

Δρ Δημήτριος Ν. Γκέλης, Ιακωβος Οικονομίδης

1. Εισαγωγή – Παθοφυσιολογικό υπόβαθρο

Η νόσος Μένιèρε είναι χρόνια, ιδιοπαθής διαταραχή του έσω ωτός που χαρακτηρίζεται από επεισοδιακό ίλιγγο, διακυμάνσεις της



Δρ Δημήτριος Ν. Γκέλης τρός, Ωτορινολαρυγγολόγος, 20@yupai.com, Δφίστηγορ ρηγατοκίς Σχο



Κέντρο Ακουστικής, Οφθαλμολογίας, Οτορινολαρυγγολογίας και Ωτορινολαρυγγολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

2. Στόχοι θεραπείας εφόδου

Η θεραπεία εφόδου έχει τρεις βασικούς στόχους:

1. Ταχεία μείωση της έντασης του ίλιγγου
2. Έλεγχος ναυτίας και εμέτων
3. Διατήρηση ενυδάτωσης και πρόληψη επιπλοκών (π.χ. αφυδάτωση) [1,3]

Η παρέμβαση είναι βραχυχρόνια (συνήθως <72 ωρών έως 5–7 ημερών), καθώς η παρατεταμένη καταστολή του αιθουσαίου συστήματος μπορεί να καθυστερήσει την κεντρική αντιρρόπηση [2].

3. Φαρμακευτική αντιμετώπιση οξείας κρίσης

3.1 Κατασταλτικά αιθουσαίου συστήματος

Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τη νευρωνική δραστηριότητα του αιθουσαίου συστήματος και αποτελούν τον πυρήνα της θεραπείας.

α) Αντιισταμινικά (H1 blockers)

Περιλαμβάνουν διφαινυδραμίνη, προμεθαζίνη και cinnarizine. Δρουν μειώνοντας τη μετάδοση στο αιθουσαίο πυρήνα και έχουν επιπλέον αντιεμετική δράση [2].

β) Βενζοδιαζεπίνες

Λοραζεπάμη και διαζεπάμη χρησιμοποιούνται για ισχυρή καταστολή του αιθουσαίου συστήματος μέσω ενίσχυσης της GABAεργικής αναστολής. Είναι ιδιαίτερα

αποτελεσματικές σε σοβαρό ίλιγγο, αλλά απαιτούν προσοχή λόγω:

- καταστολής ΚΝΣ
- κινδύνου εξάρτησης
- επιβράδυνσης αιθουσαίας αποκατάστασης αν χρησιμοποιηθούν παρατεταμένα [3,4]

Η χρήση τους πρέπει να είναι **βραχυχρόνια και στοχευμένη**.

3.2 Αντιεμετικά

α) Προχλωπεραζίνη

Φαινοθειαζίνη με ισχυρή δράση στον υποθάλαμο και χημειοεμετική ζώνη (CTZ). Θεωρείται από τις πιο αποτελεσματικές επιλογές για οξύ ίλιγγο με ναυτία [1].

β) Μετοκλοπραμίδη

Δρά μέσω ανταγωνισμού ντοπαμίνης (D2) και επιτάχυνσης γαστρικής κένωσης, μειώνοντας τη ναυτία και τον έμετο [5].

4. Υποστηρικτική αντιμετώπιση

Η μη φαρμακευτική προσέγγιση είναι εξίσου σημαντική, καθώς μειώνει τα αιθουσαία ερεθίσματα και βοηθά στην ανάρρωση.

4.1 Ανάπαυση και ακινησία

Ο ασθενής πρέπει να παραμένει σε ύπτια θέση, σε σταθερό περιβάλλον. Η ακινησία μειώνει την αιθουσαία διέγερση και περιορίζει την ένταση του ίλιγγου [1].

4.2 Αισθητηριακή αποσυμφόρηση

Σκοτεινός χώρος, αποφυγή θορύβου και οπτικών ερεθισμάτων. Η οπτική σταθεροποίηση μειώνει τη σύγκρουση οπτικοαιθουσαίων σημάτων [2].

4.3 Διατροφική διαχείριση

Στην οξεία φάση αποφεύγεται η λήψη τροφής και υγρών λόγω υψηλού κινδύνου εμέτου. Επανεισαγωγή γίνεται σταδιακά μετά την ύφεση των συμπτωμάτων [1].

4.4 Ενυδάτωση

Η αφυδάτωση είναι συχνή σε σοβαρές κρίσεις και μπορεί να απαιτήσει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

5. Ενδείξεις νοσηλείας

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη όταν:

- Υπάρχει ανεξέλεγκτος έμετος με αφυδάτωση
- Ο ασθενής δεν μπορεί να λάβει per os φαρμακευτική αγωγή

- Υπάρχει σοβαρή και παρατεταμένη κρίση που δεν ανταποκρίνεται σε αρχική θεραπεία
- Υπάρχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή συστηματική επιβάρυνση [1,5]

Στο νοσοκομείο μπορεί να απαιτηθεί:

- IV ενυδάτωση
- παρεντερικά αντιεμετικά
- ισχυρότερη καταστολή του αιθουσαίου συστήματος

6. Κλινικές αρχές σύγχρονης προσέγγισης

Σύμφωνα με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, η θεραπεία της οξείας κρίσης πρέπει να είναι:

- **συμπτωματική** (όχι αιτιολογική)
- **βραχυχρόνια**
- **εξατομικευμένη**
- με στόχο την ταχεία επαναφορά λειτουργικότητας [1]

Η παρατεταμένη καταστολή πρέπει να αποφεύγεται, καθώς μπορεί να καθυστερήσει την κεντρική αιθουσαία αποκατάσταση (vestibular compensation) [4].

7. Συμπέρασμα

Η θεραπεία εφόδου στη νόσο Ménière αποτελεί κυρίως υποστηρικτική και συμπτωματική παρέμβαση με στόχο την άμεση ανακούφιση από τον ίλιγγο και τη σταθεροποίηση του ασθενούς. Ο συνδυασμός κατασταλτικών αιθουσαίου συστήματος και αντιεμετικών, μαζί με περιβαλλοντική αποφόρτιση και ενυδάτωση, αποτελεί τη βάση της αντιμετώπισης. Η θεραπεία πρέπει να είναι βραχεία και προσεκτικά τιτλοποιημένη ώστε να αποφεύγονται ανεπιθύμητες επιδράσεις στην αιθουσαία αποκατάσταση [1–4].

Θεραπεία εφόδου σε οξεία κρίση Ménière

Πίνακας 1ης και 2ης γραμμής (ενήλικες)

Κατηγορία

Φάρμακο

Δοσολογία (ενήλικες)

Οδός χορήγησης

Ρόλος στην οξεία κρίση

1ης γραμμής

Dimenhydrinate (**Vertirosan (υπόθετα)** Υπόθετα διμενουδρινάτης 100 mg)

50–100 mg κάθε 4–6 ώρες (max ~400 mg/24h)

PO / IV / IM

Ισχυρή αιθουσαία καταστολή + αντιεμετική δράση

1ης γραμμής

Promethazine (**PHENERGAN (δισκία / ενέσιμο)**

12.5–25 mg κάθε 4–6 ώρες

PO / IM / PR

Έλεγχος ίλιγγου + έντονη αντιεμετική δράση

1ης γραμμής

Prochlorperazine προχλωπεραζίνη (prochlorperazine)

5–10 mg κάθε 6–8 ώρες

PO / IM / IV / PR

Από τα πιο αποτελεσματικά αντιεμετικά για οξύ ίλιγγο

1ης γραμμής (βραχυχρόνια)

Diazepam (**STEDON**)

2–5 mg κάθε 6–8 ώρες

PO / IV

Ισχυρή καταστολή αιθουσαίου συστήματος (CNS suppression)

1ης γραμμής (εναλλακτική)

Lorazepam (Tavor)

0.5–2 mg κάθε 6–8 ώρες

PO / SL / IV

Έλεγχος έντονου ίλιγγου και άγχους

Κατηγορία

Φάρμακο

Δοσολογία (ενήλικες)

Οδός

Ρόλος

2ης γραμμής

Metoclopramide

10 mg κάθε 6–8 ώρες

PO / IV / IM

Αντιεμετικό (D2 ανταγωνιστής), λιγότερο ισχυρό για ίλιγγο

2ης γραμμής

Ondansetron

4–8 mg κάθε 8–12 ώρες

PO / IV

Ισχυρό αντιεμετικό (5-HT₃), όχι αιθουσαίο κατασταλτικό

2ης γραμμής

Cinnarizine

25 mg 2–3 φορές/ημέρα

PO

Αιθουσαίο κατασταλτικό (πιο ήπιο, πιο χρόνιο προφίλ)

2ης γραμμής

Betahistine*

16–24 mg 2–3 φορές/ημέρα

PO

Δεν είναι για οξεία κρίση — περισσότερο προφυλακτικό

*Σημαντικό: η βηταϊστίνη **δεν είναι φάρμακο εφόδου**, αλλά χρόνιας πρόληψης.

Κλινικές επισημάνσεις (πολύ σημαντικές)

1. Βενζοδιαζεπίνες

- Χρησιμοποιούνται **μόνο βραχυχρόνια**
- Κίνδυνος:
 - καταστολής
 - πτώσεων
 - εξάρτησης
- Δεν ενδείκνυνται για παρατεταμένη θεραπεία Ménière

2. Αντιισταμινικά (dimenhydrinate / promethazine)

- Θεραπεία πρώτης γραμμής σε πολλά ΩΡΛ επειγόντα
- Προκαλούν υπνηλία → μειώνουν αιθουσαία σύγκρουση

3. Αντιεμετικά

- Προχλωπεραζίνη = πιο «ισχυρό» για ίλιγγο
- Ondansetron = καθαρά αντιεμετικό (όχι για vertigo suppression)

4. Σημαντική κλινική αρχή

???? Η υπερβολική και παρατεταμένη καταστολή του αιθουσαίου συστήματος:

- μπορεί να καθυστερήσει την κεντρική αποκατάσταση
- γι' αυτό η θεραπεία εφόδου είναι **time-limited (24–72h συνήθως)**

Πρακτικός αλγόριθμος (πολύ συνοπτικά)

- **Ήπια κρίση:** dimenhydrinate / cinnarizine
- **Μέτρια:** promethazine ή prochlorperazine
- **Σοβαρή με αδυναμία βάδισης:** benzodiazepine + αντιεμετικό
- **Ανεξέλεγκτος έμετος:** IV αντιεμετικά + ενυδάτωση ± νοσηλεία

Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση

1. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(2_suppl):S1–S55.
2. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed. Elsevier; 2021.
3. Baloh RW. Vertigo. Lancet. 1998;352(9143):1841–1846.
4. Strupp M, Brandt T. Vestibular neuritis. Semin Neurol. 2009;29(5):509–519.
5. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Elsevier; 2020.
6. Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: BPPV update. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;156(3_suppl):S1–S47.
7. Fife TD, et al. Practice parameter: therapies for BPPV. Neurology. 2008;70(22):2067–2074.
8. Herdman SJ, Clendaniel RA. Vestibular Rehabilitation. 4th ed. F.A. Davis; 2014.
9. Wladislavosky-Waserman P, et al. Ménière's disease epidemiology. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1984;93:387–393.
10. UpToDate. Ménière disease: treatment and management. Waltham, MA: UpToDate Inc. 2026.