε μόρφωμα συμπαγές με σαφή ομαλά όρια διαστάσεων 3.9x3.9x2.7 cm στον αριστερό παραφαρυγγικό χώρο με απώθηση χωρίς διήθηση των παρακείμενων ανατομικών στοιχείων όπως η έσω καρωτίδα, ο έσω πτερυγοειδής μυς και απώθηση της αριστερής παρίσθμιας αμυγδαλής προς τον αυλό του στοματοφάρυγγα. Το μόρφωμα απεικονιστικά είχε χαρακτηρισ καλοήθειας και φαινόταν να είναι σε επαφή με τον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας. (Εικ.1). Η διαφοροδιάγνωση περιλάμβανε το πλειόμορφο αδένωμα και κάποιον νευρογενή όγκο. Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου πραγματοποιήθηκε εκτομή του όγκου με διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση. Κατά τη διάρκεια



Εικ.1. Μαγνητική τομογραφία που απεικονίζει τον όγκο (κόκκινο βέλος) στο παραφαρυγγικό διάστημα που φαίνεται να είναι σε επαφή με το οπισθογναθιαίο τμήμα του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας (μπλέ βέλος).



Εικ.2. Διεγχειρητική εικόνα που δείχνει το προσωπικό νεύρο μετά την κινητοποίηση του επιπολής λοβού της παρωτίδας και αφαίρεση του ουραίου τμήματός του.

της επέμβασης χρησιμοποιήθηκε νευροπαρακολούθηση του προσωπικού νεύρου με τη βοήθεια της οποίας εντοπίστηκε και το γλωσσοφαρυγγικό και το υπογλώσσιο νεύρο. Το κύριο στέλεχος του προσωπικού νεύρου αναγνωρίστηκε κατά την έξοδό του από το βελονομαστοειδές τρήμα και ακολούθησε κινητοποίηση του επιπολής λοβού του παρωτιδικού αδένου με στόχο την προσπέλαση του εν τω βάθει λοβού (Εικ.2). Με προσεκτική παρασκευή έγινε αφαίρεση του εν τω βάθει λοβού και του ουραίου τμήματος του επιπολής λοβού (επίπεδα II, III και IV κατά MSGS). Για καλύτερη έκθεση μέσω της διατραχηλικής προσπέλασης έγινε διατομή της οπίσθιας γαστέρας του διγαστρά και του βελονοϋοειδούς μυός κοντά στο επίπεδο του υοειδούς οστού. Επίσης για κινητοποίηση της κάτω γνάθου και καλύτερη έκθεση του όγκου μετά από την αναγνώριση της βελονοειδούς απόφυσης ακολούθησε διατομή του βελονογναθικού και βελονοϋοειδούς συνδέσμου. Κινητοποιήθηκε επίσης ο υπογνάθιος αδένας και έγινε λεμφαδενικός καθαρισμός στο επίπεδο II για διευκόλυνση προσπέλασης. Εντοπίστηκε η κοινή καρωτίδα στο επίπεδο του διχασμού και ακολούθησε η έσω καρωτίδα προς τη βάση κρανίου ώστε να είναι ασφαλής η παρασκευή του όγκου. Επίσης αναγνωρίστηκαν το παραπληρωματικό, το γλωσσοφαρυγγικό και το υπογλώσσιο νεύρο. Στη συνέχεια ο όγκος με αμβλύα παρασκευή αποκολλήθηκε από τους περίξ ιστούς πολύ προσεκτικά ώστε να υπάρχει πάντα όραση της έσω καρωτίδας που ήταν σε επαφή με τον όγκο κατά την πορεία προς την βάση κρανίου. Ο όγκος αφαιρέθηκε με την κάψα του ανέπαφη και φάνηκε να εξορμάτε από το εν τω βάθει τμήμα του παρωτιδικού αδένου φθάνοντας μέχρι την βάση



Εικ.3. Διεγχειρητική εικόνα όπου απεικονίζεται ο όγκος καθώς παρασκευάζεται για να αφαιρεθεί μέσω του χώρου που έχει δημιουργηθεί μετά την εκτομή της οπίσθιας γαστέρας του διγαστρά, του βελονοϋοειδούς μυός καθώς και κοντά στο επίπεδο του υοειδούς οστού του βελονογναθικού και βελονοϋοειδούς συνδέσμου.

κρανίου, πολύ κοντά στο καρωτιδικό τρήμα (Εικ.3,4). Κατά το πέρας της επέμβασης έγινε θετικός έλεγχος της λειτουργίας του προσωπικού νεύρου και των υπόλοιπων εγκεφαλικών συζυγιών. Ο ασθενής παρέμεινε για νοσηλεία τρεις ημέρες και άμεσα μετεγχειρητικά παρουσίασε προσωρινή πάρεση προσωπικού νεύρου House Brackmann II που μέσα στο πρώτο εξάμηνο είχε αποκατασταθεί όπως επίσης είχε υφαιθεί το ροχαλητό και η άπνοια. Η ιστολογική εξέταση έδειξε πλειόμορφο αδένωμα. Ο ασθενής θα ελέγχεται ανά 12 μήνες με MRI για εντοπισμό πιθανής υποτροπής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος αποτελεί πρόκληση για τους χειρουργούς κεφαλής και τραχήλου. Η σύνθετη ανατομία της περιοχής και η δυσχέρεια στην προσπέλαση αυτού του διαστήματος απαιτούν ένα προσεκτικό σχεδιασμό για την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής προσέγγισης. Η διαγνωστική διερεύνηση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στάδιο καθώς ο τύπος του όγκου, η πιθανότητα κακοήθειας, η εντόπιση του όγκου, το μέγεθός του, η επαφή με τις παρακείμενες ζωτικής σημασίας ανατομικές δομές, τα συμπτώματα που προκαλεί καθώς και η ηλικία και η γενική κατάσταση του ασθενούς θα καθοδηγήσουν την απόφαση για την θεραπεία.

Κλινικά τα νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος είναι συνήθως ασυμπτωματικά για αρκετό χρονικό διάστημα και ανευρίσκονται τυχαία.⁷ Όταν γίνονται συμπτωματικά έχουν αποκτήσει ήδη αρκετά μεγάλο μέγεθος. Τα πιο συχνά κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ωταλγία που εμφανίζεται στο 26% των ασθενών.



Εικ.4. Ο όγκος που έχει αφαιρεθεί με την κάψα του ανέπαφης.

τών, την δυσφαγία σε ένα 15% και την προσωπαλγία σε ένα 10% των περιπτώσεων.⁸ Η δυσφωνία, η φαρυγγαλγία, ο τρισμός, η βαρνηκοΐα, η υπνική άπνοια και οι εμβοές αποτελούν λιγότερο συχνά συμπτώματα.⁹ Στο περιστατικό μας το νεόπλασμα ήταν τυχαίο εύρημα σε μαγνητική τομογραφία υπόφυσης κατά την διερεύνηση διαταραχών στις τιμές προλακτίνης αλλά από την προσεκτική λήψη ιστορικού ο ασθενής ανέφερε ροχαλητό και υπνική άπνοια που πιθανώς σχετιζόταν με τον περιορισμό του εύρους του ρινοφάρυγγα από το νεόπλασμα που παρεκτόπιζε και την αμυγδαλή προς τη μέση γραμμή. Από την κλινική εξέταση τα πιο συχνά ευρήματα αποτελούν μια διόγκωση στο τράχηλο ή μια προβολή και παρεκτόπιση της μαλακής υπερώας και της παρίσθμιας αμυγδαλής προς την μέση γραμμή όπως και στο δικό μας περιστατικό. Λόγω της παρουσίας πολλών κρανιακών νεύρων στο παραφαρυγγικό διάστημα είναι πάντα απαραίτητη μια λεπτομερής ενδοσκοπική εξέταση για την αξιολόγηση της λειτουργίας τους. Το πνευμονογαστρικό νεύρο είναι η κρανιακή συζυγία που προσβάλλεται πιο συχνά από τις υπόλοιπες με αποτέλεσμα δυσφωνία και δυσφαγία. Στον ασθενή μας η κινητικότητα των φωνητικών χορδών καθώς και ο υπόλοιπος έλεγχος των κρανιακών νεύρων ήταν φυσιολογικός.

Η διαφορική διάγνωση των νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία ιστολογικών κατηγοριών. Το σημαντικότερο είναι να καθορίσουμε εάν πρόκειται για καλοήθεια ή για κακοήθεια καθώς η θεραπευτική προσέγγιση διαφέρει σημαντικά. Στο 45% των περιπτώσεων πρόκειται για νεοπλάσματα που προέρχονται από σιελογόνους αδένες από

τα οποία περίπου το 80% % είναι καλοήθεις όγκοι. Το πλειόμορφο αδένωμα των σιελογόνων αδένων αποτελεί την πιο συχνή καλοήγη νεοπλασία ενώ από τις κακοήθειες πιο συχνό είναι το αδενοκυστικό καρκίνωμα.^{3,8} Τα παραγαγγλιώματα του πνευμονογαστρικού νεύρου και τα σβαννώματα αποτελούν το 76% των καλοθών νευρογενών όγκων που εμφανίζονται στο παραφαρυγγικό διάστημα.^{3,8} Άλλες πιο σπάνιες παθολογίες περιλαμβάνουν ανευρύσματα, μηνιγγιώματα, αιμαγγειώματα, σαρκώματα, λιπώματα, λεμφαγγειώματα, λεμφώματα και δευτεροπαθείς μεταστάσεις.⁹ Είναι πολύ σημαντικό προεγχειρητικά να αποκλειστούν οι αγγειοβριθείς όγκοι όπως τα παραγαγγλιώματα κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με την μαγνητική αγγειογραφία ή σε περίπτωση αμφιβολίας με κλασσική αγγειογραφία (DSA).¹⁰ Τα παραγαγγλιώματα έχουν την τυπική εικόνα «salt and pepper» στην MRI.¹¹

Υπάρχει μεγάλη συζήτηση στην βιβλιογραφία σχετικά με την διενέργεια κυτταρολογικής εξέτασης δια λεπτής βελόνης FNA σε αυτούς τους όγκους. Όταν υπάρχει υποψία αγγειοβριθών όγκων όπως τα παραγαγγλιώματα η FNA αντενδείκνυται. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η ευαισθησία της FNA στην σωστή διάγνωση των παραφαρυγγικών νεοπλασμάτων κυμαίνεται μεταξύ 40-90%.¹²⁻¹⁶ Η προσπέληση των νεοπλασμάτων αυτών για την διενέργεια FNA είναι αρκετά δύσκολη και πολλές φορές το υλικό είναι ανεπαρκές. Η ανοικτή βιοψία δεν συνίσταται καθώς έχει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και διασποράς του όγκου. Μια άλλη επιλογή σε έμπειρα χέρια αποτελεί η core needle biopsy κατευθυνόμενη υπό CT, η οποία έχει μεγάλη ευαισθησία στην διάγνωση και μικρό κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών.^{17,18}

Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός στην διερεύνηση των παραφαρυγγικών νεοπλασμάτων και συνήθως περιλαμβάνει MRI και CT με σκιαγραφικό. Συνδυασμός αυτών των δύο εξετάσεων επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση των ανατομικών δομών και των σχέσεων του όγκου με αυτές.³ Η MRI μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικά με την εντόπιση του όγκου στο προ- ή στο οπισθοστυλοειδές διάστημα ανάλογα με το εάν η έσω καρωτίδα παρεκτοπίζεται προς τα πίσω (προστυλοειδές) ή προς τα μπροστά και έξω (οπισθοστυλοειδές). Επιπλέον μπορεί να εκτιμήσει την προέλευση των όγκων του οπισθοστυλοειδούς διαστήματος καθώς όγκοι του πνευμονογαστρικού νεύρου συνήθως παρεκτοπίζουν την έσω καρωτίδα προς τα μπροστά και την έσω σφαγίτιδα φλέβα προς τα πίσω ενώ όγκοι της συμπαθητικής αλυσίδας παρεκτοπίζουν και τα δύο αγγεία προς τα μπροστά και πλάγια.¹⁹⁻²¹ Η παρουσία ενός διαχωριστικού στρώματος λίπους μεταξύ όγκου και παρωτίδας βοηθάει στην διάκριση όγκων του εν τω βάθει λοβού από εξωπαρωτιδικές μάζες. Υπάρχει μια διαφωνία στην βιβλιογραφία σχετικά με το ποιοι όγκοι του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας θεωρούνται παραφαρυγγικά νεοπλασμάτα. Σε μια συστηματική ανασκόπηση οι Riffat et al. αναφέρουν ότι μόνο οι όγκοι του οπισθογοναθιαίου τμήματος του εν τω βάθει παρωτιδικού λοβού ανήκουν στα νεοπλασμάτα του παραφαρυγγικού διαστήματος.³ Τα πλειόμορφα αδενώματα απεικονιστικά εμφανίζουν ομαλά μη διηθητικά όρια και χαρακτηρίζονται από κυστικές και νεκρωτικές περιοχές όταν έχουν αυξημένες διαστάσεις. Στην περίπτωση μας ο ασθενής υποβλήθηκε μόνο σε MRI που έδειξε μια μάζα του αριστερού παραφαρυγγικού διαστήματος που εντοπιζόταν στο προστυλοειδές διάστημα και φαινόταν να έρχεται σε επαφή με το οπισθογοναθιαίο τμήμα του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας με χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ πλειόμορφου αδενώματος ή νευρογενούς όγκου.

Η αντιμετώπιση των νεοπλασμάτων του παραφαρυγγικού διαστήματος περιλαμβάνει την χειρουργική εκτομή, την παρακολούθηση και την ακτινοβολία.^{3,6-8} Στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η πλήρης εκτομή του όγκου με τις ελάχιστες δυνατές επιπλοκές και με το καλύτερο αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Οι κυριότερες χειρουργικές προσπελάσεις περιλαμβάνουν την διατραχηλική, την διαπαρωτιδική και την διαστοματική προσπέλαση. Επίσης πολύ συχνά χρησιμοποιούνται συνδυασμοί αυτών των προσπελάσεων όπως η διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση που χρησιμοποιήσαμε και στην δική μας περίπτωση, η διαστοματική-διατραχηλική προσπέλαση καθώς και συνδυασμός με κάποιο είδος γναθοτομής με μία ή περισσότερες οστεοτομίες. Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη για την επιλογή της χειρουργικής προσπελάσης είναι: 1.η εγγύτητα και η προβολή του όγκου στο πλάγιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα ή στο τράχηλο, 2.το μέγεθος του όγκου καθώς μεγαλύτεροι όγκοι απαιτούν πιο ευρεία προσπέλαση, 3.η υπόνοια κακοήθειας, 4.η αγγείωση του όγκου και 5.η εγγύτητα ή η διήθηση νευραγγειακών ανατομικών δομών.²² Η διατραχηλική προσπέλαση περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1955²³ και θεωρείται η βέλτιστη και πιο συχνά χρησιμοποιούμενη προσπέλαση για την αφαίρεση της πλειοψηφίας των όγκων του παραφαρυγγικού διαστήματος καθώς επιτρέπει

καλύτερη έκθεση των νευραγγειακών στοιχείων.^{7,24,25} Αρκετοί χειρουργοί όμως θεωρούν ότι με την συγκεκριμένη προσπέλαση μπορεί να αφαιρεθούν μόνο όγκοι του κατώτερου και μεσαίου τμήματος του παραφαρυγγικού διαστήματος με μέγιστη διάμετρο μέχρι 4 εκ. καθώς για μεγαλύτερου μεγέθους όγκους η γνάθος αποτελεί εμπόδιο.^{26,27} Αυτή η προσπέλαση περιλαμβάνει μια τομή παράλληλη και σε απόσταση 2-3 εκ. από την κάτω γνάθο, κατά μήκος μιας δερματικής πτυχής. Κινητοποίηση του υπογοναθίου αδένος από τους πέριξ ιστούς και μετατόπιση προς τα μπροστά προσφέρει πιο ευρύ χειρουργικό πεδίο. Επιπλέον χειρισμοί που βελτιώνουν την έκθεση και διευκολύνουν την εκτομή του όγκου περιλαμβάνουν την εκτομή της οπίσθιας γαστέρας του διγαστρου, καθώς και της στυλοειδούς απόφυσης και των συνδέσμων και μυών που εκφύονται από αυτήν. Αυτοί οι χειρισμοί επιτρέπουν την μετατόπιση της κάτω γνάθου προς τα μπροστά και μπορούν να αυξήσουν την έκθεση μέχρι και 50% παραπάνω.²⁸ Η συγκεκριμένη προσπέλαση έχει χρησιμοποιηθεί και για εξωκαψική εκτομή όγκων του παραφαρυγγικού τμήματος του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας.^{29,30}

Στην διαπαρωτιδική προσπέλαση πραγματοποιείται συνήθως μια τομή Blair και μετά την παρασκευή των δερματικών κρημνών ακολουθεί αναγνώριση και απελευθέρωση του προσωπικού νεύρου. Ο επιπολής λοβός της παρωτίδας μπορεί να αφαιρεθεί αν και για καλοήθεις όγκους του εν τω βάθει λοβού στο παραφαρυγγικό διάστημα και εξωπαρωτιδικούς καλοήθεις όγκους σιελογόνων στο προστυλοειδές διάστημα προτιμάται η κινητοποίησή του προς τα μπροστά και όχι η εκτομή του προς μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικού συνδρόμου Frey και για καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.⁹ Η διαπαρωτιδική προσπέλαση θεωρείται η καταλληλότερη για αφαίρεση όγκων του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας αλλά το μειονέκτημα είναι ότι μπορεί να τραυματιστεί το προσωπικό νεύρο. Οι δύο παραπάνω προσπελάσεις μπορούν να συνδυαστούν στην διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση η οποία χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα και μέσω της οποίας μπορεί να αφαιρεθεί η πλειοψηφία των νεοπλασμάτων του προ- και οπισθοστυλοειδούς διαστήματος που περιλαμβάνει τους όγκους των σιελογόνων αδένων καθώς και τους νευρογενείς όγκους.²²

Η διαστοματική προσπέλαση που περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Ehrlich το 1950 αποτελεί την πιο αμφιλεγόμενη προσπέλαση στην βιβλιογραφία.³¹ Η προσπέλαση γίνεται μέσω μιας τομής στην μαλακή υπερώα και αμυγλίας παρασκευής. Πολλοί συγγραφείς θεωρούν υψηλού κινδύνου αυτή την προσπέλαση λόγω αυξημένης πιθανότητας επιπλοκών όπως η αιμορραγία από μεγάλα αγγεία και η αδυναμία ελέγχου της λόγω μικρού χειρουργικού πεδίου και όχι καλής έκθεσης των αγγείων, ο τραυματισμός κρανιακών νεύρων και η διασπορά όγκου λόγω μεγαλύτερης πιθανότητας διάνοξης της κάψας του.³² Για τους παραπάνω λόγους προτείνεται η επιλογή της προσπελάσης αυτής μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις όγκων με μέγεθος μικρότερο από 2 εκ., καθώς περιεγραμμένων, που προβάλλουν στον στοματοφάρυγγα και δεν ψηλαφιούνται στο τράχηλο και στην παρωτίδα.^{27,33} Στη βιβλιογραφία όμως υπάρχουν μελέτες που περιγράφουν την εξαίρεση με

επιτυχία όγκων μεγαλύτερου μεγέθους με διαστοματική προσπέλαση.^{32,34} Τα τελευταία χρόνια έχει περιγραφεί και η χρήση της ρομποτικής διαστοματικής εκτομής (TORS) για επιλεγμένες περιπτώσεις. Το υψηλό κόστος και η απουσία απτικής πληροφορίας από τους ιστούς και ιδιαίτερα από τον όγκο αποτελεί μειονέκτημα αυτής της τεχνικής.³⁵

Σε μεγάλου μεγέθους όγκους και κυρίως σε αφαίρεση κακοήθων νεοπλασμάτων και σε υποτροπές από πλειόμορφα αδενώματα πολλές φορές απαιτείται κάποιο είδος γναθοτομής που περιλαμβάνει μία ή δύο οστεοτομίες σε διάφορα σημεία της κάτω γνάθου.²⁶ Οι προσπελάσεις αυτές έχουν αρκετές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως η κακή σύγκληση, προβλήματα με την κροταφογναθική άρθρωση, μωδιάσματα λόγω βλάβης του κάτω φατνιακού νεύρου και δυσμενές αισθητικό αποτέλεσμα. Επίσης αρκετές φορές απαιτούν την διενέργεια τραχειοτομής και παρατεταμένη νοσηλεία με ρινογαστρικό σωλήνα λόγω αδυναμίας σίτισης.⁸

Στον ασθενή μας επιλέξαμε την διατραχηλική-διαπαρωτιδική προσπέλαση επειδή με βάση τα στοιχεία του προεγχειρητικού ελέγχου ο όγκος ήταν καλοήθης, εντοπιζόταν στο προστυλοειδές διάστημα, είχε μέγεθος περίπου 4 εκ. και φαινόταν να εξορμάτε από το εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας. Για μεγαλύτερη ασφάλεια για το προσωπικό νεύρο χρησιμοποιήθηκε σύστημα διεγχειρητικής νευροπαρακολούθησης (Medtronic NIM 3). Με το σύστημα αυτό έγινε έλεγχος της λειτουργίας και των άλλων κρανιακών νεύρων (γλωσσοφαρυγγικό, υπογλώσσιο, παραπληρωματικό) με παρακολούθηση της σύσπασης των νευρούμενων μυών.

Αν και η χειρουργική εκτομή αποτελεί την οριστική θεραπεία πολλές φορές συνοδεύεται από σοβαρή μετεγχειρητική νοσηρότητα και γι' αυτό το λόγο πρέπει να γίνει προσεκτική εκτίμηση του οφέλους της συγκριτικά με τους κινδύνους και τις επιπλοκές. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι καλύτερα να προτείνουμε την παρακολούθηση με τακτικούς απεικονιστικούς ελέγχους όπως για παράδειγμα σε νευρογενείς όγκους ή για παραγαγγλιώματα που αναπτύσσονται βραδέως σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης σε περιπτώσεις νευρογενών όγκων με μερική πάρεση προτείνεται η επέμβαση να γίνεται όταν έχει επέλθει πλήρης παράλυση από τον όγκο καθώς μια σταδιακή παράλυση είναι καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή από μια απότομη παράλυση μετεγχειρητικά.³ Σε ασθενείς που έχουν ήδη πάρεση κρανιακών νεύρων (π.χ. πνευμονογαστρικό, υπογλώσσιο) ετερόπλευρα για άλλους λόγους (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), ο τραυματισμός αυτών των κρανιακών νεύρων κατά το χειρουργείο μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα αεραγωγού και σίτισης επομένως η σύσταση για χειρουργείο πρέπει να συζητηθεί αρκετά. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ακτινοβολία σε δοσολογία μέχρι 50-55 GY αποτελεί μια εναλλακτική επιλογή.³⁶ Συμπερασματικά η απόφαση για την θεραπεία και οι επιπλοκές θα πρέπει να συζητηθούν εκτενώς με τον ασθενή με στόχο το όφελος και την ποιότητα ζωής του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση και η θεραπεία των όγκων του παραφαρυγγικού διαστήματος αποτελεί πρόκληση και απαιτείται προσεκτική εκτίμηση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για καλοήθνη νεο-

πλάσματα των σιελογόνων αδένων και η θεραπεία κατά κύριο λόγο είναι χειρουργική. Η επιλογή της κατάλληλης προσπέλασης απαιτεί εμπειρία σε επεμβάσεις τραχήλου και προσεκτικό προεγχειρητικό σχεδιασμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Cummings W Jr, Haughey BH, Thomas JR et al (2005) Cummings otolaryngology head and neck surgery, 4th ed. Mosby, St. Louis
- 2.Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope 1994; 104: 1-28.
- 3.Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, et al. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. Oral Oncol 2014; 50: 421-430. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2014.02.007
- 4.Mendelsohn AH, Bhuta S, Calcaterra TC, et al. Parapharyngeal space pleomorphic adenoma: a 30-year review. Laryngoscope 2009; 119: 2170-2174. DOI: 10.1002/lary.20496.
- 5.Dimitrijevic M, Jesic S, Mikic A, Arsovic N, Tomanovic N (2010) Parapharyngeal space tumors; 61 case reviews. Int J Oral Maxillofac Surg 39:983-989
- 6.Eisele DW and Richmon JD. Contemporary evaluation and management of parapharyngeal space neoplasms. J Laryngol Otol 2013; 127: 550-555. DOI: 10.1017/S0022215113000686.
- 7.Cohen SM, Burkey BB, Netterville JL. Surgical management of parapharyngeal space masses. Head Neck 2005;27(8):669-75.
- 8.Kuet ML, Kasbekar AV, Masterson L, Jani P. Management of tumors arising from the parapharyngeal space: a systematic review of 1,293 cases reported over 25 years. Laryngoscope 2015;125(6):1372-81.
- 9.van Hees T, van Weert S, Witte B, René Leemans C. Tumors of the parapharyngeal space: the VU University Medical Center experience over a 20-year period. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol 2018;275(4):967-72.
- 10.Wang X, Chen Y, Chen X, Xian J. Parapharyngeal space paraganglioma: distinguishing vagal paragangliomas from carotid body tumours using standard MRI. Clin Radiol. 2019 Sep;74(9):734.e1-734.e6. doi: 10.1016/j.crad.2019.04.018. Epub 2019 May 20. PMID: 31122716.
- 11.Jain S, Kumar A, Dhongade H, Varma R, Hathiram B, Khattar V. Imaging of parapharyngeal space and infratemporal fossa. Int J Otorhinolaryngol Clin 2012;4(3):113-21.
- 12.Oliai BR, Sheth S, Burroughs FH, Ali SZ (2005) "Parapharyngeal space" tumors: a cytopathological study of 24 cases on fine needle aspiration. Diagn Cytopathol 32(1):11-15. https://doi.org/10.1002/dc.20154
- 13.Farrag TY, Lin FR, Koch WM, Califano JA, Cummings CW, Farinola MA, Tufano RP (2007) The role of pre-operative CT-guided FNAB for parapharyngeal space tumors. Otolaryngol Head Neck Surg 136(3):411-414. https://doi.org/10.1016/j.otohns.2006.10.006
- 14.Ohmann EL, Branstetter BF, Johnson JT (2011) The utility of fine needle aspiration to identify unusual pathology in a parapharyngeal mass. Am J Otolaryngol 32(1):82-84. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2009.09.009
- 15.Mondal P, Basu N, Gupta SS, Bhattacharya N, Mallick MG (2009) Fine needle aspiration cytology of parapharyngeal tumors. J Cytol 26(3):102-104. https://doi.org/10.4103/0970-9371.59395
- 16.Gangopadhyay M, Bandopadhyay A, Sinha S, Chakroborty S (2012) Clinicopathologic study of parapharyngeal tumors. J Cytol 29(1):26-29. https://doi.org/10.4103/0970-9371.93216
- 17.Wu EH, Chen YL, Wu YM, Huang YT, Wong HF, Ng SH (2013) CT-guided core needle biopsy of deep suprahyoid head and neck lesions. Korean J Radiol 14(2):299-306. https://doi.org/10.3348/kjr.2013.14.2.299

- 18.Wu EH, Chen YL, Toh CH, Ko SF, Lin YC, Ng SH (2013) CT-guided core needle biopsy of deep suprahyoid head and neck lesions in untreated patients. *Intervent Neuroradiol* 19(3):365-369. <https://doi.org/10.1177/159101991301900315>
- 19.Liu XW, Wang L, Li H, Zhang R, Geng ZJ, Wang DL, et al. A modified method for locating parapharyngeal space neoplasms on magnetic resonance images: implications for differential diagnosis. *Chin J Canc* 2014;33(10):511-20.
- 20.Langerman A, Rangarajan SV, Athavale SM, Pham MQ, Sinard RJ, Netterville JL. Tumors of the cervical sympathetic chain-diagnosis and management. *Head Neck* 2012;35(7):930-3.
- 21.Graffeo CS, Van Abel KM, Morris JM, Carlson ML, Van Gompel JJ, Moore EJ, et al. Preoperative diagnosis of vagal and sympathetic cervical schwannomas based on radiographic findings. *J Neurosurg* 2017;126(3):690-7.
- 22.Bradley PJ, Bradley PT, Olsen KD. Update on the management of parapharyngeal tumours. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Apr;19(2):92-8. doi: 10.1097/MO0.0b013e328342b9b4. PMID: 21178619.
- 23.Morfit HM. Retromandibular parotid surgery. *Arch Surg* 1955;70:906.
- 24.Luna-Ortiz K, Navarrete-Aleman JE, GranadosGarcia M, Herrera-Gómez A. Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center.Otolaryngol Head Neck Surg 2005;132: 587-91.
- 25.Shahab R, Heliwell T, Jones AS. How we do it: a series of 114 primary pharyngeal space neoplasms. *Clin Otolaryngol* 2005;30:364-7.
- 26.Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G, Alexandridis C Parapharyngeal space tumors: surgical approaches in a series of 13 cases. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2010;39:243-50.
- 27.Bozza F, Vigili MG, Ruscito P, Marzetti A, Marzetti F. Surgical management of parapharyngeal space tumours: results of 10-year follow-up. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2009;29(1):10-5
- 28.Cassoni A, Terenzi V, Della Monaca M, Bartoli D, Battisti A, Rajabtorck Zadeh O, Valentini V. Parapharyngeal space benign tumours: our experience. *J Craniomaxillofac Surg*. 2014 Mar;42(2):101-5. doi: 10.1016/j.jcms.2013.03.002. Epub 2013 May 17. PMID: 23684528.
- 29.Psychogios G, Bohr C, Constantinidis J, Canis M, Vander Poorten V, Plzak J, Knopf A, Betz C, Guntinas-Lichius O, Zenk J. Review of surgical techniques and guide for decision making in the treatment of benign parotid tumors. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021 Jan;278(1):15-29. doi: 10.1007/s00405-020-06250-x. Epub 2020 Aug 4. Erratum in: *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020 Aug 29; PMID: 32749609.
- 30.Mantsopoulos K, Müller S, Agaimy A, Goncalves M, Koch M, Wüst W, Bohr C, Iro H. Extracapsular dissection in the parapharyngeal space: benefits and potential pitfalls. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Sep;55(7):709-713. doi: 10.1016/j.bjoms.2017.05.013. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28629831.
- 31.Ehrlich H. Mixed tumors of the pterygomaxillary space; operative removal; oral approach. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1950; 3(11):1366-71.26.
- 32.Markou K, Blioskas S, Krommydas A, Psillas G, Karkos P. Transoral Resection of Giant Parapharyngeal Space Tumors via a Combined Surgical Approach. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2019 Mar;31(103):87-96. PMID: 30989074; PMCID: PMC6449533.
- 33.Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z, Fliss DM. Surgical management of parapharyngeal space tumors-a 10 year review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:401-6.
- 34.Goodwin WJ Jr, Chandler JR. Transoral excision of lateral pharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope* 1988; 98: 266-9.
- 35.Chu F, Tagliabue M, Giugliano G, Calabrese L, Preda L, Ansarin M. From transmandibular to transoral robotic approach for parapharyngeal space tumors. *Am J Otolaryngol*. 2017 Jul-Aug;38(4):375-379. doi: 10.1016/j.amjoto.2017.03.004. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28390805.
- 36.Chen AM, Garcia J, Bucci MK, Quivey JM, Eisele DW. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: long-term outcome of patients treated with radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006 Nov 15;66(4):1031-5. doi: 10.1016/j.ijrobp.2006.06.036. PMID: 17145531.



Δυτική Γερμανία, 1964

Επιμέλεια συνέντευξης:
Παπαχαράλαμπος Γεώργιος

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Παπαχαράλαμπος Γεώργιος
MD, PhD, FEB ORL-HNS, Επιμελητής Α',
ΩΡΛ Κλινική ΓΝΑ: «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα
Τηλ.: +302132039173
Email: poulador@yahoo.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022

Interviewer:
Papacharalampous Georgios

Corresponding author:
George Papacharalampous MD, PhD,
FEB ORL-HNS Consultant ENT, ENT Dept.
"ELPIS" General Hospital, Athens
Tel.: +302132039173
Email: poulador@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 43 - Issue 4, 2022

Συνέντευξη με τον Ομότιμο Καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Ελευθέριο Φερεκύδη

Interview with Professor Emeritus of Otorhinolaryngology of the University of Athens Eleftherios Ferekidis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ομότιμος Καθηγητής της Ωτορινολαρυγγολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών Ελευθέριος Φερεκύδης ανέπτυξε ευρύ ερευνητικό – επιστημονικό έργο πάνω σε μεθόδους αποκατάστασης της ακοής. Με τη «χονδροτυμπανοπλαστική μέθοδο», που εφάρμοσε για πρώτη φορά στο Ιπποκράτειο Αθηνών, αναφερόμενη έκτοτε στη διεθνή βιβλιογραφία ως «Μέθοδος Φερεκύδη», κατάφερε να αποκαταστήσει την ακοή με ανασύσταση του τυμπάνου από «υλικά» του ίδιου του ασθενούς. Ο Καθηγητής μας μιλά για τη συγκεκριμένη μέθοδο, αλλά και για την πολυετή του νοσοκομειακή και επιστημονική παρουσία και προσφορά, καθώς και για την κατάσταση στα Πανεπιστήμια και τα Νοσοκομεία της χώρας.

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Γεννήθηκε στην Κωνσταντινούπολη. Είναι απόφοιτος του Ζωγραφείου Λυκείου και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κωνσταντινούπολης. Έχει αποκτήσει τον τίτλο ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας και έχει εργασθεί ως Επιμελητής και ως Αναπληρωτής Διευθυντής στη Δυτική Γερμανία (Ιατρικός Σύλλογος Nordrhein, Dusseldorf). Εν συνεχεία διετέλεσε Επιμελητής, Υφηγητής, Επίκουρος Καθηγητής, Αναπληρωτής Καθηγητής και Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Από το 2001 μέχρι το 2008 διετέλεσε Διευθυντής της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Παν/μίου Αθηνών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Είναι μέλος πολλών Επιστημονικών Εταιρειών, ελληνικών και ξένων και Μέλος της συντακτικής επιτροπής Επιστημονικών Περιοδικών ελληνικών και ξένων. Διετέλεσε «Εκπαιδευτής» [Instruktor] της Αμερικανικής και Γερμανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας και Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου. Είναι Επισκέπτης Καθηγητής ΩΡΛ Κλινικών στη Γερμανία και Αμερική. Έχει συγγράψει περισσότερες από 160 ξενόγλωσσες εργασίες σε περιοδικά του εξωτερικού και έχει τιμηθεί με τον τίτλο του επίτιμου μέλους της Παγερμανικής Εταιρείας της Ωτορινολαρυγγολογίας.

Κύριε Φερεκύδη αποφοιτήσατε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Κωνσταντινούπολης, αλλά στη συνέχεια επιλέξατε την ακαδημαϊκή σταδιοδρομία στην Ελλάδα. Θεωρείτε ότι το ακαδημαϊκό μας σύστημα «πάσχει»;

Η ακαδημαϊκή σταδιοδρομία στην Ελλάδα για κάποιους είναι πολύ εύκολη, αλλά για κάποιους υπερβολικά δύσκολη. Με αυτό εννοώ ότι η νοοτροπία, τουλάχιστον παλαιότερα, δημιουργούσε στεγανά και δυσκόλευε την εξέλιξη των πανεπιστημιακών δασκάλων. Πράγμα το οποίο ευτυχώς με την πάροδο του χρόνου εξέλπει.

Για μία οκταετία (2001-2008) διευθύνετε την Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων;

Η κατάσταση των δημόσιων νοσοκομείων, παρά τα όσα καταμαρτυρούνται – και κάποια από αυτά είναι και σωστά – δεν είναι τόσο κακή. Ενώ ότι πολλά δημόσια νοσοκομεία, όπως το Ιπποκράτειο, για το οποίο έχω πλήρη εικόνα, έχει άρτια εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό και αξιόλογες δυνατότητες, από άποψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και νοσηλευτικής κάλυψης.



ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Χειρουργείο, 2000

Υπηρετήσατε την ειδικότητα σας από πολλές θέσεις, νοσοκομειακές και ακαδημαϊκές, στην Ευρώπη (κυρίως στη Γερμανία) και στις ΗΠΑ. Θα θέλατε να κάνετε μία σύγκριση;
Πουθενά δεν είναι όλα τέλεια. Υπάρχουν και στο εξωτερικό πολλές δυσκολίες. Για παράδειγμα, στην Αμερική, τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν, εκ πρώτης όψεως, υπηρεσίες υγείας καλύτερες από την Ελλάδα, αλλά πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι εκεί η υγεία είναι κατεχόμενη ιδιωτική. Από την άλλη πλευρά, στην Ελλάδα υπήρχε, τουλάχιστον μέχρι πρότινος, ουσιαστική δημόσια κάλυψη της υγείας. Στη Γερμανία, η λειτουργία των νοσοκομείων διέπεται από κανόνες, οι οποίοι τηρούνται απαρεγκλίτως από όλους, ενισχύοντας την εύρυθμη λειτουργία τους. Δεν υπάρχει σύγκριση με τον τρόπο λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων. Εκεί υπάρχουν συνθήκες, οι οποίες αναδεικνύουν το επιστημονικό έργο.

Έχετε συγγράψει πολλές ξενόγλωσσες εργασίες και εκατοντάδες επιστημονικά άρθρα. Πού εστιάζατε την ερευνά σας;

Οι εργασίες μου κινήθηκαν γύρω από την εφαρμογή προηγμένων τεχνικών για τη «διαφορική διάγνωση» των παθήσεων, που προκαλούν βαρηκοΐα, την διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας του χορδοστεατώματος, την ανάπτυξη νέων χειρουργικών τεχνικών, με τις οποίες αντιμετωπίζεται διεθνώς η βαρηκοΐα αλλά και τη μελέτη του καρκίνου του λάρυγγα, ειδικότερα ως προς το κάπνισμα.

Μιλήστε μας ειδικότερα για τις χειρουργικές μεθόδους, που εφαρμόσατε για πρώτη φορά στην Ελλάδα, με στόχο τη χειρουργική θεραπεία της βαρηκοΐας.

Όταν, πριν από περίπου 30 χρόνια, είχε ξεκινήσει η τυμπανομετρία στο εξωτερικό, ως διαγνωστική μέθοδος για τις παθήσεις του αυτιού, την εφαρμόσαμε πολύ γρήγορα, για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Στη συνέχεια την εφαρμόσαμε ως «τυμπανομετρία πολλαπλών συχνοτήτων». Στα δεδομένα αυτής της μεθόδου στηρίχθηκαν οι προσπάθειές μας τόσο για τη διάγνωση όσο και για την αξιολόγηση των χειρουργικών τεχνικών βελτίωσης της ακοής. Αποτέλεσμα αυτής της δραστηριότητας ήταν η ανάπτυξη διαγνωστικών και χειρουργικών μεθόδων, που ορισμένες αναφέρονται ήδη

επώνυμα, σε κλασικά βιβλία χειρουργικής ΩΡΛ.

Συγκεκριμένα η μέθοδος της χονδροτυμπανοπλαστικής περιλαμβάνεται με την επικεφαλίδα "FEREKIDIS CHONDROTYMPANOPLASTY" στο νέο βιβλίο "CARTILAGE TYMPANOPLASTY" του εκδοτικού οίκου THIEME VERLAG (2009) του Καθηγητή Μ. ΤΟΣ, σε περίοπτη θέση.

Ακόμη, η μέθοδος "Μικροτραυματική Αναβολοτομή", η οποία εξελίχθηκε στη δεκαετία του 2000 στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, κατά την περίοδο που υπηρετούσα, περιλαμβάνεται στο βιβλίο "Stapes Surgery", του εκδοτικού οίκου KARGER VERLAG (SWISS) 2008, του Καθηγητή W. ARNOLD. Παράλληλα, η επιστημονική κινητικότητα με την οργάνωση διεθνών σεμιναρίων στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, σε συνεργασία με διάφορα πανεπιστήμια της Ευρώπης, έδωσε σοβαρό προβάδισμα, σε διεθνές επίπεδο, στην ΩΡΛ κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ειδικότερα, η τεχνική της χονδροτυμπανοπλαστικής παρουσιάζεται κατόπιν προσκλήσεων σε συνδυασμό με εγχειρήσεις σε επίσημα Σεμινάρια στο Πανεπιστήμιο Magdeburg το 1997 και το επόμενο έτος (1998) στο Πανεπιστήμιο Κρακοβίας της Πολωνίας. Συγκεκριμένα, οργανώθηκε Χειρουργικό Σεμινάριο για τη διδασκαλία της χονδροτυμπανοπλαστικής με ταυτόχρονες εγχειρήσεις στο Πανεπιστήμιο Κρακοβίας το έτος 1998 σε συνεργασία με τον τ. Πρόεδρο της Αμερικάνικης Ακαδημίας της Λαρυγγολογίας και υπεύθυνο των διεθνών υποθέσεων της Ακαδημίας (έδρα Washington, USA).

Μιλήστε μας περισσότερο για τη βάση όλων αυτών, την τυμπανομετρία πολλαπλών συχνοτήτων, με την οποία επιτυγχάνεται λεπτομερής μελέτη της λειτουργίας του αυτιού. Τι ακριβώς είναι;

Πράγματι με την «Τυμπανομετρία Πολλαπλών Συχνοτήτων» επιτυγχάνεται η μέτρηση πολλών παραμέτρων δόνησης του τυμπανικού υμένα. Αυτό σημαίνει ότι, όταν δονείται το τύμπανο, μετράμε τη δυσκαμψία, την αδράνεια, την τριβή και ακόμη τη συχνότητα συντονισμού του λεγόμενου «τυμπανο-οσταριώδους συστήματος». Με την εφαρμογή των μεθόδων αυτών αποδεικνύεται για πρώτη φορά διεθνώς (το 1978) ότι η βαρηκοΐα λόγω υποθυρεοειδισμού είναι μικτού τύπου και αναστρέψιμη (εργασία στο περιοδικό Arch Oto Rhinolaryngol 219(2);1978, Scienc Cit Index), αναφέρεται δε στο περιοδικό Selecta Heft 6, 1979 και στο βιβλίο «Clinical Aspects of Inner Ear Deafness: E. Lehnhart, 1986, "Springer". Ανάλογη πρωτότυπη ερευνητική δραστηριότητα αποτελεί η μελέτη της ακουστικής λειτουργίας ουραιμικών ασθενών ευρισκομένων σε αιμοκάθαρση (Εργασία στο περιοδικό Arch OtoRhinolaryngol 233, 1979 Scienc.Cit.Index).

Ενδιαφέρον ακόμη είναι ότι οι μετρήσεις τυμπανομετρίας πολλαπλών συχνοτήτων εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά διεθνώς για την αξιολόγηση των διαφόρων χειρουργικών τεχνικών για την αποκατάσταση της βαρηκοΐας στην Πανεπιστημιακή Κλινική, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Αποτέλεσμα ήταν η ανάπτυξη της «χονδροτυμπανοπλαστικής» αλλά και της «μικροτραυματικής αναβολοτομής», μιας χειρουργικής μεθόδου, που εφαρμόζεται στην ωτοσκληρήνωση του αναβολέα, αρκετά συχνή ασθένεια στην πατρίδα μας.



ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Δεκαετία 2000

Εφαρμόσατε, λοιπόν, τη «χονδροτυμπανοπληστική» για πρώτη φορά στο Ιπποκράτειο, χρησιμοποιώντας «υλικά» από τον χόνδρο του αυτιού του ίδιου του ασθενή. Ποια τα αποτελέσματα;

Πριν από εικοσιπέντε χρόνια αναπτύξαμε αυτήν τη μέθοδο, τη χονδροτυμπανοπληστική, με σκοπό να επιτευχθεί κατασκευή νέου τυμπάνου, από ένα υλικό πιο ανθεκτικό από το φυσικό, ώστε να μην καταστρέφεται εύκολα μετά την εγχείρηση. Ο χόνδρος, όμως, που θα αντικαθιστούσε το τύμπανο, επειδή δεν είναι λεπτεπίλεπτος, όπως ο φυσικός τυμπανικός υμένας, σκεφτόμασταν ότι θα δημιουργούσε ενδεχόμενα πρόβλημα στην ακοή. Για τον λόγο αυτόν, ο χόνδρος χρησιμοποιείτο επιλεκτικά. Το πρόβλημα το ξεπεράσαμε με τη βοήθεια ενός Μεσσήνιου ασθενούς, που ανέλαβε την ευθύνη, λέγοντας χαρακτηριστικά πριν από την εγχείρηση: «Εμένα με ενδιαφέρει το τύμπανο για να μπορώ να κάνω βουτιές. Για την ακοή, και λίγο να ακούω μου φτάνει. Αναλαμβάνω την ευθύνη». Με τη βοήθειά του προχωρήσαμε, αφού και με την Τυμπανομετρία Πολλήλαπλων Συχνοτήτων ήμασταν σχεδόν βέβαιοι ότι όλα θα πήγαιναν καλά. Έτσι αναπτύχθηκε η μέθοδος, που αναφέρεται σε ένα από τα πιο έγκυρα συγγράμματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, σε ειδικό κεφάλαιο λεπτομερώς, συνοδευόμενη με τα ανάλογα γραφήματα και γραφικές παραστάσεις. Ανάλογη πορεία είχε και η «μικροτραυματική αναβολοτομή», η οποία, πλέον, περιλαμβάνεται στο έγκυρο Διεθνές Εγχειρίδιο Χειρουργικής της Ωτοσκληρήνωσης. Ενδιαφέρον είναι να προσθέσω, πριν πάμε στο τέλος, την πολύ σημαντική παρατήρηση μας όσον αφορά την Παθογένεια του χολοστεατώματος. Διαπιστώθηκε η εμπλοκή του ιού HPV στον παθογενετικό μηχανισμό του χολοστεατώματος. Ενδιαφέρον είναι ότι τα ιογενή κύτταρα δηλαδή, τα κοιλοκύτταρα ανευρέθηκαν μόνο στο εκτεταμένο καταστροφικό χολοστεάτωμα και όχι στο περιχαρακωμένο, περιορισμένο στο επιτυμπάνιο, μικρό χολοστεάτωμα.

Ωστόσο, έχετε ασχοληθεί και με τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του λάρυγγα. Τι θα λέγατε στους καπνιστές;

Οι καπνιστές πρέπει να γνωρίζουν ότι το κάπνισμα επιστημονικά θεωρείται, πλέον, υπεύθυνο για τον καρκίνο του λάρυγγα. Παρατηρήσαμε ότι ορισμένοι ασθενείς με τον ίδιο καρκίνο είχαν ευνοϊκότερη ανταπόκριση στην ίδια θεραπεία έναντι άλλων. Έτσι, θεωρήσαμε απαραίτητο να ασχοληθούμε με την αξιολόγηση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου του λάρυγγα, σε συνεργασία με το εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας του καθηγητή κ. Β. Γολεμάτη στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο. Προέκυψαν σημαντικά ερευνητικά αποτελέσματα, που δημοσιεύθηκαν σε έγκυρα διεθνή ιατρικά περιοδικά.

Ποιο «κομμάτι» της ειδικότητάς σας τράβηξε περισσότερο το επιστημονικό σας ενδιαφέρον;

Ως μικροχειρουργός, επειδή η μικροχειρουργική εφαρμόζεται σε όλους τους τομείς της ειδικότητάς μας, θα έλεγα ότι βρίσκω ενδιαφέροντες όλους, γι' αυτό και δεν περιορίστηκα μόνο στην Ωτολογία. Ο μέγας Ιπποκράτης έλεγε «ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρά...». Βάσει αυτού θα έλεγα ότι η ιατρική είναι μια συνεχής μελέτη και έρευνα. Μια αέναη αναζήτηση αιτίων και θεραπειών, που άλλοτε καταλήγουν σε αποτέλεσμα, που παραδίδεται ως διδασκαλία στους επομένους, άλλοτε όχι. Έτσι, η αναζήτηση θα πρέπει να συνεχίζεται.

Με το επώνυμό σας να έχει την ίδια γραφή με αυτήν του αρχαίου Αθηναίου ιστορικού Φερεκύδη και μιας και γεννηθήκατε στην Κωνσταντινούπολη, πώς θα σχολιάζατε σήμερα τις επιστημονικές και άλλες σχέσεις των δύο «φίλων» χωρών;

Το επώνυμό μου το είχε και ένας γιατρός της ελληνιστικής εποχής, εκτός από τον φιλόσοφο τον Αθηναίο γενεαλόγο (όχι ιστορικό), που αναφέρατε. Όσον αφορά τώρα στις σχέσεις με την Τουρκία, έχω να σας πω ότι πρέπει οι δύο λαοί να εγκαταλείψουν τις προκαταλήψεις και το πράγματι κακό παρελθόν τους. Παρά το ότι δεν έχω τις καλύτερες αναμνήσεις μεταχείρισης από το τουρκικό κράτος, του οποίου ήμουν πολίτης (με τουρκικό διαβατήριο) άλλης εθνικότητας, πιστεύω ότι οι λαοί θα πρέπει να δίνουν έμφαση σε ό,τι τους ενώνει, πράγμα το οποίο δεν είναι πάντα δυνατό.

Τι σας ώθησε στην Ιατρική- Ωτορινολαρυγγολογία;

Από παιδί είχα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα βιολογικά θέματα. Δεν είναι τυχαίο ότι η πρώτη μου μελέτη στη Β' Λυκείου στο Ζωγράφειο Γυμνάσιο της Κωνσταντινούπολης αναφερόταν στους «Μυστηριώδεις διηθητούς ιούς». Όσο για την Ωτορινολαρυγγολογία, η επιλογή επηρεάστηκε και από την ανάγκη κάλυψης της ειδικότητας στο ελληνικό νοσοκομείο της Κωνσταντινούπολης. Την εποχή εκείνη οι νέες μικροχειρουργικές επεμβάσεις δεν υπήρχαν στο δικό μας νοσοκομείο. Όταν, όμως, έπρεπε να επιστρέψω από την τότε Δυτική Γερμανία στην πατρίδα, όπως ενημερώθηκα από τους εκεί συναδέλφους η θέση των Ελλήνων της Πόλης ήταν δεινή, η ζωή και το μέλλον τους αβέβαιο, αφού δεν είχαν την απαραίτητη διπλωματική και κυρίως ηθική υποστήριξη από την Ελλάδα. Η κατάσταση αυτή κατέστησε σχεδόν αδύνατη την επιστροφή μου στην Πόλη και με έφερε οριστικά στην Ελλάδα.

Μηλιώνη Αθανασία¹
 Κόλλια Παρασκευή¹
 Ανδρεάκης Διονύσιος²
 Καραγεώργος Γεράσιμος¹
 Νταβίλης Δημήτριος¹
 Παπαχαράλαμπος Γεώργιος¹

¹ΩΡΛ Κλινική,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ»
²Γναθοχειρουργικό Ιατρείο,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ»

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
 Παπαχαράλαμπος Γεώργιος
 MD, PhD, FEB ORL-HNS, Επιμελητής Α', ΩΡΛ
 Κλινική ΓΝΑ: «Η ΕΛΠΙΣ», Αθήνα

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 43 - Τεύχος 4, 2022

Milioni Athanasia¹
 Kollia Paraskevi¹
 Andreasakis Dionysios²
 Karageorgos Gerasimos¹
 Davilis Dimitrios¹

Papacharalampous George¹
¹ENT Dept "ELPIS" General Hospital, Athens
²Maxillofacial Surgery Dept,
 "ELPIS" General Hospital, Athens

Corresponding author:
 George Papacharalampous
 MD, PhD, FEB ORL-HNS
 Consultant ENT, ENT Dept.
 "ELPIS" General Hospital, Athens
 Τηλ. +302132039173
 Email: poulador@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 43 - Issue 4, 2022

Οδοντογενής ιγμορίτιδα: Παρουσίαση δύο περιστατικών και σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Odontogenic sinusitis: Report of two cases and review of the current literature

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η στενή ανατομική σχέση του γναθιαίου άντρου με τις ρίζες των οπίσθιων οδόντων της άνω γνάθου το καθιστά ευάλωτο σε φλεγμονές και θεραπευτικούς χειρισμούς της οδοντοφατνιακής περιοχής, με πιθανό επακόλουθο την ανάπτυξη οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Αποτυχία αναγνώρισης του οδοντικού αιτίου της ρινοκοιλίτιδας οδηγεί σε παρατεταμένη νοσηρότητα και ανεπιτυχείς ιατρικές παρεμβάσεις. Παρουσιάζονται δύο περιστατικά οδοντογενούς ιγμορίτιδας μετά από ενδοδοντική θεραπεία και επακόλουθη στοματοκοιλιακή επικοινωνία, που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας το τελευταίο εξάμηνο. Ακολουθώντας, συζητείται η παθοφυσιολογία, η κλινική και ακτινολογική εικόνα και η αντιμετώπιση, μέσω σύντομης ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιστατικών: Το πρώτο περιστατικό αφορά γυναίκα 56 ετών με μονόπλευρη ρινοκοιλίτιδα αριστερού γναθιαίου άντρου μετά από ενδοδοντική θεραπεία του 1ου γομφίου της άνω γνάθου (#26). Η διερεύνηση με αξονική τομογραφία και πανοραμική ανέδειξε επέκταση του ενδοδοντικού υλικού (κόνος γουταπέρκας) εντός του άντρου. Το δεύτερο περιστατικό αφορά γυναίκα 62 ετών με μονόπλευρη ρινοκοιλίτιδα δεξιού γναθιαίου άντρου μετά από ενδοδοντική θεραπεία του 1ου γομφίου της άνω γνάθου (#15) και στοματοκοιλιακή επικοινωνία. Η απεικόνιση με dental scan, έδειξε πλήρη κατάληψη του σύστοιχου ιγμορείου και παρουσία ξένου σώματος εντός αυτού. Και στις δυο ασθενείς πραγματοποιήθηκε συνδυασμένη χειρουργική προσέγγιση, ενδορρινικά και ενδοστοματικά. Διενεργήθηκε ενδοσκοπική μέση ρινολαρυγγία, εξαγωγή του παθολογικού οδόντος, ενώ η σύγκληση της προκύπτουσας στοματοκοιλιακής επικοινωνίας πραγματοποιήθηκε με τοπικούς πρωθητικούς κρημούς. Κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση, δεν έχει προκύψει υποτροπή.

Συμπέρασμα: Η οδοντογενής ιγμορίτιδα αποτελεί μία υποδιαγνωσμένη παθολογία με διακριτούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, μικροβιολογία και θεραπευτική προσέγγιση. Ασθενείς με μονόπλευρη νόσο στο γναθιαίο άνω και δύσσομες ρινικές εκκρίσεις σύστοιχα σε συνδυασμό με ιστορικό πρόσφατων οδοντιατρικών εργασιών ή κακής οδοντικής υγιεινής, θέτουν την υποψία πιθανής οδοντικής αιτιολογίας ρινοκοιλίτιδας. Η αξονική τομογραφία/dental scan αποτελεί την εξέταση εκλογής για την ακριβή διάγνωση. Η αντιμετώπιση της συνίσταται σε συνδυασμό αντιβιοτικής αγωγής, ενδοστοματικής χειρουργικής και ενδοσκοπικής χειρουργικής ρινός-παραρρινίων μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης.

Λέξεις Κλειδιά: Ρινοκοιλίτιδα, Οδοντογενής ιγμορίτιδα, Στοματοκοιλιακή επικοινωνία, Ενδοσκοπική χειρουργική ρινός-παραρρινίων

ABSTRACT

Introduction: Odontogenic sinusitis is an inflammatory condition of the maxillary sinus that is a result of dental pathology or dentoalveolar procedures, due to the close anatomical relationship between maxillary sinus floor and posterior teeth root apices. Failure for accurate identification of odontogenic sources of sinusitis can lead to prolonged morbidity and diminished efficacy of medical and surgical treatments. In the present study, two cases of odontogenic sinusitis followed endodontic treatment with consequent oroantral fistulas are presented. Pathophysiology, clinical and radiological findings and treatment strategies are addressed along with a review of the current literature.

Cases' presentation: The first case concerns a 56-year-old woman with unilateral maxillary sinus symptoms starting after endodontic treatment of the left permanent maxillary 1st molar (#26). Investigation with CT scan and panoramic radiograph revealed overextension of root filling material into the maxillary sinus. The second case concerns a 62-year-old woman with unilateral maxillary sinusitis after endodontic treatment of the right permanent maxillary 1st molar (#15) and oroantral fistula. Dental scan showed maxillary sinus opacification and the presence of foreign body in it. Both patients underwent surgery via combined surgical approach, oral and endonasal. Endoscopic medial maxillary antrostomy was conducted, followed by dental extraction of the causative tooth and repair of the oroantral communication using local mucosal flaps. No recurrence has occurred during follow-up.

Conclusion: Odontogenic sinusitis is an underdiagnosed entity with distinct pathophysiology, microbiology and treatment modalities. Unilateral maxillary sinus pathology with nasal obstruction and foul rhinorrhea in combination with a history of a recent dental procedure or poor dentition should raise suspicion of potential dental cause of sinusitis. CT is the current gold standard for accurate diagnosis. Treatment may include antibiotic therapy, oral surgery, and/or endoscopic surgery through a multidisciplinary team approach.

Key words: Rhinosinusitis; Odontogenic sinusitis; Oroantral communication; endoscopic sinus surgery (ESS)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στενή ανατομική σχέση του γναθιαίου (ιγμορείου) άντρου με τις ρίζες των οπίσθιων οδόντων της άνω γνάθου το καθιστά ευάλωτο σε επιλοίμωξη από φλεγμονές και θεραπευτικούς χειρισμούς της οδοντοφατνιακής περιοχής. Η περιακρορριζική φλεγμονή είναι η συχνότερη επιπλοκή, συχνά ως αποτέλεσμα ατελούς ενδοδοντικής θεραπείας. Το αποτέλεσμα είναι η οδοντογενής ιγμορίτιδα και το οδοντογενές εμπύημα του ιγμορείου άντρου με τις συνεπακόλουθες επιπλοκές τους (συστηματικές, οφθαλμικές, ενδοκρανιακές). Η οδοντογενής ιγμορίτιδα αποτελεί έως και το 40% των περιπτώσεων μονόπλευρης φλεγμονής του γναθιαίου άντρου και σε περίπτωση που δεν αναγνωριστεί έγκαιρα το οδοντοφατνιακό παθογόνο αίτιο, οδηγεί σε ανθεκτικές στη θεραπεία σοβαρές φλεγμονές με συχνότερες επιπλοκές^{1,2}.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε δύο περιστατικά οδοντογενούς ιγμορίτιδας μετά από ενδοδοντική θεραπεία και επακόλουθη στοματοκοιλιακή επικοινωνία, που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς στην κλινική μας το τελευταίο εξάμηνο με συνεργασία των ειδικοτήτων της Ωτορινολαρυγγολογίας και της Στοματικής-Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Ακολουθώντας, συζητείται η παθοφυσιολογία, η κλινική και ακτινολογική εικόνα και η αντιμετώπιση της κλινικής αυτής οντότητας, μέσω σύντομης ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

1ο Περιστατικό

Γυναίκα 56 ετών, με ατομικό αναμνηστικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto, προσήλθε στην Κλινική μας αιτιώμενη μονόπλευρη ρινική συμφόρηση, δύσσομες ρινικές εκκρίσεις από την αριστερή ρινική θαλάμη και προσωπαλγία σύστοιχα από 10μήνου περίπου.

Η ασθενής είχε λάβει διάφορα θεραπευτικά σχήματα (αντιβιοτικά, ρινικά αποσυμφορητικά, αντιισταμινικά) χωρίς όμως αποτέλεσμα. Από το οδοντιατρικό ιστορικό, είχε υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπεία και προσθετική αποκατάσταση στον 1ο γομφίο της άνω γνάθου αριστερά (#26) προ έτους. Κατά την άκαμπτη ενδοσκόπηση, διαπιστώθηκε έντονη ρινική συμφόρηση με πολυποειδή εκφύλιση του ρινικού βλεννογόνου και παρουσία πυώδων εκκρίσεων στο μέσο ρινικό αριστερά. Η αξονική τομογραφία ανέδειξε πλήρη κατάληψη του αριστερού γναθιαίου άντρου από χαμηλής πυκνότητας αλλοιώσεις και επέκτασή τους προς το σύμπλεγμα πόρων και στομιών (ostiomeatal complex) σε επαφή με τη μέση ρινική κόγχη, καθώς και οστικό έλλειμμα στο έδαφος του αριστερού ιγμορείου διαμέτρου 6 χιλιοστών περίπου, σημεία ενδεικτικά οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Η ψηφιακή πανοραμική ακτινογραφία επιβεβαίωσε την παρουσία υλικού (κώνου γουταπέρκας) στο #26, που εκτείνεται πέραν του ακρορριζίου εντός του γναθιαίου άντρου. Η ασθενής υποβλήθηκε υπό γενική αναισθησία σε συνδυασμένη χειρουργική προσέγγιση ενδορρινικά και ενδοστοματικά. Αρχικά, διενεργήθηκε ενδοσκοπική μέση ρινοαντροστομία αριστερά τύπου III. Κατά τη διάνοιξη του κόλπου, διαπιστώθηκε η πλήρωσή του με πυώδες έκκριμα, έγινε προσεκτική απόξεση των τοιχωμάτων του ιγμορείου άντρου και απομάκρυνση του φλεγμονώδους βλεννογόνου. Ακολούθησε η εξαγωγή του οδόντος #26 ενδοστοματικά μαζί με το υλικό της ενδοδοντικής θεραπείας (κόνος γουταπέρκας) (1ο περιστατικό: Εικ.1-2). Κατά την απομάκρυνση του οδόντος διαπιστώθηκε στοματοκοιλιακή επικοινωνία περί του 1εκ., η οποία αποκαταστάθηκε με κινητοποίηση παρειακού προωθητικού κρημνού και συρραφή του με τον υπερώιο βλεννογόνο.



Εικ.1 Προεγχειρητική απεικόνιση 1ου περιστατικού.

Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή (αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό) και αποσυμφορητικό ρινικό εκνέφωμα, έγινε σίτιση με μαλακές τροφές και εδόθησαν οδηγίες για αποφυγή άσκησης θετικής ή αρνητικής πίεσης στην περιοχή. Η ασθενής εμφάνισε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η αφαίρεση των ραμμάτων πραγματοποιήθηκε τη 10η μετεγχειρητική ημέρα και ακολούθησε αγωγή με κορτιζονούχο ρινικό εκνέφωμα και ρινοπλύσεις. Κατά τον επανέλεγχο σε διαστήματα ενός, τριών και έξι μηνών, η ασθενής ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων, χωρίς εικόνα υποτροπής.

2ο Περιστατικό

Γυναίκα ασθενής 62 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, παραπέμφθηκε από οδοντίατρο για συνδυασμένη αντιμετώπιση πιθανού στοματοκολπικού συριγγίου. Από το οδοντιατρικό της ιστορικό, είχε υποβληθεί σε ενδοδοντική θεραπείας προ δετίας στο 2ο προγόμφιο της άνω γνάθου δεξιά (#15). Η απεικόνιση με dental scan αναδείκνυε περιακρορριζική αλλοίωση στο #15 με

βαθύ περιοδοντικό θύλακο στην εγγύς επιφάνεια καθώς και κατάληψη του δεξιού ιγμορείου άντρου με συνοδό παρουσία υλικού, πιθανά τμήματος κώνου γουταπέρκας με εμφρακτικό φύραμα.

Η ασθενής έπασχε από διαλείπουσα πυόρροια από την ουλοδοντική σχισμή του εμπλεκόμενου οδόντα, άλγος κατά τη μάσηση και την επίκρουση, βάρος στη δεξιά προσωπική χώρα και διαλείπουσα πυόρροια και συμφόρηση από τη δεξιά ρινική θαλάμη.

Αποφασίστηκε να αντιμετωπιστεί με συνδυαστική προσέγγιση στο χειρουργείο, όπου υπό γενική αναισθησία προηγήθηκε η εξαγωγή του οδόντος #15, στη συνέχεια έγινε η ενδοσκοπική μέση ρινοαντροστομία δεξιά, ευρεία, τύπου III, με παροχέτευση πυώδους περιεχομένου και αφαίρεση του πεπαχυσμένου, φλεγμονώδους βλεννογόνου. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε διαστοματικά. Έγινε ανάσπαση του παρειακού κρημνού, διαπιστώθηκε οστικό έλλειμμα στο παρειακό φατνιακό πέταλο και δημιουργήθηκε οστικό παράθυρο στο πρόσθιο τοίχωμα του ιγμορείου άντρου. Μέσω του οστικού παραθύρου αφαιρέθηκε το υλικό της ενδοδοντικής



Εικ.2 Διεγχειρητικές εικόνες 1ου περιστατικού



Εικ.3 Προεγχειρητική απεικόνιση 2ου περιστατικού



Εικ.4 Διεγχειρητικές εικόνες 2ου περιστατικού, εξαγωγή #15, αρχικό έλλειμμα στο παρειακό φατνιακό πέταλο



Εικ.5 Διεγχειρητικές εικόνες 2ου περιστατικού, τελικό οστικό παράθυρο

θεραπείας (κώνος γουταπέρκας) από το έδαφος του ιγμορείου. Στη συνέχεια έγινε σύγκληση της στοματοκοιλιακής επικοινωνίας με κινητοποίηση του παρειακού και του υπερώιου κρημνού (2ο περιστατικό: Εικ.3-5).

Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, σιτίστηκε με μαλακές τροφές και της συστήθηκε να αποφεύγει το φύσημα της μύτης. Τα ράμματα αφαιρέθηκαν την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα και η ασθενής ξεκίνησε ρινικές πλύσεις και ρινικό εκνέφωμα προπιονικής φλυουκαζόνης. Στις επανεξετάσεις, μέχρι σήμερα, πέντε μήνες μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση, δεν έχει παρουσιάσει κλινική και ενδοσκοπική εικόνα υποτροπής της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ή παρουσία στοματοκοιλιακού συριγγίου, ενώ σιτίζεται πλέον ελεύθερα χωρίς άλλους περιορισμούς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οδοντογενής ιγμορίτιδα υπολογίζεται ότι αφορά το 10-40% των περιπτώσεων ρινοκοιλίτιδας^{2,3}, ενώ σε μεμονωμένες μελέ-

τες το ποσοστό αυτό ανέρχεται έως και το 75% σε μονόπλευρες φλεγμονές του γναθιαίου άντρου⁴. Το γυναικείο φύλο εμφανίζει ελαφρώς μεγαλύτερη προδιάθεση με αναλογία 1:1,3-1,4 και συχνότερη εμφάνιση μεταξύ της 4ης και 6ης δεκαετίας της ζωής^{3,5,6}. Παρά την αυξημένη αυτή συχνότητα, η αναγνώριση των οδοντικών παθολογιών ως γενεσιουργού αιτίας της χρόνιας ρινοκοιλίτιδας (CRS) συχνά δεν επιτυγχάνεται, με αποτέλεσμα την αποτυχία των συμβατικών θεραπειών της CRS, την εμφάνιση των συμπτωμάτων και την έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών⁴.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οποιαδήποτε αιτία προκαλέσει διάσπαση της μεμβράνης του Schneider, η οποία επενδύει το τοίχωμα του γναθιαίου άντρου, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Έχουν αναγνωριστεί πολυάριθμοι αιτιολογικοί παράγοντες, που μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 4 ευρείες κατηγορίες: φλεγμονώδεις, ιατρογενείς, τραυματικοί και νεοπλασματικοί⁷.

Μία συστηματική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε 674 ασθενείς κατέληξε ότι η κύρια αιτία της οδοντογενούς ιγμοδίτιδας είναι η ιατρογενής, αντιπροσωπεύοντας το 65,7% των περιπτώσεων, με τις περιακρορριζικές παθολογίες (ακρορριζικά κοκκιώματα, οδοντογενείς κύστες και ακρορριζική περιοδοντίτιδα) να ακολουθούν με 25,1%⁸. Οι πιο συχνά εμπλεκόμενοι οδόντες είναι ο πρώτος και ο δεύτερος γομφίος, όπως επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη μετανάλυση^{3,8}.

Πιο συγκεκριμένα, οι ιατρογενείς αιτίες, που μπορεί να προκαλέσουν ρινοκολπίτιδα περιλαμβάνουν την εξαγωγή οδόντων (που καταλήγει είτε σε στοματοκολπική επικοινωνία είτε σε μετατόπιση δοντιού /οδοντικών θραυσμάτων/θραυσμάτων υλικών εντός της κοιλότητας του άντρου), την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων /λανθασμένων διαστάσεων, την ενδοδοντική θεραπεία, τις επεμβάσεις ανύψωσης ιγμορείου, τις Le Fort οστεοτομίες κ.α.^{8,9}.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η εισαγωγή μικροβίων στο άσηπτο πολφικό διαμέρισμα, οδηγεί σε φλεγμονή και επακόλουθη νέκρωση. Το φλεγμαίνον και νεκρωτικό περιεχόμενο επηρεάζει την περιακρορριζική περιοχή με το σχηματισμό περιακρορριζικής κύστης, αποστήματος ή κοκκιώματος, ενώ ο σκοπός της ενδοδοντικής θεραπείας είναι να διατηρήσει ή να επαναφέρει την υγιή κατάσταση στους περιακρορριζικούς ιστούς παρά τις μόνιμες εκφυλιστικές αλλοιώσεις του πολφού. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χημικομηχανική επεξεργασία εντός του ριζικού σωλήνα με χρήση μικροεργαλείων και αντισηπτικών ουσιών, όπως το υποχλωριώδες νάτριο και το υδροξείδιο του ασβεστίου και με την έμφραξή του με θερμοπλαστικούς κώνους γουταπέρκας και ευγενολούχο (φύραμα Grossmann) ή μη ευγενολούχο φύραμα¹⁰.

Η συμμετοχή του γναθιαίου άντρου κατά την ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να οφείλεται σε είσοδο των εργαλείων ή των υλικών, εκτός από τη επέκταση της περιακρορριζικής φλεγμονής^{11,12}. Αυτή η παθολογική διάσπαση των περιακρορριζικών ιστών και των παρακείμενων ιστών του εδάφους του γναθιαίου άντρου, οφειλόμενη σε ενδοδοντική θεραπεία περιεγράφηκε πρώτη φορά από το Seldento 1989 με τον όρο "endo-antral syndrome" (EAS) με τα εξής χαρακτηριστικά^{13,14}:

- (1) Πολφική νόσος σε δόντι, του οποίου το ακρορριζίο γεινιάζει με το έδαφος του γναθιαίου άντρου.
- (2) Περιακρορριζική αλλοίωση (ακτινοδιαύγεια) στο εμπλεκόμενο δόντι
- (3) Ακτινογραφική απώλεια της lamina dura, που ορίζει το κάτω όριο του γναθιαίου άντρου πάνω από το εμπλεκόμενο δόντι
- (4) Ακτινογραφικά ευρήματα οιδήματος και πάχυνσης του βλεννογόνου του γναθιαίου άντρου
- (5) Ακτινοσκοπικότητα στους πέριξ ιστούς του ιγμορείου σε σχέση με το αντίπλευρο ιγμόρειο

Η ανατομική σχέση του ιγμορείου άντρου με τα δόντια της άνω γνάθου είναι σύνθετη, οφειλόμενη στη μεγάλη ποικιλομορφία της ανάπτυξης του κόλπου. Περίπου στο 50% του ενήλικου πληθυσμού εκτείνεται εντός της άνω γναθιαίας απόφυσης, σχηματίζοντας

ένα φατνιακό κόλπωμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις το ιγμόρειο έχει στενή σχέση με τις ρίζες των οπίσθιων οδόντων της άνω γνάθου, κυρίως το δεύτερο μόνιμο προγόμφιο και τον πρώτο και δεύτερο μόνιμο γομφίο, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μεγάλης πνευματώσης μπορεί να εκτείνεται έως το κυνικό βοθρίο άνωθεν της ρίζας του μόνιμου κυνόδοντα προς τα εγγύς και έως τις ρίζες των τρίτων μόνιμων γομφίων προς τα άνω^{11,12}.

Το έδαφος του ιγμορείου σχηματίζει κοιλώματα γύρω από τις ρίζες των γειτονικών οδόντων και γύρω από τις ρίζες ενός πολύρριζου δοντιού. Σε αυτά τα κοιλώματα, το φατνιακό οστό, που περιβάλλει τη ρίζα, λεπταίνει, ειδικά με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα οι ρίζες που προβάλλουν εντός του ιγμορείου να καλύπτονται από ένα πολύ λεπτό οστικό πέταλο (το οποίο ενίοτε απουσιάζει) και από το βλεννογόνο του εδάφους του γναθιαίου κόλπου. Το βαθύτερο σημείο του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται μεταξύ πρώτου και δεύτερου γομφίου και οι ρίζες τους είναι αποκεκαλυμμένες σε ποσοστό 2,2% και 2% αντίστοιχα, ενώ σύμφωνα με μελέτες οι συχνότητα στενής εγγύτητας (<0,5mm) των ριζών με το έδαφος του ιγμορείου είναι 45,5% για τους δεύτερους γομφίους, 30,4% για τους πρώτους γομφίους, 19,7% για τους δεύτερους προγομφίους και κοντά στο 0 για τους πρώτους προγομφίους^{11,12}.

Από μελέτες ακτινογραφιών και προσφάτως dental scan έχει ταξινομηθεί η κάθετη και η οριζόντια σχέση των εμπλεκόμενων ριζών με το έδαφος του ιγμορείου σε 5 και 3 κατηγορίες αντίστοιχα ως εξής^{1,11} (Πίνακας 1):

Κάθετη σχέση: Τύπος I: το έδαφος του ιγμορείου βρίσκεται άνωθεν του επιπέδου που συνδέει τα ακρορριζία της παρειακής και της υπερώιας ρίζας, Τύπος II: το έδαφος του ιγμορείου βρίσκεται κάτωθεν του επιπέδου που συνδέει τα ακρορριζία της παρειακής και της υπερώιας ρίζας, χωρίς προβολή ακρορριζίου άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου, Τύπος III: προβολή του ακρορριζίου της παρειακής ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου, Τύπος IV: προβολή της υπερώιας ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου, Τύπος V: προβολή και της παρειακής και της υπερώιας ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου. Όσον αφορά τις σχέσεις σε οριζόντιο επίπεδο, αυτές κατανομούνται σε 3 κατηγορίες: Τύπος I: η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται περισσότερο προς την παρειακή πλευρά, Τύπος II: η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται μεταξύ της παρειακής και της υπερώιας πλευράς και στον Τύπο III: η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται περισσότερο προς την υπερώια πλευρά.

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ

Οι καλλιέργειες, που έχουν ληφθεί από το γναθιαίο άντρο σε οδοντογενή ιγμορίτιδα, εμφανίζουν ποικίλο πολυμικροβιακό πληθυσμό με υπεροχή των αναερόβιων βακτηρίων, όπως Gram αρνητικοί βάκιλλοι, *Peptostreptococcus* spp., και *Fusobacterium* spp. Αερόβια βακτήρια συμπεριλαμβανομένων *Streptococcus* spp. και *Staphylococcus* spp. εντοπίζονται στο 75% των περιπτώσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σύγκριση με τους ασθενείς με

Πίνακας 1 Ταξινόμηση της σχέσης των ριζών με το έδαφος του ιγμορείου άντρου

	Κάθετη σχέση	Οριζόντια σχέση
Τύπος I	το έδαφος του ιγμορείου βρίσκεται άνωθεν του επιπέδου που συνδέει τα ακρορρίζα παρειακής και υπερώιας ρίζας	η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται προς την παρειακή πλευρά
Τύπος II	το έδαφος του ιγμορείου βρίσκεται κάτωθεν του επιπέδου που συνδέει τα ακρορρίζα παρειακής και υπερώιας ρίζας	η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται μεταξύ της παρειακής και της υπερώιας πλευράς
Τύπος III	προβολή παρειακής ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου	η φατνιακή απόφυση του εδάφους του ιγμορείου βρίσκεται προς την υπερώια πλευρά
Τύπος IV	προβολή υπερώιας ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου	
Τύπος V	προβολή υπερώιας ρίζας άνωθεν του εδάφους του ιγμορείου	

Πίνακας 2 Multidisciplinary Clinical Consensus Statement⁵

• Η βέλτιστη αντιμετώπιση της ΟΙ περιλαμβάνει την μεταξύ Ωτορινολαρυγγολόγου, Γναθοχειρουργού/ Οδοντιάτρου και ασθενούς συνεργασία για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου • Από του στόματος αντιβιοτικά ως μονοθεραπεία δεν είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση της ΟΙ • Ασθενείς με ΟΙ που έχουν αντιμετωπίσιμη οδοντική παθολογία με ήπια ή ανεκτά ρινικά συμπτώματα, συστήνεται να ακολουθείται αρχικά οδοντιατρική παρέμβαση • Εφόσον αντιμετωπιστεί επαρκώς η οδοντική αιτία που προκαλεί ΟΙ, συστήνεται οι ασθενείς να παρακολουθούνται για τουλάχιστον 1-2 μήνες μετά για τον έλεγχο υποχώρησης της ρινοκοίτης • Ασθενείς με ΟΙ που έχουν αντιμετωπίσιμη οδοντική παθολογία και έχει αποτύχει η αρχική οδοντιατρική παρέμβαση, συστήνεται η διενέργεια ESS • Ασθενείς με ΟΙ που έχουν αντιμετωπίσιμη οδοντική παθολογία αλλά εμφανίζουν σοβαρά ρινικά συμπτώματα, συστήνεται να ακολουθείται αρχικά ESS σε συνδυασμό με οδοντιατρική παρέμβαση • Οι διαστολές με μπαλόνι πιθανόν δεν είναι κατάλληλες σε ασθενείς που θα υποβληθούν σε επεμβάσεις ρινός-παραρρινίων, δεδομένου του βαθμού της φλεγμονής και της ανάγκης παροχέτευσης του κόλπου • Σε ΟΙ λόγω οδοντικών εμφυτευμάτων, συστήνεται αρχικά η διενέργεια ESS με στόχο της πιθανότητας διατήρησης του εμφυτεύματος • Σε επιπλεγμένη ΟΙ (οφθαλμική ή ενδοκρανιακή επιπλοκή), οι ασθενείς συστήνεται να υποβληθούν σε ESS, με διάνοιξη όλων των εμπλεκόμενων κόλπων όπως προκύπτει από την CT
ΟΙ: Οδοντογενής ιγμορίτιδα, ESS: Endoscopic Sinus Surgery

CRS με ρινικούς πολύποδες, οι ασθενείς με οδοντογενή ιγμορίτιδα πέραν της διαφορετικής μικροβιολογίας, εμφανίζουν και πολύ μεγαλύτερο μικροβιακό φορτίο. Τέλος, ο *Aspergillus* spp. μπορεί να απομονωθεί σε ρινοκολπίτιδα ανεξαρτήτως αιτιολογίας, αν και έχει σχετισθεί με μετατοπισμένα ξένα σώματα εντός του γναθιαίου άντρου^{4,6,15}.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η συμπτωματολογία στην οδοντογενή ιγμορίτιδα παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με αυτή στη CRS, καθιστώντας συχνά δύσκολη τη μεταξύ τους διάκριση. Για την επιτυχή διαφορική διάγνωση, απαιτείται η ενδελεχής λήψη του ιστορικού και η καταγραφή των συμπτωμάτων, ακολουθούμενη από προσεκτική κλινική εξέταση και κατάλληλες απεικονιστικές εξετάσεις.

Η ρινική απόφραξη με συνοδές πυώδεις ρινικές εκκρίσεις, οι οπισθορινικές εκκρίσεις, η προσωπαλγία, η οδονταλγία, η υποσμία, η κόπωση και η χαλάρωση αποτελούν τα πιο συχνά συμπτώματα^{6,8,16}. Πρόκειται για μη ειδικά συμπτώματα, τα οποία δεν θέτουν απαραίτητα την υποψία φλεγμονής οδοντικής αιτιολογίας, ωστόσο η μονόπλευρη εντόπισή τους θα πρέπει να αξιολογηθεί αναλόγως. Επιπλέον, η παρουσία άλγους στα δόντια δεν αποτελεί παθολογικό χαρακτηριστικό της οδοντογενούς ιγμορίτιδας, καθώς παρατηρείται μόλις στο 1/3 των ασθενών¹⁶. Η δύσοσμη ρινόρροια εμφανίζει ίσως την υψηλότερη ειδικότητα, παρατηρείται όμως στο 15-48% των ασθενών⁴.

Η κλινική εξέταση του ασθενούς με υποψία οδοντογενούς ιγμορίτιδας περιλαμβάνει την εκτίμηση της στοματικής κοιλότητας και των οδόντων, ιδανικά από ειδικό (οδοντίατρο ή γναθοχειρουργό), καθώς και τον έλεγχο της ρινός τόσο με πρόσθια ρινοσκόπηση όσο και με άκαμπτη ενδοσκόπηση. Πυώδεις παχύρρευστες εκκρίσεις στη ρινική θαλάμη ή το μέσο ρινικό πόρο, αλλοιές του ρινικού βλεννογόνου ακόμα και πολυποειδείς σχηματισμοί μπορεί να αναδειχθούν κατά την εξέταση¹².

Όσον αφορά τις απεικονιστικές εξετάσεις, η αξονική τομογραφία (CT)/dental CT scan αποτελεί, όπως είναι γνωστό, την εξέταση εκλογής για την αξιολόγηση των παθήσεων των παραρρινίων κόλπων¹⁷. Η μονόπλευρη κατάληψη του γναθιαίου άντρου είναι το πιο χαρακτηριστικό εύρημα σε οδοντογενείς ιγμορίτιδες, με το ostiomeatal complex συχνά (40% των περιπτώσεων) να μην βρίσκεται αποφραγμένο^{1,18}. Επιπλέον, η έκταση της αδιαφάνειας του πάσχοντος κόλπου εμφανίζει άμεση συσχέτιση με την πιθανότητα οδοντικής αιτιολογίας παθολογία: έτσι η πιο σοβαρή εντοπισμένη νόσος είναι πιο πιθανό να έχει οδοντογενή προέλευση βάσει μελετών. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι 16-19% των ασθενών αυτών εμφανίζουν αμφοτερόπλευρα ευρήματα^{15,18}. Το έδαφος του ιγμορείου θα πρέπει να ελέγχεται στην CT για την ανάδειξη τυχόν οστικού ελλείμματος, ξένου σώματος, οστεΐτιδας ή παχυβλεννογονίτιδας⁴.

Η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (Cone Beam CT- CBCT) είναι ένα εργαλείο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική λύση, με εξαιρετική απεικόνιση των οστικών δομών, μειωμένη ακτινοβολία και μικρότερο χρόνο διενέργειας. Η ευαισθησία και

η ειδικότητα της CT και της CBCT κυμαίνεται μεταξύ 47-89% και 64.3-94.4% αντίστοιχα, εξαρτώμενη από τον αξιολογητή της εξέτασης^{19,20}. Οι απλές πανοραμικές ακτινογραφίες συστήνονται ακόμα ως διαγνωστικό εργαλείο πρώτης γραμμής για την ανάδειξη οδοντικών παθολογιών, λόγω της προσιτότητας και του χαμηλού κόστους²⁰. Παρόλα αυτά, δεν θεωρούνται κατάλληλες για τον αποκλεισμό της οδοντογενούς ιγμορίτιδας, καθώς μπορεί να μην αναγνωριστεί το 55-86% των περιακρορριζικών παθολογιών^{16,19}.

Γενικά, ασθενείς με μονόπλευρη νόσο στο γναθιαίο άνω και δύσοσμες ρινικές εκκρίσεις σύστοιχα σε συνδυασμό με ιστορικό πρόσφατων οδοντιατρικών εργασιών ή κακής οδοντικής υγιεινής, θέτουν την υποψία πιθανής οδοντικής αιτιολογίας της ρινοκολπίτιδας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Παρά την αυξημένη συχνότητά της, όπως αναφέρθηκε, η οδοντογενής ιγμορίτιδα δεν έχει μελετηθεί εκτενώς συγκριτικά με τις άλλες μορφές ρινοκολπίτιδας και η αντιμετώπισή της δεν αναλύεται στις κατευθυντήριες οδηγίες¹⁷. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τρεις άξονες: (α) την αντιβιοτική αγωγή, (β) τις οδοντικές παρεμβάσεις και (γ) τη χειρουργική των κόλπων, ή το συνδυασμό αυτών.

(α) Έως και 79% των περιπτώσεων οδοντογενούς ιγμορίτιδας δεν ανταποκρίνονται στην αντιβιοτική αγωγή⁷. Παρόλα αυτά έχει θέση η χρήση της όταν συνδυάζεται με τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Θα πρέπει να χορηγείται βάσει αντιβιογραμματος. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει, αντιβιοτικά ευρέως φάσματος συστήνονται όπως πενικιλίνη (αμοξικιλίνη, αμπικιλίνη, πιπερακιλίνη) και αναστολέας της β-λακταμάσης, με ή χωρίς μετρονιδαζόλη. Άλλες επιλογές περιλαμβάνουν τη δοξυκυκλίνη ή συνδυασμό λεβοφλοξασίνης με βανκομυκίνη. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι πάνω από 50% των παθολόγων έχουν βρεθεί σε μελέτες να είναι ανθεκτικά στην κλινδαμυκίνη^{4,6,15}.

(β) Η εξέλιξη του γενεσιουργού αιτίου είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή αντιμετώπιση της οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Αυτό μπορεί να σημαίνει την εξαγωγή παθολογικών οδόντων, απομάκρυνση ξένων σωμάτων από την περιοχή, εκ νέου ενδοδοντική θεραπεία ή και ακρορριζεκτομή. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή στοματοκολπικής επικοινωνίας, που ενδέχεται να προκύψει. Όταν πρόκειται για μικρή επικοινωνία (>2mm), δεν απαιτείται κάποια χειρουργική αποκατάσταση λόγω αυτόματης επιθηλιοποίησης, ενώ όταν το μέγεθος της επικοινωνίας είναι 2-6mm, πραγματοποιείται τοποθέτηση ζελατινούχου σπόγγου εντός του φατνίου και συρραφή των χειλέων του δίκην 8. Όταν η επικοινωνία είναι μεγαλύτερη των 7mm, γίνεται σύγκληση με κρημνούς (πχ. παρειακός ή υπερώιος κρημνός, δμίσιος προστομιακός κρημνός, παρειακός λίπος και σπανιότερα πλάγιος οπίσθια στηριζόμενος γλωσσικός κρημνός ή ραχιαίος πρόσθια στηριζόμενος γλωσσικός κρημνός)¹⁰.

(γ) Η ενδοσκοπική χειρουργική ρινός-παραρρινίων (ESS) στοχεύει στη διεύρυνση του φυσικού στομίου του πάσχοντος κόλπου για την απομάκρυνση του παθολογικού περιεχομένου και τον επακόλουθο καλύτερο αερισμό του¹⁷. Σε ορισμένες περιπτώ-

σεις, όπου προκύπτει η ανάγκη για μεγαλύτερο εύρος πρόσβασης ή καλύτερο έλεγχο του εδάφους ή του πρόσθιου τοιχώματος του γναθιαίου κόλπου, μπορεί να απαιτηθεί η διενέργεια Caldwell Luc ή ενδοσκοπικής έσω γναθεκτομής.

Η σειρά και ο χρόνος διενέργειας των παρεμβάσεων δε φαίνεται να παίζει μεγάλο ρόλο στις μελέτες^{3,8,12,16,21}. Αυτό που, όμως, καταδεικνύεται είναι ότι συχνά η αντιμετώπιση μόνο της οδοντικής αιτίας δεν είναι αρκετή για την πλήρη εξάλειψη των ρινικών συμπτωμάτων, και αντίστροφα, η διενέργεια ESS μεμονωμένα οδηγεί σε υποτροπή της ρινοκοίτης, στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Οι Felisati et al. μέσω προοπτικής μελέτης 250 ασθενών πρότειναν ένα σύστημα ταξινόμησης για τις επιπλοκές, που επηρεάζουν το γναθιαίο άντρο μετά από οδοντιατρικές επεμβάσεις καθώς και τυποποιημένα θεραπευτικά πρωτόκολλα για κάθε κατηγορία. Σε όλες τις κατηγορίες περιλαμβάνεται η διενέργεια ESS, ανεξάρτητα με την τεχνική, που προτείνεται για την αντιμετώπιση της οδοντικής παθολογίας⁹. Ένα πρόσφατο multidisciplinary consensus statement σχετικά με ζητήματα διαχείρισης της οδοντογενούς ιγμορίτιδας αναπτύχθηκε μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας⁵, τα αποτελέσματα της οποίας συνοψίζονται στον Πίνακα 2.

Γενικά, η θεραπεία της οδοντογενούς ιγμορίτιδας μπορεί να καταστεί περίπλοκη και χρήζει εξατομικευμένης προσέγγισης με βάση τους εκάστοτε αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς, την κλινική συμπτωματολογία και τις απεικονιστικές εξετάσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η επίπτωση της οδοντογενούς ιγμορίτιδας είναι μεγαλύτερη από παλαιότερες αναφορές. Πρόκειται για μία υποδιαγνωσμένη παθολογία με διακριτούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, μικροβιολογία και θεραπευτική προσέγγιση. Υπάρχουν αρκετά ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά, που μπορούν να βοηθήσουν στη διαφοροδιάγνωσή της, χωρίς όμως να είναι παθογνωμονικά της οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Η αξονική τομογραφία είναι κομβικής σημασίας για την ακριβή διάγνωση. Η αντιμετώπιση της συνίσταται σε συνδυασμό αντιβιοτικής αγωγής, ενδοστοματικής χειρουργικής και ενδοσκοπικής χειρουργικής ρινός-παραρρινίων. Αποτυχία αναγνώρισης του οδοντικού αίτιου της ρινοκοίτης οδηγεί σε παρατεταμένη νοσηρότητα και ανεπιτυχείς ιατρικές παρεμβάσεις, για το λόγο αυτό απαιτείται αυξημένη υποψία και έγκαιρη αξιολόγηση από διεπιστημονική ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Whyte A, Boeddinghaus R. Imaging of odontogenic sinusitis. *Clin Radiol*. 2019;74(7):503–16.
2. Psillas G, Papaioannou D, Petsali S, Dimas GG, Constantinidis J. Odontogenic maxillary sinusitis: A comprehensive review. *J Dent Sci*. 2021;16(1):474–81.
3. Arias-Irimia O, Barona-Dorado C, Santos-Marino JA, Martínez-Rodríguez N, Martínez-González JM. Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal*. 2010;15(1):70–73.
4. Workman AD, Granquist EJ, Adappa ND. Odontogenic sinusitis: developments in diagnosis, microbiology, and treatment. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;26(1):27–33.
5. Craig JR, Tatarzyn RW, Aghaloo TL, Pokorny AT, Gray ST, Mattos JL, et al. Management of odontogenic sinusitis: multidisciplinary consensus statement. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2020;10(7):901–12.
6. Zirk M, Dreisiedler T, Pohl M, Rothamel D, Buller J, Peters F, et al. Odontogenic sinusitis maxillaris: A retrospective study of 121 cases with surgical intervention. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg*. 2017;45(4):520–5.
7. Martu C, Martu MA, Maftai GA, Diaconu-Popa DA, Radulescu L. Odontogenic Sinusitis: From Diagnosis to Treatment Possibilities-A Narrative Review of Recent Data. *Diagn Basel Switz*. 2022;12(7):1600.
8. Lechien JR, Filleul O, Costa de Araujo P, Hsieh JW, Chantrain G, Saussez S. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases. *Int J Otolaryngol*. 2014;2014:465173.
9. Felisati G, Chiapasco M, Lozza P, Saibene AM, Pipolo C, Zaniboni M, et al. Sinonasal complications resulting from dental treatment: outcome-oriented proposal of classification and surgical protocol. *Am J Rhinol Allergy*. 2013;27(4):101–106.
10. Kim SM. Definition and management of odontogenic maxillary sinusitis. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2019;41(1):13.
11. Kwak HH, Park HD, Yoon HR, Kang MK, Koh KS, Kim HJ. Topographic anatomy of the inferior wall of the maxillary sinus in Koreans. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33(4):382–8.
12. Nimigeon VR, Nimigeon V, Maru N, Andressakis D, Balatsouras DG, Danielidis V. The maxillary sinus and its endodontic implications: clinical study and review. *B-ENT*. 2006;2(4):167–75.
13. Selden HS. The endo-antral syndrome. *J Endod*. 1977;3(12):462–4.
14. Selden HS. Endo-Antral syndrome and various endodontic complications. *J Endod*. 1999;25(5):389–93.
15. Saibene AM, Pipolo C, Borloni R, Felisati G. ENT and dentist cooperation in the management of odontogenic sinusitis. A review. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2021;41(2 Suppl 1):116–23.
16. Longhini AB, Ferguson BJ. Clinical aspects of odontogenic maxillary sinusitis: a case series. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2011;1(5):409–15.
17. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1–464.
18. Matsumoto Y, Ikeda T, Yokoi H, Kohno N. Association between odontogenic infections and unilateral sinus opacification. *Auris Nasus Larynx*. 2015;42(4):288–93.
19. Shahbazian M, Vandewoude C, Wyatt J, Jacobs R. Comparative assessment of periapical radiography and CBCT imaging for radiodiagnostics in the posterior maxilla. *Odontology*. 2015;103(1):97–104.
20. American Association of Endodontists, American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. Use of cone-beam computed tomography in endodontics Joint Position Statement of the American Association of Endodontists and the American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;111(2):234–7.
21. Philipsen BB, Ghawsi S, Kjeldsen AD. Odontogenic sinusitis among patients surgically treated for maxillary sinus disease. *Rhinol Online*. 2018;1(1):60–6.

Original contribution:
Z Asli Oskovi-Kaplan
A Seval Ozgu-Erdinc
Gul Nihal Buyuk et al.
 Ear Hear 2022;43(1):41-44

Επιμέλεια Παρουσίασης:
Παπαχαράλαμπος Γεώργιος
 Επιμελητής Α', ΩΡΛ Κλινική,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ»

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 43- Τεύχος 4, 2022

Αποτελέσματα νεογνικού ελέγχου ακοής σε νεογνά των οποίων οι μητέρες νόσησαν από λοίμωξη COVID-19 κατά την κύηση: αναδρομική μελέτη κοόρτης

Newborn hearing screening results of infants born to mothers who had COVID-19 Disease during pregnancy: A retrospective cohort study

Εισαγωγή: Σκοπός της μελέτης: οι ιογενείς λοιμώξεις είναι γνωστό ότι συνιστούν έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νεογνικής βαρκοφίας. Ειδικά για την λοίμωξη COVID-19 έχουν αναφερθεί και δημοσιευτεί, ως τώρα, αποτελέσματα μόνο σε πολύ μικρές σειρές νεογνών. Ο σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι, ακριβώς, να αποσαφηνίσει και να αποτυπώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης νεογνικής βαρκοφίας σε νεογνά των οποίων οι μητέρες προσβλήθηκαν από COVID-19 λοίμωξη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Η εκτίμηση έγινε ανά τρίμηνο, με αξιοποίηση των δεδομένων του νεογνικού screening ακοής.

Σχεδιασμός - Μεθοδολογία: σε αυτή την αναδρομική μελέτη κοόρτης, συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα του νεογνικού ελέγχου ακοής 458 μητέρων με ιστορικό λοίμωξης COVID-19 κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους, με τα αποτελέσματα του νεογνικού ελέγχου ακοής 339 μητέρων, που η εγκυμοσύνη τους ολοκληρώθηκε πριν την έναρξη της περιόδου της πανδημίας του κορονοϊού. Τα δεδομένα των εγκύων, που επισκέφθηκαν το τμήμα επειγόντων περαστικών ενός μεγάλου περιφερειακού νοσοκομείου με αποκλειστικότητα στην εξέταση και νοσηλεία θετικών κρουσμάτων κορονοϊού, και διαγνώστηκαν με COVID-19 λοίμωξη (επιβεβαιωμένη νόσηση με μοριακό τεστ - PCR θετικό), συλλήφθηκαν από τα αρχεία του νοσοκομείου και ακολούθως έγινε αναδρομική αναζήτηση των αποτελεσμάτων του νεογνικού ελέγχου ακοής από την εθνική βάση δεδομένων για τα συγκεκριμένα νεογνά. Νεογνά με ηλικία μικρότερη των 34 εβδομάδων (πρώωρα) και νεογνά με προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου για βαρκοφία (πχ. συγγενείς ανωμαλίες ή TORCH λοίμωξη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης) αποκλείστηκαν από την παρούσα ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία ανίχνευσης τα αυτόματα ακουστικά προκλητά δυναμικά (Automated Auditory Brainstem Response) και οι Παροδικά Προκλητές Οτοακουστικές εκπομπές (Transient Evoked Otoacoustic Emissions) και τα νεογνά, που δεν πέρασαν με επιτυχία την πρώτη ανιχνευτική εξέταση, επανεκτιμήθηκαν με δεύτερη εξέταση το λιγότερο σε δύο εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Το συνολικό ποσοστό των νεογνών, που δεν πέρασαν με επιτυχία τη δεύτερη ανιχνευτική εξέταση ανήλθε σε 1,3% στην ομάδα με COVID-19 μητέρες και αντίστοιχα στο 2,9% στην ομάδα ελέγχου. Όπως προκύπτει, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις δύο ομάδες νεογνών αναφορικά με τα τελικά αποτελέσματα στον δεύτερο ανιχνευτικό έλεγχο ακοής. Ανάμεσα στις 458 μητέρες, που νόσησαν κατά την εγκυμοσύνη με COVID-19, 8 μολύνθηκαν κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, 126 κατά το δεύτερο τρίμηνο και 127 κατά το τρίτο τρίμηνο, αλλά δεν ολοκλήρωσαν την εγκυμοσύνη εντός των πρώτων 15 ημερών μετά την λοίμωξη, ενώ συνολικά 197 γυναίκες ήταν θετικές κατά την ημερομηνία του τοκετού. Συνολικά μόλις 6 νεογνά στην ομάδα των COVID-19 θετικών μητέρων απέτυχαν στη δεύτερη ανιχνευτική εξέταση, 3 εκ των οποίων (2,4%) στο δεύτερο τρίμηνο, 1 (0,8%) στο τρίτο τρίμηνο και 2 νεογνά (1,0%) ήταν θετικά κατά τα γέννησή τους.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης δεδομένων από τον νεογνικό ανιχνευτικό έλεγχο ακοής, η λοίμωξη COVID-19 κατά τη διάρκεια της κύησης δεν συνιστά παράγοντα κινδύνου για βαρκοφία των νεογνών.

12th Winter Days of Laryngology
11 JANUARY 2023 -14 JANUARY 2023
Crans Montana, Switzerland
email: laryngologycourse@gmail.com
web: www.winterdaysoflaryngology.org

IFOS 2023
17 JANUARY 2023 -21 JANUARY 2023
Dubai, UAE, Contact: MCI Middle East
email: info@ifosdubai2023.com
web: www.ifosdubai2023.com

Endoscopic Ear Surgery Course Glasgow
23 JANUARY 2023 -24 JANUARY 2023
Glasgow, UK, Contact: Rebecca Watson
email: rebecca.watson@rcpsg.ac.uk
web: <https://community.rcpsg.ac.uk/event/view/endoscopic-ear-surgery-cadaver-course-03-oct-22>

18th National ENT Masterclass®
27 JANUARY 2023 -29 JANUARY 2023 | ENT
London, UK
email: secretary@entmasterclass.com
web: www.entmasterclass.com

BAPA Annual Meeting 2023
British Association of Paediatricians in Audiology
27 JANUARY 2023
HYBRID: London, UK & Virtual
web: www.bapa.uk.com/conferences

74th AOICON-Annual Conference of the Association of Otolaryngologists of India
2 FEBRUARY 2023 -5 FEBRUARY 2023
Jaipur, India, Contact: Advait Events & Conferences
email: drojha.aoicon23@gmail.com
web: www.aoicon2023.com

11th Advanced Frontal Sinus Surgery Course
9 FEBRUARY 2023 -10 FEBRUARY 2023
Nottingham, UK, Contact: Prof. Anshul Sama
email: anshul.sama@doctors.org.uk

8th BSHNI/BIR Head and Neck Refresher Course
10 FEBRUARY 2023
Leeds, UK, Contact: Malini Banerjee
email: conference@bir.org.uk
web: https://bit.ly/BSHNI_refresher

BACO International 2023
15 FEBRUARY 2023 -17 FEBRUARY 2023
Birmingham, UK Contact: ENT UK
email: baco@entuk.org
web: www.entuk.org/baco

6th International Course: An Update on Facial Paralysis
15 FEBRUARY 2023 -17 FEBRUARY 2023
Madrid, Spain, Contact: Luis Lassaletta
email: info@liderados.com
web: www.icfacialparalysis.es/program

11th International Conference of Pan Asia Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery & 11 Days of Facial Plastic Surgery
18 FEBRUARY 2023 -28 FEBRUARY 2023
Singapore, Contact: Singapore ENT Course Secretariat c/o Barak Conference Consultants
email: SingaporeENTCourses@barakpco.com
web: www.singaporeentcourses.com.sg

104th Temporal Bone Dissection Course
6 MARCH 2023 -7 MARCH 2023
Barcelona, Spain, Contact: Secretariat
email: clinica@clinicadclaros.com
web: www.clinicadclaros.com/en/formacion

15th Asia Oceania ORL-HNS Congress hosted alongside 73rd ASOHN Annual Scientific Meeting
8 MARCH 2023 -12 MARCH 2023
Brisbane, Australia, Contact: MCI Australia, ORL-HNS Congress Secretariat
email: support@orlhns23.com
web: <https://orlhns23.com>

10th ECHNO- European Congress on Head & Neck Oncology
8 MARCH 2023 -11 MARCH 2023
Lisbon, Portugal
web: www.echno2023.com

5th Vertigo Academy International Meeting
9 MARCH 2023 -12 MARCH 2023
Belgrade, Serbia, Contact: Serenas Group
email: vertigo@serenas.com.tr
web: www.vai2023.org/en/#

7th International Tracheostomy Symposium
10 MARCH 2023 -11 MARCH 2023
Baltimore, USA, Contact: Michael Brenner / Vinciya Pandian
email: mbren@med.umich.edu / vpandian1@jhmi.edu
web: www.globaltrach.org

The 19th International Symposium on Inner Ear Disorders
11 MARCH 2023 -18 MARCH 2023
Zell am Ziller, Austria, Contact: Brenda Speed
email: bospeed@uams.edu
web: <https://prospermeniere.com>

Everything You Ever Wanted to Know About: The Role of Radiology in Cancer Diagnosis and Treatment (In-Person)
11 MARCH 2023
London, UK
email: conferenceteam@rmh.nhs.uk
web: www.royalmarsden.nhs.uk/radiology-imaging-2023

Moorfields Education: Lacrimal surgery: theory and practice
20 MARCH 2023
London, UK, Contact: Yvonne Gailey
email: yvonne.gailey@nhs.net
web: <https://checkout.moorfields.nhs.uk>

International Conference on Otorhinolaryngology 2023
20 MARCH 2023 -21 MARCH 2023
Dubai, UAE, Contact: Svetlana Olivia
email: otorhinolaryngology@speakersmeetings.com
web: www.scisynopsisconferences.com/otorhinolaryngology

Functional Endonasal Sinus Surgery Course
20 MARCH 2023 -21 MARCH 2023
Newcastle, UK
web: <https://nstcsurg.org>

East Midlands FRCS ENT Viva Course 2023
24 MARCH 2023
Nottingham, UK, Contact: Alex Charlton
email: alex.charlton@nhs.net

ENT, Audiology & Rhinology Masterclass
25 MARCH 2023
VIRTUAL, Contact: Simon Victor
email: ent@emedevents.com
web: www.emedeevents.com/online-cme-courses/live-webinar/ent-audiology-rhinology-masterclass

27th FRCS (ORL-HNS) Intercollegiate Viva Revision Course
27 MARCH 2023
Bradford, UK, Contact: Mandy Hamblett
email: mandy.hamblett@bthft.nhs.uk

Updates in Management of Thyroid Cancer In-person Conference
28 MARCH 2023
London, UK
web: <https://www.royalmarsden.nhs.uk/thyroid2023>

DexaRis >>> ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: DEXARIS (0,2028+0,5) mg/ml, ρινικό εκνέφωμα, εναιώρημα. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε ml εναιωρήματος περιέχει 0,2028 mg Dexamethasone isonicotinate και 0,5 mg Oxymetazoline hydrochloride. Συσκευασία 100 δόσεων: Κάθε ψεκάσμος (150 µl) αποδίδει 30,4 µg Dexamethasone isonicotinate και 75 µg Oxymetazoline hydrochloride. Συσκευασία 300 δόσεων: Κάθε ψεκάσμος (50 µl) αποδίδει 10,1 µg Dexamethasone isonicotinate και 25 µg Oxymetazoline hydrochloride. Έκδοχα με γνωστή δράση: benzalkonium chloride, benzyl alcohol. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις:** Αλλεργική ρινίτιδα (hay fever, αγγειοκινητική ρινίτιδα), οξεία ρινίτιδα και ρινοφαρυγγίτιδα, ιγμορίτιδα και ρινικοί πολύποδες. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Δοσολογία: Ενήλικες και παιδιά άνω των 7 ετών: Συσκευασία 100 δόσεων: Εκτός εάν έχει συνταγογραφηθεί διαφορετικά, αρκεί κάθε φορά 1 ψεκάσμος (των 150µl) σε κάθε ρουθούνι 1-3 φορές την ημέρα. Συσκευασία 300 δόσεων: Εκτός εάν έχει συνταγογραφηθεί διαφορετικά, αρκούν κάθε φορά 2-3 ψεκάσμοι (των 50µl) σε κάθε ρουθούνι 1-3 φορές την ημέρα. Η χορήγηση μπορεί να επαναλαμβάνεται μέχρι 2 φορές το 24ωρο για τα παιδιά. Η διάρκεια της αγωγής καθορίζεται κατά περίπτωση από το θεράποντα ιατρό (βλ. κεφ. 4.4). Κάθε κύκλος θεραπείας δεν πρέπει να ξεπερνά τις 7 ημέρες, εκτός αν δοθεί διαφορετική οδηγία από τον θεράποντα ιατρό. Στην περίπτωση που ο γιατρός συστήσει παρατεταμένη αγωγή θα πρέπει να ελέγχεται συχνά ο ρινικός βλεννογόνος. Παιδιατρικός πληθυσμός: Το DEXARIS αντενδείκνυται σε παιδιά ηλικίας κάτω των 7 ετών (βλέπε παράγραφο 4.3). Η χορήγηση του DEXARIS σε παιδιά ηλικίας από 7 έως 12 ετών συνιστάται να πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη ενήλικου. Συνιστάται να παρακολουθείται τακτικά το ύψος των παιδιών που λαμβάνουν παρατεταμένη θεραπεία με ρινικά κορτικοστεροειδή (βλέπε παράγραφο 4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση). **4.3 Αντενδείξεις:** Το DEXARIS δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από ασθενείς: • με υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 • με μη θεραπευμένες λοιμώξεις της ρινός, του στόματος, του οφθαλμού και των ανώτερων αναπνευστικών οδών (π.χ. έρπης, δαμαλίτιδα, ανεμοβλογιά, ρινική μυκητίαση κλπ.) • με φυματίωση • με ξηρά ρινίτιδα • με γλαύκωμα (συμπεριλαμβανομένου του γλαυκώματος κλειστής γωνίας) • μετά από χειρουργική επέμβαση κρανίου μέσω της ρινικής κοιλότητας • που λαμβάνουν ταυτόχρονα αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (αναστολείς της MAO, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά), βρωμοκρυστίνη και άλλα φάρμακα που μπορεί δυνητικά να αυξήσουν την πίεση του αίματος (κίνδυνος εμφάνισης υπερτασικών κρίσεων – βλέπε παράγραφο 4.5 «Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων») • με ατροφική και αγγειοκινητική ρινίτιδα, ή σε ρινίτιδα που οφείλεται σε ξηρότητα του βλεννογόνου. • μετά από διαφραγματική υποφωσκτομή ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην ρινική και στοματική κοιλότητα, στις οποίες έχει εκτεθεί η σκληρή μήνιγγα, όπως όλα τα άλλα αγγειοσυσταλτικά. Το DEXARIS δεν είναι κατάλληλο για παιδιά κάτω των 7 ετών. Επιπλέον το προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας (βλέπε παράγραφο 4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία). **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Παρατεταμένη χρήση αγγειοσυσταλτικών για ρινική χορήγηση δε συνιστάται και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια φλεγμονή (και συνεπώς σε συμφόρηση ρινός και πρόκληση ιατρογενούς ρινίτιδας) και ατροφία του βλεννογόνου της ρινός. Όπως και τα άλλα σκευάσματα που περιέχουν τοπικά αγγειοσυσταλτικά, το DEXARIS δεν είναι να χρησιμοποιείται συνεχώς για διάστημα μεγαλύτερο των 7 ημερών. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν, απαιτείται η συμβουλή ιατρού. Εάν χρησιμοποιείται για περισσότερο από 7 ημέρες, μετά την αποδοχή του θεραπευτικού αποτελέσματος, μπορεί να εμφανιστεί σημαντικό οίδημα του ρινικού βλεννογόνου (ρινικό οίδημα) ως σημείο της παλινδρόμης συμφόρησης (rebound φαινόμενο). Η δράση των αποσυμφορητικών ρινικών σκευασμάτων μπορεί να μειωθεί ειδικά σε μακροπρόθεσμη χρήση και υπερδοσολογία. Να μην γίνεται μακροχρόνια χρήση και να μην υπερβαίνεται η συνιστώμενη δοσολογία. Στην περίπτωση που ο γιατρός συστήσει παρατεταμένη αγωγή θα πρέπει να ελέγχεται συχνά ο ρινικός βλεννογόνος. Παρατεταμένη χρήση κορτικοστεροειδών, σε δόσεις υψηλότερες από τις συνιστώμενες μπορεί να οδηγήσει σε υπερκορτικοειδισμό και σε ανεπάρκεια των επινεφριδίων. Θεραπεία με υψηλότερες από τις συνιστώμενες δόσεις με τα από της ρινός χορηγούμενα κορτικοστεροειδή, μπορεί να οδηγήσει σε κλινικά σημαντική καταστολή των επινεφριδίων. Αν υπάρχουν στοιχεία ότι έχουν χρησιμοποιηθεί υψηλότερες από τις συνιστώμενες δόσεις, τότε πρέπει να εξετασθεί πρόσθετη συστηματική κάλυψη με κορτικοστεροειδή κατά τη διάρκεια περιόδων στρες ή προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Χρειάζεται προσοχή κατά τον ψεκάσμο του φαρμάκου ώστε το DEXARIS να μην έλθει σε επαφή με τους οφθαλμούς, διότι μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό καθώς επίσης και αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση και σε εξαιρετικές περιπτώσεις καταρράκτη. Εξαιτίας του ενδεχόμενου κινδύνου συστηματικής απορρόφησης το DEXARIS πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και κάτω από ιατρική επίβλεψη σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, σοβαρές καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως στεφανιαία νόσο, μεταβολικές διαταραχές όπως υπερθυρεοειδισμό και σακχαρώδη διαβήτη, υπερτροφία προστάτη, φαιοχρωμοκύττωμα και συγγενή πορφύρα. Προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς MAO, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αγγειοσυσταλτικά φάρμακα ή αντιυπερτασικά (βλέπε παράγραφο 4.5 «Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων»). Προσοχή επίσης απαιτείται

σε ηλικιωμένα άτομα και παιδιά. Κατά την αλλαγή από συστηματικώς χορηγούμενα στεροειδή σε τοπικά υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης επινεφριδικής ανεπάρκειας, ενώ επίσης, μπορεί να επιδεινωθούν τυχόν υπάρχουσες αλλεργικές καταστάσεις. Συστηματικές επιδράσεις των ρινικών κορτικοστεροειδών δυνατό να συμβούν, ειδικά σε υψηλές δόσεις που συνταγογραφούνται για παρατεταμένες περιόδους. Αυτές οι επιδράσεις είναι λιγότερο πιθανό να συμβούν από ότι με τα από του στόματος κορτικοστεροειδή και είναι δυνατό να ποικίλουν κατά ασθενή και μεταξύ σκευασμάτων που περιέχουν κορτικοστεροειδή. Δυνητικές συστηματικές επιδράσεις είναι δυνατό να περιλαμβάνουν σύνδρομο Cushing, χαρακτηριστικά συνδρόμου Cushing, καταστολή των επινεφριδίων, καθυστέρηση ανάπτυξης σε παιδιά και εφήβους, καταρράκτη, γλαύκωμα και πιο σπάνια, μια σειρά επιδράσεων, ψυχολογικών και συμπεριφορών, που περιλαμβάνουν ψυχοκινητική υπερδραστηριότητα, διαταραχές ύπνου, άγχος, κατάθλιψη ή επιθετικότητα (ιδιαίτερα σε παιδιά). Το σύνδρομο Cushing ή/και η καταστολή των επινεφριδίων που σχετίζονται με τη συστηματική απορρόφηση της τοπικά χορηγούμενης δεξαμεθαζόνης μπορεί να συμβεί μετά από εντατική ή μακροχρόνια συνεχή θεραπεία σε ασθενείς με προδιάθεση, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με αναστολείς του CYP3A4 (συμπεριλαμβανομένης της ριτοναβίρης και της κομπιστάτης). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται σταδιακά. Έχει αναφερθεί επιβράδυνση της ανάπτυξης σε παιδιά που λάμβαναν κορτικοστεροειδή από της ρινός σε εγκεκριμένες δόσεις. Συνιστάται να παρακολουθείται τακτικά το ύψος των παιδιών που λαμβάνουν θεραπεία με από της ρινός χορηγούμενα κορτικοστεροειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αν η ανάπτυξη επιβραδυνθεί, η θεραπεία πρέπει να επανεξεταστεί με σκοπό τη μείωση της δόσης του από της ρινός χορηγούμενου κορτικοστεροειδούς, στη χαμηλότερη δόση με την οποία διατηρείται αποτελεσματικός έλεγχος των συμπτωμάτων, εάν αυτό είναι εφικτό. Επιπρόσθετα, πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο ο ασθενής να αναζητήσει την ιατρική συμβουλή ειδικού παιδίατρο. Εξαιτίας του κορτικοστεροειδούς του DEXARIS προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή οστεοπόρωση, καθώς ο κίνδυνος λοίμωξης π.χ. φυματίωσης, συγκεκριμένων ιογενών λοιμώξεων (όπως έρπητος ζωστήρα, απλού έρπητος, δαμαλίτιδας) ή ευκαιριακών λοιμώξεων, μπορεί να αυξηθεί. Σύμφωνα με την εμπειρία μετά την κυκλοφορία προϊόντων δεξαμεθαζόνης που χορηγούνται από του στόματος ή παρεντερικά, το σύνδρομο λύσης όγκου (ΣΛΟ) έχει αναφερθεί σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες μετά τη χρήση μόνο δεξαμεθαζόνης ή σε συνδυασμό με άλλους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Ασθενείς με υψηλό κίνδυνο ΣΛΟ, όπως ασθενείς με υψηλό ποσοστό πολλαπλασιασμού, υψηλό φορτίο όγκου, και υψηλή ευαισθησία σε κυταροτοξικούς παράγοντες, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά και θα πρέπει να λαμβάνουν οι κατάλληλες προφυλάξεις. Το DEXARIS περιέχει το συντηρητικό benzalkonium chloride το οποίο μπορεί να προκαλέσει ήπιο τοπικό ερεθισμό. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Παρατεταμένη χρήση κορτικοστεροειδών, σε δόσεις υψηλότερες από τις συνιστώμενες μπορεί να οδηγήσει σε συστηματικά συμπτώματα. Έχει αναφερθεί καθυστέρηση της ανάπτυξης σε παιδιά που λαμβάνουν ενδορινικά στεροειδή. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:** Υπερευαίσθησία (με την εμφάνιση αντιδράσεων όπως αγγειοοίδημα ή δερματικών αντιδράσεων), λοίμωξη συγκεκριμένη (κάλυψη τοπικών σημείων λοίμωξης στα όρα, τη ρίνα και το λάρυγγα). **Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος:** Σημειολογία υπερκορτιζολαιμίας, Σύνδρομο Cushing, καταστολή των επινεφριδίων (βλέπε παράγραφο 4.4) **Ψυχιατρικές διαταραχές:** Ψευδοαίσθησης, απνία, ανησυχία (κυρίως σε παιδιά) **Διαταραχές του νευρικού συστήματος:** Κεφαλαλγία, υπνηλία, καταστολή, ζάλη, δυσγευσία **Οφθαλμικές διαταραχές:** Αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση, καταρράκτης, χοριοαμφιβληστροειδοπάθεια **Καρδιακές διαταραχές:** Αρρυθμίες, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών **Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωρακίου:** Εξέλκωση του ρινικού διαφράγματος και διάρρηξη, επίσταξη, ρινικό οίδημα, ρινική δυσφορία, αίσθηση καύσου και ξηρότητα του ρινικού βλεννογόνου ή του στόματος, ρινόρροια, πταρμός και ερεθισμός του φάρυγγα **Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού:** Σπασμοί (ιδιαίτερα σε παιδιά) **Διαταραχές του γαστρεντερικού:** Ναυτία **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:** Εξάνθημα, κνησμός, κνίδωση, περιδρωσία **Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης:** Κόπωση **Παρακλινικές εξετάσεις:** Αρτηριακή πίεση αυξημένη Η παρατεταμένη ή υπερβολική χρήση μπορεί να προκαλέσει το φαινόμενο της επανασυμφορήσης του ρινικού βλεννογόνου (rebound φαινόμενο), χρόνιο οίδημα του ρινικού βλεννογόνου και πρόκληση ιατρογενούς ρινίτιδας ή ατροφίας του ρινικού βλεννογόνου. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Galenica Φαρμακευτική Βιομηχανία Α.Ε. Ελευθερίας 4, 14564 Κηφισιά, Ελλάδα **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 08-02-2021 **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Χορήγηση με ιατρική συνταγή.

Α.Τ.: 10,37€

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

Galenica a.e.

Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64

Επιστημονικό Τμήμα: Τηλ.: 210 5281731 • Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης: Τηλ.: 210 5281805

www.galenica.gr



ΡΙΝΙΤΙΔΕΣ

Ανοίξτε το δρόμο της αναπνοής

DexaRis

τόσο απλά!

1.2022/DEXARIS/ADV/01

Λ.Τ.: 10,37€

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

Για την ΠΧΠ αναζητήστε σε επόμενη σελίδα

 **Galenica α.ε.**

Ελευθερίας 4, Κηφισιά 145 64

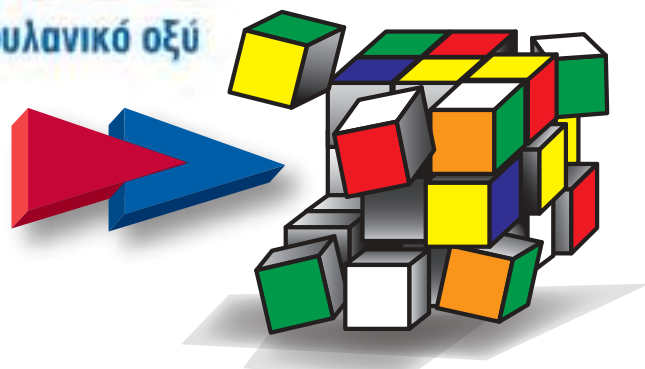
Επιστημονικό Τμήμα: Τηλ.: 210 5281731

Τμήμα Φαρμακοεπαγρύπνησης: Τηλ.: 210 5281805

www.galenica.gr

Fugentin®

Αμοξικιλίνη-Κλαβουλανικό οξύ



Το Fugentin® παράγεται και κυκλοφορεί
στην Ελλάδα πλέον της 15ετίας και εξάγεται
σε περισσότερες από 10 χώρες διεθνώς.



Δισκία επικαλυμμένα
με υμένιο (875+125)mg x 12



Σκόνη για πόσιμο εναιώρημα
σε φακελλίσκο (875+125)mg x 12

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ.
Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

FUGENTIN PD.ORA.SUS (875+125)MG/SACHET BTx12 SACHETS	Λ.Τ. 6,67 €
FUGENTIN F.C.TAB (875+125)MG/TAB BTx12 (3 BLIST.x4)	Λ.Τ. 3,86 €

Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη / πιθανολογούμενη ανεπιθύμητη ενέργεια
απευθείας στον ΕΟΦ σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών.

ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία
Τμήμα Επιστημονικής Ενημέρωσης
Παπαδιαμαντοπούλου 41, 11528 Αθήνα, Τηλ: 2107756226
Εθνικής Αντιστάσεως 114, 55134 Θεσσαλονίκη, Τηλ: 2310459920-1

