

## Ενημερωτικό άρθρο

# Χρόνια παραρρινοκολπίτιδα στους ενήλικες: διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση

Σ. Ντουμάζιος, Α. Πάνου, Μ. Αγγέλη, Δ. Ασημακόπουλος  
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

### Περίληψη

Η παραρρινοκολπίτιδα αποτελεί ένα φλεγμονώδες νόσημα της ρινός και των παραρρινίων κόλπων, που η αιτιολογία της εξαρτάται από ποικίλους περιβαλλοντικούς και ενδογενείς παράγοντες.

Θεωρείται η πιο συχνά θεραπευόμενη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, με συνεχώς όμως αυξανόμενη συχνότητα. Επειδή επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και συνοδεύεται με επιπλοκές, είναι πολύ σημαντική η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις έχει ένδειξη η χειρουργική αντιμετώπιση είτε με ενδοσκοπική χειρουργική προσέγγιση είτε με τις κλασικές χειρουργικές τεχνικές.

**Λέξεις κλειδιά:** παραρρινοκολπίτιδα, διάγνωση, θεραπεία.

### Εισαγωγή

Η παραρρινοκολπίτιδα αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, με αυξανόμενη συχνότητα. Σύμφωνα με διάφορες διεθνείς βιβλιογραφικές πηγές, το κόστος αντιμετώπισης της νόσου αυξάνει αλματωδώς, ενώ θεωρείται η πιο συχνά θεραπευόμενη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού<sup>17-18</sup>.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες προσβάλλει το 14% του πληθυσμού (30 εκατομμύρια), γεγονός που κοστίζει ετησίως για την πολιτεία 2,2 δισεκατομμύρια \$<sup>1</sup>. Η παραρρινοκολπίτιδα κλινικά ορίζεται ως μία πάθηση που εκδηλώνεται με φλεγμονώδη αντίδραση που αφορά στο βλεννογόνο, πιθανώς το νευροεπιθήλιο, της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων

κόλπων, με την παρουσία συνοδών εκκρίσεων σε αυτές καθώς και/ή στο υποκείμενο οστό.

Οι εκκρίσεις στις ρινικές κοιλότητες είναι άφθονες και σχετίζονται με σημαντικές παθολογικές αλλαγές στους μαλακούς ιστούς της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων κόλπων και στο οστό. Συμπτώματα που σχετίζονται με την παραρρινοκολπίτιδα αποτελούν: η ρινική απόφραξη, η καταρροή, οι πυώδεις ρινικές εκκρίσεις, η οπισθορινική έκκριση, το αίσθημα πίεσης και ο πόνος στο πρόσωπο. Επίσης αλλαγές στην αίσθηση της γεύσης, βήχας, πυρετός, δυσσομία στόματος, κόπωση, οδονταλγία, φαρυγγίτιδα, ωτολογικά συμπτώματα (π.χ. αίσθημα πληρότητας) και κεφαλαλγία<sup>11</sup>. Παρόλο που κλασικά αναφέρεται ως κολπίτιδα, συχνά προηγείται ρινίτιδα (σπάνια πα-

ρατρείται χωρίς αυτή). Οι ρινικές κοιλότητες και οι παραρρινίοι κόλποι, ιστολογικά, έχουν πολλές ομοιότητες.

Ο βλεννογόνος των παραρρινίων κόλπων αποτελεί συνέχεια του βλεννογόνου της ρινικής κοιλότητας. Διεθνής μελέτη που έγινε με αξονική τομογραφία έδειξε ότι οι βλεννογόνοι της ρινός και των παραρρινίων κόλπων, συμμετέχουν αυτόματα στο κοινό κρουολόγημα, σε αντίθεση με αυτό που πιστευόταν παλαιότερα ότι το κοινό κρουολόγημα επηρεάζει μόνο τις ρινικές κοιλότητες<sup>14</sup>. Έτσι ο όρος κολπίτιδα έχει αντικατασταθεί πλέον με τον όρο παραρρινοκολπίτιδα.

### Αιτιολογία και παθογένεια

Η εμφάνιση της ρινοκολπίτιδας εξαρτάται από ποικίλα περιβαλλοντικών και άλλων παραγόντων (πίνακας 1). Προς

### Πίνακας 1. ΑΙΤΙΑ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

#### Ενδογενείς παράγοντες

Γενετικοί παράγοντες: κυστική ίνωση, σύνδρομο δυσκινησίας κροσσών  
Αλλεργικές, αυτοάνοσες καταστάσεις  
Ανατομικές ανωμαλίες  
Συστηματικά νοσήματα: ενδοκρινικά, μεταβολικά αίτια  
Νευρομυχανισμοί  
Νεοπλάσματα

#### Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Μολυσματικοί, ιογενείς παράγοντες  
Τραύματα  
Τοξικά χημικά αίτια  
Ιατρογενείς παράγοντες: φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις

► το παρόν η πολυπαραγοντική φύση και οι πολλές αιτίες της ρινοκολπίτιδας καθιστούν αδύνατο τον προσδιορισμό της ακριβούς αιτίας της νόσου σε ορισμένους ασθενείς.

Πιο ειδικά η ακριβής επίδραση των διαφόρων παραγόντων που οδηγούν σε παραρρινοκολπίτιδα δύσκολα προσδιορίζεται σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Από την άλλη πλευρά θεωρείται κοινώς γνωστό ότι υπάρχει μια κλινική συσχέτιση με άλλες καταστάσεις όπως η αλλεργική ρινίτιδα, η κυστική ίνωση και/ή το άσθμα. Έτσι θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ρινοκολπίτιδα θεωρείται περισσότερο σύνδρομο παρά νόσος. Αν και τις περισσότερες φορές ο όρος σύνδρομο χρησιμοποιείται για να περιγράψει καταστάσεις στις οποίες η αιτία παραμένει άγνωστη ή είναι διαφορούμενη, αυτό συχνά παραβιάζεται<sup>2</sup>. Όσον αφορά την παθοφυσιολογία θεωρείται ότι, όπως και στην οξεία μέση ωτίτιδα, μια οξεία ιογενής λοίμωξη προηγείται της ρινοκολπίτιδας.

Η οξεία ρινοκολπίτιδα κλινικά μπορεί να εξελιχθεί σε 4 στάδια: να υποχωρήσει, να επιδεινωθεί ή να αναπτυχθεί σε συμπτωματική ή σε σιωπηλή χρόνια ρινοκολπίτιδα. Ιστοπαθολογικά στην οξεία ρινοκολπίτιδα παρατηρείται μια εκτεταμένη διαδικασία με νέκρωση, αιμορραγία και/ή ανάπτυξη ελκών όπου κυριαρχούν τα ουδετερόφιλα<sup>7</sup>. Στη χρόνια ρινοκολπίτιδα κυριαρχεί μια εκτεταμένη ανάπτυξη ίνωσης στην ινώδη στιβάδα του βλεννογόνου, όπου κυριαρχούν τα λεμφοκύτταρα και τα ηωσινόφιλα επί μακρού, προκαλώντας έτσι πιθανές αλλαγές στο οστό.

Η ιστοπαθολογική εξέταση αποκαλύπτει συχνά μια ποικιλία ευρημάτων που περιλαμβάνουν (χωρίς να είναι μόνο αυτά) ποικίλου βαθμού ηωσινοφιλία στους ιστούς και τις εκκρίσεις, πολυποειδείς σχηματισμούς και την παρουσία κοκκιωμάτων, βακτηρίων και μυκήτων. Η σημασία των ευρημάτων αυτών και η συσχέτισή τους με μια επιτυχημένη θεραπευτική έκβαση απομένει να προσδιοριστεί. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η χρόνια ρινοκολπίτιδα αντιπροσωπεύει ένα μη αναστρέψιμο νόσημα του βλεννογόνου και ότι μια επιτυχημένη αντιμετώπιση, μερικές φορές, απαιτεί και την αφαίρεση του ιστού<sup>8</sup>.

Άλλοι πιστεύουν ότι η χρόνια ρινοκολ-

πίτιδα θεωρείται μια πάθηση στην οποία η χειρουργική αντιμετώπιση παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση από τα συμπτώματα και ίσως στην αναστροφή της νόσου<sup>9</sup>. Περιορισμένες κλινικές μελέτες προτείνουν ότι η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της θεωρείται επαρκής για την αντιμετώπιση των φλεγμονωδών παθήσεων των παραρρινίων κόλπων<sup>13</sup>.

### Διάγνωση και διαφορική διάγνωση

Τα συμπτώματα της χρόνιας ρινοκολπίτιδας είναι σιωπηλά. Θεωρούνται το αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονής και απόφραξης των αντίστοιχων κοιλοτήτων, καθώς και της παροχέτευσης των παραρρινίων κόλπων.

Η κεφαλαλγία και το αίσθημα πίεσης θεωρούνται λιγότερο πρωτεύοντα συμπτώματα, συγκριτικά με τη ρινική απόφραξη και την παραγωγή παχύρρευστων οπισθορινικών εκκρίσεων (αποτελούν τα πιο κοινά συμπτώματα)<sup>7</sup>. Εκτός αυτών παρατηρούνται εύκολη κόπωση, βήχας και αίσθημα πληρότητας των παραρρινίων κόλπων. Οι φλεγμαίνουσες βλενώδεις εκκρίσεις συχνά σχηματίζουν μεμβράνες οι οποίες συνήθως είναι υπεύθυνες για το αίσθημα της ρινικής απόφραξης.

Η παρουσία παχύρρευστων οπισθορινικών εκκρίσεων, συχνά ευθύνεται για το αίσθημα «του πονόλαιμου»<sup>4</sup>. Άλλο σημαντικό κριτήριο για τη διάγνωση της ρινοκολπίτιδας αποτελεί η ελάττωση ή ακόμη και η πλήρης απώλεια της οσφρητικής ικανότητας. Η χρόνια ρινοκολπίτιδα προδιαθέτει επίσης στην εμφάνιση ρινικών πολυπόδων, οι οποίοι αυξάνουν την υποσμμία και μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στην πλήρη ανοσμμία<sup>13</sup>.

Ο βήχας αποτελεί ένα μη ειδικό σύμπτωμα της ρινοκολπίτιδας, το οποίο μπορεί να συγχέεται και με το βρογχικό άσθμα ή άλλες παθήσεις. Συνήθως αποτελεί το πιο κοινό σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της νύχτας και ίσως προκαλείται από την παραγωγή χημικών μεσολαβητών, λευκοτριενίων και άλλων παραγόντων, ικανών να προκαλέσουν αρκετές φορές βρογχόσπασμο<sup>6</sup>. Ο πυρετός θεωρείται το περισσότερο σύνθημα (τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά), στα πρώιμα στάδια της ρινοκολπίτιδας.

### Η διάγνωση συχνά τίθεται με τον συνδυασμό:

1. Ιστορικού.

Τα συμπτώματα είναι περισσότερο έντονα τις πρωινές ώρες και ελαττώνονται σταδιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας.

2. Κλινικής ωτορινολαρυγγολογικής εξέτασης, με ιδιαίτερη έμφαση στην ρινοσκόπηση (με ενδοσκόπιο).

3. Ψηλάφηση και επίκρουση για ευαισθησία των παραρρινίων κόλπων.

Από την ρινοσκόπηση – ενδοσκόπηση μπορεί να παρατηρηθούν: 1. υπεραίμια και οίδημα του ρινικού βλεννογόνου, 2. ρινικές εφελκίδες, οι οποίες είναι αποτέλεσμα των βλενωδών ή πυώδων ρινικών εκκρίσεων, 3. βλενοπυώδεις εκκρίσεις στο μέσο ρινικό πόρο, 4. πολύποδες, οι οποίοι προδιαθέτουν σε υποτροπιάζοντα επεισόδια χρόνιας κολπίτιδας, 5. μορφολογικές ανωμαλίες της περιοχής που προδιαθέτουν σε επανειλημμένες ρινοκολπίτιδες (π.χ. σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, υπερτροφία κάτω ρινικών κογχών), καθώς και 6. υποκύανο αποχρωματισμό των κάτω ρινικών κογχών.

Συνιστώνται παρακλινικές εξετάσεις με απεικονιστικές μεθόδους: α/α κόλπων προσώπου, CT σπλαγχνικού κρανίου.

Σχετικά με τη διάγνωση, παραθέτουμε τα μείζονα και ελάσσονα κλινικά κριτήρια της νόσου:

#### Μείζονα κριτήρια

- Κεφαλαλγία
- Πόνος και αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο
- Ρινική απόφραξη
- Παχύρρευστο πυώδες οπισθορινικό έκκριμα
- Οσφρητικές διαταραχές (υποσμμία, ανοσμμία)
- Παρουσία πύου στη ρινική κοιλότητα κατά τη ρινοσκόπηση

#### Ελάσσονα κριτήρια

- Πυρετός
- Κακοσμία
- Βήχας/ευερεθιστότητα (μόνο στα παιδιά)
- Οδονταλγία
- Καταβολή
- Πόνος ή αίσθημα πληρότητας στο αυτί

## Πίνακας 2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ<sup>12</sup>

Τύπος	Χρονική διάρκεια	Ιστορικό	Κλινικοί παράγοντες διαφορικής διάγνωσης	Επισημάνσεις
Οξεία	≤4 εβδομάδες	≥2 μείζονες παράγοντες, 1 μείζονα και 2 ελάσσονες παράγοντες, ή πυώδεις ρινικές εκκρίσεις στη ρινοσκόπηση	1 μείζων παράγοντας ή ≥2 ελάσσονες παράγοντες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πυρετός ή προσωπαλγία δεν αποτελούν υποδηλωτικό ιστορικό, σε απουσία άλλων ρινικών σημείων ή συμπτωμάτων</li> <li>• Υποψία για οξεία βακτηριακή παραρρινοκολπίτιδα, αν τα συμπτώματα χειροτερεύουν μετά από 5 ημέρες, αν επιμένουν &gt; από 10 ημέρες ή σε παρουσία συμπτωμάτων δυσανάλογων αυτών που σχετίζονται με ιογενή λοίμωξη</li> </ul>
Υποξεία	4-12 εβδομάδες	Ίδια με τη χρόνια	Ίδια με τη χρόνια	Πλήρης υποχώρηση μετά από αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή
Οξεία υποτροπιάζουσα	≥4 επεισόδια το χρόνο, με κάθε επεισόδιο να διαρκεί ≥7 με 10 ημέρες και απουσία σημείων ή συμπτωμάτων χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας	Ίδια με την οξεία	–	–
Χρόνια	≥12 εβδομάδες	≥2 μείζονες παράγοντες, 1 μείζων ή 2 ελάσσονες παράγοντες, ή πυώδεις ρινικές εκκρίσεις ρινοσκοπικά	1 μείζων παράγοντας ή ≥2 ελάσσονες παράγοντες	Η προσωπαλγία δεν αποτελεί υποδηλωτικό σύμπτωμα, σε απουσία άλλων ρινικών σημείων ή συμπτωμάτων
Οξείες παροξύνσεις της χρόνιας	Αιφνίδια επιδείνωση της χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας, με επάνοδο στην αρχική κατάσταση μετά τη θεραπεία	–	–	–

## ➤ Διαφορική διάγνωση παραρρινοκολπίτιδας

Πρέπει να γίνεται από:

1. Την οξεία αλλεργική ρινίτιδα. Υπάρχει ιστορικό αλλεργίας και περιοδικότητα στην εμφάνιση της συμπτωματολογίας, οι ρινικές εκκρίσεις είναι υδαρείς, ενώ συνυπάρχει συνήθως διαλείπων παρμός και κνησμός της ρινός.
2. Το βρογχικό άσθμα
3. Τη γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο
4. Τη χρόνια αλλεργική ρινίτιδα.

## Θεραπευτική αντιμετώπιση

### Φαρμακευτική

Τα αντιβιοτικά και τα κορτικοειδή ίσως καλύπτουν τα σημεία και τα συμπτώματα της οξείας και χρόνιας ρινοκολπίτιδας. Επίσης είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι, στην τρέχουσα κλινική πράξη, η χρήση ευρέος φάσματος αντιβιοτικών πιθανό να αυξάνει την ανοχή των μικροβίων σ' αυτά<sup>16</sup>.

Χορηγούνται αντιβιοτικά όπως στη βρογχίτιδα και την οξεία μέση ωτίτιδα. Σε σοβαρές περιπτώσεις, όπως σε παιδιά με πυώδη ρινόρροια, ρινική απόφραξη, βήχα και κεφαλαλγία πρέπει να δίνονται αντιβιοτικά από του στόματος, ενώ αντίθετα σε επιπλοκές συνιστάται η ενδοφλέβια χορήγηση έναντι του *H. influenzae*, *S. pneumoniae* και *M. catarrhalis*<sup>18,19,21</sup>.

Η μη σοβαρή οξεία ρινοκολπίτιδα πρέπει να αντιμετωπίζεται με αμοξικιλίνη. Αν δεν υπάρξει βελτίωση σε 48-72 ώρες, το αντιβιοτικό θα πρέπει να αντικατασταθεί με άλλο που περιέχει αναστολείς β-λακταμασών. Από του στόματος, οι αναστολείς β-λακταμασών πρέπει να χορηγούνται ως αρχική θεραπεία οξείας ρινοκολπίτιδας (σε σοβαρές περιπτώσεις), καθώς και για την αντιμετώπιση εμμένουσας συμπτωματικής χρόνιας ρινοκολπίτιδας. Για τη χρόνια ρινοκολπίτιδα είναι απαραίτητο να χορηγούνται αντιβιοτικά για 4-6 βδομάδες, ενώ για την οξεία ρινοκολπίτιδα απαιτείται 10-14 ημέρες αντιβιοτική αγωγή. Εάν τα συμπτώματα συνεχίζονται ή υποτροπιάζουν μέσα σε 5-7 ημέρες από τη διακοπή της θεραπείας, η λοίμωξη πρέπει να θεωρείται επίμονη.

Η λοίμωξη θα πρέπει να θεωρείται ως νέα σε κάθε παιδί που ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων για 2 ή περισσότερες εβδομάδες και δεν ελάμβανε αντιβιοτικά. Εάν τα συμπτώματα επιμένουν μετά από 72 ώρες αντιβιοτικής αγωγής, είναι απαραίτητο να επανεκτιμηθεί ο ασθενής, να αλλάξει η αγωγή με ευρέος φάσματος αντιβιοτικό ή να ληφθεί καλλιέργεια από το μέσο ρινικό πόρο. Όσον αφορά τη χρόνια ρινοκολπίτιδα, ως γνωστό, η αιτιολογία της είναι πολυπαραγοντική.

Στους σοβαρούς προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η αλλεργική ρινίτιδα, οι ιογενείς λοιμώξεις, η ΓΟΠ, ανατομικά στοιχεία που παρεμποδίζουν την παροχέτευση, η ανοσοκαταστολή, γενετικοί παράγοντες και οι γενετικές ανωμαλίες. Επίσης περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ερεθιστικοί (καπνός), μικροβιακοί (ιοί, μύκητες, βακτήρια) και φάρμακα που προκαλούν ρινίτιδα.

Έτσι, για τη θεραπεία της απαιτείται η αποφυγή ερεθιστικών παραγόντων, η χρήση τοπικών κορτικοστεροειδών και αντιισταμινικών, καθώς και η χρήση του θαλασσινού νερού για ρινοπλύσεις. Η αντιβιοτική αγωγή περιλαμβάνει τη χρήση αμοξικιλίνης-κλαβουλανικού, καθώς και δεύτερης ή τρίτης γενιάς κεφαλοσπορινών.

Τελευταία προτείνεται όλο και περισσότερο (στην Ιαπωνία) η χρήση χαμηλής δοσολογίας μακρολιδίων (π.χ. *Zithromax*) για μακρό χρονικό διάστημα (3-12 μήνες), για τη θεραπεία της χρόνιας ρινοκολπίτιδας, λόγω της επιβεβαιωμένης αντιφλεγμονώδους δράσης τους. Η χρήση ιντερφερόνης α2 σε ρινικό σπρέι ως αντιική αγωγή, αν και έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει είναι περιορισμένη λόγω του μεγάλου της κόστους.

### Χειρουργική αντιμετώπιση

Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της ρινοκολπίτιδας στους ενήλικες, διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές. Στις απόλυτες υπάρχει αντίστοιχη αιτιολογία, ενώ στις σχετικές η χειρουργική επέμβαση συνιστάται όταν η φαρμακευτική αγωγή έχει αποτύχει.

Ως απόλυτες ενδείξεις θεωρούνται:

1. Η αμφοτερόπλευρη, εκτεταμένη και πλήρης αποφρακτική ρινική πο-

λυποδίαση με επιπλοκές. Οι ασθενείς αυτοί έχουν ολική αποφρακτική ρινική πολυποδίαση και πανκολπίτιδα.

2. Επιπλοκές όπως: υποπεριοστικό ή απόστημα οφθαλμικού κόγχου, οίδημα Pott στο μετωπιαίο κόλπο, εγκεφαλικό απόστημα ή μηνιγγίτιδα.

3. Χρόνια ρινοκολπίτιδα με βλενωδών ή βλεννοπυώδη μορφή. Η ρινοκολπίτιδα έχει σιωπηλή έναρξη και εξελίσσεται σε χρόνια μορφή, η οποία ίσως σχετίζεται με τη διάβρωση του οστού.

4. Επιθετική ή αλλεργική μυκητιασική ρινοκολπίτιδα. Σε αυτούς τους ασθενείς, το χειρουργείο συνιστάται με στόχο τον καθαρισμό της περιοχής από τους νεκρωμένους ιστούς, την παροχέτευση και τον αερισμό.

5. Διάγνωση νεοπλασίας στη ρινική κοιλότητα ή τους παραρρινίους

6. Ρινόρροια εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY).

### Σχετικές ενδείξεις

Η χρόνια ρινοκολπίτιδα των ενηλίκων αποτελεί την πρωταρχική σχετική ένδειξη για χειρουργείο. Εδώ ανήκουν οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για χρόνια ρινοκολπίτιδα, αλλά δεν είχαν αποτελεσματική βελτίωση των συμπτωμάτων. Επίσης συνιστάται σ' αυτούς με υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας ρινοκολπίτιδας.

Οι ενδείξεις μπορεί να τροποποιηθούν από ανατομικές παραλλαγές της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων κόλπων, καθώς και από άλλα σχετιζόμενα νοσήματα.

Ορισμένοι παράγοντες ίσως τροποποιούν τις ενδείξεις για χειρουργείο και είναι σημαντικοί. Τέτοιοι θεωρούνται:

1. Γενετικές παραλλαγές στην ανατομία ρινός-παραρρινίων
2. Νοσήματα συνδετικού ιστού
3. Σακχαρώδης διαβήτης
4. Καταστάσεις με ανοσοκαταστολή (ιογενείς λοιμώξεις, χημειοθεραπεία και μεταμοσχεύσεις οργάνων)
5. Κυστική ίνωση
6. Εκ γενετής σύνδρομα με συμμετοχή των παραρρινίων (π.χ. Marfan)
7. Δυσκινησία των βλεννογονικών κροσών
8. Αλλεργική μυκητιασική ιγμορίτιδα.

## ➤ Συζήτηση

Επειδή η παραρρινοκολπίτιδα θεωρείται μια νόσος με σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών<sup>1,13</sup> και πιθανές επιπλοκές, θα πρέπει να διαγνωσθεί και να θεραπευτεί σωστά.

Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να αξιολογήσουν το ιστορικό του ασθενούς και τα συμπτώματα, και να αναζητήσουν με την κλινική εξέταση τα σημεία που θα τους οδηγήσουν στην κατάλληλη διάγνωση. Η ταξινόμηση γίνεται με βάση τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων, τους κλινικούς δείκτες και τα κριτήρια στα οποία στηρίζεται η διάγνωση. Στην ταξινόμηση αυτή δε λαμβάνονται υπόψη οι αιτίες της πολυπαραγοντικής αυτής νόσου.

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να θέτουν στη διαφορική διάγνωση αρκετά νοσήματα όταν συνυπάρχουν καταστάσεις που ίσως συμβάλλουν στην αιτιοπαθογένεια της ρινοκολπίτιδας. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με χρόνια ρινοκολπίτιδα μπορεί ταυτόχρονα να πάσχει από αλλεργική νόσο του αναπνευστικού, κυστική ίνωση ή να είναι ανοσοκατασταλμένος.

### Οξεία ρινοκολπίτιδα

Έχει ξαφνική έναρξη και διαρκεί έως τέσσερις βδομάδες. Τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν τελείως και δεν απαιτείται μακροχρόνια χρήση αντιβιοτικών. Το ιστορικό που φανερώνει την ύπαρξη οξείας ρινοκολπίτιδας πρέπει να περιλαμβάνει δύο ή περισσότερα μείζονα κριτήρια ή ένα μείζον και δύο ελάσσονα.

Παρόλα αυτά, η παρουσία πυώδους ρινικού εκκρίματος αποτελεί ισχυρή ένδειξη για τη διάγνωση. Σε απουσία άλλων ρινικών ευρημάτων, ο πόνος ή ο πυρετός από μόνα τους δεν αποτελούν ισχυρά σημεία. Σοβαρή, παρατεταμένη ή επιδεινούμενη λοίμωξη ίσως σχετίζεται με μη ιογενείς παράγοντες.

Προτεινόμενοι παράγοντες στην οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα θεωρούνται η επιδείνωση των συμπτωμάτων μετά από πέντε ημέρες, η επιμονή των συμπτωμάτων για περισσότερο από 10 ημέρες ή η παρουσία συμπτωμάτων δυσανάλογων με τυπική ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού.

### Υποξεία ρινοκολπίτιδα

Αντιπροσωπεύει την εξέλιξη της οξείας

η οποία δεν έχει υποχωρήσει. Η κατάσταση αυτή διαγιγνώσκεται μετά από 4 βδομάδες οξείας ρινοκολπίτιδας και διαρκεί έως 12 βδομάδες. Ενώ δεν είναι πλήρως γνωστό ότι αντιπροσωπεύει κάποια ξεχωριστή ιστοπαθολογική οντότητα, εντούτοις απαιτεί διαφορετική θεραπεία από την οξεία και τη χρόνια μορφή.

Οι ασθενείς με υποξεία ρινοκολπίτιδα μπορεί να έχουν θεραπευτεί ή όχι από την οξεία φάση και τα συμπτώματα να είναι λιγότερο σοβαρά από την οξεία. Αντίθετα από την οξεία ρινοκολπίτιδα, ο πυρετός δε θεωρείται μείζον κριτήριο. Τα κλινικά κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση της υποξείας είναι τα ίδια με της χρόνιας. Η υποξεία συνήθως υποχωρεί πλήρως μετά από μια επιθετική θεραπευτική αγωγή.

### Υποτροπιάζουσα οξεία ρινοκολπίτιδα

Ορίζεται από τα ίδια συμπτώματα και ευρήματα όπως και η οξεία, που χειροτερεύουν όμως μετά από 5 ή εμμένουν πάνω από 10 ημέρες. Παρόλα αυτά κάθε επεισόδιο διαρκεί 7-10 ημέρες ή περισσότερο και ίσως φτάσει τις 4 βδομάδες. Επιπλέον πρέπει να έχουμε τουλάχιστον 4 επεισόδια το χρόνο.

Μεταξύ των επεισοδίων τα συμπτώματα απουσιάζουν χωρίς αντιβιοτική θεραπεία, τα δε διαγνωστικά κριτήρια είναι κατά τα άλλα πανομοιότυπα με αυτά της οξείας μορφής.

### Χρόνια ρινοκολπίτιδα

Πρόκειται για ρινοκολπίτιδα η οποία διαρκεί πάνω από 12 βδομάδες. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από τα μείζονα και ελάσσονα κριτήρια, με ή χωρίς ευρήματα από την κλινική εξέταση.

Ένα ισχυρό ιστορικό που αντιστοιχεί σε χρόνια ρινοκολπίτιδα περιλαμβάνει την παρουσία δύο ή περισσότερων μείζονων κριτηρίων ή ενός μείζονος και δύο ελασσόνων.

Υποπο ιστορικό θεωρείται η παρουσία δύο ή περισσότερων ελασσόνων κριτηρίων ή ενός μείζονος. Η προσωπαλγία δεν αποτελεί ισχυρό σημείο, αν απουσιάζουν άλλα ρινικά κριτήρια. Η καλλιέργεια ίσως έχει ιδιαίτερη σημασία όταν παρατηρείται αντίσταση στα χορηγούμενα αντιβιοτικά.

### Παροξυσμοί οξείας σε έδαφος χρόνιας ρινοκολπίτιδας

Χαρακτηρίζεται είτε από ξαφνική επιδείνωση της κατάστασης της χρόνιας ρινοκολπίτιδας είτε από νέα συμπτωματολογία. Τυπικά τα οξεία συμπτώματα υποχωρούν τελείως μεταξύ των επεισοδίων. Λόγω της υποκείμενης χρόνιας κατάστασης, η βακτηριακή κλωρίδα ίσως παρουσιάζει αντίσταση ή άτυπη συμπεριφορά. Έτσι η ενδοσκοπικά καθοδηγούμενη λήψη καλλιέργειας ίσως είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την επιλογή της κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας.

Η προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να βασίζεται στο ιστορικό, στην προσεκτική κλινική εξέταση και στην καλλιέργεια. Οι ενδοσκοπικές τεχνικές μπορεί να αποκαλύψουν τα σημεία της φλεγμονής στους παραρρινίους και να συμβάλουν στη σωστή χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου.

### Συμπεράσματα

1. Η ρινοκολπίτιδα αποτελεί ένα φλεγμονώδες νόσημα της ρινός και των παραρρινίων. Ο όρος ρινοκολπίτιδα έχει αντικαταστήσει αυτόν της ιγμορίτιδας, διότι της τελευταίας προηγείται συχνά ρινίτιδα η οποία σπάνια απαντάται χωρίς συνοδό φλεγμονή των ρινικών κοιλοτήτων.

2. Αποτελεί την πιο συχνά θεραπευόμενη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και η συχνότητά της αυξάνει συνεχώς.

3. Η αιτιολογία της νόσου εξαρτάται από ποικιλία περιβαλλοντικών και ενδογενών παραγόντων, που συνήθως είναι δύσκολο να προσδιοριστούν.

4. Η διάγνωση βασίζεται στο συνδυασμό λεπτομερούς ιστορικού, κλινικής εξέτασης (ενδοσκόπησης) και των πορισμάτων των ακτινο-τομογραφικών εξετάσεων (CT). Έχουν καθιερωθεί ορισμένα μείζονα και ελάσσονα κριτήρια για τη διάγνωση της χρόνιας ρινοκολπίτιδας, τα οποία είναι ευαίσθητα αλλά όχι ειδικά. Το « χρυσό κλειδί» της διάγνωσης αποτελεί η αξονική τομογραφία.

5. Η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, πριν τεθεί η χειρουργική ένδειξη, για ασθενείς που δεν βελτιώνονται. Αυτή περιλαμβάνει τη χρήση αντιβιοτικών (κυρίως μακρολιδίων) για μεγάλο χρονικό διάστημα (3-12 μή-



νες), καθώς και ρινικών αποσυμφορητικών. Πρέπει να αποφεύγονται οι εξωγενείς ερεθιστικοί παράγοντες.

6. Οι ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης διακρίνονται σε απόλυτες και σχετικές. Η επιλογή των σωστών ενδείξεων για χειρουργική αντιμετώπιση βασίζεται στη σωστή κλινική διάγνωση. Αυτή επιβεβαιώνεται από τα πορίσματα των παρακλινικών εξετάσεων και τα ενδοσκοπικά χειρουργικά ευρήματα.

## Summary

### Chronic adults rhinosinusitis: Diagnostic and therapeutic approach

S. Doumazios, A. Panou, M. Aggeli, D Assimakopoulos

Rhinosinusitis is an inflammatory disease of the nose and the paranasal sinuses, with an etiology that depends on a variety of environmental and host factors. It is the most commonly treated upper respiratory tract infection with increasing incidence. Because it has a significant impact on quality of life, it must

be appropriately diagnosed and treated. Medical treatment is the treatment of choice, although in selected cases surgical treatment is indicated, either endoscopic surgery or traditional techniques.

**Key words:** rhinosinusitis, diagnosis, treatment.

## Βιβλιογραφία

1. Anand VK, et al. Surgical Management of Adult Rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 117:S50-S52.
2. Churchill's medical dictionary. New York: Churchill Livingstone; 1989. p.1838(grade C).
3. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, et al, editors. Robbins pathologic basis of disease. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p. 53-83(grade A).
4. Gwaltney JM, Jones JG, Kennedy DW. Medical management of sinusitis: educational goals and management guidelines. Ann Oto RhinoLaryngol 1995; 167(suppl 22):30 (gradeA).
5. Gwaltney JM Jr, Phillips CD, Miller RD, et al. Computed tomographic study of the common cold. N Engl J med 1994; 330:25-30 (grade A).
6. Hadley JA, Schaefer SD. Clinical evaluation of rhinosinusitis: History and physical examination. Otolaryngology, Head and Neck Surgery 1997; 117:8-11.
7. Hadley JA, Schaefer SD. Clinical evaluation of rhinosinusitis. History and physical examination. Rochester and New York, New York. Druce HM. Diagnosis of sinusitis in adults, history, physical examination, nasal cytology, echo and rhinoscope. J Allergy Clin Immunol 1992; 90:436-41 (grade B).
8. Katsantonis GP, Friedman WH, Bruns M. Intranasal sphenoidectomy: an evolution of technique. Otolaryngol Head Neck Surg 1994; 111:781-6 (grade C).
9. Kennedy DW. First-line management of sinusitis: a national problem. Surgical update. Otolaryngol Head Neck Surg 1990; 103:884-6 (grade C) .
10. Kennedy DW, Gwaltney JM, Jones JG. Medical management of sinusitis: educational goals and management guidelines. The International Conference on Sinus Disease. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1995; 167:22-30 (grade C).
11. Lanza and Kennedy. Adult rhinosinusitis defined. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 1997; 117:S1-S7.
12. Lanza CD, Kennedy DW. Adult rhinosinusitis defined. Otolaryngology, Head and Neck Surgery 1997; 117:1-7.
13. Larsen PL, Tos M. Origin of nasal polyps. Laryngoscope 1991; 101:305-12(grade B).
14. Lildholdt T, Fogstrup J, Gammelgaard N, et al. Surgical versus medical treatment of nasal polyps. Acta Otolaryngol (Stockh) 1988; 105:140-3 (grade B).
15. Lund VJ, Kennedy DW. Quantification for staging sinusitis. The staging and therapy group. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1995; 167:17-21 (grade C).
16. McCaig LF, Hughes JM. Trends in antimicrobial drug prescribing among office-based physicians in the United States. JAMA 1995; 273:214-9 (grade C).
17. National disease and therapeutic index. Plymouth Meeting, Pa.: IMS Inc.; 1992. p. 969-70 (grade B).
18. National disease and therapeutic index. Plymouth Meeting, Pa.: IMS Inc.; 1994. p. 963-967 (grade B).
19. Otten FW, Grote JJ. Treatment of chronic maxillary sinusitis in children. Int J Pediatric Otorhinolaryngol 1988; 15:269-78 (grade C).
20. Wald ER. Rhinitis and acute and chronic sinusitis. In: Bluestone CD, editor. Pediatric otolaryngology. 3rd. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p. 845-6 (grade B).
21. Wald ER, Reilly JS, Casselbrant M, et al. Treatment of acute maxillary sinusitis in childhood: a comparative study of amoxicillin and cefactor. Pediatr 1984; 104:297-302 (grade A).