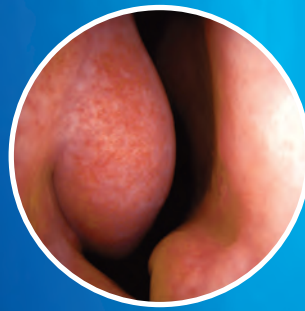
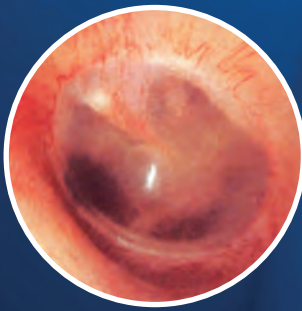


Hellenic Otorhinolaryngology

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία



A P R I L - J U N E 2 0 2 5
VOLUME 46 • ISSUE 2 • ISSN 2241-908X

www.hellenic-otorhinolaryngology.gr

- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ
- ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΕΡΜΙΟΝΙΔΑΣ
- ΕΓΧΥΣΗ ΒΟΤΟΥΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ ΥΠΟ ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΣΤΗ ΣΠΑΣΜΩΔΙΚΗ ΔΥΣΦΩΝΙΑ
- IGG4 ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΟΣ: ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΓΚΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ



OFFICIAL JOURNAL OF THE:

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



ATHOMER

Nasal Wash System

Καθαρισμός & Αποσυμφόρηση της Ρινικής Κοιλότητας



Κουτί με Συσκευή 250ml & 10 x 2,3g φακελάκια αλατιού
για Διάλυμα Ρινικών Πλύσεων



Κουτί με 50 x 2,3g φακελάκια αλατιού
για Διάλυμα Ρινικών Πλύσεων



Medical
Device
class I

Ανακούφιση & Ενυδάτωση

Nasal Sprays

Athomer

Πρόπολης Mist

Athomer

Ισότονο Mist

ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ
ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ



Σπρέι συνεχόμενης ροής

Για περισσότερες
πληροφορίες



pharmaQ
for health



PHARMA Q A.E.

Φάρμακα - Ιατρικά Είδη

Αρχιμήδους 8-10, 194 41, ΒΙ.ΠΕ. Κορωπί Αττικής

Τηλ.: 210 9374576, www.pharmaq.gr

Εταιρεία της IASIS PHARMA

CE
0653

STERILE | R

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Στα πλαίσια της διαρκούς προσπάθειας ανανέωσής του, το δεύτερο τεύχος του περιοδικού μας για το τρέχον έτος εγκαινιάζει και εμπλουτίζει τρεις νέες θεματικές ενότητες: την παρουσίαση των διαθέσιμων Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών, που διοργανώνονται από Ελληνικά Πανεπιστήμια, την ανάδειξη και αποτίμηση εθελοντικών δράσεων της ΩΡΛ κοινότητας και την προβολή Διεθνών Σεμιναρίων, που διεξάγονται στη χώρα μας με τη ενεργό συμμετοχή Ελληνικών Πανεπιστημίων. Παράλληλα, δημοσιεύονται ενδιαφέρουσες εργασίες από αρκετές ΩΡΛ κλινικές, που καλύπτουν ευρύ φάσμα κλινικών περιπτώσεων και εφαρμογών. Ευχόμαστε σε όλους καλό καλοκαίρι και σας προτρέπουμε, όπως πάντα, να συμμετέχετε ενεργά στη διαμόρφωση της ύλης του περιοδικού με εργασίες και προτάσεις για τη διαρκή βελτίωσή του.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Παπαχαράλμπος Ξ. Γεώργιος

Οι Διευθυντές Σύntαξης

Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ

Παπαχαράλμπος Γεώργιος
Ωτορινολαρυγγολόγος
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

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

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

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

ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΤΟΜΕΩΝ:

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

ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Βιτάλη Βίκτωρ (Θεσσαλονίκη),
Κορρές Σταύρος (Αθήνα)

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Κωνσταντινίδης Ιορδάνης (Θεσσαλονίκη)
Παπαχαραλάμπος Ξ. Γεώργιος (Αθήνα)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Νικολόπουλος Θωμάς (Πρόεδρος)
Γκόλλας Ευάγγελος (Αντιπρόεδρος)
Χρυσοβέργης Αριστείδης (Γενικός Γραμματέας)
Ράζου Ανδριάννα (Ειδικός Γραμματέας)
Κοταρά Γαρυφαλιά (Ταμίας)
Κάρκος Πέτρος (Μέλος)
Σκουλάκης Χαράλαμπος (Μέλος)
Τσακίροπούλου Ευαγγελία (Μέλος)
Ψύλλης Γεώργιος (Μέλος)

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑΣ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ & ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

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

ΩΡΛ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΑΣ

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

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΩΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΑΚΟΟΛΟΓΙΑΣ- ΝΕΥΡΩΤΟΛΟΓΙΑΣ

Μάρκου Κωνσταντίνος (Πρόεδρος)
Μαρουδιάς Νικόλαος (Α' Αντιπρόεδρος)
Χειμώνα Θεογνωσία (Β' Αντιπρόεδρος)
Νικολαΐδης Βασίλειος (Γενικός Γραμματέας)
Οικονομίδης Ιάκωβος (Ειδικός Γραμματέας)
Πάσσου Ελπίδα (Ταμίας)
Χαραλαμποπούλου Μαργαρίτα (Δημόσιες Σχέσεις)



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
Veletinou 11, 11523 Athens
Tel.: +30 210 6435141, Fax: +30 210 6435141
Email: info@hellasorl.gr, Web: www.hellasorl.gr

PUBLISHER

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

EDITORIAL BOARD

Anagiotos A (Nicosia), Balatsouras D (Athens), Chimona Theognosia (Hania), Doulaptis M (Heraklion), Georgalas C (Athens), Gkoritsa E (Tripolis), Hajjioannou J (Larissa), Kaberos A (Athens), Karatzanis A (Heraklion), Katotomichelakis M (Alexandroupolis), Konstantinidis I (Thessaloniki), Kyrmizakis D (Veroia), Kyrodimos E (Athens), Maroudias N (Athens), Naxakis S (Patras), Nikolaou A (Thessaloniki), Panagiotaki I (Heraklion), Papacharalampous G (Athens), Printza A (Thessaloniki), Proimos E (Chania), Prokopakis E (Heraklion), Skoulakis C (Larissa), Triaridis S (Thessaloniki), Tsakanikos M (Athens), Vlachou S (Athens), Vlachtsis K (Thessaloniki), Ziavra N. (Ioannina)

SECTION EDITORS

Katotomichelakis M (Indexing - Web site)
Chrysovergis A, Hajjioannou J (Manuscript collection)
Kaberos A (International affairs - Public relations)
Papanikolaou V (Reviewer coordination)

HONORARY EDITORIAL MEMBERS

Korres Stavros (Athens),
Vital Victor (Thessaloniki)

INTERNATIONAL ADVISORY EDITORIAL BOARD

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

EDITORS-IN-CHIEF

Konstantinidis Iordanis (Thessaloniki)
Papacharalampous X. Georgios (Athens)

EDITORIAL COMMITTEE

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

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

Nikolopoulos Thomas (President)
Golas Evangelos (Vice President)
Chrysovergis Aristides (Secretary General)
Razou Andriana (Secretary Special)
Kotara Garyfalia (Treasurer)
Karkos Petros (Member)
Skoulakis Charalampos (Member)
Tsakiropoulou Evangelia (Member)
Psillas George (Member)

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

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

ORL SOCIETY OF NORTH GREECE

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

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

Markou Konstantinos (President)
Maroudias Nikolaos (1st Vice President)
Chimona Theognosia (2nd Vice President)
Nikolaidis Vasilios (Secretary General)
Economides Iakovos (Secretary Special)
Passou Elpida (Treasurer)
Charalampopoulou Margarita (Public Relations)

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 δοντολογίας, 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 Εικόνων. Σε περιγραφές περιστατικών τα τμήματα «Υλικό και μέθοδοι» και «Αποτελέσματα» θα αντικαθίστανται από το τμήμα «Περιγραφή περιστατικού». Στις αναφορές θα υπάρχουν επί μέρους τμήματα με επικεφαλίδες, ανάλογα με το περιεχόμενο.

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

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

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

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

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

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

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

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

όσο το πλάτος μιας στήλης του περιοδικού (περίπου 7 cm) ή να προσεγγίζει το πλάτος της σελίδας. 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.

Συναινεση 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 Διεκδύσεως του Ελσίνκι. Στο τμήμα των «Μεθόδων» θα πρέπει να προσδιορίζεται η διαδικασία επίτευξης της συναινεσης 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 συναινεσης του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει διαθέσιμη φόρμα έγγραφης συναινεσης κατόπιν ενημέρωσης στην ιστοσελίδα του περιοδικού, η οποία μπορεί να υποβληθεί, μαζί με το χειρόγραφο.

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

Διορθώσεις. Προ της δημοσίευσής θα στέλνεται στον υπεύθυνο αλληλογραφίας e-mail με την τελική μορφή της εργασίας σε μορφή pdf, για τυχόν διορθώσεις, οι οποίες πρέπει να επιστραφούν εντός 7 ημερών. Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την ορθότητα της δημοσιευμένης εργασίας. Η εργασία αφού δημοσιευθεί, θα είναι ελεύθερα διαθέσιμη online στο site του περιοδικού. Οι συγγραφείς που υποβάλλουν εργασίες το κάνουν αντιλαμβανόμενοι ότι εάν η εργασία τους γίνει αποδεκτή προς δημοσίευση, τα πνευματικά δικαιώματα του άρθρου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος της αναπαραγωγής του σε όλες τις μορφές και όλα τα μέσα, θα αποδοθούν αποκλειστικώς 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 should be submitted either electronically to the e-mail address of an Editor-in-Chief (kastanioudakisi@gmail.com or chimonath@yahoo.gr). The following files should be included: a covering letter to the Editor-in-Chief, a file with the full text of the manuscript and a separate file for each Figure. In the covering letter it should be declared that the manuscript has not been previously published in any national or international journal and that all the authors have approved the paper. All the submitted manuscripts must adhere to the following instructions, which are included in each issue of the journal and on its web site. Otherwise, the manuscripts will be returned to the corresponding author for revision before undergoing peer review. The final decision concerning acceptance or rejection will be made by the Editors-in-Chief. In case of studies with extensive statistical analyses, the Editors-in-Chief may consult a statistician. Details of the reviewing process are included in the section of the Editorial Policies of the Journal available on its web site. Accepted papers will be published in chronological order, with higher priority given to research papers.

Preparation of manuscripts. All manuscripts should be prepared in Microsoft Word, typed double-spaced with ample margins (2.5cm), using Times New Roman or Arial fonts, with a size of 10-12 pt. Pages should be numbered starting from the title page, with the page number on right top of each page. Avoid uncommon or unnecessary abbreviations in the text; when they must be used, spell terms out in full at first appearance, followed by the abbreviation in parentheses. Papers should be structured as follows: title page, structured abstract, text (introduction, patients and methods, results, discussion), references, tables, and figure legends. When a case report is submitted, the sections "Material and Methods" and "Results" should be replaced by the description of the case ("Case Report" section). Reviews may be divided into several sections with headings, according to their content.

Title Page. The title page should include the full title of the paper, a running title, the authors' names and their affiliations, and the name and contact details of the corresponding author. Note that the maximum number of authors is: 2 authors for PubMed article presentations and "How I Do It" articles, 4 authors for historical articles, case reports and clinical pictures, 5 authors for reviews, and up to 8 authors in the research papers and the extensive summaries of PhD theses.

Abstract. The abstract should be informative and not descriptive. An abstract for an original article should not exceed 300 words and should be structured into four paragraphs: (1) Introduction, (2) Material and Methods, (3) Results and (4) Conclusions. Case reports should include (1) Introduction, (2) Case report and (3) Conclusions, whereas reviews should include (1) Introduction, (2) Main findings and (3) Conclusions. Abstracts for case reports should not exceed 200 words. Following the abstract, 3-6 keywords should be given for subject indexing. Articles in Greek should be accompanied by an extended structured abstract in English (300 words), including also English translation of the title of the paper, the authors with their affiliations and the keywords. For articles submitted in English, a translated abstract in Greek will be provided by the Editorial Board. Abstract is not needed in brief articles, such as

commentaries, quiz, clinical photographs, letters, etc.

Text. Main articles should contain the following headings: Introduction, Materials and Methods, Results (including statistical analysis) and Discussion. Case Reports and other submissions should normally comprise Introduction, Case report and a brief Discussion. In all cases the Discussion should clearly indicate how the reported work fits with the current body of world literature.

References. References in the text must be numbered consecutively with superscript in the order in which they are first mentioned and should be listed at the end of the paper (Vancouver system). References must include: names and initials of all authors (when more than six, give the first six followed by et al.); the title of the paper; the journal title abbreviated as in Index Medicus; year of publication; volume number; first and last page numbers. References to books should give the author(s)/editor(s), book title, edition, place of publication, publisher, year and pages. References should be quoted as follows:

• **Journal:** Soo G, van Hasselt CA. Caustic injury of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;119:425-6.

• **Book:** Baloh R, Honrubia V. Clinical neurophysiology of the vestibular system. 2nd ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1993:34-8.

• **Chapter:** Shumrick KA, Sheft SA. Deep neck infections. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyerhoff WL, eds. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Vol. 3. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1990:2545-62. The responsibility of checking references rests with the author.

Tables. Data in the tables should be typed with double spacing, provided with a heading, numbered in sequence in Latin numerals (Table I, II, etc.), and referred to in the text as Table I, Table II, etc. To draw a table, the use of horizontal lines and not vertical is suggested. Data in tables should supplement, not duplicate, information provided in the text. Any abbreviations should be defined in table footnotes.

Figure Legends. A list of legends for the figures should be submitted on a separate page, and should make interpretation possible without reference to the text. References to figures should be by Arabic numerals (e.g. Fig. 3) and they should be numbered in order of appearance.

Figures. Illustrations or photographs should be submitted as separate files either as TIFF, BMP or JPG and should have a minimum resolution of 300 dpi or may be embedded in a Word file, especially for line art graphics. Images should be sized to fit the width of a column or page in the journal. Color photographs are accepted but they may be converted in black and white for publication. If the size of the file exceeds 8 MB, they should be compressed in a lower resolution.

Ethical concerns. The journal's policy follows the principles of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), which are available as a pdf file on the website of the journal. **Criteria of authorship:** The "Hellenic Otorhinolaryngology" insists that all authors are truly qualified to be listed as such according to the following criteria established by the ICMJE: (1) Conception and design of project or analysis of the manuscript data; (2) Drafting or critically revising the content of the manuscript submitted for publication, and; (3) Giving final approval of the version to be published. Others who have contributed to the work but are not qualified to be authors should be "acknowledged" at the end of the article.

Informed Consent: For experimental investigations of human subjects, state in the "Methods" section of the manuscript that the appropriate institutional review board approved the project. For those investigators who do not have formal ethics review committees (institutional or regional), the principles outlined in the Declaration of Helsinki should be followed. Specify in the "Methods" section the manner in which consent was obtained from all human subjects. Patients have a right to privacy that should not be violated. Information, such as the name or photographs of the patients, should not be submitted

until written informed consent has been provided. In this case, a Patient Consent Form is available on the journal's website, which can be submitted with the manuscript.

Financial disclosure information and potential conflicts of interest. In the end of the manuscript, all authors must disclose all financial relationships for their manuscript and work. Any financial interests the authors may have in companies or other entities must be cited, such as grants, advisory boards, employment, consultancies, contracts, etc. If the authors disclose no conflicts of interest, please write "none." Additionally, the form for disclosure of potential conflicts of interest, according to ICMJE and available on the website of the journal, should be completed and returned, signed by all authors.

Proofs. Proofs will be sent to the corresponding author as a PDF file and corrections should be returned electronically within 7 days. The authors are responsible for the integrity of the published work. Following publication, the paper will be available on the web site of the journal. Authors submitting manuscripts do so with the understanding that if their work is accepted for publication, copyright of the article, including the right to reproduce the article in all forms and media, shall be assigned exclusively to "Hellenic Otorhinolaryngology".

The Panhellenic Society of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery cannot be held responsible for errors or any consequences arising from the use of information contained in this journal; the views and opinions expressed do not necessarily reflect those of the Panhellenic Society of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery, neither does the publication of advertisements constitute any endorsement by the Panhellenic Society of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery, of the products advertised.

SUBMISSION CHECKLIST

Please, check the following list before submission:

- Corresponding author with full postal address, E-mail address and phone number.
- Title, author names, institutions and abstract, both in Greek and English.
- Structured abstract with keywords and running head.
- All necessary files have been included (text, figures, letter to the Editor).
- All figures have captions, have proper analysis and are referred in the text.
- All tables are referred in the text and have titles and footnotes (if necessary).
- Create tables in Microsoft Word separately and do not paste them into word as images.
- References must be in the correct format (cite references consecutively using superscript numerals).
- Confirm the accuracy of reference information.
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa.
- Provide evidence that all the ethical concerns of this journal have been followed.

ΣΗΜΕΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακαλούμε, ελέγξτε τα εξής σημεία κατά την υποβολή:

- Υπεύθυνος αλληλογραφίας με διεύθυνση, E-mail και τηλέφωνο.
- Τίτλος, ονόματα συγγραφέων, ιδρυμάτων και περίληψη στα Ελληνικά και Αγγλικά.
- Δομημένη περίληψη με λέξεις-κλειδιά και σύντομο τίτλο.
- Περιλαμβάνονται όλα τα αναγκαία αρχεία (κείμενο, εικόνες, γράμμα προς τον Διευθυντή Σύνταξης).
- Όλες οι εικόνες έχουν υποτίτλους, επαρκή ανάλυση και αναφέρονται στο κείμενο.
- Όλοι οι πίνακες αναφέρονται στο κείμενο, έχουν τίτλους και υποσημειώσεις (εάν χρειάζονται).
- Οι Πίνακες έχουν δημιουργηθεί ξεχωριστά στο Microsoft Word και δεν εντάσσονται στο κείμενο σαν εικόνες.
- Οι αναφορές πρέπει να έχουν την σωστή μορφή και να αναφέρονται διαδοχικά αριθμητικά στο κείμενο με εκθέτες.
- Βεβαιωθείτε για την ακρίβεια των αναφορών.
- Όλες οι αναφορές που περιλαμβάνονται στον κατάλογο πρέπει να μνημονεύονται στο κείμενο και αντιστρόφως.
- Αποδεικτικό υλικό για την συμμόρφωση προς τους κανόνες δεοντολογίας του περιοδικού.

Από τη Σύνταξη	041
-----------------------	-----

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΩΡΛ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Προληπτικός Ωτορινολαρυγγολογικός έλεγχος παιδιών σχολικής ηλικίας Δήμου Ερμιονίδας	048
Γάννα Ιφιγένεια, Τζαβάρα Ευγενεία, Ασπρακά Βερονίκη, Καραμαλή Μαρία, Δεμάγκου Αικατερίνη, Καλοκαιρινού Αθηνά, Παπαχαλαράμπος Γεώργιος, Χρυσοβέργης Αριστείδης	

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

IgG4-σχετιζόμενη νόσος: Μία σύγχρονη κλινική οντότητα στη διαφορική διάγνωση όγκων σιελογόνων αδένων	050
Κωσταρές Μιχαήλ, Μηλιώνη Αθανασία, Κουτραφούρης Ιωάννης	

Έγχυση βοτουληνικής τοξίνης υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση στη σπασμωδική δυσφωνία: Περιγραφή τεχνικής και κλινικών αποτελεσμάτων	056
Μαστή Χριστίνα-Δέσποινα, Αναγνώστου Ευάγγελος, Ηλιάδου Ελευθερία	

Βληννοκήλη οπισθίων ηθμοειδών κυψελών σε ασθενή με υποτροπιάζουσα διπλωπία	062
Πάντος Παύλος, Ασπρακά Βερονίκη, Γκουτζάνη Ζαχαρούλα-Δήμητρα, Τζαβάρα Ευγενεία, Παπαχαλαράμπος Γεώργιος, Χρυσοβέργης Αριστείδης	

ΔΙΕΘΝΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

4ο Σεμινάριο Πανερωπαϊκής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη, 3-4 Οκτωβρίου 2025	065
Κωνσταντινίδης Ιορδάνης	

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Π.Μ.Σ. «Ακοολογία – Νευρωτολογία», ΕΚΠΑ	066
Νικολόπουλος Θωμάς	
Π.Μ.Σ. «Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας», Α.Π.Θ.	075
Ηλιάδου Βασιλική Μαρία	
Π.Μ.Σ. «Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων», Α.Π.Θ.	076
Κωνσταντινίδης Ιορδάνης	
Π.Μ.Σ. «Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας», Διδρυματικό, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών	078
Δανιηλίδης Βασίλειος	

From the Editorial Desk	041
VOLUNTARY SOCIAL ACTIVITIES OF ENT DOCTORS	
Preventive Otorhinolaryngological examination of children of school-age at municipality of Ermionida	048
Ganna Ifigeneia, Tzavara Evgeneia, Astraka Veroniki, Karamali Maria, Demagkou Aikaterini, Kalokairinou Athina, Papacharalampous George, Chrysovergis Aristeidis	
CASE REPORT	
IgG4-related disease: A contemporary clinical entity in the differential diagnosis of salivary glands tumors	050
Kostares Michael, Milioni Athanasia, Koutrafouris Ioannis	
Botulinum toxin injection under electromyographic guidance in spasmodic dysphonia:Technique description and clinical outcomes	056
Masti Christina Despoina, Anagnostou Evangelos, Iliadou Eleftheria	
Posterior ethmoid mucocoele in a patient with recurrent diplopia	062
Pantos Pavlos, Astraka Veronika, Gkoutzani Zacharoula-Dimitra, Tzavara Evgeneia, Papacharalampous Georgios, Chrysovergis Aristeidis	
INTERNATIONAL SEMINARS/COURSES	
4th CEORLS-HNS Academy Course, AUTH, Thessaloniki, October 3-4th 2025	065
Konstantinidis Iordanis	
UNIVERSITY POSTGRADUATE PROGRAMS	
MSc in Audiology-Neurotology, NKUA	066
Nikolopoulos Thomas	
MSc in Auditory Processing Disorder, AUTH	075
Iliadou Vasiliki Maria	
MSc in Salivary Glands Disorders, AUTH	076
Konstantinidis Iordanis	
MSc "Diseases of the nose, maxillofacial area and cranial base". Interuniversity, Interdepartmental, Postgraduate Program	078
Danielides Vasileios	

Γάννα Ιφιγένεια¹
Τζαβάρα Ευγενία¹
Αστράκα Βερονίκη¹
Καραμαλή Μαρία¹
Δεμάγκου Αικατερίνη²
Καλοκαιρινού Αθηνά³

Παπαχαράλαμπος Γεώργιος⁴
Χρυσοβέργης Αριστείδης⁵

¹Ειδικευόμενη ΩΡΛ, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

²Επικουρική επιμελήτρια Β',
ΩΡΛ κλινική, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

³Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

⁴Διευθυντής Ε.Σ.Υ., ΩΡΛ κλινική, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

⁵Διευθυντής ΩΡΛ κλινικής ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Παπαχαράλαμπος Γεώργιος, ΩΡΛ
Διευθυντής Ε.Σ.Υ. ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν.Α. «Η ΕΛΠΙΣ»

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 46 - Τεύχος 2, 2025

Ganna Ifigeneia¹
Tzavara Eugeneia¹
Astraka Veroniki¹
Karamali Maria¹
Demagkou Aikaterini²
Kalokairinou Athina³
Papacharalampous George⁴
Chrysovergis Aristidis⁵

¹ENT resident, Elpis General Hospital, Athens

²Consultant ENT Surgeon, ENT Dept,
Elpis General Hospital, Athens

³Professor of Community Nursing, NKUA

⁴Consultant ENT Surgeon, ENT Dept,
Elpis General Hospital, Athens

⁵Director of ENT Dept,
Elpis General Hospital, Athens

Correspondence author:

Papacharalampous Georgios, Consultant ENT
Surgeon, ENT Dept, Elpis General Hospital, Athens

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 46 - Issue 2, 2025

Προληπτικός Ωτορινολαρυγγολογικός έλεγχος παιδιών σχολικής ηλικίας Δήμου Ερμιονίδας

Preventive Otorhinolaryngological examination of children of School Age at municipality of ermionida

Η ακοή αποτελεί μία εξαιρετικά σημαντική αισθητηριακή λειτουργία, καθοριστική για την ανάπτυξη και εξέλιξη ομιλίας και λόγου. Προοδευτικά η διαδικασία ανάπτυξης του λόγου επιταχύνεται μέχρι την ηλικία των 3 ετών και μέχρι την ηλικία των 6 με 7 ετών έχουν τεθεί οι βάσεις της επικοινωνίας και της σχηματοποίησης των εννοιών και της έκφρασης. Στα παιδιά με απώλεια ή πτώση ακοής, η ήλπιση αυτής της αισθητηριακής πληροφορίας οδηγεί στην καθυστέρημένη ή ανεπαρκή ανάπτυξη της ομιλίας. Για τον λόγο αυτό, εκτός από τον καθολικό νεογνικό έλεγχο ακοής, είναι απαραίτητος και ο προληπτικός ακοολογικός έλεγχος στην προσχολική και πρώιμη σχολική ηλικία προς εντοπισμό επίκτητων ή μη διαγνωσθέντων κατά τη γέννηση συγγενών διαταραχών ακοής. Η Χρόνια Εκκριτική Μέση Ωτίτιδα είναι η πιο κοινή αιτία βαρηκοΐας σε παιδιά με μέγιστη συχνότητα στις ηλικίες 2 με 5 ετών. Ως χρόνια εκκριτική μέση ωτίτιδα ορίζεται η παραμονή ορώδους ή βλεννώδους εξιδρώματος στο μέσο ους για χρονικό διάστημα περισσότερο των 3 μηνών, με συνέπεια την εμφάνιση βαρηκοΐας αγωγιμότητας. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας που υποβάλλονται σε τακτική εξέταση, μέσα σε ένα έτος το 50% θα εμφανίσουν τη νόσο, ενώ το ποσοστό φτάνει το 25% στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Συνήθως η πτώση ακοής διαπιστώνεται από τους γονείς ή το σχολικό περιβάλλον, αλλά μπορεί και να διαληθεί της προσοχής. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν οι φλεγμονές του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, η δυσλειτουργία της ευσταχιακής σάλπιγγας, η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων, αλλεργίες, συγγενείς διαταραχές, οι διαταραχές κινητικότητας των κροστών, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η νευροαισθητήριος βαρηκοΐα (NAB) συναντάται στην Ελλάδα σε συχνότητα 1-3/1.000 γεννήσεις. Σε ποσοστό 50-70% η συγγενής βαρηκοΐα οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, δηλαδή σε μεταλλάξεις γονιδίων και σύνδρομα, και σε μικρότερο ποσοστό σε περιβαλλοντικούς, όπως συγγενείς λοιμώξεις του εμβρύου, σοβαρή υπερχολερυθριναιμία, χορήγηση ωτοτοξικών φαρμάκων, προωρότητα, νεογνική ανοξία, πνευμονική υπέρταση που απαιτεί μηχανικό αερισμό, τραυματικές κακώσεις.

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

Με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της βαρηκοΐας στα παιδιά ο δήμος Ερμιονίδας σε συνεργασία με την ΩΡΛ Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Η Ελπίς» και υπό την αιγίδα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών πραγματοποίησε δωρεάν προληπτικό ΩΡΛ έλεγχο στα παιδιά όλων των δημοτικών σχολείων του δήμου. Κατά το διάστημα 4-6 Απριλίου του 2025 που έλαβε χώρα η δράση, εξετάστηκαν από τα μέλη της ΩΡΛ κλινικής δωρεάν 210 παιδιά.

Η εξέταση πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Υγείας Κρανιδίου στις 4 και 5 Απριλίου και στο Περιφερειακό Ιατρείο και

στο Νηπιαγωγείο Ερμιονίδας στις 6 Απριλίου. Η κλινική εξέταση των παιδιών περιλάμβανε τη λήψη αναλυτικού ωτορινολαρυγγολογικού και περιγεννητικού ιστορικού, με σκοπό την διαπίστωση πιθανών παραγόντων κινδύνου, και την αξιολόγηση της υγείας των αυτιών των παιδιών με ωτοσκόπηση και διενέργεια τυμπανογράμματος. Στη συνέχεια ακολουθούσε η διενέργεια τονικού ακοογράμματος με σκοπό την εκτίμηση της ακουστικής οξύτητας των μαθητών και την πρώιμη ανίχνευση διαταραχών ακοής. Με την ολοκλήρωση της εξέτασης δόθηκαν στους γονείς κάθε παιδιού ιατρικές οδηγίες ως προς την σωστή καθημερινή φροντίδα των αυτιών και της ρινός, επιστήθηκε

η προσοχή των γονέων για περαιτέρω ΩΡΛ έλεγχο σε παιδιά τα οποία είχαν ύποπτο ιστορικό ή παθολογικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση και δόθηκε ιατρική καθοδήγηση για την τακτική παρακολούθησή τους. Την κλινική εξέταση των μαθητών ανέλαβαν ο Δ/ντης του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς» κ. Α. Χρυσοβέργης, ο Δ/ντης ΕΣΥ κ. Γ. Παπαχαλαράμπος, ο ιατρός ΩΡΛ Κ. Δ. Νταβίλης, η Επικουρική Επιμελήτρια Β' κα Αικ. Δεμάγκου και οι ειδικευόμενες Ιατροί του Γ.Ν.Α «Η Ελπίς» κ. Β. Αστρακά, Ι. Γάννα, Μ. Καραμαλή, Ε. Τζαβάρα. Στα πλαίσια της δράσης, το Σάββατο 5 Απριλίου 2025 στον πολυχώρο «Αρτίκι» έλαβε χώρα επιστημονική ημερίδα με θέμα: «Οι μαθητές μαθαίνουν για την υγιεινή διατροφή, την εκκριτική ωτίτιδα και την αλλεργική ρινίτιδα. Οι γονείς προνοούν και οι πλειουργοί υγείας καθοδηγούν». Το θέμα για την εκκριτική ωτίτιδα ανέπτυξε ο Δ/ντης ΕΣΥ της ΩΡΛ Κλινικής του Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς» κ. Γ. Παπαχαλαράμπος, για την υγιεινή διατροφή μίλησε η Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ κα Α. Καλοκαιρινού, για την αλλεργική ρινίτιδα μίλησε ο Ιδιώτης Ιατρός ΩΡΛ κ. Α. Βαρδουγιώτης και ακολούθησε συζήτηση και επίλυση αποριών.

Η πρωτοβουλία πραγματοποιήθηκε χάρη στον συντονισμό της Αντιδημάρχου Παιδείας και Νεολαίας, κας Ε. Βλάσση-Δημαράκη και της Προέδρου του Δ.Σ. του δήμου Ερμιονίδας κας Ε. Γκαμίλη. Στην υλοποίηση της δράσης συνέβαλαν ο Δ/ντης του Κέντρου Υγείας Κρανιδίου κ.Γ.Ζιάκας, ο Ιατρός του Αγροτικού Ιατρείου της Ερμιόνης κ. Ι. Κυριακός και ο Δ/ντης Αβθάμιας Εκπαίδευσης Αργολίδας κ. Δ. Σιδέρης με την διάθεση των χώρων εξέτασης.

Οι εταιρείες «ΣΤΑΜΟΥ» και «ΑΚΟΥΣΟΝ» συνέβαλαν καθοριστικά στην πραγματοποίηση του προγράμματος με την ευγενική παραχώρηση του αναγκαίου εξοπλισμού, και συγκεκριμένα των 3 ακουσγράφων, των 2 τυμπανογράφων, των ωτοσκοπίων και των απαραίτητων αναλωσίμων. Η υλοποίηση της εθελοντικής αυτής δράσης ανέδειξε με ουσιαστικό τρόπο τη σημασία της πρόληψης στην υγεία των παιδιών. Η έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων ακοής, ωτολογικών προβλημάτων και διαταραχών του ανώτερου αναπνευστικού μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών και στη διασφάλιση της εύρυθμης σωματικής, ψυχολογικής και γνωστικής ανάπτυξης.



Κέντρο Υγείας Κρανιδίου. Διενέργεια τυμπανογράμματος με φορητό τυμπανογράφο. Οι τυμπανογράφοι ήταν ευγενική χορηγία της εταιρίας «Άκουσον»

Η αντιδήμαρχος Ελένη Βλάσση-Δημαράκη μαζί με τις ειδικευόμενες ιατρούς του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» Ευγενεία Τζαβάρα και Ιφιγένεια Γάννα

Σύσσωμη η ομάδα ιατρών από το ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» μαζί με τους τοπικούς φορείς στο περιθώριο της ημερίδας



(από αριστερά προς τα δεξιά) Ο τέως διευθυντής της ΩΡΛ κλινικής του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» κ. Δ. Νταβίλης, ο δήμαρχος Ερμιονίδας κ. Ι. Γεωργόπουλος, η αντιδήμαρχος κα. Ε. Βλάσση - Δημαράκη, η αντιδήμαρχος κα. Ε. Γκαμίλη, ο διευθυντής της ΩΡΛ κλινικής ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» κ. Α. Χρυσοβέργης, ο διευθυντής ΕΣΥ κ. Γ. Παπαχαλαράμπος, στο κέντρο υγείας Κρανιδίου

Ο δήμαρχος κ. Ι. Γεωργόπουλος με τις αντιδημάρχους Ε. Γκαμίλη και Ε. Βλάσση -Δημαράκη με τις ιατρούς του ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ» και τον τέως διευθυντή της ΩΡΛ κλινικής κ. Δ. Νταβίλη στο κέντρο υγείας Κρανιδίου

Κωσταρές Μιχαήλ
Μηλιώνη Αθανασία
Κουτραφούρης Ιωάννης
 ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Αντικαρκινικό
 Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
 Μηλιώνη Αθανασία, Επιμελήτρια Β' ΩΡΛ,
 Γενικό Αντικαρκινικό
 Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»,
 Μπότση 51, 18537, Πειραιάς.
 Τηλ. 2132079465
 Email: athanassia.milioni@gmail.com

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 46 - Τεύχος 2, 2025*

Kostares Michael
Milioni Athanasia
Koutrafouris Ioannis
 ENT Department, General Cancer
 Hospital of Piraeus "METAXA"

Corresponding author:
 Milioni Athanasia, ENT consultant,
 General Anticancer Hospital of Piraeus
 "METAXA",
 Mpotasi 51, 18537, Piraeus.
 Tel. +302132079465
 Email: athanassia.milioni@gmail.com

*Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 46- Issue 2, 2025*

IgG4-σχετιζόμενη νόσος: Μία σύγχρονη κλινική οντότητα στη διαφορική διάγνωση όγκων σιελογόνων αδένων

IgG4-related disease: A contemporary clinical entity in the differential diagnosis of salivary gland tumors

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος (IgG4-RD) είναι μια χρόνια, πολυσυστηματική φλεγμονώδης πάθηση με χαρακτηριστικά όπως η λεμφοπλάσματοκυτταρική διήθηση, η ίνωση και η παρουσία IgG4-θετικών πλάσματοκυττάρων. Πολλές φορές μιμείται κακοήθειες ή λοιμώξεις, ενώ η εμπλοκή των σιελογόνων αδένων (συνήθως με τη μορφή ανώδυνης διόγκωσης) είναι συχνή. Η διάγνωση βασίζεται στο συνδυασμό απεικονιστικών, ορολογικών και κυρίως ιστοπαθολογικών ευρημάτων.

Περιγραφή περιστατικού: Άρρεν 59 ετών προσήλθε με μονόπλευρη, ανώδυνη διόγκωση του αριστερού υπογνάθιου αδένου. Η απεικόνιση με αξονική και μαγνητική τομογραφία αποκάλυψε συμπαγή αλλοίωση χωρίς παρουσία λίθων ή λεμφαδενοπάθειας. Η κυτταρολογική εξέταση κατόπιν υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης παρακέντησης ανέδειξε εικόνα συμβατή με λεμφοϋπερπλαστική εξεργασία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αφαίρεση του αδένου. Η ιστοπαθολογική ανάλυση επιβεβαίωσε την ύπαρξη σκληρυντικής σιαλαδενίτιδας σχετιζόμενης με IgG4, με >100 IgG4+ κύτταρα/οπτικό πεδίο και IgG4/IgG>40%.

Συμπεράσματα: Η IgG4-RD πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των παθολογιών των σιελογόνων αδένων, ιδιαίτερα σε απουσία φλεγμονής ή πόνου. Η ιστοπαθολογική εξέταση με ανοσοϊστοχημεία παραμένει καθοριστική για τη διάγνωση. Η στενή συνεργασία μεταξύ ωτορινολαρυγγολόγων και παθολογοανατόμων είναι κρίσιμη για την έγκαιρη αναγνώριση και κατάλληλη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

Λέξεις-κλειδιά: IgG4-σχετιζόμενη νόσος, IgG4-σχετιζόμενη σιαλαδενίτιδα, σκληρυντική σιαλαδενίτιδα, υπογνάθιος αδένος

ABSTRACT

Introduction: IgG4-related disease (IgG4-RD) is a chronic, immune-mediated, multi-organ inflammatory disorder, characterized by lymphoplasmacytic infiltration, fibrosis, and abundant IgG4-positive plasma cells. Often mimicking malignancies or infections, it may involve salivary glands as painless enlargements. Diagnosis requires a combination of imaging, serology, and particularly histopathological findings.

Case report: A 59-year-old male presented with a painless, subacute swelling in the left submandibular area. Imaging (CT and MRI) revealed a solid lesion without signs of sialolithiasis or lymphadenopathy. Cytological evaluation suggested a lymphoproliferative process. Surgical excision of the submandibular gland was performed. Histopathological analysis confirmed IgG4-related sclerosing sialadenitis with >100 IgG4+ plasma cells per high power field and an IgG4/IgG ratio >40%. The patient was referred for rheumatological evaluation and systemic assessment.

Conclusions: IgG4-RD should be considered in the differential diagnosis of subacute salivary gland swellings, especially when painless and non-inflammatory. Histopathology with immunohistochemistry is essential for diagnosis. Close collaboration between ENT specialists and pathologists is key to timely identification and proper management of such cases.

Keywords: IgG4-related disease, IgG4-related sialadenitis, sclerosing sialadenitis, submandibular gland

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος (IgG4-related disease, IgG4-RD) αποτελεί μια χρόνια, συστηματική, ανοσομεσοληβούμενη φλεγμονώδη διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται ιστοπαθολογικά από έντονη διήθηση των ιστών από λεμφοπλάσματοκυτταρικά κύτταρα, αυξημένο αριθμό IgG4-θετικών πλάσματοκυττάρων, ίνωση και συχνά φλεβίτιδα με αποφρακτικά χαρακτηριστικά. Πρόκειται για μία νοσολογική οντότητα που μπορεί να προσβάλλει σχεδόν οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα, συνήθως με την μορφή ανώδυνων, υποξέων ή χρόνιων διηθητικών εξεργασιών, που συχνά μιμούνται κακοήθειες ή λοιμώδεις διεργασίες.¹⁻³

Η εμπλοκή των σιελογόνων αδένων, γνωστή και ως IgG4-σχετιζόμενη σιαλαδενίτιδα, εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή μονόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης διόγκωσης των μείζονων σιελογόνων αδένων. Η διάγνωση συχνά αποτελεί πρόκληση λόγω της απουσίας ειδικών συμπτωμάτων, ενώ η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως νεοπλασματικές, λοιμώδεις ή άλλες αυτοάνοσες παθήσεις, όπως το σύνδρομο Sjögren.^{4,5} Η τεκμηρίωση της διάγνωσης απαιτεί τον συνδυασμό απεικονιστικών, ορολογικών και κυρίως ιστοπαθολογικών κριτηρίων, με ιδιαίτερη έμφαση στη θετική ανοσοϊστοχημική χρώση για IgG4, όπου η παρουσία περισσότερων από 10-50 IgG4-θετικών πλάσματοκυττάρων ανά οπτικό πεδίο υψηλής ευκρίνειας και ο λόγος IgG4/IgG >40%, υποστηρίζουν τη διάγνωση.^{6,7}

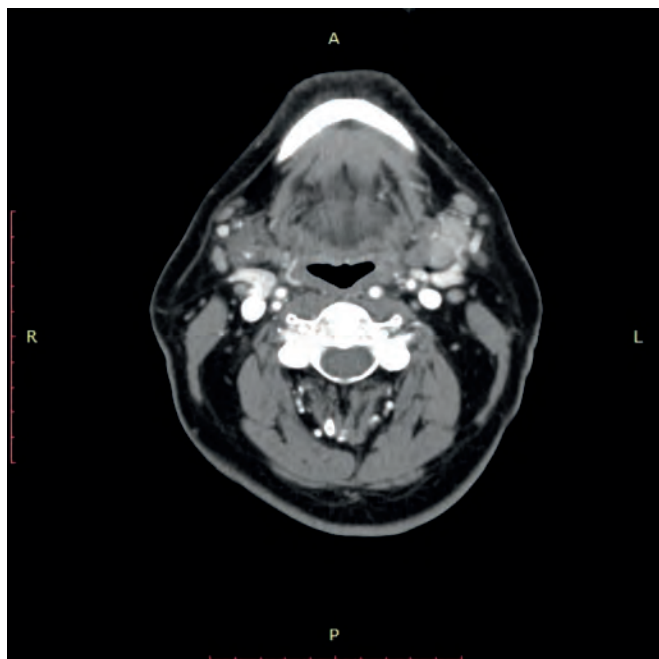
Στην παρούσα εργασία, παρουσιάζεται ένα κλινικό περιστατικό μεμονωμένης, ανώδυνης διόγκωσης του υπογνάθιου αδένα που αρχικά αξιολογήθηκε ως πιθανή νεοπλασία, τονίζοντας τη σημασία της ορθής διαφοροδιάγνωσης και της συνεργασίας μεταξύ

των ιατρικών ειδικοτήτων στην αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων. Επιπλέον, ακολουθεί συνοπτική ανασκόπηση της πρόσφατης εξέλιξης στην κατανόηση της IgG4-σχετιζόμενης νόσου, με έμφαση στην αναγνώρισή της, την ορολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές επιλογές που αφορούν τις εκδηλώσεις της νόσου από τους σιελογόνους αδένες.

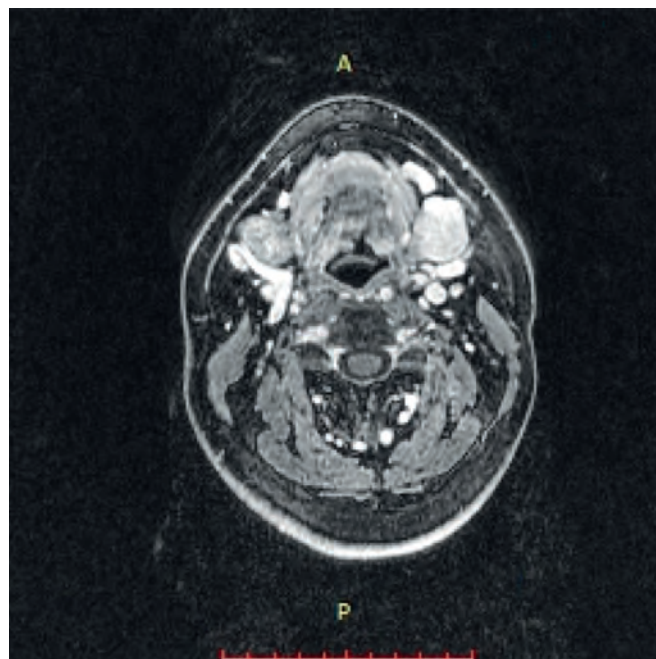
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Άρρεν 59 ετών παραπέμφθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του νοσοκομείου μας τον Ιανουάριο του 2025 λόγω ανώδυνης, υποξέως εγκατεστημένης διόγκωσης στην αριστερή υπογνάθια χώρα. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ψηλαφητή, ανώδυνη, κινητή μάζα, χωρίς φλεγμονώδη σημειολογία ή συνοδά συμπτώματα.

Ο ασθενής προσκόμιζε αξονική τομογραφία τραχήλου, η οποία είχε πραγματοποιηθεί αλθαχού και επιβεβαίωνε την παρουσία συμπαγούς μορφώματος διαμέτρου έως 3 cm, με ανομοιογενή σκιαγραφική πρόσληψη και απουσία στοιχείων σιαλολιθίασης ή λεμφαδενοπάθειας. Διενεργήθηκε συμπληρωματικά μαγνητική τομογραφία τραχήλου, η οποία ανέδειξε εστιακή αλλοίωση σφαιρικού σχήματος, με ομαλά σαφή όρια και καθ' υπεροχήν υψηλό σήμα στις ακολουθίες T2, εντός του αριστερού υπογνάθιου σιελογόνου αδένα, με μέγιστη κεφαλουραία διάμετρο 2,6 cm. (Εικόνα 1 και 2). Ακολούθησε υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση με λεπτή βελόνα (EUS-FNA), τα κυτταρολογικά ευρήματα της οποίας ανέδειξαν λεμφοκυτταρική διήθηση με κυτταρομορφολογικά χαρακτηριστικά λεμφοϋπερπλαστικής εξεργασίας.



Εικ. 1. CT τραχήλου με σκιαγραφικό: Συμπαγές μόρφωμα με ανομοιογενή σκιαγραφική ενίσχυση στον αριστερό υπογνάθιο σιελογόνο αδένα.



Εικ. 2. MRI τραχήλου: Εστιακή αλλοίωση με ομαλά σαφή όρια στον αριστερό υπογνάθιο σιελογόνο αδένα.

Πίνακας Ι Παθολογίες που εμπίπτουν στο φάσμα της IgG4-σχετιζόμενης νόσου

• Αυτοάνοση παγκρεατίτιδα τύπου Ι
• Σκληρυντική χολαγγειίτιδα
• Σκληρυντική σιαλαδενίτιδα/ Νόσος Mikulitz / Όγκος Küttner
• Σκληρυντική δακρυσαδενίτιδα
• Ιδιοπαθής διάμεση σωληναριακή νεφρίτιδα
• Θυρεοειδίτιδα Riedel
• Φλεγμονώδης ψευδοόγκος του πνεύμονα, μαστού, ήπατος
• Σκληρυντική μεσεντερίτιδα
• Οπισθο περιτοναϊκή ίνωση (νόσος του Ormond)
• Μέσο θωρακική ίνωση
• Φλεγμονώδες αορτικό ανεύρυσμα / Περιαορτίτιδα
• Πολυεστιακή ιδιοπαθής ινωδοσκληρίωση

Αποφασίστηκε η χειρουργική αφαίρεση του αριστερού υπογνάθιου σιελογόνου αδένα. Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό γενική αναισθησία, με αναγνώριση και διατήρηση των νευρικών δομών της περιοχής. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε λευκόφαιο, σκληρής σύστασης μώλωμα εξορμώμενο από τον αριστερό υπογνάθιο, η αποκόλληση του οποίου πραγματοποιήθηκε ευχερώς από τους πέριξ ιστούς. Το χειρουργικό παρασκεύασμα απεστάλη για ιστοπαθολογική εξέταση, η οποία ανέδειξε ευρήματα σκληρυντικής σιαλαδενίτιδας με έντονη λεμφοπλάσμα-τοκυτταρική διήθηση, περιοχές ίνωσης, καθώς και πληθώρα IgG4-θετικών πλάσματοκυττάρων, με λόγο IgG4/IgG >40% και >100 θετικά κύτταρα ανά οπτικό πεδίο. Τα ανωτέρω ευρήματα υποστήριξαν τη διάγνωση της IgG4-σχετιζόμενης σκληρυντικής νόσου (IgG4-related sclerosing sialadenitis).

Ο ασθενής ενημερώθηκε αναλυτικά για τη διάγνωση και τη φύση της πάθησης και στη συνέχεια παρεπέμφθηκε για ρευματολογική εκτίμηση και περαιτέρω έλεγχο για πιθανή πολυοργανική συμμετοχή της IgG4-RD.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η IgG4-σχετιζόμενη νόσος (IgG4-RD) αποτελεί μια χρόνια, ινωδοφλεγμονώδη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από (1) ογκόμορ-

φες βλάβες εστιακές ή διάχυτες, (2) πυκνές λεμφοπλάσμακυτταρικές διηθήσεις πλούσιες σε IgG4 θετικά πλάσματοκύτταρα, (3) ίνωση με σπειροειδές πρότυπο, (4) αποφρακτική φλεβίτιδα και (5) συχνά, αυξημένα επίπεδα IgG4 στον ορό.^{1,8} Περιγράφεται ως διακριτή νοσολογική οντότητα από το 2003, όταν διαπιστώθηκε ότι διάφορες φαινομενικά μη σχετιζόμενες παθολογίες δύναται να συνυπάρχουν σε ένα ποσοστό ασθενών.⁹ Οι συγκεκριμένες παθολογίες θεωρείται πλέον ότι εμπίπτουν στο φάσμα της IgG4-RD και περιλαμβάνονται στον Πίνακα Ι.

Αν και η ακριβής παθογένεια παραμένει αδιευκρίνιστη, φαίνεται πως εμπλέκεται μια τροποποιημένη Th2 ανοσολογική απόκριση, με ενεργοποίηση των T ρυθμιστικών κυττάρων και παραγωγή κυτοκινών όπως IL-4, IL-10 και TGF-β. Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν σε αυξημένη παραγωγή IgG4 και ινώδη αναδιαμόρφωση των ιστών.³ Παρά την τάση για αύξηση των επιπέδων IgG4 ορού, το συγκεκριμένο εύρημα δεν επαρκεί ως διαγνωστικό κριτήριο, καθώς μπορεί να αυξηθεί και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως συστηματικές αγγειίτιδες και νοσήματα του συνδετικού ιστού.¹⁰⁻¹²

Κλινικές εκδηλώσεις της IgG4-RD μπορεί να υπάρχουν από δύο ή περισσότερα όργανα ταυτόχρονα ή μετὰχρονα, ενώ σπάνια προσβάλλεται ένα μόνο όργανο. Η προσβολή της περιοχής της

Πίνακας II Σύγκριση των διαγνωστικών και ταξινομητικών κριτηρίων για την IgG4 σχετιζόμενη νόσο

Κριτήριο	ACR/EULAR (2019)	RCD – Ιαπωνικά (2020)
Σκοπός	Κριτήρια ταξινόμησης	Κριτήρια διάγνωσης
Σύστημα	Βαθμολογία (≥ 20 βαθμοί)	3 βασικά διαγνωστικά βήματα
Συμμετοχή οργάνων	Ναι, χαρακτηριστικά όργανα (π.χ. πάγκρεας, σιελογόνοι, δακρυϊκοί αδένες)	Συμμετρική και εμμονή διόγκωσης
Εξαίρεση άλλων νοσημάτων	Ναι (exclusion criteria)	Όχι (έμφαση στη θετική αναγνώριση)
Ευρήματα για διάγνωση	Συνδυασμός ιστολογικών και ορολογικών ευρημάτων	Έμφαση στα ιστολογικά ευρήματα IgG4+ κυττάρων
Ορολογικά ευρήματα	Αύξηση IgG4 ορού (βαθμολογείται, όχι απόλυτο)	Ορός IgG4 >135 mg/dL (απαραίτητο)
Πλεονέκτημα	Κατάλληλο για πολυκεντρικές μελέτες – διεθνής εφαρμογή	Εύκολη εφαρμογή στην κλινική πράξη

κεφαλής και του τραχήλου είναι σχετικά συχνή και εμφανίζεται ως μέρος της συστηματικής νόσου ή μεμονωμένα. Υπολογίζεται ότι έως και 40% των ασθενών με συστηματική IgG4-RD έχουν συμμετοχή των σιελογόνων αδένων¹³. Η IgG4-σχετιζόμενη σιαλαδενίτιδα (IgG4-RS), η αποδεκτή ονοματολογία για την προσβολή των σιελογόνων αδένων από IgG4-RD, ενσωματώνει πλέον τις ομώνυμες οντότητες της νόσου Mikulicz και του όγκου Küttner.

Η συχνή εντόπιση στους σιελογόνους αδένες, ιδίως στην παρωτίδα και τον υπογνάθιο αδέν, καθιστά σημαντική τη διαφορική διάγνωση από άλλες οντότητες. Η νόσος Mikulicz, που χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη διόγκωση δακρυϊκών και σιελογόνων αδένων, εντάσσεται σήμερα στο φάσμα της IgG4-RD και δεν θεωρείται πλέον παραλλαγή του συνδρόμου Sjögren. Η κλινική διάκριση μεταξύ των δύο είναι δύσκολη, αν και στο δεύτερο η ξηροστομία και η ξηροφθαλμία (sicca symptoms) είναι πιο έντονες λόγω καταστροφής του αδέν, ενώ παρατηρείται υπερχή στο γυναικείο φύλο. Επιπλέον, συχνά ανευρίσκονται αυτοαντισώματα όπως τα anti-SSA/SSB και δεν υπάρχει συσχέτιση με IgG4+ πλάσματοκύτταρα.⁷ Άλλες οντότητες που θα πρέπει να αποκλειστούν σε πολυαδενική ή διάχυτη IgG4-RS περιλαμβάνουν το λέμφωμα, τη σαρκοείδωση, την HIV λοίμωξη και τη σιάληση (σιαλαδένωση).¹⁴

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εμπλοκή του υπογναθίου σιελογόνου αδέν, ο οποίος μπορεί να προσβληθεί μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλους σιελογόνους αδένες. Η μορφή αυτή έχει ιστορικά περιγραφεί ως «όγκος Küttner» και αφορά κυρίως μεσήλικες άνδρες.¹⁵ Κλινικά εμφανίζεται ως επίμονη και συνήθως ετερόπλευρη διόγκωση, ενίοτε εμφανιζόμενη με δυσφορία κατά τη μάσηση λόγω αυξημένης έκκρισης σιέλου. Σε ποσοστό 70–80% παρατηρείται συμμετρική προσβολή, ενώ μονόπλευρες συμπαγείς μάζες μπορεί να προσομοιάζουν με όγκο.¹⁶ Δεδομένου μάλιστα ότι το 22-50% των όγκων του υπογναθίου αδέν είναι κακοήθεις η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι ζωτικής σημασίας.¹⁷ Το non-Hodgkin λέμφωμα καθώς και η χρόνια φλεγμονώδης σιαλαδενίτιδα, συχνά απότοκος σιαλοηθίτιδας, μπορεί επίσης εμφανιστούν με την ίδια κλινική εικόνα, όπως συνέβη και στο περιστατικό μας.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι μεμονωμένα δεν μπορούν να θέσουν διάγνωση IgG4-RD -με εξαίρεση την αυτοάνοση παγκρεατίτιδα τύπου I- μπορούν ωστόσο να παρέχουν χρήσιμα συμπληρωματικά δεδομένα. Τα απεικονιστικά ευρήματα σε IgG4-RS είναι μη ειδικά.¹⁸ Στις περιπτώσεις πολυαδενικής προσβολής αναδεικνύεται συνήθως διάχυτη ομοιογενής διόγκωση των μείζονων σιελογόνων αδένων χωρίς άλλα χαρακτηριστικά.

Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με το σύνδρομο Sjogren, το οποίο παρουσιάζει τη χαρακτηριστική ετερογενή εμφάνιση ("salt and pepper") στην αξονική και στη μαγνητική τομογραφία.¹⁹ Αντιθέτως, το λέμφωμα των σιελογόνων αδένων, με συχνότερη θέση εμφάνισης τις παρωτίδες, είναι δύσκολο να διακριθεί από την IgG4-RS στην απεικόνιση. Στις περιπτώσεις εντοπισμένης προσβολής του σιελογόνου αδένα το υπερηχογράφημα δείχνει μία μεταβλητού μεγέθους περιοχή μειωμένης ηχογένειας που αντιστοιχεί στην ψηλαφητή διόγκωση, με ήπια διάταση τμήματος του πόρου και αυξημένη αγγείωση κατά την αξιολόγηση με έγχρωμο Doppler.¹⁴ Αξίζει να αναφερθεί ότι σε πρόσφατη μελέτη με 12 ασθενείς με όγκο Küttner, οι συγγραφείς ακολουθώντας μόνο συγκεκριμένα υπερηχογραφικά κριτήρια, προχώρησαν σε διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών τους αποφεύγοντας άλλες παρεμβάσεις.²⁰ Η CT και η MRI παρουσιάζονται λιγότερο ειδικές. Μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού υπάρχει ήπια ενίσχυση του εμπλεκόμενου αδένα, σε σχέση με το παρακείμενο φυσιολογικό παρέγχυμα. Η MRI μπορεί να αποκαλύψει μια σχετικά υπόπυκνη μάζα στις T2 ακολουθίες, η οποία ενδέχεται να μη μπορεί να διαφοροδιαγνωστεί από το λέμφωμα σε αρκετές περιπτώσεις.¹⁴ Στο PET/CT scan τυπικά υπάρχει αυξημένη πρόσληψη FDG στους σιελογόνους αδένες που προσβάλλονται από IgG4-RD. Η χαμηλή όμως ειδικότητα του για την IgG4-RD, το καθιστά πιο χρήσιμο στη σταδιοποίηση της συγκεκριμένης νόσου και στην αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία.¹⁸

Τα επικρατέστερα διαγνωστικά εργαλεία είναι τα ACR/EULAR κριτήρια (2019)¹³ και τα αναθεωρημένα Ιαπωνικά κριτήρια (RCD, 2020).²¹ Τα πρώτα βασίζονται σε σύστημα βαθμολόγησης που συνυπολογίζει την προσβολή χαρακτηριστικών οργάνων, την απουσία αποκλειστικών παραγόντων και τη συνολική βαρύτητα κλινικών, απεικονιστικών και ιστολογικών ευρημάτων, με διαγνωστικό κατώφλι ≥ 20 βαθμούς. Τα Ιαπωνικά κριτήρια δίνουν έμφαση σε συμμετρική και επίμονη διόγκωση, IgG4 ορού >135 mg/dL και τυπικά ιστολογικά ευρήματα.²² Στον Πίνακα II, αναφέρονται οι διαφορές μεταξύ των διαγνωστικών εργαλείων.

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNAC) είναι συχνά το πρώτο βήμα στη διερεύνηση διογκώσεων του τραχήλου. Ωστόσο, πολλές φορές τα αποτελέσματα που λαμβάνουμε όσον αφορά τη διάγνωση της IgG4-RS είναι ασαφή, καθώς βασικά ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της ίνωσης και της αναλογίας των IgG4-θετικών πλάσματοςκυττάρων, δεν μπορούν να εκτιμηθούν. Αυτό το γεγονός θα μπορούσε να εξηγήσει τα στοιχεία που βρέθηκαν στην FNAC και στον ασθενή μας. Γενικά, έχει αποδειχθεί ότι είναι κατώτερη συγκριτικά με την ανοιχτή βιοψία στην ανίχνευση IgG4-RD, ιδίως σε παθήσεις των σιελογόνων αδένων.²³ Σίγουρα όμως είναι βοηθητική στον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων (π.χ. κακοθειών), αποτελώντας ένα γρήγορο, εύκολο και ανώδυνο διαγνωστικό εργαλείο. Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στη βιβλιογραφία σχετικά με την απόκτηση κατάλληλων δειγμάτων ιστού για την ιστολογική ταυτοποίηση της νόσου. Αξιόπιστα αποτελέσματα επιτυγχάνονται τόσο με διαδερμική βιοψία πυρήνα (core biopsy) όσο και με ανοικτή βιοψία,

αποφεύγοντας την ολική εκτομή των εμπλεκόμενων ιστών, ιδίως όσον αφορά τους υπογνάθιους ή δακρυϊκούς αδένες.²⁴ Τέλος, η υπογναθεκτομή επίσης περιγράφεται, εξασφαλίζοντας τη λήψη επαρκούς ιστού για οριστική διάγνωση και αποφεύγοντας τη διασπορά σε πιθανή ύπαρξη νεοπλασματος.²⁵

Η θεραπεία πρώτης γραμμής περιλαμβάνει συστηματικά κορτικοστεροειδή, με πρεδνιζολόνη σε δόση εφόδου και σταδιακή μείωση. Η ανταπόκριση είναι γενικά καλή, όμως η συχνότητα υποτροπών καθιστά αναγκαία τη μακροχρόνια αγωγή συντήρησης. Σε ανθεκτικές ή υποτροπιάζουσες περιπτώσεις, μπορεί να εξεταστεί η χρήση ανοσοτροποποιητικών ή βιολογικών παραγόντων (όπως rituximab), ιδίως όταν προσβάλλονται πολλαπλά όργανα ή υπάρχει έντονη ίνωση.^{26,27} Δεδομένου ότι η IgG4-RD αποτελεί μια συστηματική νόσο με υψηλή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, η χειρουργική παρέμβαση δεν περιλαμβάνεται στα συνήθη θεραπευτικά πρωτόκολλα, πέραν της βιοψίας (ανοιχτής ή/και βιοψία εκτομής) για διαγνωστικούς σκοπούς. Ο θεραπευτικός ρόλος της χειρουργικής παρέμβασης στη σιαλαδενίτιδα που σχετίζεται με IgG4-RD δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η IgG4-RD αποτελεί μια πρόσφατα αναγνωρισμένη οντότητα με ιδιαίτερη παθολογοανατομική και κλινική ταυτότητα. Η προσβολή των σιελογόνων αδένων, είναι συχνή και μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστική σύγχυση με άλλες νόσους. Η στενή συνεργασία ΩΡΛ και παθολογοανατόμων είναι κρίσιμη για την έγκαιρη ανagnώριση και κατάλληλη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

ΗΘΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Η παρούσα εργασία συμμορφώνεται με τις αρχές της Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, όπως αυτές ορίζονται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Έγινε σεβαστή η ιδιωτικότητα και η αξιοπρέπεια του ασθενούς, ενώ όλα τα δεδομένα παρουσιάζονται ανώνυμα. Δεν παραβιάστηκαν τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς και δεν προέκυψε καμία παρέμβαση που να εγκυμονεί κίνδυνο για την ιδιωτικότητά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stone JH, Zen Y, Deshpande V. IgG4-related disease. *N Engl J Med*. 2012;366:539–51.
2. Umehara H, Okazaki K, Masaki Y, Kawano M, Yamamoto M, Saeki T, et al. Comprehensive diagnostic criteria for IgG4-related disease (IgG4-RD), 2011. *Mod Rheumatol*. 2012;22:21–30.
3. Deshpande V, Zen Y, Chan JK, Yi EE, Sato Y, Yoshino T, et al. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. 2012;25:1181–92.
4. Yamamoto M, Takahashi H, Shinomura Y. Mechanisms and assessment of IgG4-related disease: lessons for the rheumatologist. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10:148–59.
5. Cheuk W, Chan JKC. IgG4-related sclerosing disease: a critical appraisal of an evolving clinicopathologic entity. *Adv Anat Pathol*. 2010;17:303–32.
6. Khosroshahi A, Bloch DB, Deshpande V, Stone JH. Rituximab therapy leads to rapid decline of serum IgG4 levels and prompt clinical improvement in IgG4-related systemic disease. *Arthritis Rheum*. 2010;62:1755–62.

7. Fragoulis GE, Zampeli E, Moutsopoulos HM. IgG4-related sialadenitis and Sjögren's syndrome. Oral Dis. 2017;23:152–6.
8. Thompson LDR. IgG4-Related Sialadenitis. Ear Nose Throat J. 2021;100:531S–532S.
9. Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, Eishi Y, Koike M, Tsuruta K, et al. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. J Gastroenterol. 2003;38:982–4.
10. Pieringer H, Parzer I, Wöhrer A, Reis P, Oppl B, Zwerina J. IgG4- related disease: an orphan disease with many faces. Orphanet J Rare Dis. 2014;9:110.
11. Della-Torre E, Lanzillotta M, Doglioni C. Immunology of IgG4-related disease. ClinExpImmunol. 2015;181:191–206.
12. Ryu JH, Horie R, Sekiguchi H, Peikert T, Yi ES. Spectrum of Disorders Associated with Elevated Serum IgG4 Levels Encountered in Clinical Practice. Int J Rheumatol. 2012;2012:232960.
13. Wallace ZS, Naden RP, Chari S, Choi HK, Della-Torre E, Dicaire JF, et al. The 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for IgG4-related disease. Ann Rheum Dis. 2020;79:77–87.
14. Thompson A, Whyte A. Imaging of IgG4-related disease of the head and neck. ClinRadiol. 2018;73:106–20.
15. Putra J, Ornstein DL. Küttner Tumor: IgG4-Related Disease of the Submandibular Gland. Head Neck Pathol. 2016;10:530–2.
16. Floreani A, Okazaki K, Uchida K, Gershwin ME. IgG4-related disease: Changing epidemiology and new thoughts on a multisystem disease. J TranslAutoimmun. 2021;4:100074.
17. Westergaard-Nielsen M, Godballe C, Eriksen JG, Larsen SR, Kiss K, Agander T, et al. Epidemiology, outcomes, and prognostic factors in submandibular gland carcinomas: a national DAHANCA study. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc Eufos Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg. 2023;280:3405–13.
18. Skillington SA, Ogden MA. IgG4-Related Disease and the Salivary Glands: A Review of Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Otolaryngol Clin North Am. 2021;54:497–508.
19. Shimizu M, Okamura K, Kise Y, Takeshita Y, Furuhashi H, Weerawanich W, et al. Effectiveness of imaging modalities for screening IgG4-related dacryoadenitis and sialadenitis (Mikulicz's disease) and for differentiating it from Sjögren's syndrome (SS), with an emphasis on sonography. Arthritis Res Ther. 2015;17:223.
20. Al-Deerawi Z, El-Badawi K, Shrivastava A, Barrak H. Kuttner's Tumor: A Case Series and Narrative Review on Diagnosis, Management, and Outcomes. J Clin Med. 2025;14:3208.
21. Umehara H, Okazaki K, Kawa S, Takahashi H, Goto H, Matsui S, et al. The 2020 revised comprehensive diagnostic (RCD) criteria for IgG4-RD. Mod Rheumatol. 2021;31:529–33.
22. Kogami M, Abe Y, Ando T, Makiyama A, Yamaji K, Tamura N. Performance of classification and diagnostic criteria for IgG4-related disease and comparison of patients with and without IgG4-related disease. Sci Rep. 2023;13:2509.
23. Liu Y, Yang F, Chi X, Zhang Y, Fu J, Bian W, et al. Needle biopsy compared with surgical biopsy: pitfalls of small biopsy in histological diagnosis of IgG4-related disease. Arthritis Res Ther. 2021;23:54.
24. Witte T, Schulze-Koops H. IgG4-related sialadenitis: IgG4 is helpful, but biopsies are still crucial. Arthritis Res Ther. 2015;17:368, s13075-015-0888–7.
25. Peuraharju E, Hagström J, Tarkkanen J, Haglund C, Atula T. IgG4-positive plasma cells in nonspecific sialadenitis and sialolithiasis. Mod Pathol. 2022;35:1423–30.
26. Ebbo M, Grados A, Samson M, Groh M, Loundou A, Rigolet A, et al. Long-term efficacy and safety of rituximab in IgG4-related disease: Data from a French nationwide study of thirty-three patients. Weber MS, editor. PLOS ONE. 2017;12:e0183844.
27. Khosroshahi A, Carruthers MN, Deshpande V, Unizony S, Bloch DB, Stone JH. Rituximab for the Treatment of IgG4-Related Disease: Lessons From 10 Consecutive Patients. Medicine (Baltimore). 2012;91:57–66.

Κριτήρια χαρακτηρισμού συγγραφέων

Κωσταρές Μιχαήλ 1,2 - Μηλιώνη Αθανασία 1,2,3 - Κουτραφούρης Ιωάννης 1,2,3

Συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης

Ο ασθενής παρέιχε πλήρως ενημερωμένη συναίνεση για τη χρήση των ιατρικών του δεδομένων με σκοπό τη συγγραφή της παρούσας εργασίας. Όλες οι πληροφορίες παρουσιάζονται ανώνυμα, διασφαλίζοντας την απόλυτη προστασία της ταυτότητάς του.

Δημοσιοποίηση οικονομικών πληροφοριών και δυνητική σύγκρουση συμφερόντων

Οι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν υπάρχουν οικονομικές υποστηρίξεις, χρηματοδοτήσεις ή άλλες σχέσεις που θα μπορούσαν να εμπενευθούν ως δυνητική σύγκρουση συμφερόντων σχετικά με την παρούσα εργασία.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες στον ασθενή για τη συνεργασία και την εμπιστοσύνη του. Ευχαριστούμε θερμά το Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Γ.Α.Ν.Π «Μεταξά» για την πολύτιμη συμβολή του στη διαγνωστική προσέγγιση και όλους τους συναδέλφους της Ω.Π.Α. Κλινικής του Γ.Α.Ν.Π «Μεταξά» για την επιστημονική υποστήριξη και συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια διαχείρισής του περιστατικού.

Μαστί Χριστίνα-Δέσποινα¹
Αναγνώστου Ευάγγελος²
Ηλιάδου Ελευθερία¹

¹Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική,
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Α' Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική,
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Μαστί Χριστίνα- Δέσποινα
despoinamasti@gmail.com
Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική,
Βασιλίσσης Σοφίας 114, 11524

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 46 - Τεύχος 2, 2025*

Masti Christina-Despoina¹
Anagnostou Evangelos²
Iliadou Eleftheria¹

¹First University ENT Clinic,
National and Kapodistrian
University of Athens

²First University Neurology Clinic,
National and Kapodistrian
University of Athens

Corresponding author:

Masti Christina-Despoina
despoinamasti@gmail.com
First University ENT Clinic,
114 Vasilissis Sofias Ave., 11524

*Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 46 - Issue 2, 2025*

Έγχυση βοτουλινικής τοξίνης υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση στη σπασμωδική δυσφωνία: Περιγραφή τεχνικής και κλινικών αποτελεσμάτων

Botulinum Toxin Injection under Electromyographic Guidance in Spasmodic Dysphonia: Technique Description and Clinical Outcomes

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σπασμωδική δυσφωνία είναι μία διαταραχή της φωνής που χαρακτηρίζεται από ακούσιες μυϊκές συσπάσεις στο λάρυγγα. Η ενδοχορδική έγχυση βοτουλινικής τοξίνης Α (ΒΤΑ) με τη βοήθεια ηλεκτρομυογραφήματος αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την παρουσίαση κλινικού περιστατικού της Α' Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής ΕΚΠΑ, σκοπός της μελέτης είναι να αναλυθούν τεχνικές ιδιαιτερότητες της μεθόδου, η επίδραση της θεραπείας στην ποιότητα φωνής, καθώς και η αναμενόμενη χρονική διακύμανση της αποτελεσματικότητας της.

Περιγραφή περιστατικού: Η μελέτη αφορά ασθενή με σπασμωδική δυσφωνία, που υπεβλήθη σε έγχυση ΒΤΑ στον θυρεοαρτενοειδή μυ άμφω υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση. Η ασθενής αξιολογήθηκε πριν και μετά την θεραπεία μέσω εύκαμπτης λαρυγγοσκόπησης και εργαλείων υποκειμενικής αντίληψης της ποιότητας φωνής (GRBAS, Voice Handicap Index-10 ή VHI-10). Τρεις ημέρες μετά την εφαρμογή ΒΤΑ, παρατηρήθηκε πλήρης λύση των σπασμών (από Grade 3, σε Grade 1). Οι αποτιμήσεις του VHI-10 έδειξαν σημαντική βελτίωση στην υποκειμενική αντίληψη της δυσφωνίας, τον ψυχισμό και την κοινωνική αλληλεπίδραση της ασθενούς. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας άρχισε να υποχωρεί 4 μήνες μετά. Μία νέα έγχυση πραγματοποιήθηκε με την ίδια τεχνική, με τα ίδια καλά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η ενδοχορδική έγχυση ΒΤΑ είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής θεραπευτική λύση στην σπασμωδική δυσφωνία, που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου και δεν απαιτεί νοσηλεία ή αναισθησία.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχές φωνής, λαρυγγική δυστονία, σπασμωδική δυσφωνία, βοτουλινική τοξίνη

SUMMARY

Introduction: Spasmodic dysphonia is a voice disorder characterized by involuntary muscle spasms in the larynx. Intrachordal injection of botulinum toxin A (BTA) under electromyographic guidance is one of the most effective treatments. Based on existing literature and the presentation of a clinical case from the 1st University ENT Clinic of NKUA, the aim of this study is to analyze the technical aspects of the method, the impact of treatment on voice quality, and the expected temporal variation in its effectiveness.

Case Description: The study concerns a patient with spasmodic dysphonia who underwent BTA injection into the thyroarytenoid muscle bilaterally under electromyographic guidance. The patient was evaluated before and after treatment using flexible laryngoscopy and subjective voice quality assessment tools (GRBAS, Voice Handicap Index-10 or VHI-10). Three days after BTA administration, complete resolution of spasms was observed (from Grade 3 to Grade 1). VHI-10 assessments showed significant improvement in the subjective perception

of dysphonia, psychological well-being, and social interaction of the patient. The effectiveness of the treatment began to decline four months later. A new injection was performed using the same technique, yielding equally positive results.

Conclusions: Intrachordal BTA injection is an effective and safe therapeutic option for spasmodic dysphonia, which can be performed on an outpatient basis without the need for hospitalization or anesthesia.

Keywords: Voice disorders, Spasmodic Dysphonia, Laryngeal Dystonia, Botulinum Toxin

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λaryγγική δυστονία, ή αλλιώς σπασμωδική δυσφωνία, είναι μια σχετικά σπάνια νευρολογική διαταραχή που επηρεάζει την ομιλία και κατ' επέκταση την ανθρώπινη επικοινωνία.^{1,2} Σύμφωνα με μελέτες, ο επιπολασμός της εκτιμάται σε περίπου 1 ανά 100.000 άτομα,³ καθιστώντας την, την τρίτη πιο συχνή μορφή εστιακής δυστονίας, μετά την αυχενική δυστονία και τον βλεφαρόσπασμο.¹ Η πάθηση αφορά και τα δύο φύλα, αλλά είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Η ηλικία εμφάνισης ποικίλλει, ωστόσο φαίνεται πως είναι πιο συχνή μετά την 4η δεκαετία της ζωής.¹ Χαρακτηρίζεται από ενδογενή υπερηλειτουργία των μυϊκών ομάδων του λάρυγγα και από ακούσιους σπασμούς αυτών. Ως αποτέλεσμα η φωνή εμφανίζει διακοπές και ακούγεται σπασμωδική, διακεκομμένη ή ακόμα και τραχιά.^{4,5}

Η διάγνωση της λaryγγικής δυστονίας απαιτεί συχνά περισσότερους από έναν εξειδικευμένους κλινικούς (λaryγγολόγος, λογοθεραπευτής, νευρολόγος), ενώ συχνά διαφεύγει της προσοχής και τα συμπτώματα αποδίδονται σε δυσφωνία μυϊκής τάσης ή ιδιοπαθή τρόπο.¹ Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει οριστική θεραπεία της νόσου. Η πιο συχνά εφαρμοσμένη θεραπεία είναι η ενδοχορδική έγχυση βοτουλινικής τοξίνης Α (ΒΤΑ) που βοηθά στην παροδική μείωση των σπασμών και τη βελτίωση της φωνής σε μεγάλη μερίδα ασθενών.⁶ Η ενδοχορδική έγχυση ΒΤΑ μπορεί να γίνει υπό γενική ή τοπική αναισθησία, υπό καθοδήγηση εύκαμπτης λaryγγοσκόπησης. Η ενδομυϊκή έγχυση μπορεί να πραγματοποιηθεί, επίσης, χωρίς καμία αναισθησία, με διατραχηλική πρόσβαση, υπό την καθοδήγηση ηλεκτρομυογραφίας (ΗΜΓ).⁷ Η τελευταία αυτή μέθοδος κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, καθώς διενεργείται σε βάση εξωτερικού ιατρείου, διαρκεί λίγα λεπτά, είναι πολύ καλά ανεκτή και παρέχει επαρκή ακρίβεια.⁸ Στην παρούσα μελέτη, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και την παρουσίαση κλινικής περίπτωσης ασθενούς της Α' Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής ΕΚΠΑ, θα αναλυθούν τεχνικές ιδιαιτερότητες της μεθόδου, η επίδραση της θεραπείας στην ποιότητα της φωνής, καθώς και η αναμενόμενη χρονική διακύμανση της αποτελεσματικότητας της.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

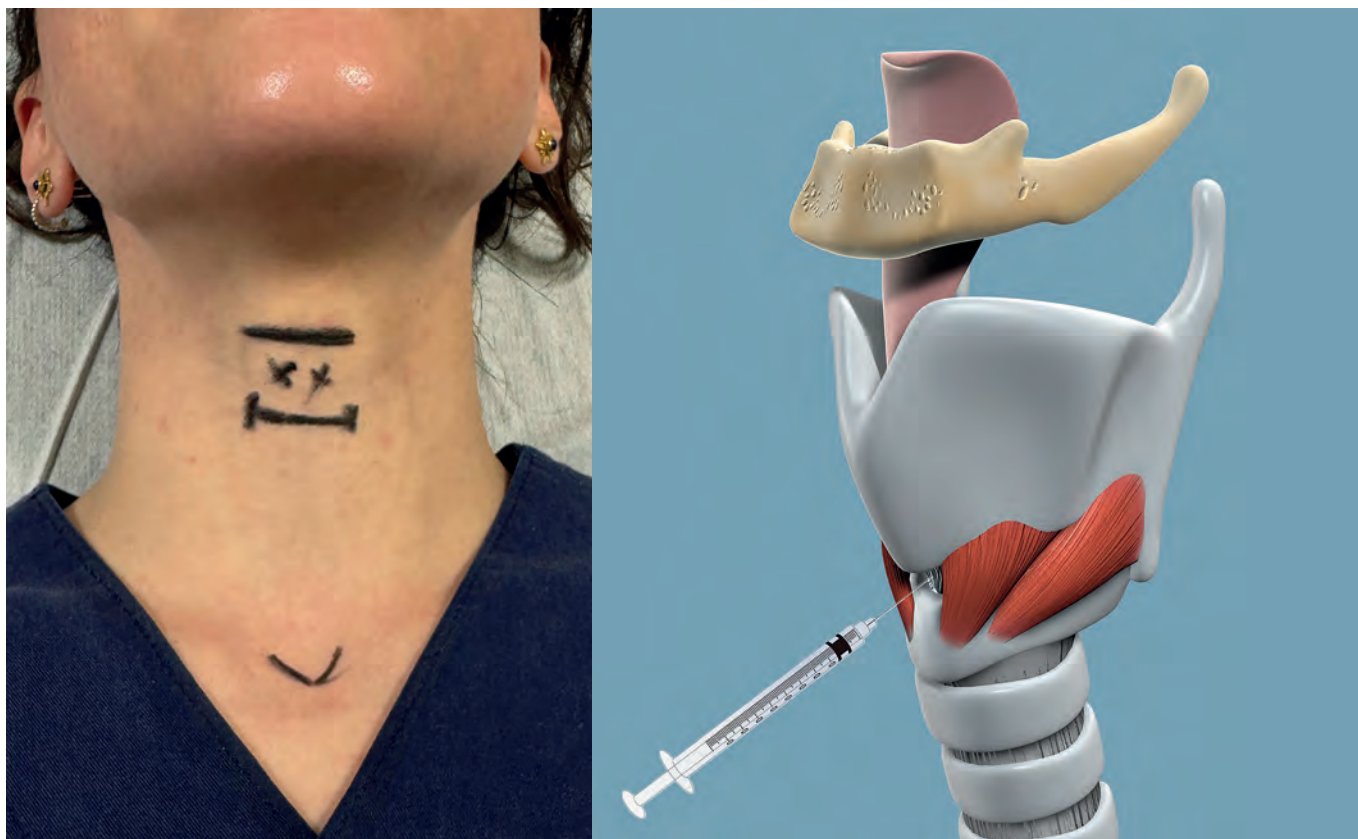
Παρουσιάζεται η περίπτωση μια 65χρονης γυναίκας, η οποία εμφάνισε πρώτη φορά συμπτώματα λaryγγικής δυστονίας προ 6ετίας (2019), χωρίς προγενέστερο ιστορικό δυσφωνίας, παθήσεων κεφαλής και τραχήλου ή άλλες γνωστές νευρολο-



Εικ.1. Βελόνα έγχυσης -ηλεκτροδίου, 27G, 27mmx0.40mm

γικές παθήσεις. Στο ιστορικό αναφέρεται περίοδος παρατεταμένου στρες, χωρίς άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Η ασθενής λάμβανε αντιπηκτική αγωγή για αρρυθμία, ενώ ανέφερε δυσλιπιδαιμία, υποθυρεοειδισμό υπό αγωγή και προηγούμενη σπονδυλοδεσία για κάκωση σπονδυλικής στήλης (Α4-6). Το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο.

Η διάγνωση της λaryγγικής δυστονίας τέθηκε το 2021, όταν η ασθενής παραπέμφθηκε για λογοθεραπεία, η οποία, βοήθησε σημαντικά στη διαχείριση της δυσφωνίας χωρίς, όμως, να την επιλύσει. Την ίδια εποχή, συζητήθηκε η ενδοχορδική έγχυση ΒΤΑ



Εικ. 2. Οδηγά σημεία: με x σημειώνονται τα σημεία εισαγωγής της βελόνης για την δεξιά και την αριστερή γνήσια φωνητική χορδή.

Με I—σημειώνεται ο κρικοειδής χόνδρος και με U— ο θυρεοειδής χόνδρος.

Εικ. 3. Σχηματικό διάγραμμα που απεικονίζει την προσπέλαση μέσω της κρικοθυρεοειδούς μεμβράνης προς τον θυρεοαρυταινοειδή μυ στη θεραπεία της λαρυγγικής δυστονίας προσαγωγών μυών.

υπό γενική ή τοπική αναισθησία με την καθοδήγηση λαρυγγοσκόπησης. Ωστόσο, η ασθενής επέλεξε τη μέθοδο της έγχυσης υπό καθοδήγηση ΗΜΓ και απευθύνθηκε σε Πανεπιστημιακό Κέντρο το εξωτερικού όπου διενεργήθηκαν 2 διαδοχικές εγχύσεις ΒΤΑ (3U Allergan Botox) στον θυρεοαρυταινοειδή μυ αμφοτερόπλευρα, με απόσταση 6 μηνών.

Οι εγχύσεις είχαν καλά αποτελέσματα που διήρκησαν 1.5 μήνα, ενώ δεν εμφανίστηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Με την έναρξη της λειτουργίας του Νευρολαρυγγολογικού Ιατρείου της Α΄ Πανεπιστημιακής ΩΡΛ Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, η ασθενής προσήλθε σε τακτικό ραντεβού για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση. Την ημέρα της εξέτασης, περισσότερους από 4 μήνες μετά την τελευταία θεραπεία στη Γερμανία, η φωνή εμφάνιζε συχνές διακοπές και μεγάλη τάση. Με βάση την κλίμακα GRBAS (Grade - Βαθμός, Roughness - Τραχύτητα, Breathiness - Ανανευυστικότητα, Asthenia - Αδυναμία, Strain-Τάση) που χρησιμοποιείται συχνά για την αξιολόγηση της ποιότητας της φωνής, η φωνή της ασθενούς

την ημέρα της εξέτασης χαρακτηρίστηκε ως G3R1B0A0S3.9 Το VHI-10 σκορ ήταν 36/40. Η εύκαμπτη λαρυγγοσκόπηση επιβεβαίωσε τη διάγνωση της σπασμωδικής δυσφωνίας (προσαγωγών μυών). Μετά από συζήτηση με την ασθενή πάνω στα οφέλη και τους κινδύνους κάθε μεθόδου διαχείρισης της πάθησης, αποφασίστηκε η ενδοχορδική έγχυση ΒΤΑ υπό την καθοδήγηση ΗΜΓ. Συστήθηκε παύση της αντιπηκτικής αγωγής, με τη σύμφωνη γνώμη του καρδιολόγου της ασθενούς, για 2 ημέρες πριν την έγχυση, και επαναχορήγηση το επόμενο πρωί.

Έπειτα από τις απαραίτητες διαδικασίες για την προμήθεια της ΒΤΑ από φαρμακείο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ηλεκτρονική προέγκριση, και στη συνέχεια ηλεκτρονική συνταγογράφηση), στις 23.07.2024 πραγματοποιήθηκε έγχυση 3U Allergan σε κάθε γνήσια φωνητική χορδή υπό την καθοδήγηση ΗΜΓ, στον χώρο του Ιατρείου Botox του Αιγινινταίου Νοσοκομείου. Προετοιμάστηκε διάλυμα 4 ml με συγκέντρωση 25U Botox / 1 ml φυσιολογικού ορού (0,9% NaCl). Στη συνέχεια, αναρροφήθηκε 1 ml αυτού του διαλύματος με μία σύριγγα του 1ml, και στερεώθηκε στην άκρη της σύριγγας

αυτής βελόνα ηλεκτροδίου (27G, 27mm x 0.40mm, Εικόνα 1), η οποία συνδέθηκε μέσω καλωδίου με τον ηλεκτρομυογράφο. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικλινή θέση με το κεφάλι ελαφρώς ανασκωμένο και σε έκταση προς τα πίσω για να επιτρέψει καλύτερη οπτική και προσβασιμότητα στην περιοχή της κρικοθυρεοειδούς μεμβράνης. Εντοπίστηκε ψηλαφητικά η ακριβής θέση της κρικοθυρεοειδούς μεμβράνης, περίπου 2-3 εκατοστά κάτω από το σαγόι, μεταξύ του θυρεοειδούς και του κρικοειδούς χόνδρου (Εικόνα 2). Πριν την ενδοχορδική έγχυση της τοξίνης, η βελόνα τοποθετήθηκε υπό γωνία 45 μοιρών λίγα χιλιοστά αριστερά της μέσης γραμμής και προωθήθηκε προς τον θυρεοαρτενοειδή μυ αριστερά (Εικόνα 3). Ζητήθηκε από την ασθενή να πει ένα παρατεταμένο “ι” για να επιβεβαιωθεί ηλεκτρομυογραφικά η σωστή τοποθέτηση της βελόνας. Μετά την έγχυση BTA αριστερά, η διαδικασία επαναλήφθηκε στην δεξιά πλευρά εισάγοντας την βελόνη λίγα χιλιοστά δεξιά της μέσης γραμμής. Η όλη διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας του διαλύματος και τοποθέτησης - συζήτησης με την ασθενή διήρκεσε 10’. Η ίδια η έγχυση διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας η ασθενής έφυγε χωρίς να χρειαστεί παρακολούθηση ή βραχεία νοσηλεία. Το επόμενο πρωί συνέχισε την αντιπηκτική της αγωγή.

Μετά την εφαρμογή της BTA, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα της φωνής της ασθενούς εντός 3 ημερών, με πλήρη λύση των σπασμών και ανακούφιση από τη δυσφωνία. Δεν παρατηρήθηκαν διαταραχές στην κατάποση ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Με βάση την ασθενή, η φωνή έφτασε τη βέλτιστη ποιότητα της 2-3 εβδομάδες μετά την έγχυση. Η εύκαμπτη λaryγγοσκόπηση έδειξε φυσιολογική κινητικότητα των γνησίων φωνητικών χορδών, ενώ η φωνή δεν εμφάνιζε σπασμούς ή αστάθεια και αξιολογήθηκε ως G1B0A0S1. Το VHI-10 σκορ ήταν 0/40. Η αποτελεσματικότητα της έγχυσης άρχισε να υποχωρεί στους 4 μήνες μετά, οπότε και μία νέα διαδικασία προμήθειας του BTA ενεργοποιήθηκε. Η δεύτερη έγχυση πραγματοποιήθηκε στις 06.12.2024 με την ίδια τεχνική που περιγράφεται παραπάνω, με τα ίδια καλά αποτελέσματα. Η ασθενής δηλώνει συνολικά ικανοποιημένη με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της μεθόδου, και με το γεγονός πως δε χρειάζεται νοσηλεία ή αναισθησία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση την παγκόσμια βιβλιογραφία η σπασμωδική δυσφωνία εμφανίζεται σε περίπου 1-7 στα 100.000 άτομα. Η συχνότητα ανάμεσα στα δύο φύλα είναι σε αναλογία 3:4 - θήλυ: άρρεν και η μέση ηλικία διάγνωσης τα 61 έτη.^{10,11} Πρόκειται για μια νόσο που συχνά υποδιαγιγνώσκεται, καθώς συγχέεται με δυσφωνία άλλης αιτιολογίας (π.χ. δυσφωνία μυϊκής τάσης). Επίσης, επειδή δεν απειλεί την ζωή, πολλοί ασθενείς προτιμούν την συντηρητική διαχείριση της δυσφωνίας χωρίς να αναζητούν εξειδικευμένη αξιολόγηση ή/και θεραπεία.¹² Σε μια πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική υπολογίστηκε πως οι ασθενείς χρειάζονται κατά μέσο όρο 53,21 μήνες (4,5 έτη) από την πρώτη επίσκεψη σε Γενικό Ιατρό έως ότου τεθεί η διάγνωση της σπασμωδικής δυσφωνίας και προταθούν λύσεις αντιμετώπισης. Αναφέρεται, μάλιστα, πως στο 31,4% των ασθενών αυτών προτάθηκε άλλη της θεραπείας εκλο-

γής, όπως αντιόξινα, αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή αλλαγή της διατροφής.¹³ Στην περίπτωση της ασθενούς που περιγράφεται εδώ η διάγνωση τέθηκε 2 χρόνια μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, έχοντας δει παραπάνω από 5 κλινικούς (ωτορινολaryγγολόγο, νευρολόγο, λογοθεραπευτή, παθολόγο).

Η σπασμωδική δυσφωνία χαρακτηρίζεται από ενδογενή υπερλειτουργία των μυϊκών ομάδων του λάρυγγα μόνο κατά την ομιλία, ενώ οι γνήσιες φωνητικές χορδές δεν φέρουν κάποια δομική παθολογία. Η παθοφυσιολογία της νόσου παραμένει ασαφής, ενώ φαίνεται να εμπλέκονται γενετικοί και νευρολογικοί παράγοντες. Τόσο η εμφάνιση της νόσου όσο και απόκριση στη θεραπεία έχει συσχετιστεί με το παρατεταμένο άγχος.^{2,4,5,14} Η λaryγγική δυστονία διακρίνεται σε δύο τύπους, την σπασμωδική δυσφωνία κατά την προσαγωγή (Adductor spasmodic dysphonia ή ADSD) και κατά την απαγωγή (abductor spasmodic dysphonia ή ABSD) των φωνητικών χορδών. Η ADSD προκαλεί ισχυρό κλείσιμο των φωνητικών χορδών και ακαμψία αυτών, παράγοντας έναν έντονο ήχο, «στραγγαλισμένη φώνηση» με σπασίματα στα φωνήεντα, και διακοπές στη ροή του λόγου. Αντίθετα η ABSD παράγει απότομο άνοιγμα στις φωνητικές χορδές με αποτέλεσμα την αδύναμη φώνηση, σπασίματα στα σύμφωνα και κοπιαστική αναπνευστική υπόπληξη φώνηση με απότομη διακοπή της ροής του λόγου. Αναφέρεται και λaryγγική δυστονία μικτού τύπου. Ο συχνότερος εμφανιζόμενος τύπος είναι η ADSD στο 85-90% των περιπτώσεων, ενώ η πιο σπάνια μορφή να είναι η μικτού τύπου.^{14,16}

Η διάγνωση της γίνεται με συνδυασμό στοιχείων του ιστορικού, ακρόαση της φωνής και λaryγγοσκόπηση κατά τη διάρκεια ανάγνωσης σταθμισμένων κειμένων. Η υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας της φωνής και της αναπνοής που προκαλεί η δυσφωνία στον ασθενή είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης. Στην κλινική μας χρησιμοποιούμε την υποκειμενική κλίμακα GRBAS, ενώ οι ασθενείς καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο VHI-10. Το VHI-10 είναι μια σύντομη και έγκυρη κλίμακα αυτοαναφοράς που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης που έχει η δυσφωνία στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις που αξιολογούν τη συναισθηματική (“πώς νιώθω για τη δυσφωνία”), λειτουργική (“πώς επηρεάζεται η καθημερινότητα μου”) και σωματική (“πώς βιώνω σωματικά τη δυσφωνία”) πτυχή της δυσφωνίας. Στη συνέχεια το θεραπευτικό πλάνο του ασθενούς σχεδιάζεται από διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει λaryγγολόγο, λογοθεραπευτή, και νευρολόγο - νευροφυσιολόγο.¹⁶

Μέχρι σήμερα, η θεραπεία εκλογής (gold standard) της ADSD είναι η έγχυση BTA στον θυρεοαρτενοειδή μυ (μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα).^{17,18} Η έναρξη της θεραπείας γίνεται με συντηρητική επιλογή της δόσης (1.5-2.5U) για αποφυγή εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Ελαφρώς αυξημένη είναι η δοσολογία στην ABSD, η οποία όμως αναφέρεται με μειωμένη αποτελεσματικότητα. Η έγχυση στην περίπτωση της ABSD γίνεται πάντα μονόπλευρα εντός του οπίσθιου κρικοαρτενοειδή μυός.¹⁹ Στο παρελθόν έχει δοκιμαστεί και η Βοτουλινική τοξίνη Β, η οποία εμφανίζει γρήγορη έναρξη δράσης και μικρή διάρκεια του αποτελέσματος σε σχέση με την Α, και για αυτό εγκαταλείφθηκε.¹⁸ Η χρήση BTA

στη σπασμωδική δυσφωνία είναι μια ασφαλής μέθοδος που περιγράφεται πρώτη φορά το 1984 από τον Blitzer et al.²⁰

Σε μια μελέτη του με 1300 ασθενείς σε περίοδο 24 ετών αναφέρεται πως η ανταπόκριση στην θεραπεία φθάνει το 91,2% του πληθυσμού, και η μέση διάρκεια του αποτελέσματος είναι 15,1 εβδομάδες (3.5 μήνες).^{21,22} Ο μηχανισμός δράσης της έγκειται στην αναστολή απελευθέρωσης ακετυλοχολίνης από τον κινητικό νευρώνα στην μυϊκή ίνα έτσι ώστε να μπλοκάρεται η κίνηση του μυ. 12 Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι μικρή εκχύμωση στο δέρμα της περιοχής της ένεσης, πονόλαιμος που διαρκεί λίγες ώρες, παροδική και ήπια δυσκαταποσία και δυσφωνία. Άλλες θεραπευτικές επιλογές στην ASSD περιλαμβάνουν χειρουργικές τεχνικές, όπως η θυρεοειδαστική τύπου II, η διατομή του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου και η μυτομή του θυρεοαρτενοειδούς, που όμως απαιτούν νοσηλεία και μπορεί να έχουν επίπτωση στην ποιότητα της φωνής.^{23,24,25,26,27} Επιπλέον, αναφέρονται περιπτώσεις όπου παρά την χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής συνέχισε να χρειάζεται περιοδικά θεραπεία με έγχυση BTA.

Στην κλινική περίπτωση που παρουσιάζεται εδώ, η έγχυση BTA πραγματοποιήθηκε σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου υπό ηλεκτρομυογραφική καθοδήγηση με εξαιρετικά αποτελέσματα και χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αποτελεσματικότητα του BTA ακολούθησε την τυπική χρονική διακύμανση και τα στάδια που περιγράφονται στη βιβλιογραφία.²⁸ Στο άμεσο στάδιο (0-3 ημέρες) δεν παρατηρείται κάποια αλλαγή στη φωνή. Στην πρώιμη φάση δράσης (3-14 ημέρες), οι ασθενείς μπορεί να βιώσουν αδυναμία της φωνής ή δυσκολία στην κατάποση κυρίως των υγρών. Κατά το στάδιο κορύφωσης της δράσης η φωνή είναι βέλτιστη. Η φάση αυτή ξεκινά μετά την δεύτερη εβδομάδα και η διάρκεια της ποικίλει από 6 έως 12 εβδομάδες.^{29,30} Τέλος, κατά τη διάρκεια του σταδίου της υποχώρησης της δράσης του BTA, επανεμφανίζονται σταδιακά οι διακοπές και η τάση της φωνής έως ότου η δυσφωνία φθάσει στα προ της έγχυσης επίπεδα. Η νέα έγχυση BTA προγραμματίζεται 4-6 μήνες μετά την προηγούμενη θεραπεία, με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και την χρονική διακύμανση της ποιότητας της φωνής του. Στην κλινική περίπτωση που περιγράφεται εδώ, η ποιότητα της φωνής άρχισε σταδιακά να επιδεινώνεται 3 μήνες μετά την έγχυση με την εμφάνιση σπάνιων «σπασισμάτων» (pitch breaks), που δεν παρεμπόδιζαν την επικοινωνία. Η φωνή επέστρεψε στα προ της έγχυσης επίπεδα λίγες ημέρες πριν την δεύτερη έγχυση, δηλαδή 4 μήνες μετά την αρχική θεραπεία. Η ασθενής δηλώνει ικανοποιημένη με την ασφάλεια και ευκολία της μεθόδου που επιλέχθηκε για αυτήν, καθώς και με την διάρκεια του αποτελέσματος. Είναι πολύ σημαντικό οι ασθενείς να λαμβάνουν θεραπεία με ρυθμό που να σταθεροποιεί για μεγάλα διαστήματα την φωνή τους, καθώς στην αντίθετη περίπτωση επηρεάζεται συνολικά η ποιότητα ζωής τους, με επεισόδια απομόνωσης, κοινωνικής απόσυρσης και μειωμένης επιθυμίας για εργασία.³¹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μέχρι σήμερα, η περιοδική ενδοχορδική έγχυση BTA υπό την καθοδήγηση ΗΜΓ θεωρείται η θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με σπασμωδική δυσφωνία. Πρόκειται για μια μέθοδο ευρέως δι-

αδεδομένη που εφαρμόζεται και στην Α' Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική ΕΚΠΑ. Έχει ασφαλή αποτελέσματα, δεν απαιτεί γενική ή τοπική αναισθησία, και είναι καλώς ανεκτή από τους ασθενείς. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το προσωρινό της αποτέλεσμα, το υψηλό της κόστος, όπου όμως καλύπτεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και η ανάγκη συχνά 1-3 δοκιμών έως ότου οριστεί η καταλληλότερη δοσολογία που διασφαλίζει το μέγιστο αποτέλεσμα με απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών. Επιπλέον, απαιτείται εξειδικευμένος εξοπλισμός (ηλεκτρομυογράφος), ενώ προτιμάται συνεργασία με ειδικό νευρολόγο - νευροφυσιολόγο. Παρ' όλα αυτά, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους, η ενδοχορδική ένεση BTA υπό ΗΜΓ δείχνει να υπερτερεί γιατί το κόστος της περιορίζεται στο κόστος αναλγησίων, και όχι νοσηλείας ή χειρουργικών εργαλείων, και επιπλέον συνδυάζει ακρίβεια έγχυσης, παροδική αλλά σημαντική ανακούφιση από τη δυσφωνία, και άμεση ανάρρωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Simonyan K, Barkmeier-Kraemer J, Blitzer A, Hallett M, Houde J, Jacobson Kimberley T, et al. Laryngeal Dystonia: Multidisciplinary Update on Terminology, Pathophysiology, and Research Priorities. *Neurology* 2021; 96:989-1001.
2. Hintze JM, Ludlow CL, Bansberg SF, Adler CH, Lott DG. Spasmodic Dysphonia: A Review. Part 1: Pathogenic Factors. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery* 2017; 157:551-557.
3. Ludlow CL, Adler CH, Berke GS, Bielamowicz SA, Blitzer A, Bressman SB, et al. Research priorities in spasmodic dysphonia. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery* 2008; 139:495-505.
4. Sanuki T. Spasmodic dysphonia: An overview of clinical features and treatment options. *Auris Nasus Larynx* 2023; 50:17-22.
5. Tokashiki R. Spasmodic Dysphonia. *Brain Nerve*. 2023; 75:15-22.
6. Pirio Richardson S, Wegele AR, Skipper B, Deligtisch A, Jinnah HA. Dystonia treatment: Patterns of medication use in an international cohort. *Neurology* 2017; 88:543-550.
7. Kaderbay A, Righini CA, Castellanos PF, Atallah I. Office-based endoscopic botulinum toxin injection in laryngeal movement disorders. *European Annals Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2018; 135:205-207.
8. van Esch BF, Wegner I, Stegeman I, Grolman W. Effect of Botulinum Toxin and Surgery among Spasmodic Dysphonia Patients: A Systematic Review. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2017; 156:238-254.
9. Miyamoto S, Kitamura T, Ishi S. A perceptual scale for voice quality assessment. *Journal of Voice* 1996; 10:122-128.
10. Ozgursoy SK, Vargas ER, Heckman MG, Rutt AL. Demographics and coexisting tremor, cervical dystonia and vocal fold disorders in a group of patients with spasmodic dysphonia. *Acta Oto- Laryngologica* 2020; 40:198-203.
11. Hyodo M, Hisa Y, Nishizawa N, Omori K, Shiromoto O, Yumoto E et al. The prevalence and clinical features of spasmodic dysphonia: A review of epidemiological surveys conducted in Japan. *Auris Nasus Larynx*. 2021; 48:179-184.

12. Choudhury S, Baker MR, Chatterjee S, Kumar H. Botulinum Toxin: An Update on Pharmacology and Newer Products in Development. *Toxins* 2021; 13:58.
13. Creighton FX, Hapner E, Klein A, Rosen A, Jinnah HA, Johns MM. Diagnostic Delays in Spasmodic Dysphonia: A Call for Clinician Education. *Journal of Voice* 2015; 29:592-594.
14. Kaye R, Blitzer A. Chemodenerivation of the Larynx. *Toxins* 2017; 9:356
15. Samaha M, Remacle M. Coagulation of posterior cricoarytenoid muscles for abduction spasmodic dysphonia. *European Archives of Oto- Rhino- Laryngology* 2021; 278:839-841.
16. Rosen CA, Lee AS, Osborne J, Zullo T, Murry T. Development and Validation of the Voice Handicap Index-10. *Laryngoscope*. 2004; 114:1549-1556.
17. Upile T, Elmiyeh B, Jerjes W, Prasad V, Kafas P, Abiola J, et al. Unilateral versus bilateral thyroarytenoid Botulinum toxin injections in adductor spasmodic dysphonia: A prospective study. *Head and Face Medicine* 2009; 5:20.
18. Khan HA. Use of Botulinum Toxin in Spasmodic Dysphonia: A Review of Recent Studies. *Cureus* 2023; 7:15.
19. Hyodo M, Hirose K, Nagao A, Nakahira M, Kobayashi T. Botulinum Toxin Therapy for Spasmodic Dysphonia in Japan: The History and an Update. *Toxins* 2022; 14:451.
20. Blitzer A, Brin MF, Fahn S, Lovelace RE. Clinical and laboratory characteristics of focal laryngeal dystonia: study of 110 cases. *Laryngoscope* 1988; 98:636-640.
21. Blitzer A. Spasmodic dysphonia and botulinum toxin: Experience from the largest treatment series. *European Journal of Neurology* 2010; 17:28-30.
22. Hyodo M, Asano K, Nagao A, Hirose K, Nakahira M, Yanagida S, et al. Botulinum toxin therapy: A series of clinical studies on patients with spasmodic dysphonia in Japan. *Toxins*. 2021; 13:840.
23. Tateya I, Omori K, Kojima H, Naito Y, Hirano S, Yamashita M, et al. Type II thyroplasty changes cortical activation in patients with spasmodic dysphonia. *Auris Nasus Larynx*. 2015; 42:139-144.
24. Schiratzki H, Fritzell B. Treatment of spasmodic dysphonia by means of resection of the recurrent laryngeal nerve. *Acta Oto-Laryngologica* 1988; 105:115-117.
25. Sanuki T. Spasmodic dysphonia: An overview of clinical features and treatment options. *Auris Nasus Larynx*. 2023; 50:17-22.
26. Ryan W, Alnouri G, Sataloff RT. Neurectomy and Myomectomy for Treatment of Spasmodic Dysphonia. *Journal of Voice* 2024; 38:239-242.
27. Gandhi S, Bhatta S, Ganesuni D, Ghanpur AD, Saindani SJ. Pre- and Postoperative High-Speed Videolaryngoscopy Findings in Adductor Spasmodic Dysphonia Following Transoral CO₂ LASER-Guided Thyroarytenoid Myoneurectomy. *Journal of Voice* 2023; 37:128-133.
28. Hirose K, Asano K, Sakaguchi M, et al. Post-treatment clinical course following botulinum toxin injection therapy for adductor spasmodic dysphonia: Analysis of data from a placebo-controlled, randomized, double-blinded clinical trial in Japan. *Laryngoscope Investigate Otolaryngology* 2021; 6:1088-95.
29. Dressler D, Adib Saberi F, Rosales RL. Botulinum toxin therapy of dystonia. *Journal of Neural Transmission* 2021; 128:531-537.
30. Pirazzini M, Montecucco C, Rossetto O. Toxicology and pharmacology of botulinum and tetanus neurotoxins: an update. *Archives of Toxicology* 2022; 96:1521-1539.
31. Faham M, Ahmadi A, Silverman E, Harouni GG, Dabirmoghaddam P. Quality of Life After Botulinum Toxin Injection in Patients with Adductor Spasmodic Dysphonia; a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Voice* 2021; 35:271-283.

Πάντος Παύλος¹
 Αστράκα Βερόνικα¹
 Γκουτζάνη Ζαχαρούλα-Δήμητρα¹
 Τζαβάρα Ευγένεια¹
 Παπαχαράλαμπος Γεώργιος¹
 Χρυσοβέργης Αριστείδης¹
¹ΩΡΛ Κλινική,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ελπίς"

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
 Πάντος Παύλος, Επιμελητής Β', ΩΡΛ Κλινική,
 Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ελπίς", 11522,
 Αθήνα. Τηλ. +302106494000,
 e-mail : pavlospantos18@gmail.com

*Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
 Τόμος 46 - Τεύχος 2, 2025*

Pantos Pavlos¹
 Astraka Veronika¹
 Gkoutzani Zacharoula-Dimitra¹
 Tzavara Evgeneia¹
 Papacharalampous Georgios¹
 Chrysovergis Aristeidis¹
¹ENT Department, "Elpis"
 General Hospital of Athens

Corresponding author:
 Pantos Pavlos, Consultant,
 ENT Department,
 "Elpis" General Hospital of Athens, 11522,
 Athens. Tel. +302106494000,
 e-mail : pavlospantos18@gmail.com

*Hellenic Otorhinolaryngology,
 Volume 46 - Issue 2, 2025*

Posterior ethmoid mucocoele in a patient with recurrent diplopia

Βλεννοκήλη οπισθίων ηθμοειδών κυψελών σε ασθενή με υποτροπιάζουσα διπλωπία

ABSTRACT

Introduction: Mucocoeles are cystic lesions of the paranasal sinus that contain mucinous material of variable viscosity. They most commonly develop as a result of previous surgery in the sinonasal tract or head trauma. Symptoms may vary depending on size and location of the mass. Diagnosis is based on thorough history taking, clinical and imaging examination. Definite treatment is surgical. Urgent intervention is necessary in case of brain or orbital involvement. In this article, we present a case of 47-year old patient with a posterior ethmoid mucocoele who had no history of trauma or previous operation. We also attempt to highlight the most popular theories of pathogenesis and the key steps for optimal management of the disease.

Case report: A 47-year-old patient presented with a 12-month history of nasal obstruction, discharge and recurrent diplopia. Rhinoscopy revealed mucosal swelling and thick secretions. CT and MRI were performed showing a large mucocoele occupying the left posterior ethmoid region with co-existent remodelling of the ipsilateral lamina papyracea.

Conclusion: Although mucocoeles benign lesions they require a high index of clinical suspicion for diagnosis. Treatment is surgical and includes wide marsipularization, in order to establish proper aeration of the affected sinus and minimize the risk of recurrence.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι βλεννοκήλες είναι κυστικά μορφώματα των παραρρινίων κόλπων τα οποία περιέχουν βλεννώδες υλικό ποικίλου ιξώδους. Αναπτύσσονται κατά κύριο λόγο ως αποτέλεσμα προηγούμενης επέμβασης ή τραύματος στην κεφαλή. Η συμπτωματολογία ποικίλει αναλόγως του μεγέθους και της εντόπισης. Η διάγνωση στηρίζεται στη λήψη ενδελεχούς ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον απεικονιστικό έλεγχο. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Η επείγουσα παρέμβαση καθίσταται απαραίτητη σε περίπτωση ενδοκράνιας ή ενδοκογχικής επιπλοκής. Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζουμε την περίπτωση μίας ασθενούς 47 ετών με βλεννοκήλη στις οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες χωρίς ιστορικό χειρουργείου ή τραύματος.

Παρουσίαση περιστατικού: Ασθενής 47 ετών προσήλθε αναφέροντας από έτους ρινική απόφραξη με συνοδές εκκρίσεις και υποτροπιάζοντων επεισόδια διπλωπίας. Η ενδοσκόπηση ανέδειξε οίδημα του ρινικού βλεννογόνου και παρουσία εκκρίσεων αριστερά. Η Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία ανέδειξαν ευμεγέθη βλεννοκήλη στα οπίσθια ηθμοειδή αριστερά με συνοδό λήπτυνση του παρυώδους πετάλιου.

Συμπέρασμα: Παρότι καλοήθεις εξεργασίες, οι βλεννοκήλες απαιτούν υψηλό δείκτη κλινικής υποψίας και εγρήγορσης. Η θεραπεία είναι χειρουργική και περιλαμβάνει μαρσιποποίηση με στόχο την εξασφάλιση επαρκούς αερισμού των παραρρινίων και την ελαχιστοποίηση του ρίσκου υποτροπής.

INTRODUCTION

Mucoceleles are non-neoplastic cystic lesions that result from mucus accumulation. Their most common location is the frontal sinus followed by the fronto-ethmoidal complex¹. Mucoceleles' exact pathogenesis has not been fully understood, although obstruction of the sinus' outflow tract is a widely accepted mechanism. Diagnosis is based on physical examination and radiographic evaluation which is based on characteristic features in CT and MRI. Although benign, mucoceleles can cause significant complications from surrounding structures, such as brain and orbit. Their treatment depends on factors, including mass's size and location and variations in paranasal anatomy.

CASE DESCRIPTION

A 47-year-old patient presented at the outpatient clinic complaining for nasal congestion and purulent discharge over the past 12 months. She also mentioned recurrent episodes of diplopia. No other neurological symptoms were described. No history of head trauma or surgery was documented. No comorbidities were present.

Nasal endoscopy revealed mucosal oedema in the left middle meatus along with the presence of thick yellowish secretions (Fig 1). Visual acuity, colour discrimination and ocular movement were normal. No signs of orbital swelling or proptosis were identified. The patient mentioned diplopia on the right lateral gaze. Neurologic assessment was otherwise normal.

CT scan revealed an homogenous, isodense mass occupying the left posterior ethmoid cells with subsequent thinning of the bone of lamina papyracea (Fig.2a). On MRI, the mass appeared hypointense on T1 and hyperintense with a central zone of hypo intensity on T2 (Fig. 2b,c). A clear plane between the mass and the left medial rectus muscle was identified. No infiltration of the anterior cranial fossa dura was documented.

Endoscopic sinus surgery was opted and informed consent was obtained. Left maxillary antrostomy was initially performed. Removal of the anterior ethmoid cells was followed by enlargement of the sphenoid ostium and identification of the skull base at the level of the planum sphenoidale. A large mucocele in the superior meatus was recognised and marsupialised. Yellowish material of high viscosity was drained. Lamina papyracea and fovea ethmoidalis were intact (Fig.3). Nasal packing was not applied.

Patient was discharged on postoperative day¹. Follow - up examination has not revealed any signs of recurrence. The patient has mentioned improvement of her sinonasal symptoms and resolution of her diplopia.

DISCUSSION

Mucoceleles are accumulations of mucous and epithelial cells which develop as a result of sinus ostia obstruction. Although they have been recognized from as early as 1524, their first medical documentation took place in 1725². Langenbach described paranasal mucoceleles under the name of hydatids. The term "mucocele" was first introduced by Roulette in 1909.

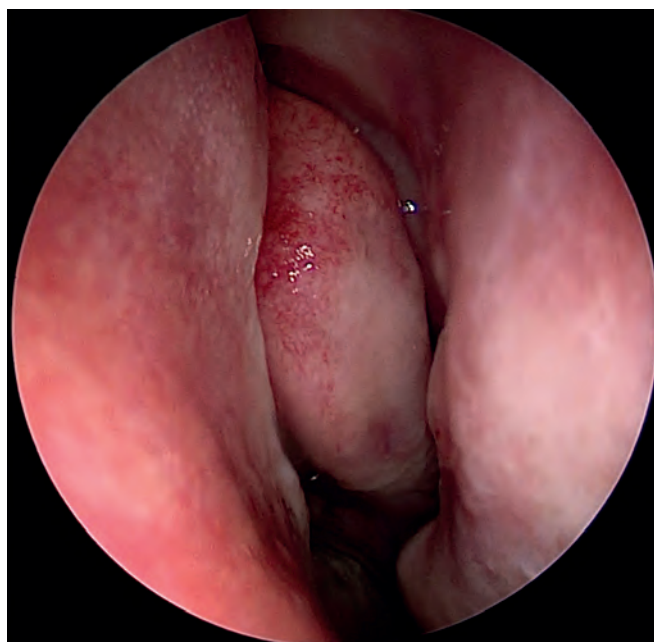


Fig.1 Preoperative endoscopic image of the left nasal cavity showing diffuse mucosal oedema and hyperaemia

The incidence of paranasal mucocele is highest in the fifth and sixth decades of life³. There is no sex preponderance⁴. Frontal, ethmoid, maxillary and sphenoid sinus are affected in descending frequency.

Pathogenesis of paranasal mucoceleles is not fully elucidated. The first step involves obstruction of the sinus' outflow pathway resulting in mucous accumulation. Obstruction can occur as a sequelae of trauma, previous sinonasal surgery, inflammation or mass development. Mucous retention stimulates the release of inflammatory cytokines, which promote the chemotaxis of immune cells, such as monocytes and lymphocytes. Apart from that, cytokines which induce bone remodelling, eg. IL-1 and TNF- α , have been identified within the epithelial lining of the mucoceleles. In addition, high levels of prostaglandin E2 play a key role in osteolytic process, explaining the aggressive behaviour of the mucoceleles³. Danielides et al. found that the levels of periostin in tissue samples obtained from mucoceleles during functional endoscopic sinus surgery were significantly higher compared to controls. As an extracellular protein, periostin is upregulated by IL-4 and IL-13 and can promote collagen deposition and fibrotic remodelling⁵.

Several factors can lead to mucocele formation. In a series of 185 patients presented with mucocele, Bockmuhl et al. revealed that 66% had undergone previous nasal surgery and 14% reported prior head trauma⁶. According to the literature, only 1-5% of the cases are related to tumours and approximately 15% of mucoceleles develop spontaneously. In our case, no history of previous surgery or trauma in the sinonasal tract was reported. Moreover, no tumour development was identified.

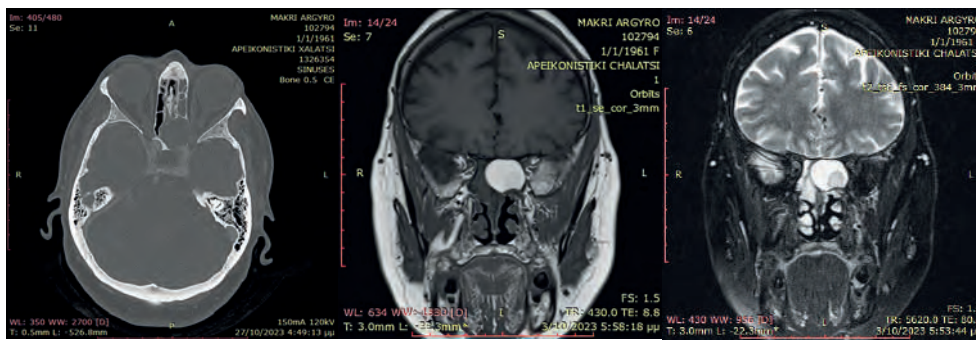


Fig.2 Mucocoele of the left posterior ethmoid region

A) Axial CT showing well circumscribed mass with thinning of the lamina papyracea

B, C) Coronal MRI showing the same lesion with low signal intensity in T1 and high intensity in T2 sequence

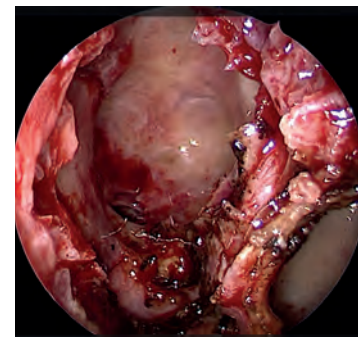


Fig.3 Endoscopic image at the end of the operation. The anterior wall of the mucocoele has been removed and the mucous has been drained

Radiologic investigation is a key step in diagnosis of mucocoeles. CT scan usually reveals a well circumscribed lesion with expansion of the involved sinus and concurrent bone remodelling. Features such as bone erosion and infiltration of surrounding structures should raise the suspicion for malignancy. MRI should be performed when there is uncertainty regarding the findings of the CT scan. Mucocoeles are generally hypointense in T1 and hyperintense in T2 sequence. Any combination of intensity can be observed depending on the viscosity and degree of hydration of mucocoele's contents⁷. Post- contrast peripheral enhancement is indicative of pyocoele formation.

Although benign, mucocoeles can result in serious complications, either due to mucous accumulation and expansion or due to superinfection. Complications can be classified into orbital, intracranial and other osseous. Complication rates are quite variable. Waizer-Haiat et al. reported rates of 46% intra-orbital and 8% of intra-cranial extension⁸. Our patient mentioned recurrent diplopia, which could be attributed to the compression of orbital contents by the expanded ethmoidal mucocoele. Nevertheless, visual acuity and colour discrimination were found to be normal and imaging studies did not show any signs of orbital inflammation. Surgery is the mainstay of treatment for paranasal mucocoeles. It involves wide marsipularization of the mucocoele in order to establish adequate ventilation in the affected sinus and relieve the pressure on the surrounding structures. Endoscopic sinus surgery is the method of choice since it allows for excellent visualisation of the surgical field and minimal injury to the surrounding tissues during dissection. It has been related to fewer complications, quick recovery and excellent cosmetic results. The choice of operation may vary according to size and location of the lesion and the presence of complication. Previous operations in the sinonasal tract and mass progression can lead to significant alteration of the normal anatomy and compromise of key anatomical landmarks. Since our patient did not have any history of surgery or trauma, we did not encounter any difficulties in terms of orientation during the procedure. Interestingly, we

found that the lamina papyracea was intact, yet paper-thinned on palpation in the posterior ethmoid region.

The importance of regular follow-up is indisputable. Devars du Mayne et al. reported 23.5% rate of recurrence, with a mean interval of 4 years after the operation⁹. Extensive tissue damage during surgery can lead to fibrosis and stenosis of the outflow tracts. This results in impairment of the sinus' pneumatization and mucus stasis. Bacterial colonization and subsequent release of inflammatory cytokines come with a higher possibility of mucocoele recurrence.

REFERENCES

1. Chowdhury R., Aldajani A., Almhamedi H., Al Majid D., Tewfik M.A., Himdi L.. Paranasal Sinus Mucocoeles With Intraorbital and Intracranial Involvement : A Case Series Analysis and Surgical Outcomes Assessment. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2025; 134 : 225-233
2. Palladino C.T., Law H.W., Herfort P.O., Seo S.S. Frontal Sinus Mucopyocoele Presenting as a Painful Subcutaneous Forehead Mass in a Patient with Chronic Sinusitis. *Rhode Island Medical Journal*. 2024
3. Plantier D.B., Neto D.B., Pinna F., Voegels R.L. Mucocoele : Clinical Characteristics and Outcomes in 46 Operated Patients. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2019; 23 : 88-91
4. Alis E.H. Post Traumatic Frontal Sinus Mucocoele with Subcutaneous Extension : A Case Report and Literature Review. *International Medical Case Reports Journal*. 2023; 16 : 599-604
5. Danielides G., Gatsounia A., Kyriakopoulos G., Stathopoulos C., Naxakis S., Lygeros S. Serum and Tissue Periostin Expression in Unilateral Benign Lesions of the Nose and the Paranasal Sinuses. *Journal of Personalized Medicine*. 2024; 14 : 1156
6. Bockmuhl U., Kratzsch B., Benda K., Draf W. Surgery for paranasal sinus mucocoeles efficacy endonasal management and long-term results of 185 patients. *Rhinology* 2006; 44 : 62-67
7. Lloyd G., Lund V.J., Lloyd S., Howard D. Optimum imaging for mucocoeles. *Journal of Laryngology and Otolaryngology*. 2000; 114 : 233-236
8. Gokani S., Kumaresan K., Adari S., Ergisi M., Oludeye O., Jegatheeswaran L., Philpott C. The Clinical Course of Paranasal Sinus Mucocoeles - A Retrospective Case Series. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 13 : 397

4th CEORL-HNS Academy course

Thessaloniki 3rd-4th October 2025, Aristotle University, Thessaloniki

Υπεύθυνος αλληλογραφίας
Κωνσταντίνιδης Ιορδάνης
 Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ
 Email: jordan_orl@hotmail.com

Corresponding author
Konstantinidis Iordanis
 Professor of ORL
 Aristotle University of Thessaloniki
 Email: jordan_orl@hotmail.com

Website
www.4ceorlhns-academy.org



Αγαπητοί συνάδελφοι

Η Πανερωπαϊκή Ακαδημία Ωτορινολαρυγγολογίας (CEORL-HNS) ανέθεσε στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης την διοργάνωση του course της ακαδημίας στις 3-4 του Οκτωβρίου 2025. Πρόκειται για ένα case-based course, όπου ειδικοί από όλη την Ευρώπη παρουσιάζουν την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση περιστατικών που αφορούν όλο το φάσμα της ειδικότητας.

Η παρουσίαση των περιστατικών και η συζήτηση τους με τους συμμετέχοντες είναι στα πρότυπα των Ευρωπαϊκών εξετάσεων και για τον λόγο αυτό προτιμάται ιδιαίτερα από νέους συναδέλφους που προετοιμάζονται για τις Ευρωπαϊκές ή τις αντίστοιχες Εθνικές εξετάσεις ειδικότητας. Ο διαδραστικός χαρακτήρας του σεμιναρίου και η επαφή με εξειδικευμένους συναδέλφους από πολλές χώρες και διαφορετικά συστήματα υγείας το κάνει ιδιαίτερα θελκτικό για όλους όσους θέλουν να έχουν μια σύντομη συνολική θεώρηση για τις σύγχρονες πρακτικές στην ειδικότητα, ενώ η Ακαδημία φρόντισε ώστε η τιμή του να παραμένει σταθερή όλα αυτά τα χρόνια και ιδιαίτερα χαμηλή για τους νέους ειδικούς και ειδικεύομενους (100 ευρώ).

Το course θα πραγματοποιηθεί στις εγκαταστάσεις της Ιατρικής σχολής του ΑΠΘ, σε χώρους ειδικά διαμορφωμένους για φροντιστηριακά μαθήματα. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα www.4ceorlhns-academy.org. Υπάρχει περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων.

Ως υπεύθυνος co-ordinator και εκ μέρους του Προέδρου της Ιατρικής σχολής ΑΠΘ και συνδιοργανωτή του σεμιναρίου Καθηγητή μου Τριarίδη θα ήθελα να σας καλέσουμε στην εκπαιδευτική αυτή δραστηριότητα Ευρωπαϊκής εμβέλειας, που θα φιλοξενήσουμε στην όμορφη πόλη μας.

Με εκτίμηση

Ιορδάνης Κωνσταντίνιδης

Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ

Στέφανος Τριarίδης

Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ,

Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ



Οι χώροι της Ιατρικής του ΑΠΘ, όπου θα διεξαχθεί το σεμινάριο τον ερχόμενο Οκτώβριο

Διαδραστική συζήτηση περιστατικού του εκπαιδευτή με την ομάδα εκπαιδευομένων του στο τελευταίο σεμινάριο, που διεξήχθη στο Ντουμπρόβνικ της Κροατίας

Διευθυντής μεταπτυχιακού προγράμματος
Νικολόπουλος Θωμάς

Υπεύθυνος αλληλογραφίας
Νικολόπουλος Θωμάς, Καθηγητής
Ωτορινολαρυγγολογίας ΕΚΠΑ,
Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής
Ωτορινολαρυγγολογικής
κλινικής, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Email: mscaudiol@gmail.com

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 46-Τεύχος 2, 2025

Program Director
Nikolopoulos Thomas

Corresponding author:
Nikolopoulos Thomas,
Professor of Otorhinolaryngology NKUA,
Director of 2nd
Otorhinolaryngology Department,
University Hospital "Attikon",
Email: mscaudiol@gmail.com

Ιστοσελίδα
[https://mscaudiology.gr/
link to access the video:
https://1drv.ms/v/s!AntYdJkPmYaifNui_
B5dBNqGCW2Bw?e=eDM0Gg](https://mscaudiology.gr/link-to-access-the-video:https://1drv.ms/v/s!AntYdJkPmYaifNui_B5dBNqGCW2Bw?e=eDM0Gg)

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 46-Issue 2, 2025

Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής «Ακοολογία & Νευρωτολογία» (MSc in Audiology & Neurotology)



ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΣΚΟΠΟΣ

Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) στην Ακοολογία και Νευρωτολογία έχει ως αντικείμενο την εκπαίδευση φοιτητών σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο στις μεθόδους διάγνωσης και αντιμετώπισης των παθήσεων που σχετίζονται με την ακοολογία και την νευρωτολογία.

Σκοπός του ΠΜΣ «Ακοολογία και Νευρωτολογία» είναι: η εκπαίδευση και η κατάρτιση των φοιτητών στην γνώση των βασικών εννοιών και της λειτουργίας του ακουστικού και του αιθουσαίου συστήματος ώστε να εμπεδωθεί η βασική επιστήμη στην οποία βασίζονται αυτά τα δυο συστήματα. Η γνώση της ανατομίας και της φυσιολογίας του ακουστικού και του αιθουσαίου συστήματος παρέχει στους φοιτητές το υπόβαθρο της κατανόησης της λειτουργίας αυτών των συστημάτων. Οι φοιτητές θα μάθουν πώς να αναλύουν τα δεδομένα μιας μελέτης και πώς θα χρησιμοποιήσουν αυτά τα δεδομένα και θα τα επεξεργαστούν ώστε να προχωρήσουν σε ερευνητικά προγράμματα.

Η μελέτη των γνωσιακών νευροεπιστημών και των επιστημών επικοινωνίας δίνει στο φοιτητή τις βασικές γνώσεις για τη φύση της νευρωτολογίας και πώς συνδέεται με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και το τρόπο που η ακοή συμβάλλει στην επικοινωνία του ανθρώπου με τους άλλους ανθρώπους σε βασικό αλλά και ολοκληρωμένο πολυαισθητηριακό μοντέλο αλληλεπίδρασης των νευρικών και γνωσιακών δεξιοτήτων.

Ο φοιτητής θα αποκτήσει τις βασικές γνώσεις των παθήσεων του ακουστικού συστήματος που περιλαμβάνονται στο μάθημα αυτό και θα εμπεδώσει τη συμπτωματολογία και το τρόπο παρουσίασης των παθήσεων αυτών

Ο φοιτητής θα μάθει το τρόπο διάγνωσης των παθήσεων του ακουστικού συστήματος πάνω στη βάση της φυσικής, μηχανικής, φυσιολογίας, παθοφυσιολογίας, και παθολογίας που διδάχθηκε στα προηγούμενα μαθήματα.

Ο φοιτητής εξειδικεύεται στις παιδιατρικές παθήσεις του ακουστικού συστήματος και στη διαφορική διάγνωση αυτών συμπεριλαμβανομένων των νεογνικών παθήσεων και συνδέει τις παθήσεις αυτές με τη γενετική και τη κληρονομικότητα.

Ο φοιτητής μαθαίνει πώς θεραπεύονται οι παθήσεις του ακουστικού συστήματος συντηρητικά και χειρουργικά ώστε να έχει μια ολοκληρωμένη αντίληψη της διάγνωσης και αντιμετώπισης των παθήσεων αυτών. Επίσης αποκτά γνώσεις για την αποκατάσταση με βοηθήματα βαρκοΐας και εμφυτεύματα

Ο φοιτητής μαθαίνει τις παθήσεις του αιθουσαίου συστήματος βασιζόμενος στις γνώσεις φυσικής, φυσιολογίας, παθοφυσιολογίας, και διαγνωστικής που έμαθε στα προηγούμενα σχετικά μαθήματα.

Ο φοιτητής μαθαίνει να θέτει ερευνητικό στόχο, να εκπονεί μελέτη και τρόπο μελέτης της ερευνάς που ανέλαβε, εφαρμογή του ερευνητικού πρωτοκόλλου, ανάλυση των αποτελεσμάτων, στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, συσχέτιση με τη διεθνή βιβλιογραφία, εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων, και τέλος σε ολοκληρωμένη συγγραφή της μελέτης του ερευνητικού στόχου.

Με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος οι απόφοιτοι θα είναι ικανοί:

- να έχουν αποκτήσει τις απαιτούμενες γνώσεις αναφορικά με την Ακοολογία και Νευρωτολογία.
- να έχουν κατανοήσει τις εφαρμογές της έγκαιρης παρέμβασης στα πεδία της κλινικής και της έρευνας.
- να γνωρίζουν τα θεραπευτικά πλαίσια και τις τεχνικές της Ακοολογίας και Νευρωτολογίας.
- να αντιλαμβάνονται ζητήματα μεθοδολογίας έρευνας στις επιστήμες υγείας.
- να αξιοποιούν τις αποκτηθείσες γνώσεις και δεξιότητες σε υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης.

ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΠΜΣ

Αρμόδια όργανα για τη λειτουργία του Π.Μ.Σ. σύμφωνα με το νόμο 4957/2022 είναι:

Σε επίπεδο Σχολής αρμόδια όργανα είναι:

Η **Συνέλευση** της Ιατρικής Σχολής.

Η **Συντονιστική Επιτροπή** (Σ.Ε.).

Η Σ.Ε. αποτελείται από τον/την Διευθυντή/τρια του Π.Μ.Σ. και τέσσερα (4) μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής Σχολής και ομότιμους καθηγητές/τριες, που έχουν συναφές γνωστικό αντικείμενο με αυτό του Π.Μ.Σ. και αναλαμβάνουν διδακτικό έργο στο Π.Μ.Σ. Η Σ.Ε. είναι αρμόδια για την παρακολούθηση και τον συντονισμό της λειτουργίας του προγράμματος και ιδίως:

Ο **Διευθυντής** του Π.Μ.Σ.

Ο Διευθυντής του Π.Μ.Σ. προέρχεται από τα μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής Σχολής και είναι αρμόδιος για θέματα σχετικά με την αποτελεσματική λειτουργία του Π.Μ.Σ., παρακολουθεί την υλοποίηση των αποφάσεων των οργάνων του Π.Μ.Σ.

Γραμματειακή υποστήριξη Π.Μ.Σ.

Η Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής είναι αρμόδια για τη γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη του Π.Μ.Σ. Σε περίπτωση που το Π.Μ.Σ. έχει ιδίους πόρους μπορεί να προσλαμβάνει, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, εξωτερικούς συνεργάτες για τη διοικητική διαχείριση.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΚΤΕΩΝ

Στο Π.Μ.Σ. γίνονται δεκτοί πτυχιούχοι πανεπιστημίων, κάτοχοι τίτλου του Α' κύκλου σπουδών των τμημάτων ή Σχολών Ιατρικής, της ημεδαπής ή ομοταγών, ιδρυμάτων της αλλοδαπής, και απόφοιτοι άλλων Τμημάτων ΑΕΙ της ημεδαπής ή ομοταγών, αναγνωρισμένων από τον ΔΟΑΤΑΠ ιδρυμάτων της αλλοδαπής (π.χ. Πολυτεχνικές ή Φυσικομαθηματικές Σχολές, Σχολές ή Τμήματα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Ακοολογίας, Λογοθεραπείας, Μουσικών Σπουδών, Νοσηλευτικής) με ερευνητικό ή επαγγελματικό ενδιαφέρον στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο και συναφών Τμημάτων της ημεδαπής ή Τμημάτων αναγνωρισμένων ομοταγών ιδρυμάτων της αλλοδαπής, καθώς και πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι. συναφούς γνωστικού αντικείμενου. Ο ανώτατος αριθμός των εισακτέων φοιτητών/τριών στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ορίζεται σε τριάντα πέντε (35) συνολικά.

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Η επιλογή των φοιτητών/τριών γίνεται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Κάθε Μάιο, δημοσιεύεται και αναρτάται στην ιστοσελίδα της Ιατρικής Σχολής και του Ιδρύματος προκήρυξη για την εισαγωγή μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών στο Π.Μ.Σ. Οι σχετικές αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά κατατίθενται στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ., σε προθεσμία που ορίζεται κατά την προκήρυξη.

Απαραίτητα δικαιολογητικά είναι:

- Αίτηση συμμετοχής
- Βιογραφικό σημείωμα
- Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
- Αντίγραφο πτυχίου ή βεβαίωση περάτωσης σπουδών
- Συστατικές επιστολές
- Επιστημονικές δημοσιεύσεις, εάν υπάρχουν
- Αποδεικτικά επαγγελματικής ή ερευνητικής δραστηριότητας, εάν υπάρχουν
- Γνώση της ελληνικής γλώσσας για αλλοδαπούς υποψήφιους, οι οποίοι επιθυμούν να συμμετέχουν στο ΠΜΣ διαπιστωμένη από την ΣΕ
- Αναγνώριση ακαδημαϊκού τίτλου σπουδών της αλλοδαπής

Η αξιολόγηση των υποψηφίων και η επιλογή των εισακτέων γίνεται με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Βαθμός πτυχίου 5 (Άριστα), 3 (Λίαν Καλώς) και 1 (Καλώς)
- Μεταπτυχιακό (Master): 0 (όχι), 5 (ναι)
- Διδακτορικό (PhD): 0 (όχι), 10 (ναι), 15 (Διδακτορικό στην Ακοολογία ή σε συναφές γνωστικό αντικείμενο)
- Επιδοτούμενα ερευνητικά προγράμματα: 0 (όχι), 10 (ναι)
- Δημοσιεύσεις: 0 (όχι), 10 (<5 δημοσιεύσεις), 15 (>10 δημοσιεύσεις)
- Ανακοινώσεις: 0 (όχι), 5 (>5 ανακοινώσεις), 10 (>15 ανακοινώσεις)
- ECDL ή αντίστοιχη πιστοποίηση γνώσης Η/Υ ή αντίστοιχο προπτυχιακό μάθημα ή αντίστοιχη εργασιακή εμπειρία 0 (όχι), 5 (ναι)
- Συνέντευξη / Έκθεση Ενδιαφέροντος 0-15
- Ειδικότητα ΩΡΛ 1-5
_(ειδικευόμενος, ένα για κάθε έτος ειδικότητας),
_10 (ειδικός, < 3 έτη εμπειρίας),
_15 (ειδικός, 3-6 έτη εμπειρίας),
_20 (ειδικός > 6 έτη) Εργασιακή εμπειρία στην Ακοολογία ως ειδικευμένος (εργασία σε Ακοολογικό τμήμα):
_0 (0-1 έτη), 5 (1-5 έτη), 10 (> 5 έτη).

Με βάση τα συνολικά κριτήρια καταρτίζεται ο πίνακας αξιολόγησης των φοιτητών/τριών. Οι επιτυχόντες/ουσες θα πρέπει να εγγραφούν στη Γραμματεία του Π.Μ.Σ.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΦΟΙΤΗΣΗΣ

Η χρονική διάρκεια φοίτησης στο Π.Μ.Σ. που οδηγεί στη λήψη Μεταπτυχιακού Διπλώματος Σπουδών (Μ.Δ.Σ.) ορίζεται σε τέσσερα (4) ακαδημαϊκά εξάμηνα, στα οποία περιλαμβάνεται και ο χρόνος εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Υπάρχει δυνατότητα μερικής φοίτησης, έπειτα από αιτιολογημένη αίτηση του φοιτητή και έγκριση από τη Συνέλευση.

Δικαίωμα υποβολής αίτησης για μερική φοίτηση έχουν:

α) οι φοιτητές που αποδεδειγμένα εργάζονται τουλάχιστον είκοσι (20) ώρες την εβδομάδα,

β) οι φοιτητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες,

γ) οι φοιτητές που είναι παράλληλα αθλητές και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ανήκουν σε αθλητικά σωματεία εγγεγραμμένα στο ηλεκτρονικό μητρώο αθλητικών σωματείων του άρθρου 142 του ν. 4714/2020 (Α' 148), που τηρείται στη Γενική Γραμματεία Αθλητισμού (Γ.Γ.Α.) υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

γα) για όσα έτη καταλαμβάνουν διάρκεια 1ης έως και 8ης θέσης σε πανελλήνια πρωταθλήματα ατομικών αθλημάτων με συμμετοχή τουλάχιστον δώδεκα (12) αθλητών και οκτώ (8) σωματείων ή αγωνίζονται σε ομάδες των δύο (2) ανώτερων κατηγοριών σε ομαδικά αθλήματα ή συμμετέχουν ως μέλη εθνικών ομάδων σε πανευρωπαϊκά πρωταθλήματα, παγκόσμια πρωταθλήματα ή άλλες διεθνείς διοργανώσεις υπό την Ελληνική Ολυμπιακή Επιτροπή, ή γβ) συμμετέχουν έστω άπαξ, κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στο πρόγραμμα σπουδών για το οποίο αιτούνται την υπαγωγή τους σε καθεστώς μερικής φοίτησης, σε ολυμπιακούς, παραολυμπιακούς αγώνες και ολυμπιακούς αγώνες κωφών. Οι φοιτητές της παρούσας υποπερίπτωσης δύνανται να εγγράφονται ως φοιτητές μερικής φοίτησης, μετά από αίτηση τους που εγκρίνεται από την Κοσμητεία της Σχολής.

Η διάρκεια της μερικής φοίτησης δεν υπερβαίνει το διπλάσιο της διάρκειας της κανονικής φοίτησης. Εφαρμόζεται και στην περίπτωση αυτή η ανώτατη διάρκεια φοίτησης.

Υπάρχει δυνατότητα παράτασης, έπειτα από αιτιολογημένη αίτηση του φοιτητή και έγκριση από τη Συνέλευση. Η παράταση δεν υπερβαίνει τον αριθμό εξαμήνων της κανονικής φοίτησης του Π.Μ.Σ. Έτσι, ο ανώτατος επιτρεπόμενος χρόνος ολοκλήρωσης των σπουδών ορίζεται στα έξι (6) ακαδημαϊκά εξάμηνα.

Οι φοιτητές/τριες που δεν έχουν υπερβεί το ανώτατο όριο φοίτησης, έπειτα από αιτιολογημένη αίτησή τους προς τη Συνέλευση του Τμήματος, δύνανται να διακόψουν τη φοίτησή τους για χρονική περίοδο που δεν υπερβαίνει τα δύο (2) συνεχόμενα εξάμηνα. Αναστολή φοίτησης χορηγείται για σοβαρούς λόγους (στρατιωτική θητεία, ασθένεια, ίσχυα, απουσία στο εξωτερικό κ.ά.).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Το Π.Μ.Σ. ξεκινά το χειμερινό εξάμηνο εκάστου ακαδημαϊκού έτους. Για την απόκτηση διπλώματος του Π.Μ.Σ. απαιτούνται συνολικά εκατόν είκοσι (120) πιστωτικές μονάδες (ECTS). Όλα τα μαθήματα διδάσκονται εβδομαδιαίως

Η γλώσσα διδασκαλίας είναι η ελληνική και σε εξαιρετικές περιπτώσεις η αγγλική (πχ διαλέξεις ξένων ομιλητών). Η γλώσσα της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας είναι η Ελληνική ή η Αγγλική.

Κατά τη διάρκεια των σπουδών, οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες υποχρεούνται σε παρακολούθηση και επιτυχή εξέταση μεταπτυχιακών μαθημάτων, ερευνητική απασχόληση και συγγραφή επιστημονικών εργασιών, καθώς και σε εκπόνηση μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας

Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιείται στο τέταρτο εξάμηνο σπουδών και πιστώνεται με τριάντα (30) ECTS.

Η διδασκαλία των μαθημάτων γίνεται με μεικτό σύστημα διά ζώσης και εξ αποστάσεως (σύγχρονη εξ αποστάσεως εκπαίδευση και ασύγχρονη εξ αποστάσεως εκπαίδευση) σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και όσα ορίζονται στην παρούσα απόφαση.

Για τη μέθοδο διεξαγωγής της δια ζώσης εκπαιδευτικής διαδικασίας διατίθενται αίθουσες και αμφιθέατρα της Ιατρικής Σχολής, Αττικού Νοσοκομείου καθώς επίσης και της Βιβλιοθήκης Επιστημών Υγείας, όπου πραγματοποιούνται ήδη διαλέξεις σε τακτική βάση.

Οι αίθουσες διαθέτουν διαδραστικό πίνακα που ενισχύει την εκπαιδευτική εμπειρία, υπολογιστές και προβολείς. Οι αίθουσες είναι εύκολα προσβάσιμες από ΑΜΕΑ

Το ΠΜΣ «Ακουστική και Νευροτολογία» από το 2020 έχει οργανωμένη υποδομή ψηφιακής τεχνολογίας για μεθόδους εξ αποστάσεως εκπαίδευσης όπου είναι ετοιμότητα για τη χρήση τηλεεκπαίδευσης, σύγχρονης και ασύγχρονης υποστήριξης των συμμετεχόντων.

Έχει ιδιόκτητο σύστημα και ιστοσελίδα (<https://mscaudiology.gr>) καθώς και συνεργασία με εταιρεία παροχής υπηρεσιών εφαρμογών πληροφορικής. Το σύστημα υποστηρίζεται από:

- οπτική και ηχητική επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο με τη χρήση κατάλληλου εξοπλισμού (υπολογιστές, κάμερες, μικρόφωνα, ηχεία, ακουστικά, δικτύωση υψηλών ταχυτήτων και λογισμικό τηλεδιάσκεψης
- δυνατότητα διαμοίρασης εφαρμογών και κειμένων (application and document sharing)
- δυνατότητα χρήσης ηλεκτρονικού πίνακα (electronic board)
- δυνατότητα πρόσβασης σε χώρους συζήτησης (chat rooms) τόσο μεταξύ διδάσκοντος και διδασκόμενου όσο και μεταξύ διδασκόμενων για τυχόν συνεργασία, ανταλλαγή απόψεων και εκπόνηση κοινών εργασιών.
- εφαρμογή διαχείρισης του εκπαιδευτικού περιεχομένου
- εφαρμογή συγγραφής μαθημάτων, όπου αναρτάται εκπαιδευτικό υλικό ανά μάθημα ή εκπαιδευτική δραστηριότητα. Περιλαμβάνει σημειώσεις, παρουσιάσεις, ασκήσεις/ δραστηριότητες με την αντίστοιχη ανατροφοδότηση, ενδεικτικές λύσεις καθώς και πολυτροπικό υλικό (βιντεοσκοπημένες διαλέξεις, εφόσον τηρείται η κείμενη νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων). Το εκπαιδευτικό υλικό παρέχεται αποκλειστικά για την εκπαιδευτική χρήση των φοιτητών και προστατεύεται για τυχόν δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2121/1993 (Α' 25).

- το περιβάλλον του ολοκληρωμένου συστήματος τηλεκπαίδευσης είναι στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.
- το ολοκληρωμένο σύστημα τηλεκπαίδευσης είναι πλήρως προσβάσιμο σε άτομα με αναπηρία και άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.
- το Π.Μ.Σ. διαθέτει Υπεύθυνο Διαχείρισης, ο οποίος έχει τεχνολογική γνώση για την υποστήριξη των διδασκόντων και των φοιτητών του Π.Μ.Σ. κατά τη χρήση του συστήματος τηλεκπαίδευσης. Τα στοιχεία του Υπεύθυνου κοινοποιούνται προς τους χρήστες του ολοκληρωμένου συστήματος τηλεκπαίδευσης.

- Η Μονάδα Ψηφιακής Διακυβέρνησης του Α.Ε.Ι. του άρθρου 210 του ν. 4957/2022 έχει ως αντικείμενο την αξιοποίηση των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) και την υποστήριξη των Υπευθύνων Διαχείρισης του Ολοκληρωμένου συστήματος τηλεκπαίδευσης των Π.Μ.Σ.. Έως την κατάρτιση του Οργανισμού του Α.Ε.Ι. οι εν λόγω αρμοδιότητες μπορούν να ασκούνται και από άλλη οργανική μονάδα του Α.Ε.Ι. στην οποία έχουν ανατεθεί οι αρμοδιότητες της Μονάδας Ψηφιακής Διακυβέρνησης.

Το ενδεικτικό πρόγραμμα των μαθημάτων διαμορφώνεται ως εξής:

Μαθήματα Υποχρεωτικά	ECTS
Ανατομική και Φυσιολογία του Ακουστικού και του Αιθουσαίου Συστήματος και Βιοφυσική Μοριακή Βιολογία των δυο συστημάτων	10
Γενετική του ακουστικού και αιθουσαίου συστήματος	6
Ανάλυση Δεδομένων & Μεθοδολογία της Έρευνας	9
Συγγραφή άρθρου/εργασίας - Ερευνητικό πρωτόκολλο	5
Σύνολο	30
Μαθήματα Υποχρεωτικά	
Εισαγωγή στις Γνωστικές Νευροεπιστήμες και τις Επιστήμες Επικοινωνίας	8
Παθήσεις του Ακουστικού Συστήματος	12
Διαγνωστική Ακοολογία	10
Σύνολο	30
Μαθήματα Υποχρεωτικά	
Παιδιατρική Ακοολογία	10
Θεραπεία & Αποκατάσταση της Βαρικοΐας	10
Παθήσεις και αποκατάσταση του Αιθουσαίου Συστήματος	10
Σύνολο	30
Μαθήματα Υποχρεωτικά	
Εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας	30
Σύνολο	30
Σύνολο	120

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ/ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ

1. Ανατομική και Φυσιολογία του Ακουστικού και του Αιθουσαίου Συστήματος και Βιοφυσική

– Βιοχημεία – Μοριακή βιολογία των δυο συστημάτων

Εισαγωγή στις βασικές επιστήμες των μαθηματικών, φυσικής, και βιοχημείας όπως και της μοριακής βιολογίας που έχουν σχέση με τη λειτουργία του ακουστικού και του αιθουσαίου συστήματος. Εισαγωγή στη Νευροανατομία και Νευροφυσιολογία (νευρικά κύτταρα, συνάψεις, νευροδιαβιβαστές, δυναμικά ηρεμίας και ενέργειας, νευρωνικά δίκτυα), Βασική δομή και οργάνωση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Φυλογένεση, Εμβρυολογία και Ανάπτυξη του Ακουστικού και του Αιθουσαίου συστήματος, Ανατομική του ωτός (αδρή ανατομική και ιστολογία του κροταφικού οστού, μικροανατομική του έσω ωτός), Ακτινοανατομική του κροταφικού οστού, Κυτταρική μικροαρχιτεκτονική, μοριακή βιολογία και ομοιοόταση του έσω ωτός, Προσαγωγές και Απαγωγές οδοί του Ακουστικού και του Αιθουσαίου Συστήματος, Φυσιολογία της ακοής (φυσιολογία του μέσου ωτός, του κοχλίου και του ακουστικού νεύρου, επεξεργασία του ήχου στην κεντρική ακουστική οδό και τον φλοιό), Φυσιολογία της Ισορροπίας (φυσιολογία της αιθουσας και των ημικύκλιων σωλήνων, συνδέσεις και αντανακλαστικά των αιθουσαίων πυρήνων), Ψυχοακουστική (κωδικοποίηση της έντασης, του ύψους και της χροιάς και αλληλώσεις αυτών στην νευροαισθητήρια βαρνηκοΐα, masking, critical bands)

2. Γενετική του ακουστικού και αιθουσαίου συστήματος

Εισαγωγή στις βασικές γνώσεις της γενετικής του ακουστικού και αιθουσαίου συστήματος, πειραματικά μοντέλα, πειραματόζωα, τρόποι εφαρμοσμένων έρευνας στη γενετική. Ανάλυση της σημασίας της γενετικής στη πρόληψη και θεραπεία των παθήσεων του ακουστικού και αιθουσαίου συστήματος

3. Ανάλυση Δεδομένων & Μεθοδολογία της Έρευνας

Αρχές φιλοσοφίας της επιστήμης (συμπερασματική και επαγωγική λογική, λογικά σφάλματα), Αρχές Βιο-στατιστικής (κατηγορίες δεδομένων, περιγραφική στατιστική, επαγωγική στατιστική, έλεγχος υπόθεσης, τεχνικές συσχέτισης), Ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις (τύποι μελετών, επίπεδα τεκμηρίωσης). Σχεδιασμός έρευνας, Δεδομένα, σημεία έκβασης και στατιστική αξιολόγηση στην Ακοολογία και Νευρωτολογία. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας (ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, θέματα λογοκλοπής), Οργάνωση και διαχείριση έργων και χρηματοδότηση της έρευνας (γραφήματα Gantt, εισαγωγή δεδομένων και τήρηση αρχείων, λογισμικά)

4. Συγγραφή άρθρου/εργασίας - Ερευνητικό πρωτόκολλο

Τρόποι εκπόνησης και συγγραφής εργασιών, άρθρων και δημοσιεύσεων. Παρουσίαση τύπων μελετών. Αναζήτηση βιβλιογραφίας, οργάνωση και αξιολόγηση ενός άρθρου. Ερευνητικό πρωτόκολλο. Μελέτη, παρακολούθηση, καταχώρηση ερευνητικού πρωτοκόλλου. Επιλογή περιοδικού προς δημοσίευση εργασίας/άρθρου. Κατευθυντήριες γραμμές – τρόπος συγγραφής και αξιολόγησης.

5. Εισαγωγή στις Γνωσιακές Νευροεπιστήμες και τις Επιστήμες Επικοινωνίας

Γνωσιακή έκπτωση, Μέθοδοι έρευνας στις Γνωσιακές επιστήμες, Γνωσιακή έκπτωση και βαρνηκοΐα, Νευροφυσιολογικό υπόστρωμα και Ανάπτυξη της φυσιολογικής ομιλίας, της γλώσσας και της επικοινωνίας, Αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας και της γλώσσας, Αξιολόγηση της γλώσσας και της επικοινωνίας, Ανάπτυξη και Παθολογία της Ομιλίας και της Γλώσσας στα παιδιά με βαρνηκοΐα, ο ρόλος του Λογοθεραπευτή στην προσέγγιση του παιδιού με καθυστέρηση ομιλίας, Γνωσιακές συμπεριφοριστικές θεραπείες

6. Παθήσεις του ακουστικού συστήματος

- Έκθεση WHO, ελληνικά δεδομένα
- Παθοφυσιολογία της βαρνηκοΐας
- Βαρνηκοΐα αγωγιμότητας, νευροαισθητήρια βαρνηκοΐα, ακουστική συναπτοπάθεια/ νευροπάθεια, κεντρική βαρνηκοΐα
- Παθήσεις έξω ωτός
- Συγγενείς ανωμαλίες, τραύμα, ξένα σώματα, εξωτερική ωτίτιδα, κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα
- Παθήσεις μέσου ωτός
- Διαταραχές λειτουργίας Ευσταχιανής σάλπιγγας, μέσω ωτίτιδα με υγρό, οξεία και χρόνια μέση ωτίτιδα, ωτοσκλήρυνση, τραύμα, παθήσεις προσωπικού νεύρου Παθήσεις έσω ωτός λαβυρινθίτιδα, (ιδιοπαθής αιφνίδια νευροαισθητήρια βαρνηκοΐα, αυτοάνοση βαρνηκοΐα, Πρεσβυακουσία, Ωτοτοξικότητα, Βαρνηκοΐα μετά από έκθεση σε θόρυβο, Βαρνηκοΐα από έκθεση σε μουσική)
- Παθήσεις του ακουστικού νεύρου και της κεντρικής ακουστικής οδού Συναπτοπάθεια
- Ακουστική νευροπάθεια, Διαταραχές κεντρικής ακουστικής οδού,
- Όγκοι κροταφικού οστού και γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας
- Μη οργανική βαρνηκοΐα
- Ακοολογικές και Ωτολογικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων Νόσος Paget, ρευματολογικές παθήσεις, παθήσεις του μεταβολισμού, συστηματικές παθήσεις κροταφικού οστού
- Εμβοές, Υπερακουσία και Δυσακουσίες
- Ψυχολογική επίπτωση της απώλειας της ακοής
- Ιστοπαθολογία του κροταφικού οστού
- Νομικά θέματα (επιτρεπτά όρια έκθεσης σε θόρυβο και σχετική νομοθεσία, υπολογισμός ακουστικής αναπηρίας)

7. Διαγνωστική Ακοολογία

- Ωτολογικό/Ακοολογικό ιστορικό
- Κλινική αξιολόγηση ακουστικής λειτουργίας
- Δοκιμασίες με τονοδότες
- Πνευματική ωτοσκόπηση
- Ακοομετρία απλών τόνων
- Αγωγή δια του αέρος και των οστών
- Τύποι και κατηγοριοποίηση ακοογραμμάτων, συμμετρία
- Ηχοκάλυψη
- Βασικές αρχές της ηχοκάλυψης, επιλογή τύπου ηχοκάλυψης, κριτικές ζώνες (critical bands), άνωθεν εξάπλωση της ηχοκάλυψης

ψης (upward spread of masking), κλινικές μέθοδοι ηχοκάλυψης, πότε είναι η ηχοκάλυψη απαραίτητη/αδύνατη, ηχοκάλυψη προς τα εμπρός και προς τα πίσω (forward and backward masking), κεντρική ηχοκάλυψη

- Ομιλητική Ακοομετρία
- Ακοομετρία ακουστικής αντίστασης
- Αρχές της ακουστικής αντίστασης, τυμπανομετρία, ταξινομήση κατά Jerger, ακουστικό αντανάκλαστικό, τυμπανομετρία πολλοπλών συχνοτήτων, τυμπανομετρία ευρέως φάσματος Ηλεκτροφυσιολογία
- Ηλεκτροκοχλιογραφία, προκλητά ακουστικά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους, προκλητά ακουστικά δυναμικά μέσης και μακράς λανθάνουσας περιόδου, προκλητά ακουστικά δυναμικά σταθεράς απόκρισης, ενδοχειρουργική καταγραφή προκλητών ακουστικών δυναμικών
- Ειδικές δοκιμασίες ελέγχου κεντρικής ακουστικής οδού Ομιλία σε θόρυβο, δοκιμασία φίλτραρισμένης ή παραμορφωμένης ομιλίας, δοκιμασία αμφίπλευρης μίξης, δοκιμασία χρονικά συμπίεσμένης ομιλίας), Ωτοακουστικές εκπομπές
- Αυτόματες, παροδικά προκλητές, προϊόντα παραμόρφωσης, καταστολή ωτοακουστικών εκπομπών), Ειδικές ακοολογικές δοκιμασίες
- Δοκιμασίες ακουστικής εξίσωσης, εξισορρόπησης ακουστότητας, απόσβεσης του τόνου, πιο άνετης στάθμης ακρόασης, δυσάρεστης στάθμης ακρόασης, δοκιμασίες ευστασιανής σάθισης),
- Ακοολογικές Δοκιμασίες στη βασική και κλινική έρευνα (ψυχοακουστικές καμπύλες συντονισμού, ακοολογικές δοκιμασίες σε πειραματόζωα),
- Νευροφυσιολογική αξιολόγηση του προσωπικού νεύρου
- Δοκιμασίες αξιολόγησης των εμβόων
- Tinnitus loudness and frequency matching, tinnitus masking
- Αξιολόγηση της βαρνοκίας και των εμβόων μέσω ερωτηματολογίων
- Στρατηγική διαγνωστικής διερεύνησης της βαρνοκίας
- Βασικές αρχές βαθμονόμησης ακοολογικών μηχανημάτων

8. Παιδιατρική Ακοολογία

Εισαγωγή στην Παιδιατρική (στάδια ανάπτυξης του παιδιού, ιστορικό, φυσική εξέταση, οφθαλμολογική και νευρολογική εκτίμηση), Ανάπτυξη ακοής, ομιλίας και λόγου στα παιδιά, Γενετική βαρνοκία, Περιγεννητική βαρνοκία, Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και σύνδρομα και βαρνοκία, Λοιμώδη αίτια παιδικής βαρνοκίας, Μέση ωτίτιδα με υγρό, Κεντρική βαρνοκία στα παιδιά, Καθολικός νεογνικός έλεγχος της βαρνοκίας (ακοολογικές δοκιμασίες, στρατηγικές διερεύνησης, εμπειρία στην Ελλάδα και το εξωτερικό, μεθοδολογικά προβλήματα), Προγράμματα διαλογής της παιδικής βαρνοκίας στη σχολική ηλικία, Ιστορικό και φυσική εξέταση βαρνοκού νεογνού και παιδιού, Ακοολογικές δοκιμασίες στα παιδιά (παρατήρηση της συμπεριφοράς, ακοομετρία οπτικής ενίσχυσης, παιγνιοδοκοομετρία, ομιλητική ακοομετρία, ωτοακουστικές εκπομπές, ακουστικά προκλητά δυναμικά) Στρατηγική διερεύνησης βαρνοκίας στα παιδιά (ιστορικό και κλινική εξέταση, νευρολογική και οφθαλμολογική εκτίμηση, βιοχημικές εξετάσεις,

γενετικές εξετάσεις, απεικονιστικές εξετάσεις), Ψυχολογική επίπτωση της απώλειας της ακοής στο βαρνοκού παιδί και την οικογένεια, Γενετική συμβουλευτική σε οικογένεια με βαρνοκού παιδί, Αποκατάσταση της ακοής στα βαρνοκά παιδιά (ακουστικά βαρνοκίας, οστικά και κοχλιακά εμφυτεύματα στα παιδιά, ακουστικά συστήματα ενίσχυσης ήχου στην τάξη) Εκπαίδευση των παιδιών με προβλήματα ακοής (νοηματική γλώσσα, διγλωσση-διαπολιτισμική προσέγγιση, προφορικές μέθοδοι, Εμβοές στην παιδική ηλικία, ίλιγγος και διαταραχές ισορροπίας στην παιδική ηλικία

9. Θεραπεία & Αποκατάσταση της Βαρνοκίας

Ακουστική χώρων και ακουστικά συστήματα ενίσχυσης ήχου (θόρυβος περιβάλλοντος, αντήχηση και προβλήματα αυτών, ενσύρματα συστήματα, συστήματα επαγωγικής ανακύκλωσης ή επαγωγικού βρόγχου, ραδιοσυστήματα AM και FM, υπέρυθρα συστήματα, εφαρμογές κινητών τηλεφώνων και άλλων συσκευών για άτομα με προβλήματα ακοής, στρατηγικές επικοινωνίας), Ακουστικά βαρνοκίας: ιστορική αναδρομή, αναλογική και ψηφιακή τεχνολογία, τύποι ακουστικών, δομή ακουστικών και βασικά εξαρτήματα, κατανόηση των τεχνικών χαρακτηριστικών των ακουστικών βαρνοκίας (απόκριση συχνότητας, χαρακτηριστικά εξόδου, φίλτρα, συμπίεση έντασης και συχνότητας, κανάλια, κατευθυντικά μικρόφωνα, βασικές αρχές τοποθέτησης (εκμαγεία, κελύφει), αμφίπλευρη και μονόπλευρη τοποθέτηση, Εφαρμογή ακουστικών βαρνοκίας (μεθοδολογία επιλογής, αλγόριθμοι εφαρμογής και ρύθμισης των ακουστικών βαρνοκίας, επικύρωση και επαλήθευση, λογιστικά εφαρμογής, Αντιμετώπιση βλάβων. Ακουστικά εμφυτεύματα: ενδείξεις, αρχές εφαρμογής και ρύθμισης (οστικά εμφυτεύματα, εμφυτεύματα μέσου ωτός, κοχλιακά εμφυτεύματα και εμφυτεύματα εγκεφαλικού στελέχους). Χειρουργική αντιμετώπιση βαρνοκίας αγωγιμότητας, (φιλοσοφία αποκατάστασης της βαρνοκίας με την ωτοχειρουργική, ενδείξεις, χρήση προθέσεων). Φαρμακοκινητική ενδοτυμπανικής χορήγηση ουσιών, Θέματα ακουστικής ενίσχυσης στη μονόπλευρη βαρνοκία. Χρήση ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση ακουστικών βαρνοκίας και εμφυτευμάτων στην ακοολογική έρευνα (σημεία έκβασης). Ακουστική θεραπεία (Auditory training), Βασική έρευνα για την πρόληψη και θεραπεία της βαρνοκίας (χημειοπροφύλαξη, αναγέννηση τριχωτών κυττάρων, βλαστοκύτταρα, χρήση αυξητικών παραγόντων).

10. Παθήσεις και Αποκατάσταση του Αιθουσαίου Συστήματος

Κλινική Νευροφυσιολογία του συστήματος ισορροπίας (αιθουσο-φθαλμικό και αιθουσο-νωτιαίο αντανάκλαστικό, σασκαδικό σύστημα, Ανάπτυξη του συστήματος ισορροπίας στη νεογνική και παιδική ηλικία και οι επιδράσεις της γήρανσης, Παθοφυσιολογία του αιθουσαίου συστήματος (οξεία και χρόνια μονόπλευρη περιφερική αιθουσαία ανεπάρκεια, μηχανισμοί αιθουσαίας αποκατάστασης, αμφοτερόπλευρη περιφερική αιθουσαία ανεπάρκεια, κεντρικές βλάβες του αιθουσαίου συστήματος, Ιστορικό και κλινική εξέταση του ασθενή με ίλιγγο, Νευροτολογική εξέταση, Κλινική αξιολόγηση νυσταγμού και ισορροπίας (δοκιμασία παλινδρομικής κίνησης της κεφαλής, δοκιμασία ώθησης της κεφαλής, δυναμική οπτική οξύτητα, Αιθουσαίες

δοκιμασίες (ηλεκτρο και βιντεονυσταγμογραφία), Θερμικές δοκιμασίες διακλήσμου, περιστρεφόμενο και ταλαντευόμενο έδρανο, αιθουσαία προκλητά μυογενή δυναμικά, Ισορροπομετρία (δοκιμασία αισθητήριας οργάνωσης, δοκιμασία κινητικού ελέγχου, Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης, Νόσος Meniere, Αιθουσαία νευρίτιδα, Αιθουσαία ημικρανία, Λαβυρινθικά συρίγγια, Σύνδρομο άνω ημικύκλιου σωλήνα, Αιθουσαία παροξυσμία, Κινήτωση, Νευρολογικές παθήσεις που προκαλούν ίλιγγο και αστάθεια (ΑΕΕ, όγκοι του ΚΝΣ, επεισοδιακή αταξία), Movement Disorders, Ψυχολογική επίπτωση του ίλιγγου της χρόνιας αστάθειας, Φαρμακευτική αντιμετώπιση αιθουσαίων συμπτωμάτων, Αποκατάσταση του αιθουσαίου συστήματος με φυσικοθεραπεία, Χειρουργική αντιμετώπιση του ίλιγγου, Αιθουσαία εμφυτεύματα, Αιθουσαίες δοκιμασίες και πρωτόκολλα στη βασική και κλινική έρευνα, Σημεία έκβασης για την αξιολόγηση της αντιμετώπισης του ίλιγγου και των διαταραχών ισορροπίας

ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Σύγχρονη εξ αποστάσεως εκπαίδευση

Η οργάνωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας του Π.Μ.Σ. δύναται να πραγματοποιείται και με τη χρήση μεθόδων σύγχρονης εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. Η οργάνωση μαθημάτων και λοιπών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων με τη χρήση μεθόδων σύγχρονης εξ αποστάσεως εκπαίδευσης αφορά σε μαθήματα και εκπαιδευτικές δραστηριότητες που από τη φύση τους δύναται να υποστηριχθούν με τη χρήση μεθόδων εξ αποστάσεως εκπαίδευσης και δεν εμπεριέχουν πρακτική, εργαστηριακή ή κλινική εξάσκηση των φοιτητών/τριών, που για τη διεξαγωγή τους απαιτείται η συμμετοχή των φοιτητών/τριών με φυσική παρουσία.

Η εκπαιδευτική διαδικασία δύναται να διεξάγεται με τη χρήση μεθόδων σύγχρονης εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, ακόμη και σε Π.Μ.Σ. που δεν έχουν συμπεριλάβει τη δυνατότητα αυτή στην απόφαση ίδρυσής τους, αποκλειστικά στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- σε ανωτέρα βία ή έκτακτες συνθήκες, όπου δεν καθίσταται δυνατή η διά ζώσης διεξαγωγή της εκπαιδευτικής διαδικασίας ή η χρήση των υποδομών του ΕΚΠΑ για τη διεξαγωγή των εκπαιδευτικών, ερευνητικών και λοιπών δραστηριοτήτων του
- οργάνωσης μαθημάτων εμβάθυνσης και φροντιστηριακών ασκήσεων, πέραν των υποχρεωτικών ωρών διδακτικού έργου ανά μάθημα.

Ασύγχρονη εξ αποστάσεως εκπαίδευση

Η εκπαιδευτική διαδικασία δύναται να πραγματοποιείται με τη χρήση μεθόδων ασύγχρονης εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, οι οποίες δεν υπερβαίνουν το είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) των πιστωτικών μονάδων του Π.Μ.Σ.

Το ΕΚΠΑ τηρεί ηλεκτρονική πλατφόρμα προσβάσιμη και σε άτομα με αναπηρία, μέσω της οποίας παρέχονται υπηρεσίες ασύγχρονης εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. Στην ηλεκτρονική πλατφόρμα δύναται να αναρτάται εκπαιδευτικό υλικό ανά μάθημα, το οποίο δύναται να περιλαμβάνει σημειώσεις, παρουσιάσεις, ασκήσεις, ενδεικτικές λύσεις αυτών, καθώς και βιντεοσκοπημένες διαλέξεις, εφόσον τηρείται η κείμενη νομοθεσία περί προστασίας

προσωπικών δεδομένων. Το πάσης φύσεως εκπαιδευτικό υλικό παρέχεται αποκλειστικά για εκπαιδευτική χρήση των φοιτητών και προστατεύεται από τον ν. 2121/1993 (Α' 25), εφόσον πληρούνται οι σχετικές προϋποθέσεις.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ

Το εκπαιδευτικό έργο κάθε ακαδημαϊκού έτους διαρθρώνεται σε δύο εξάμηνα σπουδών, το χειμερινό και το εαρινό, έκαστο. Τα μαθήματα του χειμερινού και εαρινού εξαμήνου εξετάζονται επαναληπτικώς κατά την περίοδο του Σεπτεμβρίου.

Σε περίπτωση κωλύματος διεξαγωγής μαθήματος προβλέπεται η αναπλήρωσή του. Η ημερομηνία και η ώρα αναπλήρωσης αναρτώνται στην ιστοσελίδα του Π.Μ.Σ.

Η παρακολούθηση των μαθημάτων/εργαστηρίων κ.λπ. είναι υποχρεωτική. Ένας μεταπτυχιακός φοιτητής/τρια θεωρείται ότι έχει παρακολουθήσει κάποιο μάθημα (και επομένως έχει δικαίωμα συμμετοχής στις εξετάσεις) μόνο αν έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 80% των ωρών του μαθήματος. Η βαθμολόγηση γίνεται στην κλίμακα 1-10. Δύναται να εφαρμόζονται εναλλακτικές μέθοδοι για την αξιολόγηση φοιτητών/τριών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μετά από απόφαση της Σ.Ε και εισήγηση της επιτροπής ΑμεΑ του Τμήματος και λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές οδηγίες της Μονάδας Προσβασιμότητας Φοιτητών με αναπηρία. Στις περιπτώσεις ασθένειας ή ανάρρωσης από βαριά ασθένεια συνιστάται ο/η διδάσκων/ουσα να διευκολύνει, με όποιον τρόπο θεωρεί ο/η ίδιος/α πρόσφορο, τον/την φοιτητή/τρια (π.χ. προφορική εξ αποστάσεως εξέταση). Κατά τις προφορικές εξετάσεις ο/η διδάσκων/ουσα εξασφαλίζει ότι δεν θα παρευρίσκεται μόνος του/της με τον/την εξεταζόμενο/η φοιτητή/τρια. Μαθήματα στα οποία κάποιος δεν έλαβε προβιβάσιμο βαθμό, οφείλει να τα επαναλάβει.

ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάθεση μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας (ΜΔΕ) γίνεται μετά την παρακολούθηση όλων των μαθημάτων του προγράμματος σπουδών και την επιτυχή εξέταση σε αυτά.

Η ΜΔΕ πρέπει να είναι ατομική, πρωτότυπη, να έχει ερευνητικό χαρακτήρα και να συντάσσεται σύμφωνα με τις οδηγίες συγγραφής που είναι αναρτημένες στην ιστοσελίδα του κάθε Π.Μ.Σ.

Η γλώσσα συγγραφής της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας μπορεί να είναι η αγγλική ή η ελληνική και ορίζεται μαζί με τον ορισμό του θέματος.

Ο τίτλος της εργασίας μπορεί να οριστικοποιηθεί κατόπιν αίτησης του/ης φοιτητή /τριας και σύμφωνης γνώμης του/ης επιβλέποντος/ουσας. Για να εγκριθεί η εργασία ο/η φοιτητής/τρια οφείλει να την υποστηρίξει ενώπιον της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής.

Οι μεταπτυχιακές διπλωματικές εργασίες εφόσον εγκριθούν από την εξεταστική επιτροπή, αναρτώνται υποχρεωτικά στο Ψηφιακό Αποθετήριο "ΠΕΡΓΑΜΟΣ", σύμφωνα με τις αποφάσεις της Συγκλήτου του ΕΚΠΑ.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ

Οι μεταπτυχιακοί/ες φοιτητές/τριες έχουν όλα τα δικαιώματα και τις παροχές που προβλέπονται και για τους φοιτητές του πρώτου κύκλου σπουδών, έως και τη λήξη τυχόν χορηγηθείσας παράτασης φοίτησης, πηλην του δικαιώματος παροχής δωρεάν διδακτικών συγγραμμάτων. Το Ίδρυμα εξασφαλίζει στους/ις φοιτητές/τριες με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες προσβασιμότητα στα προτεινόμενα συγγράμματα και τη διδασκαλία (<https://access.uoa.gr/>)

Οι φοιτητές/τριες μπορούν να συμμετέχουν σε διεθνή προγράμματα ανταλλαγής φοιτητών/τριων, όπως το πρόγραμμα ERASMUS + ή CIVIS, κατά την κείμενη νομοθεσία.

Οι μεταπτυχιακοί/ες φοιτητές/τριες του Ε.Κ.Π.Α. δύνανται να εγγραφούν σε Π.Μ.Σ. του ίδιου ή άλλων Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή της αλλοδαπής στο πλαίσιο εκπαιδευτικών ή ερευνητικών προγραμμάτων συνεργασίας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Στο τέλος κάθε εξαμήνου πραγματοποιείται αξιολόγηση κάθε μαθήματος και κάθε διδάσκοντος/ουσας από τους/ις μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες. Για τη συμμετοχή τους στο Π.Μ.Σ. «Ακοολογία και Νευροτολογία» οι μεταπτυχιακοί/ες φοιτητές/τριες καταβάλλουν τέλη φοίτησης που ανέρχονται στο ποσό των χιλίων ευρώ (1.000€) ανά εξάμηνο. Η καταβολή του τέλους γίνεται στην αρχή κάθε εξαμήνου

ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΔΙΔΑΚΤΡΩΝ

Απαλλάσσονται από τα τέλη φοίτησης, οι φοιτητές/τριες Π.Μ.Σ., που πληρούν τα οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια και τις προϋποθέσεις αριστείας κατά τον πρώτο κύκλο σπουδών, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Η απαλλαγή αυτή παρέχεται για τη συμμετοχή σε ένα μόνο Π.Μ.Σ. Σε κάθε περίπτωση, οι απαλλασσόμενοι/ες φοιτητές/τριες δεν ξεπερνούν το ποσοστό του τριάντα τοις εκατό (30%) του συνολικού αριθμού των φοιτητών/τριων που εισάγονται στο Π.Μ.Σ. ανά ακαδημαϊκό έτος.

Η οικονομική κατάσταση υποψηφίου/ας σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί λόγο μη επιλογής σε Π.Μ.Σ. Η εξέταση των κριτηρίων περί απαλλαγής από τα τέλη φοίτησης πραγματοποιείται από τη Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής και εκδίδεται αιτιολογημένη απόφαση περί αποδοχής ή απόρριψης της αίτησης.

Τα μέλη των κατηγοριών Ε.Ε.Π., Ε.ΔΙ.Π., Ε.Τ.Ε.Π., που γίνονται δεκτοί ως υπεράριθμοι σύμφωνα με τη διάταξη 3.3 του παρόντος κανονισμού, απαλλάσσονται από την καταβολή διδασκτρών. Σε περίπτωση που φοιτούν ταυτόχρονα σε Π.Μ.Σ. του Ίδρυματος μέλη της ίδιας οικογένειας μέχρι β' βαθμού συγγένειας εξ αίματος ή εξ αγχιστείας υπάρχει η δυνατότητα να παρέχεται μείωση στα καταβαλλόμενα τέλη φοίτησης κατά 50%.

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ ΚΑΙ ΒΡΑΒΕΙΑ

Για την πραγματοποίηση των σπουδών τους οι φοιτητές/τριες μπορούν να λάβουν υποτροφίες και βραβεία.

Οι υποτροφίες αυτές διακρίνονται σε:

α) Υποτροφίες αριστείας (μέχρι δύο), οι οποίες αποδίδο-

νται στους/ις αριστούχους φοιτητές/τριες του Π.Μ.Σ. βάσει της επίδοσής τους στα μαθήματα του Α'-Γ' εξαμήνου. Οι υποτροφίες απαλλάσσουν τους/τις δικαιούχους τους από τα τέλη φοίτησης του τελευταίου εξαμήνου διδασκαλίας μαθημάτων.

Προϋποθέσεις

Υποψηφιότητα για υποτροφίες αριστείας μπορούν να καταθέσουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες που έχουν ολοκληρώσει και το Γ' εξάμηνο της κανονικής διάρκειας φοίτησης. Οι υποψήφιοι/ες δεν πρέπει να κατέχουν έμμισθη θέση στον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα ούτε να λαμβάνουν υποτροφία από οποιοδήποτε άλλο φορέα για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Κριτήρια

- βαθμολογική επίδοση στα μαθήματα (με μέσο όρο μεγαλύτερο ή ίσο του εννέα)
- επιτυχής ολοκλήρωση όλων των μαθημάτων σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών
- ατομικό και οικογενειακό εισόδημα

Σε περίπτωση ισοβαθμίας και σύμπτωσης εισοδήματος, γίνεται κλήρωση. Σε περίπτωση που ο/η φοιτητής/τρια αποποιηθεί την υποτροφία, παρέχεται στον/στην επόμενο/η στη σειρά κατάταξης.

β) Ανταποδοτικές υποτροφίες. Η Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής δύναται να χορηγεί έως τρεις (3) ανταποδοτικές υποτροφίες για διεξαγωγή επικουρικού διδακτικού έργου σε προγράμματα σπουδών α' κύκλου σε μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες ανάλογα με τον αριθμό εισακτέων του ΠΜΣ και τις οικονομικές δυνατότητες του Προγράμματος κατόπιν εισήγησης της Σ.Ε. του ΠΜΣ.

Το ποσό της ανταποδοτικής υποτροφίας δύναται να καλύπτει μέρος ή το σύνολο των τελών φοίτησης και υπολογίζεται βάσει πραγματικών ωρών απασχόλησης. Η αμοιβή ανά ώρα αποφασίζεται στην αρχή κάθε έτους με εισήγηση της Σ.Ε. και απόφαση της Συνέλευσης της Ιατρικής Σχολής. Η απόφαση αυτή γνωστοποιείται στους/ις φοιτητές/τριες του Π.Μ.Σ. Το κόστος των ανταποδοτικών υποτροφιών δύναται να βαρύνει τον προϋπολογισμό έργων/προγραμμάτων, τα οποία χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς, διεθνείς και ίδιους πόρους του άρθρου 230 του Ν.4957/2022, καθώς και συγχρηματοδοτούμενων έργων του Εταιρικού Συμφώνου για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ). Για τη χορήγηση ανταποδοτικών υποτροφιών ισχύουν οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια.

γ) Βραβεία Αριστείας. Το ΠΜΣ μπορεί να απονέμει βραβεία αριστείας στους/ις δύο πρώτους φοιτητές/τριες κάθε σειράς με την ολοκλήρωση των μαθημάτων του Α', Β' και Γ' εξαμήνου, έπειτα από εισήγηση της Σ.Ε. και απόφαση της Συνέλευσης της Ιατρικής Σχολής. Τα βραβεία δεν έχουν οικονομικό όφελος. Το βραβείο υπογράφεται από τον Διευθυντή/τρια του Π.Μ.Σ. και τον/την Πρόεδρο του Τμήματος.

Προϋποθέσεις

- Μέσος όρος μαθημάτων Α' Β' και Γ' εξαμήνου μεγαλύτερος ή ίσος του οκτώ.
- Ολοκλήρωση και επιτυχής εξέταση στην εξεταστική του Φεβρουαρίου (Α' εξάμηνο), Ιουνίου (Β' εξάμηνο) και του Φεβρουαρίου (Γ' εξάμηνο) στα κανονικά έτη σπουδών (Α', Β' και Γ' εξάμηνο κάθε σειράς).

ΥΠΟΔΟΜΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΜΣ

Για την εύρυθμη λειτουργία του Π.Μ.Σ. διατίθενται αίθουσες διδασκαλίας και σεμιναρίων, αμφιθέατρα εξοπλισμένα με οπτικοακουστικά μέσα και εργαστήρια της Ιατρικής Σχολής. Η διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη του Π.Μ.Σ. γίνεται από τη Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής. Η καταβολή των τελών φοίτησης πραγματοποιείται από τον ίδιο τον/την φοιτητή/τρια ή από τρίτο φυσικό ή νομικό πρόσωπο για λογαριασμό του/της φοιτητή/τριας, εφόσον αυτό προβλέπεται στην απόφαση ίδρυσης του Π.Μ.Σ. Η διαχείριση των πόρων των Π.Μ.Σ. του Α.Ε.Ι. πραγματοποιείται από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας (Ε.Λ.Κ.Ε.) του Ε.Κ.Π.Α.

Οι πόροι των Π.Μ.Σ. κατανέμονται ως εξής:

- α) ποσό που αντιστοιχεί στο τριάντα τοις εκατό (30%) των συνολικών εσόδων που προέρχονται από τέλη φοίτησης παρακρατείται από τον Ε.Λ.Κ.Ε. Στο ποσό αυτό συμπεριλαμβάνεται το ποσοστό παρακράτησης υπέρ του Ε.Λ.Κ.Ε. για την οικονομική διαχείριση των Π.Μ.Σ. Όταν τα έσοδα του Π.Μ.Σ. προέρχονται από δωρεές, χορηγίες και πάσης φύσεως οικονομικές ενισχύσεις, κληροδοτήματα ή πόρους από ερευνητικά έργα ή προγράμματα, πραγματοποιείται η παρακράτηση υπέρ Ε.Λ.Κ.Ε. που ισχύει για τα έσοδα από αντίστοιχες πηγές χρηματοδότησης,
- β) το υπόλοιπο ποσό των συνολικών εσόδων του Π.Μ.Σ. διατίθεται για την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών του Π.Μ.Σ.

ΑΝΑΘΕΣΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ/ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΕΣ ΣΤΟ Π.Μ.Σ.

Το διδακτικό έργο των Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) ανατίθεται, στις ακόλουθες κατηγορίες διδασκόντων:

- α) μέλη Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (Δ.Ε.Π.), Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού (Ε.Ε.Π.), Εργαστηριακού Διδακτικού Προσωπικού (Ε.Δ.Π.) και Ειδικού Τεχνικού Εργαστηριακού Προσωπικού (Ε.Τ.Ε.Π.) του Τμήματος ή άλλων Τμημάτων του ΕΚΠΑ ή άλλου Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.) ή Ανώτατου Στρατιωτικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Σ.Ε.Ι.), με πρόσθετη απασχόληση πέραν των νόμιμων υποχρεώσεών τους, αν το Π.Μ.Σ. έχει τέλη φοίτησης.
- β) ομότιμους καθηγητές/τριες ή αψυηρητέχσαντα μέλη Δ.Ε.Π. του Τμήματος ή άλλων Τμημάτων του ΕΚΠΑ ή άλλου Α.Ε.Ι.,
- γ) συνεργαζόμενους/ες καθηγητές/τριες
- δ) εντεταλμένους/ες διδάσκοντες/ουσες
- ε) επισκέπτες καθηγητές/τριες ή επισκέπτες ερευνητές/τριες, στ) ερευνητές και ειδικούς λειτουργικούς επιστήμονες ερευνητικών και τεχνολογικών φορέων του άρθρου 13Α του ν. 4310/2014 (Α' 258) ή λοιπών ερευνητικών κέντρων και ινστιτούτων της ημεδαπής ή αλλοδαπής
- ζ) επιστήμονες αναγνωρισμένου κύρους, οι οποίοι διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και σχετική εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο του Π.Μ.Σ.

ΑΠΟΝΟΜΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Ο/Η φοιτητής/τρια ολοκληρώνει τις σπουδές για την απόκτηση Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) με τη συμπλήρωση του ελάχιστου αριθμού μαθημάτων και πιστωτικών μονάδων

που απαιτούνται για τη λήψη του Δ.Μ.Σ., καθώς και την επιτυχή ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Με την ολοκλήρωση της ανωτέρω διαδικασίας χορηγείται στον/η μεταπτυχιακό/η φοιτητή/τρια βεβαίωση περάτωσης σπουδών.

Το Δ.Μ.Σ. πιστοποιεί την επιτυχή αποπεράτωση των σπουδών και αναγράφει βαθμό, με ακρίβεια δύο δεκαδικών ψηφίων, κατά την ακόλουθη κλίμακα: Άριστα (8,5 έως 10), Λίαν Καλώς (6,5 έως 8,5 μη συμπεριλαμβανομένου) και Καλώς (5 έως 6,5 μη συμπεριλαμβανομένου). Στο πλαίσιο του Π.Μ.Σ. απονέμεται Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ακοολογία και Νευροτολογία».

ΟΡΚΩΜΟΣΙΑ

Η ορκωμοσία δεν αποτελεί συστατικό τύπο της επιτυχούς περάτωσης των σπουδών, είναι όμως αναγκαία προϋπόθεση για τη χορήγηση του εγγράφου τίτλου του διπλώματος. Η καθομολόγηση γίνεται στο πλαίσιο της Συνέλευσης της Ιατρικής Σχολής και σε χώρο του της Σχολής, παρουσία του/ης Διευθυντή/τριας του Π.Μ.Σ., του/της Προέδρου της Ιατρικής Σχολής ή του/της Αναπληρωτή/τριας του/της και, κατά τις δυνατότητες, ενδεχομένως εκπροσώπου του Πρυτάνεως. Οι μεταπτυχιακοί/ες φοιτητές/τριες, που έχουν ολοκληρώσει επιτυχώς το Π.Μ.Σ., σε εξαιρετικές περιπτώσεις (σπουδές, διαμονή ή εργασία στο εξωτερικό, λόγοι υγείας κ.λπ.), μπορούν να αιτηθούν στη Γραμματεία της Ιατρικής Σχολής εξαίρεση από την υποχρέωση καθομολόγησης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Π.Μ.Σ.

Αξιολόγηση από την Εθνική Αρχή Ανώτατης Εκπαίδευσης

Το Π.Μ.Σ. αξιολογείται στο πλαίσιο της περιοδικής αξιολόγησης/πιστοποίησης του Τμήματος που διοργανώνεται από την Εθνική Αρχή Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΕΘ.Α.Α.Ε.). Στο πλαίσιο αυτό αξιολογείται η συνολική αποτίμηση του έργου που επιτελέστηκε από κάθε Π.Μ.Σ., ο βαθμός εκπλήρωσης των στόχων που είχαν τεθεί κατά την ίδρυσή του, η βιωσιμότητά του, η απορρόφηση των αποφοίτων στην αγορά εργασίας, ο βαθμός συμβολής του στην έρευνα, η εσωτερική αξιολόγησή του από τους μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες, η σκοπιμότητα παράτασης της λειτουργίας του, καθώς και λοιπά στοιχεία σχετικά με την ποιότητα του έργου που παράγεται και τη συμβολή του στην εθνική στρατηγική για την ανώτατη εκπαίδευση.

Εσωτερική αξιολόγηση

Η εσωτερική αξιολόγηση των ΠΜΣ πραγματοποιείται σε ετήσια βάση από τη Μονάδα Διασφάλισης Ποιότητας (ΜΟ.ΔΙ.Π.) του Ιδρύματος. Στη διαδικασία της εσωτερικής αξιολόγησης συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι στην υλοποίηση των ενεργειών και των δράσεων του ΠΜΣ και πιο συγκεκριμένα, οι φοιτητές/τριες, τα μέλη του διδακτικού προσωπικού, το προσωπικό διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης και τα μέλη της Συντονιστικής Επιτροπής του ΠΜΣ. Η διαδικασία εσωτερικής αξιολόγησης πραγματοποιείται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, το Εσωτερικό Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας του Ιδρύματος, τις οδηγίες και τα πρότυπα της ΕΘΑΑΕ.

Η εσωτερική αξιολόγηση των ΠΜΣ περιλαμβάνει την αποτίμηση του διδακτικού έργου, καθώς και όλων των ακαδημαϊκών λειτουργιών και δράσεων του.

Διευθύντρια
Μεταπτυχιακού Προγράμματος
Ηλιάδου Βασιλική Μαρία

Υπεύθυνη αλληλογραφίας
Ηλιάδου Βασιλική Μαρία
Καθηγήτρια
Ψυχοακουστικής ΑΠΘ
Email: msc-apd@med.auth.gr

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 46-Τεύχος 2, 2025

Program Director
Iliadou Vasiliki Maria

Corresponding author:
Iliadou Vasiliki Maria
Professor of Psychoacoustics, AUTh
Email: msc-apd@med.auth.gr

Ιστοσελίδα
www.apdmaster.gr

Hellenic Otorhinolaryngology
Volume 46-Issue 2, 2025

Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής «Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας» (MSc in Auditory Processing Disorder)



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΣΚΟΠΟΣ

Το μοναδικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στην Ελλάδα που προσφέρει γνώσεις για διάγνωση και αντιμετώπιση της Διαταραχής Ακουστικής Επεξεργασίας εισάγοντας τους νέους επιστήμονες σε ότι πιο σύγχρονο υπάρχει με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε θέματα ακοής. Σκοπός του ΠΜΣ «Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας-ΔΑΕ» είναι: α) η περαιτέρω προαγωγή της γνώσης στον τομέα της Ψυχοακουστικής, η περαιτέρω ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της Διαταραχής Ακουστικής Επεξεργασίας και της συνύπαρξής της με το φάσμα του Αυτισμού και τις Μαθησιακές Δυσκολίες και β) η υψηλού επιπέδου εξειδίκευση των αποφοίτων σε θεωρητικές γνώσεις και εφαρμόσιμες πρακτικές στον τομέα της Ψυχοακουστικής σε ό,τι αφορά τη Διαταραχή της Ακουστικής Επεξεργασίας, τον Αυτισμό, τη Βαρηκοΐα και τις Μαθησιακές Δυσκολίες.



Φοιτητές του 1ου κύκλου του ΠΜΣ ΔΑΕ μετά από τις θερινές εξετάσεις, τότε δια ζώσης, τώρα όλο το πρόγραμμα διενεργείται εξ αποστάσεως



Διαδραστική παρουσίαση διπλωματικής εργασίας για ακουστική εκπαίδευση στα πλαίσια του ετήσιου συνεδρίου του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ



Συμμετοχή φοιτητών του ΠΜΣ ΔΑΕ στην οργάνωση του workshop για το πότε και πως πρέπει να εξετάζεται η ακουστική επεξεργασία στην κλινική πράξη στο Παγκόσμιο Συνέδριο Ακοολογίας στο Παρίσι Σεπτέμβριος 2024

Τα μαθησιακά αποτελέσματα και τα προσόντα όσων παρακολουθήσουν επιτυχώς το Πρόγραμμα είναι τα εξής:
Η φοίτηση στο Π.Μ.Σ. «Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας-ΔΑΕ» δίνει τις απαραίτητες θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις για την επιτυχημένη εφαρμογή εξατομικευμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης μέσω ακουστικής εκπαίδευσης στα άτομα με Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας (ΔΑΕ) (παιδιά και ενήλικες) και την απαραίτητη μεθοδολογική προσέγγιση για μια αποτελεσματική διάγνωση της Διαταραχής Ακουστικής Επεξεργασίας σε παιδιά και ενήλικες. Το Δίπλωμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη «Διαταραχή Ακουστικής Επεξεργασίας» προσφέρει το αναγκαίο θεωρητικό υπόβαθρο καθώς και τις κλινικοεργαστηριακές γνώσεις για είσοδο σε πρόγραμμα Διδακτορικής Διατριβής στο γνωστικό τομέα της Ψυχοακουστικής.

Το ΠΜΣ ΔΑΕ προσφέρει γνώσεις διάγνωσης σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο για τους ιατρούς (2η ειδίκευση) καθώς και γνώσεις αντιμετώπισης της Διαταραχής Ακουστικής Επεξεργασίας.

Η πρωτοτυπία του προγράμματος είναι το διεπιστημονικό περιβάλλον μάθησης, η εκπαίδευση από μικρή ομάδα ειδικών διδασκόντων, η έμφαση σε εκμάθηση χρήσης ανοικτού λογισμικού ήχου (audacity), η διάθεση και χρήση από τους φοιτητές συστοιχίας δοκιμασιών διάγνωσης από τις οποίες η κυριότερη είναι η σταθμισμένη δοκιμασία ομιλητικής σε θόρυβο η οποία είναι απαραίτητο να χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της ακουστικής ικανότητας σε συνέχεια του τονικού ακουόγραμματος σύμφωνα με πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες Iliadou, V.M., Bamiou, DE., Keith, W. et al. It is time to change the way we think about hearing evaluation. Eur Arch Otorhinolaryngol 281, 3261–3264 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08620-1>

Υπεύθυνος Μεταπτυχιακού Προγράμματος
Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ

Υπεύθυνος αλληλογραφίας
Κωνσταντίνος Ιορδάνης
Καθηγητής ΩΡΛ ΑΠΘ
Email: jordan_orl@hotmail.com

Ελληνική Οtorινολαρυγγολογία,
Τόμος 46-Τεύχος 2, 2025

Program Director
Konstantinidis Iordanis

Corresponding author:
Konstantinidis Iordanis
Professor of ORL, AUTH
Email: jordan_orl@hotmail.com

Ιστοσελίδα
<https://saldis.med.auth.gr/>

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 46-Issue 2, 2025

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής «Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων» (MSc in Salivary Glands Disorders)

Στο Τμήμα Ιατρικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Α.Π.Θ. λειτουργεί το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τίτλο «Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων», (Κωδικός Αριθμός Δημοσίευσης ίδρυσης 25982/24.5.2021).

Σκοπός του ΠΜΣ είναι εκπαίδευση των μεταπτυχιακών φοιτητών στην αντιμετώπιση των παθήσεων των σιελογόνων αδένων. Οι σιελογόνοι αδένες και οι παθήσεις τους αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα της καθημερινής κλινικής ενασχόλησης πολλών ειδικοτήτων με προεξάρχουσα την Ωτορινολαρυγγολογία, αλλά και την Γναθοπροσωπική Χειρουργική, την Γενική Χειρουργική, την Παιδιατρική, την Γενική Παθολογία, Ογκολογία καθώς και τις ειδικότητες απεικόνισης, όπως της Ακτινοδιαγνωστικής και Πυρηνικής Ιατρικής. Η πληθώρα των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στην θεραπεία των παθήσεων αυτών καταδεικνύει το εύρος αλλά και την πολυπλοκότητα στην σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική των σιελογόνων αδένων.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Το συνολικό πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Θεωρητικά μαθήματα σε όλο το φάσμα των «Παθήσεων Σιελογόνων Αδένων» με διαδικτυακή παρακολούθηση από διακεκριμένους συναδέλφους από όλα τα ακαδημαϊκά ιδρύματα της χώρας αλλά και του εξωτερικού
- Πρακτική Εξάσκηση σε ανθρώπινα πτωματικά παρασκευάσματα (Cadaver dissection course)
- Πρακτική Εξάσκηση σε ζωικά πτωματικά παρασκευάσματα (Course σιαλενδοσκόπησης)
- Εξατομικευμένη δυνατότητα παρακολούθησης χειρουργείων σιελογόνων αδένων στην Β ΩΡΛ κλινική ΑΠΘ . (Live Surgeries)

Το γνωστικό αντικείμενο του ΠΜΣ συμπεριλαμβάνει την χειρουργική ανατομία των σιελογόνων αδένων ως μια απαραίτητη γνώση για τον ιατρό που θα χρειαστεί να παρέμβει χειρουργικά στην περιοχή αυτή, την φυσιολογία – παθοφυσιολογία τους, την παθολογία σε παιδιά και ενήλικες, την διαγνωστική προσέγγιση και τις θεραπευτικές δυνατότητες (χειρουργικές, ελάχιστα παρεμβατικές και φαρμακευτικές) που υπάρχουν έως σήμερα. Ειδικότερα οι μεταπτυχιακοί φοιτητές θα εκπαιδευτούν στις ελάχιστα παρεμβατικές μεθόδους όπως η σιαλενδοσκόπηση και οι εγχύσεις φαρμάκων τοπικά εντός των σιελογόνων αδένων, καθώς και στις φαρμακευτικές επιλογές που αφορούν στην θεραπεία των φλεγμονωδών παθήσεων.

Η έναρξη των μαθημάτων ορίζεται κάθε Οκτώβριο και η γλώσσα διδασκαλίας των μαθημάτων είναι η ελληνική και αγγλική και της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας θα είναι η ελληνική.

Η χρονική διάρκεια φοίτησης διαρκεί τρία (3) ακαδημαϊκά εξάμηνα και οδηγεί, μετά την επιτυχή εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας, στην απονομή του Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) στο γνωστικό αντικείμενο των “Παθήσεων Σιελογόνων Αδένων”.

Το ΠΜΣ θα πιστώνεται συνολικά με 90 ECTS, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Πιστωτικών Μονάδων, και παρέχει ενιαίο πρόγραμμα σπουδών.

Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης των μεταπτυχιακών φοιτητών θα λάβουν χώρα δύο πρακτικές ασκήσεις σε πτωματικά παρασκευάσματα. Η πρώτη αφορά στις χειρουργικές τεχνικές στους μείζονες σιελογόνους αδένες και η δεύτερη στη σιαλενδοσκόπηση.

Για όσες/όσους ενδιαφέρονται να εγγραφούν στο πρόγραμμα, πρέπει τα δικαιολογητικά που επισυνάπτονται να σταλούν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ακόλουθη διεύθυνση έως τις 5 Σεπτεμβρίου 2025: m-sc-saldis@med.auth.gr

Στο μήνυμα θα πρέπει να επισυνάπτονται τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση (επισυνάπτεται).
2. Πτυχίο Ιατρικής. Σε περίπτωση πτυχίου από Πανεπιστήμιο της αλλοδαπής να επισυνάπτεται και η αναγνώριση από το ΔΟΑΤΑΠ.
3. Αποδεικτικά γνώσεων ξένων γλωσσών.
4. Άλλοι τίτλοι Σπουδών (μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών, διδακτορικό δίπλωμα κλπ.).
5. Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα, όπου θα φαίνονται οι σπουδές, η επιστημονική, ερευνητική και επαγγελματική εμπειρία.
6. Συστατικές επιστολές (αν υπάρχουν-δεν είναι υποχρεωτικό).
7. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.

Στους διδάσκοντες του Π.Μ.Σ. περιλαμβάνονται μέλη ΔΕΠ των συνεργαζόμενων Κλινικών (Α' και Β' Πανεπιστημιακές ΩΡΛ Κλινικές Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική Δ.Π.Θ.), καθώς και διακεκριμένοι συνάδελφοι από άλλες Πανεπιστημιακές Κλινικές, Κλινικές του ΕΣΥ και ιδιώτες ιατροί με γνωστικό αντικείμενο τις Παθήσεις Σιελογόνων Αδένων.

Επίσης στη διδασκαλία συμμετέχουν και διακεκριμένοι καθηγητές της αλλοδαπής.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τρία (3) ακαδημαϊκά εξάμηνα.
Τέλη φοίτησης: 3.000 ευρώ.

Α' ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

Περιλαμβάνει διδασκαλία σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο σε θεματολογία που αφορά τους ακόλουθους τομείς:

1. Χειρουργική Ανατομία και Φυσιολογία Σιελογόνων αδένων
2. Ιστολογία κι Κυτταρολογία σιελογόνων αδένων
3. Απεικόνιση σιελογόνων αδένων
4. Ογκολογία σιελογόνων αδένων
5. Χειρουργικές τεχνικές σε όγκους σιελογόνων αδένων
6. Χειρουργική αποκατάσταση μετά από εκτομή κακοηθών νεοπλασμάτων

Β' ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

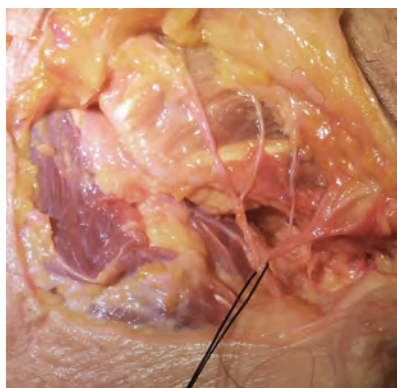
Περιλαμβάνει διδασκαλία σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο σε θεματολογία που αφορά τους ακόλουθους τομείς:

1. Αποφρακτικές παθήσεις σιελογόνων
2. Υπολειτουργία και υπερλειτουργία των σιελογόνων αδένων
3. Ελάχιστα παρεμβατικές τεχνικές σε μη ογκολογικές παθήσεις - Σιαλενδοσκόπηση
4. Συστηματικά νοσήματα με συμμετοχή σιελογόνων αδένων
5. Μεθοδολογία της έρευνας στο αντικείμενο των σιελογόνων αδένων
6. Η χρήση Βοτουλινικής τοξίνης σε σιελογόνους αδένες

Γ' ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

Προετοιμασία και εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας.

Σημείωση: Η επιλογή των υποψηφίων θα γίνει από ειδική επιτροπή μετά από συγκριτική αξιολόγηση των προσόντων των υποψηφίων και προσωπική συνέντευξη.



Εικόνα μετά από ολική παρωτιδεκτομή σε πτωματικό παρασκεύασμα από μεταπτυχιακό φοιτητή



Ορκωμοσία μεταπτυχιακών φοιτητών στο ΑΠΘ



Πρακτική άσκηση στην αφαίρεση υπογοναθίου αδένος στο πειραματικό χειρουργείο του ΓΝ Παπαγεωργίου

Υπεύθυνος
Μεταπτυχιακού Προγράμματος
Δανιηλίδης Βασίλειος
Καθηγητής ΩΡΛ Πανεπιστημίου Πατρών

Υπεύθυνη αλληλογραφίας
Θούα Γεωργία
Τηλ. 2613/603.264-5,
e-mail: georgiathua@upatras.gr
Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,

Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία,
Τόμος 46-Τεύχος 2, 2025

Program Director
Danielides Vasileios

Corresponding author:
Danielides Vasileios
Professor of ORL, University of Patras
Email: vdanielidis@hotmail.com

Ιστοσελίδα
<https://rhino-skullbase-face.upatras.gr/>

Hellenic Otorhinolaryngology,
Volume 46-Issue 2, 2025

Διδρυματικό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στις «Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας»

“Disease of the nose, maxillofacial area and cranial base Interuniversity interdepartmental Postgraduate Program”

ΣΚΟΠΟΣ

Το Διδρυματικό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ιδρύθηκε με την υπ' αριθμ. 1390/21117 απόφαση (ΦΕΚ 2866/18.7.2018, τ. Β') και ισχύει, όπως ενεκρίθη από τη Σύγκλητο του Πανεπιστημίου Πατρών (αρ. συνεδρ. 133/30.3.2018) και τη Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής (αρ. συνεδρ. 686/15.1.2018) καθώς και από τη Σύγκλητο του ΕΚΠΑ (αρ. συνεδρ. 14/30.4.2018) και τη Συνέλευση της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (αρ. συνεδρ. 8/15.3.2018). Διέπεται από τις διατάξεις του νόμου 4485/2017 καθώς και του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του Πανεπιστημίου Πατρών για τις Μεταπτυχιακές Σπουδές.

Το ΔΔΠΜΣ θα ξεκινήσει από το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2018-2019.

Το Διδρυματικό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Δ.Π.Μ.Σ.) έχει ως γνωστικό αντικείμενο τις Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας.

Σκοπός του ΔΔΠΜΣ είναι η παροχή μιας υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, και πιο συγκεκριμένα:

- 1. Μεταπτυχιακή διδασκαλία, έρευνα και πρακτική εκπαίδευση στις Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας.
- 2. Κατάρτιση - εξειδίκευση νέου επιστημονικού δυναμικού σε περιοχή επιστημονικής αιχμής των Παθήσεων Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας, όπως η Ενδοσκοπική Χειρουργική, η αντιμετώπιση των παθήσεων της ρινός, των διαταραχών του ύπνου, των διαταραχών όσφρησης και γεύσης και των παθήσεων της γναθοπροσωπικής χώρας και βάσης κρανίου.
- 3. Σε βάθος κατάρτιση επιστημόνων, ώστε αυτοί να καταστούν ικανοί για την παραγωγή νέας γνώσης.

Το ΔΔΠΜΣ «Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας» οδηγεί αποκλειστικά στην απονομή Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΔΜΣ) στις «Παθήσεις Ρινός, Βάσης Κρανίου και Προσωπικής Χώρας».

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΤΥΧΙΟΥΧΩΝ

Στο Δ.Δ.Π.Μ.Σ γίνονται δεκτοί πτυχιούχοι Τμημάτων Ιατρικής της ημεδαπής και Τμημάτων αναγνωρισμένων ομοταγών Ιδρυμάτων της αλλοδαπής που κατέχουν τίτλο ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Πλαστικής Χειρουργικής, ή Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ή τουλάχιστον να έχουν ολοκληρώσει ένα χρόνο ειδικότητας Ωτορινολαρυγγολογίας ή Νευροχειρουργικής ή Πλαστικής Χειρουργικής ή Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Η χρονική διάρκεια για την απονομή του Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Μ.Σ.) ορίζεται σε τρία (3) εξάμηνα.



Πρακτική άσκηση σε παρασκευάσματα



Το πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Θεωρητικά μαθήματα
- Πρακτική εξάσκηση σε ειδικά εργαστήρια (όπως οσφησιομετρία, ρινομανομετρία και αλλεργικής ρινίτιδας),
- Παρακολούθηση και συμμετοχή σε ζωντανά χειρουργεία (ενδοσκοπικές επεμβάσεις ρινός, παραρρινίων κόλπων, βάσης κρανίου, επεμβάσεις π्लाστικής χειρουργικής κ.ά.),
- Πρακτική σε πτωματικά παρασκευάσματα,
- Εκπαίδευση σε θέματα έρευνας,
- Εκπόνηση διπλωματικής εργασίας, η οποία πραγματοποιείται μετά την ολοκλήρωση των μαθημάτων.

Η διδασκαλία των μαθημάτων πραγματοποιείται τόσο στην Πάτρα όσο και στην Αθήνα, στο Κέντρο Μεταπτυχιακών Σπουδών της Ωτορινολαρυγγολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Ο χώρος διαθέτει δύο Εργαστήρια Πρακτικής Άσκησης και τρεις Αίθουσες Σεμιναρίων και Διδασκαλίας, πλήρως εξοπλισμένες με σύγχρονα οπτικοακουστικά μέσα (παράτιθενται σχετικές φωτογραφίες). Τα μαθήματα πραγματοποιούνται δια ζώσης. Στο Διατμηματικό Διαπανεπιστημιακό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Δ.Π.Μ.Σ.) γίνονται δεκτοί απόφοιτοι Ιατρικών Τμημάτων ελληνικών πανεπιστημίων ή αναγνωρισμένων ιδρυμάτων του εξωτερικού, οι οποίοι είτε κατέχουν τίτλο ειδικότητας στην Ωτορινολαρυγγολογία, Νευροχειρουργική, Πλαστική Χειρουργική ή Στοματική & Γναθοπροσωπική Χειρουργική, είτε έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον έναν χρόνο ειδίκευσης σε μία από τις παραπάνω ειδικότητες.

Το ΠΜΣ θα πιστώνεται συνολικά με 90 ECTS, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Πιστωτικών Μονάδων, και παρέχει ενιαίο πρόγραμμα σπουδών.

Στους διδάσκοντες του Π.Μ.Σ. περιλαμβάνονται μέλη ΔΕΠ

των συνεργαζόμενων Κλινικών (Πανεπιστημιακή ΩΡΛ Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Α' και Β' Πανεπιστημιακές ΩΡΛ Κλινικές ΕΚΠΑ), καθώς και διακεκριμένοι συνάδελφοι από άλλες Πανεπιστημιακές Κλινικές, Κλινικές του ΕΣΥ και ιδιώτες ιατροί με συναφές γνωστικό αντικείμενο. Επίσης στη διδασκαλία συμμετέχουν και διακεκριμένοι καθηγητές της αθλητοδότης.

Για όσες/όσους ενδιαφέρονται να εγγραφούν στο πρόγραμμα, πρέπει τα δικαιολογητικά που επισυνάπτονται να σταλούν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ακόλουθη διεύθυνση έως την Παρασκευή 11 Ιουλίου 2025:

Δικαιολογητικά υποψηφιότητας

- Αίτηση συμμετοχής
- Αντίγραφο πτυχίου
- Πιστοποιητικό αναλυτικής βαθμολογίας
- Αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα
- Αποδεικτικά ερευνητικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας, (εάν υπάρχουν)
- Τουλάχιστον δύο (2) συστατικές επιστολές
- Αντίγραφο μεταπτυχιακού τίτλου (εάν υπάρχει)
- Δημοσιεύσεις σε περιοδικά με κριτές (εάν υπάρχουν)
- Φωτοτυπία δύο όψεων της αστυνομικής ταυτότητας
- Τίτλος ειδικότητας ή βεβαίωση για τα χρόνια της ειδικότητας
- Αντίγραφο πιστοποιητικού γνώσης της αγγλικής γλώσσας (επιπέδου καλή) .

Για τη φοίτηση στο Δ.Δ.Π.Μ.Σ. προβλέπεται συνολικό κόστος 4.000 ευρώ.



Πρακτική άσκηση σε παρασκευάσματα

Α' ΕΞΑΜΗΝΟ

Α. ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ

Τίτλος

1. Εμβρυολογία – Ανατομία – Φυσιολογία – Παθοφυσιολογία: Ρινός – Παρραρινίων κοιλοτήτων και προσώπου κρανίου.
2. Φυσιολογία και Παθοφυσιολογία αναπνευστικού βληννογόνου
3. Διαγνωστικές δυνατότητες στο ανώτερο αναπνευστικό
4. Απεικόνιση ρινός – ΠΡΚ – προσθίου και μέσου κρανιακού βόθρου – Οφθαλμικού κόγχου – φάρυγγα.
5. Παρουσίαση και ανάλυση της συμπτωματολογίας και της σημειολογίας που δυνητικά εμφανίζεται από την περιοχή του ανώτερου αναπνευστικού, την περιοχή του προσώπου και του προσθίου κρανιακού βόθρου.

6. Ειδικότερα:

7. Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής
8. Διαταραχές όσφρησης και γεύσης
9. Άλγος προσώπου και κεφαλής
10. Αλλοιώσεις εξωτερικής μορφολογίας προσώπου
11. Ροχαλητό και υπνική άπνοια
12. Ρινόρροια ΕΝΥ
13. Μεταστατική νόσος στην περιοχή του προσώπου και του τραχήλου
14. Θεωρητική αναφορά σε γενικές και ειδικές χειρουργικές προσπελάσεις στις ανατομικές περιοχές:
15. Ρινός – Γνάθων – Προσώπου – Οφθαλμικού κόγχου – Προσθίου κρανιακού βόθρου
16. Σχεδιασμός κλινικής και βασικής έρευνας.
17. Ποια ερευνητικά ερωτήματα υπάρχουν στις υπό αναφορά ανατομικές περιοχές.
18. Ερωτήματα που αφορούν τις σχετιζόμενες παθήσεις από την σκοπιά του κλινικού γιατρού, του βασικού ερευνητή.
19. Ερωτήματα που αναδύονται καθώς όλο και νεώτερες χειρουργικές τεχνικές και χειρουργικά βοηθήματα προστίθενται στο οπλοστάσιο της αντιμετώπισης.

Β' ΕΞΑΜΗΝΟ

Β. ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ

Τίτλος

1. Θεωρητική αναφορά σε χειρουργικές τεχνικές και εργαλεία για τις ανωτέρω ανατομικές περιοχές : Ρινός – Γνάθων – Προσώπου – Οφθαλμικού κόγχου – Προσθίου κρανιακού βόθρου
2. Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνεται εκ νέου αναφορά στις χειρουργικές προσπελάσεις με τα απαραίτητα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τα επιμέρους βήματα. Η χρήση των εργαλείων θα επιδεικνύεται και οι φοιτητές θα εξοικειώνονται με τη χρησιμοποίησή τους. Θα υπάρχουν εργαλεία από διαφορετικές εταιρείες και από διαφορετικές χειρουργικές σχολές
3. Παρακολούθηση Χειρουργείων είτε μέσω βιντεοταινιών είτε απευθείας μέσω μετάδοσης εικόνας και ήχου από τα χειρουργεία
4. Εκπαίδευση σε ανατομικά προπλάσματα
5. Εκπαίδευση σε πτωματικό υλικό στην ενδοσκοπική ρινοχειρουργική, ρινοπλαστική.
6. Εξωτερικές προσπελάσεις στις ανατομικές περιοχές προσώπου και προσθίου κρανιακού βόθρου
7. Εργαστήριο αλλεργικών παθήσεων και υπεραντιδραστικότητας βληννογόνου ανώτερου αναπνευστικού
8. Εργαστήριο οσφρησιομετρίας
9. Εργαστήριο ύπνου
10. Παιδική ηλικία και προβλήματα ρινός και γναθοπροσωπικής χώρας
11. Επείγοντα προβλήματα

Γ' ΕΞΑΜΗΝΟ

1. ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρακτική άσκηση σε παρασκευάσματα
Σεμιναριακή αίθουσα διδασκαλίας

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ¹

 **Αποδεδειγμένη
αποτελεσματικότητα
σε 4 σοβαρές
ηωσινοφιλικές παθήσεις¹**

 **Χρόνια Ρινοκολπίτιδα με
Ρινικούς Πολύποδες¹**

Το **Nucala** ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία σε συνδυασμό με ενδορρινική κορτικοστεροειδή για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με σοβαρή χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες (CRSwNP), στους οποίους η θεραπεία με συστηματικά κορτικοστεροειδή και/ή χειρουργική επέμβαση δεν παρέχει επαρκή έλεγχο της νόσου. Το **Nucala** ενδείκνυται επίσης για σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα (SEA), ηωσινοφιλική κοκκιωματώση με πολυαγγειίτιδα (EGPA), και υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο (HES).¹ Εκτός εάν σημειώνεται διαφορετικά, οι εικόνες και τα προφίλ ασθενών προορίζονται για επεξηγηματικούς σκοπούς.

Για την
Περίληψη των
Χαρακτηριστικών
του Προϊόντος
ακανάρετε
το QR code.
Σε έντυπη μορφή
είναι διαθέσιμη κατόπιν
αίτησής στην εταιρεία.



Σύνοψη Προφίλ ασφαλείας¹:

Σοβαρό ηωσινοφιλικό άσθμα: Σε μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο σε ενήλικες και εφήβους ασθενείς με σοβαρό ανθεκτικό ηωσινοφιλικό άσθμα, οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν κεφαλαλγία (20%), αντιδράσεις στη θέση ένεσης (8%) και οσφυαλγία (6%).

CRSwNP: Σε μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη σε ασθενείς με CRSwNP, οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν κεφαλαλγία (18%) και οσφυαλγία (7%).

EGPA: Σε μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη σε ασθενείς με EGPA, οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν κεφαλαλγία (32%), αντιδράσεις της θέσης ένεσης (15%) και οσφυαλγία (13%). Συστηματικές αλλεργικές αντιδράσεις/αντιδράσεις υπερευαισθησίας αναφέρθηκαν από το 4% των ασθενών με EGPA.

HES: Σε μία ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη σε ασθενείς με HES, οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας ήταν κεφαλαλγία (13%), ουρολοίμωξη (9%), αντιδράσεις της θέσης ένεσης και πυρεξία (7% η κάθε μία).

Βιβλιογραφία:

1. Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος Nucala, Ιούνιος 2024

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η εικόνα και το προφίλ ασθενούς χρησιμοποιείται μόνο για επεξηγηματικούς σκοπούς. Το Nucala θα πρέπει να χορηγείται από ιατρούς με εμπειρία στη διάγνωση και την αντιμετώπιση του σοβαρού ανθεκτικού ηωσινοφιλικού άσθματος, της CRSwNP, της EGPA ή και του HES.

Η Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος σε έντυπη μορφή είναι διαθέσιμη κατόπιν αίτησής στην εταιρεία.

Προϊόν	Νοσοκομειακή Τιμή	Λιανική Τιμή
NUCALA INJ.SOL 100MG 1 προγεμισμένη σύριγγα	759,85 €	949,56 €
NUCALA INJ.SOL 100MG 1 προγεμισμένη συσκευή τύπου πένας	751,64 €	939,30 €

% επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100%.
Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού.

Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.

*αφορά μόνο σε πωλήσεις ιδιωτικού φαρμακείου.

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



www.kitrinikarta.gr

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο εταιρειών GSK.
©2025 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούπαρχος του Ομίλου GSK.

GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε.

Λ. Κηφισίας 266, 15232 Αθήνα, Τηλ. 210 6882100

www.gr.gsk.com

ΜΗΝ ΕΠΙΤΡΕΨΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟΛΑΙΜΟ ΝΑ ΧΑΛΑΣΕΙ ΤΗ ΜΕΡΑ.

TANTUM
VERDE®

ΔΙΠΛΗ ΔΡΑΣΗ
ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ



ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ &
όλη την οικογένεια

Με βενζυδαμίνη. Δε χρησιμοποιείται σε ασθενείς με υπερευαίσθησία στα συστατικά και παθήσεις του πεπτικού. Το στοματικό εκνέφωμα 15ml δεν είναι κατάλληλο για εφήβους και παιδιά.

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΕΟΦ ΣΥΝΙΣΤΟΥΝ: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Η΄ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.**



Angelini
Pharma