

Η εισαγωγή των ενδοσκοπίων στη διαγνωστική και χειρουργική των παθήσεων της μύτης πριν από μια δεκαετία περίπου, μετέβαλε ριζικά τις αντιλήψεις και πρακτικές μας στους τομείς αυτούς. Η ανατομική της μύτης, των χώρων και κυψελών γύρω από αυτή, έλαβε καινούργιο περιεχόμενο και ανατομικά στοιχεία, που απλά περιγράφονταν στο παρελθόν, απέκτησαν ιδιαίτερη κλινική σημασία σαν σπουδαία οδηγιά χειρουργικά σημεία.

Παράλληλα, η ανάπτυξη της ευαισθησίας των απεικονιστικών εξετάσεων, κυρίως της αξονικής αλλά και της μαγνητικής τομογραφίας, βοήθησε στη διαγνωστική των παθήσεων της μύτης αλλά πρωτίστως στην προεγχειρητική μελέτη και σχεδιασμό των περιστατικών που θα οδηγηθούν στο χειρουργείο. Η αυξανόμενη χρήση, κατά την τελευταία πενταετία, των συστημάτων πλοήγησης-panigator, συνέβαλε ώστε η χειρουργική της ρινός και των παραρρινίων να γίνει ταυτόχρονα και πιο ριζική και πιο ασφαλή. Βοήθησε, επίσης, στο να καταστεί εφικτός ο σχεδιασμός και η εκτέλεση επεμβάσεων σε ανατομικές περιοχές πέραν των ορίων της μύτης και των παραρρινίων κόλπων, δίνοντας καινούριο περιεχόμενο στη συνεργασία με άλλες ειδικότητες όπως η Νευροχειρουργική, η Οφθαλμολογία και η Γναθοχειρουργική.

Η ενδοσκοπική χειρουργική της ρινός και των παραρρινίων, πιστεύουμε ότι θα αποτελέσει σταθμό στην ιστορία της Ωτορινολαρυγγολογίας, ανάλογο με την εισαγωγή του μικροσκοπίου στη χειρουργική του ωτός και του laser στη χειρουργική του καρκίνου του λάρυγγος. Αποτελεί προνόμιο να βιώνουμε και να συμμετέχουμε στην εξέλιξή της, η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ραγδαία και Οι παθήσεις της μύτης και των κόλπων γύρω από αυτήν, αποτελούν πολύ μεγάλο τμήμα της παθολογίας της Ωτορινολαρυγγολογίας. Οι πολύποδες της μύτης ταλαιπωρούν μεγάλο μέρος του ελληνικού πληθυσμού. Ο όρος πολύποδας είναι περιγραφικός και δεν αποδίδει την κλινική σημασία. Έτσι, ο πολύποδας της μύτης έχει διαφορετική κλινική σημασία από τον πολύποδα του αυτιού, του λάρυγγος ή του εντέρου. Οι πολύποδες της μύτης είναι καλοήθεις αλλοιώσεις φλεγμονώδους αιτιολογίας. Η φλεγμονή μπορεί να συνίσταται σε αλλεργική ή αγγειοκινητική ρινίτιδα και σε ρινίτιδες μυκητιασικής ή μικροβιακής αιτιολογίας.

Οι πολύποδες φλεγμονώδους αιτιολογίας αφορούν και τα δύο ρουθούνια. Η παρουσία αλλοιώσεων και μαζών στη μία μόνο ρινική θαλάμη, οφείλει να μας κάνει προσεκτικούς στη διαγνωστική διερεύνηση. Σπανιότερα παρατηρούνται πολύποδες που αφορούν τη μία ρινική θαλάμη και εξορμούν από έναν παραρρίνιο κόλπο, συνήθως το ιγμόρειο. Οι πολύποδες αυτοί λέγονται χοανοπολύποδες, είναι επίσης καλοήθεις και μπορεί να φτάσουν σε μεγάλο μέγεθος. Η αιτιολογία τους είναι άγνωστη. Θεωρείται ότι οφείλονται απλά σε προδιάθεση του οργανισμού. Οι συνήθεις πολύποδες προκαλούνται από φλεγμονή αλλά και συντηρούν τη φλεγμονή. Η συνύπαρξή τους με χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες είναι συχνή. Οι χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες ταλαιπωρούν, επίσης, μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Μπορεί να οφείλονται είτε σε ατελώς θεραπευθείσες οξείες παραρρινοκολπίτιδες είτε σε ανατομικά προβλήματα των στομίων των παραρρινίων κόλπων.

Εάν φανταστούμε τα παραρρίνια, όπως τα ιγμόρεια ως δεξαμενές, αυτά αερίζονται και παροχετεύουν το περιεχόμενό τους μέσω μικρών στομίων. Όταν τα στόμιά τους είναι στενά για λόγους ανατομικούς ή αποφραχθούν από την παρουσία πολυπόδων ή εξαιτίας οιδήματος των ιστών, λόγω ατελώς θεραπευθείσας οξείας ιγμορίτιδας, τότε ξεκινά η δημιουργία των αλλοιώσεων της χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας.

Ο ασθενής προσέρχεται, συνήθως, σε κάποιο επεισόδιο φλεγμονής των παραρινίων. Παραπονείται για δυσχέρεια στη ρινική αναπνοή, καταρροή ή πυώδη ρινόρροια. Ενδέχεται, επίσης, να αναφέρει αίσθημα βάρους ή πόνου στο πρόσωπο και πονοκέφαλο. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι προσφάτου έναρξης ή να έχουν επαναληφθεί αρκετές φορές στο παρελθόν. Στην περίπτωση της χρόνιας συμπτωματολογίας, ο ασθενής είναι συνήθως ενημερωμένος για το πρόβλημά του και προσέρχεται αναζητώντας μια ριζική λύση.

Η εξέταση της μύτης με το ενδοσκόπιο μας δίνει τη δυνατότητα να θέσουμε τη διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις. Εύκολα διαπιστώνεται η παρουσία αλλά και η έκταση των πολυπόδων ή η ύπαρξη ενός χροανοπολύποδος και η ομάδα των παραρρινίων κυψελών από όπου εκφύεται.

Επίσης, υπάρχει η περίπτωση να διαπιστωθεί η εκροή πύου μέσα στη μύτη και να μας προσανατολίσει πάλι όσον αφορά την ομάδα των κυψελών που φλεγμαίνουν. Επιπλέον, μπορεί να εντοπιστούν τυχόν άλλες εξεργασίες με χαρακτηριστές διαφορετικούς εκείνων των απλών πολυπόδων. Τέλος, αποκαλύπτονται ανατομικές συνθήκες που προδιαθέτουν σε στένωση των στομιών των παραρρινίων ή που σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης θα δυσκολέψουν την πρόσβασή μας σε ορισμένες περιοχές.

Η διενέργεια απεικονιστικών εξετάσεων, όπως η απλή ακτινογραφία ιγμορείων ή η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, κρίνεται αναγκαία σε επιλεγμένες μόνο περιπτώσεις. Στους ασθενείς με μεμονωμένα επεισόδια οξείας φλεγμονής των παραρρινίων, η διάγνωση τίθεται όπως είπαμε με την ενδοσκόπηση της μύτης, όπως και η παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια, χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες ή ρινικούς πολύποδες, όπου μπορεί να τεθεί η ένδειξη για χειρουργική επέμβαση, θα ζητηθεί αξονική τομογραφία αλλά όχι στην οξεία φάση ή σε μια εποχιακή έξαρση των συμπτωμάτων. Η χειρουργική επέμβαση απευθύνεται στις χρόνιες αλλοιώσεις που δεν υποχωρούν μετά από επαρκή φαρμακευτική αγωγή και αυτές είναι που θέλουμε να εντοπίσουμε με την αξονική τομογραφία. Ο ρόλος της μαγνητικής τομογραφίας αφορά την αποσαφήνιση αλλοιώσεων που επεκτείνονται πέραν των ορίων της μύτης και των παραρρινίων κόλπων, στον οφθαλμικό κόγχο, στον εγκέφαλο ή πίσω από τα ιγμόρεια στον υποκροτάφιο βόθρο.

Η αξονική τομογραφία πρέπει να πληροί ιδιαίτερες προδιαγραφές όσον αφορά τη λεπτότητα των τομών και τη δυνατότητα ανασύνθεσης σε τρισδιάστατο χώρο. Η αξονική αυτή θα μας βοηθήσει στη λεπτομερή μελέτη της ανατομίας των παραρρινίων κυψελών και τη διαπίστωση ελλειμμάτων στα οστικά τοιχώματα σε επαφή με τον οφθαλμικό κόγχο και τον εγκέφαλο. Ταυτόχρονα, αποτελεί προϋπόθεση και για τη χρήση του συστήματος πλοήγησης (navigator) σε ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση. Ανάλογες προδιαγραφές πρέπει να ικανοποιεί και η μαγνητική τομογραφία. Άλλωστε, σε επιλεγμένα περιστατικά, οι δύο εξετάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν συνδυασμένα.

Σε ορισμένους ασθενείς, μπορεί να απαιτηθεί η αναζήτηση ειδικών συνδρόμων που σχετίζονται με τη νόσο τους, παραγόντων που προδιαθέτουν σε φλεγμονές ή να μελετηθεί η υπερδραστηριότητα ή τυχόν καταστολή του ανοσοποιητικού τους. Σε άλλες περιπτώσεις, μια τελευταία πράξη πριν την τελική διάγνωση και, επομένως, πριν τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία, μπορεί να είναι

η λήψη υλικού για βιοψία. Όπως αναφέραμε, οι πολύποδες φλεγμονώδους αιτιολογίας είναι καλοήθεις. Υπάρχουν, όμως και κακοήθεις όγκοι που η εξωτερική υφή τους προσομοιάζει εκείνη των απλών πολυπόδων ή όγκοι που έχουν υποστεί πολυποειδή εκφύλιση στα όριά τους. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο, οποιοδήποτε υλικό μετά από χειρουργική επέμβαση αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση. Αφού ολοκληρωθούν όσες από τις παραπάνω ενέργειες κρίνονται αναγκαίες, είναι η στιγμή να ενημερώσουμε τον ασθενή για την προτεινόμενη θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η συντηρητική φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετή. Χορηγείται αντιβιοτική αγωγή και συμπληρωματικά αποσυμφορητικά από τη μύτη, αντισταμινικά ή κορτιζόνη σε τοπική ή συστηματική μορφή. Η φαρμακευτική αγωγή δεν αποτελεί μόνο τη λύση για τις οξείες καταστάσεις αλλά θα χρησιμοποιηθεί και ως προετοιμασία για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση και ως συμπληρωματική αγωγή μετά από ορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

Στην περίπτωση που η προτεινόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική, το πρώτο μας μέλημα είναι να διακρίνουμε τους ασθενείς στους οποίους μπορούμε να υποσχεθούμε τη ριζική λύση του προβλήματός τους από εκείνους για τους οποίους το χειρουργείο θα είναι ένα επεισόδιο μόνο στη μακρόχρονη πορεία της νόσου. Έτσι, στην περίπτωση των παραρρινοκολπίτιδων, που οφείλονται σε ανατομικούς και μικροβιακούς παράγοντες ή των χοανοπολυπόδων μπορεί κανείς να υποσχεθεί τη ριζικότητα στη λύση του προβλήματος.

Σε περιστατικά, όμως, των πολυπόδων που οφείλονται στην ιδιαιτερότητα του βλεννογόνου της μύτης, αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι η τάση για υποτροπή είναι αυξημένη. Πολλοί από τους ασθενείς μας θα έχουν ήδη χειρουργηθεί στο παρελθόν για τον ίδιο λόγο ενώ είναι πολύ πιθανό να μην είμαστε και οι τελευταίοι που θα τους χειρουργήσουμε. Η προσπάθειά μας δεν θα κριθεί από το αν και σε πόσο χρόνο θα ξαναβγούν οι πολύποδες αλλά από το πόσο ειλικρινής ήταν η προεγχειρητική μας ενημέρωση, πόσο ριζική ήταν η επέμβασή μας διανοίγοντας όλους τους χώρους και τις κυψέλες που έχουν προσβληθεί και από το πόσο συστηματική ήταν η μετεγχειρητική μας παρακολούθηση.

Ο ασθενής μας έχει ολοκληρώσει την προεγχειρητική του αγωγή, έχει υποβληθεί στην ειδική αξονική και εξετασθεί από τον αναισθησιολόγο για συνυπάρχοντα αναπνευστικά ή άλλα προβλήματα που είναι συχνά στις περιπτώσεις αυτές. Για τους περισσότερους ασθενείς προτιμάται η γενική αναισθησία. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις η επέμβαση θα γίνει με τοπική αναισθησία, οπότε δεν μπορεί κανείς να εγγυηθεί και τη ριζικότητά της. Η διάρκεια της επέμβασης είναι συνήθως δύο με τρεις ώρες, ανάλογα με την έκταση της παθολογίας ή τις ανατομικές δυσκολίες. Παρά την έκταση της διατομής των ιστών, οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες είναι σπάνιες και ο ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιό του χωρίς πωματισμό. Διανυκτερεύει στο νοσοκομείο και παίρνει εξιτήριο την επόμενη ημέρα. Το σύστημα πλοήγησης (navigator), μας προσανατολίζει μέσα στη μύτη στη διάρκεια της επέμβασης. Έτσι, συμβάλλει ώστε οι επεμβάσεις μας να είναι ταυτόχρονα και ριζικές και ασφαλείς.

Το navigator είναι ένα εργαλείο που μας προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία. Χρησιμοποιείται επικουρικά στο χειρουργείο, όπως ο νευροδιεγέρτης στη χειρουργική του θυρεοειδούς ή της παρωτίδας. Η χρήση του αποδεικνύεται απαραίτητη σε ορισμένες μόνο επεμβάσεις, παρόλα αυτά φροντίζουμε να είναι διαθέσιμο σε κάθε ενδοσκοπική επέμβαση.

Η μετεγχειρητική περιποίηση διαρκεί περίπου ένα μήνα ή παραπάνω και περιλαμβάνει χορήγηση αντιβίωσης, πλύσεις με υπέρτονο αλατούχο διάλυμα και καθαρισμό της μύτης. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με μεγάλη πιθανότητα υποτροπής της νόσου, διαρκεί επ' αόριστον ή τουλάχιστον μέχρι να υπολογισθεί η συχνότητα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής που είναι ικανή να προλαμβάνει την επανεμφάνιση των πολυπόδων. Η αγωγή αυτή θα περιλαμβάνει συχνές πλύσεις με υπέρτονο αλατούχο διάλυμα και προσθήκη κατά διαστήματα κορτιζόνης για τοπική χορήγηση μέσα στη μύτη.

Πρόσφατα, το 2013, ανακοινώσαμε την τεχνική μας για την αντιμετώπιση των υποτροπιαζόντων πολυπόδων. Η τεχνική μας ονομάζεται τροποποιημένη δερμοπλαστική και συνίσταται στην αντικατάσταση του βλεννογόνου της οροφής της μύτης από δέρμα του ασθενούς. Το δερματικό μόσχευμα έχει μεγάλη ικανότητα πρόσληψης και επιβίωσης στη νέα του θέση και εμφανίζει μεγάλη αντοχή στην επανεμφάνιση των πολυπόδων.