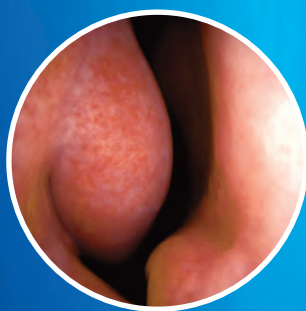
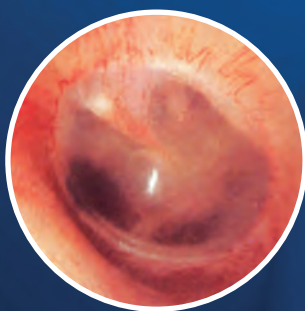


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



OCTOBER - DECEMBER 2021
VOLUME 42 • ISSUE 4 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

- ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ
- ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΣΙΛΕΙΟ ΠΑΥΛΙΔΕΛΗ
- ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ.
- ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ. Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ



OFFICIAL JOURNAL OF THE:

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



ΡΙΝΙΤΙΔΕΣ

Ανοίξτε το δρόμο της αναπνοής

DexaRis

τόσο απλά!

1.2022/DEXARIS/ADV01

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

BILARGEN[®]

bilastine Δισκία 20mg/TAB



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ. 1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ. BILARGEN 20 mg δισκία. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ.** Κάθε δισκίο περιέχει 20 mg βιλαστίνης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλέπε παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ.** Δισκίο. Ωοειδή, αμφίκυρτα δισκία λευκού χρώματος με χαραγή (μήκος 10mm, πλάτος 5mm). Η χαραγή χρησιμεύει μόνο για να διευκολύνει τη θραύση του δισκίου και την κατάποσή του και όχι για τον διαχωρισμό σε ίσες δόσεις. **4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις.** Συμπτωματική θεραπεία της αλλεργικής ρινοεπιπεφυκίτιδας (εποχικής και χρόνιας) και της κνίδωσης. Το Bilargen ενδείκνυται για χρήση σε ενήλικες και εφήβους (ηλικίας 12 ετών και άνω). **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ.** MENARINI INTERNATIONAL OPERATIONS LUXEMBOURG SA, 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Λουξεμβούργο. **Τοπικός αντιπρόσωπος: BIANEΞ Α.Ε.,** Οδός Τατοΐου, 146 71 Νέα Ερυθραία, Αττική, Τηλ. 210 8009111-120, e-mail: mailbox@vianex.gr. **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ΜΕΡΙΚΗΣ) ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ.** 20-02-2020.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ. Με ιατρική συνταγή. Λ.Τ. 7,3€ (Σε περίπτωση τροποποίησης του Δ.Τ. ισχύει η νεότερη τιμή)



BIANEΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEΞ Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18° χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης
Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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

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

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

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

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

Κατωμιχελάκης Μ (Ιστοσελίδα - Ένταξη σε βάσεις δεδομένων),
Χατζηιωάννου 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)
Χειμώνα Θεογνωσία (Χανιά)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Κωνσταντινίδης Ι (Πρόεδρος)
Καμπέρος Α (Αντιπρόεδρος)
Κατωμιχελάκης Μ (Γεν. Γραμματέας)
Κυροδήμος Ε (Ειδ. Γραμματέας)
Κοταρά Γ (Ταμίας)
Γκόλλας Ε, Βλαχονάσιος Θ, Λαχανάς Β, Πάγκαλος Α, (Μέλη)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Κυροδήμος Ε (Πρόεδρος)
Χρυσοβέργης Α (Αντιπρόεδρος)
Παπαχαραλάμους Γ (Γεν. Γραμματέας)
Παπουλιάκος Σ (Ταμίας)
Δελίδης Α (Μέλος)
Βλάχου Σ (Μέλος)
Παπασύρου Κ (Μέλος)

ΩΡΛ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

Τριαρίδης Σ (Πρόεδρος)
Κυνηγού Μ (Α' Αντιπρόεδρος)
Νικολαΐδης Β (Β' Αντιπρόεδρος)
Αηδόνης Ι (Γεν. Γραμματέας)
Αγγουριδάκης Ν (Ειδ. Γραμματέας)
Φύρμπας Γ (Ταμίας)
Καρασμάνης Η (Δημ. Σχέσεις)

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

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

EDITORIAL BOARD

Anagiotos A (Nicosia), Balatsouras D (Athens), Georgalas C (Athens), Gkoritsa E (Tripolis), Hajioannou 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, Hajioannou J (Manuscript collection)
Kaberos A (International affairs - Public relations)
Papanikolaou V (Reviewer coordination)

HONORARY EDITORIAL MEMBERS

Korres Stavros (Athens),
Vital Victor (Thessaloniki)

INTERNATIONAL ADVISORY EDITORIAL BOARD

Bébéar JP (France), Bacher C (Belgium), Bamio 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)
Chimona Theognosia (Chania)

EDITORIAL COMMITTEE

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

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

Konstantinidis I (President)
Kaberos A (Vice President)
Katotomichelakis M (Secretary General)
Kyrodimos E (Secretary Special)
Kotara G (Treasurer)
Golas E, Vlachonasios T, Lachanas V, Pagkalos A, (Members)

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

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

ORL SOCIETY OF NORTH GREECE

Triaridis S (President),
Kynigou M (A' Vice President)
Nikolaides V (B' Vice President)
Aidonis I (Secretary General)
Aggouridakis N (Secretary Special)
Fyrbas G (Treasurer)
Karasmanis (Public Relations)

**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 ΟΡΛ ειδικότητα. Αναλυτικότερα, δημοσιεύονται πρωτότυπες κλινικές ή ερευνητικές μελέτες, περιγραφές περιπτώσεων, ανασκοπήσεις, κλινικές φωτογραφίες, "How I Do It", ειδικά άρθρα (ιατρονομικά θέματα, θέματα ψηφιακής τεχνολογίας και διαδικτύου), εκτεταμένες περιλήψεις διδακτορικών διατριβών και ενημερωτικά άρθρα (νέα της εταιρείας, θέματα εκπαίδευσης, θέματα δεοντολογίας, βήμα των ειδικευομένων, προσεχή συνέδρια, βιβλιοπαρουσιάσεις, παρουσιάσεις άρθρων από το PubMed, επιστολές προς τον Εκδότη).

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

Προετοιμασία της εργασίας. Οι εργασίες θα πρέπει να γράφονται με το πρόγραμμα κειμενογράφου Word της Microsoft. Τα περιθώρια των σελίδων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2.5 cm και το διάστημα των σειρών διπλό. Το μέγεθος των γραμματοσειρών πρέπει να είναι 10-12 pt και να χρησιμοποιούνται Times New Roman ή Arial. Οι σελίδες θα πρέπει να αριθμούνται διαδοχικά στο άνω δεξιό περιθώριο τους, 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 Υπότιτλο Εικόνας. Σε περιγραφική περιστατικό, 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 συντομευμένο 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, ακολουθούνται από et al.), τον τίτλο της δημοσίευσης, το περιοδικό όπου δημοσιεύτηκε με σύντμηση σύμφωνα με τον Index Medicus, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού (δεν αναγράφεται το τεύχος του περιοδικού) και ο αριθμός της πρώτης και τελευταίας σελίδας. Παράδειγμα: Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 119:425-6. Για τα βιβλία και τις μονογραφίες πρέπει να σημειώνονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων και εκδοτών ο τίτλος (και ο τόμος εάν υπάρχει), η έκδοση, ο τόπος της έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, το έτος της έκδοσης και οι σελίδες. Παράδειγμα: Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8. Παράδειγμα παραπομπής σε κεφάλαιο βιβλίου: Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ακρίβεια των βιβλιογραφικών 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.

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

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

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

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

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

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

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

Διορθώσεις. Προ της 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, 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, phoniatriy and related specialties. Specifically, in the journal there may be published original reports, case reports, clinical photographs, reviews, "How I Do It", special papers (medico-legal issues, digital technology and Internet issues), extended abstracts of PhD dissertations and informative articles (Panhellenic Society of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery news, educational issues, ethics, resident page, conferences, book reviews, reviews of PubMed articles and letters to the Editor).

Manuscripts 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 περιλήψη στα Ελληνικά και Αγγλικά.
- Δομημένη περιλήψη 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 (έναν 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 Σύνταξη	192
----------------------	-----

ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

28^ο Ρινολογικό συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS)	
39^ο Συνέδριο της Παγκόσμιας Εταιρείας φλεγμονωδών και αλλεργικών παθήσεων ρινός (ISIAN)	
21^ο Συνέδριο της Παγκόσμιας Ρινολογικής Εταιρείας (IRS)	196
Κωνσταντίνος Ιωάννης, Καστανιουδάκης Ιωάννης	

ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ηθική και επιστημονικές δημοσιεύσεις	200
Χειμώνα Θεογνωσία, Παπαδάκης Χαρίτων	

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Συνέντευξη με τον Βασίλειο Παυλιδέλη	208
Καστανιουδάκης Ιωάννης, Χειμώνα Θεογνωσία	

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Διαχείριση ασθενούς με τοπικά προχωρημένη υποτροπή πλάκώδους καρκινώματος λάρυγγα. Παρουσίαση περιστατικού	212
Ψυχολιός Γεώργιος, Μπασιάρη Λεντίνα, Συμμελέκης Σταύρος, Κόμνος Ιωάννης, Καστανιουδάκης Ιωάννης	

ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ

Επώδυνη διόγκωση υπογνάθιας χώρας σπάνιας αιτιολογίας σε παιδί	219
Ασημακοπούλου Παναγιώτα, Λαδιάς Αλέξανδρος, Κολυβά Σουλτάνα, Χειμώνα Θεογνωσία	

ΑΡΘΡΟ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Προσεγγίζοντας προεγχειρητικά το παιδί με λοίμωξη ανωτέρου αναπνευστικού. Η άποψη του αναισθησιολόγου	220
Φραντζεσκάκη Σταυρούλα, Καλλέα Αικατερίνη	

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Αιθουσαία παροξυσμία και ημιπροσωπικός σπασμός	225
Αριτζή Ιωάννα, Μιχαλάκης Ηλίας, Ιωσηφίδου Ελισάβετ, Καλαμπαλικά Αθηνά	

ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επώδυνη διόγκωση υπογνάθιας χώρας σπάνιας αιτιολογίας σε παιδί	228
Ασημακοπούλου Παναγιώτα, Λαδιάς Αλέξανδρος, Κολυβά Σουλτάνα, Χειμώνα Θεογνωσία	

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΡΘΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟ PUBMED

Η λειτουργία των αιθουσαίων ημικύκλιων σωλήνων, όπως ανιχνεύεται με την καταγραφή με βίντεο της δοκιμασίας ώθησης της κεφαλής (video Head Impulse Test- vHIT), είναι ουσιαστικά αμετάβλητη σε άτομα με νόσο του Πάρκινσον (Parkinson Disease), σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες	230
Hawkins KE, Chiarovano E, Paul SS, Burgess AM, MacDougall HG, Curthoys IS	

Η ντουπιλουμάπη στην χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες: ανάλυση των ασθενών που ανταποκρίθηκαν χρησιμοποιώντας κλινικά σημαντικούς ουδούς αποτελεσματικότητας	231
Chuang CC, Guillemin I, Bachert C, Lee SE, Hellings PW, Fokkens WJ, et al.	

Μετα-αναλύσεις για την αποτελεσματικότητα των φαρμακοθεραπειών και της ανοσοθεραπείας με υπογλώσσια δισκία για την αλλεργική ρινίτιδα σε ενήλικες και παιδιά	232
Meltzer EO, Wallace D, Friedman HS, Navaratnam P, Scott EP, Nolte H.	

From the Editorial Desk	192
NEWS ROUND	
28th Congress of European Rhinologic Society (ERS)	
39th Congress of the International Society of Inflammation and Allergy of the Nose (ISIAN)	
21th Congress of the International Rhinologic Society (IRS)	196
Konstantinidis Ioannis, Kastanioudakis Ioannis	
REVIEW ARTICLE	
Integrity and scientific publications	200
Chimona Theognosia, Papadakis Chariton	
INTERVIEW	
Interview with Vasilios Pavlidelis	208
Kastanioudakis Ioannis, Chimona Theognosia	
CASE REPORT	
Management of a patient with locally advanced recurrent laryngeal squamous cell carcinoma. A case report	212
Psychogios Georgios, Basiari Lentiona, Siminelakis Stavros, Komnos Ioannis, Kastanioudakis Ioannis	
CLINICAL PHOTOGRAPH	
Submandibular painful swelling of rare etiology in a child	219
Asimakopoulou Panagiota, Ladias Alexandros, Kolyva Soultana, Chimona Theognosia	
REVIEW ARTICLE	
Preoperative approach of the child with upper respiratory infection. Anesthesiologist's aspect	220
Frantzeskaki Stavroula, Kallea Ekaterini	
CASE REPORT	
Vestibular Paroxysmia and Hemifacial Spasm	225
Aritzi Ioanna Michalakos Ilias Iosifidou Elisavet Kalampalika Athina	
CLINICAL PHOTOGRAPH-DIAGNOSIS	
Submandibular painful swelling of rare etiology in a child	228
Asimakopoulou Panagiota, Ladias Alexandros, Kolyva Soultana, Chimona Theognosia	
ARTICLE REVIEW FROM PUBMED	
Vestibular semicircular canal function as detected by video Head Impulse Test (vHIT) is essentially unchanged in people with Parkinson's disease compared to healthy controls	230
Hawkins KE, Chiarovano E, Paul SS, Burgess AM, MacDougall HG, Curthoys IS	
Dupilumab in CRSwNP: Responder analysis using clinically meaningful efficacy outcome thresholds	231
Chuang CC, Guillemin I, Bachert C, Lee SE, Hellings PW, Fokkens WJ, et al.	
Meta-analyses of the efficacy of pharmacotherapies and sublingual allergy immunotherapy tablets for allergic rhinitis in adults and children	232
Meltzer EO, Wallace D, Friedman HS, Navaratnam P, Scott EP, Nolte H.	

Αγαπητοί συνάδελφοι,

με αυτό το τεύχος ολοκληρώνεται μια πορεία 4 ετών με Διευθυντές Σύνταξης του Περιοδικού της Πανελληνίας Εταιρείας Ωτορινολaryγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου, εμένα από την Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική των Ιωαννίνων και τη Θεανώ Χειμώνα από την ΩΡΛ Κλινική των Χανίων.

Από τη θέση του Διευθυντή Σύνταξης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με οποιοδήποτε τρόπο συνέβαλαν καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της τετραετίας, αφενός μεν στην απρόσκοπτη έκδοση, αφετέρου δε στην ποιοτική αναβάθμιση του περιοδικού.

Είναι καθήκον όλων μας να συνεχισθεί και να μη διακοπεί η έκδοση του Περιοδικού της Πανελληνίας, ενός ιστορικού πλέον Περιοδικού που αντιπροσωπεύει την ειδικότητά μας εδώ και πάρα πολλά χρόνια.

Εύχομαι στους νέους Διευθυντές Σύνταξης που θα παραλάβουν τη σκυτάλη από εμάς καλή δύναμη και κάθε επιτυχία.

Ο διευθυντής σύνταξης

Γιάννης Καστανιουδάκης

Καθηγητής Ωτορινολaryγγολογίας

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διευθυντής Ω.Ρ.Λ. Κλινικής ΠΓΝΙ

Σου χαλάει τα σχέδια ένας πονόλαιμος;

**ΜΕ ΔΙΠΛΗ ΔΡΑΣΗ
ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ**

- μειώνει τη φλεγμονή
- μουδιάζει την περιοχή που πονά



**TANTUM VERDE
ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙΣ ΝΑ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΕΙΣ ΤΗ ΖΩΗ!**

**TANTUM
VERDE®**

Αγαπητοί συνάδελφοι,

με το παρόν τεύχος κλείνει ο κύκλος της θητείας μου ως μία εκ των δύο διευθυντών σύνταξης του περιοδικού και ευχαριστώ το ΔΣ της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας (θητεία 2017-2019) για την τιμητική ανάθεση της συγκεκριμένης θέσης. Ολοκληρώνεται έτσι ένα δημιουργικό ταξίδι, στο οποίο είχα την τύχη να έχω συνοδοιπόρο τον έτερο διευθυντή σύνταξης καθηγητή κ. Γιάννη Καστανιουδάκη. Ο ρόλος μας ήταν εξ' αρχής συμπληρωματικός και παρά τις γνωστές αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε (brain drain, πανδημία SARS COVID-19), θεωρώ ότι συνολικά φέραμε εις πέρας ένα καλό αποτέλεσμα. Σαφώς υπήρξαν λάθη ή αστοχίες τα οποία αναγνωρίζουμε και αναλαμβάνουμε στο ακέραιο την ευθύνη που μας αναλογεί. Ήταν από κοινού απόφαση να μην αποκλείσουμε καμιά υποβαλλόμενη εργασία, αλλήλ να βοηθήσουμε ώστε να φτάσει στην καλύτερη δυνατή μορφή της ακολουθώντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Η καινούρια θεματολογία που προσθέσαμε όπως για παράδειγμα: "Επικαιρότητα", "How I Do It", "Ανασκόπηση από το PubMed", "Συνέντευξη", και "Κλινική Φωτογραφία" έδωσε πιστεύω μια σημαντική πνοή ανανέωσης στο περιοδικό. Θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν επιστημονικά με υποβολή εργασιών και ιδιαίτερα τους συναδέλφους μου από την ΩΡΛ Κλινική του Γ.Ν. Χανίων όπως και τους ιατρούς της Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής των Ιωαννίνων, καθώς σήκωσαν το μεγαλύτερο βάρος των δημοσιεύσεων τα τέσσερα αυτά χρόνια. Τα στοιχεία με τον αριθμό των εργασιών ανά κλινική θα αποσταλούν στη γραμματεία της Πανελληνίας ΩΡΛ Εταιρείας και θα είναι στη διάθεση κάθε ενδιαφερόμενου. Ευχαριστώ θερμά τη γραφίστρια Μαρία Παπαχρήστου για την υπομονή της, τον επαγγελματισμό της και την καλαίσθητη μορφή των τευχών του περιοδικού. Ήταν μεγάλη ευχαρίστηση η συνεργασία μου μαζί της. Ιδιαίτερα θέλω να ευχαριστήσω τον εκδότη μας κ. Νίκο Τζιγκουνάκη ο οποίος παρά τις αντιξοότητες ένθερμα στήριξε το περιοδικό όλα αυτά τα έτη. Τέλος, θα ήταν παράλειψη αν δεν έκανα ιδιαίτερη αναφορά στους σπόνσορες οι οποίοι μέσω των καταχωρήσεων έκαναν βιώσιμο το περιοδικό μέχρι σήμερα.

Εύχομαι καλή συνέχεια στους επόμενους διευθυντές σύνταξης που χρειάζονται τη στήριξη όλων μας ώστε η πορεία του περιοδικού να είναι ακόμη πιο δυναμική.

Θερμές ευχές για μια δημιουργική χρονιά με υγεία σε όλους!

Η διευθύντρια σύνταξης

Θεογνωσία Χειμώνα

Διευθύντρια ΕΣΥ

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

DexaRis >>> ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: DEXARIS (0,2028+0,5) mg/ml, ρινικό εκνέφωμα, ελαιώρημα. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε ml ελαιωρήματος περιέχει 0,2028 mg Dexamethasone isonicotinate και 0,5 mg Oxymetazoline hydrochloride. Συσκευασία 100 δόσεων: Κάθε ψεκασμός (150 µl) αποδίδει 30,4 µg Dexamethasone isonicotinate και 75 µg Oxymetazoline hydrochloride. Συσκευασία 300 δόσεων: Κάθε ψεκασμός (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 ψεκασμός (των 150µl) σε κάθε ρουθούνη 1-3 φορές την ημέρα. Συσκευασία 300 δόσεων: Εκτός εάν έχει συνταγογραφηθεί διαφορετικά, αρκούν κάθε φορά 2-3 ψεκασμοί (των 50µl) σε κάθε ρουθούνη 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 υπερευαισθησία 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. έρπητ, 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 αλληλεπίδρασης»). • με ατροφική και αγγειοκινητική ρινίτιδα, ή σε ρινίτιδα που οφείλεται σε ξηρότητα του βλεννογόνου. • μετά από διασφηνοειδική υποφυσεκτομή ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στη 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 συμφορητική ρινίτιδα και πρόκληση ιατρογενούς ρινίτιδας) και ατροφία του βλεννογόνου της ρινός. Όπως και τα άλλα σκευάσματα που περιέχουν τοπικά αγγειοσυσταλτικά, το DEXARIS δεν πρέπει 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 αποδρομή του θεραπευτικού αποτελέσματος, μπορεί να εμφανιστεί σημαντικό οίδημα του ρινικού βλεννογόνου (ρινικό οίδημα) ως σημείο της παλινδρόμης συμφορησης (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 εξεταστεί πρόσθετη συστηματική κάλυψη με κορτικοστεροειδή κατά τη διάρκεια περιόδων στρες ή προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Χρειάζεται προσοχή κατά τον ψεκασμό 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, υπέρταση, 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 αλληλεπίδρασης»). 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. Δυστημικές 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 συμπεριφορικών, που περιλαμβάνουν ψυχοκινητική υπερδραστικότητα, 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 ασθενή και μεταξύ σκευασμάτων που περιέχουν κορτικοστεροειδή και των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με αναστολείς του CYP3A4 (συμπεριλαμβανομένης της ριτοναβίρης και της κομπιατάτης). 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 διατηρούνται παραδοσιακοί έλεγχοι 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 έρπητ ζωστήρ, απλού έρπητ, 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 πολυπλοκασισμού, υψηλό φορτίο όγκου, και υψηλή ευαισθησία σε κυταροτοξικούς παράγοντες, θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά και θα πρέπει να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις. Το DEXARIS περιέχει το συνηθισμένο benzalkonium chloride το οποίο μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό ή οίδημα του ρινικού βλεννογόνου, ιδιαίτερα μετά από μακροχρόνια χρήση. Επίσης περιέχει το συνηθισμένο benzyl alcohol 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: Υπερευαισθησία (με την εμφάνιση αντιδράσεων όπως αγγειοοίδημα ή δερματικών αντιδράσεων), λοίμωξη συγκεκριμένη (κάλυψη τοπικών σημείων λοίμωξης στα ώτα, τη ρίνα και το λάρυγγα). Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος: Σημειολογία υπερκορτιζολαιμίας, σύνδρομο Cushing, καταστολή των επινεφριδίων (βλέπε παράγραφο 4.4). Ψυχιατρικές διαταραχές: Ψευδαισθήσεις, 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, επίταση, ρινικό οίδημα, ρινική δυσφορία, αίσθηση καύσου και ξηρότητα του ρινικού βλεννογόνου ή του στόματος, ρινόρροια, παρμός 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, υπερίδρωση. Γενικές διαταραχές και καταστάσεις της οδού χορήγησης: Κόπωση. Παρακλινικές εξετάσεις: Αρτηριακή πίεση αυξημένη. Η παρατεταμένη ή υπερβολική χρήση μπορεί να προκαλέσει το φαινόμενο της επανασυμφορησης του ρινικού βλεννογόνου (rebound φαινόμενο), χρόνιο οίδημα του ρινικού βλεννογόνου και πρόκληση της 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

Κωνσταντίνος Ιωάννης

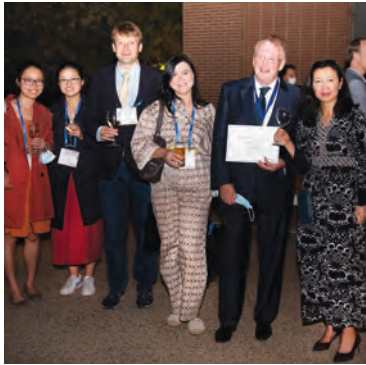
Καθηγητής ΩΡΛ, ΑΠΘ

Καστανιούδης Ιωάννης

Καθηγητής ΩΡΛ, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021



Ο Καθηγητής Claus Bachert που βραβεύτηκε
επίτιμο μέλος της Ευρωπαϊκής
Ρινολογικής Εταιρείας μετά της συζύγου
του και άλλων συνέδρων.

-28° Ρινολογικό συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS) -39° Συνέδριο της Παγκόσμιας Εταιρείας φλεγμονωδών και αλλεργικών παθήσεων ρινός (ISIAN) -21° Συνέδριο της Παγκόσμιας Ρινολογικής Εταιρείας (IRS)

Τόπος Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη

Ημερομηνία διεξαγωγής: 26-30 Σεπτεμβρίου 2021

-28th Congress of European Rhinologic Society (ERS) -39th Congress of the International Society of Inflammation and Allergy of the Nose (ISIAN) -21th Congress of the International Rhinologic Society (IRS)

ERS 2021, September 26-30, 2021, Thessaloniki, Greece

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

Μετά από σχεδόν 20 μήνες αναστολής όλων των δια ζώσης συνεδρίων/ μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων λόγω της πανδημίας του COVID-19, πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη στις 26-30 Σεπτεμβρίου 2021, το 28ο Ρινολογικό συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS) μαζί με το 39ο Συνέδριο της Παγκόσμιας Εταιρείας φλεγμονωδών και αλλεργικών παθήσεων ρινός (ISIAN) και το 21ο Συνέδριο της Παγκόσμιας Ρινολογικής Εταιρείας (IRS).

Για πρώτη φορά, η ελίτ της Ευρωπαϊκής και Παγκόσμιας Ρινολογίας συναντήθηκε στη Θεσσαλονίκη, μεταλαμβάνοντας στους συνέδρους όλα τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα.

Η προσπάθεια ξεκίνησε στη Στοκχόλμη της Σουηδίας το 2016, όπου κερδίσαμε την ανάθεση του συνεδρίου μεταξύ ισχυρών πόλεων όπως τη Βαρκελώνη και την Αγία Πετρούπολη. Το συνέδριο είχε αρχικά προγραμματιστεί να γίνει τον Ιούνιο του 2020 αλλά αναβλήθηκε εξαιτίας της πανδημίας COVID-19. Τρεις μήνες πριν την αναβολή του το συνέδριο είχε ξεπεράσει σε συμμετοχές, χορηγίες και ελεύθερες ανακοινώσεις το συνέδριο που έγινε το 2018 στο Λονδίνο και που θεωρείται το πιο πετυχημένο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας.

Παρά την αβεβαιότητα που προκαλούσε η εξέλιξη της πανδημίας τόσο σε εθνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, συνεχίσαμε την προσπάθεια με πίστη και αφοσίωση και η υλοποίηση του συνεδρίου ξεπέρασε κάθε προσδοκία. Μέσα σε ένα αυστηρό πλαίσιο υγειονομικών κανονισμών, ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια του συνεδρίου, αυτού καθ' εαυτού, αλλά και των συμμετεχόντων, η οργανωτική επιτροπή κατόρθωσε να δομήσει με μεγάλη προσπάθεια ένα εξαιρετικό επιστημονικό πρόγραμμα που κράτησε αμείωτο το ενδιαφέρον των συνέδρων από την πρώτη μέχρι την τελευταία μέρα του συνεδρίου. Να σημειωθεί η μεγάλη δυσκολία στην επίτευξη τελικού προγράμματος μια που μέχρι την τελευταία στιγμή πολλοί ομιλητές και συμμετέχοντες στο πρόγραμμα δεν ήταν σίγουροι εάν θα μπορούσαν να παραβρεθούν.

Στους χώρους των δύο κτηρίων του Μεγάλου Μουσικής Θεσσαλονίκης, πραγματοποιήθηκαν για 4 συνεχόμενες ημέρες ένα πλήθος επιστημονικών διαλέξεων, στρογγυλών τραπεζών, επιστημονικών συμποσίων και επιστημονικών ανακοινώσεων που έδωσαν την ευκαιρία ενημέρωσης στα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, εμβάθυνσης σε τομείς που έχουν αναπτυχθεί



Η Γενική Γραμματέας και ο Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας, Wytske Fokkens και Ιωάννης Κωνσταντινίδης μαζί με την κ. Γκαργκάσουλα (Εταιρεία Frei).



Ο Καθηγητής Στυλιανός Κουντάκης που βραβεύτηκε ως επίτιμο μέλος της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας σε διαδικτυακή σύνδεση από Αμερική.



Η απονομή του μεταλλίου της προεδρίας της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS) από τον απερχόμενο Πρόεδρο Sean Carrie στον νυν Πρόεδρο Ιωάννη Κωνσταντινίδη.



Από αριστερά προς τα δεξιά: Κ. Γκαργκάσουλα, Πάυλος Μαραγκουδάκης, Ευάγγελος Γιωτάκης και Μιχάλης Κατωτομιχελάκης.



Από αριστερά προς τα δεξιά: Ευάγγελος Γκόλας, κ. Γκαργκάσουλα, Χρίστος Γεωργάλας και Άλκης Καρλιγκιώτης.



Από δεξιά προς τα αριστερά: Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας, Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου Τιμολέων Τερζής με τον Peter Hellings σε συντονισμό στρογγύλης τράπεζας.



Ο Αντώνης Παπαβασιλείου, που βραβεύτηκε ως επίτιμο μέλος της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας μαζί με την Πρόεδρο των Ελλήνων ΩΡΛ Ελεύθερων Επαγγελματιών, Όλγα Κεσίδου.

και στο παρελθόν, ενώ υπογραμμίστηκε με σαφήνεια η θέση της Ρινολογίας στο φλέγον θέμα της εποχής, την πανδημία COVID-19. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 9 plenary sessions (επιστημονικές διαλέξεις), 60 συμπόσια, 40 στρογγυλές τράπεζες και 20 εκπαιδευτικά μαθήματα (instructional courses), ενώ ο αριθμός των ελεύθερων ανακοινώσεων που παρουσιάστηκαν ξεπέρασε τις 1000. Το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου στηρίχθηκε από 300 διδάσκοντες/ομιλητές (faculty members), ενώ αξίζει να υπογραμμιστεί η έντονη ελληνική παρουσία μεταξύ αυτών. 52 Έλληνες επιστήμονες που δραστηριοποιούνται τόσο εντός όσο και εκτός συνόρων συμμετείχαν ενεργά ως ομιλητές και ως προεδρεύοντες, καταδεικνύοντας την επιστημονική επάρκεια της χώρας μας στον τομέα της Ρινολογίας. Μεγάλη χαρά προκάλεσε η ανακήρυξη σε επίτιμα μέλη της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS) και δύο ελληνικών ρινολόγων του Καθηγητή Στυλιανού Κουντάκη από το Πανεπιστήμιο Augusta της Georgia των ΗΠΑ και του Αντώνη Παπαβασιλείου από την Αθήνα. Επίσης ως επίτιμα μέλη ανακηρύχθηκαν και ο Καθηγητής Claus Bachert από το Βέλγιο και ο Καθηγητής Ray Sacks από το Sydney, της Αυστραλίας.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων ξεπέρασε κατά πολύ τα εκτιμώμενα μεγέθη, φθάνοντας τις 1100 ζωντανές συμμετοχές, ενώ παράλληλα 520 άτομα επέλεξαν να παρακολουθήσουν διαδικτυακά το συνέδριο, αξιοποιώντας την εναλλακτική αυτή επιλογή που παρείχε η οργανωτική επιτροπή. Η δυνατότητα διαζώσης παρακολούθησης έδωσε στους συνέδρους την ευκαιρία να ανταλλάξουν εκ του σύνεγγυς απόψεις και σκέψεις και να θέσουν τα θεμέλια επιστημονικών συνεργασιών για το μέλλον.

Ζώντας στην εποχή του διαδικτύου και της ταχύτητας διάδοσης της επιστημονικής γνώσης, η πραγματοποίηση ενός συνεδρίου, με την κλασική του μορφή, μας υπενθύμισε αυτό που όλοι γνωρίζαμε: πως η ανθρώπινη επαφή δίνει μια διαφορετική απόχρωση στην μετάδοση της γνώσης.

Το συνέδριο ολοκληρώθηκε με την ημερίδα της Ελληνικής Ρινολογικής Εταιρείας Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου, που έλαβε χώρα την τελευταία ημέρα του συνεδρίου 30 Σεπτεμβρίου, χαρίζοντας στους συμμετέχοντες μια πρωτότυπη ζωντανή ανοικτή συζήτηση. Για πρώτη φορά, τα πλέον δημοφιλή ρινολογικά θέματα, όπως είναι η αλληργική ρινίτιδα, η χρόνια ρινοκοιλίτιδα με ή χωρίς ρινικούς πολύποδες και η ρινοπλαστική αναπτύχθηκαν από καταξιωμένους στον χώρο ομιλητές, ενώ η διαδραστική συζήτηση με το κοινό επέτρεψε όχι απλά να ανακεφαλαιωθούν τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, όπως είχαν αναπτυχθεί τις προηγούμενες μέρες στα πλαίσια του ERS 2021, αλλά και να τεθούν επί τάπητος πολλά θέματα που μέχρι πρότινος έμεναν αναπάντητα.

Σίγουρα η ενθουσιώδης συμμετοχή του κοινού καταδεικνύει την αναγκαιότητα ενσωμάτωσης τέτοιου τύπου «ανοικτών συζητήσεων» στα επιστημονικά συνέδρια τόσο στο πεδίο της Ρινολογίας, όσο και στο σύνολο της Ωτορινολαρυγγολογίας.

Η Ευρωπαϊκή Ρινολογική Εταιρεία ξεκίνησε την οργάνωση του 29ου Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας που θα πραγματοποιηθεί στην Σόφια, Βουλγαρία της 17-20 Ιουνίου το 2023. Είναι ευκαιρία και πρέπει όλοι οι έλληνες Ρινολόγοι να έχουμε και εκεί δυναμική παρουσία και να διεκδικήσουμε βήμα και συμμετοχή στα όργανα των διεθνών εταιρειών.

Να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της ελληνικής οργανωτικής επιτροπής, την ελληνική ρινολογική εταιρεία, του έλληνες ρινολόγους από την πατρίδα μας αλλά και από το εξωτερικό που συμμετείχαν στην πραγματοποίηση του συνεδρίου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στην Εταιρεία FREI και προσωπικά την κ. Γκαργκάσουλα με τους συνεργάτες της για τη μεγάλη προσπάθεια, υποστήριξη και άρτια διοργάνωση.

Τα σχόλια στο διοικητικό συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την αποτίμηση του συνεδρίου ήταν πολύ θετικά τόσο για την υπό αυτές τις συνθήκες οργάνωση του συνεδρίου, συμμετοχή αλλά και για τον οικονομικό απολογισμό.

Αγαπητοί φίλοι σας ευχαριστώ θερμά για την κοινή μας προσπάθεια να αναδείξουμε την ρινολογία και την Ελλάδα μας!

Με τιμή

Ιωάννης Κωνσταντινίδης

Καθηγητής ΩΡΛ, ΑΠΘ

Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ρινολογικής Εταιρείας (ERS)

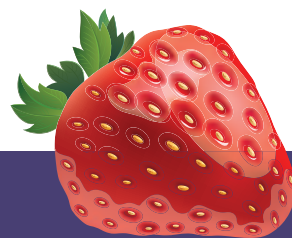
Αντιπρόεδρος της παγκόσμιας Εταιρείας φλεγμονωδών και αλλεργικών νοσημάτων ρινός (ISIAN)

Πρόεδρος της Πανελληνίας Εταιρείας ΩΡΛ, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου



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

Χειμώνα Θεογνωσία
Παπαδάκης Χαρίτων
ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Παπαδάκης Χαρίτων
Συντονιστής Διευθυντής
ΩΡΛ Κλινική Γ. Ν. Χανίων
73300 Χανιά
email: chpap@hotmail.com
τηλ: 2821022797

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

**Chimona Theognosia
Papadakis Chariton**
ENT Department,
Chania General Hospital

Corresponding author:
Papadakis Chariton
Chair of ENT Department
Chania General Hospital
73300 Chania
email: chpap@hotmail.com
tel: +302821022797

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 42 - Issue 4, 2021

Ηθική και επιστημονικές δημοσιεύσεις

Integrity and scientific publications

*"Most people say that it is the intellect which makes a great scientist.
They are wrong: it is character."*

Albert Einstein

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα ζητήματα ηθικής στην επιστημονική έρευνα μπορεί να αφορούν (μεμονωμένα ή σε συνδυασμό), προβλήματα στον σχεδιασμό της μελέτης, προβλήματα στα δεδομένα, προσωπικά παραπτώματα και θέματα συμπεριφοράς στο ερευνητικό περιβάλλον, οικονομικά παραπτώματα, και παραπτώματα σχετιζόμενα με τη δημοσίευση της έρευνας. Στην παρούσα ανασκόπηση θα αναφερθούμε σε προβλήματα ηθικής που προκύπτουν από παραπτώματα κατά τη συγγραφή και δημοσίευση επιστημονικών μελετών.

Κύρια ευρήματα: Ηθικά παραπτώματα στις δημοσιεύσεις επιστημονικών άρθρων, μπορεί να συμβούν ήδη στην επιλογή των ονομάτων των συγγραφέων και της σειράς αυτών. Ως βασικά παραπτώματα, θεωρούνται η επινόηση αποτελεσμάτων, η παρουσίαση αλλοιωμένων αποτελεσμάτων και η λογοκλήση (Fabrication-Falsification-Plagiarism, FFP). Άλλα ζητήματα που εγείρουν θέματα ηθικής είναι οι διπλές δημοσιεύσεις και οι επικαλυπτόμενες δημοσιεύσεις. Τέλος σημαντικά παραπτώματα μπορεί να προκύψουν από ζητήματα σύγκρουσης συμφερόντων. Μελέτες δείχνουν ότι ετησίως συμβαίνουν >2000 περιπτώσεις FFP και ότι περίπου 2% των ερευνητών παραδέχεται ότι κατασκεύασε ή παραποίησε αποτελέσματα κάποιας έρευνας. Οι επιπτώσεις για τον ερευνητή, σε περίπτωση αποκάλυψης ηθικού επιστημονικού παραπτώματος, είναι: διαγραφή από τον επιστημονικό σύλλογο, αποκλεισμό από επιχορηγήσεις και συμβουλευτικές επιτροπές ή επιτροπές αξιολόγησης, η επιβολή ποινής από το ίδρυμα όπου εργάζεται, η υποβολή διόρθωσης δημοσιευμένου άρθρου ή και η ανάκληση ενός δημοσιευμένου άρθρου.

Συμπεράσματα: Τα ηθικά παραπτώματα στις επιστημονικές δημοσιεύσεις είναι ένα γεγονός για την καταπολέμηση του οποίου υπάρχουν ειδικές επιτροπές και όργανα. Είναι απαραίτητο οι νέοι επιστήμονες, ερευνητές, μεταπτυχιακοί φοιτητές και υποψήφιοι διδάκτορες να εκπαιδεύονται στις αρχές της ηθικής και τις ορθές πρακτικές έρευνας. Η εκπαίδευση πρέπει να γίνεται μέσω οργανωμένων σχετικών μαθημάτων, αλλά και από την επιστημονική συμπεριφορά του εκάστοτε μέντορα.

Λέξεις κλειδιά: ηθική, έρευνα, παραπτώματα, δημοσιεύσεις, παραποίηση αποτελεσμάτων, λογοκλήση, διπλές δημοσιεύσεις, επικαλυπτόμενες δημοσιεύσεις, σύγκρουση συμφερόντων, ανάκληση άρθρου.

ABSTRACT

Introduction: Ethical issues in scientific research may be related (individually or in combination) with problems in study design, data manipulation, personal misconduct and behavioral issues in the research environment, financial misconduct, and misconduct related to the publication of research. In the present review we report the ethical issues in writing and publishing scientific studies.

Main findings: Ethical misconduct in the publication of scientific articles may already occur in the authorship. The main misconduct issues are the fabrication of results, the presentation of distorted results and plagiarism (Fabrication-Falsification-Plagiarism, FFP). Other significant ethical issues include duplicate and redundant publications. Finally, significant misdemeanors can arise from issues of conflict of interest. Studies show that

there are more than 2000 cases of FFP per year. About 2% of researchers admit fabricating or falsifying research results. The consequences for the researcher, in case of revelation of a scientific misconduct, are removal from scientific register, exclusion from grants and advisory boards or evaluation committees, supervision by his institution, correction of a published article or retraction of a published article.

Conclusions: Ethical misconduct in scientific publications is fact against which act special committees and boards. Young scientists, researchers, postgraduate students, and PhD candidates should be trained in the principles of ethics and good research practices. The training must be performed through organized relevant courses, besides the scientific behavior of each mentor.

Keywords: integrity, research, misconduct, publications, results falsification, plagiarism, duplicate publication, overlapping publication, conflict of interest article retraction.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την τελευταία 20ετία, ο αριθμός των επιστημονικών ερευνών έχει αυξηθεί, οι ρυθμοί έχουν επιταχυνθεί και έχουν βελτιωθεί τα μέσα που έχουν στη διάθεσή τους οι ερευνητές, είτε αυτά αφορούν εργαλεία της ίδιας της έρευνας, ή εργαλεία επικοινωνίας και πρόσβασης σε επιστημονικές πηγές. Το αποτέλεσμα των βιοϊατρικών ερευνών, φτάνει στην επιστημονική κοινότητα μέσω των δημοσιεύσεων σε αναγνωρισμένα περιοδικά τοπικού ή διεθνούς χαρακτήρα. Τα ιατρικά επιστημονικά περιοδικά ως γνωστόν συμπεριλαμβάνονται σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με πιο έγκυρη το Medline/PubMed αλλά και τα, Scopus, Google Scholar, Web of Science κλπ. Τόσο πιο σημαντικό θεωρείται το δημοσιευμένο άρθρο όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης απήχησης (impact factor) του περιοδικού που το δημοσίευσε. Ο δείκτης απήχησης επινοήθηκε από τον Eugene Garfield και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1975.¹ Ουσιαστικά πρόκειται για το πηλίκο των αναφορών σε άλλα μεταγενέστερα άρθρα όλων των δημοσιευμένων άρθρων του περιοδικού ενός έτους, προς το άθροισμα των δημοσιευμένων άρθρων του περιοδικού κατά τα δύο προηγούμενα έτη.² Ένας άλλος δείκτης που χρησιμοποιείται τελευταία είναι ο h index ή δείκτης επιστημονικής ποιότητας h που στοχεύει στη μέτρηση της ποιότητας των ακαδημαϊκών δημοσιεύσεων ενός επιστήμονα. Ονομάζεται επίσης Hirsch index από το επώνυμο του φυσικού επιστήμονα Jorge Hirsch που αρχικά πρότεινε τη χρήση του. Ο δείκτης h είναι ίσος με τον αριθμό των επιστημονικών άρθρων που έχει δημοσιεύσει ένας ερευνητής, τα οποία τα καθένα έχει τουλάχιστον h αναφορές από άλλους επιστήμονες.³ Ο δείκτης αυτός θεωρείται ως ο πιο αξιόπιστος για ποιοτική αξιολόγηση της έρευνας σε διεθνές επίπεδο. Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας των δημοσιεύσεων, ο οποίος αξιολογείται κυρίως στη διεκδίκηση ακαδημαϊκών θέσεων, είναι ο απόλυτος αριθμός των βιβλιογραφικών αναφορών (citations) που επιτυγχάνει το άρθρο σε μελλοντικές δημοσιεύσεις.

Γεγονός είναι ότι οι απαιτήσεις των επιστημονικών ιατρικών περιοδικών έχουν πλέον ξεφύγει από απλές αναφορές περιστατικών που δύσκολα πλέον δημοσιεύονται (case reports, case

series) ή απλές ανασκοπήσεις θεμάτων. Οι ερευνητικές εργασίες, σε κλινικό επίπεδο για παράδειγμα, θεωρούνται αξιόπιστες όταν πρόκειται για τυχαιοποιημένες μελέτες με χρήση ομάδας ελέγχου, ενώ οι ανασκοπήσεις έχουν μετατραπεί σε συστηματικές ανασκοπήσεις ενός θέματος, σε τουλάχιστον δύο ή τρεις αναφερόμενες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και μετα-ανασκοπήσεις των αποτελεσμάτων, όπου αυτό είναι εφικτό, σύμφωνα με καθορισμένα κριτήρια (π.χ. Prisma guidelines).⁴

Αν αναλογιστούμε ότι μία δημοσίευση αποτελεί ουσιαστικά το προϊόν επιστημονικής έρευνας, είτε αυτή πρόκειται για κλινική ή πειραματική μελέτη, είτε για συστηματική ανασκόπηση εργασιών, ίσως ξενίζει το ενδιαφέρον για τη νηθική στις επιστημονικές δημοσιεύσεις. Πως είναι δυνατόν δηλαδή ένα ιατρικό άρθρο να μην ακολουθεί κανόνες νηθικής και δεοντολογίας;

Όπως γνωρίζουμε, μέχρι την τελική δημοσίευση έχει προηγηθεί μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, σχεδιασμός της έρευνας, πιθανά εκατοντάδες πειραμάτων, καταγραφή και στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, συγγραφή και διόρθωση του κειμένου. Όλη η διαδικασία διαρκεί αρκετούς μήνες ή ακόμη και χρόνια μέχρι ο ερευνητής να επιτύχει την πολυπόθητη δημοσίευση και ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης να έχει στα χέρια του το δημοσιευμένο άρθρο. Δυστυχώς, σε κάθε σημείο από τα παραπάνω μπορεί να υπάρξουν παρεκκλίσεις από τις ορθές πρακτικές οι οποίες οδηγούν σε ζητήματα νηθικής.

Τα προβλήματα μπορεί να αρχίσουν ήδη από την “πνευματική ιδιοκτησία” της ιδέας της εργασίας, τη σύλληψη της επιστημονικής ερώτησης που θα πρέπει να απαντηθεί, ή αν για παράδειγμα ο θεράπων ιατρός ενός ασθενή θα είναι ο ίδιος συγγραφέας της παρουσίασης του περιστατικού. Οι ρόλοι και ο καταμερισμός εργασίας πρέπει να είναι ξεκάθαρα από την αρχή. Είναι σύνηθες την ιδέα για μια μελέτη-εργασία να την έχει ένας μεγαλύτερος και εμπειρότερος επιστήμονας. Ακόμα όμως και στην περίπτωση που η ερευνητική ιδέα προκύψει από έναν νεότερο ιατρό, σίγουρα θα χρειαστεί η βοήθεια και καθοδήγηση ενός έμπειρου, ανώτερου συνήθως ιεραρχικά, σε όλα τα στάδια της μελέτης.

Ο εμπειρότερος επιστήμονας αναλαμβάνει το ρόλο του μέντορα, ειδικά όταν πρόκειται για ερευνητικές μελέτες που οδηγούν σε απόκτηση διδακτορικής διατριβής και οι οποίες διαρκούν αρκετά έτη. Στο θέμα που εξετάζουμε, ο μέντορας είναι ένας επιστήμονας που βοηθά με εντατικό τρόπο, και για πιθανά μεγάλο χρονικό διάστημα, ένα νεότερο συνάδελφο να αναπτυχθεί επιστημονικά μέσω ενός συνδυασμού συμβουλών για έρευνα, ανάπτυξης δεξιοτήτων και δημιουργίας ευκαιριών.⁵ Είτε αυτό συμβαίνει άτυπα, είτε είναι επίσημο δομημένο (π.χ. πρόκειται για τον επιβλέποντα διδακτορικής διατριβής ή μεταπτυχιακού προγράμματος), ο στόχος του μέντορα είναι η εκπαίδευση των νεότερων σχετικά με τις επιστημονικές μεθόδους αλλά και την ερευνητική ηθική.⁶ Το επόμενο βήμα είναι να ακολουθηθούν οι κανόνες βιοηθικής, ειδικά όταν η μελέτη αφορά πείραμα σε ανθρώπους, ή άλλα έμβια όντα.^{7,8} Σε κλινικές μελέτες κάθε τύπου, θα πρέπει να διασφαλιστούν οι ορθές πρακτικές όσον αφορά την έγγραφη συναίνεση των συμμετεχόντων, την προστασία των προσωπικών δεδομένων, την προστασία των συμμετεχόντων, των ερευνητών και του περιβάλλοντος, τη λήψη έγκρισης από την επιτροπή βιοηθικής του ιδρύματος στο οποίο θα διεξαχθεί η έρευνα, και τέλος ενημέρωση των σχετικών οργάνων (διοίκηση, επιστημονικό συμβούλιο, υγειονομική περιφέρεια νοσοκομείου) με την κατάθεση του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Τα ζητήματα ηθικής στην επιστημονική έρευνα μπορεί να αφορούν (μεμονωμένα ή σε συνδυασμό), προβλήματα στον σχεδιασμό της μελέτης, προβλήματα στα δεδομένα, προσωπικά παραπτώματα στο ερευνητικό περιβάλλον, οικονομικά παραπτώματα, και παραπτώματα σχετιζόμενα με τη δημοσίευση της έρευνας (Πίνακας Ι). Στην παρούσα ανασκόπηση θα αναφερθούμε σε προβλήματα ηθικής που προκύπτουν από βασικά παραπτώματα και από παραπτώματα κατά τη συγγραφή και δημοσίευση επιστημονικών μελετών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Α. Ζητήματα ρόλων, καταμερισμού έργου και λίστας συγγραφέων (Roles, contributorship and authorship issues)

Όπως ήδη αναφέρθηκε κατά το σχεδιασμό της έρευνας οι ρόλοι των συμμετεχόντων πρέπει να είναι εξ' αρχής ξεκάθαροι. Αν χρειάζονται περισσότεροι ερευνητές/ επιστήμονες για την ολοκλήρωση της μελέτης, θα πρέπει να γνωρίζουν (και να συμφωνήσουν) στο πως ακριβώς θα συμμετάσχουν και αν θα συμπεριληφθούν (και σε ποια σειρά) στη λίστα των συγγραφέων ή αν θα αναφερθούν μόνο στις ευχαριστίες (acknowledgements). Χωρίς αμφιβολία αποτελεί ιδιαίτερη εμπειρία για έναν ερευνητή να συμμετέχει ως συγγραφέας επιστημονικού κειμένου, δημοσιευμένου σε έγκυρο περιοδικό, καθώς με τον τρόπο αυτό αντανακλάται η προσωπική του συμμετοχή στη γνώση και τη διάδοσή της. Εκτός της αναγνώρισης, του κύρους και της επιστημονικής καταξίωσης, η συγγραφή επιστημονικών άρθρων οδηγεί σε βελτίωση του βιογραφικού των συγγραφέων που μεταφράζεται σε μεγαλύτερη ανταγωνιστικότητα στη διεκδίκηση θέσεων, είτε πρόκειται για προκηρύξεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), είτε για ακαδημαϊκές θέσεις, είτε για μεταπτυχιακές σπουδές. Στους συγγραφείς μιας εργασίας γενι-

κά συμπεριλαμβάνεται όποιος έχει ουσιαστική πνευματική συμβολή σε οποιοδήποτε στάδιο μέχρι την ολοκλήρωση του κειμένου προς δημοσίευση.⁹ Σύμφωνα με τις οδηγίες της διεθνούς επιτροπής των εκδοτών ιατρικών περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors-ICMJE) ένας συγγραφέας στη λίστα ενός άρθρου θα πρέπει: α) να έχει ουσιαστικά συμβάλει στη σύλληψη και το σχεδιασμό της μελέτης, στη διαδικασία απόκτησης δεδομένων ή στην ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, β) να έχει συντάξει το άρθρο ή να το έχει αναθεωρήσει σε σημαντικό βαθμό και γ) να έχει εγκρίνει την τελική έκδοση του άρθρου προς δημοσίευση. Κάθε συγγραφέας θα πρέπει να έχει συμβάλει σημαντικά στο άρθρο, ώστε να αναλαμβάνει δημόσια ευθύνη για όλο ή συγκεκριμένο μέρος της εργασίας.¹⁰ Η ICMJE αναφέρει επίσης ποια κριτήρια από μόνα τους δε δικαιολογούν τη συμμετοχή στη λίστα συγγραφέων και αυτά περιλαμβάνουν: α) την ανεύρεση χρηματοδότησης, β) την απλή συλλογή δεδομένων, γ) τη γενική επίβλεψη της ερευνητικής ομάδας.¹⁰ Σαφώς δεν πρέπει να αποτελεί κριτήριο η συγγενική σχέση με τον καθηγητή της έδρας, το διευθυντή κλινικής ή τον υπεύθυνο εργαστηρίου. Όταν κάποιος δεν πληροί τα κριτήρια για να συμπεριληφθεί στη λίστα των συγγραφέων, τότε μπορεί να συμπεριληφθεί στο τμήμα των ευχαριστιών, για παράδειγμα, κάποιος που προσέφερε τεχνική βοήθεια, ή βοήθεια στη συγγραφή του κειμένου π.χ. σε άλλη γλώσσα, ή έδωσε συμβουλές για τη μελέτη, ή προσέφερε οικονομική βοήθεια, ή εγκαταστάσεις και εξοπλισμό για τη διεξαγωγή της μελέτης κλπ.

Ένα άλλο ζήτημα, που προκύπτει συχνά, είναι η σειρά των ονομάτων των συγγραφέων. Γενικά, όσο πολυπληθέστερη είναι η ομάδα εργασίας, ή όταν πρόκειται για πολυκεντρική μελέτη, τόσο πιο περίπλοκη είναι η διευθέτηση της σειράς των ονομάτων.⁹ Γενικά, οι πιο σημαντικοί συγγραφείς θεωρούνται ο πρώτος, ο τελευταίος καθώς και ο υπεύθυνος αλληλογραφίας που συνήθως είναι ένας από τους δύο, αλλά μπορεί να είναι και κάποιος συγγραφέας σε άλλη σειρά της λίστας των ονομάτων. Ο συγγραφέας που χαρακτηρίζεται ως υπεύθυνος αλληλογραφίας (corresponding author) πρέπει να συντονίζει την ολοκλήρωση και την υποβολή του άρθρου σύμφωνα με τις οδηγίες του εκάστοτε περιοδικού.¹¹ Πρέπει να είναι υπεύθυνος για την επικοινωνία σχετικά με το άρθρο τόσο με τους εκδότες (editors) όσο και με τους κριτές της εργασίας (reviewers). Ο υπεύθυνος αλληλογραφίας συγγραφέας είναι υπεύθυνος για την αναγνώριση της συμβολής των υπολοίπων συγγραφέων και επιβεβαιώνει ότι όλοι οι συμμετέχοντες έχουν μελετήσει, αναθεωρήσει και έχουν εγκρίνει την υποβληθείσα έκδοση του άρθρου.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το ισχύον ΦΕΚ (2804 Β' 30-6-2021) σχετικά με τον καθορισμό κριτηρίων επιλογής και διαδικασίας υποβολής υποψηφιοτήτων, αξιολόγησης και επιλογής για θέσεις κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. τον ίδιο συντελεστή στη βαθμολογία λαμβάνει ο πρώτος συγγραφέας και ο υπεύθυνος (συνήθως πρόκειται για τον διευθυντή του τμήματος που μπαίνει τελευταίος στη λίστα των ονομάτων των συγγραφέων), ενώ ο δεύτερος και τρίτος κατά σειρά συγγραφέας βαθμολογούνται με τον ίδιο αλλά μικρότερο συντελεστή (Πίνακας ΙΙ).

Πίνακας Ι. Παραπτώματα επιστημονικών ερευνών

Βασικά παραπτώματα (FFP) • Επινόηση αποτελεσμάτων • Παρουσίαση αλλοιωμένων/ψευδών αποτελεσμάτων • Λογοκλοπή	Παραπτώματα ερευνητικής πρακτικής • Χρήση ακατάλληλων (π.χ. επιβλαβών ή επικίνδυνων) ερευνητικών μεθόδων • Ανεπαρκής ερευνητική σχεδίαση • Πειραματικό, αναλυτικό, υπολογιστικό σφάλμα • Παραβίαση πρωτοκόλλων βιοηθικής • Απόκρυψη ερευνητικού παραπτώματος
Προσωπικά παραπτώματα στο ερευνητικό περιβάλλον • Ανάρμοστη συμπεριφορά • Παρενόχληση, εκφοβισμός • Ανεπαρκής επίβλεψη, καθοδήγηση • Αδιαφορία για κοινωνικά ή πολιτισμικά πρότυπα • Κατάχρηση θέσης για την ενθάρρυνση ερευνητικών παραβιάσεων • Καθυστερήση ή παρεμπόδιση του έργου άλλων ερευνητών	Οικονομικά και άλλα παραπτώματα • Κατάχρηση αξιολόγησης από ομότιμους • Μν- αποκάλυψη σύγκρουσης συμφερόντων • Παρεμπόδιση δημοσίευσης ανταγωνιστών ερευνητών • Παραπληκτική παρουσίαση διαπιστευτηρίων ή δημοσίευσης • Κατάχρηση ερευνητικών κονδυλίων για προσωπικό όφελος • Αβάσιμη ή κακόβουλη καταγγελία για ανάρμοστη συμπεριφορά/παραπάτωμα άλλου ερευνητή
Παραπτώματα που σχετίζονται με δημοσίευση • Αδικαιολόγητη διεκδίκηση ένταξης στη λίστα συγγραφέων • Άρνηση ένταξης στη λίστα συγγραφέων σε βασικούς συντελεστές • Προβλήματα σειράς ονομάτων στη λίστα των συγγραφέων • Ένταξη στη λίστα συγγραφέων χωρίς άδεια/έγκριση από τους ίδιους • Τεχνητά πολλαπλασιαζόμενες δημοσιεύσεις (τεμαχισμός αποτελεσμάτων και αυτό-λογοκλοπή) • Επιλεκτικές βιβλιογραφικές αναφορές για ενίσχυση της σημασίας των αποτελεσμάτων • Αναφορές σε περιοδικά που υπονομεύουν τον ποιοτικό έλεγχο της έρευνας • Υπερβολή στη σημασία και πρακτική εφαρμογή των ευρημάτων • Μν- αποκάλυψη σύγκρουσης συμφερόντων	

Β. Ζητήματα επινόησης αποτελεσμάτων ή αλλοιωμένων αποτελεσμάτων (Data fabrication and falsification issues)

Η επινόηση αποτελεσμάτων και η παρουσίαση αλλοιωμένων, ψευδών αποτελεσμάτων αποτελούν τα πιο προφανή παραδείγματα επιστημονικών παραπτώματων. Σύμφωνα με το Office on Research Integrity (ORI) η επινόηση αποτελεσμάτων είναι η δημιουργία δεδομένων και η καταγραφή/αναφορά ή η δημοσίευσή τους, ενώ η παρουσίαση αλλοιωμένων αποτελεσμάτων αφορά την παραποίηση του ερευνητικού υλικού, των κλινικών φωτογραφιών-απεικονίσεων, του εξοπλισμού ή διαδικασιών, ή αλληγή ή παράληψη δεδομένων ή αποτελεσμάτων, έτσι ώστε η έρευνα να μην αναπαρίσταται με ακρίβεια στα ερευνητικά αρχεία.¹² Στην πραγματικότητα η παρουσίαση παραποιημένων αποτελεσμάτων συμπεριλαμβάνει την επινόηση δεδομένων. Μπορεί να αφορά στην αφαίρεση, για παράδειγμα, κάποιου δεδομένου που δεν οδηγεί σε επιθυμητό αποτέλεσμα, μέχρι και την επινόηση αποτελεσμάτων που να ευνοούν στην προσδοκώμενη απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος. Τα παραποιημένα αποτελέσματα αποτελούν μεγάλο πρόβλημα καθώς απειλούν

την ηθική ακεραιότητα των επιστημόνων αλλά και άλλων ερευνητών του ίδιου πεδίου, θέτοντας σε κίνδυνο την εμπιστοσύνη του κοινού απέναντι στην επιστημονική κοινότητα.¹¹ Επιπλέον, αν δεν αποκαλυφθούν τέτοιου είδους επιστημονικά παραπτώματα είναι δυνατόν να κοστίσουν πόρους, εξοπλισμό, και χρόνο άλλων ερευνητών, οι οποίοι θα προσπαθήσουν να επαναλάβουν ή να εξελίξουν τη συγκεκριμένη έρευνα πάνω σε λανθασμένα συμπεράσματα. Τέλος, είναι δυνατόν τα παραποιημένα αποτελέσματα κλινικών μελετών να οδηγήσουν σε θεραπευτικές πρακτικές που δε θα ωφελούν ή ακόμη και μπορεί να βλάψουν ασθενείς.

Γ. Ζητήματα λογοκλοπής (Plagiarism issues)

Ως λογοκλοπή σύμφωνα με το ORI θεωρείται «η κλοπή ή κατάχρηση πνευματικής ιδιοκτησίας ή η μν- αποδιδόμενη αντιγραφή του κειμένου κάποιου άλλου συγγραφέα». Η κλοπή ή η κατάχρηση πνευματικής ιδιοκτησίας περιλαμβάνει τη μη-εξουσιοδοτημένη χρήση πρωτότυπων ιδεών ή μεθόδων. Η λογοκλοπή σημαίνει ακόμα και “τη μη-αποδοθείσα κατά λέξη ή σχεδόν

Πίνακας II. Συντελεστές βαθμολογίας αναλόγως του είδους των δημοσιεύσεων και της σειράς ονομάτων στη λίστα των συγγραφέων (ΦΕΚ 2804 Β΄ 30-06-2021).

Είδος δημοσιεύσεων Δημοσιεύσεις σε αξιολογημένα περιοδικά ως πρώτο όνομα ή ως υπεύθυνος	Βαθμολογία 3,5 X αριθμό, ο 1ος και ο υπεύθυνος συγγραφέας 2,5 X αριθμό, ο 2ος και ο 3ος συγγραφέας 1,5 X αριθμό, οι συγγραφείς στις υπόλοιπες θέσεις
Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με συντελεστή επιρροής >3	5 X αριθμό, ο 1ος και ο υπεύθυνος συγγραφέας 3,5 X αριθμό, ο 2ος και ο 3ος συγγραφέας 2,5 X αριθμό, οι συγγραφείς στις υπόλοιπες θέσεις
Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με συντελεστή επιρροής >10	10 X αριθμό, ο 1ος και ο υπεύθυνος συγγραφέας 7 X αριθμό, ο 2ος και ο 3ος συγγραφέας 5 X αριθμό, οι συγγραφείς στις υπόλοιπες θέσεις

κατά λέξη αντιγραφή προτάσεων ή παραγράφων” που ουσιαστικά παραπλανούν τον αναγνώστη σχετικά με τη συμμετοχή του συγγραφέα στο κείμενο.¹³

Η αντιμετώπιση στην πιθανή λογοκλοπή διαφέρει μεταξύ των επιστημονικών περιοδικών. Ορισμένοι κριτές ή εκδότες για παράδειγμα χρησιμοποιούν κάποιο πρόγραμμα ανίχνευσης ομοιοτήτων της γλώσσας σε γραπτά κείμενα (π.χ. Grammarly). Για την αποφυγή του παραπτώματος της λογοκλοπής είναι χρήσιμο να χρησιμοποιείται βιβλιογραφική αναφορά σε όποια ιδέα, μέθοδο, αποτέλεσμα ή συμπέρασμα λαμβάνεται από άλλη πηγή (εργασία, κείμενο βιβλίου, ιστοσελίδα κλπ). Το κείμενο πρέπει να αποδίδεται με διαφορετικό τρόπο και άλλες λέξεις, ενώ αν χρησιμοποιείται αυτούσιο από την πηγή θα πρέπει να είναι μέσα σε εισαγωγικά. Κάθε φορά που γίνεται παράφραση ή περίληψη άλλου κειμένου πρέπει να αποδίδεται σαφώς εννοιολογικά το πρωτότυπο. Χρησιμοποιείται βιβλιογραφική αναφορά σε όλες τις περιπτώσεις που ένα κείμενο δεν είναι σαφές ότι αντιπροσωπεύει κοινή γνώση. Τέλος, δεν αναφέρεται μία πρωτότυπη δημοσίευση βασιζόμενη μόνο σε μια δευτερεύουσα περίληψη αυτής. Επιπλέον, δε χρησιμοποιείται πρωτότυπη βιβλιογραφική αναφορά που δίνεται σε άλλο άρθρο χωρίς να ελεγχθεί και να μελετηθεί. Πρόκειται για μη-αποδεκτές πρακτικές, που αντανakλούν εσφαλμένα επιστημονικά πρότυπα και οδηγούν σε διαιώνιση λθών στις βιβλιογραφικές αναφορές και λανθασμένη περιγραφή του έργου που περιγράφεται.¹⁴ Ένας ιδιαίτερος τύπος λογοκλοπής είναι η αυτο-λογοκλοπή. Πρόκειται για επανάληψη κειμένου, μεθόδου, ιδέας από τον ίδιο συγγραφέα ή συγγραφείς σε νεότερη δημοσίευση χωρίς να αποδίδεται ορθά η βιβλιογραφική αναφορά της προγενέστερης δημοσίευσης. Φυσικά κάποιος μπορεί να θεωρεί ότι αυτού του είδους η επανάληψη δεν αποτελεί ουσιαστικά κλοπή πνευματικής ιδιοκτησίας. Το ηθικό πρόβλημα εδώ προέρχεται ουσιαστικά από τη δυνατότητα εξαπάτησης της επιστημονικής κοινότητας και του αναγνώστη ότι η νέα δημοσίευση πρόκειται για πρωτότυπο έργο/κείμενο.^{14,15}

Η επινόηση αποτελεσμάτων, η παρουσίαση αλληλωμένων/ ψευδών αποτελεσμάτων και η λογοκλοπή θεωρούνται τα πιο σημαντικά ζητήματα επιστημονικών παραπτωμάτων (Πίνακας I). (Fabrication-Falsification-Plagiarism, FFP misconduct issues).¹¹

Δ. Ζητήματα διπλών δημοσιεύσεων (Duplicate publication issues)

Η κατηγορία αυτή, όπως και η επόμενη, μπορεί να θεωρηθεί μέρος της κατηγορίας της αυτο-λογοκλοπής. Ως διπλή δημοσίευση (στις ΗΠΑ αναφέρεται συχνά ως double dipping), ορίζεται η δημοσίευση αυτούσιου ή μεγάλου μέρους άρθρου που έχει ήδη δημοσιευτεί σε άλλο επιστημονικό περιοδικό, με βιβλιογραφική αναφορά ή χωρίς.^{11,15} Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να αλληλάξει ο τίτλος, η σειρά ονομάτων των ίδιων συγγραφέων, ή και η περίληψη σε σχέση με το πρωτότυπο άρθρο. Ένας λόγος που ίσως δικαιολογεί την επανάληψη δημοσίευσης είναι η δημοσίευση του πρωτότυπου άρθρου σε μία μη-ευρέως χρησιμοποιούμενη γλώσσα (πχ. Ελληνική) και σε περιοδικό που δεν είναι εύκολα προσπελάσιμο σε διεθνή αναγνώστη. Αν ζητηθεί άδεια από τους εκδότες και των δύο περιοδικών, του τοπικού και του διεθνούς, τότε είναι δυνατόν να δημοσιευτεί ξανά το άρθρο για παράδειγμα στην Αγγλική γλώσσα.¹⁴ Ο κύριος λόγος όμως του παραπτώματος της διπλής δημοσίευσης, είναι η προσπάθεια των ερευνητών να δημιουργήσουν βιογραφικό με μεγάλο όγκο δημοσιευμένων εργασιών. Αυτό συμβαίνει, γιατί το πλήθος και όχι η ποιότητα των μελετών είναι ο παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη στις προαγωγές, τις διεκδικήσεις θέσεων σε δημόσια νοσοκομεία ή σε κάποιες περιπτώσεις και στις διεκδικήσεις ακαδημαϊκών θέσεων.

Ε. Ζητήματα περιπτώων ή αλληληλεκκαλυπτόμενων δημοσιεύσεων (Redundant or overlapping publication issues)

Ουσιαστικά πρόκειται για δημοσίευση μέρους προγενέστερης εργασίας του ίδιου συγγραφέα ή συγγραφέων, μαζί με νέα,

αδημοσίευτα δεδομένα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι αλληλεπικαλυπτόμενων δημοσιεύσεων.¹⁵ α) Αύξηση δεδομένων. Σε αυτόν τον τύπο, δεδομένα που έχουν ήδη δημοσιευτεί, δημοσιεύονται εκ νέου με ορισμένα πρόσθετα «νέα» αποτελέσματα, συνήθως σε διαφορετικό επιστημονικό περιοδικό. Τα τελικά συμπεράσματα μπορεί να συμφωνούν με την πρωτότυπη εργασία, αλλά η νέα δημοσίευση θα έχει διαφορετικά αριθμητικά αποτελέσματα (π.χ. μέσους όροι, τυπικές αποκλίσεις), και γραφήματα. Αυτός ο τύπος δημοσίευσης είναι εξαιρετικά προβληματικός όταν οι συγγραφείς παρουσιάζουν τα δεδομένα με παραπληλυντικό τρόπο ώστε ο αναγνώστης να πιστέψει ότι όλα τα δεδομένα είναι καινούρια. β) Αφαίρεση δεδομένων. Στην περίπτωση αυτή δεδομένα από προηγούμενη δημοσιευμένη μελέτη αφαιρούνται. Η νέα μελέτη μπορεί να παρουσιάζει τα δεδομένα χωρίς, για παράδειγμα, κάποιες ακραίες τιμές αποτελεσμάτων της πρωτότυπης εργασίας, ή δεδομένα που να πληρούν κάποιο διαφορετικό κριτήριο ανάλυσης. Όπως συμβαίνει και με την αύξηση δεδομένων, η νέα δημοσίευση θα παρουσιάζει διαφορετικά αριθμητικά αποτελέσματα (π.χ. μέσους όρους, τυπικές αποκλίσεις), και γραφήματα. γ) Τμηματοποίηση δεδομένων. Γνωστή και ως Salami Publication ή Least Publishable Unit, η τμηματοποίηση δεδομένων είναι μια πρακτική που συχνά εντάσσεται στην αυτο-λογοκλήση. Πρόκειται για κατάτμηση αποτελεσμάτων από μία συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα με σκοπό τον πολλαπλασιασμό των δημοσιεύσεων. Ένα μεγάλο μέρος της δημοσίευσης είναι κοινό, για παράδειγμα ο πληθυσμός, το υλικό και οι μέθοδοι, ενώ σκοπίμως γίνεται διαφορετική αναφορά στα δεδομένα που συλλέγονται και αναλύονται. Σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα αλλιάζει η σειρά των ονομάτων των συγγραφέων σε μια προσπάθεια συγκάλυψης και εξαπάτησης των αναγνωστών ότι πρόκειται για πρωτότυπη μελέτη.

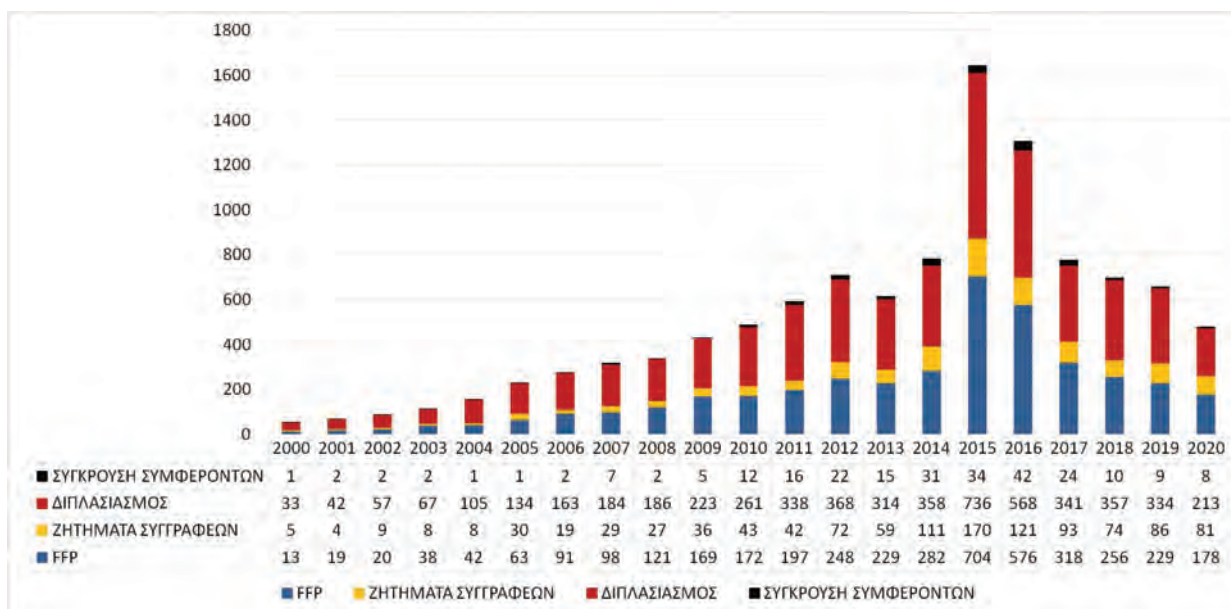
ΣΤ. Ζητήματα σύγκρουσης συμφερόντων (Conflict of interest issues)

Σύγκρουση συμφερόντων παρουσιάζεται όταν ένας ερευνητής μπαίνει στον πειρασμό να συμβιβάσει την επιστημονική κρίση του για οικονομικό ή προσωπικό όφελος. Οι συγκρούσεις συμφερόντων είναι αναπόφευκτες και ποικίλλουν σε βαρύτητα, αλλά καθώς δύνανται να επηρεάζουν τη σκέψη και τη συμπεριφορά των ερευνητών και των συγγραφέων, είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται με διαφάνεια.¹⁶ Τα ανταγωνιστικά ή συγκρουόμενα συμφέροντα μπορεί να περιλαμβάνουν εμπορικά ή οικονομικά συμφέροντα, συμφέροντα φήμης ή απλώς αντικρουόμενες δεσμεύσεις χρόνου, τεχνογνωσίας, ή έργου.¹⁶ Στην επιστημονική έρευνα και τις δημοσιεύσεις, η διατήρηση της αντικειμενικότητας είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στην ακεραιότητα της ερευνητικής διαδικασίας και στη φήμη του ιδρύματος προέλευσης καθώς και του περιοδικού που δημοσιεύει την έρευνα. Οι συγγραφείς μιας επιστημονικής εργασίας αναμένεται να είναι αντικειμενικοί στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων τους. Από την άλλη μεριά, αμερόληπτοι πρέπει να είναι οι συντάκτες και οι κριτές στην αξιολόγησή τους. Όταν οι εμπλεκόμενοι έχουν ανταγωνι-

στικά συμφέροντα που μπορούν να οδηγήσουν σε μεροληψία ή ακατάλληλες αποφάσεις, οι πληροφορίες που φτάνουν στην επιστημονική κοινότητα και στο ευρύ κοινό θα μπορούσαν να είναι παραπληλυντικές. Όσον αφορά τις οικονομικές συγκρούσεις συμφερόντων θα πρέπει οι ερευνητές-συγγραφείς να δηλώνουν κάθε πηγή εισοδήματος εκτός της αμοιβής τους από το ίδρυμα που εργάζονται. Το επιπλέον εισόδημα μπορεί να είναι υποτροφία, επιχορήγηση ή δωρεά από δημόσια ή ιδιωτική πηγή. Για παράδειγμα οι ερευνητές υποχρεούνται να αποκαλύψουν σημαντικά «οικονομικά συμφέροντα» συμπεριλαμβανομένων: 1) μισθό ή άλλες αμοιβές για υπηρεσίες (π.χ. συμβουλευτικές αμοιβές) 2) συμμετοχή σε μετοχές (μετοχές, δικαιώματα προαίρεσης μετοχών ή άλλα δικαιώματα ιδιοκτησίας) και 3) δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας (π.χ. διπλώματα ευρεσιτεχνίας).¹⁶ Συγκρούσεις συμφερόντων μπορεί να παρουσιαστούν και στη επιλογή των περιεχομένων ύλης σε επιστημονικά περιοδικά. Πολλά περιοδικά, κυρίως κλινικά, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη διαφήμιση φαρμακευτικών εταιρειών, εταιρειών ιατρικών μηχανημάτων κλπ. Έτσι, η ανάθεση ανασκόπησης άρθρων, που είναι η πολιτική αρκετών περιοδικών, σε συγκεκριμένους συγγραφείς, μπορεί ενδεχομένως να προκαλέσει ερωτηματικά για συμπεράσματα που είναι ευνοϊκά για τους χορηγούς-διαφημιζόμενους.¹¹

Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΗΘΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ

Αν και τα ηθικά παραπτώματα είναι σχετικά λίγα σε αριθμό στο σύνολο των δημοσιευμένων άρθρων, η επίδραση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική στην επιστήμη και την κοινωνία. Σύμφωνα με το ORI υπάρχουν διαδικασίες αναγνώρισης και αναφοράς των ηθικών παραπτωμάτων. Μια αναφορά μπορεί να γίνει σε πρώτο στάδιο από τον κριτή ενός άρθρου προς δημοσίευση καθώς θα πρέπει να αναγνωρίσει, για παράδειγμα, μια διπλή ή επικαλυπτόμενη δημοσίευση ή μια οικονομική σύγκρουση συμφερόντων. Η αναφορά όμως μπορεί να επέλθει και μετά από τη δημοσίευση του άρθρου από έναν ανταγωνιστή ερευνητή, έναν επιστημονικά υπεύθυνο φαρμακευτικής εταιρείας, ή από έναν απλό αναγνώστη. Μια συνηρητική εκτίμηση τοποθετεί τον αριθμό των FFP περιπτώσεων σε 2.325 ετησίως, με έως και 1.000 από αυτές τις περιπτώσεις να μην αναφέρονται στα κατάλληλα θεσμικά όργανα.¹⁷ Μια συστηματική ανασκόπηση 21 εργασιών και μετα-ανάλυση¹⁸ εξ' αυτών το 2009, αποκάλυψε ότι περίπου το 2% των επιστημόνων παραδέχεται ότι κατασκεύασε ή παραποίησε ερευνητικά δεδομένα, ενώ το 14% των ερευνητών γνώριζε συναδέλφους με ανάλογη δραστηριότητα. Αναφέρεται επίσης ότι το 33,7% των επιστημόνων παραδέχεται συμμετοχή σε αμφισβητήσιμες ερευνητικές πρακτικές πέραν της παραποίησης δεδομένων.¹⁸ Το 2005 πραγματοποιήθηκε μία έρευνα στους συγγραφείς που είχαν δημοσιεύσει, στη βάση δεδομένων Cochrane, αποτελέσματα κλινικών φαρμακευτικών μελετών στο διάστημα από 1988 έως 2001. Από το σύνολο των 504 συγγραφέων στη μελέτη απάντησαν οι 322 δηλαδή το 64%. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 4,7% ανέφερε γενικά τουλάχιστον ένα πρόβλημα



Εικ. 1. Γράφημα ανακληθέντων επιστημονικών άρθρων για το διάστημα από 2000 έως και 2020 λόγω FFP, δικαιωμάτων συγγραφέων, σύγκρουσης συμφερόντων και διπλάσιου δημοσιεύσεων, με τη χρήση της Retraction Watch database.

ηθικού παραπτώματος και κυρίως παραποίηση δεδομένων και παραπληρωτική επεξήγηση των αποτελεσμάτων.¹⁹ Προεκτείνοντας τα ευρήματά τους οι Gardner και συν συμπεραίνουν ότι 10-15% των ερευνητών μπορεί να εκτεθεί σε επιστημονικά ηθικά παραπτώματα στη διάρκεια μιας 30ετούς καριέρας, ενώ για το ίδιο διάστημα το 40% θα έχουν προσωπική γνώση περίπτωσης ηθικού επιστημονικού παραπτώματος τρίτου.¹⁹

Μία λεπτομερής έρευνα από τους Fang και συν. το 2012 ανακάλυψε 2047 ανακλήσεις άρθρων από τη βάση δεδομένων PubMed.²⁰ Σε ποσοστό 67% οι ανακλήσεις αφορούσαν ηθικά παραπτώματα [53% FFP και 14% διπλάσιο δημοσίευσης κάθε είδους (κείμενο, φωτογραφία, διάγραμμα)].²⁰ Το πρώτο άρθρο ανακλήθηκε από το PubMed το 1975 και είχε δημοσιευτεί το 1973 στο περιοδικό Science.^{21,22} Τα άρθρα που ανακλήθηκαν μέχρι το 2012 από το PubMed προέρχονταν από 56 διαφορετικές χώρες, με τις ΗΠΑ, τη Γερμανία, την Ιαπωνία και την Κίνα να είναι οι χώρες προέλευσης για περισσότερες των του συνόλου των ανακλήσεων.²⁰

Στην εικόνα 1 φαίνεται γράφημα του αριθμού των ανακληθέντων άρθρων λόγω FFP, δικαιωμάτων συγγραφέων, σύγκρουσης συμφερόντων και διπλάσιου δημοσιεύσεων, με τη χρήση της Retraction Watch database, ανά έτος από το 2000 έως το 2020. Αυτή η βάση δεδομένων είναι η μεγαλύτερη και πληρέστερη του είδους. Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανακλήσεων σε κάθε έτος αφορά την τριάδα FFP και τον διπλάσιο δημοσίευσης (οποιασδήποτε μορφής). Επιπλέον, οι ανακλήσεις παρουσιάζουν εντυπωσιακή αύξηση με την πάροδο των ετών και για τους λόγους που ερευνήσαμε, ξεκινούν από 52 το 2000 φτάνοντας σε πάνω από 1600 το 2015.

Εφόσον το πρόβλημα έχει αναγνωριστεί, το ερώτημα είναι ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγούν έναν ερευνητή να διαπράξει ένα επιστημονικά ηθικό παράπτωμα. Οι ερευνητές οδηγούνται σε ηθικά επιστημονικά παραπτώματα τόσο κατά τη διάρκεια της έρευνας, όσο και κατά τη συγγραφή του επιστημονικού άρθρου λόγω διαφόρων παραγόντων που μπορεί να δρουν και σε συνδυασμό.

Ένας βασικός λόγος είναι ο επιστημονικός ανταγωνισμός και η πίεση που νιώθουν κυρίως οι νέοι ερευνητές, για παράδειγμα, μεταπτυχιακοί φοιτητές ή υποψήφιοι διδάκτορες να φέρουν γρήγορα σε πέρας μια διπλωματική ή μεταπτυχιακή εργασία, ή διδακτορική διατριβή. Υπό την απειλή του «δημοσιεύστε ή χάνετε» οδηγούνται, αν μείνουν χωρίς καθοδήγηση και αυστηρή επιτήρηση, σε λανθασμένες και επικίνδυνες πρακτικές για τους ίδιους αλλά και για την επιστημονική κοινότητα.^{16,23} Άλλος βασικός παράγοντας είναι οι επιδιώξεις των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων τα οποία θέτουν υψηλούς στόχους π.χ. τα ερευνητικά προγράμματά τους να βρίσκονται στα 10 πρώτα του είδους, ή οι δημοσιεύσεις να γίνονται σε επιστημονικά περιοδικά στο top-ten του δείκτη επιρροής κλπ. Επιπλέον, έχουν μελετηθεί προσωπικοί παράγοντες όπως ψυχολογικά προβλήματα, αδυναμία ορθής κρίσης, αλλά και καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε μη-ηθικές πρακτικές στην έρευνα (οικονομικά προβλήματα, ασθένεια ή θάνατος. στην οικογένεια, κουλτούρα κλπ).²⁴

ΔΗΜΟΣΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΘΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Αυτό που συμβαίνει μετά την αποκάλυψη ενός ηθικού παραπτώματος εξαρτάται από το χρόνο της αναφοράς, το είδος του παραπτώματος και το εργασιακό περιβάλλον του ερευνητή. Οι συνέπειες για άτομα που κρίθηκαν υπεύθυνα για εσκεμμένη, ανάρμοστη επιστημονική συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνουν, ανάκληση άρθρου, ιδιωτικές αγωγές, δυσμενείς ενέργειες προσωπικού από πανεπιστημιακά ιδρύματα καθώς και διοικητικές, αστικές και ποινικές κυρώσεις.

Το ORI στις ΗΠΑ μπορεί να προχωρήσει σε διοικητικές ενέργειες ως προς τον ερευνητή όπως: αποκλεισμός από την λήψη κεφαλαίων ως επιχορηγήσεις και συμβάσεις, απαγόρευση υπηρεσίας σε συμβουλευτικές επιτροπές ή επιτροπές αξιολόγησης, επιβολή εποπτείας από το ίδρυμα όπου εργάζεται, υποβολή διόρθωσης δημοσιευμένου άρθρου και υποβολή ανάκλησης ενός δημοσιευ-

μένου άρθρου. Οι διοικητικές ενέργειες έχουν συνήθως ισχύ τρία έτη, αλλά μπορεί να ισχύουν από και ένα χρόνο μέχρι για πάντα.²⁵ Επιπλέον, το όνομα του ερευνητή ο οποίος κρίνεται “ένοχος” παραπτώματος δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του ORI καθώς και οι σχετικές δημοσιευμένες εργασίες που ανακαλούνται όπως και οι πιθανές διοικητικές, εργασιακές επιπτώσεις. Η ανάκληση άρθρων μπορεί να ελεγχθεί και από το PubMed χρησιμοποιώντας το φίλτρο «retracted publication». Κάθε άρθρο που διαγράφεται από το PubMed συνοδεύεται από σημείωμα στο οποίο εξηγούνται τα παραπτώματα και οι λόγοι ανάκλησης.

Η επιτροπή των ζητημάτων ηθικής των δημοσιεύσεων (Committee on Publication Ethics-COPE) το 2009 πρότεινε οδηγίες ανάκλησης άρθρων. Σύμφωνα με την COPE, ανάκληση άρθρων πρέπει να γίνεται κάθε φορά που τα κύρια ευρήματα είναι αναξιόπιστα (π.χ. λόγω παραπτώματος), επικαλυπτόμενα (δηλαδή έχουν δημοσιευτεί αλλού), είναι προϊόν λογοκλοπής (κείμενο ή γράφημα ή φωτογραφία), ή αν οι συγγραφείς έχουν δημοσιεύσει μη-ηθική έρευνα ή δεν ανέφεραν σημαντική σύγκρουση συμφερόντων, η οποία θα μπορούσε να επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων του άρθρου.²⁶ Οι άλλες επιπτώσεις που μπορεί να έχει μία μη-ηθική ερευνητική συμπεριφορά εξαρτώνται από τους κανονισμούς του ιδρύματος όπου εργάζεται ο ερευνητής αλλά και τους νόμους του εκάστοτε κράτους. Για παράδειγμα το 1995, ο γυναικολόγος Malcom Pearce εξαιρέθηκε από το ιατρικό μητρώο της Βρετανίας, επειδή δημοσίευσε δύο άρθρα βασισμένα σε κατασκευασμένα αποτελέσματα.²⁷ Γενικά τα πανεπιστήμια και οι ερευνητικοί οργανισμοί έχουν συνήθως τις δικές τους κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ακεραιότητα της έρευνας και την υπεύθυνη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και τις δικές τους διαδικασίες για τη διερεύνηση υποθέσεων ερευνητικής κακής συμπεριφοράς. Μια προφανής δυσκολία είναι ότι πρέπει να διερευνήσουν το ίδιο το ίδρυμα, και έτσι η προστασία της φήμης τους μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη διαφάνειας. Περίπου ένα τέταρτο των 136 ιδρυμάτων που ανήκουν σε Πανεπιστήμια του Ηνωμένου Βασιλείου δεν αναφέρουν δημόσια περιστατικά ανάρμοστης ερευνητικής συμπεριφοράς.²⁸

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ηθικά παραπτώματα στις επιστημονικές δημοσιεύσεις είναι ποικίλης αιτιολογίας και βαρύτητας. Το δέλεαρ εμπλουτισμού του βιογραφικού, επίτευξης οικονομικής ενίσχυσης (π.χ. υποτροφίας), κατάκτησης θέσης σε ερευνητικό εργαστήριο κτλ., οδηγεί τους επιστήμονες σε κακές πρακτικές στην έρευνα και τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων τους. Θεωρείται αναγκαίο σε κάθε ίδρυμα όπου διεξάγονται έρευνες να υπάρχουν κανονισμοί και επιτροπές ελέγχου. Οι νέοι επιστήμονες που ασχολούνται με την έρευνα ή τη συγγραφή εργασιών θα πρέπει να γνωρίζουν τους κανόνες ηθικής, ώστε να μην βρεθούν στη δυσμενή θέση να ανακληθεί κάποιο άρθρο τους, υπονομεύοντας το επιστημονικό κύρος τους αλλά και τη φήμη του ιδρύματος όπου εργάζονται. Οι κυρώσεις είναι κατά περίπτωση αυστηρές, αλλά τίποτα δε συγκρίνεται με την απώλεια της εμπιστοσύνης της επιστημονικής κοινότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Garfield E. Citation Indexes for Science. *Science* 1955;122:108–11.
- Garfield E. The Journal Impact Factor. *JAMA* 2006;295:90–3.
- Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005;101:16569–72.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6(7).
- Luckhaupt SE, Chin MH, Mangione CM, Phillips RS, Bell D, Leonard AC, et al. Mentorship in academic general internal medicine: Results of a survey of mentors. *J Gen Intern Med* 2005;20:1014–8.
- Horner J, Minifie FD. Research ethics II: Mentoring, collaboration, peer review, and data management and ownership. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54:330–46.
- General Assembly of the World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Coll Dent* 2014;81:14–8.
- US Department of Health and Human Services. Basic HHS Policy for Protection of Human Subjects. *Off Assist Sec Heal Off Hum Res* [Internet]. 2018;1–19. Available from: <https://gov.ecfr.io/cgi-bin/ECFR>.
- Macrina FL. Authorship and peer review. In: *Scientific integrity Text and Cases in Responsible Conduct of Research*, 4th Edition, ASM Press, 2014 p. 83–134.
- <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html> No Title.
- Benos DJ, Fabres J, Farmer J, Gutierrez JP, Hennessy K, Kosek D, et al. Ethics and scientific publication. *Am J Physiol Adv Physiol Educ* 2005;29:59–74.
- <https://ori.hhs.gov/definition-research-misconduct>.
- <https://ori.hhs.gov/ori-policy-plagiarism>.
- <https://ori.hhs.gov/sites/default/files/plagiarism.pdf>.
- Bruton S V. Self-Plagiarism and Textual Recycling: Legitimate Forms of Research Misconduct. *Account Res* 2014;21:176–97.
- Horner J, Minifie FD. The purpose and importance of scientific publication. 2020;54(February):5175113. Available from: <https://pubs.asha.org>
- Titus SL, Wells JA, Rhoades LJ. Repairing research integrity. *Nature* 2008;453:980–2.
- Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *PLoS One*. 2009 May 29;4(5):e5738.
- Gardner W, Lidz CW, Hartwig KC. Authors' reports about research integrity problems in clinical trials. *Contemp Clin Trials* 2005;26:244–51.
- Anderson MS, Ronning EA, De Vries R MB. The perverse effects of competition on scientists' work and relationships. *Sci Eng Ethics* 2007;13:437–61.
- Davis MS. The role of culture in research misconduct. *Account Res* 2003;10:189–201.
- <https://ori.hhs.gov/administrative-actions>.
- <https://publicationethics.org/node/19896>.
- Fang FC, Steen RG, Casadevall A. Misconduct accounts for the majority of retracted scientific publications. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109:17028–33.
- McMorris FA, Chen TR, Ricciuti F, Tischfield J, Creagan R RF. Chromosome assignments in man of the genes for two hexosephosphate isomerases. *Science* 1973;16:1129–31.
- Ruddle FH, McMorris FA. Assignment of mannose phosphate isomerase to human chromosome 7: A retraction. *Cytogenet Genome Res* 1975;14:248–50.
- Lock S. Lessons from the Pearce affair: Handling Scientific fraud. *BMJ* 1995;310(6994):1547.
- Dal-Ré R, Bouter LM, Cuijpers P, Gluud C, Holm S. Should research misconduct be criminalized? *Res Ethics* 2020;16:1–12.



Dr. med. Βασίλης Παυλιδέλης,
Χειρουργός ΩΡΛ
-Εξειδικευμένος στην Πλαστική
Χειρουργική Προσώπου.

Επιμέλεια συνέντευξης:
Καστανιουδάκης Ιωάννης
Χειμώνα Θεογονσία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Καστανιουδάκης Ιωάννης,
Καθηγητής Οtorinολαρυγγολογίας
Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου,
Σχολή Επιστημών Υγείας, Ιατρικό Τμήμα,
Οtorinολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα.
Τηλ: +30 26510 99661,
Κινητό: 6944354941
Email: kastanioudakis@gmail.com

*Ελληνική Οtorinολαρυγγολογία,
Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021*

Interviewers:
Kastanioudakis Ioannis
Chimona Theognosia

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

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 42 - Issue 4, 2021*

Συνέντευξη με το συνάδελφο Dr. med. Βασίλη Παυλιδέλη, Χειρουργό ΩΡΛ- Εξειδικευμένο στην Πλαστική Χειρουργική Προσώπου

Interview with Dr. med. Vasilis Pavlidelis ENT- Facial Plastic Surgeon

Ο Βασίλης Παυλιδέλης (Εικ. 1) είναι ελεύθερος επαγγελματίας. Είναι χειρουργός Οtorinολαρυγγολόγος, Εξειδικευμένος στις Πλαστικές Εγχειρήσεις Προσώπου και δεν εξασκεί κλασική διαγνωστική και χειρουργική ωtorinολαρυγγολογία. Δραστηριοποιείται αποκλειστικά στην πλαστική χειρουργική προσώπου. Μετά από μακροχρόνια, επιτυχή, επιστημονική και επαγγελματική πορεία στη Γερμανία, επέστρεψε στην Ελλάδα το 1990. Διευθύνει το ιδιόκτητο Κέντρο Ρινοπλαστικής – Ωτοπλαστικής και Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου “ΑΦΡΟΔΙΤΗ”, στο Μαρούσι, στην Αθήνα.

Στην πολύ ενδιαφέρουσα αυτή συνέντευξή του, διαπιστώνουμε μια ιδιαίτερη πορεία επιστημονικής καταξίωσης και επαγγελματισμού.

Κύριε Παυλιδέλη, πώς ήταν τα παιδικά σας χρόνια, ο οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος και πώς αυτά σας οδήγησαν στην ιατρική;

Γεννήθηκα στη Μυτιλήνη το 1951, όπου και τελείωσα το γυμνάσιο. Οι γονείς μου ήταν πρόσφυγες εκ Μικράς Ασίας. Ο πατέρας μου ήταν έμπορος και μεγάλωσα στο επιχειρηματικό περιβάλλον της οικογένειας, μαζί με τα άλλα τρία αδέρφια μου. Από μικρός είχα την επιθυμία να γίνω γιατρός. Οι σχολικές μου επιδόσεις έδειχναν ότι θα μπορούσα εύκολα να το πετύχω. Σπούδασα ιατρική στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, με βετή υποτροφία του Βοστανείου Νοσοκομείου Μυτιλήνης, αποφοιτώντας με άριστα το 1975 (Εικ.2).

Πώς ήταν τα φοιτητικά σας χρόνια;

Καταρχήν, δεν είχα πρόβλημα επιβίωσης. Η υποτροφία μου ήταν επαρκής για όμορφη φοιτητική ζωή. Κάθε έτος, περνούσα συστηματικά όλα τα μαθήματα, τον Ιούνιο. Τα καλοκαίρια απολάμβανα διακοπές και μετά επισκεπτόμουν νοσοκομεία εξωτερικού με προγράμματα ανταλλαγής φοιτητών. Φοιτητής ακόμη, είχα συνδεθεί με κάποια ιδιωτική κλινική της Θεσσαλονίκης. Έτσι, μου δινόταν η δυνατότητα να γνωρίσω από κοντά την ιατρική από πρακτική άποψη, να κάνω σκέψεις για την επιλογή της ειδικότητας που θα μου άρεσε και θα μου ταίριαζε περισσότερο, αλλά και να αναπτύξω φιλικές και κοινωνικές σχέσεις με κορυφαίους γιατρούς της εποχής εκείνης. Έδινά πάντα μεγάλη βαρύτητα στην εκμάθηση ξένων γλωσσών, διαπίστωνά ότι τις μάθαινα εύκολα και είχα πολύ καλές επιδόσεις σε αυτές. Έτσι παράλληλα με τις σπουδές μου, μάθαινα πάντα κάποια ξένη γλώσσα. Ως μαθητής είχα μάθει καλά Αγγλικά. Ως φοιτητής έμαθα καλά Γαλλικά και κατά τη διάρκεια του αγροτικού ιατρείου στη Σαντορίνη (Εικ. 3), έμαθα τα πρώτα μου Γερμανικά.

Με τι κριτήρια επιλέξατε ειδικότητα;

Τελειόφοιτος πλέον, διαπίστωσα ότι μου αρέσουν οι χειρουργικές ειδικότητες. Η εμπλοκή μου στα χειρουργεία αποτελούσε για μένα συναρπαστική στιγμή. Ιδιαίτερη γοητεία είχαν στα μάτια μου οι εγχειρήσεις της ωtorinολαρυγγολογίας. Σημαντικό ήταν επίσης, ότι οι ΩΡΛ εγχειρήσεις είναι συνήθως προγραμματισμένα χειρουργεία και όχι έκτακτα. Αυτό εξασφαλίζει μια πιο ισοσταθμισμένη προσωπική ζωή και καθημερινότητα.

Κατόπιν τούτων, κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής μου θητείας και του αγροτικού ιατρείου,

εμπεδώθηκε η τελική απόφαση να γίνω Ωτορινολaryγγολόγος. Λόγω των ειδικών, δυσμενών συνθηκών απόκτησης ειδικότητας στη χώρα μας, αποφάσισα να πάω για ειδικότητα στο εξωτερικό. Είχα τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ Αγγλίας και Γερμανίας, επειδή με τις χώρες αυτές και τα νοσοκομεία τους ήμουν ήδη πολύ εξοικειωμένος, από τις επισκέψεις και τη διαμονή μου εκεί, τα καλοκαίρια των φοιτητικών μου χρόνων. Πρόβλημα με τη γλώσσα δεν υπήρχε, επειδή τα μεν Αγγλικά μου ήταν πολύ καλά, τα δε Γερμανικά μου επαρκή για ξεκίνημα. Προτίμησα τη Γερμανία, επειδή πείστηκα ότι εκεί θα μπορούσα να εκπαιδευτώ χειρουργικά καλύτερα και βεβαίως πιο καλοπληρωμένος.

Πώς πραγματοποιήθηκε η επιλογή για απόκτηση της ΩΡΛ ειδικότητας και πώς προέκυψε η εξειδίκευσή σας στην Πλαστική Χειρουργική Προσώπου;

Πολύ γρήγορα, με το τελείωμα του αγροτικού ιατρείου στη Σαντορίνη, αποφασισμένος για ΩΡΛ, χωρίς δεύτερες σκέψεις, πήρα την τελική απόφαση και έφυγα αμέσως για Γερμανία. Τρεις μήνες μετά την άφιξή μου εκεί, βρήκα έμμισθη θέση σε νοσοκομείο, για ειδικότητα "Γενικής Χειρουργικής". Ξεκίνησα αμέσως. Με αυτό το ξεκίνημα, μπόρεσα να εγκλιματιστώ στο γενικό νοσοκομειακό κλίμα της χώρας, να βελτιώσω τα γερμανικά μου, να ενσωματωθώ στο κοινωνικό περιβάλλον και να αναζητήσω με άνεση πλῆον, θέση για ειδικότητα στην ΩΡΛ, που ήταν ο απώτερος σκοπός μου. Πριν καν περάσει ένας χρόνος στη γενική χειρουργική, βρέθηκε η πολυπόθητη έμμισθη θέση σε νοσοκομείο, για την ειδικότητα της ΩΡΛ. Κατά καλή μου τύχη, στην ΩΡΛ αυτή κλινική, εξασκείτο ευρέως και πλαστική χειρουργική προσώπου. Επρόκειτο, την εποχή εκείνη, για μία από τις ελάχιστες κλινικές, σε όλη τη Γερμανία, με τέτοια δραστηριότητα. Η κλινική αυτή, έδινε τη δυνατότητα στον ειδικευμένο πλῆον ΩΡΛ, να αποκτήσει επίσης, την υποειδικότητα "Πλαστική Χειρουργική Προσώπου", αλλά με περαιτέρω διετή σχετική εκπαίδευση. Πρόκειται για την ΩΡΛ κλινική του νοσοκομείου "Katholisches Krankenhaus Essen – Werden", στη Δυτική Γερμανία. Διευθυντής της κλινικής αυτής ήταν ο Dr. med. Klaus Koegel, χειρουργός ΩΡΛ, Εξειδικευμένος στην Πλαστική Χειρουργική Προσώπου, ο οποίος ήταν ο πρώτος μου δάσκαλος.

Ολοκληρώθηκε η εκπαίδευσή σας στην εν λόγω κλινική;

Δίπλω στο διευθυντή μου Κ. Koegel, παράλληλα με την εκπαίδευσή μου στις ΩΡΛ εγχειρήσεις (αμυγδαλαιοτομή, αδενοτομή, διάφραγμα, παρωτιδεκτομή, λαρυγγεκτομή, τυμπανοπλαστική κλπ), εκπαιδευόμουν εξ αρχής και στις πλαστικές εγχειρήσεις προσώπου (ρινοπλαστική, ωτοπλαστική, βλεφαροπλαστική, λρίφτινγκ προσώπου, αφαίρεση ογκιδίων προσώπου, αφαίρεση μεγάλων δερματικών όγκων προσώπου με χρήση ειδικών κρημνών κλπ). Αμέσως μετά την απόκτηση της ΩΡΛ ειδικότητας, διορίστηκα στην ίδια κλινική ως Επιμελητής και Υποδιευθυντής του τμήματος. Δύο χρόνια αργότερα, απέκτησα εκεί και τον τίτλο εξειδίκευσης "Πλαστική Χειρουργική Προσώπου". Ολοκληρώνοντας τον κύκλο της νοσοκομειακής εκπαίδευσής μου στο Essen τόσο στην ΩΡΛ, όσο και στην πλαστική χειρουργική προσώπου, αποφάσισα και άνοιξα δικό μου ιατρείο για ΩΡΛ και πλαστικές εγχειρήσεις προσώπου, στο



Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Δημοκρατίας κ. Κωνσταντίνος Τσάτσος συγχαίρει τον ιατρό Βασίλη Παυλιδέλη κατά τη δεξίωση που παρέθεσε προς τιμήν όλων των αριστευσάντων αποφοίτων των Ελληνικών Πανεπιστημίων. Προεδρικό Μέγαρο Αθηνών, 1975.



Ο Βασίλης Παυλιδέλης επί το έργον. Ως αγροτικός ιατρός Οίας, Σαντορίνης, επίσκεψη στο απομονωμένο νησί Θηρασιά.

Duisburg. Σύντομα, το ιατρείο μου επεκτάθηκε με ειδική άδεια, σε κλινική ημέρας (Day Surgery). Ως ελεύθερος επαγγελματίας, εργάστηκα στο Duisburg για 10 χρόνια.

Ποιοι καθηγητές συνέβαλαν στην πραγμάτωση των χειρουργικών επιδιώξεών σας και ποιοι σημάδευσαν την επιστημονική και επαγγελματική σας πορεία;

Τρεις υπήρξαν οι βασικοί μέντορές μου στην επιστημονική μου σταδιοδρομία. Ο διευθυντής μου Dr. med. Klaus Koegel,



Ο Dr. med. Β. Παυλιδέλης με τους Γερμανούς δασκάλους του: Prof. Claus Walter, Dr. med. Claus Koegel και Dr. med. Karl - Felix Jacobs, Αθήνα, 1993.

ο οποίος μου άνοιξε το δρόμο στις γνώσεις και στις δεξιότητες της χειρουργικής ωτορινολαρυγγολογίας. Στα μονοπάτια της Ρινοπλαστικής και της Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου γενικότερα, με μύησαν, εκτός από τον Dr. med. Klaus Koegel, ο Dr. med. Karl-Felix Jacobs, χειρουργός ΩΡΛ, Εξειδικευμένος στην Πλαστική Χειρουργική Προσώπου, καθώς και ο Prof. Claus Walter, ο οποίος ήταν ο δάσκαλος των δύο ανωτέρω δασκάλων μου (Εικ. 4). Ο Prof. Claus Walter, ΩΡΛ στη βασική ειδικότητα, ήταν εκείνος που έφερε την πλαστική χειρουργική προσώπου στην Ευρώπη και υπήρξε ο πρωτεργάτης της εδραίωσης της Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου στη Δυτική Γερμανία, μετά από μετεκπαίδευση και εξειδίκευσή του, στην πλαστική χειρουργική προσώπου, στις ΗΠΑ. Ο Prof. C. Walter υπήρξε ο άνθρωπος, που στο ξεκίνημά μου στην ειδικότητα, μου ενέπνευσε το ενδιαφέρον και την αγάπη στην πλαστική χειρουργική προσώπου. Αυτό συνέβη, όταν παρακολούθησα μια σχετική, υπέροχη διάλεξή του, το χειμώνα του 1982, στο Düsseldorf. Εντυπωσιάστηκα με τις επιστημονικές και χειρουργικές δυνατότητες, που ανοίγονταν την εποχή εκείνη στα πλαίσια της ρινοπλαστικής, για όμορφη μύτη και ελεύθερη αναπνοή. Έκτοτε, κοντά του βελτίωνα τις χειρουργικές μου δεξιότητες, μαθαίνοντας πρωτοποριακές μεθόδους και χειρουργικά τεχνάσματα, που άλλαζαν ριζικά την ιστορία της λειτουργικής ρινοπλαστικής. Ευγνώμων είμαι επίσης, στον Prof. Dr. med. H. Hildmann, καθηγητή ΩΡΛ του Πανεπιστημίου Bochum, ο οποίος με καθοδήγησε στην επιτυχή εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής, που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα απόκτησης της ειδικότητας, την οποία ολοκλήρωσα το 1985. Σε όλη τη διάρκεια της επιστημονικής και επαγγελματικής μου πορείας στη Γερμανία, δεν έχανα ποτέ, κάθε ευκαιρία που μου δινόταν, να επεκτείνω τις χειρουργικές μου γνώσεις και εμπειρίες, επισκεπτόμενος για μικρά ή μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, τις πιο γνωστές την εποχή εκείνη, κλινικές πλαστικών εγχειρήσεων

στην Ευρώπη και την Αμερική. Έτσι, μαθήτευσα κατά περιόδους κοντά στους διακεκριμένους καθηγητές πλαστικής χειρουργικής προσώπου, W. Gubisch (Γερμανία), T. Bull (Αγγλία), G. Nolst Trenité (Ολλανδία), G. Jost (Γαλλία), E. Tardy (ΗΠΑ) κα.

Ποια ήταν τα κίνητρα που σας έκαναν να επιστρέψετε στην Ελλάδα και πώς δραστηριοποιηθήκατε εδώ;

Το 1990 αποφάσισα την επιστροφή μου στην πατρίδα και δραστηριοποιήθηκα στην Αθήνα. Τα κριτήρια για την επιστροφή μου, ήταν η επιθυμία να είμαι εις το εξής χρήσιμος στην πατρίδα μου, προσφέροντας εδώ τις υπηρεσίες μου, αλλιά και επειδή διέβλεπα ότι πράγματι η προσωπική και οικογενειακή μου ζωή στην Ελλάδα θα είναι καλύτερη από ότι στη Γερμανία. Πίστευα ακόμη, και ορθώς, ότι επαγγελματικά, αλλιά και εισοδηματικά, ουδόλως θα υστερούσα, με μία τέτοια απόφαση.

Αμέσως οργάνωσα στην Αθήνα, ένα πολύ σύγχρονο ιατρείο-κλινική ημέρας με χειρουργείο (Day Surgery), μόνο για πλαστικές εγχειρήσεις προσώπου. Για την επιτυχία αυτού του σκοπού, ήταν σωστό, όπως και έγινε, να μην ασχοληθώ με την τρέχουσα ωτορινολαρυγγολογία και τις εγχειρήσεις της, αλλιά να ξεχωρίσω και να γίνω γνωστός στην αγορά, ως ο ειδικός για λειτουργική και αισθητική ρινοπλαστική, για ωτοπλαστικές και για όλες τις άλλες πλαστικές εγχειρήσεις προσώπου.

Ουδέποτε σκέφτηκα να ακολουθήσω ακαδημαϊκή καριέρα ή νοσοκομειακή σταδιοδρομία, επειδή στη Γερμανία γαλλουχήθηκα σε ένα διαφορετικό πνεύμα εξάσκησης της ιατρικής.

Με την επιστροφή σας στην Ελλάδα, αντιμετωπίσατε δυσκολίες και ποιες;

Επειδή έφυγα κατευθείαν για ειδικότητα στη Γερμανία, με την επιστροφή μου εδώ, ήμουν σχεδόν άγνωστος στους συναδελφικούς κύκλους. Όμως, στις ιδιωτικές κλινικές που χειρουργούσα στην Αθήνα, γρήγορα έγιναν γνωστές οι χειρουργικές μου επιδόσεις. Αμέσως, δημιουργήθηκαν επιστημονικές, επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις με μεγάλο αριθμό συναδέλφων μου ΩΡΛ, οι οποίοι μου έδειξαν αμέριστη αναγνώριση, εμπιστοσύνη και στήριξη.

Στην οργάνωση, εδραίωση και ανάπτυξη της ιατρικής μου δραστηριότητας δεν είχα καμία δυσκολία, εκ μέρους των διαφόρων υπηρεσιών της χώρας μας. Είχα όμως τεράστια προβλήματα από έναν ανελέητο και άδικο πόλεμο από την Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής και ιδιαίτερα από συγκεκριμένους πλαστικούς χειρουργούς. Με ταλαιπωρούσαν και με διέσυραν για χρόνια, με αστήρικτες καταγγελίες στους ιατρικούς συλλόγους κλπ, καθαρά για μικροεπαγγελματικά και συντεχνιακά συμφέροντα.

Στους Έλληνες Ωτορινολαρυγγολόγους, είναι γνωστή η ενασχόλησή σας με την πλαστική χειρουργική προσώπου, καθώς και το πλούσιο διδακτικό, εκπαιδευτικό και οργανωτικό σας έργο. Θέλετε να μας αναφέρετε λίγα επ'αυτών;

Στα πλαίσια του Κλινικής Ημέρας (Day Surgery) που διατηρώ στο Μαρούσι, πραγματοποιώ σημαντικό αριθμό πλαστικών εγχειρήσεων που απαιτούν μόνο τοπική αναισθησία και μέθη και όχι γενική νάρκωση. Για το σκοπό αυτό, η παρουσία



Ο Βασίλης Παυλιδέλης με την οικογένειά του.

αναισθησιολόγου είναι συχνά απαραίτητη. Εγχειρήσεις που απαιτούν γενική νάρκωση, τις κάνω σε επιλεγμένες ιδιωτικές κλινικές της Αθήνας.

Η προώθηση των γνώσεών μου στους συναδέλφους μου, ήταν για μένα παράλληλος στόχος με την επαγγελματική μου καταξίωση. Με τη στήριξη πολλών καθηγητών ΩΡΛ ελληνικών πανεπιστημίων, καθώς και πολλών συναδέλφων μας με ενδιαφέρον σε αυτό το αντικείμενο, ιδρύσαμε το 1998, την Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου, της οποίας εταιρείας υπήρξα ο πρώτος πρόεδρος.

Πραγματοποίησα σημαντικό αριθμό χειρουργικών σεμιναρίων για Λειτουργική και Αισθητική Ρινοπλαστική, Ωτοπλαστική και Πλαστική Χειρουργική Προσώπου, σε συνεργασία με ελληνικά πανεπιστήμια και με καλεσμένους τους περισσότερους από τους ξένους καθηγητές δασκάλους μου, οι οποίοι με προθυμία συμμετείχαν στα σεμινάρια που οργάνωνα στην Αθήνα, διδάσκοντας μοντέρνες τεχνικές ρινοπλαστικής, ωτοπλαστικής και λοιπών πλαστικών εγχειρήσεων προσώπου. Τα σεμινάρια αυτά παρακολούθησε μεγάλος αριθμός ελληνικών ΩΡΛ, καθώς και συνάδελφοι άλλων χειρουργικών ειδικοτήτων.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι στο πρώτο από αυτά τα σεμινάρια, το 1993, με τη συμμετοχή και των τριών δασκάλων μου, έγινε για πρώτη φορά στη χώρα μας διαδραστικά, ζωντανή μετάδοση πλαστικών εγχειρήσεων προσώπου (live demonstration), από το χειρουργείο στην αίθουσα διδασκαλίας. Η τακτική αυτή, διδασκαλίας χειρουργικών μεθόδων, με ζωντανή μετάδοση, καθιερώθηκε έκτοτε στα μετεκπαιδευτικά ΩΡΛ σεμινάρια. Από το 1998 μέχρι σήμερα, συμμετέχω κάθε χρόνο στα ΩΡΛ μετεκπαιδευτικά μαθήματα ιατρικών σχολών των ελληνικών πανεπιστημίων, διδάσκοντας διάφορα θέματα πλαστικής χειρουργικής προσώπου.

Έχω παρουσιάσει σε συνέδρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό, πολλές επιστημονικές εργασίες πάνω στη Ρινοπλαστική - Ωτοπλαστική και Πλαστική Χειρουργική Προσώπου.

Ήμουν πάντα ενεργό μέλος των οργάνων των ΩΡΛ εταιρειών Ελλάδας, συμμετείχα σε διοικητικά συμβούλια και στήριζα ευχαρίστως τις επιστημονικές τους δραστηριότητες. Διατελώ από το 2003 Αντιπρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου «Josef Society» για την Ελλάδα. Είμαι μέλος της Αμερικανικής Ακαδημίας Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής Προσώπου από το 1990.

Ποιο είναι το προφίλ του/ της ενδιαφερόμενου/νης για πλαστική εγχείρηση προσώπου;

Αγαπώ τη δουλειά μου και αποδίδω μεγάλο σεβασμό στους ασθενείς μου και το πρόβλημά τους. Προσπαθώ κατά τη διάρκεια των προεγχειρητικών συζητήσεων, τις οποίες αναμφίβοла θα έχω με κάθε υποψήφιο, να μάθω όσο γίνεται περισσότερα για τα κίνητρα και τις προσδοκίες του. Να διακρίνω, να κατανοήσω, να διαχωρίσω και να διαγνώσω το ιδιαίτερο πρόβλημα του κάθε ενδιαφερόμενου, επειδή σε αυτή την ειδικότητα υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ κινήτρων, προσδοκιών, επιθυμίας και ψυχοσύνθεσης του ατόμου. Πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντικό να γίνεται κατανοητό στον ενδιαφερόμενο, ότι πρέπει να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες (real expectations).

Η πλησιονότητα των ενδιαφερόμενων για αισθητική πλαστική επέμβαση, ωθούνται πράγματι από ευγενή κίνητρα, έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες και συνεργάζονται αρμονικά με το χειρουργό, καθορίζοντας με σαφήνεια τη θέση ισορροπίας μεταξύ επιθυμητού και εφικτού αποτελέσματος. Αυτά τους οδηγούν τελικά σε επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση, όπου στο τέλος είναι ευχαριστημένος τόσο ο χειρουργημένος, όσο και ο χειρουργός. Καμιά φορά όμως, προσέρχονται άτομα, τα οποία οδηγούνται στο χειρουργείο, έχοντας κρυφές και αδήλωτες προσδοκίες, που μπορεί να είναι από σαφώς ρεαλιστικές μέχρι και οι πλέον απίθανες. Το να προσδιορισθούν τα πραγματικά κίνητρα κάθε ενδιαφερόμενου δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση. Είναι όμως πολύ ευκολότερο να αποκαλυφθούν οι προσδοκίες του. Έτσι παρουσιάζονται υποψήφιοι να χειρουργηθούν, άτομα με ψυχοπαθολογία, η οποία διακυμαίνεται από την απόλυτη ψυχική ισορροπία μέχρι την ψύχωση και τις εμμονές.

Θα μας πείτε κάτι για την προσωπική σας ζωή;

Κατοικώ στη Νέα Πεντέλη, κοντά στην εργασία μου και έχω δύο παιδιά, κορίτσι (2004) και αγόρι (2011). Μου αρέσει η οικογενειακή ζωή και ποτέ δεν παραμέλησα την οικογένειά μου εξαιτίας της δουλειάς (Εικ.5).

Τι θα συμβουλευάτε στους νέους συναδέλφους, που αρχίζουν τώρα ειδικότητα; Υπάρχουν άραγε μυστικά ή τεχνάσματα για την επιτυχία;

Όπως και για κάθε νέο, η επαγγελματική επιτυχία του στηρίζεται στην επιλογή αντικειμένου εργασίας, το οποίο να του αρέσει και να το αγαπήσει. Ακολουθώντας, πρέπει να συνδυάσει όλες του τις πνευματικές και άλλες δυνάμεις, με άοκνη εργατικότητα και ζήλο. Επειδή η πλαστική χειρουργική είναι συνδυασμός επιστημονικής γνώσης και εμπειρίας, δεξιότητας στα δάκτυλα, τέχνης και καλλιτεχνίας, πρέπει να διαπιστωθεί ότι υπάρχει και ταλέντο. Μυστικά και τεχνάσματα για την επιτυχία δεν πιστεύω ότι υπάρχουν. Δηλαδή, δεν υπάρχει κάποια συνταγή για την επιτυχία.

Ψυχogiός Γεώργιος^{1*}
Μπασιάρη Λεντιόνα^{1*}

Συμινελάκης Σταύρος²
Κόμνος Ιωάννης¹

Καστανιουδάκης Ιωάννης¹

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

²Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστημιακή Θωρακοχειρουργική
Κλινική, ΠΓΝΙ

*Οι συγγραφείς Ψυχogiός Γεώργιος
και Μπασιάρη Λεντιόνα συνέβαλλαν
εξίσου στη συγγραφή του άρθρου.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Ψυχogiός Γεώργιος, M.D., Ph.D.

Τακτικός Καθηγητής ΩΡΛ Κλινικής ΠΓΝΙ

Λεωφόρος Σταύρου Νιάρχου,
45500, Ιωάννινα.

Τηλ: +30 26510 99111

Fax: +30 26510 46617

e-mail: gpsychogios@uoi.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Psychogios Georgios¹

Basiari Lentiona¹

Siminelakis Stavros²

Komnos Ioannis¹

Kastanioudakis Ioannis¹

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

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

Corresponding author:

Psychogios Georgios, M.D.,

Ph.D. ENT Professor

Department of Otolaryngology,
University of Ioannina, Greece

Stavrou Niarchou Av,

45500 Ioannina

Phone: +30 26510 99111

Fax: +30 26510 46617

e-mail: gpsychogios@uoi.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 42 - Issue 4, 2021

Διαχείριση ασθενούς με τοπικά προχωρημένη υποτροπή πηλακώδους καρκινώματος λάρυγγα.

Παρουσίαση περιστατικού

Management of a patient with locally advanced recurrent laryngeal squamous cell carcinoma.

A case report

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το πηλακώδες καρκίνωμα της γλωττίδας αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο του λάρυγγα. Τα πρώιμα γλωττιδικά καρκινώματα αντιμετωπίζονται με μονοθεραπεία που μπορεί να είναι είτε χειρουργείο, είτε ακτινοθεραπεία. Ένα ποσοστό των καρκινωμάτων αυτών θα υποτροπιάσει. Η αντιμετώπιση των ασθενών με υποτροπή ειδικά σε προχωρημένα στάδια αποτελεί μια πρόκληση.

Παρουσίαση περιστατικού: Άρρεν ηλικίας 68 ετών με ιστορικό καρκινώματος δεξιάς γνήσιας φωνητικής χορδής (T1bN0M0) προ δύο ετών που αντιμετωπίστηκε με ακτινοβολία προσήλθε στην κλινική μας με εκτεταμένη μάζα αριστερού λοβού θυρεοειδούς που διηθεί την τραχεία, τον οισοφάγο και προκαλεί παράλυση της αριστερής φωνητικής χορδής από διήθηση του παλίνδρομου λάρυγγικου νεύρου καθώς και διογκωμένους τραχηλικούς λεμφαδένες σύστοιχα (rcT4bcN2bcM0). Διενεργήθηκε υπέρηχος με ελαστογραφία προεγχειρητικά που ανέδειξε τον όγκο που περιβρογχίζει την αριστερή κοινή καρωτίδα και υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση έγινε core biopsy (βιοψία πυρήνα), η οποία έδειξε πηλακώδες καρκίνωμα. Έγινε αφαίρεση "en block" με ολική λάρυγγεκτομή, μερική αφαίρεση τραχείας και οισοφάγου, ολική θυρεοειδεκτομή, λεμφαδενικό καθαρισμό άμφω και αποκατάσταση με μείζονα θωρακικό κρημό. Παρουσιάστηκε μετεγχειρητικά τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά και ακολούθησε εκ νέου ακτινοθεραπεία.

Συμπέρασμα: Τα χειρουργεία διάσωσης αποτελούν σημαντικό όπλο στην φάρετρα των χειρουργών κεφαλής και τραχήλου και συχνά τη μοναδική επιλογή για τους ασθενείς με προχωρημένου σταδίου υποτροπές καρκίνου λάρυγγα ιδιαίτερα όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία.

Λέξεις κλειδιά: πρώιμο γλωττιδικό καρκίνωμα, τοπική υποτροπή, χειρουργείο διάσωσης, ακτινοβολία, μείζων θωρακικός κρημός.

ABSTRACT

Introduction: Squamous cell carcinoma of the glottis is the most common laryngeal cancer. Early stage glottic cancer is treated with radiotherapy or with surgery. Many patients prefer radiotherapy due to the good voice quality that is associated with this treatment modality. A percentage of patients with early glottic cancer previously irradiated will present with recurrence. In the majority of cases recurrent disease is advanced and its treatment is challenging.

Case report: Male patient 68 years old that was treated with radiotherapy two years ago for early glottic cancer (T1bN0M0) presented to our department with a large mass in the left thyroid lobe that infiltrates the trachea, the esophagus, causes fixation of the left vocal cord and encases left common carotid artery. Also neck lymph nodes were detected with computed tomography and PET/CT. Core biopsy with US guidance showed squamous

cell carcinoma related with patient previous history. After a detailed evaluation we concluded that we were dealing with a locally advanced recurrent squamous cell carcinoma of the larynx (rcT4bcN2bcM0). Salvage surgery was performed with en block resection, reconstruction with pectoralis major flap, bilateral neck dissection and the patient was re-irradiated. Tracheoesophageal fistula was a postoperative complication that was treated with two consecutive surgeries.

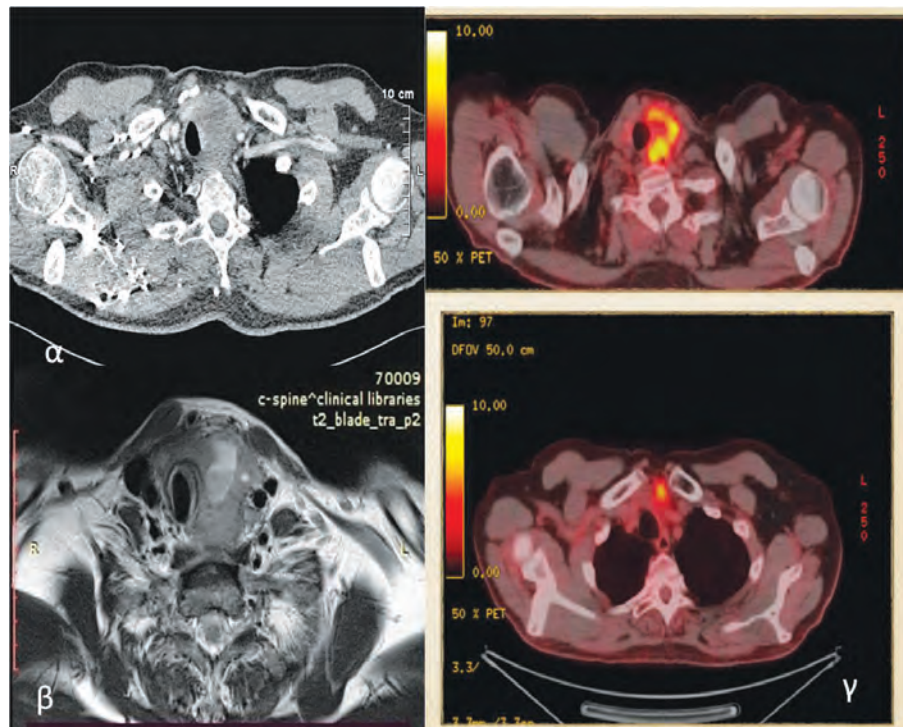
Conclusion: Management of locally advanced recurrent laryngeal carcinoma is challenging for the head and neck surgeon. Salvage surgery is the treatment of choice in these cases.

Keywords: early glottic carcinoma, local recurrence, salvage surgery, radiotherapy, pectoralis major flap.

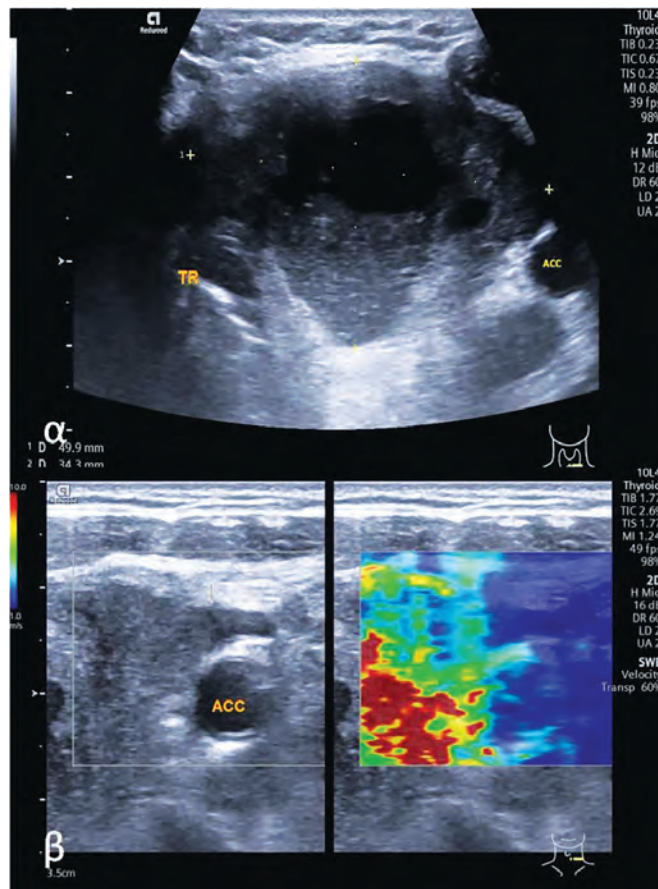
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πηλακώδες καρκίνωμα του λάρυγγα εξακολουθεί να αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια κεφαλής και τραχήλου στις Δυτικές χώρες. Προσβάλλει κυρίως άντρες άνω των 40 ετών και οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ, ενώ σε λίγες περιπτώσεις φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με τον HPV.¹ Η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή σταδιοποίηση και η κατάλληλη για κάθε ασθενή θεραπευτική επιλογή είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση της νόσου με επιτυχία. Όσον αφορά την εντόπιση το

67% αφορούν την γλωττίδα, το 31% είναι υπεργλωττιδικά και το 2% υπογλωττιδικά.² Τα γλωττιδικά καρκινώματα διαγιγνώσκονται σε πρώιμα στάδια συνήθως επειδή προκαλούν νωρίς βράγχος φωνής και σπάνια δίνουν πρώιμα λεμφαδενικές μεταστάσεις λόγω του φτωχού λεμφικού δικτύου των γνήσιων φωνητικών χορδών. Η επιλογή της θεραπείας σε αυτά τα στάδια είναι σημαντική επειδή με τη σωστή θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί ίαση. Σήμερα υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές επιλογές για τα



Εικ.1 α. Αξονική τομογραφία που δείχνει τον όγκο που πιέζει και παρεκτοπίζει την τραχεία και τον οισοφάγο. β. Μαγνητική τομογραφία που δείχνει τον όγκο με στοιχεία κεντρικής νέκρωσης. γ. PET/CT που δείχνει την εκτεταμένη τοπικά νόσο.



Εικ.2 α. Εικόνα από B mode υπέρηχο που δείχνει τον όγκο με ανομοιογένεια και στοιχεία κεντρικής νέκρωσης που ασαφοποιεί το τοίχωμα της τραχείας(TR) και περιβάλλει την αριστερή κοινή καρωτίδα(ACC). β. Υπερηχογραφική εικόνα που δείχνει ξεκάθαρα πως περιβρογχίζει ο όγκος την κοινή καρωτίδα και εικόνα από ελαστογραφία που δείχνει εκτεταμένες περιοχές αυξημένης σκληρίας (με κόκκινο χρώμα).

πρώιμα γλιωτιδικά καρκινώματα που περιλαμβάνουν τη διαστοματική laser εκτομή, την ακτινοθεραπεία, και τις διάφορες μορφές μερικής λάρυγγεκτομής με εξωτερική προσπέλαση. Στόχος κατά την αντιμετώπιση των πρώιμων γλιωτιδικών καρκινωμάτων εκτός του καλού ογκολογικού αποτελέσματος είναι και η διατήρηση καλής ποιότητας φωνής, για το λόγο αυτό η διαστοματική αφαίρεση με laser είναι η πρώτη επιλογή.³⁻⁵ Σε ασθενείς που αυτή δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ή σε επαγγελματίες φωνής έχει αυξηθεί η τάση επιλογής ακτινοθεραπευτικών πρωτοκόλλων ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή αντί του χειρουργείου.⁵ Μετά την ακτινοβολία σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 5% έως 13% στους ασθενείς με T1 καρκινώματα και από 25% έως 30% στους ασθενείς με T2 καρκινώματα παρατηρείται υποτροπή η οποία εμφανίζεται συνήθως τους πρώτους 24 μήνες.⁶

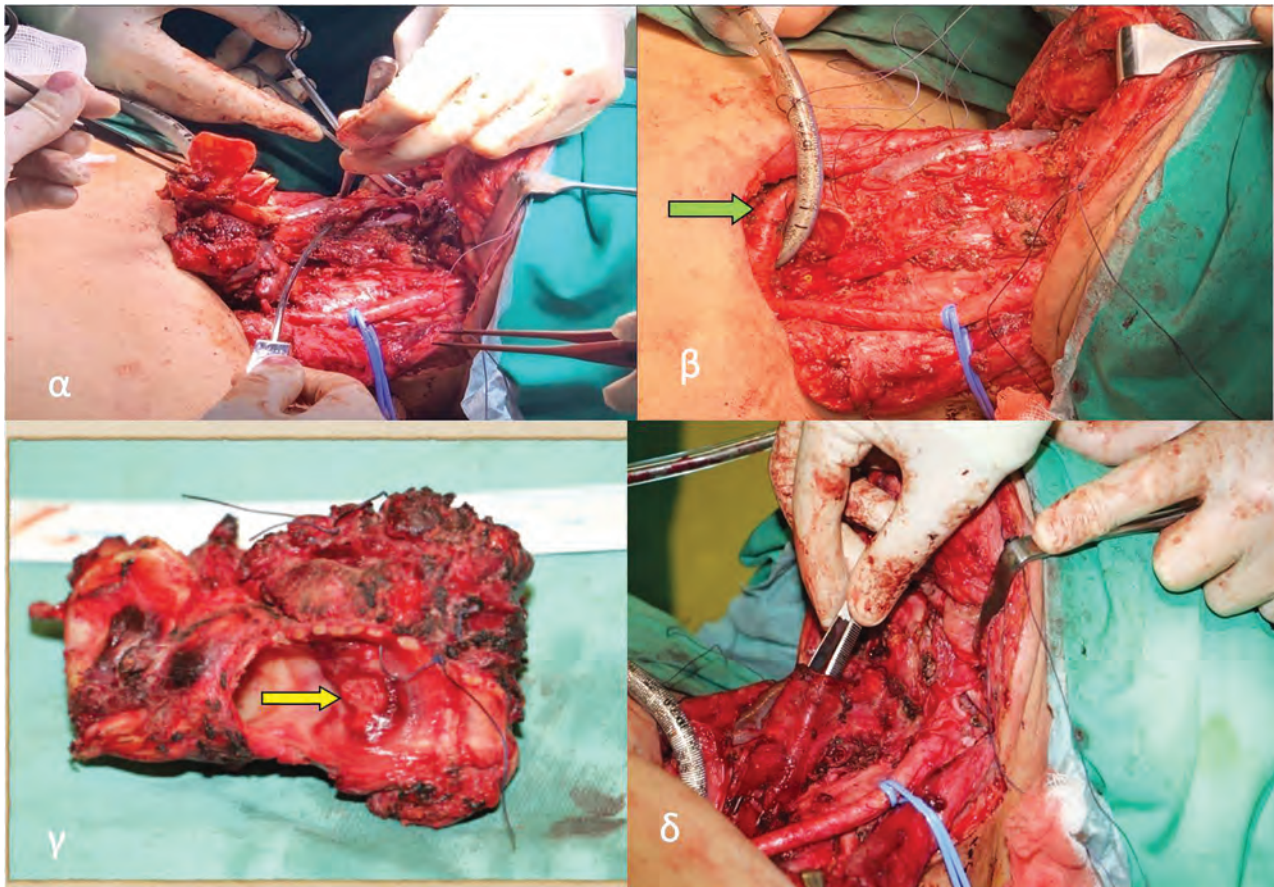
Σε αυτές τις περιπτώσεις το χειρουργείο αποτελεί την μοναδική θεραπευτική επιλογή καθώς επανάληψη της ακτινοβολίας έχει αυξημένα ποσοστά επιπλοκών και ελάχιστο ποσοστό επιτυχίας.⁷ Το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από την έκταση της υποτροπής. Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς στην πλειοψηφία των ασθενών που εμφανίζουν υποτροπή μετά την αρχική θεραπεία η ολική λάρυγγεκτομή αποτελεί την βασική θεραπευτική επιλογή.⁸ Η προηγηθείσα ιστική βλάβη από την ακτινοβολία και η τάση των υποτροπών να επεκτείνονται και να διηθούν υποβληνογόνια, παρά να έχουν ορατά όρια στον επιφανειακό βληνογόνο, περιορίζει την επιλογή των μερικών λάρυγγεκτομών ή της laser διαστοματικής εκτομής σε λίγους ασθενείς.^{9,10} Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών ειδικά όταν εμφανίζονται με προχωρημένες υποτροπές αποτελεί πρόκληση για τους χειρουργούς καθώς το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από ακτινοβολία είναι αυξημένο.

Σε αυτό το άρθρο θα αναφερθούμε στην περίπτωση ενός ασθενούς με αρκετά προχωρημένη τοπικά υποτροπή πλακώδους καρκινώματος λάρυγγα cT4b δύο χρόνια μετά την αντιμετώπιση ενός πρώιμου (cT1b) γλιωτιδικού καρκινώματος με ακτινοβολία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άρρεν ασθενής 68 ετών πρώην καπνιστής προσήλθε στα τακτικά ιατρεία της κλινικής μας τον Ιανουάριο του 2021 με συμπτώματα δυσφαγίας, βράγχους φωνής από μηνών και απώλειας βάρους. Από το ιστορικό του αναφέρει το 2018 πηλακώδες καρκίνωμα δεξιάς γνήσιας φωνητικής χορδής cT1bcN0cM0 που αντιμετωπίστηκε με ακτινοθεραπεία. Η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε ήταν 3D-conformal radiotherapy και ο ασθενής έλαβε συνολικά 6280 cGy. Στη συνέχεια υποβλήθηκε σε τακτικούς επανελέγχους στα πλαίσια 'follow up' χωρίς στοιχεία υποτροπής νόσου τόσο σε ενδοσκοπικό έλεγχο όσο και σε απεικονιστικό έλεγχο όπως αναφέρει. Λόγω επιδεινούμενης δυσφαγίας και αυξημένης θυρεοτρόπου ορμόνης το Δεκέμβριο το 2020 υποβλήθηκε σε υπέρηχο θυρεοειδούς αδένου που ανέδειξε κατάληψη ολόκληρου του αριστερού λοβού από υποηχογενή περιοχή με συμπαγή και κυστικά στοιχεία με ακανόνιστα όρια. Η κυτταρολογική εξέταση ήταν ενδεικτική νεκρωμένου πλακώδους καρκινώματος. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία τραχήλου-θώρακα και σε μαγνητική τομογραφία τραχήλου τις οποίες προσκόμισε, που αναδεικνύουν σημαντική διόγκωση και διήθηση του αριστερού λοβού του θυρεοειδούς αδένου που εκτείνεται οπισθοστερνικά στο ανώτερο πρόσθιο μεσοθωράκιο, πιέζει και παρεκτοπίζει το ανώτερο τμήμα της τραχείας προς τα δεξιά, πιέζει την αριστερή έσω σφαγίτιδα φλέβα, περιβρογχίζει την αριστερή κοινή καρωτίδα και έρχεται σε επαφή με το προσθιοπλήγιο τοίχωμα του ανώτερου οισοφάγου. Επίσης παρατηρείται παρεκτόπιση προς τα έσω της αριστερής αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής, πάχυνση του αριστερού απιοειδούς κόλπου και μικροί λεμφαδένες κατά μήκος της έσω σφαγίτιδας (Εικ.1α,β).

Με τα παραπάνω δεδομένα ο ασθενής έγινε εισαγωγή για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Τα ευρήματα από την ενδο-



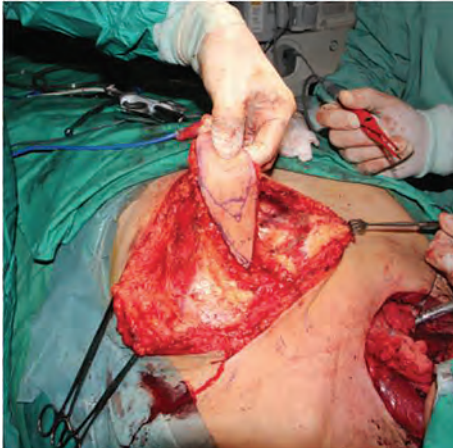
Εικ.3 α. Διεγχειρητική εικόνα που δείχνει την αφαίρεση en block του όγκου μαζί με το λάρυγγα, διηθημένο τμήμα τραχείας, διηθημένο τοίχωμα οισοφάγου και θυρεοειδή. Με "vessel loop" φαίνεται η κοινή καρωτίδα που έχει παρασκευαστεί. β. Διεγχειρητική εικόνα μετά την αφαίρεση του όγκου που δείχνει το έλλειμμα στο πρόσθιο τοίχωμα του οισοφάγου (αστερίσκος) και δίπλα την τραχεία καθώς και την ανώνυμη αρτηρία (πράσινο βέλος). γ. Το παρασκευάσμα μετά την αφαίρεση. Είναι ορατή η διήθηση του τοιχώματος της τραχείας (κίτρινο βέλος). δ. Εικόνα που δείχνει την απόσταση της φaryγγοστομίας από το έλλειμμα μετά την εκτομή της διηθημένης περιοχής του οισοφάγου.

σκόπηση του λάρυγγα ήταν παράλυση της αριστερής φωνητικής χορδής χωρίς άλλες αλλοιώσεις. Με εύκαμπτη ενδοσκόπηση ελέγχθηκε λεπτομερώς η υπογλωττιδική μοίρα και το ανώτερο τμήμα της τραχείας στο αριστερό τοίχωμα της οποίας παρατηρήθηκε νεοπλασματική διήθηση περίπου 3-4cm κάτω από το επίπεδο της γλωττίδας. Υποβλήθηκε σε οισοφαγοσκόπηση με άκαμπτο οισοφαγοσκόπιο που έδειξε σημαντική στένωση κάτωθεν του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα λόγω πίεσης εκ των έξω και υποψία διήθησης. Ελήφθησαν βιοψίες από το βλεννογόνο που ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Πραγματοποιήσαμε υπερηχογραφία τραχήλου που ανέδειξε ένα ελαστογραφικά εκτεταμένο μórφωμα του αριστερού λοβού του θυρεοειδή με διήθηση της τραχείας και υποψία διήθησης της κοινής καρωτίδας πιθανώς μεταστατικής αιτιολογίας (Εικ.2α,β). Ταυτόχρονα πραγματοποιή-

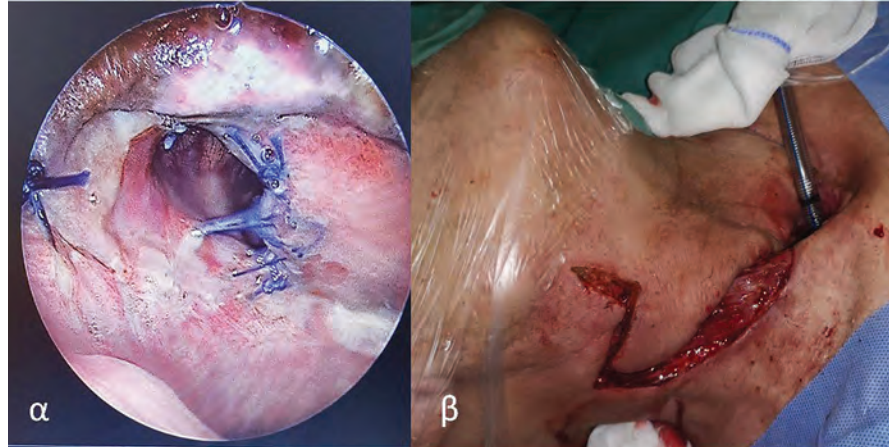
σαμε και υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη βιοψία δια χοντρής βελόνας (core needle biopsy) στον αριστερό λοβό του θυρεοειδούς αδένος που ανέδειξε την διήθηση από πλάκώδες καρκίνωμα. Έγινε προεγχειρητικός έλεγχος με αξονική αγγειογραφία καρωτίδων και balloon occlusion test που ανέδειξε επαρκή ετερόπλευρη αιμάτωση του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου σε περίπτωση που χρειαζόταν διεγχειρητικά να αφαιρεθεί η αριστερή κοινή καρωτίδα.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε PET/CT που επιβεβαίωσε τα τοπικά ευρήματα αλλά δεν ανέδειξε απομακρυσμένες μεταστάσεις (Εικ.1γ). Σύμφωνα με τον απεικονιστικό έλεγχο πρόκειται για μια τοπικά προχωρημένου σταδίου υποτροπή ή rT4b κατά TNM.

Μετά από συζήτηση στο ογκολογικό συμβούλιο και εξαιτίας και της έντονης επιθυμίας του ασθενή προχωρήσαμε σε χειρουργείο



Εικ.4. Παρασκευή του μείζωνα θωρακικού κρημνού για την αποκατάσταση.



Εικ.5 α. Το τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχειοστομίας.
β. Εικόνα που δείχνει την παρασκευή του προωθητικού δερματικού κρημνού που χρησιμοποιήθηκε για την σύγκλειση του συριγγίου.

διάσωσης ενημερώνοντας αναλυτικά για τις μειωμένες πιθανότητες επιτυχίας. Μερικές ημέρες πριν το χειρουργείο ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική γαστροστομία.

Στο χειρουργείο πραγματοποιήσαμε ολική λαρυγγεκτομή με ριζική θυρεοειδεκτομή, λόγω όζων της δεξιάς πλευράς και αφαίρεση «en bloc» του όγκου μαζί με το διηθημένο τμήμα της τραχείας και του οισοφάγου. Για την αποκάλυψη του κατώτερου ορίου του όγκου, που έφτανε μέχρι την ανώνυμη αρτηρία χρειάστηκε να γίνει μερική στερνοτομή στο ανώτερο τμήμα του στέρνου από τους θωρακοχειρουργούς. Έγινε τροποποιημένος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός με αφαίρεση της διηθημένης έως σφαγίτιδας και του πνευμονογαστρικού νεύρου αριστερά ενώ επιτεύχθηκε αποκόλληση της τραχηλικής μετάστασης από την κοινή καρωτίδα με αφαίρεση του εξωτερικού χιτώνα του αγγείου στο σημείο επαφής (Εικ.3α,β,γ,δ). Δεξιά πραγματοποιήθηκε εκλεκτικός λεμφαδενικός καθαρισμός (επίπεδα II-V).

Μετά την αφαίρεση του όγκου στάλθηκαν συνολικά 14 ταχείες βιοψίες από τα όρια εκτομής για επιβεβαίωση της εκτομής σε υγιή χειρουργικά όρια πριν την αποκατάσταση.

Για την αποκατάσταση του ελλείμματος στο οπισθοπλάγιο τμήμα της τραχείας και του πρόσθιου τοιχώματος του οισοφάγου χρησιμοποιήθηκε μείζων θωρακικός κρημνός της αριστερής πλευράς (Εικ.4). Η σύγκλειση της φαρυγγοστομίας έγινε με άμεση συμπίληση με ραφή σχήματος «Τ». Λόγω της αποκάλυψης της ανώνυμης αρτηρίας στο κατώτερο τμήμα του τραχήλου χρησιμοποιήθηκε fascia lata σαν στρώμα προστασίας πριν γίνει η περιστροφή και συρραφή του δεξιού τοιχώματος της τραχείας στο πρόσθιο δέρμα για την δημιουργία της μόνιμης τραχειοστομίας. Το αποτέλεσμα της βιοψίας έδειξε πλακώδες καρκίνωμα μετρίως διαφοροποίη-

σης (G2) σταδίου pT4bN2b με διήθηση της τραχείας μέχρι 4cm κάτω από το επίπεδο της γλωττίδας, διήθηση του οισοφάγου, της έως σφαγίτιδας και του πνευμονογαστρικού νεύρου.

Η σοβαρότερη μετεγχειρητική επιπλοκή που αντιμετωπίσαμε ήταν η δημιουργία τραχειοοισοφαγικού συριγγίου στην περιοχή του οπισθίου τμήματος της μόνιμης τραχειοστομίας (Εικ.5α). Για την αντιμετώπισή του χρειάστηκαν δύο επεμβάσεις. Στην πρώτη επέμβαση έγινε η κινητοποίηση και συρραφή του κρημνού που είχε μετακινηθεί και συμπληρώθηκε του δέρματος από το άνω δερματικό κρημνό. Λόγω υποτροπής του συριγγίου ακολούθησε σύγκλειση σε στρώματα με κινητοποίηση προωθητικού κρημνού δέρματος - υποδορίου (Εικ.5β). Επίσης στάλθηκαν επαναληπτικές βιοψίες για να αποκλεισθεί η ύπαρξη υπολειπόμενης νόσου ως αιτία για την αποτυχία σύγκλεισης του συριγγίου οι οποίες ήταν αρνητικές για κακοήθεια. Εδώ αξίζει να προσθέσουμε ότι μια αρκετά σημαντική επιπλοκή που συντέλεσε στην επιμονή του συριγγίου ήταν οι συνεχόμενες ανάρροιες και η παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου λόγω γαστροπάρεσης που εμφάνισε ο ασθενής απότοκος της διατομής του πνευμονογαστρικού νεύρου. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίστηκε με φαρμακευτικά μέσα χορηγώντας μετοκλόπραμίδα και με αντικατάσταση της γαστροστομίας με γαστρο/νισιδοστομία. Μετά την επιτυχή σύγκλειση του συριγγίου ο ασθενής σιτίστηκε από το στόμα χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Ο ασθενής μετεγχειρητικά υποβλήθηκε σε συμπτωματική ακτινοθεραπεία και έλαβε 6000 cGy.

Στον επανέλεγχο με αξονική τομογραφία στα πλαίσια του follow up ο ασθενής παραμένει ελεύθερος νόσου 9 μήνες μετά την επέμβαση με λειτουργία κατάποσης χωρίς πρόβλημα και ικανοποιητική επικοινωνία με οισοφαγική ομιλία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εκτίμηση του λάρυγγα μετά από αρχική αντιμετώπιση με ακτινοβολία αποτελεί πρόκληση παρά τις σύγχρονες εξελίξεις στην ενδοσκόπηση και στις απεικονιστικές τεχνικές εξαιτίας της παρουσίας μετακινικών αλληλώσεων. Η παρουσία ίνωσης, οιδήματος και νέκρωσης μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη εκτίμηση και υποσταδιοποίηση της υποτροπής. Το πρότυπο ανάπτυξης της υποτροπής του πλάκώδους καρκινώματος λάρυγγα διαφέρει από αυτό της πρωταρχικής βλάβης. Πολλές υποτροπές παρουσιάζουν πολυκεντρική ανάπτυξη, που μπορεί να εντοπίζεται ακόμα και κάτω από έναν ανέπαφο επιφανειακό βλεννογόνο που καλύπτεται από οίδημα και ίνωση.

Η επιβεβαίωση της υποτροπής με βιοψίες σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να είναι δύσκολη εάν αυτές είναι επιφανειακές γιατί μπορεί να είναι ψευδώς αρνητικές.¹¹ Σύμφωνα με αρκετές παθολογοανατομικές μελέτες στην βιβλιογραφία έχει παρατηρηθεί ότι οι υποτροπές του γλωττιδικού καρκινώματος χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερο ποσοστό μη διαφοροποιημένων κυττάρων, αυξημένη περινευρική διήθηση, αυξημένη διήθηση χόνδρων και εξωλάρυγγική επέκταση, αυξημένη πιθανότητα υπογλωττιδικής επέκτασης, αυξημένη επέκταση διαμέσου αγγείων και βλεννογονίων αδένων και αυξημένη ετερόπλευρη προσβολή.¹² Μικρές καρκινικές εστίες στους εξωλάρυγγικούς ιστούς και στην υπογλωττιδική περιοχή δύσκολα αναγνωρίζονται με απεικονιστικές τεχνικές με αποτέλεσμα να έχουμε ψευδώς αρνητική απάντηση για υποτροπή.¹³

Στην περίπτωση του ασθενούς μας η αρχική βλάβη ήταν ένα πρώιμο (T1bN0M0) γλωττιδικό καρκίνωμα της δεξιάς γνήσιας φωνητικής χορδής ενώ η υποτροπή ήταν προχωρημένου σταδίου (rcT4bcN2bcM0). Στην ενδοσκόπηση της γλωττίδας δεν αναγνωρίστηκε η παρουσία κάποιας εμφανούς αλληλώσεως στο βλεννογόνο παρά μόνο παράλυση της αριστερής φωνητικής χορδής. Παρά τον τακτικό έλεγχο με ενδοσκόπηση και απεικόνιση που ακολουθούσε ο ασθενής στα πλαίσια του follow up η υποτροπή αναγνωρίστηκε σε προχωρημένο στάδιο λόγω της έντονης δυσφαγίας. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η υποτροπή οφειλόταν σε κάποια εξωλάρυγγική καρκινική εστία που δεν μπόρεσε να εντοπιστεί πρώιμα με την τακτική ενδοσκόπηση αποδίδοντας την δυσφαγία που ανέφερε ο ασθενής σε μετακινικές αλληλώσεις. Τακτικός υπερηχογραφικός έλεγχος θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση.

Στην βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί περιπτώσεις με υποτροπή της νόσου από καρκινικές εστίες στον προλάρυγγικό Δελφικό λεμφαδένα.¹⁴ Ο Gawlak-Prycka σε μια μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο λάρυγγα διαπίστωσε ότι το ποσοστό υποτροπής στην ομάδα των ασθενών με μετάσταση στον προλάρυγγικό Δελφικό λεμφαδένα ήταν αρκετά υψηλό (62,4%) συγκριτικά με το ποσοστό (17,4%) στην ομάδα των ασθενών χωρίς μετάσταση στο Δελφικό λεμφαδένα.¹⁵ Η διαπίστωση όμως πρώιμης προσβολής αυτού του λεμφαδένα με απεικονιστικές τεχνικές δεν είναι εύκολη.

Όσον αφορά την θεραπεία της υποτροπής του καρκίνου λάρυγγα μετά από ακτινοβολία, η πρώτη επιλογή στα περισσότερα κέντρα

είναι η ολική λάρυγγεκτομή. Τα τελευταία χρόνια όμως επιλέγονται όλο και περισσότερο χειρουργικές επεμβάσεις διατήρησης οργάνου.¹⁶ Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να έχει προηγηθεί σωστή εκτίμηση της επέκτασης της υποτροπής και να έχει γίνει σωστή επιλογή των ασθενών που μπορεί να υποβληθούν σε τέτοιες επεμβάσεις. Στην περίπτωση μας η υποτροπή ήταν rcT4b επομένως προχωρήσαμε σε εκτομή «en bloc» του όγκου μαζί με τον λάρυγγα, τον θυρεοειδή και τα διηθημένα τμήματα της τραχείας και του οισοφάγου. Για την αποκατάσταση του ελλείμματος στο πρόσθιο τμήμα του οισοφάγου και του οπισθίου τοιχώματος της τραχείας επιλέξαμε περιστρεφόμενο μείζωνα θωρακικό κρημόν. Εναλλακτικά θα μπορούσε να τοποθετηθεί και ελεύθερος κερκιδικός κρημνός, ο οποίος όμως θα έπρεπε να αναστομωθεί στα αγγεία της δεξιάς τραχηλικής χώρας. Μετεγχειρητικά δημιουργήθηκε τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο. Η προηγηθείσα ακτινοβολία στην περιοχή αυξάνει το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών και σχετίζεται με καθυστερημένη επουλήωση τραύματος, συρίγγια, νέκρωση κρημνών, οίδημα και λεμφόρροια, ειδικά εάν το χειρουργείο γίνει σε διάστημα 6 μηνών έως 1 έτους από την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας.¹⁷⁻¹⁹ Η πιθανότητα τραχειοοισοφαγικού και φaryγγοδερματικού συρίγγιου σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αυξημένη και η αποκατάστασή τους αποτελεί πρόκληση για τον χειρουργό. Στον ασθενή μας η σύγκληση του επίμονου τραχειοοισοφαγικού συρίγγιου έγινε με δύο επεμβάσεις. Ο κρημνός αποτέλεσε ένα βοηθητικό υπόστρωμα στην περιοχή για την σύγκληση του συρίγγιου. Επίσης όπως αναφέραμε στην παρουσίαση του περιστατικού μας σημαντικό ρόλο στην καθυστέρημένη σύγκληση του συρίγγιου είχε και η επίμονη γαστροπάρεση που εμφανίστηκε και σχετιζόταν με την διατομή του πνευμονογαστρικού νεύρου. Στην βιβλιογραφία γίνεται αναφορά σε μετεγχειρητική γαστροπάρεση λόγω προσωρινής νευροαπραξίας του πνευμονογαστρικού νεύρου σε περιστατικά με τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό.²⁰ Επίσης έχει αναφερθεί και η περίπτωση γαστροπάρεσης μετά από σύνδρομο μακράς βελονοειδούς απόφυσης.²¹

Η παρουσία περινευρικής διήθησης και κοντινών ορίων εκτομής ήταν παράγοντες που οδήγησαν στην απόφαση για συμπληρωματική μετεγχειρητική ακτινοβολία. Επειδή οι ήδη ακτινοβολημένοι ιστοί είχαν αφαιρεθεί λήφθηκε η απόφαση για νέα συνοδευτική ακτινοβολία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ένα ποσοστό πρώιμων γλωττιδικών καρκινωμάτων που υποβάλλονται σε μονοθεραπεία με ακτινοβολία θα υποτροπιάσουν. Η υποτροπή σχεδόν πάντα είναι πιο προχωρημένου σταδίου από την αρχική νόσο. Η σωστή σταδιοποίηση και ο σωστός σχεδιασμός είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Τα χειρουργεία διάσωσης αποτελούν ένα σημαντικό όπλο στην φαρέτρα των χειρουργών κεφαλής και τραχήλου όταν έρχονται αντιμέτωποι με προχωρημένη τοπικά υποτροπή καρκίνου λάρυγγα, απαιτούν όμως σημαντική χειρουργική εμπειρία και προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Talamini R, Bosetti C, LaVecchia C, et al. Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes Control* 2002;13: 957-64.
2. Shaha AR, Shah JP. Carcinoma of the subglottic larynx. *Am J Surg* 1982;144:456-8.
3. Iro H, Mantsopoulos K, Zenk J, Waldfahrer F, Psychogios G. Results of Transoral Laser Resection in T1-2 Oropharyngeal, Hypopharyngeal and Laryngeal Carcinomas. *Laryngo-Rhino-Otologie* 2011;90(8):481-485.
4. Karatzanis A, Psychogios G, Zenk J, Waldfahrer F, Hornung J, Velegrakis GA, Iro H. Evaluation of available surgical management options for early supraglottic cancer. *Head Neck* 2010;32(8):1048-1055. doi:10.1002/hed.21289
5. Karatzanis A, Psychogios G, Zenk J, et al. Comparison Among Different Available Surgical Approaches in T1 Glottic Cancer. *Laryngoscope* 2009;119:1704-1708
6. Barthel SW, Esclamado RM. Primary radiation therapy for early glottic cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124:35-39.
7. Piazza C, Paderno A, Sjogren EV, et al. Salvage carbon dioxide transoral laser microsurgery for laryngeal cancer after (chemo)radiotherapy: a European Laryngological Society consensus statement. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2021; 278(11):1-9.
8. Vander Poorten V, Meulemans J, Beitler JJ, Piazza C, Kowalski LP et al. Salvage surgery for residual or recurrent laryngeal squamous cell carcinoma after (Chemo) radiotherapy: Oncological outcomes and prognostic factors. *European Journal of Surgical Oncology*. doi:10.1016/j.ejso.2021.05.03
9. Holsinger FC, Funk E, Roberts DB, Diaz EM Jr. Conservation laryngeal surgery versus total laryngectomy for radiation failure in laryngeal cancer. *Head Neck* 2006;28:779-784.
10. Ganly I, Patel SG, Matsuo J, et al. Results of surgical salvage after failure of definitive radiation therapy for early-stage squamous cell carcinoma of the glottic larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;132:59-66.
11. Brouwer J, Bodar EJ, de Bree R, et al. Detecting recurrent laryngeal carcinoma after radiotherapy: room for improvement. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;26:417-22.
12. Zbaren P, Nuyens M, Curschmann J, Stauffer E. Histologic characteristics and tumor spread of recurrent glottic carcinoma: analysis on whole-organ sections and comparison with tumor spread of primary glottic carcinomas. *Head Neck* 2007;29:26-2.
13. Zbären P, Becker M, Läng H. Pretherapeutic staging of laryngeal cancer: clinical findings, computed tomography and magnetic resonance imaging versus histopathology. *Cancer* 1996;77:1263-73.
14. Ferlito A, Shaha AR, Rinaldo A (2002) Prognostic value of delphian lymph node metastasis from laryngeal and hypopharyngeal cancer. *Acta Otolaryngol* 122:456-457.
15. Gawlak-Prycka A (2001) Prelaryngeal lymph node (delphian) in patients with laryngeal cancer. *Otolaryngol Pol* 55:35-41.
16. Yiotakis J, Stavroulaki P, Nikolopoulos T, et al. Partial laryngectomy after irradiation failure. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:200-9.
17. Proctor E, Robbins K. T, Vieira F, Hanchett C, Sommes G. Postoperative complications after chemoradiation for advanced head and neck cancer. *Head Neck* 2004;26: 272-277.
18. Sassler AM, Esclamado RM, Wolf GT. Surgery after organ preservation therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:162-165.
19. Tibbs MK. Wound healing following radiation therapy: A review. *Radiother Oncol* 1997;42:99-106.
20. Özçağlayan Ö, Ersöz T. Transient postsurgical gastroparesis is accompanied by reversible changes of the cervical vagus nerve's morphology after neck dissection – an ultrasound study. *Med Ultrason* 2020, Vol. 22, no. 1, 26-30.
21. Waldock J. W, Higgins J. N, Axon P. A case report of gastroparesis resolved by styloidectomy. *Otolaryngology Case Reports* 2020, Vol. 16, 100201.

Ασημακοπούλου Παναγιώτα¹

Λαδιάς Αλέξανδρος¹

Κολυβά Σουλτάνα²

Χειμώνα Θεογνωσία¹

¹ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν. Χανίων

²Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Χανίων

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Χειμώνα Θεογνωσία,

Διευθύντρια ΕΣΥ

ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Μουρνιές, 73300, Χανιά.

Τηλ. 2821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Asimakopoulou Panagiota¹

Ladias Alexandros¹

Kolyva Sultana²

Chimona Theognosia¹

¹ENT dept Chania General Hospital

²Pediatric Clinic Chania General Hospital

Corresponding author:

Theognosia Chimona, MD, PhD

ENT consultant

General Hospital of Chania

Mournies, 73300, Chania

Tel. +302821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,

Volume 42 - Issue 4, 2021

Επώδυνη διόγκωση υπογνάθιας χώρας σπάνιας αιτιολογίας σε παιδί

Submandibular painful swelling of rare etiology in a child



Εικόνα 1. Σκληρής σύστασης, καθηλωμένη, επώδυνη τραχηλική διόγκωση, με ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος, στην αριστερή υπογνάθια χώρα (βέλος).

Αγόρι εννέα ετών, παραπέμφθηκε στο τακτικό εξωτερικό ΩΡΛ ιατρείο του Γ.Ν. Χανίων από ιδιώτη παιδίατρο, λόγω ευμεγέθους, συμπαγούς, επώδυνης διόγκωσης αριστερής υπογνάθιας χώρας με συνοδό ερυθρότητα υπερκείμενου δέρματος από μηνός. Ο ασθενής είχε λάβει αντιβιοτική αγωγή, αρχικά με κεφουροξίμη για 10 ημέρες και στη συνέχεια με κλαριθρομυκίνη για 15 ημέρες, χωρίς βελτίωση. Οι γονείς δεν ανέφεραν πυρετική κίνηση ή κάποιο άλλο σύμπτωμα. Το ατομικό αναμνηστικό του ήταν ελεύθερο και δεν υπήρχε επαφή με οικόσιτα ζώα.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε, σκληρής σύστασης, καθηλωμένη, επώδυνη διόγκωση, με ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος, στην αριστερή υπογνάθια χώρα (ζώνη Ib), σε επαφή με το κάτω χείλος της κάτω γνάθου (Εικ.1). Δεν ανευρέθηκε εστία φλεγμονής, τραυματισμού ή ελκωτικής βλάβης στη στοματική κοιλότητα ή το

άνωτερο αναπνευστικό. Η λοιπή Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα πλην της κακής στοματικής υγιεινής και τους τερηδονισμένους οδόντες. Ο ασθενής εισήχθη, μετά από συνεννόηση για συν-φροντίδα, στην Παιδιατρική Κλινική του Γ.Ν. Χανίων για ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή και περαιτέρω διερεύνηση.

Μετά την εισαγωγή στην Παιδιατρική Κλινική, το παιδί υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, όπου διαπιστώθηκε μόνο ήπια λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (WBC: 14,10K/μL). Ο έλεγχος ήταν αρνητικός για πρόσφατη λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό, Epstein Barr και τοξόπλασμα. Τέθηκε σε τριπλό σχήμα ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής με κεφτριαξόνη, κλινδαμυκίνη και αζιθρομυκίνη. Διενεργήθηκε απεικονιστικός έλεγχος με υπερηχογράφημα τραχήλου ο οποίος ανέδειξε «εγκυστωμένη συλλογή διαστάσεων 1,47x2,16 cm, στην υπογνάθια χώρα αριστερά, με μεικτής ηχογένειας περιεχόμενο υγρικής και συμπαγούς υφής», εύρημα που συνηγούσε υπέρ αποστηματοποιημένης φλεγμονής.

Για τη διάγνωση, συνεχίστε στη σελίδα 228

Φραντζεσκάκη Σταυρούλα¹
Καλλέα Αικατερίνη²

¹Διευθύντρια ΕΣΥ,
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χανίων.
²Αναισθησιολόγος,
Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ. Ν. Χανίων

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Φραντζεσκάκη Σταυρούλα
Διευθύντρια ΕΣΥ,
Αναισθησιολογικό Τμήμα,
Γ. Ν. Χανίων
Μουρνιές, 73300 Χανιά
Τηλ. 2821022627
email: sfrantz@otenet.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Frantzeskaki Stavroula¹
Kallea Ekaterini²

¹Greek NHS Director, Anesthesiologic
Department, Chania General Hospital
²Anesthesiologist, Anesthesiologic
Department, Chania General Hospital

Corresponding author:

Frantzeskaki Stavroula
Greek NHS Director,
Anesthesiologic Department,
Chania General Hospital
Mournies, 73300 Chania
Tel. +302821022627
email: sfrantz@otenet.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 42 - Issue 4, 2021

Προσεγγίζοντας προεγχειρητικά το παιδί με λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού.

Η άποψη του αναισθησιολόγου

Preoperative approach of the child with upper respiratory infection. Anesthesiologist's aspect

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπολογίζεται ότι περίπου το 30% των παιδιών που προσέρχονται για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση παρουσιάζουν λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού (ΛΑΑ.). Η αναβολή της επέμβασης λόγω ΛΑΑ στα παιδιά αποτελεί πρόβλημα για τον χειρουργό, τη ροή των χειρουργείων, τους γονείς και το εργασιακό ή κοινωνικό τους περιβάλλον. Η ανασκόπηση αυτή αποσκοπεί στο να απαντηθούν τα διλημάτα της αναβολής της επέμβασης σε παιδί με πρόσφατη ΛΑΑ, σύμφωνα με τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Κύρια ευρήματα: Το ηπτομερές ιστορικό και η φυσική εξέταση, είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα παιδιά με ΛΑΑ. Η παρουσία έμπειρου αναισθησιολόγου, και ο τρόπος διαχείρισης της αναισθησίας που πρόκειται να χορηγηθεί καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία του παιδιού ελαχιστοποιούν την εμφάνιση της συχνότητας των περιεγχειρητικών επιπλοκών.

Συμπέρασμα: Αν βελτιστοποιηθεί η περιεγχειρητική αναισθησιολογική διαχείριση το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών με ΛΑΑ μπορούν να λάβουν αναισθησία με ασφάλεια. Θα πρέπει να αναβληθούν οι επεμβάσεις σε παιδιά με σοβαρή ΛΑΑ ή εκείνα με μέτρια ΛΑΑ στα οποία συνυπάρχει παράγοντας κινδύνου όπως παθητικό κάπνισμα, ηλικία μικρότερη του έτους, ή άσθμα.

Λέξεις κλειδιά: λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, μετεγχειρητικές επιπλοκές, αναπνευστικές επιπλοκές, αναισθησιολογική διαχείριση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Introduction: It is estimated that approximately 30% of children who are admitted for a scheduled surgery have an upper respiratory tract infection (URTI). Postponement of surgery in children is a problem for the surgeon, the child, the parents and their work or social environment. This review aims to answer the dilemmas of postponing surgery in a child with recent URTI, according to the latest literature.

Main findings: Detailed history and physical examination are especially important for children with URTI. The presence of an experienced anesthesiologist, and the management of the anesthesia, as well as, the older age minimize the occurrence of the frequency of perioperative complications.

Conclusion: If perioperative anesthesia management is optimized, most children with URTI can receive anesthesia safely. Interventions should be postponed in children with severe URTI or those with moderate URTI in whom a risk factor such as passive smoking, age less than one year, obstructive sleep apnea or asthma coexists.

Keywords: upper respiratory tract infection, postoperative complications, respiratory complications, anesthesia management.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόφαση εάν θα προχωρήσουμε στην αναισθησία σε παιδιά και νεογνά με λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού (ΛΑΑ,) αποτελεί καθημερινό ερώτημα στην παιδιατρική αναισθησιολογική πρακτική. Με δεδομένη την συχνότητα των ΛΑΑ στα παιδιά και τις επακόλουθες αναβολές, μπορεί να προκύψουν μεγάλα λειτουργικά προβλήματα στην ροή των χειρουργικών επεμβάσεων με τον επανασχεδιασμό τους. Υπολογίζεται ότι περίπου το 30% των παιδιών που προσέρχονται για χειρουργική επέμβαση έχουν ΛΑΑ.

Αν και πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει τις ΛΑΑ με αυξημένη συχνότητα περιεχειρητικών αναπνευστικών δυσμενών συμβαμάτων (ΠΑΔΣ), δεν υπάρχει ξεκάθαρη ομοφωνία ή ξεκάθαρες κατευθυντήριες οδηγίες, ως προς το να αναβληθεί η επέμβαση ή όχι. Συνήθως η απόφαση λαμβάνεται μετά από συζήτηση μεταξύ χειρουργού, αναισθησιολόγου και των γονέων συνεκτιμώντας παράγοντες όπως η συμπτωματολογία, οι συνοδές παθήσεις, η εμπειρία του αναισθησιολόγου, τα πρωτόκολλα του τμήματος και το κατά πόσο η επέμβαση είναι επείγουσα ή προγραμματισμένη. Οι διαφορές είναι μεγάλες ανάλογα με το κέντρο και το προσωπικό, η δε αναβολή της επέμβασης γίνεται με την προσδοκία ότι ΠΑΔΣ δε θα λάβουν χώρα αν το παιδί είναι καλύτερα προετοιμασμένο.¹

ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Κάθε παιδί έχει κατά μέσο όρο επτά επεισόδια ΛΑΑ ανά έτος, κυρίως στα προσχολικά έτη με διάρκεια έως δύο εβδομάδες. Τα περισσότερα είναι ιογενούς αιτιολογίας, όμως μπορεί να αποτελέσουν πρόδρομα συμπτώματα σοβαρής νόσου όπως για παράδειγμα πνευμονίας. Υπολογίζεται ότι το ένα τέταρτο των παιδιών έχουν “μύτη που τρέχει” για μεγάλα χρονικά διαστήματα από άλλα αίτια, όπως υπερτροφία αδενοειδών εκβλησθήσεων ή αλλεργική ρινίτιδα.² Η εμφάνιση των ΛΑΑ είναι κατά κύριο λόγο εποχιακή, στους κρύους και βροχερούς μήνες. Το ποσοστό των παιδιών που έχουν ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού όταν προσέρχονται για χειρουργική επέμβαση είναι μεταξύ 25% και 45%. Δεν αποτελεί επομένως έκπληξη το ότι αποτελεί το πιο συχνό αίτιο αναβολής του χειρουργείου σε αυτό τον πληθυσμό. Συνήθως, η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι από μία έως τρεις εβδομάδες. Και ενώ η κατάσταση είναι συνήθως αυτοϊώμενη, η διέγερση των αεραγωγών παραμένει για διάστημα έως και έξι εβδομάδων μετά την λοίμωξη, και συμβάλλει στην αύξηση της επίπτωσης των δυσμενών αναπνευστικών συμβαμάτων. Από τις ιογενείς λοιμώξεις το υψηλότερο ποσοστό έως και 80%, αποδίδονται στον ρινοϊό.³ Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει προσεκτικά ανάμεσα στις ΛΑΑ και σε άλλα σοβαρά λοιμώδη ή μη-λοιμώδη αίτια, όπως αλλεργική ρινίτιδα, άσθμα, παρουσία ξένου σώματος στους ανώτερους αεραγωγούς.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

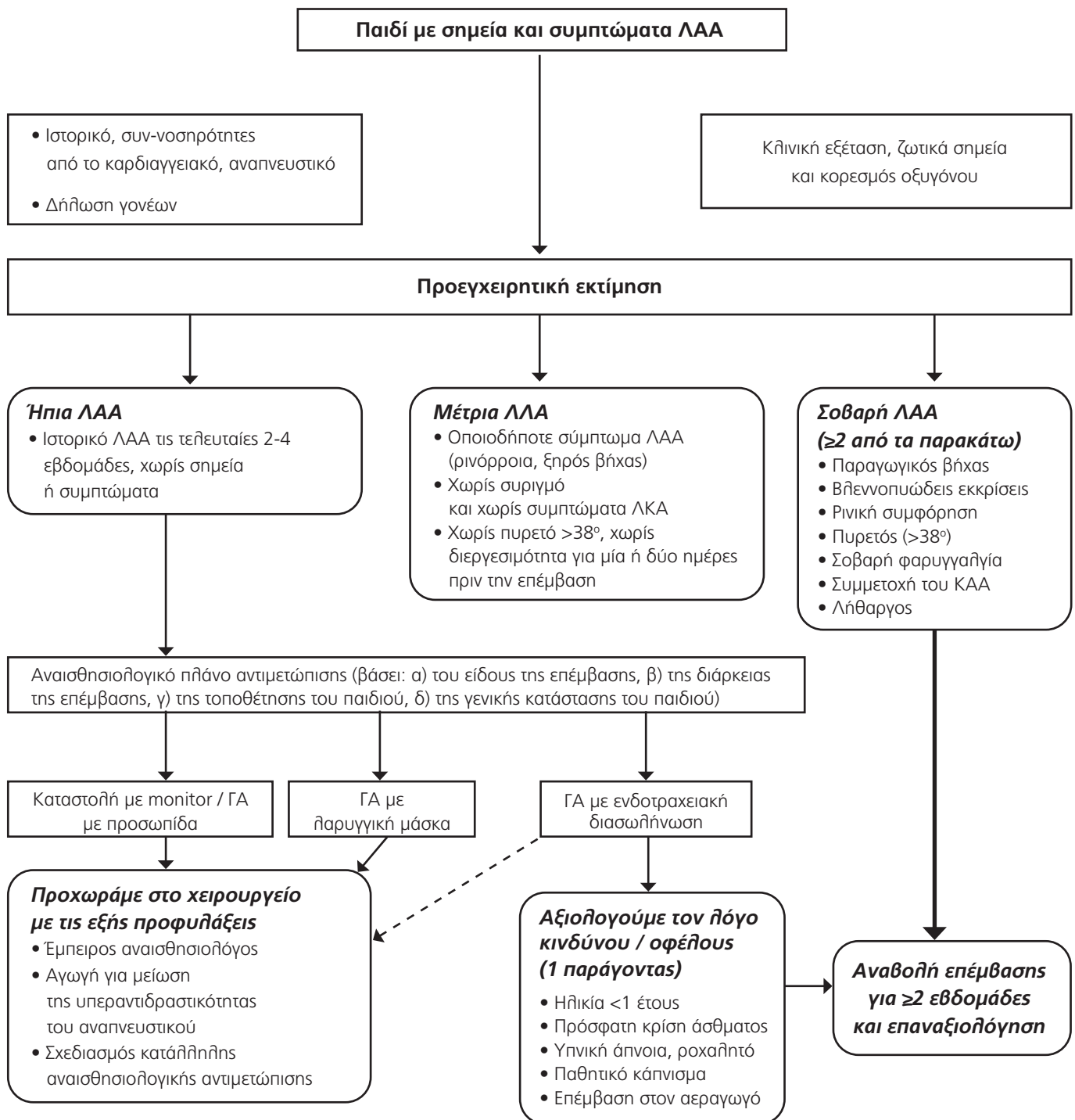
Στην προεγχειρητική αξιολόγηση θα αναζητηθούν σημεία και συμπτώματα ΛΑΑ από το ιστορικό και την φυσική εξέταση. Η βαρύτητα των ΛΑΑ κατηγοριοποιείται ως εξής: α) Ήπια, εάν υπάρχει

ιστορικό ΛΑΑ χωρίς σημεία ή συμπτώματα τις τελευταίες δύο έως τέσσερις εβδομάδες, β) Μέτρια, εάν το παιδί έχει οποιοδήποτε σύμπτωμα ΛΑΑ (ρινόρροια, ξηρός βήχας) χωρίς συριγμό και χωρίς συστηματικά συμπτώματα όπως δέκατα, πυρετός >38°, διέγερσιμότητα ή λήθαργο, για μία ή δύο ημέρες πριν την επέμβαση, και γ) Σοβαρή, εάν έχει οποιοδήποτε σύμπτωμα με συστηματικές εκδηλώσεις όπως: δέκατα, πυρετός >38°, βήχα, βλεννοπυώδεις εκκρίσεις, ρινική συμφόρηση, ξηρότητα και τραχύτητα, συριγμό, λарυγγίτιδα και πνευμονική συμμετοχή.

Η πιθανότητα λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού θα πρέπει να αποκλειστεί, με ακρόαση των πνευμόνων χωρίς ρόχους ή συριγμό. Σημαντικό είναι επίσης να αναζητηθεί ιστορικό άσθματος.⁴ Το κρουαλόγημα χαρακτηρίζεται από τις ρινικές εκκρίσεις, τη ρινική συμφόρηση, το φτέρνισμα, τον πονόλαιμο και το βήχα. Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων είναι κατά σειρά: ρινόρροια (66%), ρινική συμφόρηση (37%), παραγωγικός βήχας (26%), πονόλαιμος (8%) και πυρετός (8%). Βρογχίτιδα και τραχειίτιδα μπορούν να προκαλέσουν ξηρό βήχα και άσθμα. Βράγχος φωνής μπορεί να υποδηλώνει συνοδό λарυγγίτιδα. Μη ειδικά συμπτώματα είναι η ευερεθιστότητα, η απώλεια της όρεξης, η κόπωση, οι μυαλγίες και ο πονοκέφαλος. Τέλος, ο πυρετός δεν είναι ασυνήθιστος στα παιδιά με ΛΑΑ.⁵ Η υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών μετά από ΛΑΑ οφείλεται σε χημικούς διαβιβαστές και αντανάκλαστικά του νευρικού συστήματος. Η προσβολή του επιθηλίου και των μεμβρανών από τον εκάστοτε ιό οδηγεί σε φλεγμονή των αεραγωγών, οίδημα και βρογχόσπασμο, με επερχόμενη ευαισθητοποίηση των αεραγωγών στις εκκρίσεις αλλήλ και στα πτητικά αναισθητικά. Επιπλέον, οι ιογενείς λοιμώξεις καταστρέφουν το τριχωτό κύτταρο και το επιθήλιο του βλεννογόνου. Η έκκριση νευροαμινιασίων αναστέλλει τους χολινεργικούς M2 υποδοχείς του αυτόνομου νευρικού συστήματος και αυξάνει την απελευθέρωση ακετυλοχολίνης, οδηγώντας σε βρογχόσπασμο. Σε βρογχόσπασμο οδηγεί και η έκκριση διαμεσοληβητών της φλεγμονής στο σημείο της βλάβης όπως η βραδυκινίνη, η ισταμίνη, ιντερλευκίνες και προσταγλανδίνες. Η υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών μπορεί να παραμείνει έως και έξι εβδομάδες μετά την λοίμωξη. Ο κίνδυνος από την διέγερση των αεραγωγών είναι η πρόκληση βρογχόσπασμου ή και λарυγγόσπασμου με επαγόμενη υποξαιμία, κύρια αιτία περιεχειρητικής νοσηρότητας και θνητότητας στα παιδιά.⁴

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Οι περιεχειρητικές αναπνευστικές επιπλοκές αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο περιεχειρητικής νοσηρότητας και προκαλούν το 30% των καρδιακών ανακοπών στα παιδιά.⁶ Συμβάματα περιεχειρητικά στα παιδιά με λοίμωξη του αναπνευστικού είναι ο βήχας, ο λарυγγόσπασμος, ο βρογχόσπασμος, η συγκράτηση της αναπνοής, οι ατελεκτασίες, ο αποκορεσμός <90%, η πνευμονία και το croup μετά τη διασωλήνωση. Γενικά, η συχνότητα σοβαρών συμβαμάτων είναι χαμηλή στα παιδιά, και όταν αυτά γίνουν έγκαιρα αντιληπτά και αντιμετωπισθούν άμεσα από έμπειρα χέρια έχουν αίσια κατάληξη.



Εικ. 1. Αλγόριθμος προεγχειρητικής αξιολόγησης και αναισθησιολογικής αντιμετώπισης του παιδιού με ΛΑΑ. ⁴(Τροποποίηση)

(Συντμ. ΛΑΑ: λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, ΛΚΑ: Λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού, ΚΑΑ: Κατώτερο αναπνευστικό σύστημα, ΓΑ: γενική αναισθησία)

Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για ΠΑΔΣ είναι:

1. Παράγοντες σχετιζόμενοι με το παιδί:

- (α) Ηλικία <6 ετών, και ιδίως βρέφη <1 έτους
- (β) Κλινικά συμπτώματα ΛΑΑ : ρινική έκκριση μεγάλης πυκνότητας, «πράσινες εκκρίσεις», πυώδεις εκκρίσεις, παραγωγικός βήχας, συνυπάρχουσα νόσος όπως μέση ωτίτιδα.
- (γ) Προϋπάρχουσα πνευμονική νόσος (ιός του αναπνευστικού συγκυτίου, άσθμα, βρογχιολίτιδα, προωρότητα κλη).
- (δ) Λοίμωξη που επηρεάζει την γενική κατάσταση του παιδιού (πυρετός >38.5°C).
- (ε) Παθητική έκθεση σε κάπνισμα.
- (ζ) Επιβεβαίωση από τον γονέα ότι το παιδί έχει συμπτωματολογία κρυολογήματος.

2. Παράγοντες σχετιζόμενοι με την επέμβαση:

- (α) Επέμβαση που αφορά τον αεραγωγό (ΩΡΛ)
- (β) Επεμβάσεις άνω κοιλίας, θώρακος, ή καρδιάς.

3. Παράγοντες που σχετίζονται με την αναισθησία:

- (α) Χειρισμοί στον αεραγωγό (διασωλήνωση, βρογχοσκόπηση)
- (β) Τρόπος διαχείρισης του αεραγωγού (η ενδοτραχειακή διασωλήνωση ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από τη χρήση λάρυγγικής μάσκας)⁷

Η συχνότητα των αναπνευστικών επιπλοκών είχε αναδειχθεί στα παιδιά χωρίς λοίμωξη του αναπνευστικού να είναι 21% διεγχειρητικά, και 13% στο χώρο της ανάνηψης, με την ηλικία και την αναισθησιολογική φροντίδα να είναι οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνισή τους.⁸

Μελέτη σε 10.000 παιδιά (1997-1999) ανέδειξε ότι το 80,1% των κρίσιμων συμβαμάτων αφορούσαν υγιή παιδιά και στο 73,3% τακτικό χειρουργείο. Σε βρέφη ηλικίας κάτω του ενός έτους ήταν 4 φορές συχνότερα. Το 77,4 % αφορούσαν το κατώτερο αναπνευστικό ενώ το 35,7% ήταν λάρυγγόσπασμος.⁹ Να σημειωθεί ότι, η θνητότητα ήταν μηδενική, και σε όλες τις μελέτες που αφορούν συμβάματα στα παιδιά είναι πολύ χαμηλή στα παιδιά με ΛΑΑ.¹⁰ Υπάρχουν όμως αναφορές για σποραδικά περιστατικά θανάτου σε παιδιά με ΛΑΑ μετά την επέμβαση. Σε εργασία των Tait et al βρέθηκε ο λάρυγγόσπασμος να είναι το αίτιο καρδιακής ανακοπής σε παιδί, ενώ σε άλλη περίπτωση αναδείχθηκε ιογενής μυοκαρδίτιδα ως αιτία θανάτου σε ιατροδικαστική εξέταση. Επρόκειτο για μικρά παιδιά με πρόσφατο ιστορικό ΛΑΑ κατά τις προηγούμενες δύο εβδομάδες πριν το χειρουργείο.¹¹ Επιπλέον, σε λάρυγγόσπασμο με μη-δυνατότητα αερισμού, αποδόθηκαν 9 από 150 καρδιακές ανακοπές σε παιδιά, και καμία εξ αυτών δεν αφορούσε παιδί με ΛΑΑ. Αίτια καρδιακής ανακοπής και θανάτου κατά την αναισθησία όπως αναδείχθηκε στα παιδιά αποτέλεσαν η υπερδοσολογία φαρμάκων, αντιδράσεις σε φάρμακα και προϋπάρχουσες καρδιακές νόσοι ή ανωμαλίες.¹¹

Η μελέτη των von Ungern-Sternberg et al. είναι μία μελέτη κοόρτης με 9.297 παιδιά με ΛΑΑ ή ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης και είναι η πρώτη που αφορούσε παιδιά που νοσούσαν και το χειρουργείο των οποίων θα είχε αναβληθεί. Οι συγγραφείς ανέδειξαν ότι τα παιδιά που νοσούν ή έχουν ιστορικό πρόσφατης ΛΑΑ έχουν

κίνδυνο ΠΑΔΣ 24-30% σε σχέση με το ποσοστό του 8-17% στα υγιή παιδιά. Επίσης, το ιστορικό πυρετού αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο (σ.κ.) κατά 2,9, οι πράσινες εκκρίσεις σε σχέση με την καθαρή ρινική έκκριση έχουν σ.κ. 3.2 και 1.4 αντίστοιχως και ο σ.κ. σε παραγωγικό σε σχέση με ξηρό βήχα ήταν 3.2 και 1.8 αντίστοιχα.¹² Πολυκεντρική μελέτη κοόρτης στην Γαλλία, όπου υπήρξαν πολύ αυστηροί κανόνες όσον αφορά την αναβολή του παιδιού με ΛΑΑ, σε 489 παιδιά με συμπτώματα ΛΑΑ ή ιστορικό τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες σε 16 κέντρα ανέδειξε ότι: (α) παράγοντες που σχετίστηκαν με ΠΑΔΣ είναι η ηλικία, η ενδοτραχειακή διασωλήνωση και η απουσία προνάρκωσης με μιδαζολάμη, και (β) ο απόκορεσμός σχετίστηκε με την ηλικία, την εμπειρία του αναισθησιολόγου, την συνύπαρξη άλλου συμβάματος όπως βρογχοσπασμού/λάρυγγόσπασμου και με την ενδοσκοπική επέμβαση. Η απόφαση να προχωρήσουν στην επέμβαση στο παιδί με ΛΑΑ, λαμβανόταν με βάση την εμπειρία του αναισθησιολόγου, την επείγουσα ανάγκη για χειρουργική επέμβαση και την απουσία σοβαρών συμπτωμάτων. Οι μελετητές προτείνουν να αμφισβητηθούν οι τρέχουσες ενδείξεις επαναπρογραμματισμού του χειρουργείου και να διερευνηθούν περαιτέρω στρατηγικές μείωσης των ΠΑΔΣ. Στα παιδιά με ΛΑΑ συνολικά 33,5% ήταν τα αναπνευστικά συμβάματα και 19,8% τα επεισόδια αρτηριακού αποκορεσμού.¹

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΔΙΛΗΜΜΑ

Η χορήγηση αναισθησίας για τακτικό χειρουργείο σε παιδί με ΛΑΑ συνήθως δεν πραγματοποιείται, με επακόλουθες συνέπειες κοινωνικές, οικονομικές, συναισθηματικές για το παιδί, την οικογένεια και το σύστημα υγείας γενικότερα, που οφείλουμε να συνεκτιμούμε. Ταυτόχρονα, ανεπαρκής βελτιστοποίηση του παιδιού με ΛΑΑ που πρόκειται να χειρουργηθεί, οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα περιεγχειρητικών συμβαμάτων υψηλού κινδύνου και αύξηση του χρόνου νοσηλείας.

Ο χρόνος αναβολής που προτείνεται, ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές, είναι συνήθως οι έξι εβδομάδες. Με δεδομένο όμως ότι τα παιδιά έχουν έξι έως οκτώ ΛΑΑ ανά έτος, με ένα διάστημα αναβολής τεσσάρων έως έξι εβδομάδων, είναι δύσκολο να βρεθεί ο ιδανικός χρόνος για την επέμβαση. Επιπλέον, δεν πρόκειται συνήθως για μία μόνο αναβολή. Μελέτη ανέδειξε ότι θα έπρεπε να αναβληθούν περίπου 2000 γενικές αναισθησίες για να μην αντιμετωπίσουμε 15 περιπτώσεις λάρυγγόσπασμου, μιας επιπλοκής εύκολα αντιμετωπίσιμης.¹⁴ Επίσης, ο κίνδυνος από άσθμα και παθητικό κάπνισμα παραμένουν, με τις επιπλοκές επομένως ακόμη και στα υγιή παιδιά να μην εξαλείφονται πλήρως.

Σήμερα διαθέτουμε μσοχαλαρωτικά για τον λάρυγγόσπασμο, βρογχοδιασταλτικά και εισπνεόμενα αναισθητικά για τον βρογχοσπασμο, λάρυγγική μάσκα για να αποφύγουμε την διασωλήνωση και οξυγόνο για αντιμετωπίσουμε την υποξυγοναιμία. Το παιδί που είναι προφανώς άρρωστο, σε τακτικό χειρουργείο θα πρέπει να αναβληθεί ώστε να αποφύγουμε καταστάσεις όπως για παράδειγμα μετεγχειρητικό άηλος λόγω βήχα. Επίσης, σημαντικό είναι να μην ξεχνάμε ότι ο κίνδυνος για ιογενή μυοκαρδίτιδα θα παραμείνει για μερικές εβδομάδες.¹⁵

Στις μέρες μας λοιπόν, προτείνεται να προχωρήσει ο αναισθησιολόγος στην χορήγηση αναισθησίας ισοσταθμίζοντας το όφελος σε σχέση με τον κίνδυνο, αξιολογώντας προσεκτικά το ιστορικό και την κλινική εξέταση. Τα παιδιά με σοβαρή λοίμωξη και μη-επείγουσα επέμβαση θα πρέπει να αναβλήθουν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και να επαναξιολογούνται. Επεμβάσεις που αφορούν τον αεραγωγό, επεμβάσεις άνω κοιλίας, καρδιάς καθώς και η μικρή ηλικία του παιδιού, το ιστορικό άσθματος, υπνικής άπνοιας, ροχαλητού, το παθητικό κάπνισμα, η ανάγκη ενδοτραχειακής διασωλήνωσης πρέπει να τίθενται σοβαρά υπόψη, και ακόμη και ένα παιδί με ήπια λοίμωξη είναι προτιμότερο να αναβληθεί εάν ο κίνδυνος αξιολογείται μεγαλύτερος του οφέλους.

Η εξέταση με ανοσοδείκτες ή η μέτρηση νιτρικού οξειδίου προεγχειρητικά δεν προσθέτει επιπλέον οφέλη, πλην των βρεφών κάτω του ενός έτους με υποψία λοίμωξης από τον ιό του αναπνευστικού συγκυτίου (RSV).¹³ Ο Joehr δίνει ισχυρή σύσταση για την εργαστηριακή εξέταση προεγχειρητικά και αναβολή των παιδιών με λοίμωξη από τον RSV.⁶ Και εάν υπάρχει η υποψία για την παρουσία άσθματος ή βακτηριακής λοίμωξης θα πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικό για διερεύνηση και θεραπεία. Πάντα πρέπει να γίνεται η πλήρης ενημέρωση στους γονείς και να λαμβάνεται η συναίνεση προκειμένου να διενεργηθεί η χειρουργική επέμβαση. Ένας χρήσιμος αλγόριθμος που μπορούμε να ακολουθήσουμε εμφανίζεται στην εικόνα 1.⁴

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με τη την υψηλή συχνότητα επίπτωσης των ΛΑΑ στα παιδιά, αλλή και τον αυξημένο περιεγχειρητικό κίνδυνο αναπνευστικών επιπλοκών, βρισκόμαστε αντιμέτωποι χειρουργοί και αναισθησιολόγοι με αποφάσεις που οφείλουν να είναι βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα και προσεκτική αξιολόγηση. Ο κίνδυνος να βρεθούμε μπροστά στο παιδί με ΛΑΑ και τη μη-γνωστή λοιμώδη μυοκαρδίτιδα πάντα υπάρχει και δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας. Βελτιστοποιώντας προεγχειρητικά το παιδί, ταυτόχρονα με την προσεκτική διαχείριση από έμπειρο αναισθησιολόγο, ώστε να υπάρξει πρόληψη, αναγνώριση και άμεση θεραπευτική παρέμβαση στα κρίσιμα συμβάντα, μπορεί να γίνει η προγραμματισμένη επέμβαση με την απαιτούμενη ασφάλεια και με χαμηλό κίνδυνο για αναπνευστικές επιπλοκές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Michel F, Vacher T, Julien-Marsollier F, Dadure C, Aubineau JV, Lejus C, et al Peri-operative respiratory adverse events in children with upper respiratory tract infections allowed to proceed with anaesthesia: A French national cohort study. *Eur J Anaesthesiol* 2018 ;35:919-28.
2. Bhatia N, Barber N .Dilemmas in the preoperative assessment of children *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain j* 2011; 11: 214-8.
3. Regli A, Becke K, von Ungern-Sternberg BS. An update on the perioperative management of children with upper respiratory tract infections. *Curr Opin Anaesthesiol* 2017;30:362-7.
4. Lema G, Berhe Y, Gebrezgi A, Getu A. Evidence-based perioperative management of a child with upper respiratory tract infections (URTIs) undergoing elective surgery; A systematic review. *International Journal of Surgery Open* 2018;12:17-24.
5. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003;361:51-9.
6. Becke K. Anaesthesia in children with a cold. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012;25:333-9.
7. Tait AR, Malviya S, Voepel-Lewis T, Munro HM, Seiwert M, Pandit UA. Risk factors for perioperative adverse respiratory events in children with upper respiratory tract infections. *Anesthesiology* 2001; 95: 299–306.
8. Mamie C, Habre W, Delhumeau C, Argiroffo CB, Morabia A. Incidence and risk factors of perioperative respiratory adverse events in children undergoing elective surgery. *Paediatr Anaesth* 2004;14:218-24.
9. Tay CL, Tan GM, Ng SB. Critical incidents in paediatric anaesthesia: an audit of 10000 anaesthetics in Singapore. *Paediatr Anaesth* 2001;11:711-8.
10. Parnis SJ, Barker DS, Van Der Walt JH. Clinical predictors of anaesthetic complications in children with respiratory tract infections. *Paediatr Anaesth* 2001;11: 29–40.
11. Tait AR, Malviya S, Voepel-Lewis T, Munro HM, Seiwert M, Pandit UA. Risk factors for perioperative adverse respiratory events in children with upper respiratory tract infections. *Anesthesiology* 2001;95:299-306.
12. von Ungern-Sternberg BS, Ramgolam A, Hall GL, Sly PD, Habre W. Peri-operative adverse respiratory events in children. *Anaesthesia* 2015 ;70:440-4.
13. Ramgolam A, Hall GL, Zhang G, Hegarty M, von Ungern-Sternberg BS. Prediction of peri-operative adverse respiratory events in children: the role of exhaled nitric oxide. *Anaesthesia* 2015;70:1160-4.
14. Schreiner MS, O'Hara I, Markakis DA, Politis GD. Do children who experience laryngospasm have an increased risk of upper respiratory tract infection? *Anesthesiology* 1996;85:475-80.
15. Coté CJ. The upper respiratory tract infection (URI) dilemma: fear of a complication or litigation? *Anesthesiology* 2001;95:283-5.

Αριτζί Ιωάννα
Μιχαλάκης Ηλίας
Ιωσηφίδου Ελισάβετ
Καλαμπαλικά Αθηνά
ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Σερρών

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αριτζί Ιωάννα,
Ειδικεύομενη Ιατρός ΩΡΛ
Γενικό Νοσοκομείο Σερρών
2οχλμ Σερρών-Δράμας, ΤΚ 62120
email:ioannaaritz@gmail.com
Τηλ. 2321094171

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Aritzi Ioanna
Michalakakis Ilias
Iosifidou Elisavet
Kalampalika Athina
ENT Department,
General Hospital of Serres

Corresponding author:
Aritzi Ioanna, ENT Trainee
General Hospital of Serres
2nd klm Serron-Dramas, PC 62125
email:ioannaaritz@gmail.com
Tel. 2321094171

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 42 - Issue 4, 2021

Αιθουσαία παροξυσμία και ημιπροσωπικός σπασμός

Vestibular Paroxysmia and Hemifacial Spasm

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η αιθουσαία παροξυσμία είναι μια κλινική οντότητα που μπορεί να συγχέεται με άλλες λαβυρινθικές διαταραχές. Η εκδήλωσή της με ταυτόχρονο ημιπροσωπικό σπασμό είναι σπάνια. Παρουσιάζουμε περιστατικό ασθενούς με αιθουσαία παροξυσμία και συνοδό ημιπροσωπικό σπασμό.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα ασθενής 60 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων αναφέροντας πολλαπλά επεισόδια ίλιγγου διάρκειας δευτερολέπτων έως λίγων λεπτών, συνήθως κατά την βάδιση. Παρουσίαζε ήπιο τονικό σπασμό του προσώπου αριστερά και ανέφερε τακτικές μυοκυμίες του σύστοιχου άνω βλεφάρου. Υπεβλήθη σε κλινική εξέταση, τυπικό εργαστηριακό έλεγχο, τονικό ακούγραμμα καθώς και σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και λιθοειδών που ανέδειξε αγγειακή δομή (αγκύλη της πρόσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας) να πιέζει την 7η και 8η εγκεφαλική συζυγία. Λόγω του ημιπροσωπικού σπασμού έγινε νευρολογική εκτίμηση και δεδομένου του ιστορικού τέθηκε η διάγνωση της αιθουσαίας παροξυσμίας σε συνδυασμό με ημιπροσωπικό σπασμό.

Συμπέρασμα: Η αιθουσαία παροξυσμία οφείλεται σε εκφορτίσεις μεταξύ γειτονικών, μερικώς απομυελινωμένων αξόνων του αιθουσαίου νεύρου και προκαλείται από εστιακό ερεθισμό από κάποιο αγγείο, συννηθέστερα από τη πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία. Αγγειακές δομές μπορούν να προκαλέσουν πίεση και της 7ης συζυγίας με αποτέλεσμα τονικές και κλονικές συσπάσεις του προσώπου (ημιπροσωπικός σπασμός). Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μαγνητική τομογραφία ή μαγνητική αγγειογραφία. Η θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική (αποσυμπίεση των νεύρων) ή συντηρητική. Συννηθέστερα χορηγείται καρβαμαζεπίνη.

Λέξεις κλειδιά: αιθουσαία παροξυσμία, ημιπροσωπικός σπασμός, ίλιγγος.

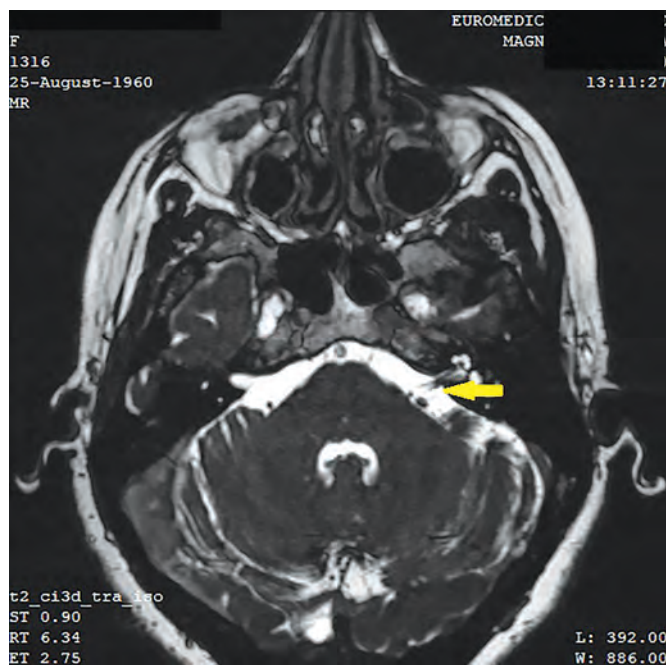
ABSTRACT

Introduction: Vestibular paroxysmia is a clinical entity that can be easily misdiagnosed with other disorders of the inner ear. Vestibular paroxysmia in combination with hemifacial spasm is a rare condition. We present a case of a patient with vestibular paroxysm, accompanied with hemifacial spasm.

Case Report: A 60-year-old female presented to the Emergency Department reporting multiple episodes of vertigo, lasting from seconds to minutes, usually while walking. She had a mild left hemifacial spasm and reported that she often suffers from left eyelid myokimia. She underwent a typical clinical examination, laboratory tests and a pure tone audiometry. MRI visualized compression of the 7th and 8th cranial nerve by the anterior inferior cerebellar artery. A neurological assessment was performed and given the patient's history, she was diagnosed with vestibular paroxysmia in combination with hemifacial spasm.

Conclusion: Vestibular paroxysmia is triggered by discharges between adjacent, partially demyelinated axons of the vestibular nerve. Demyelination is most commonly caused by focal irritation of the anterior inferior cerebral artery. Vessels can compress the 7th cranial nerve resulting in hemifacial spasm too. The diagnosis is confirmed by MR imaging or MR angiography. Treatment can be surgical (nerve decompression) or conservative. Carbamazepine is the most common pharmacological treatment.

Key words: vestibular paroxysmia, hemifacial spasm, vertigo.



Εικ.1 Αγκύλη της πρόσθιας κάτω παρεγκεφαλιδικής αρτηρίας, η οποία «στραγγαλίζει» την 7η και 8η εγκεφαλική συζυγία (βέλος).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αιθουσαία παροξυσμία είναι μια κλινική οντότητα που εύκολα συγχέεται με άλλες λαβυρινθικές διαταραχές. Η εκδήλωσή της σε συνδυασμό με ημιπροσωπικό σπασμό είναι σπάνια. Η αιθουσαία παροξυσμία εμφανίζεται με επεισόδια ιλιγγίου που διαρκούν από δευτερόλεπτα έως λεπτά, ενώ ο ημιπροσωπικός σπασμός χαρακτηρίζεται από ακούσιες τονικές και κλονικές συσπάσεις των μυών του προσώπου.^{1,2,3} Και οι δύο κλινικές οντότητες έχουν παρόμοιο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο, καθώς οφείλονται σε ερεθισμό της 8ης και 7ης εγκεφαλικής συζυγίας αντίστοιχα, συννηθέστερα από την πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία στο επίπεδο της παρεγκεφαλιδικής γωνίας.⁴

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γυναίκα 60 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων αναφέροντας πολλαπλά επεισόδια ιλιγγίου διάρκειας δευτερολέπτων έως λίγων λεπτών, συνήθως κατά την βάδιση. Παρουσίαζε ήπιο τονικό σπασμό του προσώπου αριστερά και ανέφερε τακτικές μυοκυμίες του σύστοιχου άνω βλεφάρου. Ανέφερε βαρunkoία από ετών, χωρίς όμως πρόσφατη αλλαγή του επιπέδου ακοής της. Αυτόματος ή προκλητός νυσταγμός δεν παρατηρήθηκε κατά την κλινική εξέταση. Εισήχθη στην ΩΡΛ Κλινική ως ιλιγγος περιφερικής αιτιολογίας. Υπεβλήθη σε κλινική εξέταση και τονικό ακουόγραμμα, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Αρχικά τέθηκε σε φαρμακευτική αγωγή με διμενυδρινάτη, πιρακετάμη και ομεπραζόλη για την καταστολή των λαβυρινθικών συμπτωμάτων, ωστόσο δεν παρατηρήθηκε κλινική βελτίωση. Ακολούθησε απεικονιστικός έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία (MRI) εγκεφάλου και λιθοειδών, η οποία ανέδειξε

την κάτω πρόσθια παρεγκεφαλιδική αρτηρία να πιέζει την 7η και 8η εγκεφαλική συζυγία (Εικ.1). Έγινε νευρολογική εκτίμηση και δεδομένου του ιστορικού τέθηκε η διάγνωση της αιθουσαίας παροξυσμίας σε συνδυασμό με ημιπροσωπικό σπασμό. Η ασθενής έπειτα από νοσηλεία 10 ημερών στην ΩΡΛ Κλινική, βελτιώθηκε κλινικά. Εξήλθε με αγωγή με οξυκαρβαζεπίνη (300 mg 1x2 για 10 ημέρες και στη συνέχεια 1x1) από του στόματος. Το follow-up παρεμποδίστηκε λόγω των συνθηκών της COVID-19 πανδημίας. Στον επανέλεγχο 10 μήνες αργότερα, ανέφερε περί τα επτά παρόμοια επεισόδια ζάλης και πολλαπλά επεισόδια μυοκυμίας αριστερά. Ημιπροσωπικός σπασμός δεν παρατηρήθηκε. Ανέφερε ατελή συμμόρφωση στην αγωγή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αιθουσαία παροξυσμία αποτελεί μια κλινική οντότητα που συχνά συγχέεται με άλλες αιτίες περιφερικού ιλιγγίου και κυρίως με παροξυσμικό ιλιγγο θέσης. Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον νευροχειρουργό Jannnetta και τους συνεργάτες του το 1975, ενώ έλαβε τον χαρακτηρισμό «αιθουσαία παροξυσμία» από τους Brandt και Dieterich το 1994.¹ Το 2016 συντάχθηκαν από την επιτροπή ταξινόμησης της Barany Society τα κριτήρια διάγνωσης της αιθουσαίας παροξυσμίας, τα οποία βασίζονται στο ιστορικό και στην κλινική συμπτωματολογία του ασθενούς. Τα κριτήρια της αιθουσαίας παροξυσμίας είναι: Α) Τουλάχιστον 10 επεισόδια ιλιγγίου, Β) διάρκειας λιγότερο του ενός λεπτού, Γ) στερεοτυπική εμφάνιση σε κάθε ασθενή, Δ) απόκριση στην θεραπεία με καρβαζεπίνη, Ε) η συμπτωματολογία δεν αποδίδεται καλύτερα σε άλλη διάγνωση. Για την πιθανή νόσο ισχύουν τα Γ και Δ, αλλά αρκούν πέντε επεισόδια διάρκειας ως πέντε λεπτών εκλυόμενα τυχαία ή με τις κινήσεις της κεφαλής.¹

Το σύνδρομο φαίνεται να οφείλεται σε εκφορτίσεις, παθολογικές παροξυσμικές διαξονικές μεταδόσεις μεταξύ γειτονικών, μερικώς απομυελινωμένων αξόνων της 8ης εγκεφαλικής συζυγίας. Η βλάβη του αιθουσοκοχλιακού νεύρου προκαλείται συνήθως, από εστιακό ερεθισμό από κάποιο αιμοφόρο αγγείο, κυρίως από τη πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία και σπάνια από την οπίσθια, στην περιοχή της παρεγκεφαλιδικής γωνίας. Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις η πίεση του νεύρου μπορεί να οφείλεται σε κύστη ή όγκο.⁴ Παρόμοιο παθοφυσιολογικό μηχανισμό παρουσιάζει ο ημιπροσωπικός σπασμός (hemifacial spasm), κλινική οντότητα που μπορεί να οφείλεται σε συμπίεση της 7ης εγκεφαλικής συζυγίας από την πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία στην ίδια περιοχή.³ Και οι δύο καταστάσεις ανήκουν στο φάσμα του «νευραγγειακού συνδρόμου συμπίεσης» (neurovascular compression syndrome), μαζί με την νευραλγία τριδύμου και τη νευραλγία του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.⁵ Το 50% των ασθενών με αιθουσαία παροξυσμία που υποβάλλονται σε έλεγχο, παρουσιάζουν ήπια έως μέτρια διαταραχή της αιθουσαίας και ακουστικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια των επεισοδίων. Η απώλεια της ακοής είναι μικρότερης διάρκειας σε σύγκριση με αυτήν που παρατηρείται σε ασθενείς με νόσο Meniere.¹ Στο περιστατικό που περιγράφουμε η ασθενής υπεβλήθη σε τονικό ακουόγραμμα τόσο κατά τη νοσηλεία όσο και στον επανέλεγχο, χωρίς ευρήματα πτώσης της ακοής.

Η MRI μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση, παρότι τα ευρήματα της δεν αποτελούν διαγνωστικό κριτήριο της αιθουσαίας παροξυσμίας. Στην μελέτη των Ihtijarevic και συν., εξετάστηκαν 22 ασθενείς με αιθουσαία παροξυσμία, εκ των οποίων όλοι είχαν ευρήματα συμπίεσης της 8ης εγκεφαλικής συζυγίας από την πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία στην MRI εγκεφάλου.² Αντίστοιχα στην μελέτη των Hufner και συν., όπου μελετήθηκαν 32 ασθενείς, στο 95% αυτών παρατηρηθήκαν εικόνες αγγειακής συμπίεσης της 8ης συζυγίας στην MRI.⁶ Απαραίτητη είναι ωστόσο και η απεικόνιση των ληθοειδών με MRI, για αποκλεισμό όγκου στην γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία.⁷

Στη διάγνωση του ημιπροσωπικού σπασμού κύρια θέση κατέχει η MRI και η MRA, ενώ διαγνωστικό εργαλείο αποτελεί και η ηλεκτρομυογραφία. Το υπεύθυνο αγγείο -που συνήθως σχηματίζει μια αγκύλη- είναι η πρόσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία. Σπανιότερα εμπλέκονται η πρόσθια άνω παρεγκεφαλιδική και ακόμη πιο σπάνια η σπονδυλική.^{8,9,10}

Σε μία μελέτη 440 ασθενών με πρωτοπαθή ημιπροσωπικό σπασμό συγκρίθηκε η αρχική απεικονιστική με την τελική διεγχειρητική διάγνωση.⁸ Τα ποσοστά των ασθενών που διαγνώστηκαν με ανωμαλία στην πρόσθια και οπίσθια κάτω παρεγκεφαλιδική αρτηρία ήταν παρόμοια τόσο απεικονιστικά όσο και διεγχειρητικά. Ωστόσο ενδιαφέρον είχε το γεγονός ότι σημαντική διαφορά παρουσίασαν τα ποσοστά των ασθενών που αφορούσαν στην σπονδυλική αρτηρία (12,5% στην MRA και 1,4% διεγχειρητικά) καθώς και οι περιπτώσεις συμπίεσης από πολλαπλά αγγεία (6,8% και 19% αντίστοιχα).⁸ Η παρουσία της αιθουσαίας παροξυσμίας σε συνδυασμό με τον ημιπροσωπικό σπασμό είναι σπάνιο φαινόμενο και λίγες περιπτώσεις έχουν περιγραφεί, παρότι ανήκουν στο ίδιο παθοφυσιολογικό φάσμα.¹¹ Η διαφοροδιάγνωση της αιθουσαίας παροξυσμίας είναι αρκετά δύσκολη σε αρχικό στάδιο και εύκολα μπορεί να διαφύγει προσοχής καθώς μιμείται καταστάσεις όπως ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης, η νόσος Ménière, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η αιθουσαία ημικρανία, οι κρίσεις πανικού, το περιλημφικό συρίγγιο, οι επιληπτικές κρίσεις και άλλες.^{1,12,13}

Η θεραπεία της αιθουσαίας παροξυσμίας είναι φαρμακευτική με οξυκαρβαζεπίνη ή καρβαμαζεπίνη σε χαμηλές δόσεις 300-900mg/μέρα και 200-600mg/μέρα. Η μελέτη των Hufner και συν., σε 32 ασθενείς υπό αγωγή με καρβαμαζεπίνη ή οξυκαρβαζεπίνη σε διάστημα 3 ετών έδειξε μείωση στην συχνότητα εμφάνισης των επεισοδίων αιθουσαίας παροξυσμίας κατά 10%, καθώς και μείωση της διάρκειας και έντασης τους.⁶ Εναλλακτικά χρησιμοποιείται η φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό οξύ, χωρίς όμως να υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους.¹ Χειρουργική αποσυμπίεση συνίσταται σε ασθενείς που δεν ανέχονται τη θεραπεία.¹ Όσον αφορά τον ημιπροσωπικό σπασμό, η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη χρήση οξυκαρβαζεπίνης και καρβαζεπίνης, καθώς και βενζοδιαζεπινών. Η βοτουλινική τοξίνη επίσης χρησιμοποιείται. Σε εμμένουσες και σοβαρές περιπτώσεις συνίσταται νευροχειρουργική αντιμετώπιση με σκοπό την αποσυμπίεση του προσωπικού νεύρου η οποία επιτυγχάνεται συνήθως με οπισθοσιγμοειδική προσπέλαση.^{14,15,16}

Συμπερασματικά, η συνύπαρξη της αιθουσαίας παροξυσμίας και του ημιπροσωπικού σπασμού αποτελεί μία σπάνια περίπτωση. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να επιμένει στη λήψη του ιστορικού καθώς είναι κομβικής σημασίας στη διάγνωση της αιθουσαίας παροξυσμίας. Η σωστή διάγνωση είναι απαραίτητη, καθώς η θεραπεία διαφέρει από άλλες λαβυρινθικές διαταραχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Strupp M, Lopez-Escamez JA, Kim JS, Straumann D, Jen JC, Carey J, Bisdorff A, Brandt T. Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria. *J Vestib Res* 2016;26:409-15.
- Ihtijarevic B, Van Ombergen A, Celis L, Maes LK, Wuyts FL, Van de Heyning PH, Van Rompaey V. Symptoms and signs in 22 patients with vestibular paroxysmia. *Clin Otolaryngol*. 2019;44:682-7.
- Brandt T, Strupp M, Dieterich M. Vestibular paroxysmia: a treatable neurovascular cross-compression syndrome. *J Neurol* 2016;263 Suppl 1:S90-6.
- Lefaucheur J, Ben Daamer N, Sangla S, Le Guerinel S, et al. Diagnosis of primary hemifacial spasm. *Neurochirurgie* 2018; 64.2:82-86.
- Strupp M, Dieterich M, Brandt T, Feil K. Therapy of Vestibular Paroxysmia, Superior Oblique Myokymia, and Ocular Neuromyotonia. *Curr Treat Options Neurol* 2016 Jul;18:34.
- Hufner K, Barresi D, Glaser M, Linn J, Adion C, Mansmann U, et al. Vestibular paroxysmia: Diagnostic features and medical treatment. *Neurology* 2008;71: 1006-14.
- Arbusow V, Strupp M, Dieterich M, Jager L, Hischa A, Schulz P, et al. Alternating episodes of vestibular nerve excitation and failure. *Neurology* 1998;51:1480-3.
- Haller S, Etienne L, Kövari E, Varoquaux AD, Urbach H, Becker M. Imaging of Neurovascular Compression Syndromes: Trigeminal Neuralgia, Hemifacial Spasm, Vestibular Paroxysmia, and Glossopharyngeal Neuralgia. *AJNR Am J Neuroradiol* 2016 Aug;37:1384-92.
- Chung SS, Chang JW, Kim SH, Chang JH, Park YG, Kim DI. Microvascular decompression of the facial nerve for the treatment of hemifacial spasm: preoperative magnetic resonance imaging related to clinical outcomes. *Acta Neurochir (Wien)* 2000;142(8):901-7.
- Nishanth S, Touska P, Murdin L, Connor S. MRI findings in vestibular paroxysmia-an observational study. *J Vestib Res* 2019;29:137-45.
- Silva-Hernández L, Silva-Hernández M, Gutiérrez-Viedma A, Yus M, Cuadrado ML. Hemifacial spasm and vestibular paroxysmia: Co-presence of two neurovascular compression syndromes in a patient. *Neurologia (Engl Ed)* 2019;34:131-3.
- Lopez-Escamez J, Carey J, Chung W, Goebel J, Magnusson M, Mandala M. Diagnostic criteria for Meniere's disease. *J Vestib Res* 2015;25: 1-7.
- Brandt T, Dieterich M, Strupp M. Somatoform Vertigo and Dizziness Syndromes. *Vertigo and Dizziness Springer* London. 2013;153-64.
- Sharma R, Garg K, Agarwal S, Agarwal D, Chandra PS, Kale SS, Sharma BS, Mahapatra AK. Microvascular decompression for hemifacial spasm: A systematic review of vascular pathology, long term treatment efficacy and safety. *Neurol India* 2017;65:493-505.
- Sindou M, Philippe M. Microvascular decompression for hemifacial spasm: surgical techniques and intraoperative monitoring. *Neurochirurgie* 2018;64.2: 133-43.
- Yan X, Ma C, Gu J, Qu J, Quan J, Zhang X, Song Q, Zhou L. Facial root entry/exit zone contact in microvascular decompression for hemifacial spasm: a historical control study. *Ann Transl Med* 2021;9:834.

Ασημακοπούλου Παναγιώτα¹

Λαδιάς Αλέξανδρος¹

Κολυβά Σουλτάνα²

Χειμώνα Θεογονσία¹

¹ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν. Χανίων

²Παιδιατρική Κλινική Γ.Ν. Χανίων

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Χειμώνα Θεογονσία,

Διευθύντρια ΕΣΥ

ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Μουρνιές, 73300, Χανιά.

Τηλ. 2821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Asimakopoulou Panagiota¹

Ladias Alexandros¹

Kolyva Soultana²

Chimona Theognosia¹

¹ENT dept Chania General Hospital

²Pediatric Clinic Chania General Hospital

Corresponding author:

Theognosia Chimona, MD, PhD

ENT consultant

General Hospital of Chania

Mournies, 73300, Chania

Tel. +302821022797

Email: chimonath@yahoo.gr

Hellenic Otorhinolaryngology,

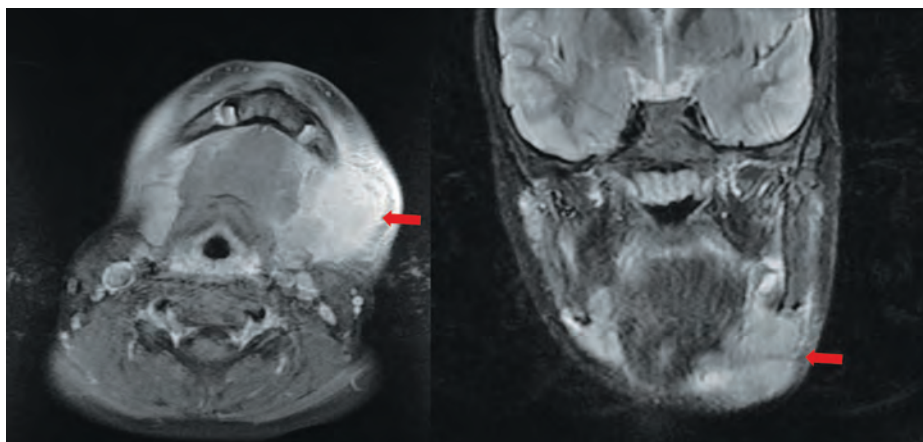
Volume 42 - Issue 4, 2021

Επώδυνη διόγκωση υπογνάθιας χώρας σπάνιας αιτιολογίας σε παιδί

Submandibular painful swelling of rare etiology in a child

Συνέχεια από τη σελίδα 219

Για τον λεπτομερέστερο έλεγχο της βλάβης και τα ανατομικά όρια αυτής πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία τραχήλου, η οποία ανέδειξε «εξεργασία ωοειδούς σχήματος, διαστάσεων 2,7x2,9x2,6 cm, αντίστοιχα με την αριστερή υπογνάθια χώρα και σε επαφή με τον αριστερό υπογνάθιο σιελογόνο αδένα, που εμφάνιζε υψηλό σήμα σε T1 ακολουθία» (Εικ.2). Τα ευρήματα αυτά αποδόθηκαν σε απόστημα με υψηλό πρωτεϊνικό περιεχόμενο ή σε συμπαγή αλλοίωση με εσωτερική τήξη. Στο δεύτερο 24ωρο νοσηλείας, έγινε διάνοση και παροχέτευση της κλυδάζουσας διόγκωσης και λήψη καλλιέργειας. Ακολούθησαν τακτικές αλλαγές του τραύματος, με αργή βελτίωση των σημείων φλεγμονής. Η απάντηση από το μικροβιολογικό εργαστήριο ανέδειξε *Actinomyces Odontolyticus*, και έτσι με τη διάγνωση της ακτινομύκωσης τραχήλου έγινε τροποποίηση της ενδοφλέβιας αγωγής σε ημισυνθετική πενικιλίνη (αμοξικιλίνη). Επιπλέον συστήθηκε οδοντιατρική εκτίμηση, λόγω μέτριας στοματικής υγιεινής για ανάδειξη πιθανής πύλης εισόδου του μικροβίου. Ο οδοντίατρος διέγινε ενδοδοντική φλεγμονή στο 2ο προγόμφιο της κάτω γνάθου αριστερά και ακολούθησε κατάλληλη θεραπεία. Ο ασθενής εξήλθε από την Παιδιατρική Κλινική μετά από δύο εβδομάδες ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής, με οδηγίες για συνέχιση αμοξικιλίνης per os για τουλάχιστον έξι μήνες και τακτικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο (ανά τρεις εβδομάδες). Πέντε μήνες μετά η κλινική κατάσταση του παιδιού είναι βελτιωμένη, με παραμονή περιορισμένης έκτασης ερυθρωπής σκληρίας στην υπογνάθια περιοχή αριστερά (Εικ.3). Μετά την ολοκλήρωση της αγωγής per os έχει προγραμματιστεί νέα μαγνητική τομογραφία τραχήλου. Η ακτινομύκωση αποτελεί μια σπάνια, χρόνια κοκκιωματώδη φλεγμονή βραδείας ανάπτυξης, με ετήσια επίπτωση 1/300.000 άτομα.^{1,2,3} Οφείλεται στον ακτινομύκητα, ένα gram(+) αναερόβιο βακτηρίδιο που αποικίζει τη στοματική κοιλότητα και τον στοματοφάρυγγα, στα πλαίσια του φυσιολογικού μικροβιώματος.² Πιο συγκεκριμένα, ανευρίσκεται στους περιοδοντικούς θυλάκους, τις σχισμές των ούλων, τις αμυγδαλικές κρύπτες, και την οδοντική πλάκα.^{2,3} Επιπλέον, ο ακτινομύκητας αποικίζει την ανώτερη αναπνευστική οδό, τον γαστρεντερικό σωλήνα και την γυναικεία γεννητική οδό.^{1,3} Έχουν περιγραφεί 49 διαφορετικά είδη ακτινομύκητα, εκ των οποίων τα 26 εμπλέκονται σε ενδογενείς φλεγμονές στον άνθρωπο.^{2,3} Συνήθως πρόκειται για πολυμικροβιακές φλεγμονές που συμπεριλαμβάνουν και άλλα είδη βακτηρίων, με πιο συνηθισμένο τον *Staphylococcus aureus* και *Streptococcus species*.^{3,4} Η ακτινομύκωση απαντάται συνήθως σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 60 ετών, ενώ η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (αναλογία 3:1).³ Σπάνια απαντάται στον παιδιατρικό πληθυσμό, σε ποσοστό 3% με επικράτηση στα θήλα.^{4,5} Η πάθηση έχει μη ειδικά συμπτώματα στα αρχικά στάδια, ενώ αν παραμείνει χωρίς θεραπεία, προκαλεί εκτεταμένη ιστική βλάβη. Η διάγνωση τίθεται συχνά καθυστερημένα επειδή η κλινική εικόνα προσομοιάζει με άλλες παθολογίες, όπως κακοήθειες, ενεργό φυματώδη λοίμωξη, μυκητιασική λοίμωξη ή άλλες κοκκιωματώδεις παθήσεις. Διακρίνεται σε: 1) τραχηλοπροσωπική 2) θωρακική, 3) κοιλιακή 4) πνευμονική, και 5) δερματική μορφή.^{2,3} Η τραχηλοπροσωπική ακτινομύκωση (που συμπεριλαμβάνει και εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα) αποτελεί το σύνδρομο 'lumpy jaw' και είναι ο πιο συχνός τύπος σε ποσοστό 40-60%, ενώ η άνω και κάτω γνάθος είναι οι πιο συχνά προσβεβλημένες περιοχές (50%).^{2,3} Σε ποσοστό πάνω από 90% των περιπτώσεων της τραχηλοπροσωπικής ακτινομύκωσης ενοχοποιούνται τα είδη *A. israelii*, *A. odontolyticus*, *A. meyeri*. Παρουσιάζει αυξημένο επιπολασμό (10:1) σε ασθενείς των αγροτικών περιοχών, σε σύγκριση με αυτούς που ζουν σε αστικό περιβάλλον λόγω χαμηλής υγιεινής, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και στενής επαφής με ζώα.² Οι παράγοντες κινδύνου είναι: κακή στοματική υγιεινή, τραυματισμός βλεννογόνου, πρόσφατες οδοντιατρικές διεργασίες (εξαγωγή οδόντων, ενδοδοντική θεραπεία), ανοσοκαταστο-



Εικόνα 2. Μαγνητική τομογραφία τραχήλου σε εγκάρσιο και στεφανιαίο επίπεδο όπου διακρίνεται εξεργασία ωοειδούς σχήματος (βέλη), διαστάσεων 2,7x2,9x2,6 cm, αντίστοιχα με την αριστερή υπογνάθια χώρα και σε επαφή με τον αριστερό υπογνάθιο σιελογόνο αδένα.



Εικόνα 3. Πέντε μήνες μετά τη διάγνωση και υπό θεραπεία με αμοξυκιλίνη per os, παραμένει περιορισμένης έκτασης ερυθρωπής δερματικής σκληρίας στην υπογνάθια περιοχή αριστερά (βέλος).

λή, χρήση καπνού, κατανάλωση αλκοόλ.^{1,3} Σπάνια είναι οξεία και κεραυνοβόλος, κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους, λόγω διείσδυσης του ακτινομύκητα σε τραυματισμένο στοματικό βλεννογόνο, ενώ δύναται να διασπαρεί αιματογενώς στον εγκέφαλο και τους πνεύμονες.³ Στις επιπλοκές της νόσου περιλαμβάνεται η περιοστίτιδα-οστεομυελίτιδα της γνάθου και η λουδοβίκειας κυνάγχη.^{1,4} Η διάγνωση τίθεται από τον συνδυασμό του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης, της μικροβιολογικής καλλιέργειας, του απεικονιστικού ελέγχου ενώ σπανιότερα απαιτείται ιστοπαθολογική εξέταση για τη διαφορική διάγνωση.² Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ψυχρά αποστήματα κυρίως στην υπογνάθια χώρα με ρυπαρά συρίγγια, ενώ οι προσβεβλημένοι ιστοί έχουν μια ινώδη σκληρία στην ψηλάφηση.³ Άλλα συνοδά συμπτώματα είναι το άλγος, ο πυρετός και η απώλεια βάρους.⁶ Ο εργαστηριακός έλεγχος αναδεικνύει ηυκοκυττάρωση και αύξηση της T.K.E και της CRP.³ Ο «χρυσός κανόνας» για τη διάγνωση της τραχηλοπροσωπικής ακτινομύκωσης είναι η καλλιέργεια (με ή χωρίς ιστολογική εξέταση) ενός δείγματος ιστού ή πύου.² Άλλα δείγματα αποτελούν το αρθρικό υγρό, οι ενδοδοντικές εκκρίσεις ή τμήμα οστού σε οστεομυελίτιδα.³ Για την ανάπτυξη του μικροβίου απαιτείται παρατεταμένη επώαση 5-14 ημερών σε αναερόβιο περιβάλλον. Όσον αφορά την ιστολογική εξέταση, η παρουσία των χαρακτηριστικών θειούχων κοκκιωμάτων, είναι ενδεικτική της νόσου, ενώ σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων, αυτά τα κοκκίωματα απουσιάζουν.² Ο απεικονιστικός έλεγχος περιλαμβάνει ην πανοραμική ακτινογραφία γνάθων, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία ώστε να εκτιμηθεί η έκταση της νόσου και να αποκλειστεί η συμμετοχή οστικών δομών.^{3,6} Η θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό χειρουργικής αντιμετώπισης με μακροχρόνια αντιβιοτική αγωγή.^{1,2} Η χειρουργική αντιμετώπιση περιλαμβάνει είτε εκτομή των προσβεβλημένων ιστών, είτε διάνοιξη και παροχέτευση αποστήματικής συλλογής.^{2,3} Πρώτης γραμμής φαρμακευτική θεραπεία της ακτινομύκωσης αποτελεί η υψηλή δόση ενδοφλέβιας πενικιλίνης G ή αμικικιλίνης για 2-6 εβδομάδες, ακολουθούμενη από per os αγωγή με πα-

ράγωγα πενικιλίνης, όπως πενικιλιλίνη V ή αμοξυκιλίνη, για 6-12 μήνες.^{2,3} Η ενδοφλέβια αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει και ευρέως φάσματος αντιβιοτικά, όπως κεφοξιτίνη, κεφτριαξόνη και πιπερακιλίνη-ταζοβακτάμη.³ Εναλλακτικά σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλιλίνη, η κλινδαμυκίνη, λόγω της καλής διείσδυσης στα αποστήματα, είναι επίσης μια καλή θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής, όπως επίσης και οι μακρολίδες, ή η δοξκυκλίνη.^{5,6} Σε περίπτωση πολυμικροβιακής φλεγμονής, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η προσθήκη και άλλων αντιμικροβιακών, όπως μετρονιδαζόλη, β-λακτάμες μαζί με αναστολέα β-λακταμάσης ή καρβαπενέμες, και αμινογλυκοσίδες.^{2,3} Τέλος, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι η ταυτόχρονη χειρουργική παρέμβαση μειώνει τη διάρκεια της αντιβιοτικής θεραπείας σε 4 μήνες.⁴

Η πρόληψη της τραχηλοπροσωπικής ακτινομύκωσης επιτυγχάνεται με καλή στοματική υγιεινή, τακτική οδοντιατρική παρακολούθηση και τροποποίηση του τρόπου ζωής (ρύθμιση σακχαρώδους διαβήτη, διακοπή καπνίσματος και περιορισμός κατανάλωσης αλκοόλ).³

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vassa N, Mubarik A, Patel D, Muddassir S. Actinomyces turicensis: An unusual cause of cervicofacial actinomycosis presenting as ludwig angina in an immunocompromised host - Case report and literature review. IDCases. 2019 Sep 5;18:e00636. doi: 10.1016/j.idcr.2019.e00636.
2. Stájer A, Ibrahim B, Gajdács M, Urbán E, Baráth Z. Diagnosis and management of cervicofacial actinomycosis: Lessons from two distinct clinical cases. Antibiotics 2020;9:139.
3. Gajdács M, Urbán E, Terhes G. Microbiological and clinical aspects of cervicofacial Actinomyces infections: An overview. Dent J 2019;7:1-16.
4. Glass GE, Staruch RMT, Bradshaw K, Charles AK, Stotland MA. Pediatric Cervicofacial Actinomycosis: Lessons From a Craniofacial Unit. J Craniofac Surg 2019;30:2432-8.
5. Cho JJ, Shupak RP. Cervicofacial actinomycosis of the mandible in a paediatric patient. BMJ Case Rep 2020;13:1-5.
6. Gandhi K, van der Woerd BD, Graham ME, Barton M, Strychowsky JE. Cervicofacial Actinomycosis in the Pediatric Population: Presentation and Management. Ann Otol Rhinol Laryngol 2021; doi: 10.1177/00034894211021273

Original contribution:

Hawkins KE

Chiarovano E

Paul SS

Burgess AM

MacDougall HG

Curthoys IS

J Vestib Res. 2021 Jun 11.

doi: 10.3233/VES-201626.

Επιμέλεια παρουσίασης:

Μιχάλη Μαρία

Καστανιουδάκης Ιωάννης

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Η λειτουργία των αιθουσαίων ημικύκλιων σωλήνων, όπως ανιχνεύεται με την καταγραφή με βίντεο της δοκιμασίας ώθησης της κεφαλής (video Head Impulse Test- vHIT), είναι ουσιαστικά αμετάβλητη σε άτομα με νόσο του Πάρκινσον (Parkinson Disease), σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες

Vestibular semicircular canal function as detected by video Head Impulse Test (vHIT) is essentially unchanged in people with Parkinson's disease compared to healthy controls

Η νόσος Parkinson (PD) είναι μια συχνή πολυσυστηματική νευροεκφυλιστική νόσος με πιθανή επίδραση στη λειτουργία του αιθουσαίου συστήματος. Ωστόσο, σε προηγούμενες μελέτες, τα ευρήματα των δοκιμασιών της αιθουσαίας λειτουργίας ήταν διφορούμενα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συγκριθεί το κέρδος του αιθουσο-οφθαλμικού αντανακλαστικού (VOR), όπως μετράται με την καταγραφή με βίντεο της δοκιμασίας ώθησης της κεφαλής (vHIT) μεταξύ ασθενών με PD και υγιών μαρτύρων (HC). Στη μελέτη κατά τη σύγκριση συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι δυο διαφορετικοί φαινότυποι της νόσου, δηλαδή ο ένας με κυρίαρχο τον τρόπο και ο δεύτερος με κυρίαρχη την αστάθεια κατά την ορθοστάτηση και τη βάδιση.

Σαράντα συμμετέχοντες με PD και σαράντα υγιείς μάρτυρες συσχετίστηκαν με βάση την ηλικία και το φύλο και υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση της αιθουσαίας λειτουργίας τους. Το κέρδος του αιθουσο-οφθαλμικού αντανακλαστικού (VOR) για τον οριζόντιο και τους κάθετους ημικύκλιους σωλήνες, μελετήθηκε με την εκτέλεση της δοκιμασίας vHIT. Τα κέρδος του VOR μεταξύ των συμμετεχόντων με PD και των υγιών μαρτύρων συγκρίθηκε με t-test ανεξάρτητων μεταβλητών. Οι δυο διακριτοί φαινότυποι των ασθενών με PD συγκρίθηκαν με τους υγιείς μάρτυρες χρησιμοποιώντας το σύστημα στατιστικής ανάλυσης Tukey's ANOVA. Η σχέση του κέρδους VOR με τη διάρκεια νόσησης από PD, το φαινότυπο, τη σοβαρότητα της νόσου και την ηλικία των ασθενών διερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας την «παλινδρομη λογιστική ανάλυση».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, δεν υπήρχαν στατιστικές σημαντικές διαφορές στο κέρδος του VOR κατά την εκτέλεση της δοκιμασίας vHIT τόσο για τον οριζόντιο όσο και για τους κάθετους ημικύκλιους σωλήνες μεταξύ των ομάδων που συγκρίθηκαν. Επιπλέον, δεν υπήρχαν ενδείξεις επίδρασης της σοβαρότητας της νόσου, του φαινότυπου της ή της ηλικίας των ασθενών με PD στο κέρδος του VOR.

Εν κατακλείδι, τα μονοπάτια έκλυσης του αιθουσο-οφθαλμικού αντανακλαστικού (VOR) δεν επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά από τις παθοφυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ήπια έως μέτρια νόσο Parkinson (PD).

Original contribution:

Chuang CC

Guillemin I

Bachert C

Lee SE

Hellings PW

Fokkens WJ, et al.

Laryngoscope. 2021 Nov 24.

doi: 10.1002/lary.29911.

Επιμέλεια παρουσίασης:

Μπασιάρη Λεντιόνα

Καστανιουδάκης Ιωάννης

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Η ντουπιλουμάμπη στην χρόνια ρινοκοιλίτιδα με ρινικούς πολύποδες: ανάλυση των ασθενών που ανταποκρίθηκαν χρησιμοποιώντας κλινικά σημαντικούς ουδούς αποτελεσματικότητας

Dupilumab in CRSwNP: Responder analysis using clinically meaningful efficacy outcome thresholds

Η χρόνια ρινοκοιλίτιδα με ρινικούς πολύποδες χαρακτηρίζεται από μια χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου της ρινός και των παραρρινίων κόλπων και από την παρουσία ρινικών πολυπόδων αμφοτερόπλευρα. Πρόκειται για μια τύπου 2 φλεγμονή στην οποία οι κύριες κυτοκίνες που συμμετέχουν είναι οι ιντερλευκίνες 4, 5 και 13 (IL-4, IL-5, IL-13). Η ρινική συμφόρηση/απόφραξη, η μειωμένη όσφρηση, η καταρροή και οι οπισθορινικές εκκρίσεις αποτελούν τα κύρια συμπτώματα που πολλές φορές είναι ανθεκτικά στην θεραπεία με κορτικοστεροειδή και στην χειρουργική θεραπεία. Έχει παρατηρηθεί υποτροπή των πολυπόδων στο 40% των ασθενών στους 18 μήνες μετεγχειρητικά και στο 80% των ασθενών στα 12 χρόνια μετά το χειρουργείο.

Σκοπός της παρούσας μετα-ανάλυσης είναι να αξιολογήσει την επίδραση της ντουπιλουμάμπης, που αποτελεί ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που μπλοκάρει τον κοινό IL-4/IL-13 υποδοχέα, στα συμπτώματα και στα αποτελέσματα αντικειμενικών μετρήσεων στους ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στις μελέτες SINUS-24 και SINUS-52 χρησιμοποιώντας κλινικά σημαντικούς ουδούς αποτελεσματικότητας.

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 724 ασθενείς (dupilumab n=438, placebo n=286) στην μελέτη SINUS-24 και 303 (dupilumab n=150, placebo n=153) στην SINUS-52. Όλοι οι ασθενείς λαμβάνανε και τοπικό κορτικοστεροειδές. Αξιολογήθηκαν σε καθημερινή βάση η σοβαρότητα της ρινικής απόφραξης, η απώλεια όσφρησης, η πρόσθια/οπίσθια ρινόρροια (βαθμός 0-3 για το κάθε σύμπτωμα) και ο συνολικός βαθμός συμπτωμάτων που αποτελούσε το άθροισμα των παραπάνω συμπτωμάτων (0-9). Αξιολογήθηκαν επίσης αντικειμενικές μετρήσεις όπως η δοκιμασία όσφρησης (UPSIT; 0-40), ο ενδοσκοπικός βαθμός ρινικών πολυπόδων (NPS; 0-8) και ο βαθμός κατά Lund-Mackay στην αξονική τομογραφία (LMK-CT; 0-24). Κλινικά σημαντικές αλλαγές θεωρήθηκαν αποτελέσματα ≥ 1.0 από τον αρχικό βαθμό για την ρινική απόφραξη και την απώλεια όσφρησης, ≥ 3.0 από τον αρχικό βαθμό για τον συνολικό βαθμό συμπτωμάτων, ≥ 8.0 από τον αρχικό βαθμό για την δοκιμασία όσφρησης, ≥ 1.0 από τον αρχικό βαθμό για τον ενδοσκοπικό βαθμό πολυπόδων και ≥ 5.0 από τον αρχικό βαθμό για τον βαθμό LMK-CT στις 24 και 52 εβδομάδες.

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα την ομάδα των ασθενών που έλαβε ντουπιλουμάμπη και στην ομάδα που έλαβε placebo και στις δύο μελέτες (SINUS-24 και SINUS-52). Οι ασθενείς που έλαβαν ντουπιλουμάμπη είχαν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό κλινικά σημαντικές αλλαγές από το αρχικό επίπεδο μετά από 24 και 52 εβδομάδες θεραπείας στα συμπτώματα και στις αντικειμενικές μετρήσεις συγκριτικά με τους ασθενείς που έλαβαν placebo. Περίπου 60% των ασθενών που έλαβαν ντουπιλουμάμπη πέτυχαν τους οριζόμενους ως κλινικά σημαντικούς ουδούς αλλαγής από το αρχικό επίπεδο για το κάθε ένα από τα συμπτώματα και τις αντικειμενικές μετρήσεις συγκριτικά με το 2%-24% των ασθενών που έλαβαν placebo.

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να ενισχύσουν την κατανόηση της αποτελεσματικότητας της ντουπιλουμάμπης στην θεραπεία των ασθενών με χρόνια ρινοκοιλίτιδα με ρινικούς πολύποδες με τύπου 2 ενδότυπο από ιατρούς, ασθενείς και από υπεύθυνους φορείς λήψης αποφάσεων.

Original contribution:

Meltzer EO

Wallace D

Friedman HS

Navaratnam P

Scott EP, Nolte H.

Rhinology 2021;59:422-432.

Επιμέλεια παρουσίασης:

Κόμνος Ιωάννης

Καστανιουδάκης Ιωάννης

Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική ΠΓΝΙ

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Τόμος 42 - Τεύχος 4, 2021

Μετα-αναλύσεις για την αποτελεσματικότητα των φαρμακοθεραπειών και της ανοσο-θεραπείας με υπογλώσσια δισκία για την αλλεργική ρινίτιδα σε ενήλικες και παιδιά

Meta-analyses of the efficacy of pharmacotherapies and sublingual allergy immunotherapy tablets for allergic rhinitis in adults and children

Οι θεραπευτικές επιλογές για την εποχική και ολοετή αλλεργική ρινίτιδα (SAR/PAR) περιλαμβάνουν από τη μια πλευρά τις θεραπείες με φαρμακευτικά σκευάσματα και από την άλλη την ανοσοθεραπεία που εφαρμόζεται σε αλλεργικούς ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκαν μετα-αναλύσεις οι οποίες αξιολόγησαν τόσο την αποτελεσματικότητα των φαρμακοθεραπειών όσο και των υπογλώσσων δισκίων που χορηγούνται για ανοσοθεραπεία (SLIT δισκία) έναντι του εικονικού φαρμάκου (placebo) για την αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας σε ασθενείς με SAR (εποχική αλλεργική ρινίτιδα) και PAR (ολοετή αλλεργική ρινίτιδα).

Τυχαιοποιημένες, διπλά τυφλές μελέτες, όπου στην ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε εικονικό (placebo) φάρμακο αναζητήθηκαν και εντοπίστηκαν από συστηματικές αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed/EMBASE από τις 18/7/2019 (πρωτόκολλο PROSPERO CRD42018105632) και μεταγενέστερα. Η κύρια έκβαση της θεραπείας αξιολογήθηκε με την εύρεση της μέσης αριθμητικής διαφοράς στη συνολική βαθμολογία των ρινικών συμπτωμάτων (TNSS, 0-12) μεταξύ της ομάδας που έλαβε την θεραπεία και της ομάδας που έλαβε το εικονικό φάρμακο στο τέλος της περιόδου μελέτης. Οι μετα-αναλύσεις τυχαίων επιδράσεων υπολόγισαν τη μέση διαφορά για κάθε ομάδα που έλαβε κανονική θεραπεία (φαρμακευτική ή ανοσοθεραπεία) σταθμισμένη με το αντίστροφο της διακύμανσης της δοκιμής. Πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις για τον αποκλεισμό πιθανών λθών λόγω προκαταλήψεων όσον αφορά τις θεραπείες που εφαρμόστηκαν και για τη χορήγηση του εικονικού φαρμάκου, καθώς και αναλύσεις για αξιολόγηση της ευαισθησίας της παρούσας μελέτης. Η φαρμακοθεραπεία "διάσωσης" για την ανακούφιση από τα αλλεργικά συμπτώματα απαγορεύτηκε στις περισσότερες δοκιμές που εφαρμόστηκε η χορήγηση φαρμάκων, αλλά επιτρεπόταν σε όλες τις δοκιμές με SLIT (δισκία υπογλώσσας ανοσοθεραπείας).

Για την ολοετή αλλεργική ρινίτιδα (SAR) ενηλίκων/εφήβων, η μέση αριθμητική διαφορά (95% CI) στο TNSS έναντι του εικονικού φαρμάκου ήταν: για τα ενδορρινικά κορτικοστεροειδή (INCS)=1,38 (1,18, 1,58, 39 δοκιμές), για το συνδυασμό ενδορρινικού αντιισταμινικού/ενδορρινικού κορτικοστεροειδούς=1,34 (1,15, 1,54; 4 δοκιμές), για τα ενδορρινικά αντιισταμινικά (INCS)=0,72 (0,56, 0,89; 13 δοκιμές), για τα από του στόματος αντιισταμινικά=0,62 (0,35, 0,90; 18 δοκιμές), για τα υπογλώσσια δισκία ανοσοθεραπείας (SLIT-tablet)=0,57 (0,41, 0,73; 4 δοκιμές) και για τη μοντελουκάστη $t=0,48$ (0,36, 0,60, 10 δοκιμές). Για την ολοετή αλλεργική ρινίτιδα (PAR) ενηλίκων/εφήβων, η μέση διαφορά στο TNSS έναντι του εικονικού φαρμάκου (95% CI) ήταν: για τα ενδορρινικά κορτικοστεροειδή (INCS)=0,82 (0,66, 0,97; 14 δοκιμές), για τα υπογλώσσια δισκία ανοσοθεραπείας (SLIT-tablet)=0,65 (0,42, 0,88; 3 δοκιμές) και για τα από του στόματος αντιισταμινικά=0,27 (0,11, 0,42, 3 δοκιμές). Λόγω του μικρού αριθμού των μελετών που ανευρέθηκαν για τον παιδιατρικό πληθυσμό με SAR/PAR, ήταν περιορισμένος ο αριθμός των μετα-αναλύσεων στον πληθυσμό αυτό.

Συμπερασματικά, όλες οι θεραπείες βελτίωσαν σημαντικά τα ρινικά συμπτώματα των ασθενών με αλλεργική ρινίτιδα έναντι του εικονικού (placebo) φαρμάκου. Τα δισκία SLIT (υπογλώσσας ανοσοθεραπείας) παρείχαν βελτίωση στο TNSS ανεξάρτητα από τη χορήγηση φαρμακοθεραπείας διάσωσης με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα. Τέλος, η εκτεταμένη ετερογένεια των μελετών που συμπεριελήφθησαν στη μετα-ανάλυση, καθώς και οι ισχυρές ενδείξεις μεροληψίας σε ορισμένες μελέτες (bias) καθιστούν ανέφικτη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της θεραπείας μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών φαρμακευτικής θεραπείας και υπογλώσσων δισκίων ανοσοθεραπείας.

NASASYN

Xylometazoline HCl + Dexpanthenol

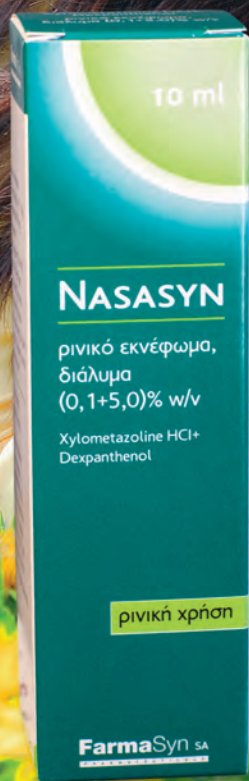
ρινικό εκνέφωμα,
διάλυμα (0,1+5,0)% w/v

&

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

ενηλίκων

παιδιών



FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

Αθήνα: Θέση Πίκια, 19300 Ασπρόπυργος • Τηλ: 210 5777 140 • Fax: 210 5788 791 • e-mail: info@farmasyn.gr • www.farmasyn.gr

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



Modulair®

Μοντελουκάστη



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

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

	Λιστική τιμή
Modulair CHW.TAB 4MG/TAB	9,31€
Modulair CHW.TAB 5MG/TAB	10,46€
Modulair F.C.TAB 10MG/TAB	10,48€

ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία
Λεωφ. Μαραθώνος 95, Πικέρμι Αττικής 190 09.
Τηλ.: 210 60 39 326-9



www.elpen.gr