



Γκόλας Ευάγγελος, Ιατρός, ΩΡΛ, Ιωάννινα, vgolas@otenet.gr, www.egolas.gr



Παπαδημητρίου- Σαρρά Ειρήνη, ΩΡΛ, Πρέβεζα

Οι σύγχρονες απόψεις για την παθοφυσιολογία της παραρρινοκολπίτιδας στηρίζονται στις εκτεταμένες παρατηρήσεις αξονικών τομογραφιών του σπλαγχνικού κρανίου ασθενών και στις ενδοσκοπήσεις της μύτης και των παραρρινίων κοιλοτήτων. Είναι ξεκαθαρισμένο σήμερα ότι κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου παίζει η απόφραξη του συμπλέγματος των στομίων των πόρων (στομιοστικό σύμπλεγμα), μέσω του οποίου αποχετεύονται οι παραρρινίοι κόλποι.

Η ρινοκολπίτιδα, εξ αιτίας της εξέλιξής της μπορεί να χαρακτηριστεί ως οξεία, (ιογενής, μη ιογενής), αν διαρκεί λιγότερο από 12 εβδομάδες. Ως χρόνια η ρινοκολπίτιδα χαρακτηρίζεται, όταν ξεπερνάει αυτή τη χρονική περίοδο και ως υποτροπιάζουσα οξεία, όταν εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα επεισόδια στο ίδιο έτος. . Ανάλογα με τη σοβαρότητά της η ρινοκολπίτιδα μπορεί να ταξινομηθεί, ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Η ρινοκολπίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί με ή χωρίς επιπλοκές. Τα συμπτώματα της ρινοκολπίτιδας υποχωρούν μόνα τους αυτόματα στο 40% των ασθενών [1].

Όσον αφορά τα παιδιά, εκτός από τις ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού που εξελίσσονται σε ρινοκολπίτιδα έχει αποδειχτεί ότι οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις περιέχουν πολλά δυνητικώς παθολογικά βακτηρίδια. Ο Shin KS, et al (2008) υποστηρίζουν ότι στην παιδική ρινοκολπίτιδα οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις δρουν ως αποθήκη παθογόνων βακτηριδίων μάλλον, παρά ως φραγμός, που προκαλεί μηχανική απόφραξη [2].

Οι ιογενείς και οι βακτηριδιακές λοιμώξεις και όχι η αλλεργία αποτελούν τον κύριο παράγοντα ανάπτυξης οξείας ρινοκολπίτιδας. Η οξεία βακτηριδιακή ρινοκολπίτιδα και η οξεία μέση ωτίτιδα είναι οι συνηθέστερες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Κοινά παθογόνα βακτηρίδια και για τις δύο αυτές κλινικές οντότητες είναι ο

Streptococcus

pneumoniae,

Haemophilus

influenzae,

Moraxella

catarrhalis

και

ο

Staphylococcus

aureus.

Η εκτεταμένη χρησιμοποίηση του πνευμονοκοκκικού συζευγμένου εμβολίου, υπάρχουν τεκμήρια, ότι υπάρχει μια αλλαγή στους πνευμονοκοκκικούς ορότρυπους και την εξάπλωση των παθογόνων βακτηριδίων. Η εκτεταμένη χρήση του συζευγμένου πνευμονοκοκκικού εμβολίου έχει οδηγήσει στην ελάττωση της συχνότητας της μέσης πνευμονιοκοκκικής μέσης ωτίτιδας και πιθανόν της οξείας βακτηριδιακής ρινοκολπίτιδας, πράγμα που μπορεί να έχει συνέπειες για τις συστάσεις θεραπείας αυτών των λοιμώξεων [3].

Παρά τούτο ενδείκνυται η χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, για την επιτάχυνση της λύσης της νόσου, την πρόληψη των πιθανών επιπλοκών και την αποφυγή της εξέλιξής της σε χρόνια. Η χορήγηση αντιμικροβιακών παραγόντων και ενδορρινικών κορτικοστεροειδών (χρησιμοποιούμενα μόνο τους ή με

συνδυασμό με αντιμικροβιακά) είναι οι θεραπείας κλινικής χρησιμότητας, όπως έχει αποδειχτεί σε κλινικές δοκιμασίες (clinical trials).

Για να παραμείνουν υγιείς οι κόλποι πρέπει να αποχετεύονται ελεύθερα και χωρίς εμπόδια. Η απόφραξη των στομών των πόρων οδηγεί στην έναρξη της παθολογικής φυσιολογίας τους.

Σε πολλούς όμως ασθενείς η αλλεργία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα, που προκαλεί οίδημα του ρινικού βλεννογόνου με επακόλουθο την απόφραξη των στομών των πόρων αποχέτευσης των παραρρινίων κοιλοτήτων και τη δευτεροπαθή ανάπτυξη λοίμωξης.

Τα άτομα με αλλεργική ρινίτιδα είναι σημαντικά πιθανό να έχουν ανώμαλα ακτινογραφικά ευρήματα στους παραρρινίους κόλπους σε σύγκριση με τα μη αλλεργικά άτομα που ερευνώνται για ρινοκολπίτιδα. Αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαν να δηλώσουν μια συσχέτιση μεταξύ της αλλεργικής ρινίτιδας και της ρινοκολπίτιδας που δημιουργείται με τη μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών [4].

Σύμφωνα με τις τρέχουσες θεωρίες και απόψεις, για τη δημιουργία της ρινοκολπίτιδας, δίδεται προσοχή στις διαταραχές της μεταφορικής ικανότητας του κροσσώτου επιθηλίου του βλεννογόνου της μύτης και των παραρρινίων κοιλοτήτων και της υποξίας που προηγείται της εγκατάστασης της λοίμωξης. Η **υποξία** είναι το κλειδί σε όλη την ιστορία και είναι επακόλουθο της τοπικής λοίμωξης, αλλεργικού οιδήματος, τραύματος ή άλλων παραγόντων.

Η υποξία οδηγεί:

1. Σε αγγειοδιαστολή με οίδημα των τοπικών ιστών και παραγωγή διδρώματος.
2. Δυσλειτουργία του κροσσώτου επιθηλίου και συσσώρευση εκκρίσεων.
3. Δυσλειτουργία των βλεννογονίων αδένων και παραγωγή υπέρπυκνων εκκρίσεων. Αυτοί οι τρεις παράγοντες έχουν ως κοινό επακόλουθο την κατακράτηση των εκκρίσεων, οι οποίες αποτελούν ένα καλλιεργητικό μέσο βακτηριδιακής υπερανάπτυξης, με συνέπεια την εμφανή κλινικά λοίμωξη. Οι λοιμώξεις αυτές είναι συνήθως ρινογενείς και δευτεροπαθώς επεκτείνονται και στις παραρρινίες κοιλότητες [5, 6].

Σήμερα υποστηρίζεται η άποψη ότι, εφόσον η κατάσταση του βλεννογόνου του **στομιοστικού συμπλέγματος**

(
**Osteomeatal
Complex**)

επιτρέπει την ευχερή αποχέτευση των κόλπων αποτρέπεται η δημιουργία ρινοκολπίτιδας (Εικ. 1). Επειδή η ανατομική του στομιοστικού συμπλέγματος συνίσταται από μια τεθλασμένη, τρισδιάστατη δίοδο, η δημιουργία οιδήματος του βλεννογόνου αυτής της περιοχής, παρεμποδίζει την αποχέτευση κάποιου κόλπου. Μέσα από αυτή τη στενωμένη περιοχή πρέπει να διέλθει το οξυγόνο και να αποχετευτούν οι εκκρίσεις των προσθίων ηθμοειδών κυψελών, των μετωπιαίων κόλπων και των γναθιαίων άντρων. Το

στομιοστικό σύμπλεγμα

από τη φύση του είναι μεν μια τεθλασμένη τρισδιάστατη δίοδος, που όμως μπορεί να παρουσιάσει ποικίλες παραλλαγές, οι οποίες, μπορούν κι αυτές να υπεισέλθουν και να συμβάλλουν στη φυσική στένωση του διαύλου.

Το **στομιοστικό σύμπλεγμα** αποτελείται από ένα σύστημα σχισμών και ανοιγμάτων στο έξω τοίχωμα της μύτης, κυρίως μέσα στην πρόσθια επιφάνεια του ηθμοειδούς οστού. Αφορίζεται εσωτερικά από τη μέση ρινική κόγχη και πλαγίως από το έξω ρινικό τοίχωμα. Το κάτω όριο του συμπλέγματος είναι η άνω επιφάνεια της κάτω ρινικής κόγχης και η άνω επιφάνειά του σχηματίζεται από το **μετωπιαίο κόλπωμα** (*frontal recess*).

Το κενό μεταξύ της μέσης ρινικής κόγχης και του έξω ρινικού τοιχώματος σχηματίζει το **μέσο ρινικό πόρο**

. Το έξω ρινικό τοίχωμα έχει ένα μηνοειδούς σχήματος άνοιγμα, τη **μηνοειδή σχισμή**

(*hiatus semilunaris*

) (Εικ. 1), που σχηματίζεται από το **ηθμοειδές άγκιστρο**

(*uncinate process*

), προς τα εμπρός και το κυρτό της **ηθμοειδούς οστεοκύστης**

(*bulla ethmoidalis*

), προς τα οπίσω. Μέσα από αυτόν τον πόρο αποχετεύονται οι πρόσθιες ηθμοειδείς κυψέλες, τα ιγμόρεια άντρα και οι μετωπιαίοι κόλποι. Το ιγμόρειο άντρο ή γναθιαίος κόλπος αποχετεύεται διά μέσου της

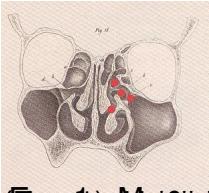
ηθμοειδούς χώ νης

(*infundibulum ethmoidale*

)

Παθογένεια της ρινοκολπίτιδας

Written by Γκόλας Γκόλας Ευάγγελος,ΩΡΛ, Ιωάννινα, Παπαδημητρίου Ειρήνη, ΩΡΛ, Πρέβεζα - Last Updated Saturday, 14 June 2014 22:05



Εικόνα 1. Μορφή και θέση των κόλπων του ρινοκολπίτιδας. Ο κόλπος του μέγιστου (maxilla) και ο κόλπος του εθμοειδούς (ethmoid) είναι οι κύριοι κόλποι που επηρεάζονται από την ρινοκολπίτιδα.