



Δρ Δημήτριος Ν. Γκέλερ, Ωτορινολαρυγγολόγος, Οδοντίατρος, Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής

Κλινική διαφορική διάγνωση της ρινοκολπίτιδας©

Εισαγωγή

Η ρινοκολπίτιδα αποτελεί μία από τις συχνότερες παθήσεις στην καθημερινή ωτορινολαρυγγολογική πράξη, ενώ παράλληλα συγκαταλέγεται μεταξύ των νοσημάτων που υπερδιαγιγνώσκονται συχνότερα. Σημαντικός αριθμός ασθενών με ρινικά συμπτώματα, κεφαλαλγία ή αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο θεωρούν ότι πάσχουν από «ιγμορίτιδα» και αναζητούν βοήθεια από τον ωτορινολαρυγγολόγο. Ωστόσο, η σύγχρονη βιβλιογραφία και οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες τονίζουν ότι η διάγνωση της ρινοκολπίτιδας δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά σε υποκειμενικά συμπτώματα ή σε τυχαία απεικονιστικά ευρήματα, αλλά απαιτεί συνδυασμό κλινικής εικόνας, ενδοσκοπικών ευρημάτων και τεκμηρίωσης φλεγμονής των παραρρινίων κόλπων [1,2,3].

Αλλεργική και μη αλλεργική ρινίτιδα

Η αλλεργική και η μη αλλεργική ρινίτιδα αποτελούν τις συχνότερες καταστάσεις που συγχέονται με τη ρινοκολπίτιδα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ρινική συμφόρηση, καταρροή, φτέρνισμα, οπισθορρινικές εκκρίσεις και αίσθημα βάρους στο πρόσωπο, συμπτώματα τα οποία εύκολα αποδίδονται λανθασμένα σε φλεγμονή των παραρρινίων κόλπων. Παρά το

γεγονός ότι η αλλεργική φλεγμονή μπορεί πράγματι να προκαλέσει απόφραξη των στομιών αποχέτευσης των κόλπων και δευτερογενή ανάπτυξη ρινοκολπίτιδας, η παρουσία αλλεργικής ρινίτιδας από μόνη της δεν τεκμηριώνει ενεργό νόσο των κόλπων [1].

Η ρινική ενδοσκόπηση και ο αλλεργιολογικός έλεγχος συμβάλλουν ουσιαστικά στη διαφοροδιάγνωση, ενώ ιδιαίτερη σημασία έχει η αναγνώριση της χρόνιας φλεγμονής τύπου 2, η οποία συνδέεται με πιο σοβαρές μορφές νόσου [6,7].

Οδοντογενής γναθιαία κολπίτιδα

Η οδοντογενής γναθιαία κολπίτιδα αναγνωρίζεται πλέον ως σημαντικό αίτιο μονόπλευρης χρόνιας ρινοκολπίτιδας. Λοιμώξεις των οπισθίων δοντιών της άνω γνάθου, περιοδοντικές βλάβες, εμφυτεύματα ή εξαγωγές δοντιών μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονή του γναθιαίου κόλπου [4].

Η νόσος εμφανίζεται συνήθως μονόπλευρα και συνοδεύεται από δύσοσμη ρινική έκκριση, άλγος στην άνω γνάθο και ιστορικό πρόσφατης οδοντιατρικής παρέμβασης. Η αξονική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας και η συνεργασία με γναθοχειρουργό ή οδοντίατρο θεωρούνται απαραίτητες για τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση [4].

Κεφαλαλγίες και προσωπαλγίες μη ρινογενούς αιτιολογίας

Στην καθημερινή κλινική πράξη οι κεφαλαλγίες και οι προσωπαλγίες αποτελούν ίσως το συχνότερο αίτιο λανθασμένης διάγνωσης ρινοκολπίτιδας. Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών που πιστεύουν ότι πάσχουν από «ιγμορίτιδα» στην πραγματικότητα εμφανίζουν ημικρανία ή άλλου τύπου πρωτοπαθή κεφαλαλγία [5].

Η παρουσία κεφαλαλγίας ή προσωπαλγίας ως μοναδικού συμπτώματος, χωρίς πυώδεις εκκρίσεις, χωρίς ρινική απόφραξη και χωρίς ενδοσκοπικά ευρήματα φλεγμονής, δεν επαρκεί για τη διάγνωση ρινοκολπίτιδας [2,5]. Η υπερχρήση της αξονικής τομογραφίας συνέβαλε σημαντικά στην υπερδιάγνωση, καθώς ήπιες βλεννογονικές παχύνσεις παρατηρούνται συχνά και σε ασυμπτωματικά άτομα [9].

Σε περιπτώσεις άτυπης κεφαλαλγίας απαιτείται νευρολογικός έλεγχος και αποκλεισμός παθήσεων όπως η ημικρανία, η νευραλγία τριδύμου, η κροταφική αρτηρίτιδα και το άτυπο προσωπικό άλγος [5].

Χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες

Η χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες χαρακτηρίζεται από έντονη ρινική απόφραξη, σημαντική υποσμία ή ανοσμία, επίμονες ρινικές εκκρίσεις και αίσθημα συμφόρησης του προσώπου. Η ενδοσκόπηση αναδεικνύει πολυποειδή εκφύλιση του βλεννογόνου και εκτεταμένο οίδημα [1,2].

Τα τελευταία χρόνια έχει αποσαφηνιστεί ο σημαντικός ρόλος της φλεγμονής τύπου 2, ιδιαίτερα σε ασθενείς με άσθμα, ηωσινοφιλία και δυσανεξία στην ασπιρίνη [6,8]. Η εξέλιξη

αυτή οδήγησε στην εισαγωγή βιολογικών παραγόντων, όπως το dupilumab, το omalizumab και το mepolizumab, τα οποία χρησιμοποιούνται πλέον σε σοβαρές ή ανθεκτικές περιπτώσεις [6,8].

Κοκκιωμάτω δεις και φλεγμονώ δεις νόσοι

Στη διαφορική διάγνωση της χρόνιας ρινοκολπίτιδας πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται υπόψη κοκκιωμάτωδεις και συστηματικές φλεγμονώδεις νόσοι. Η κοκκιωμάτωση με πολυαγγειίτιδα, η σαρκοειδωση, η IgG4-related disease, η φυματίωση, η σύφιλη, το ρινοσκλήρωμα και η διηθητική μυκητιασική ρινοκολπίτιδα μπορούν να εμφανιστούν με εικόνα χρόνιας φλεγμονής της ρινός και των παραρρινίων κόλπων [2].

Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν εφελκίδες, διαβρώσεις, αιμορραγία, κοκκιωμάτωδη ιστό ή διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Στις περιπτώσεις αυτές η βιοψία και η ιστοπαθολογική εξέταση από έμπειρο παθολογοανατόμο είναι απαραίτητες για την τελική διάγνωση [2].

Καταστροφικές βλάβες από χρήση κοκαΐνης

Η χρόνια ρινική χρήση κοκαΐνης αποτελεί σημαντική αιτία καταστροφικών βλαβών της μέσης γραμμής. Η ισχαιμική νέκρωση που προκαλείται μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, εκτεταμένη καταστροφή του ρινικού σκελετού και δευτερογενείς λοιμώξεις [2].

Η κλινική εικόνα συχνά μιμείται αγγειίτιδα ή κακοήθεια και η παρουσία θετικών c-ANCA μπορεί να δημιουργήσει επιπρόσθετη διαγνωστική σύγχυση [2].

Νεοπλάσματα παραρρινίων κόλπων

Η παρουσία νεοπλάσματος στους παραρρινίους κόλπους είναι σχετικά σπάνια, ωστόσο πρέπει πάντοτε να αποκλείεται, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μονόπλευρης συμπτωματολογίας. Τα πρώιμα στάδια είναι συνήθως φτωχά σε συμπτώματα και γι' αυτό η διάγνωση συχνά καθυστερεί [10].

Συμπτώματα όπως επίμονη μονόπλευρη ρινική απόφραξη, επίσταξη, πρόπτωση οφθαλμού, διπλωπία, υπαισθησία του προσώπου, χαλάρωση των δοντιών της άνω γνάθου, τρισμός ή παράλυση κρανιακών νεύρων πρέπει να εγείρουν ισχυρή υποψία κακοήθειας [10].

Η μαγνητική τομογραφία και η ιστολογική επιβεβαίωση με βιοψία αποτελούν βασικά στοιχεία της διαγνωστικής διερεύνησης [10].

Διαφορική διάγνωση στα παιδιά

Στα παιδιά η διαφορική διάγνωση της ρινοκολπίτιδας παρουσιάζει ιδιαίτερες ιδιαιτερότητες. Η υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων αποτελεί συχνό αίτιο ρινικής απόφραξης και υποτροπιαζουσών λοιμώξεων. Πρέπει επίσης να αποκλείονται η παρουσία ξένου σώματος στη ρινική κοιλότητα, η ατρησία των χροάνων, η σκολίωση του ρινικού

διαφράγματος, η κυστική ίνωση, οι ανοσοανεπάρκειες και η πρωτοπαθής δυσκινησία των κροσσών [1,2].

Μονόπλευρη δύσοσμη ρινική έκκριση σε παιδί θεωρείται ξένο σώμα μέχρι αποδείξεως του εναντίου.

Σύγχρονες αρχές διάγνωσης

Οι σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες υπογραμμίζουν ότι η διάγνωση της χρόνιας ρινοκολπίτιδας απαιτεί παρουσία συμπτωμάτων διάρκειας μεγαλύτερης των δώδεκα εβδομάδων σε συνδυασμό με αντικειμενική τεκμηρίωση φλεγμονής μέσω ενδοσκόπησης ή αξονικής τομογραφίας [1,2,3].

Παράλληλα, επισημαίνεται ότι η απλή ανεύρεση ακτινολογικών αλλοιώσεων χωρίς αντίστοιχη κλινική εικόνα δεν επαρκεί για χειρουργική αντιμετώπιση [3,9]. Η ορθή αξιολόγηση των συμπτωμάτων και η προσεκτική διαφοροδιάγνωση παραμένουν κρίσιμες προϋποθέσεις για την αποφυγή άσκοπων χειρουργικών επεμβάσεων και τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Βιβλιογραφική Τεκμηρίωση

[1] Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1-464.

[2] Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis 2021. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11(3):213-739.

[3] Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Adult Sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2025.

[4] Craig JR, Poetker DM, Aksoy U, et al. Diagnosing odontogenic sinusitis: An international multidisciplinary consensus statement. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11(8):1235-1248.

[5] Patel ZM, Kennedy DW, Setzen M, et al. "Sinus headache": rhinogenic headache or migraine? An evidence-based review. *Otolaryngol Clin North Am*. 2022;55(5):873-887.

[6] DeConde AS, Soler ZM. Chronic rhinosinusitis with nasal polyps: emerging biologic therapies. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;31(1):1-8.

[7] Lal D, Hwang PH. Contemporary management of chronic rhinosinusitis. *JAMA*. 2023;329(16):1401-1412.

[8] Thamboo A, Hwang PH, Webster G, et al. Biologics in chronic rhinosinusitis with nasal polyps: update and current indications. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2024;20(1):15.

[9] Turner JH, Reh DD. Incidental sinus abnormalities on imaging and their clinical significance. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;30(1):19-24.

[10] Thompson CF, Kern RC, Conley DB. Sinonasal malignancies: evolving diagnostic and therapeutic strategies. *Lancet Oncol.* 2021;22(12).