Κοντογιάννης Α. Νικόλαος Ιατρός, Ωτορινολαρυγγολόγος, Ιωάννινα

Το 1997 και το 2003 η American Academy of Otorhinolaryngology-Head Neck Surgery, Task Force on Chronic Rhinosinusitis καθιέρωσε τον όρο χρονία ρινοκολπίτις, που σημαίνει την ταυτόχρονη πάθηση ττου βλεννογόνου της μύτης και κάποιου από τους παραρρίνιους κόλπους. Αυτό κρίθηκε απαραίτητοδιότι ήταν εμφανές σε πολλούς ότι οι ρινικές διαταραχές συχνά αφορούν και τους κόλπους και αντιστρόφως. Επίσης καθιέρωσαν τις βασικές παραμέτρους των μειζόνων και ελασσόνων σημείων και συμπτωμάτων για τον ορισμό της ρινοκολπίτιδας [1].

Η χρονία ρινοκολπίτιδα σήμερα ορίζεται ως μια ομάδα διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του βλεννογόνου της μύτης και των παραρρινίων κόλπων διάρκειας τουλάχιστον 12 εβδομάδων. Στα μείζονα συμπτώματα περιλαμβάνονται ο πόνος ή το αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο, μπούκωμα της μύτης, συμφόρηση του ρινικού βλεννογόνου, πυώδεις ρινικές απεκκρίσεις και οπισθορρινικός κατάρρους.

Στα ελάσσονα συμπτώματα περιλαμβάνονται ο πονοκέφαλος, η κακοσμία του στόματος, η κόπωση, οδονταλγίες, βήχας και ωτοδυνία. Οι περισσότερες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστ΄ματος είναι το κοινό κρυολόγημα που διαρκεί περίπου δέκα ημ΄ρες. Η οξεία ρινοκολπίτιδα εκδηλώνεται τυπικά10 ή περισσότερες ημέρες μετά την εκδήλωση των ρινικών/κολπικών συμπτωμάτων. Μετά παρέλευση ενός μηνός, η οξεία ρινοκολπίτιδα μεταπίπτει σε υποξεία ρινοκολπίτιδα, που μπορεί να διαρκέσει μέχρι τρείς μήνες. Η χρονία ρινοκολπίτιδα επιμένει πάνω από 12 εβδομάδες ή και περισσότρο [1].

Αν και η κύρια θεραπεία της χρονίας ρινοκολπίτιδας περιλαμβάνει τη λήψη αντιβιοτικών, ο όρος χρονία ρινοκολπίτιδα περιγράφει περισσότερο ένα φλεγμονώδες πρόβλημα, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε βακτηρίδια ή ναμην οφείλεται σ’αυτά. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται επίθετα που δηλώνουν την αιτία της ρινοκολπίτιδας, όπως π.χ. αλλεργική ρινοκολπίτιδα, οξεία βακτηριδιακή ρινοκολπίτιδα, μυκητιασική ρινοκολπίτιδα, κλπ., πράγμα που βοηθάει στη συνενόηση μεταξύ των γιατρών.

Παρά το γεγονός ότι η ρινοκλπίτιδα είναι μια συνηθισμένη πάθηση, εν τούτοις υπάρχουν αμφιλεγόμενες απόψεις, που αφορούν την κατηγοριοποίηση της χρονίας ρινοκολπίτιδας και το ρόλο που παίζουν μύκητες στην πρόκληση της. Η διάγνωση κάθε κατηγορίας είναι σηαντική για την εφαρμογή της καλύτερης δυνατής θεραπείας και την πρόγνωση της πορείας της νόσου. Βάσει ιστοπαθολογικών ευρημάτων η μυκητιασική ρινοκολπίτιδα μπορεί χονδρικά να διαιρεθεί σε δύο κατηγορίες στην διεισδυτική και τη μη διεισδυτική. Αυτό εξαρτάτα από το αν ο μύκητας έχει διεισδύσει στον κολπικό βλεννογόνο.

Υπάρχουν τρείς τύποι μυκητιασικής ρινοκολπίτιδας με ιστική διείσδυση: η οξεία διηθητική, χρονία διηθητική και η κοκκιωματώδης. Οι δύο μη διειδυτικές είναι οι σφαίρες μκήτων (fungal ball) και η ηωσινοφιλική ρινοκολπίτιδα που σχετίζεται με μύκητα, που περιλαμβάνει την αλλεργική μυκητιασική ρινοκολπίτιδα.

Η διάκριση της κοκκιωματώδους από τη χρόνια διεισδυτική μορφή είναι πεδίο αμφιλεγόμενων απόψεων, καθώς και οι δύο έχουν ρονία πορεία και προσβάλουν τον οφθαλμικό κόγχο. Μεγάλη σύγχιση περιβάλλει την οντότητα της ηωσινοφιλικής ρινοκολπίτιδας που σχετίζεται με μύκητα και τον ορισμό της αλλεργικής μυκητιασικής ρινοκολπίτιδας [allergic fungal rhinosinusitis (AFRS)].

Στη διάγνωση της AFRS θεωρείται σημαντικό η ανίχνευση μυκήτωνστην αλλεργική μουκίνη, αν και οι ύφες είναι αραιές στο περιεχόμενο του κόλπου. Αυτό οδηγεί σε σύγχιση για τον ορισμό αυτής της οντότητας, ιδίως με την περιγραφή δύο πιο στενά συνδεδεμένων οντοτήτων, δηλαδή της ηωσινοφιλικής μυκητιασικής ρινοκολπίτιδας [eosinophilic fungal rhinosinusitis (EFRS)] και της ηωσινοφιλικής μουκινικής ρινοκολπίτιδας [eosinophilic mucin rhinosinusitis (EMRS)]. Παρά ταύτα υπάρχουν περισσότερες ερωτήσεις πρά απαντήσεις που αφορούν την κατηγοριοποίηση της μυκητισικής ρινοκολπίτιδας [2].

Στους ενηλίκους, ως χρονία παραρρινικολπίτιδα ορίζεται η επιμονή των συμπτωμάτων και σημείων επί 8 εβδομάδες ή η εκδήλωση τεσσάρων επεισοδίων καθ' υποτροπήν οξείας παραρρινοκολπίτιδας, κατ' έτος. Η κάθε υποτροπή έχει διάρκεια τουλάχιστον 10 ημερών και έχει σχέση με επίμονες αλλαγές, που είναι ορατές στην αξονική τομογραφία επί 4 εβδομάδες, μετά τη φαρμακευτική θεραπεία, χωρίς την παρεμβολή οξείας λοίμωξης. Το 2008 ο Galli J et al [3] εξέτασαν δείγματα βλεννογόνου των ηθμοειδών κυψελών 24 ασθενών που χειρουργήθηκαν με λειτουργική ενδοσκοπική χειρουργική κόλπων για χρονία ρινοκολπίτιδα, τα οποία συγκρίνανε με ιστολογικά δείγματα 20 υγιών ασθενών. Τα ιστολογικά δείγματα διαιρέθηκαν σε δύο κλάσματα.

Το πρώτο υπέστη επεξεργασία για βακτηριδιακές καλλιέργειες , ενώ το δεύτερο εξετάστηκε στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, οπου αποκαλύφθηκαν βιομεμβράνες. Όλα τα δείγματα με χρονία ρινοολπίτιδα είχαν θετικές καλλιέργειες για ρινοκολπίτιδα.Η ανάλυση των δειγμάτων που εξετάστηκαν στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο έδειξαν την ύπαρξη βακτηριδιακών βιομεμβρανών στα 10 από τα 24 δείγματα.

Στα θετικά δείγματα για βιμεμβράνες υπήρχε σημαντική καταστροφή του επιθηλίου (p

Στα παιδιά, ως χρονία παραρρινοκολπίτιδα ορίζεται ως η επιμονή των συμπτωμάτων και σημείων επί 12 εβδομάδες ή η εκδήλωση έξι επεισοδίων καθ' υποτροπήν οξείας παραρρινοκολπίτιδας, κατ' έτος που το καθ' ένα διαρκεί 10 ημέρες σε σχέση με επίμονες αλλαγές στην αξονική τομογραφία, που επιμένουν επί 4 εβδομάδες μετά τη φαρμακευτική θεραπεία, χωρίς την παρέμβαση οξείας λοίμωξης [4]. Η χρονία ρινοκολπίτιδα αποτελεί μια κύρια αιτία νοσηρότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό, διότι θεραπεύεται δύσκολα, καθώς έχει ακόμη ασαφώς διατυπωμένη παθοφυσιολογία και διαγνωστικά κριτήρια.

Η λειτουργική ενδοσκοπική χειρουργική (FESS)έχει αποδειχτεί αποτελεσματική γιαυτούς τους ασθενείς. Παρά τούτο υπάρχει σκεπτικισμός, που αφορά την πιανή επίδραση της επέμβασης στην ανάπτυξη του προσώπου. Εναλλακτικά με την FESSέχουν εφαρμοστεί θεραπευτικά πρωτόκολα, στα οποία περιλαμβάνονται οι πλύσεις των ιγμορείων, που ακολουθούνται από μακρόχρονη ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών. Παρά τούτο η μακρόχρονη ενδοφλέβια θεραπεία δεν είναι εύκολα ανεκτή από τους ασθενείς και περικλείει την εκδήλωση παρενεργειών.

Γιαυτό τα στάδια του πρωτοκόλου θεραπείας της χρονίας ρινοκολπίτιδας στα παιδιά είναι: αδενοειδεκτομή, ρινοπλύσεις με υπέρτονο διάλυμα φυσιολογικού ορού ουδετέρου pH , που ακολουθούνται από μακρόχρονη θεραπεία με συνδυασμό δύο αντιβιοτικώντο πρωτόκολο αυτό είναι αποτελεσματικό και ασφαλές. Τα παιδιά με ανοσοανεπάρκεια χρειάζονται μακροχρόνια ενδοφλέβια θεραπεία με αντιβιοτικά, προκειμένουνα απαλλαχτούν από τα συμπτώματά τους[4].

Ο ρόλος της αλλεργικής ευαισθητοποίησης στη χρονία ρινοκολπίτιδα των παιδιών είναι προς το παρόν αδιεκρίνιστη, καθώς έχουν ανακοινωθεί αλληλοσυγγκρουόμενα αποτελέσματα, όσων μελετών έχουν γίνει. Υπάρχουν μελέτες που ανεβάζουν το ποσοστό της επίπτωσης της ατοπίας στο 60% σε παιδιά με χρονία ρινοκολπίτιδα. Σεάλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν καν τη οποιαδήποτε σχέση μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων. Είναι

δυνατόν να συμπεράνει κανείς ότι η επίπτωση της ευαισθητοποίησης στα αεροαλλεργιογόνα στα παιδιά με χρονία ρινοκολπίτιδαείναι συγκρίσιμη με αυτήν του γενικού παιδιατρικού πληθυσμού, όπως εκτιμήθηκε από την Ιταλική μερίδα της μελέτης ISAAC, στην οποία δεν έκανε έρευνα ρουτίνας εντοπισμού εργίας στα παιδιά με χρονία ρινοκολπίτιδα [5, 6].

Βιβλιογραφία

1. Buljcik-Cupić MM, Savović SN, Jovićević JS. Influence of anatomic variations of the structures of the middle nasal meatus on sinonasal diseases. Med Pregl. 2008 Mar-Apr;61(3-4):135-41.

2. Chakrabarti A, Das A, Panda NK. Controversies surrounding the categorization of fungal sinusitis. Med Mycol. 2008 Jul 29:1-10.

3. Galli J, Calò L, Ardito F, Imperiali M, Bassotti E, Passali GC, La Torre G, Paludetti G, Fadda G. Damage to ciliated epithelium in chronic rhinosinusitis: what is the role of bacterial biofilms? Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008 Dec;117(12):902-8.

4. Galli J, Calò L, Ardito F, Imperiali M, Bassotti E, Passali GC, La Torre G, Paludetti G, Fadda G. Criddle MW, Stinson A, Savliwala M, Coticchia J. Pediatric chronic rhinosinusitis: a retrospective review. Am J Otolaryngol. 2008 Nov-Dec;29(6):372-8. Epub 2008 Jun 16.

5. Leo G, Piacentini E, Incorvaia C, Consonni D, Frati F. Chronic rhinosinusitis and allergy. Pediatr Allergy Immunol. 2007 Nov;18 Suppl 18:19-21.

6. Fokkens WJ , Lund VJ , Mullol J , Bachert C , Alobid I , Baroody F , Cohen N , Cervin A , Douglas R , Gevaert P , Georgalas C

,
Goossens H
,
Harvey R
,
Hellings P
,
Hopkins C
,
Jones N
,
Joos G
,
Kalogjera L
,
Kern B
,
Kowalski M
,
Price D
,
Riechelmann H
,
Schlosser R
,
Senior B
,
Thomas M
,
Toskala E
,
Voegels R
,
Wang de Y
,
Wormald PJ
. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012.
Rhinol Suppl.
2012 Mar;(23):3 p preceding table of contents, 1-298.