

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΜΜ. ΧΕΛΙΔΩΝΗΣ

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ
ΕΝΔΟΦΥΤΙΚΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ.

ΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ. ΤΕΡΖΑΚΗ
ΕΠΙΜΕΛΗΤΟΥ Ω. Ρ. Α ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Ν.Ε.Ε.Σ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Καθηγητής Γ. Σ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗΣ

Αφιερώνεται

στους γονείς μου
στη γυναίκα μου
και στα παιδιά μου

στον σεβαστό μου Δάσκαλο
Καθηγητή κ. Γ. Δοκιανάκη

στον τακτικό καθηγητή Ωτορινολαρυγγολογίας
Πανεπιστημίου Κρήτης κ. Εμμ. Χελιδώνη
με εκτίμηση και σεβασμό

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΦΥΤΙΚΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΡΙΝΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΙΛΩΝ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ενδοφυτικά θηλώματα της ρινός και των παραρρίνιων κοιλοτήτων είναι μια σπάνια νεοπλασία και αποτελεί το 0,5-4% των ρινικών νεοπλασιών.

Πρόκειται για ένα όγκο ιδιάζουσας συμπεριφοράς ο οποίος επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, προκαλεί οστικές καταστροφές υποτροπιάζει συχνά μετά την αφαίρεση του και σε ορισμένες περιπτώσεις συνυπάρχει με καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου. Εκ των ανωτέρω καθίσταται εμφανής η αξία της εγκαίρου διαγνώσεως και θεραπευτικής αντιμετώπισης των εν λόγω θηλωμάτων δια της οποίας γίνεται προσπάθεια να επιτύχουμε αφ'ενός την πρόληψη επικίνδυνων επιπλοκών (πίεσης και καταστροφή ζωτικών γειτονικών περιοχών) και αφ'ετέρου την αποφυγή δυσάρεστων συνεπειών από τη συχνή συνύπαρξη τους με καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου (συχνότης 2-53%).

Κλινικά εκδηλώνονται με μονόπλευρη ρινική απόφραξη, ρινορραγία, άλγος εις την περιοχή του προσώπου και γενικά με συμπτωματολογία παραρρινοκολπίτιδας.

Παθολογοανατομικώς χαρακτηρίζεται από νεοπλασματική αναστροφή και αύξηση του επιθηλίου εις το υποκείμενο στρώμα. Το νεοπλασματικό επιθήλιο μπορεί να είναι αναπνευστικό, μεταβατικό ή πλακώδες.

Από την εποχή της περιγραφής των ενδοφυτικών θηλωμάτων έχουν δημιουργήσει μεγάλα προβλήματα και ερωτηματικά ως προς την αιτιολογία την παθογένεια κυρίως όμως ως προς τον ριζικό ή μη τρόπο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των.

Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Διάφοροι παράγοντες όπως η αλλεργία, οι ρινικοί πολύποδες, οι χρόνιες φλεγμονές οι ιογενείς λοιμώξεις και διάφορες καρκινογόνες ουσίες του περιβάλλοντος έχουν ενοχοποιηθεί σαν πιθανοί παράγοντες ανάπτυξης τους χωρίς όμως να υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για το αληθές των υποθέσεων αυτών. Τα τελευταία χρόνια αναφέρθη η παρουσία DNA ιού σε δύο περιπτώσεις ενδοφυτικών θηλωμάτων με τεχνικές μοριακής βιολογίας (Southern Blot). Επίσης η πολυεστιακή εμφάνιση και η τάση προς υποτροπή ομοιάζει και με άλλες θηλωματώδες βλάβες ιογενούς αιτιολογίας της αναπνευστικής και πεπτικής οδού. Παθολογοανατομικώς ο όγκος αποτελείται από νεοπλασματικό επιθήλιο τύπου πλακώδους ή μεταβατικού και χαρακτηρίζεται από νεοπλασματική αναστροφή και αύξηση του επιθηλίου μέσα στα υποκείμενα στρώματα μάλλον παρά από πολλαπλασιασμό από την επιφάνεια του επιθηλίου προς τα έξω, έν αντιθέσει με τα άλλα θηλώματα. Τα κύτταρα εμφανίζουν μιτωτικές εικόνες στερούνται όμως χαρακτήρων ατυπίας και η βασική μεμβράνη παραμένει άθικτη.

Η θεραπεία εκλογής αναμφίβολα παραμένει η χειρουργική αντιμετώπιση τους.

Η πλήρης αφαίρεση του όγκου με σκοπό την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας υποτροπής, η διατήρηση της ρινικής λειτουργίας και η αποφυγή ακρωτηριασμού θα πρέπει να είναι ο στόχος μας.

Μεγάλη σημασία αποδίδεται ως εκ τούτου εις τη σωστή επιλογή της χειρουργικής προσπέλασης και τεχνικής. Η προσπέλαση για την αφαίρεση του όγκου μπορεί να είναι συντηρητική για περιορισμένης εκτάσεως όγκους (ενδορρινική αφαίρεση, εσωτερική ή εξωτερική ηθμοειδεκτομή και ριζική ανάτρηση ιγμορείου) ή ριζικότερη όταν ο όγκος πληρεί την ρινική θάλαμη και τους παραρρινίους κόλπους (πλάγια ρινοτομία και μέση γναθεκτομή).

Η πλάγια ρινοτομία μας παρέχει το πλεονέκτημα του μεγάλου χειρουργικού πεδίου απαραίτητου για τη συνειδητή αφαίρεση της παθολογίας. Με τη βοήθεια της προσπελάσεως αυτής το μεγάλο ποσοστό υποτροπής ανερχόμενο μεταξύ 6-78% έχει σαφώς περιοριστεί στο ελάχιστο. Στην τελευταία αυτή περίπτωση η πλήρης αφαίρεση του έξω τοιχώματος της ρινικής θάλαμης η ριζική αφαίρεση των ηθμοειδών κυψελών ή ο καθαρισμός ιγμορείου και γενικά η ενοποίηση όλων των παραρρινίων κοιλοτήτων με την ρινική θάλαμη δημιουργεί μια τεράστια κοιλότητα με πάρα πολλά λειτουργικά προβλήματα (μέση γναθεκτομή).

Ο συνεχής προβληματισμός μας όσον αφορά στον περιορισμό των μειονεκτημάτων που υπάρχουν με την δημιουργία μιας τεράστιας ενιαίας κοιλότητας μας οδήγησε στην ανάπτυξη και εφαρμογή μιας νέας χειρουργικής τεχνικής που χρησιμοποιούμε εδώ και μια εικοσαετία στην Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική του Ν.Ε.Ε.Σ. εις αντικατάσταση της μέσης γναθεκτομής. Η νέα αυτή τεχνική συνίσταται εις την μετά τη πλάγια ρινοτομία κινητοποίηση του πλάγιου ρινικού τοιχώματος εκ του οποίου συνήθως εκφύεται η νεοπλασία και τμηματικής αφαιρέσεως του βλεννογόνου επί του οποίου ευρίσκεται η νεοπλασία. Με αυτόν τον τρόπο έχουμε τη δυνατότητα της ριζικής αφαίρεσης του όγκου με ταυτόχρονη διατήρηση του μεγαλύτερου δυνατού τμήματος του υγιούς έξω τοιχώματος της ρινικής θάλαμης. Δια της μεθόδου αυτής η προσπέλαση των παραρρινίων κοιλοτήτων εφ' όσον η παθολογία επεκτείνεται εντός αυτών είναι εύκολη. Με τον τρόπο αυτόν διατηρείται μία σχεδόν φυσιολογική σε μέγεθος και λειτουργία ρινική θάλαμη και περιορίζονται στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα μειονεκτήματα που υπάρχουν με τη δημιουργία μιας τεράστιας κοιλότητας. Εις την Ωτορινολαρυγγολογική κλινική του Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός την τελευταία 20ετία είχαμε την ευκαιρία να μελετήσουμε 42 περιπτώσεις ενδοφυτικών θηλωμάτων της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων με την νέα αυτή τεχνική.

Ορμώμενοι εκ του ενδιαφέροντος του θέματος και κατόπιν προτροπής του Σεβαστού Δασκάλου μου και Διευθυντή μου στην Ω.Ρ.Λ κλινική του Ν.Ε.Ε.Σ Α.Ε.Κ Γ. Δοκιανάκη οδηγηθήκαμε εις την συγγραφή του θέματος αυτού πιστεύοντας ότι θα συμβάλουμε όσο το δυνατό καλύτερα εις την κατανόηση της αιτιολογίας, παθογένειας, κλινικής εικόνας, διάγνωσης και κυρίως χειρουργικής αντιμετώπισης της σπάνιας αλλά επικίνδυνου αυτής πάθησης.

Η όλη εργασία στη συγγραφή της διακρίνεται σε δύο μέρη.

Στο πρώτο μέρος γίνεται αρχικά μια υπόμνηση της ανατομίας της περιοχής της ρινικής θάλαμης και των προσβεβλημένων κατά σειράν συχνότητας παραρρινίων κόλπων κυρίως ιγμορείου και ηθμοειδών με ιδιαίτερη έμφαση στα στοιχεία εκείνα

της χειρουργικής ανατομικής του πλάγιου ρινικού τοιχώματος που είναι απαραίτητα προκειμένου να κατανοηθεί η νέα αυτή τεχνική. Επίσης γίνεται αναφορά στην εμβρυολογία της περιοχής και ιστορική αναδρομή. Στην συνέχεια αναπτύσσονται οι απόψεις όσον αφορά την αιτιολογία, παθογένεια κλινική εικόνα και χειρουργική αντιμετώπιση των ενδοφυτικών θηλωμάτων. Εις το δεύτερο μέρος το ειδικόν, που αποτελεί και το κύριο μέρος της διατριβής γίνεται λεπτομερής περιγραφή της νέας τεχνικής και της στρατηγικής με την οποία επιλέγησαν τα περιστατικά μας.

Παρατίθενται ημέτερα περιπτώσεις, τα συμπεράσματα μας, και η σχετική επί του θέματος βιβλιογραφία .

Έχοντας φτάσει στο τέρμα αυτής της προσπάθειας αισθάνομαι επιτακτικά την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και τα βαθιά αισθήματα ευγνωμοσύνης στο δάσκαλο μου Α. Ε. Καθηγητή Γ. Δοκιανάκη που υπήρξε ο εμπνευστής και καθοδηγητής της εργασίας αυτής.

Θερμά επίσης ευχαριστώ τον Καθηγητή της έδρας της Ωτορινολαρυγγολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης Κο Χελιδώνη για την απόφαση του να μου εμπιστευτεί την ευθύνη για την παρουσίαση αυτής της νέας τεχνικής του οποίου οι εύστοχες υποδείξεις και η όλη επίβλεψη συνέλαβαν στην αρτιότερη συγκρότηση της διατριβής.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω τον σημερινό μου Διευθυντή του Ν. Ε.Ε.Σ Κο .Γ Παπάζογλου και όλους τους συναδέλφους μου όχι μόνο για τη συναισθηματική συμπαράστασή τους αλλά και για την ουσιαστική συμβολή τους, για την ανεύρεση και μετεγχειρητική παρακολούθηση των περιστατικών που αποτέλεσαν το υλικό αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερα θα θελα να ευχαριστήσω τον Κο Ε. Χατζημανώλη συνάδελφο και σημερινό Δ/ντή της Ωτορινολαρυγγολογίας του Λαϊκού Νοσοκομείου στον οποίο οφείλεται τόσο ο μόχθος των φωτογραφιών όσο και η όλη καλλιτεχνική εργασία της απόδοσης των χρόνων της νέας αυτής τεχνικής σε μια σειρά υπέροχων σχημάτων.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΟΝΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Πρώτη ανακοίνωση, αναφορά εις τον όρο θηλώματα της ρινικής κοιλότητας έγινε από τον Ward το 1854 ως αναφέρει ο Vrabec.

Φαίνεται όμως ότι πρώτος ο Kramer το 1847 χρησιμοποιεί τον όρο θήλωμα προκειμένου να περιγράψει όγκο προερχόμενο απο τον βλεννογόνο της ρινικής κοιλότητας. Ο Billroth περιγράφει 2 περιπτώσεις θηλωμάτων ρινικής κοιλότητας μια εκ των οποίων υφίσταται συνεχόμενες υποτροπές μετά απο επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

Το 1883 ο Horpmann δίδει σε αυτά την ονομασία καρκίνος με υφή λάχνης «uniform cancer» και διαιρεί τα θηλώματα σε σκληρά και μαλακά επί τη βάσει του τύπου του επιθηλίου, προσπαθώντας να διαχωρίσει το αληθές νεόπλασμα απο τον πολύποδα.

Ο ίδιος πρώτος αναφέρει την τάση να υποτροπιάζουν.

Το 1935 ο Kramer και ο Som αναφέρουν 86 περιπτώσεις και 3 χρόνια αργότερα ο Ringertz εισάγει τον όρο ενδοφυτικό θήλωμα της ρινικής κοιλότητας και τα διαιρεί σε εκείνα α) με πλακώδες επιθήλιο και β) σε εκείνα με κυλινδρικού ή μεταβατικού τύπου επιθήλιο.

Είναι και εκείνος που περιγράφει την τάση του όγκου να αναπτύσσεται δια αναστροφής εις το υποκείμενο στρώμα. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι το 1889 ο Hellman ήταν ο πρώτος ο οποίος περιέγραψε την εμφάνιση καρκινώματος σε θήλωμα.

Από το 1854 κατά προσέγγιση 1700 περιπτώσεις θηλωμάτων έχουν περιγραφεί εις την βιβλιογραφία και μόνο τα τελευταία χρόνια έχουν αναφερθεί 1300 περιπτώσεις.

Φαίνεται όμως ότι οι όγκοι της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων απασχόλησαν και τους παλιότερους ιατρούς.

Πρώτος ο Ιπποκράτης ομιλεί περί «πολυπόδων της ρινός» οι οποίοι δημιουργούν αναπνευστική δυσχέρεια τους οποίους διαιρεί σε σκληρούς και μαλακούς και τους αντιμετωπίζει χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του «σπόγγου».

Ο Galen διαιρεί τις παθήσεις της ρινός σε πολύποδες και όζαινα αλλά δεν τις αντιμετωπίζει χειρουργικά όπως ο Ιπποκράτης.

Ο Παύλος Αιγινίτης (620μχ) αναφέρει ότι αν ο όγκος ήταν ανευ αισθητικότητας και κακοήθειας έπρεπε να αφαιρείται δι' ενός νυστερίου πολυπόδων σχήματος φύλλου δάφνης το οποίο απέκοπτε κυκλικώς τον όγκο.

Ο Fallopius (1532-62) επινοεί τον συρμάτινο βρόχο για την αφαίρεση πολυπόδων.

Το 1955 ο Buttler περιγράφει 61 περιπτώσεις απο τη Mayo Clinic.

Το 1963 Lampertico και συνεργάτες ανευρίσκουν 262 περιπτώσεις εις την διεθνή βιβλιογραφία και δημοσιεύουν και 19 συμπληρωματικές.

Η μεγαλύτερη όμως σειρά περιστατικών η οποία αναφέρεται μέχρι σήμερα περιλαμβάνει 315 περιπτώσεις θηλωμάτων οι οποίες προέρχονται απο το «Armed Forces institute of pathology» Hyams 1971.

Τον ίδιο χρόνο ο Tribble και οι συνεργάτες του δημοσιεύουν 30 περιπτώσεις οι οποίες διεγνώσθησαν απο το 1958 εως το 1968.

Αναφορά σε ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών συγκεκριμένα 223 επιχειρεί ο Weissler από το «Massachusetts eye and ear infirmaty», στο διάστημα από το (1949-1984).

Δια μέσου των ετών παθολόγοι και κλινικοί ιατροί διαφωνούσαν όσον αφορά την ανεύρεση μιας κατάλληλης όσον και κοινά αποδεκτής ονοματολογίας για τον σπάνιο αυτό όγκο που εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να ευρίσκεται εις το επίκεντρο των συζητήσεων.

Περισσότερα από 20 ονόματα χρησιμοποιήθηκαν για να αναφέρουν και να περιγράψουν τη σπάνια αυτή βλάβη μέχρι που επικράτησε ο όρος ενδοφυτικό θήλωμα (Investet papilloma) που είναι και ή πλέον παραδεκτή μέχρι σήμερα ονοματολογία. Ο χαρακτηρισμός ενδοφυτικό θήλωμα υποδεικνύεται σαν ο πιο κατάλληλος όρος αφού καλύτερα από κάθε άλλο κομίζει τις ιδιότητες της αναστροφής και της εντόπισης της νόσου.

Σήμερα ανάφεραται στην διεθνή βιβλιογραφία σαν «Schneiderian papilloma» στη μνήμη του Victor convad schneider προερχόμενο, απο το αναπνευστικό επιθήλιο (Schneiderian membrane) το οποίο είναι εξωδερμικής προέλευσης.

Ως αναφέρει ο Vrabec οι όροι : θήλωμα του Schneider (Schneiderian papilloma) και ενδοφυτικό θήλωμα (Invested papilloma) είναι δύο τίτλοι πολύ συχνοί χρησιμοποιούμενοι για να υποδείξουν τη βλάβη.

Κάθε ένας ξεχωριστά είναι μάλλον ανεπαρκής μόνος του ενώ όταν συνδυασθούν από κοινού συμπληρώνουν αμοιβαία αφ' ενός την ιδιότητα της αναστροφής και αφ' ετέρου την εντόπιση της νόσου

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ – ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αιτιολογία και η παθογένεια παραμένουν ακόμη άγνωστοι και δι' αυτό διάφορες θεωρίες προσπαθούν να δώσουν την περισσότερη λογική εξήγηση της προελεύσης των.

Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί σαν αίτια της σπάνιας αυτής νεοπλασίας διάφοροι παράγοντες ως η αλλεργία η προέλευσης των εκ ρινικών πολυπόδων, χρόνιες φλεγμονώδεις επεξεργασίες, καρκινογόνοι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και η όλο και περισσότερο τελευταία κερδίζουσα έδαφος θεωρία της ιογενούς φύσεως της νόσου, χωρίς όμως να υπάρχουν σοβαρές αποδείξεις για την ενοχή των παραγόντων αυτών.

Ο Ringertz ήταν ο πρώτος που υπέδειξε ότι τα θηλώματα δύναται να αναπτυχθούν δια μέσου πολλαπλασιασμού του επιθηλίου των ρινικών πολυπόδων.

Η θεωρία όμως αυτή διαψεύδεται από το γεγονός ότι ενώ οι πολύποδες της ρινός αναπτύσσονται επί εδάφους αλλεργικής ρινίτιδος οι περισσότεροι των ασθενών με ανεστραμμένα θηλώματα αν όχι οι πλείστοι δεν έχουν ιστορικό αλλεργίας.

Ο Vrabec επί συνόλου 24 ασθενών αναφέρει ότι ουδείς εξ' αυτών είχε ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδος.

Γεγονός που αμφισβητεί την αλλεργική φύση της νόσου ως αναφέρει ο Ormerod και άλλοι συγγραφείς είναι ότι οι αλλεργικοί πολύποδες αναπτύσσονται αμφοτερόπλευρως ενώ τα ενδοφυτικά θηλώματα έχουν μονόπλευρη εντόπιση.

Ο Lehman υποδεικνύει ότι φλεγμονώδης παράγων θα πρέπει να θεωρηθεί ύποπτος λόγω της εντόνου ομοιότητας των θηλωμάτων της ρινός με εκείνα του λάρυγγος και των αφροδισίων κονδυλωμάτων. Πάρα πολλοί ερευνητές αναζητούν τον πιθανό ρόλο που ενδέχεται να διαδραματίζει η χρόνια παραρρινοκολπίτις σαν πιθανός αιτιολογικός παράγων στην ανάπτυξη των ενδοφυτικών θηλωμάτων.

Ο Waltner ως αναφέρει ο Vrabec υποστηρίζει υποχώρηση της νόσου με Aureomycin αποδεικνύοντας έτσι πιθανό φλεγμονώδη παράγοντα όσον αφορά την αιτιολογία της νόσου.

Γενικώς όμως φαίνεται ότι η φλεγμονή των παραρρινίων κοιλοτήτων είναι τόσο συχνή και τα ενδοφυτικά θηλώματα τόσο σπάνια έτσι ώστε να είναι αδύνατον να στηριχθεί κάποια αιτιολογική συσχέτιση.

Συσχέτιση μεταξύ χρόνιας παραρρινοκολπίτιδος και ενδοφυτικών θηλωμάτων είχε σημειωθεί πρώιμα από τους Kramer και Som.

Φαίνεται όμως ότι προκαλώντας ρινική απόφραξη προδιαθέτουν σε δευτεροπαθή παραρρινοκολπίτιδα.

Καρκινογόνοι εξωτερικοί περιβαλλοντολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί σαν πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες εις την εμφάνιση της νόσου.

Υψηλού κινδύνου άτομα ως αναφέρει ο Mayumbar και Beck είναι οι εργαζόμενοι σε εργοστάσια χάλυβος και ξυλείας.

Η σχέση μεταξύ χρήσης καπνού και της εμφάνισης της νόσου ήταν μεγαλύτερη από ότι αναμένετο αναφέρει ο P. Phillips.

Σε 112 ασθενείς από το 1975 έως το 1987 τα 75% ήταν μανιώδεις καπνιστές.

Ιογενείς λοιμώξεις έχουν από μακρού θεωρηθεί υπεύθυνοι να παίζουν αιτιολογικό ρόλο εις την εμφάνιση της νόσου.

Σοβαρές ενδείξεις όσον αφορά την ιογενή θεωρία της νόσου αποτελούν η πολυεστιακή εμφάνιση η τάσης δηλαδή να προκαλούν θηλώματα και αλλού εις τον οργανισμό κυρίως εις την αναπνευστική και πεπτική οδό, η υψηλή αναλογία υποτροπής και τέλος η τάσης που επιδεικνύουν να καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος της βλενογονικής επιφανείας.

Οι Eggston και Wolff αναφέρουν την παρουσία σωματιδίων ιού εις τα παρασκευάσματα ενδοφυτικών θηλωμάτων και παρόμοια ευρήματα αναφέρονται από τους Kusiak και Hudson το 1970 χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

Οι Hyams Ridolfi και Grito απέτυχαν να απομονώσουν και να αποδείξουν έγκλιση σωματιδίων ιού σε ιστολογικά παρασκευάσματα χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

Τα τελευταία χρόνια με διάφορες τεχνικές μοριακής βιολογίας (Southern blot) ανεφέρθη η παρουσία DNA ιού σε περιπτώσεις ενδοφυτικών θηλωμάτων.

Για να διευκρινισθεί ο πιθανός ρόλος των ιών Papilloma virus (HPV) σαν αιτιολογικός παράγων της νόσου χρησιμοποιούνται σήμερα διάφοροι εργαστηριακοί μέθοδοι.

Οι εργαστηριακές τεχνικές με τις οποίες επιχειρείται η αναζήτηση του Human papilloma virus (HPV) περιλαμβάνουν 1) Ανοσοιστοχημικές τεχνικές και 2) τεχνικές μοριακής βιολογίας.

Οι πρώτες αποδεικνύουν την ύπαρξη του ιού, ενώ οι δεύτερες επιπλέον αποδεικνύουν και τον τύπο του ιού (πχ ο τύπος 16 ενοχοποιείται για κακοήθεια).

Με τις ανοσοιστοχημικές τεχνικές επιτυγχάνεται η ανίχνευση των πρωτεϊνών του καψιδίου του ιού απευθείας σε ιστικό παρασκεύασμα χρησιμοποιώντας αντι-ορό με βιοτίνη υπεροξειδάση.

Οι πρωτεΐνες του καψιδίου του ιού είναι τα ειδικά αντιγόνα της ομάδος του ιού (Pgs antigen = Papilloma genus specific antigen).

Οι πρωτεΐνες αυτές τα αντιγόνα του ιού κωδικοποιούνται από αντίστοιχα γονίδια του DNA του ιού.

Οι τεχνικές μοριακού υβριδισμού με τις οποίες επιπλέον γίνεται τυποποίηση του ιού (απόδειξη τύπου ιού) είναι οι εξής : α) Dot blot υβριδισμός β) Southern blot υβριδισμός γ) In Situ υβριδισμός και δ) PCR δηλ. Polymerase chain reaction.

Οι τεχνικές του μοριακού υβριδισμού βασίζονται εις τη χρήση γενετικών ανιχνευτών (DNA probes).

Οι γενετικοί αυτοί ανιχνευτές παρασκευάζονται με κλωνοποίηση του DNA που μας ενδιαφέρει (η κλωνοποίηση γίνεται με πλασμίδια).

Με αυτόν τον τρόπο απομονώνουμε μεγάλες ποσότητες καθαρού DNA (DNA του τύπου 6, 11, 16, 18). Εν συνεχεία γίνεται σήμανση του DNA με ραδιενεργό ουσία (S^{35} ή P^{32}).

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΒΡΙΔΙΣΜΟΥ

Οι δύο κλώνοι του DNA μπορούν να διαχωρισθούν με αύξηση της θερμοκρασίας και να ξαναενωθούν σύμφωνα με τον νόμο των ζευγών (αδενίνη-θυμίνη, κυτοσίνη-τουανίνη).

Η παραπάνω ιδιότητα αποτελεί την βάση για την ανάπτυξη τεχνικών μοριακού υβριδισμού.

Χρησιμοποιώντας δηλ. ένα ραδιοσημασμένο μόριο μοριακού ανιχνευτή με καθορισμένη αλληλουχία διαπιστώνεται αν στο τμήμα του προς εξέταση έλεγχο, του DNA υπάρχουν αλληλουχίες συμπληρωματικές προς αυτές του ανιχνευτή ικανές δηλ. να σχηματίζουν μαζί του δίκλωνο DNA (υβριδικό DNA).

Η τελική ανάγνωση γίνεται με αυτοραδιογραφία .

Πρώτος ο Respler και οι συνεργάτες το 1987 χρησιμοποιώντας τις τεχνικές του μοριακού υβριδισμού αναφέρει την παρουσία ανθρωπίου θηλωματώδους ιού DNA (HPV) σε δύο περιπτώσεις ενδοφυτικών θηλωμάτων όμοιο με εκείνο του ιού HPV τύπου 11.

Με την ίδια τεχνική οι Stina Syrzanen και Randal Weber αναφέρουν την ύπαρξη ανθρωπίου θηλωματώδους ιού τύπου 6 και 11 σε παρασκευάσματα ενδοφυτικών θηλωμάτων σε ποσοστό 76% (16 απο 21 ασθενείς).

Ο Yashushi Futura ανακαλύπτει σε 5 απο 26 ασθενείς (19%) την ύπαρξη ανθρωπίου θηλωματώδους ιού.

Σε 3 εξ' αυτών απεμονώθη ο τύπος 11 ενώ στους υπόλοιπους 2 ο τύπος 16.

Στους δύο τελευταίους ασθενείς υπήρχε συνδυασμός ενδοφυτικών θηλωμάτων με καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου.

Όπως αναφέρθη ή ιογενής φύση της νόσου έχει υποστηριχθεί απο μερικούς συγγραφείς και ερευνητές ενώ έχει απερριφθεί απο άλλους. Έτσι ο Costa και συνεργάτες ως επίσης ο Strauss και ο Jenson απέτυχαν να εντοπίσουν χρησιμοποιώντας ανοσοϊστοχημικές τεχνικές εις ενδοφυτικά θηλώματα την παρουσία αντιγόνων απο ανθρώπειο θήλωμα (HPV).

Εκ των ανωτέρω περιγραφόμενων καθίσταται φανερή η προσπάθεια των ειδικών προς ανεύρεση των αιτιοπαθολογικών παραγόντων των υπευθύνων για την ανάπτυξη των ενδοφυτικών θηλωμάτων.

Όσον αφορά την παθογένεια της νόσου σημαντική είναι η αναδρομή εις την εμβρυολογική προέλευση του βλεννογόνου της ρινικής οδού και των παραρρινίων κοιλοτήτων.

Το κροσωτό κυλινδρικό ψευδοπολύστιβο επιθήλιο της αναπνευστικής οδού εκτός απο εκείνο της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων κοιλοτήτων δεν δίδει γενέσει σε θηλωματώδους προελεύσεως νεοπλάσματα όπως εκείνο του ανεστραμμένου θηλώματος και του θηλώματος κυλινδρικού τύπου .

Μια πιθανή εξήγηση ως αναφέρει ο Captain Vincent είναι ότι ο βλεννογόνος της ρινικής κοιλότητας και των παραρρινίων κοιλοτήτων είναι εξωτερικής προέλευσης μάλλον παρά ενδοδερμικής.

Αυτός αναπτύσσεται εκ του ρινικού ή οσφρητικού πλακωδίου (Olfactory Placode) το οποίο είναι η κατάδυση του έξω βλαστικού δέρματος εις το τέλος της 4 εβδομάδος της εμβρυικής ζωής. Ο ανωτέρω βλεννογόνος (Schneiderian membrane) είναι διαφορετικής υφής του υπολοίπου αναπνευστικού βλεννογόνου που είναι ενδοδερμικής προέλευσης αλλά ταυτόσημος ιστολογικά .

Εκτοπος μετανάστευσης του ανωτέρω βλεννογόνου (Schneiderian membrane) κατά την διάρκεια της εμβρυογένεσης πιθανώς να ευθύνεται για την δημιουργία των ενδοφυτικών θηλωμάτων. Έτσι πιθανώς να εξηγείται και η δημιουργία ενδοφυτικών θηλωμάτων σε θέσεις διαφορετικές από εκείνες της ρινικής οδού όπως πχ εις το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγος, εις τον δακρυικό ασκό και εις το τοίχωμα της βραγχιακής κύστεως.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΣΗΜΕΙΟ ΕΚΦΥΣΕΩΣ)

Ο όγκος τυπικά εκφύεται απο το πλάγιο τοίχωμα της ρινικής κοιλότητας (μέση ρινική κόγχη, μέσος ρινικός πόρος)και εκτείνεται εις το γναθιαίο άντρο και στα ηθμοειδή.

Σπάνιες περιπτώσεις εμφανίσεως των εις τα παραρρίνια πρωτοπαθώς χωρίς προσβολή της ρινικής θαλάμης είναι δυνατόν να συμβαίνουν Hyams.

Σε ένα 8% των περιπτώσεων ο όγκος είναι δυνατό να προέρχεται από το ρινικό διάφραγμα και σε ένα ποσοστό 4% η εντόπιση της νόσου είναι δυνατόν να είναι αμφοτερόπλευρος (Hyams).

Πολύ σπάνια ο όγκος είναι δυνατόν να εμφανισθεί σε άλλες περιοχές εκτός της ρινικής κοιλότητος .Εχουν αναφερθεί οροφάρυξ το οπισθιοφαρυγγικό τοίχωμα ,ο δακρυικός ασκός και το τοίχωμα της βραγχιακής κύστεως.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Το φυσιολογικό αναπνευστικό επιθήλιο υφίσταται μεταπλασία και μεταπίπτει από κροσσωτό κυλινδρικό σε πλακώδες ή μεταβατικό.

Τα κύτταρα εμφανίζουν μιτωτικές εικόνες στερούνται όμως χαρακτήρων ατυπίας και η βασική μεμβράνη είναι άθικτη.

Ενίοτε όμως είναι δυνατόν να υπάρχει μικρού βαθμού ατυπία και μίτωσης των βασικών κυττάρων που δύναται να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση καρκινώματος.

Πολυάριθμες μικροσκοπικές κύστεις περιέχουσες βλέννη οι οποίες οφείλονται σε έγκλειση λαγηνοειδών κυττάρων κάτωθεν της επιφάνειας του επιθηλίου ή σε μεσοκυττάρους χώρους είναι χαρακτηριστικό της νόσου. Επίσης το ανωτέρω επιθήλιο εμφανίζει κύτταρα με κενοτόπια τα οποία περιέχουν γλυκογόνο.

Το νεοπλασματικό επιθήλιο δύναται να είναι πλακώδες, κυλινδρικό με κροσσούς επί της εξωτερικής επιφάνειας του ή μεταβατικό.

Ο Hyams σε μια μελέτη 149 περιπτώσεων ενδοφυτικών θηλωμάτων σημειώνει ότι το επιθήλιο που υπερέχει είναι πλακώδες με μεσοκυττάρριες γέφυρες και κύτταρα που εμφανίζουν κενοτόπια με γλυκογόνο.

Ο Suh σε μια σειρά 57 ασθενών αναφέρει ότι το επιθήλιο ήταν πλακώδες σε 26 ασθενείς κροσσωτό σε 12 και σε 19 ήταν μεικτό.

Ανάλογα με την ιστολογική εικόνα ο Hyams υποδιαιρεί τα θηλώματα σε 3 ιστολογικούς τύπους : 1)Ενδοφυτικό 2) Μυκητοειδές ή εξωφυτικό και 3)Κυλινδρικό.

Το κυλινδρικού τύπου θήλωμα έχει πολύστοιβη κυλινδρική εμφάνιση με ηωσινόφιλα κύτταρα και συναντάται κυρίως εις το ιγμόρειο άντρο.

Αυτός ο ιδιαίτερος τύπος θηλώματος πολλές φορές εκλαμβάνεται για θηλώδες αδenoκαρκίνωμα ή για ρινοσπαριδίαση ένεκα των πολυάριθμων μικροκύστεων.

Μάλιστα οι Friedmann και Osborn κατατάσσουν αυτόν τον τύπο θηλώματος σαν ξεχωριστή οντότητα την οποίαν ονομάζουν μικροκυστικό θηλώδες αδένωμα.

Ο Μυκητοειδής τύπος (Fungiform) χαρακτηρίζεται απο εξωφυτική εμφάνιση και συναντάται πολύ συχνά στο ρινικό διάφραγμα.

Τέλος εις το ενδοφυτικό θήλωμα το επιθήλιο δύναται να εγκολεάζεται ή να αναστρέφεται εις το υποκείμενο στώμμα (οστούν), με καλώς διαφοροποιημένη τη βασική μεμβράνη, χωρίς προσβολή οστού παρά μόνο σε παρουσία κακοήθειας.

Μακροσκοπικά η βλάβη τείνει να είναι στερεά, ογκώδης, πολυποειδής εις την εμφάνιση και πολύ αγγειοβριθής.

Σε μερικές περιπτώσεις η εμφάνισή τους είναι κόκκινη σε άλλες ρόζ ή γκρί.

Η νεοπλασία πληρεί τελείως την ρινική θαλάμη επεκτεινόμενη έμπροσθεν μέχρι της αίθουσας και όπισθεν μέχρι του ρινοφάρυγγος.

ΓΕΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΤΩΝ ΕΝΔΟΦΥΤΙΚΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ

Συχνότης:

Γενικά θεωρείται σπάνιος όγκος με συχνότητα η οποία ποικίλει από 0,5-4% όλων των πρωτοπαθών όγκων της ρινός και λιγότερο από 1% των ρινικών χειρουργικών παρασκευασμάτων.

Εις την διεθνή βιβλιογραφία ως αναφέρει ο Hyams η συχνότης των θηλωμάτων ποικίλει από 4-4,7% όλων των νεοπλασιών της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων.

Φαίνεται να είναι κατά προσέγγιση 25 φορές λιγότερο συχνό από την συνολική συχνότητα των πολυπόδων της ρινικής κοιλότητας.

Εις το «Columbia – Presbyterian Medical Center» οι Snyder-Perzin αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια 1948-1968 μεταξύ 216.400 χειρουργικών παρασκευασμάτων το 0,4% ήταν ενδοφυτικά θηλώματα ενώ το 10% ήταν ρινικοί πολύποδες.

Φυλή

Δεν φαίνεται να έχει κάποια ιδιαίτερη προτίμηση σε φυλή. Ο Myers επί συνόλου 13 ασθενών με ενδοφυτικά θηλώματα αναφέρει ότι 8 ασθενείς ήταν Καυκάσιοι 4 ήταν Νέγροι και ένας ασθενής ήταν από ανατολή.

Ο Skolnik σε μια σειρά 33 περιπτώσεων αναφέρει ότι υπήρχαν 26 Καυκάσιοι και 7 Νέγροι. Μια άλλη σειρά εκείνη του Tribble αναφέρει ότι σε σύνολο 30 ασθενών 23 ήταν λευκής φυλής και 7 ήταν Νέγροι.

Τέλος κατά τον Lawson 24 ήταν Καυκάσιοι και 7 ήταν Νέγροι.

Φαίνεται ότι είναι περισσότερος συχνός εις την λευκή φυλή και κυρίως σε άνδρες 40-70.

Φύλλον

Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι εμφανίζεται συχνότερο εις τους άνδρες παρά εις τις γυναίκες σε αναλογία 3:1 έως 10:1.

Η προτίμηση που έχει εις τους άνδρες φαίνεται και από διάφορες μελέτες.

Ο Skolnik αναφέρει ότι επί συνόλου 33 ασθενών 26 ήταν άνδρες αναλογία 4:1.

Ενώ οι Cummings και Goodman αναφέρουν ότι επί συνόλου 29 ασθενών 18 ήταν άνδρες.

Ο Tribble αναφέρει ότι επί συνόλου 30 ασθενών εξετασθέντων το διάστημα 1958-68, 22 ήταν άνδρες ενώ 8 ήταν γυναίκες.

Ηλικία

Οι περισσότερες στατιστικές αναφέρουν σαν ηλικία εμφάνισης της νόσου εκείνη των 50-70 ετών.

Ενώ είναι αρκετά σπάνια εις την παιδική ηλικία και εφηβική ηλικία .

Ο Tribble αναφέρει ως ηλικία εμφάνισης της νεοπλασίας από 23-72 ετών με μέσο όρο ηλικίας το 49°.

Ο Skolnik αναφέρει την ηλικία των 25-72 ετών με μέσο όρο το 55°.

Ο Hyams αναφέρει την ηλικία των 35-76 ετών.

Ο Lawson από το (Mout Sinai Medical Center New York) αναφέρει την ηλικία εμφάνισης του όγκου εκείνη των 27-80 ετών με μέσο όρο το 56° έτος.

Οι Gummings και Goodman αναφέρουν περίπτωση εμφάνισης της νεοπλασίας σε άτομο ηλικίας 12 ετών, ενώ ο Stanley από την «Mayo Clinic» αναφέρει μοναδική περίπτωση εμφάνισης του όγκου σε παιδί 10 ετών.

Τέλος η μοναδική και τόσο σπάνια περίπτωση εμφάνισης όγκου εις την διεθνή βιβλιογραφία είναι εκείνη παιδιού 6 ετών εκφυομένου από το ρινικό διάφραγμα ως αναφέρεται από τον Eavey.R από το (Massachusetts Eye and Ear infirmary and Harvard Medical School).

Από το ίδιο κέντρο αναφέρονται 4 ακόμα περιστατικά εμφάνισης του όγκου εις την παιδική και εφηβική ηλικία των :9 ετών, 12, 20 και 21 αντίστοιχα.

Οι Sinha και Srivastara αναφέρουν μια περίπτωση παιδιού 8 ετών από την Ινδία με πολύποδες ρινός.

Δύο μήνες μετά την αφαίρεση αυτών υπήρξε υποτροπή της νόσου και υπέστη ξανά εγχείρηση ριζικής ανατρήσεως ιγμορείου και ηθμοειδεοκτομής. Η ιστολογική εξέταση έδειξε καλοήθες θήλωμα τύπου μεταβατικού επιθηλίου.

(benign transitional papilloma).

Τέλος ο Kell .et. all αναφέρουν ενδοφυσικό θήλωμα σε παιδί ηλικίας 6 ετών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Αν και η σπάνια αυτή νεοπλασία έχει αναφερθεί ακόμη και προ της ηλικίας των 20 ετών εν τούτοις εμφανίζει μια ηυξημένη συχνότητα εις την 5^η και 6^η δεκαετία της ζωής.

Τα αρχικά συμπτώματα του ενδοφυτικού θηλώματος εκδηλώνονται κυρίως δια σημείων μονοπλεύρου ρινικής απόφραξης και επιστάξεων ποικίλων δε σε διάρκεια από 2 εβδομάδες μέχρι 20 χρόνια.

Έτσι μονόπλευρη ρινική απόφραξη, καταρροϊκή ρινίτις συνήθως οροβλεννώδης, επίσταξις αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα της νόσου.

Άλγος είναι σπάνιο σύμπτωμα το οποίο συμβαίνει σε ένα 10% των περιπτώσεων αποδίδεται κυρίως σε δευτεροπαθή παραρρινοκολπίτιδα ή σε κακοήθεια. Πρόπτωσης και επιφορά είναι παρόντα σε μικρό αριθμό περιπτώσεων και αμφοτέρα παριστούν προσβολή του οφθαλμικού κόγχου και της δακρυϊκής συσκευής αντίστοιχα.

Ενδιαφέρον κλινικά εύρημα κατά την προσέλευση του ασθενούς εις τον ειδικό είναι οι επανειλημμένες επεμβάσεις για την αφαίρεση πολυπόδων ή επεμβάσεις με Caldwell-Luc προσπέλαση.

Αν και η αρχική θέση εντοπίσεως της νόσου είναι συχνά δύσκολο να προσδιοριστεί λόγω του προχωρημένου σταδίου της νόσου, εν τούτοις το πλάγιο τοίχωμα της ρινός και ιδίως η περιοχή του μέσου ρινικού πόρου και της μέσης ρινικής κόγχης θεωρούνται η πιθανότερη θέση αρχικής εντόπισης.

Έχουν αναφερθεί επίσης σπάνιες περιπτώσεις νεοπλασίας εξορμώμενης εκ του ρινικού διαφράγματος η πλειονότης όμως αυτών είναι η μυκητοειδής μορφή (fungiform).

Αν και η προσβολή των παραρρινίων κοιλοτήτων γενικώς παριστά επέκταση εκ της ρινικής θαλάμης παρ' όλα ταύτα έχουν αναφερθεί μεμονωμένες περιπτώσεις πρωτοπαθούς προσβολής αυτών. Υπερβολική αύξησης των ορίων του όγκου δύναται να προκαλέσει οστέινες καταστροφές της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων με αποτέλεσμα την επέκταση του όγκου ακόμη και εις το ενδοκράνιο.

Εις την Διεθνή βιβλιογραφία έχει αναφερθεί υπό του A.F Van Olphen περίπτωση ανδρός ηλικίας 32 ετών με ενδοκρανιακή επέκταση της νεοπλασίας.

Δεδομένου ότι η νεοπλασία προέρχεται κυρίως εκ του πλαγίου ρινικού τοιχώματος ως ανεφέρθη επέκτασις εντός του ιγμορείου και του ηθμοειδούς λαβύρινθου συμβαίνει συχνά.

Σε προχωρημένα δε στάδια δυνατόν να υπάρχει προσβολή του μετωπιαίου ή του σφηνοειδούς κόλπου.

Σκόπιμο είναι εδώ να αναφερθούμε σε πρόσφατες στατιστικές που αποδεικνύουν την προτίμηση εντοπίσεως της νεοπλασίας αλλά και την συχνότητα με την οποία επεκτείνεται στους παραρρινίους κόλπους.

Έτσι μεταξύ των 24 περιπτώσεων του Vrabec η ρινική κοιλότης ήταν προσβεβλημένη εις το σύνολο των ασθενών, με επέκταση του όγκου κατά σειρά εις το ιγμόρειο άντρο και εις τα ηθμοειδή σε 20 ασθενείς και εις τον μετωπιαίο κόλπο σε 2 ασθενείς. Προσβολή των παραρρινίων κόλπων ανεφέρθη υπό του Norris σε 13 από 29 περιπτώσεις (ιγμόρειο 7, ηθμοειδή 4, μετωπιαίος 2). Μεταξύ 33 περιπτώσεων του

Skolnik η ρινική κοιλότητα ήταν προσβεβλημένη στο σύνολο των ασθενών σε 17 ασθενείς ήταν κατελημμένο το ιγμόρειο άντρο και τα ηθμοειδή και σε 4 ασθενείς ο οφθαλμικός κόγχος.

Κατά τον Suh από 57 ασθενείς το ιγμόρειο είχε προσβληθεί σε 46 ασθενείς, τα ηθμοειδή σε 30, ο σφηνοειδής σε 9 και ο μετωπιαίος κόλπος σε 8 ασθενείς.

Σε μια μεγάλη σειρά 77 ασθενών αναφερομένη από τον Hyams η ρινική κοιλότητα ήταν κατελημμένη σε 54 ασθενείς το ιγμόρειο άντρο σε 49 τα ηθμοειδή σε 19 ασθενείς, ο μετωπιαίος κόλπος σε 6 και ο σφηνοειδής σε 3 ασθενείς.

Τέλος σημειώνεται με ενδιαφέρον η πρωτοπαθής προσβολή του ιγμορείου άντρου σε 13 ασθενείς, του ηθμοειδούς λαβύρινθου και του μετωπιαίου σε 2 περιπτώσεις αντίστοιχα.

Εις την Ω.Ρ.Λ κλινική του Νοσοκομείου Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός επί συνόλου 42 ασθενών η συχνότης εντοπίσεως και επέκτασης της νεοπλασίας ήταν :

Ρινική κοιλότητα	42 περιπτώσεις
Γναθιαίο άντρο	36 περιπτώσεις
Ηθμοειδή	25 περιπτώσεις
Μετωπιαίος κόλπος	4 περιπτώσεις
Σφηνοειδής κόλπος	3 περιπτώσεις

Εκ των ανωτέρω προκύπτει ότι η σειρά προτιμήσεως όσον αφορά την επέκταση είναι γναθιαίο άντρο, ηθμοειδή, μετωπιαίος κόλπος και σφηνοειδής κόλπος.

Η πολυεστιακή εμφάνιση του όγκου παρ' όλο που έχει αποδειχθεί εν τούτοις φαίνεται να συμβαίνει σε ένα πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Η διάγνωση του ενδοφυτικού θηλώματος στηρίζεται εις την περιγραφείσα ανωτέρω συμπτωματολογία καθώς και σε ένα πλήρη κλινικό εργαστηριακό έλεγχο ο οποίος πρέπει να περιλαμβάνει:

- α) Καλό ιστορικό
- β) Άμεση κλινική εξέταση της περιοχής
- γ) Πλήρη ακτινολογικό έλεγχο και
- δ) Ιστολογική εξέταση.

Βασική προϋπόθεση σωστής διαγνωστικής σκέψεως αποτελεί και εδώ η λήψις καλού ιστορικού διότι παρέχει πολύτιμο βοηθητικό στοιχείο.

A) Η πρόσθια ρινοσκοπία αποτελεί βασική κλινική εξέταση αν και στα αρχικά στάδια πιθανόν να αποβεί αρνητική.

B) Αργότερα όμως ανευρίσκονται βλεννώδεις εκκρίσεις αναμειγμένες με αίμα και σε προχωρημένα στάδια ανευρίσκεται ο όγκος εντός της ρινικής θαλάμης.

Γ) Δια της προσθίας ρινοσκοπίας αυτής τα ενδοφυτικά θηλώματα παρουσιάζουν λοβώδη όψιν με ροδόχρωα πρὸς φαιά επιφάνεια και εμφανίζονται λιγότερο διαφανή από τους αλλεργικούς πολύποδες με τους οποίους συχνά συνυπάρχουν.

Δ) Πολύτιμο διαγνωστικό μέσο κλινικής εξετάσεως αποτελεί σήμερα η ενδοσκοπική μελέτη της ρινικής κοιλότητας.

Ο έλεγχος δια του ενδοσκοπίου της ρινικής κοιλότητας είναι πληρέστερος διότι αφ' ενός μεν επεκτείνεται και εις απρόσιτες ή ελλειπώς ορατές δια γυμνού οφθαλμού περιοχές του κύτους της ρινός αφ' ετέρου διότι η εικὼν είναι φωτεινότερη και σαφέστερη.

Η ακτινολογική μελέτη περιλαμβάνει την λήψιν συμβατικών ακτινογραφιών : πωγωνορινική, μετωπορρινική, βάσεως κρανίου ηθμοειδών κατά Rese και τέλος συμπληρώνεται με πλήρη τομογραφικό έλεγχο κυρίως με αξονική και μαγνητική τομογραφία.

Η αξονική τομογραφία παρέχει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά την αποκάλυψη βλαβών εις την περιοχή της ρινός ιδίως όμως σημαντική είναι η βοήθεια της εις τον προσδιορισμό του μεγέθους του όγκου και της επέκτασης προς τα γειτονικά όργανα.

Η αξονική τομογραφία κυρίως σε στεφανιαίες τομές είναι η ακτινολογική μελέτη εκλογής κυρίως για την εκτίμηση της εκτάσεως της νόσου. Η πλέον εμπειρισματομένη ακτινολογική μελέτη ενδοφυτικών θηλωμάτων έγινε από τον Momose και συνεργάτες , ο οποίος παρουσίασε 81 περιπτώσεις. Βασιζόμενος επί της μελέτης των 81 αυτών περιστατικών διεπίστωσε ότι δεν υπήρξε ειδικό ακτινολογικό εύρημα παθολογικό της νόσου. Κοινό ακτινολογικό εύρημα ήταν μονόπλευρη μάζα εις την ρινική κοιλότητα με συνήθη κατάληψη του ομόπλευρου προς την βλάβην ιγμορείου άντρου. Διάφορες άλλες βλάβες που διεπιστώθηκαν σχεδόν κατέστη αδύνατο να χαρακτηρισθούν σαν ειδικές της συγκεκριμένης νεοπλασίας.

Η συχνά παρατηρούμενη θολερότης των παραρρινίων δυνατόν να είναι αποτέλεσμα είτε απ' ευθείας προσβολής αυτών ή δευτεροπαθώς λόγω αναπτύξεως αποφρακτικής παραρρινοκολπίτιδος. Σπανίως είναι δυνατή η δημιουργία βλενογονοκήλης λόγω χρονίας απόφραξης.

Η σταδιακή αύξηση των διαστάσεων της νόσου κυρίως σε προχωρημένες περιπτώσεις δύναται να προσβάλει το σύνολο των παραρρινίων κοιλοτήτων ομοπλεύρως της βλάβης και ακόμα να επεκταθεί σε γειτονικές περιοχές κυρίως εις τον οφθαλμικό κόγχου εις τον πτερυγουπερωϊο βόθρο ακόμη και ενδοκρανιακά.

Η εμφάνιση ενός άλλου ακτινολογικού ευρήματος, της καταστροφής οστεϊνών περιοχών παριστά ατροφία κυρίως εκ πίεσεως παρά απ' ευθείας διήθησης του οστού και δεν θα πρέπει να εκλαμβάνεται σαν αποτέλεσμα συνυπάρχουσας κακοήθειας. Αρχικά η καταστροφή αφορά εις το πλάγιο τοίχωμα της ρινός ενώ σε προχωρημένα στάδια η νεοπλασία δύναται να καταστρέψει τον λαβύρινθο του ηθμοειδούς. Προσβολή του οφθαλμικού κόγχου είναι αποτέλεσμα βλάβης του παπυρώδους πετάλου ενώ διάβρωσης του εδάφους του προσθίου κρανιακού βόθρου με προσβολή της μηνίγγος έχει περιγραφεί από τον Momose και συνεργάτες.

Η περιγραφή από τον ίδιο συγγραφέα καρωτιδικής αγγειογραφίας σαν διαγνωστικό μέσο ήτο περιορισμένης αξίας λόγω του ότι ο όγκος ήταν ουδιωδώς άνευ αγγείων.

Η βιοψία τέλος αποτελεί την επισφράγιση της διάγνωσης.

Απαραίτητη είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών διότι συχνά φλεγμονώδεις πολύποδες περιβάλλουν το θήλωμα και μπορούν να οδηγήσουν σε εσφαλμένη ιστολογική διάγνωση.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΕΝΔΟΦΥΤΙΚΟΥ ΘΗΛΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Συνύπαρξη μεταξύ ενδοφυτικού θηλώματος και καρκινώματος έχει από μακρού αποδειχθεί μολονότι η αναφερόμενη σχέση τους ποικίλει ευρέως εις την διεθνή βιβλιογραφία από 2 έως 50%.

Αυτή η ασυμφωνία έχει σχέση με ποικίλους παράγοντες μεταξύ των οποίων τα χρησιμοποιούμενα ιστολογικά διαγνωστικά κριτήρια ή αναλογία καλοήθων και κακοήθων στοιχείων τα οποία ανευρίσκονται εις τα παρασκευάσματα και τέλος ο χαρακτήρας του προς έκθεση συστατικού.

Έτσι ο Lampertico και συνεργάτες σε μια επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας από το 1963 σημειώνει 14 από 270 περιπτώσεις να είναι κακοήθεις, ενώ Fechner και Alford εις την δική τους επισκόπηση λίγα χρόνια αργότερα περιέγραψαν 3 από 300 περιπτώσεις σαν κακοήθεις.

Οι επιθηλιακές μεταβολές που παρουσιάζονται δεν είναι πάντοτε εύκολο να επιτρέψουν διαφοροποίηση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους όγκου.

Ο Osborn παρατήρησε ότι σε μερικές περιπτώσεις και μόνο η εμφάνιση διαταραχών της πλώσεως των κυττάρων ήταν αρκετό να διαχωρίσει καλώς διαφοροποιημένο καρκίνωμα από καλοήθες θήλωμα.

Η παρουσία εξ' άλλου αξιοσημείωτης κυτταρικής ατυπίας έχει επιφέρει εις το να χαρακτηρισθούν αρχικά μερικές βλάβες σαν κακοήθεις οι οποίες αρχικά είχαν ταξινομηθεί σαν καλοήθεις.

Αναζητώντας τη συχνότητα της κακοήθειας που συνοδεύεται με ενδοφυτικά θηλώματα είναι σημαντικό να διαχωρίσουμε εκείνες τις περιπτώσεις εις τις οποίες οι ασθενείς με ενδοφυτικά θηλώματα ανέπτυξαν κακοήθεια και εκείνους τους ασθενείς με αρχική παρουσία ταυτόχρονης θηλώδους και καρκινωμάτους εμφάνισης. Έχει αναφερθεί και περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς ταυτόχρονης εμφάνισης και αφαίρεσης καρκινώματος και ενδοφυτικού θηλώματος χωρίς ιστορικό προηγούμενου όγκου της ρινικής κοιλότητας.

Αυτές οι βλάβες παριστούν καρκινώματα εξ' αρχής και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν εξ' αρχής.

Η ταυτόχρονη εμφάνιση του θηλώματος και του καρκινώματος οφείλεται εις τα διαφορετικά επίπεδα κυτταρικής διαφοροποίησης ενός ασταθούς μεταπλαστικού ρινικού επιθηλίου.

Παρ' όλα αυτά η ανάπτυξη καρκινώματος σε θέση προηγούμενης αφαίρεσης ενδοφυτικού θηλώματος είναι σπάνια περίπτωση.

Είς τα περιστατικά των Ridolfi και συνεργατών από το «Memorial Hospital» της Νέας Υόρκης μόνο 1 περιστατικό επί συνόλου 30 ασθενών ανέπτυξε κακοήθεια μετά από 4 υποτροπές σε διάστημα άνω των 10 ετών.

Μεταξύ 168 περιστατικών που παρουσιάστηκαν από τους Osborn και συνεργάτες 2 ασθενείς με καλοήθη νεοπλασία υπέστησαν κακοήθη εξαλλαγή ενώ σε 7 περιπτώσεις διεπιστώθει στην αρχική βιοψία ταυτόχρονη συνύπαρξη καρκινώματος και ενδοφυτικού θηλώματος.

Έτσι φαίνεται ότι η πιθανότητα της κακοήθειας ή οποία πιθανόν να αναπτύσσεται μετά από υποτροπή ενδοφυτικού θηλώματος είναι λιγότερη από 3%.

Μια από τις τελευταίες αναφορές σχετικά με τη σχέση ενδοφυτικού θηλώματος και καρκινώματος έγινε από τον Mayers.

Από 33 περιστατικά σημειώνει ότι 6 είχαν ταυτόχρονα καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου και ότι συνδυασμένες βλάβες ενδοφυτικού θηλώματος και καρκινώματος εκ πλακώδους επιθηλίου σχηματίζουν 3 ιστολογικές κατηγορίες.

Είς την 1η κατηγορία καρκίνωμα και ενδοφυτικό θήλωμα καταλαμβάνουν την ίδια ανατομική περιοχή αλλά δεν υπάρχει μαρτυρία όσον αφορά είς την δημιουργία καρκινώματος εκ του ενδοφυτικού θηλώματος.

Είς την 2η κατηγορία εις το ενδοφυτικό θήλωμα υπάρχουν εστίες διηθητικού καρκινώματος, ενώ είς την 3η κατηγορία διηθητικό καρκίνωμα ανεπτύχθη μετά την χειρουργική αντιμετώπιση του ενδοφυτικού θηλώματος.

Οι περισσότερες περιπτώσεις υπάγονται εις την 1η και 2η κατηγορία ενώ σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που υπάγονται εις την 3η κατηγορία, την ανάπτυξη δηλαδή καρκινώματος σε θέση προηγούμενης αφαίρεσης ενδοφυτικού θηλώματος.

ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ

Η πορεία της καλοήθους αυτής νεοπλασίας επί μη εγκαίρου διαγνώσεως και θεραπευτικής αντιμετώπισης δημιουργεί κινδύνους αφ' ενός λόγω εκτεταμένων καταστροφών γειτονικών περιοχών και αφ' ετέρου εκ της τάσεως των να υποτροπιάζουν μετά την αφαίρεση των κυρίως όμως εκ της συχνής κακοήθους εξαλλαγής που υφίσταται.

Η τάσης των ενδοφυτικών θηλωμάτων να υποτροπιάζουν αναφέρεται σε ένα ποσοστό από 28% έως και 74% εις την διεθνή βιβλιογραφία.

Από πολύ παλιά η υψηλή τάση υποτροπής ήταν συνδεδεμένη με την ελλειπή αφαίρεση των. (Ringertz το 1938).

Ποικίλοι ιστολογικοί και κλινικοί παράμετροι έχουν εκτιμηθεί σε μια προσπάθεια εξεύρεσης εκείνων των ασθενών με υψηλό ποσοστό για την ανάπτυξη υποτροπής .

Η μικροσκοπική εμφάνιση της βλάβης δεν θεωρείται να παίζει ικανό ρόλο σαν προδιαθεσικός παράγων τόσο εις την εμφάνιση υποτροπής όσο και κακοήθους εξαλλαγής. Παρ' όλα αυτά μερικοί συγγραφείς αποδίδουν αυξημένη τάση υποτροπής σε βλάβες με αξιοσημείωτη ατυπία.

Ετσι ποσοστό 50 έως 94% έχει αναφερθεί με τις συγκεκριμένες βλάβες από τους Suh και Shyder και Pezzin αντίστοιχα.

Κλινικά οι Suh και οι συνεργάτες σημειώνουν υψηλότερο ποσοστό υποτροπής στις γυναίκες (50%)ως προς τους άνδρες (26%) ανεξαρτήτου χειρουργικής μεθόδου αφαίρεσης τους.

Οι Calcaterra και συνεργάτες απέτυχαν να αποδείξουν κάθε σχέση μεταξύ μεγέθους του όγκου και της τάσης υποτροπής.

Παρ' όλα αυτά προσβολή των παραρρινίων κοιλοτήτων έχει συνδεθεί με την αυξημένη συχνότητα υποτροπής.

Μια άλλη αιτία που οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα υποτροπής θεωρείται η επέκταση της νεοπλασίας σε απρόσιτες χειρουργικά περιοχές που κάνουν την χειρουργική εκκρίζωση αν όχι αδύνατο αρκετά δύσκολη.

Τέτοιες περιοχές θεωρούνται: μετωπορινικός πόρος, υπερκόγχιες ηθμοειδείς κυψέλες, δακρυϊκός βόθρος κυρίως όμως το υποκόγχιο ή προδακρυϊκό κόλπωμα του γναθιαίου άντρου.

Η πλειονότης των περιπτώσεων που υποτροπιάζουν συμβαίνει εντός των 2 πρώτων ετών αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις υποτροπής σε ορισμένους ασθενείς από 10-24 χρόνια μετά την χειρουργική επέμβαση.

Πάντως μείζονας παράγων εις την εμφάνιση υποτροπής σχετίζεται με την ελλειπή αφαίρεση των, όπως επίσης η πολυεστιακή εμφάνιση του όγκου μπορεί να εξηγήσει το φαινόμενο της υποτροπής.

Πολυεστιακή εμφάνιση της νόσου ανεφάρθει μόνο σε 7 περιπτώσεις επί συνόλου 149 από τον Hyams εκ των οποίων 6 ήταν αμφοτερόπλευρες.

Η προσβολή πολλαπλών περιοχών εντός της ρινικής κοιλότητας αποδίδεται εις την εξάπλωση της βλάβης σε άλλες περιοχές λόγω μεταπλασίας γειτονικού πρὸς την βλάβη του βλεννογόνου.

Μεγάλης σημασίας παρατήρηση του Hyams βασισόμενη στην κλινικοπαθολογική μελέτη 149 ασθενών ήταν ότι η τάση τους προς υποτροπή δεν σχετίζονταν με την ταυτόχρονη ανάπτυξη κακοήθειας .Η συνύπαρξη ενδοφυτικών θηλωμάτων και του από πλακώδη κύτταρα καρκινώματος δημιουργεί ακόμα και σήμερα το ερώτημα κατά πόσο το καρκίνωμα αρχίζει ταυτόχρονα με τα ενδοφυτικά θηλώματα ή αποτελεί μια αληθινή εξαλλαγή αυτών.

Ο μηχανισμός παραμένει ακόμα άγνωστος και αποτελεί πηγή διαφωνιών ακόμη και σήμερα εις την διεθνή βιβλιογραφία.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ ΚΟΛΠΩΝ

Για τον σχηματισμό του οστέινου κύτους της μύτης συμβάλουν 14 οστά: τα 2 ρινικά, τα 2 δακρυικά, οι 2 κάτω ρινικές κόγχες, ή ύνις, το μετωπιαίο το ηθμοειδές το σφηνοειδές, οι 2 άνω γνάθοι και τα 2 υπερώια οστά.

Το κύτος της μύτης διαιρείται δια του ρινικού διαφράγματος σε δεξιά και αριστερά ρινική θαλάμη.

Κάθε ρινική θαλάμη εμφανίζει άνω τοίχωμα κάτω τοίχωμα, το έσω τοίχωμα το έξω τοίχωμα και 2 στόμια το πρόσθιο και το οπίσθιο.

Το άνω τοίχωμα της ρινικής θαλάμης ή οροφή εμφανίζει με τη σειρά της 3 μοίρες, την πρόσθια η οποία σχηματίζεται από τα ρινικά οστά την μέση η οποία σχηματίζεται από το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς και την οπίσθια που σχηματίζεται από το σώμα του σφηνοειδούς.

Το κάτω τοίχωμα η έδαφος της μύτης έχει μήκος 74 χιλ. και σχηματίζεται κατά τα τρία πρόσθια τεταρτημόρια από την υπερώιο απόφυση της άνω γνάθου και κατά το οπίσθιο τεταρτημόριο από την οριζόντια μοίρα του υπερώιου οστού.

Το έσω τοίχωμα αντιστοιχεί εις το ρινικό διάφραγμα.

Το έξω τοίχωμα σχηματίζεται δια της συμβολής 6 οστών: της άνω γνάθου, του δακρυικού, του υπερώιου του σφηνοειδούς της κάτω ρινικής κόγχης και του λαβυρίνθου του ηθμοειδούς.

Η μοίρα αυτή εμφανίζει 3 ρινικές κόγχες την άνω τη μέση και τη κάτω.

Οι κόγχες εμφανίζονται ως προεξοχές και παρουσιάζουν ένα ελεύθερο - χείλος, 2 επιφάνειες την έξω και την έσω και 2 άκρα την κεφαλή και την ουρά.

Η άνω και η μέση ανήκουν εις το λαβύρινθο του ηθμοειδούς ή κάτω είναι ανεξάρτητο οστού.

Μεταξύ κάθε κόγχης και έξω τοιχώματος της θαλάμης σχηματίζονται επιμήκη κολπώματα τα ανοίγματα των οποίων ευρίσκονται προς τα κάτω και έσω.

Αυτά τα κολπώματα λέγονται ρινικοί πόροι και είναι 3, ο κάτω, ο μέσος και ο άνω.

Ο κάτω ρινικός πόρος είναι ο μεγαλύτερος όλων με μήκος από 2-5 cm.

Μεταξύ προσθίου και μέσου τριτημορίου εκβάλλει ο ρινοδακρυικός πόρος.

Ο μέσος ρινικός πόρος σχηματίζεται κάτωθεν της μέσης ρινικής κόγχης και άνωθεν της κάτω ρινικής κόγχης.

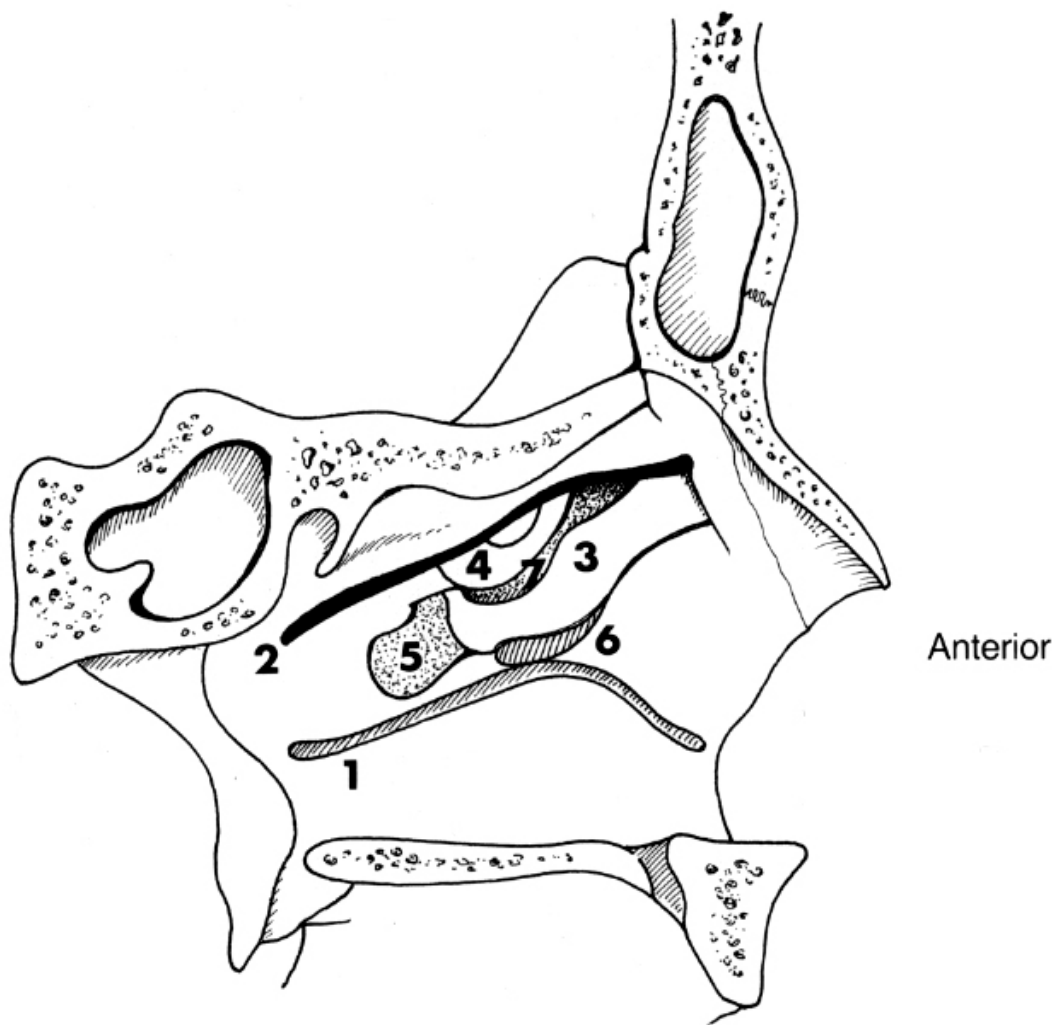
Προς τα εμπρός εμφανίζει αβαθές κόλπωμα του προδόμου αυτού.

Ο πρόδομος αφορίζεται μπροστά και πάνω από έπαρμα το οποίο ονομάζεται ρινικό χαράκωμα. (Agger nasi).

Το ρινικό χαράκωμα έχει ως υπόθεμα μια από τις πρόσθιες ηθμοειδές κυψέλες και παριστά υπόλειμμα του ρινοκογχιαίου οστού των ζώων.

Εξετάζοντας το έξω τοίχωμα παρατηρούμε μπροστά επιμήκη πτυχή του βλεννογόνου η οποία φέρεται λοξώς προς τα πίσω και κάτω και η οποία έχει ως υπόθεμα το ηθμοειδές άγκιστρο.

Αυτό είναι απόφυση του λαβυρίνθου του ηθμοειδούς (Uncinate process). Όπισθεν και άνωθεν του ηθμοειδούς αγκίστρου υπάρχει ωοειδές έπαρμα του λαβυρίνθου ή ηθμοειδής οστεοκύστης (Ethmoidal bulla). Μεταξύ ηθμοειδούς άγκίστρου και ηθμοειδούς οστεοκύστης παρατηρούμε στενή και δρεπανοειδή σχισμή μήκους 15-20 χλμ το μηνοειδές σχίσμα (Semilunual Hiatus). Εντός της σχισμής καταδυόμενος ο βλεννογόνος σχηματίζει μηνοειδή και άλλοτε αλλού βαθμού αύλακα, την αύλακα της ηθμοειδούς χώνης (Ethmoidal infundibulum). Εις το άνω άκρο της αύλακας αυτής εκβάλλει ο μετωπιαίος κόλπος εις το μέσον οι πρόσθιες ηθμοειδείς κυψέλες εις δε το κάτω πέρας εκβάλλει το γναθιαίο άντρο. Ο άνω ρινικός πόρος είναι στενός και μικρού μήκους υποδέχεται τα στόμια των οπίσθιων ηθμοειδών κυψελών. Ο βλεννογόνος της μύτης που επενδύει το τοίχωμα αυτής συνάπτεται στενά με το υποκείμενο περίοστεο και περιχόνδριο . Διακρίνεται στον οσφρητικό βλεννογόνο και στον αναπνευστικό ανάλογα με την υφή και τη λειτουργία του. Ο Αναπνευστικός βλεννογόνος (Schneiderian membrane) παρουσιάζει ροδίζουσα χροιά, επενδύει το μεγαλύτερο μέρος του κύτους της μύτης χρησιμεύει για την θέρμανση και την ύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Αποτελείται από κροσσωτό κυλινδρικό ψευδοπολύστοιβο επιθήλιο, χόριο και οροβλεννογόνους αδένες. Εις τα νεογνά το επιθήλιο είναι σχεδόν πάντα κροσσωτό κυλινδρικού τύπου. Το πλακώδες επιθήλιο του προδρόμου της μύτης μεταπίπτει σε μεταβατικό (πολύστοιβο επιθήλιο με κύτταρα κυβοειδούς επιφάνειας καλυπτόμενα με μικρολάχνες) εις την περιοχή του προδρόμου του μέσου ρινικού πόρου και εν συνεχεία δια μέσου ψευδοπολύστοιβου κυλινδρικού επιθηλίου σε τυπικό κυλινδρικό κροσσωτό επιθήλιο (Mygling 1978). Μεταξύ των κροσσωτών κυττάρων υπάρχουν άφθονα λαγνοειδή κύτταρα. Ο ανωτέρω αναπνευστικός βλεννογόνος που καλύπτει την ρινική θαλάμη επεκτείνεται και εις τους παραρρινίους κόλπους όπου όμως γίνεται λεπτότερος και έχει λιγότερους αδένες. Μια βασική μεμβράνη χωρίζει το επιθήλιο από το χόριο το οποίο χόριο συνιστάται από χαλαρό συνδετικό ιστό και είναι αγγειοβριθές και πλούσιος σε αδένες . Το χόριο συνάπτεται στενά με το περίοστεο και είναι διηθημένο από άφθονα λευκοκύτταρα κυρίως επί φλεγμονών. Αντίστοιχα προς τη κάτω και μέση ρινική κόγχη το χόριο περιέχει φλεβώδη πλέγματα τα οποία τα οποία προσδίδουν εις το βλεννογόνο υφή σηραγγώδους στυτικού ιστού. Το πάχος του αναπνευστικού βλεννογόνου κυμαίνεται από 0,5-4 χιλ. ενώ του οσφρητικού δεν υπερβαίνει το 0,5 χιλ, οι κροσσοί του αναπνευστικού επιθηλίου δονούνται προς τη κατεύθυνση των φαρυγγικών στομίων των θαλαμών. Ο Proetz διατύπωσε την άποψη ότι οι κροσσοί του βλεννογόνου της μύτης και των παραρρινίων κόλπων είναι όργανα άμυνας εναντίον των λοιμώξεων του αναπνευστικού.



Πλάγιο τοίχωμα της μύτης μετά την αφαίρεση της κάτω και μέσης ρινικής κόγχης.

1. Πρόσφυση της κάτω ρινικής κόγχης
2. Πρόσφυση της μέσης ρινικής κόγχης
3. Ηθμοειδές άγκιστρο (uncinate Process)
4. Ηθμοειδής οστεοκύστις (bulla ethmoidalis)
5. Οπίσθια Fontanelle
6. Πρόσθια Fontanelle
7. Μηνοειδές σχήμα (Hiatus Semilunaris)



Nasal cavity
Πλάγιο τοίχωμα της μύτης

1. Ρινογναθιαία ραφή
2. Agger nasi
3. Πρόσθιο τοίχωμα της μέσης κόγχης
4. Τετρημένο πέταλο
5. Πολύ μικρή άνω ρινική κόγχη
6. Πρόσθια ρινική
7. Απιοειδές στόμιο
8. Τομικός πόρος
9. Πρόσθιο χείλος κάτω ρινικής κόγχης
10. Έδαφος ρινικής θαλάμης (άνω γνάθος)
11. Δακρυικό οστό
12. Μέση και κάτω ρινική κόγχη
13. Έλασσον υπερώιου τρήμα και έσω πτερυγοειδές πέταλο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ ΚΑΙ ΗΘΜΟΕΙΔΟΥΣ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΥ ΚΑΙ ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥ ΚΟΛΠΟΥ

Όπως τονίστηκε στον πρόλογο κρίθηκε απαραίτητη και γίνεται μια υπόμνηση της ανατομίας των προσβεβλημένων κατά σειρά συχνότητας παραρρινίων κόλπων από τη σπάνια αυτή νεοπλασία κυρίως ιγμορείου άντρου, ηθμοειδών κυψελών και μετωπιαίου κόλπου με ιδιαίτερη έμφαση στα στοιχεία εκείνα της χειρουργικής ανατομίας που είναι απαραίτητα προκειμένου να κατανοηθεί η καινούργια αυτή τεχνική.

Ο ΗΘΜΟΕΙΔΗΣ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΣ (Ηθμοειδείς Κυψέλες)

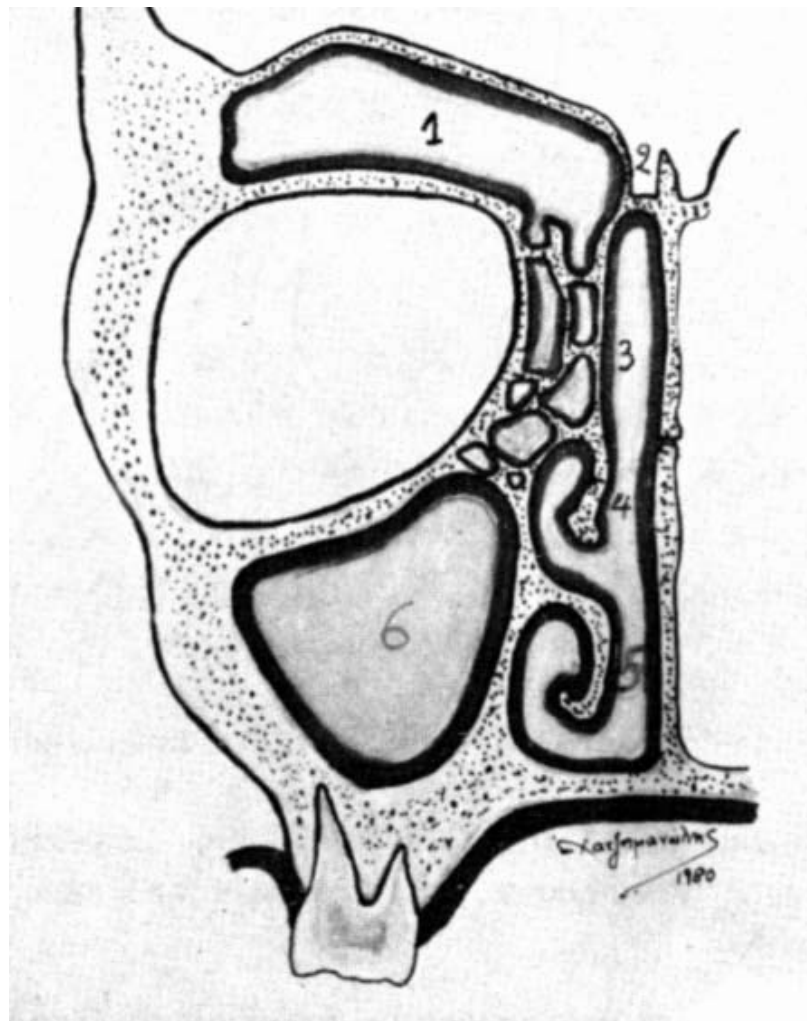
Ο ηθμοειδής λαβύρινθος είναι το τμήμα εκείνο του ηθμοειδούς οστού που παρεμβάλλεται μεταξύ του άνω πλαγίου τμήματος της ρινικής θαλάμης και του έσω τοιχώματος του γειτονικού οφθαλμικού κόγχου. Σχηματίζεται από τις ηθμοειδείς κυψέλες που είναι μικρές αεροφόρες κοιλότητες με λεπτά οστέινα τοιχώματα και ποικίλο μέγεθος και σχήμα και επικοινωνούν μεταξύ τους όπως και με τη σύστοιχη ρινική θάλαμη. Οι ηθμοειδείς κυψέλες ποικίλλουν σε αριθμό (3-18) και διακρίνονται τοπογραφικά σε πρόσθιες και οπίσθιες. Ως όριο μεταξύ τους θεωρείται το κατά μέτωπο επίπεδο που διέρχεται από το πρόσθιο ηθμοειδές τμήμα από το οποίο διέρχεται η προσθία ηθμοειδής αρτηρία και νεύρο. Οι πρόσθιες ηθμοειδείς κυψέλες εκβάλλουν με την ηθμοειδή χώνη στον μέσο ρινικό πόρο, ενώ οι οπίσθιες στον άνω ρινικό πόρο. Μια ή περισσότερες από τις οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες μπορεί να επικοινωνούν με τον σφηνοειδή κόλπο, διά μέσου δε αυτής της επικοινωνίας γίνεται συνήθως η επέκταση μιας φλεγμονής των ηθμοειδών προς τον σφηνοειδή κόλπο. Οι ηθμοειδείς κυψέλες χωρίζονται από το έσω τοίχωμα του οφθαλμικού κόγχου μόνο από το λεπτότατο παπυρώδες πέταλο του ηθμοειδούς. Αυτός είναι και ο λόγος που οι φλεγμονές των ηθμοειδών επεκτείνονται εύκολα προς την πλευρά του κόγχου και αποτελούν το πιο συνηθισμένο αίτιο φλεγμονώδους κυτταρίτιδας του οφθαλμικού κόγχου. Μια άλλη ενδιαφέρουσα ανατομική σχέση είναι ότι μια ή περισσότερες από τις οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες ή και ο σφηνοειδής κόλπος μπορεί να έρχονται σε στενή σχέση με το οπτικό νεύρο, καθώς αυτό διασχίζει το οπτικό τμήμα. Έτσι φλεγμονές αυτών των κυψελών ή του σφηνοειδούς κόλπου μπορεί

να αποτελέσουν την αιτία προκλήσεως οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Για τους ίδιους λόγους στενής ανατομικής γειτονίας, ο κίνδυνος τραυματισμού του οπτικού νεύρου κατά τις εγχειρήσεις των οπισθίων ηθμοειδών και του σφηνοειδούς κόλπου είναι μεγάλος. Ο τραυματισμός αυτός συμβαίνει συνήθως στο σημείο όπου ο άξονας του οπτικού νεύρου διασταυρώνεται με τον άξονα του ηθμοειδούς λαβυρίνθου (Hollinshead 1968).

Η ΜΕΣΗ ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΓΧΗ

Η μέση ρινική κόγχη είναι μέρος του ηθμοειδούς οστού και εμφανίζει ένα ελεύθερο γονατώδες χείλος και ένα χείλος που προσφύεται στην έσω επιφάνεια του ηθμοειδούς λαβυρίνθου. Η προς τα άνω επέκταση της μέσης ρινικής κόγχης αποτελεί συγχρόνως και το έσω τοίχωμα του ηθμοειδούς λαβυρίνθου, η δε άνω πρόσφυσή της διαχωρίζει το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς από την υπόλοιπη οροφή του ηθμοειδούς.

Στην περιοχή αυτή κατά τις εγχειρήσεις του μετωπιαίου κόλπου υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να διανοιγεί το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς, όταν χωρίς ιδιαίτερη προσοχή προσπαθήσουμε να αφαιρέσουμε τη μέση ρινική κόγχη ή την προς τα άνω επέκτασή της.



Εικ. Σχηματική απεικόνιση τομής σε επίπεδο κατά μέτωπο, που διέρχεται από το μετωπιαίο κόλπο, τον ηθμοειδή λαβύρινθο και τη ρινική κοιλότητα.

1.Μετωπιαίος κόλπος, 2.Τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς ,3.Άνω επέκταση της μέσης ρινικής κόγχης, 4. Μέση ρινική κόγχη,5. Κάτω ρινική κόγχη, 6. Ιγμόρειο άντρο

ΟΙ ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΙ ΚΟΛΠΟΙ

Οι μετωπιαίοι κόλποι είναι αεροφόροι χώροι του μετωπιαίου οστού που καλύπτονται από βλεννογόνο και

επικοινωνούν με τη ρινική κοιλότητα όπως και οι υπόλοιποι παραρρινίοι κόλποι.

Στο νεογνό οι μετωπιαίοι κόλποι είναι υποτυπώδεις και ουσιαστικά η ανάπτυξή τους αρχίζει μετά το 2ο, χρόνο της ζωής, με την εισβολή μιας πρόσθιας ηθμοειδικής κυψέλης ανάμεσα στις δύο πλάκες του μετωπιαίου οστού.

Ακολουθεί μια αργή σταδιακή ανάπτυξη με απόθεση της μιας πλάκας από την άλλη και στον 8ο περίπου χρόνο οι μετωπιαίοι κόλποι έχουν ένα

ικανοποιητικό μέγεθος ώστε να αρχίζουν να αποκτούν και κλινική σημασία. Στη συνέχεια και ιδιαίτερα στην εφηβεία παρουσιάζουν μια πιο γρήγορη ανάπτυξη αλλά το οριστικό τους μέγεθος, η μορφή τους και το σχήμα τους ολοκληρώνονται μόνο όταν συμπληρωθεί η ανάπτυξη του κρανίου, γύρω στα 20. Οι δύο μετωπιαίοι κόλποι σπάνια είναι συμμετρικοί. Οι διαφορές μεταξύ τους και από άτομο σε άτομο, στο μέγεθος και στο σχήμα, είναι τόσες ώστε θα μπορούσαν να συνθέσουν μια ιδιαίτερη « ανατομική ταυτότητα » για τον καθένα.

Η μέση χωρητικότητα του κόλπου είναι περίπου 7 κυβικά εκατοστά, μπορεί όμως να κυμαίνεται από 1 έως 44 κυβ. εκατοστά.

Κατά κανόνα οι μετωπιαίοι κόλποι στους άνδρες είναι μεγαλύτεροι από ότι στις γυναίκες. Επίσης είναι δυνατό ο ένας να καταλαμβάνει και τις δύο μετωπιαίες χώρες και ο άλλος να είναι τόσο μικρός ώστε να εκληφθεί ως ηθμοειδική κυψέλη.

Κάθε μετωπιαίος κόλπος τυπικά διαπλασμένος και μέσων διαστάσεων εμφανίζει σχήμα τριπλεύρου πυραμίδας με την κορυφή προς τα άνω και τη βάση προς τα κάτω και τρία τοιχώματα, πρόσθιο, οπίσθιο και έσω.

Το πρόσθιο τοίχωμα αντιστοιχεί στο μεσόφρυο και το υπερόφρυο τόξο.

Το μέγεθος των υπεροφρύων τόξων συμβαδίζει – αλλά όχι πάντα – με το μέγεθος των μετωπιαίων κόλπων. Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου είναι συνήθως παχύ και μεταξύ των δύο πετάλων του περιέχει διπλόη.

Αυτός είναι και ο λόγος που οι προσπελάσεις από το πρόσθιο τοίχωμα, όπως και κατά την εγχείρηση Killian, έχουν

μεγαλύτερο κίνδυνο να προκαλέσουν οστεομυελίτιδα. Αντίθετα η βάση του κόλπου που συμμετέχει στο σχηματισμό της έσω μοίρας και της οροφής του οφθαλμικού κόγχου είναι λεπτή και συμπαγής και αποτελεί την προτιμότερη οδό για την προσπέλαση των κόλπων γιατί μειώνει εξαιρετικά τον κίνδυνο της οστεομυελίτιδας. Λεπτό και συμπαγές είναι επίσης και το οπίσθιο τοίχωμα που διαχωρίζει τον κόλπο από τον πρόσθιο κρανιακό βόθρο, πολυάριθμα όμως διατιτραίνοντα αγγεία του τοιχώματος αυτού, οι φλέβες του Breschet, φέρνουν σε επικοινωνία τον

βλεννογόνο του κόλπου με τη σκληρά μήνιγγα και αποτελούν την οδό επεκτάσεως της μετωπιαίας κολπίτιδας προς ενδοκρανιακές επιπλοκές.

Το έσω τοίχωμα του μετωπιαίου κόλπου αντιστοιχεί σ' ένα λεπτό οστέινο διάφραγμα, το μεσοκολπικό διάφραγμα, με το οποίο οι δύο κόλποι χωρίζονται μεταξύ τους. Το διάφραγμα αυτό πολλές φορές μπορεί να είναι διάτρητο. Άλλες φορές ο κάθε κόλπος μπορεί να χωρίζεται σε πολλές μικρότερες κοιλότητες από άλλα μικρά οριζόντια και κάθετα οστέινα διαφράγματα. Πιο σπάνια συναντάμε υπεράριθμους κόλπους που εκβάλλουν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο στη ρινική κοιλότητα.

Έχουν περιγραφεί ακόμα και 6 ανεξάρτητοι μεταξύ τους μετωπιαίοι κόλποι. Συγγενής έλλειψη του μετωπιαίου κόλπου(7%) αφορά συνήθως τον ένα, και μόνο αρκετά σπάνια και τους δύο. Οι μεγάλοι κόλποι επεκτείνονται προς τα πίσω μέχρι την οπίσθια μοίρα του άνω τοιχώματος του οφθαλμικού κόλπου, προς τα έξω μέχρι τη ζυγωματική απόφυση και την κροταφική γραμμή, ενώ προς τα άνω μπορούν να φθάσουν μέχρι τα μετωπιαία ογκώματα. Ένας τέτοιος μεγάλος κόλπος μπορεί κάλλιστα να ξεπερνά τη μέση γραμμή και να υπερκαλύπτει τον άλλο έτσι που είναι δυνατό να αποκαλύψουμε υγιή κόλπο στην προσπάθειά μας να διανοίξουμε τον παθολογικό, εάν φυσικά η προσπέλαση επιχειρηθεί να γίνει από το πρόσθιο τοίχωμα του μετωπιαίου κόλπου (Schaeffer 1920). Η έσω μοίρα της βάσεως του μετωπιαίου κόλπου πολλές φορές μπορεί να εμφανίζει έπαρμα που σχηματίζεται είτε από μια

υποκείμενη ηθμοειδική κυψέλη, είτε από ένα θύλακο υπεραναπτύξεως του άλλου κόλπου.

Αυτό το μόρφωμα που ονομάζεται μετωπιαία οστεοκύστη (Frontal bulla) δημιουργεί προβλήματα αναγνωρίσεως κατά την εγχείρηση και αποτελεί μια συχνή αιτία αποτυχίας στις επεμβάσεις στο μετωπιαίο κόλπο.

Επίσης στην ίδια περιοχή είναι δυνατό να υπάρχει μια ομάδα κυψελών που είναι γνωστές ως μετωποηθμοειδικές κυψέλες ή μετωπιαίες κυψέλες (Frontal cells). Τέλος συγγενή ελλείμματα τα οποία είναι δυνατό να υπάρχουν στην κογχική μοίρα και στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου, έχουν ιδιαίτερη σημασία γιατί είναι υπεύθυνα για την επέκταση μιας φλεγμονής του κόλπου προς τον οφθαλμικό κόγχο και τη μήνιγγα (Hollinshead 1968).

Είναι φανερό ότι όλος αυτός ο πλούτος των ανατομικών παραλλαγών των μετωπιαίων κόλπων έχει την αντανάκλαση του στην παθολογία και στη χειρουργική της περιοχής. Η έκταση και οι πιθανές επιπλοκές μιας φλεγμονής των κόλπων είναι συνάρτηση των επεκτάσεων και των ιδιαίτερων σχέσεων του κάθε κόλπου με παρακείμενους ανατομικούς σχηματισμούς. Επίσης η διαφορετική κάθε φορά ανάπτυξη του κόλπου και η πιθανή ύπαρξη υπεράριθμων κόλπων, πολλαπλών διαφραγμάτων, μετωπιαίων κυψελών και οστεοκύστεων κάνουν τη χειρουργική του κόλπου έργο επίμονο και δυσχερές.

Δυστυχώς ούτε η γνώση της περιοχής, ούτε η προσοχή δεν μας εξασφαλίζουν πάντα την καθησυχαστική βεβαιότητα ότι αφαιρέθηκε ριζικά η παθολογία ή ότι αφαιρέθηκε τελικά ο βλεννογόνο στις περιπτώσεις εκείνες που κάποια χειρουργική σκοπιμότητα το απαιτεί.

ΜΕΤΩΠΟΡΡΙΝΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ

Η φυσιολογική αποχέτευση του μετωπιαίου κόλπου προς τη ρινική κοιλότητα εκτελείται μέσω μιας μετωπορρινικής επικοινωνίας που υπάρχει μεταξύ εδάφους του μετωπιαίου κόλπου και του μέσου ρινικού πόρου.

Η ανατομία αυτής της επικοινωνίας δεν είναι πάντα σταθερή. Άλλοτε παίρνει τη μορφή μιας σχετικά ευρείας επικοινωνίας του μετωπιαίου κόλπου

με το μετωπιαίο κόλπωμα (Frontal recess) του μέσου ρινικού πόρου με την παρεμβολή μόνο ενός απλού στομίου (Ostium), κι άλλοτε ή αποχέτευση εξασφαλίζεται μέσω ενός μετωπορρινικού πόρου που άμεσα ή έμμεσα επικοινωνεί με την ηθμοειδή χώνη (Ethmoid infundibulum) (Kasper 1936, Weille 1946, Van Alyea 1946)

Ο πρώτος τύπος αντιπροσωπεύει στατιστικά περίπου το 62% των περιπτώσεων ενώ ο δεύτερος το 38% (Kasper 1936).

Οι διαστάσεις του μετωπορρινικού πόρου είναι συνήθως 2-3 χιλιοστά και το μήκος του ποικίλλει από 2 έως 15 χιλιοστά.

Οι διαστάσεις και η πορεία του εξαρτώνται άμεσα από το βαθμό αναπτύξεως των προσθίων ηθμοειδών κυψελών γιατί στην πραγματικότητα η μετωπορρινική επικοινωνία δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένας μικρός χώρος αέρα μεταξύ των προσθίων ηθμοειδών κυψελών και του ρινικού χαρακώματος (Agger nasi) (Weille 1946).

Το ρινικό χαρακώμα είναι ένα έπαρμα που έχει ως υπόθεμα, στο 89% των περιπτώσεων, μια προσθία ηθμοειδή κυψέλη και παριστά υπόλειμμα του ρινοκογχιαίου (Nasoturbinata) οστού των ζώων (Van Alyea 1939).

Από άλλες εργασίες του Van Alyea (1946), ο οποίος μελέτησε αναλυτικά τις διάφορες μορφές που μπορεί να πάρει η μετωπορρινική επικοινωνία – και πού δεν είναι λίγες – σημειώνουμε ως ιδιαίτερα σημαντική, τη σχετικά συχνή (15%) ύπαρξη μετωπιαίας οστεοκύστεως (Frontal bulla) γύρω από το έσω στόμιο του μετωπορρινικού πόρου.

Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα η παρουσία τέτοιων κυψελών εξασκεί δυσμενή επίδραση στη φυσιολογική αποχέτευση του κόλπου και μπορεί να είναι η μοναδική αιτία που συντηρεί μια χρόνια φλεγμονή του κόλπου. Ανεξάρτητα όμως από αυτή την άποψη, είναι φρόνιμο να αναζητούνται και να αφαιρούνται οι κυψέλες αυτές κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων

του κόλπου, γιατί αποτελούν μια σοβαρή αιτία υποτροπής, αφού μπορούν να αποφράξουν τη μετωπορρινική επικοινωνία.

Από την όλη περιγραφή της μετωπορρινικής επικοινωνίας των πολλών παραλλαγών της και των ιδιαίτερων σχέσεων της με τις ηθμοειδείς κυψέλες γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί είναι τόσο εύθραστη και

επιρρεπής σε απόφραξη ή φυσιολογική αποχέτευση του μετωπιαίου κόλπου στις διάφορες φλεγμονές και τα κατάγματα της περιοχής.

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΥΤΗΣ

Η ανάπτυξη της μύτης και των παραρρινίων κόλπων είναι μια συνεχής επεξεργασία ή οποία αρχίζει την τρίτη εβδομάδα της κύησης όταν τα αρχέγονα όργανα πρώτα εμφανίζονται και συνεχίζεται έως την πλήρη ολοκλήρωση τους εις την εφηβική ηλικία όταν οριστικά έχει ολοκληρωθεί ή οστική διάπλαση και η κοιλική πνευμάτωση.

Η μύτη αναπτύσσεται από το κρανιακό εξώδερμα άνωθεν της πρωτογενούς στοματικής κοιλότητας εις το τέλος της 4ης εμβρυικής εβδομάδας όταν το μήκος του εμβρύου είναι περίπου 5,6 mm (Streeter). Σε αυτή τη περίοδο δηλαδή την 4η εμβρυική εβδομάδα επί της προσθιοπλάγιας επιφάνειας της μετωπιαίας απόφυσης εμφανίζεται ωοειδής πάχυνση του εξωδέρματος το οσφρητικό πεδίο (Olfactory Placode) μετατρέπόμενο ταχέως εις εντύπωμα το οσφρητικό βοθρίο (Olfactory Pit) το οποίο στη συνέχεια βαθυνόμενο επικοινωνεί προς τα κάτω με τη πρόσθια μοίρα της οροφής του στοματικού κόλπου δια της καλούμενης ρινικής ή ρινοπερώιου αύλακος.

Η έσω μύτη διαμορφώνεται εν μέρει εκ των πρωτογενών ρινικών θαλαμών των διαπλασσομένων εκ των οσφρητικών βοθρίων, εν μέρει δε εκ της άνω μοίρας του αρχέγονου κοίλου του στόματος.

Οι πρωτογενείς ρινικές θαλάμες κατάγονται εκ των 2 οσφρητικών βοθρίων και παριστούν τις πρώτες καταβολές της έσω μύτης.

Τα οσφρητικά βοθρία όπως ελέχθη εκβάλλουν εις την στοματική κοιλότητα δια της σύστοιχου ρινικής θαλάμης, στη συνέχεια καταδύονται εις το υποκείμενο μεσέγχυμα

της μετωπιαίας απόφυσης μετατρέπονται σε 2 τυφλούς θυλάκους (Olfactory Sac)

δεξιό και αριστερό οι οποίοι εκβάλλουν προς τα μπροστά δια των μυκτήρων.

Με τη συνέχεια της διάπλασης το τυφλό πέρας των 2 ρινικών ή οσφρητικών θυλάκων πλησιάζον συμφύεται με το επιθήλιο της οροφής του αρχέγονου κοίλου του στόματος.

Ετσι περίπου την 7η εμβρυική εβδομάδα κάθε ένας από τους οσφρητικούς θυλάκους χωρίζεται δια λεπτού πετάλου του στοματορρινικού από την κοιλότητα του στόματος. Διαλυόμενου του υμένα οι 2 ρινικοί θύλακες εκβάλουν τελικά δια στομίων τα οποία καλούνται πρωτογενείς χοάνες (Primitive Choane) εις το αρχέγονο κοίλο του στόματος. Μεταξύ των διαμορφωθείσών έτσι πρωτογενών ρινικών θαλαμών βρίσκεται μάζα από μεσέγγυμα η οποία αποτελεί το πρωτογενές ρινικό διάφραγμα (Primitive nasal Septum).

ΙΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΡΟ

Το ιγμόρειο άντρο ή γναθιαίος κόλπος είναι αεροφόρος κοιλότητα, που ευρίσκεται

εντός του σώματος του οστού της άνω γνάθου.

Είναι ο μεγαλύτερος παραρρινικός κόλπος με ύψος κατα μέσο όρο 35 χιλ. και μέγιστο πλάτος 27 χιλ. Η χωρητικότητα αυτού ποικίλει από 2-30 κυβ. εκ., αλλά συνήθως αυτά είναι 15 κυβ. εκ.

Το ιγμόρειο έχει σχήμα τριπλεύρης ή τετράπλευρης πυραμίδας της οποίας η βάση στρέφεται προς το μέσο και τον κάτω ρινικό πόρο ή δε κορυφή προς το ζυγωματικό οστό (αντιστοιχεί στη ζυγωματική απόφυση της άνω γνάθου).

Η κοιλότητα αυτή παρουσιάζει 5 τοιχώματα με τα οποία αφορίζεται. Το πρόσθιο τοίχωμα αντιστοιχεί στην πρόσθια επιφάνεια του σώματος της άνω γνάθου, είναι υπόκυρτο και λεπτό (πάχους κατά μέσο όρο 1 χιλ.) καλυπτόμενο από τα μαλακά μόρια της παρειάς. Το τοίχωμα αυτό παρουσιάζει προς τα κάτω με τον κυνικό βόθρο, προς τα άνω δε το υποκόγχιο τρήμα δια το οποίο εξέρχεται το ομώνυμο νεύρο.

Εντός του τοιχώματος αυτού διατρέχουν τα πρόσθια άνω φατνιακά νεύρα μέσο του βλεννογόνου άντρου, τους προσθίους άνω οδόντων και των παρακειμένων ούλων. Το οπίσθιο τοίχωμα αντιστοιχεί εις την υποκροτάφια επιφάνεια του σώματος της άνω γνάθου και έρχεται εις σχέση με τον πτερυγουπερώιο βόθρο και την έσω γναθιαία αρτηρία είναι βέβαια σημαντικά παχύτερο του προσθίου τοιχώματος.

Το άνω τοίχωμα ή οροφή διαχωρίζει το ιγμόρειο από τον οφθαλμικό κόγχο.

Αυτό εμφανίζει επιμήκη ακρολοφία εκ των πίσω προς τα εμπρός η οποία σχηματίζεται υπό της υποκόγχιου αύλακος και του υποκόγχιου πόρου μέσω του οποίου φέρονται τα υποκόγχια αγγεία και το υποκόγχιο νεύρο. Το κάτω τοίχωμα ή έδαφος αντιστοιχεί εις τη φατνιακή απόφυση της άνω γνάθου και την έξω μοίρα της σκληρής υπερώας.

Το τοίχωμα αυτό κατά την νηπιακή ηλικία βρίσκεται ψηλότερα του εδάφους της ρινικής θαλάμης, κατά την παιδική ηλικία (περίπου 9 ετών) βρίσκεται στο ίδιο ύψος με αυτό και σε ενήλικα χαμηλότερα.

Υπό το έδαφος του ιγμορείου βρίσκονται οι οπίσθιοι οδόντες και οι ρίζες ορισμένων από αυτών (συνήθως του 2ου προγομφίου, του 1ου και 2ου γομφίου ενίοτε του 1ου προγομφίου και του 3ου γομφίου), είναι δυνατόν να προβάλουν εντός του άντρου, καλυπτόμενοι από λεπτό σπογγώδες οστέινου πέταλου του άλλες φορές όμως μόνο από το βλεννογόνο.

Το δε έσω τοίχωμα ή βάση του ιγμορείου χωρίζει την κοιλότητα αυτού από την σύστοιχο ρινική θαλάμη.

Αυτό είναι λεπτό και εις το ανώτερο τμήμα του έχει μικρό στόμιο όμοιο με σημοειδή σχισμή μέσω του οποίου το ιγμόρειο εκβάλλει εις τον μέσο ρινικό πόρο και συγκεκριμένα εις το κάτω άκρο της ηθμοειδούς χώνης.

Ενίοτε υπάρχουν περισσότερα στόμια με τα οποία το ιγμόρειο επικοινωνεί προς τη ρινική θαλάμη, χαρακτηριζόμενα ως επικουρικά (25-40% Σάββας, 10% Zucker-kandl, 30,7% Myerson). Το τοίχωμα αυτό , όταν βλέπεται από το κύτος της ρινός παρουσιάζει,

μέσω της προσφύσεως της κάτω ρινικής κόγχης δύο μοίρες, την άνω και την κάτω οι οποίες αντιστοιχούν στο μέσο και τον κάτω ρινικό πόρο. Η μεν άνω μοίρα φέρει το στόμιο του άντρου στο μέσο της, ενώ εντελώς προς τα εμπρός έρχεται σε σχέση με τον ρινοδακρυικό πόρο, ο οποίος προέχει εντός του άντρου με μορφή επιμήκους επάρματος, ερχόμενο λοξώς προς τα κάτω και πίσω. Η δε κάτω μοίρα εμφανίζει εις το μέσο της μικρά περιοχή, αποτελούμενη από τη γναθιαία απόφυση της κάτω ρινικής κόγχης και του κάθετου πετάλου του υπερωίου οστού. Όταν δε το τοίχωμα του ιγμορείου βλέπεται εκ της κοιλότητας αυτού παρουσιάζει τέσσερα χείλη το άνω, το κάτω, το πρόσθιο και το οπίσθιο.

Και το άνω χείλος αντιστοιχεί εις τη θέση όπου το άνω τοίχωμα του άντρου μεταπίπτει εις το έσω τοίχωμα αυτού.

Ετσι το χείλος αυτό βρίσκεται σε σχέση με τις παρακείμενες ηθμοειδούς κυψέλες,

οι οποίες σχηματίζουν στη θέση αυτή ένα ή δύο υποστρόγγυλα εκκολπώματα με τα οποία ενίοτε υπάρχει επικοινωνία του ιγμορείου άντρου.

Το πρόσθιο χείλος του έσω τοιχώματος αντιστοιχεί εις τη θέση όπου αυτό ενώνεται με το πρόσθιο τοίχωμα του άντρου, δηλαδή αμέσως έμπροσθεν του επάρματος του ρινοδακρυικού πόρου.

Το οπίσθιον χείλος αντιστοιχεί εις το γναθιαίο κύρτωμα.

Το δε κάτω χείλος αντιστοιχεί εις τη θέση όπου το έσω τοίχωμα μεταπίπτει στο έδαφος του ιγμορείου άντρου.

Το ιγμόρειο άντρο αποτελεί κατά κανόνα ενιαία κοιλότητα ενίοτε διαμερίζεται όμως ατελώς μέσω οστέινων ή υμενωδών διαφραγμάτων σε μικρότερες κοιλότητες.

Ο βλεννογόμος του ιγμορείου αποτελεί επέκταση του αναπνευστικού βλεννογόνου της ρινικής θαλάμης, είναι όμως λεπτότερος και έχει λιγότερους αδένες και ελαστικές ίνες. Παρουσιάζει δε τελείως ομαλή επιφάνεια και ροδίζουσα χροιά.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΑΣ

Στην Ωτορινολαρυγγολογική κλινική του Ερυθρού Σταυρού κατά τη χρονική περίοδο 1980 – 2000 αντιμετωπίστηκαν 42 περιστατικά ενδοφυτικών θηλωμάτων της ρινός και των παραρρινίων.

Εξ' αυτών οι 27 ήσαν Άνδρες και οι 15 Γυναίκες.

Η ηλικιακή κατανομή των ασθενών ήταν η εξής :

Ασθενείς ηλικίας έως 15 ετών : 0

Ασθενείς ηλικίας 15 - 30 ετών :1

Ασθενείς ηλικίας 30 - 45 ετών :4

Ασθενείς ηλικίας 45 – 60 ετών :29

Ασθενείς ηλικίας 60 - 80 ετών :8

Οι περισσότεροι ασθενείς όπως φαίνεται από τον πίνακα διήνυαν την 5^η και 6^η δεκαετία της ζωής τους.

Το σύνολο των περιστατικών μας ταξινομείται ως εξής όσον αφορά την περιοχή της εκφύσεως της νόσου.

PINIKH ΘΑΛΑΜΗ	40 περιστατικά
ΗΘΜΟΕΙΔΗΣ ΛΑΒΥΡΙΝΘΟΣ	1 περιστατικό
ΠΓΜΟΡΕΙΟ ΑΝΤΡΟ	1 περιστατικό

Συχνότης εμφάνισης (συνυπάρξεως) καρκινώματος επί εδάφους ενδοφυτικού θηλώματος στα 42 περιστατικά μας:

Συνήθως ο καρκίνος συνυπάρχει με το ενδοφυτικό θήλωμα εξ' αρχής στο αρχικό παρασκεύασμα και σπανιότερα εμφανίζεται σε δεύτερο χρόνο.

Από τα 42 περιστατικά μας σε 5 εξ αυτών συνυπήρχε διηθητικό καρκίνωμα ρινός εκ πλακώδους επιθηλίου, και σε 1 περιστατικό συνυπήρχε διηθητικό αδιαφοροποίητο καρκίνωμα. Στα 6 τελευταία περιστατικά έγινε μέση γναθεκτομή με πλάγια ρινοτομία.

ΤΑΞΙΝΟΜΙΣΗ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΣΤΑ ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΑ.

Από τα 42 περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας στα 7 η νεοπλασία ήταν αυστηρώς εντοπισμένη στη ρινική θάλαμη.

Σε 35 περιστατικά η νεοπλασία κατελάμβανε τη ρινική θάλαμη τα ηθμοειδή και το ιγμόρειο άντρο.

Σε 1 περιστατικό η νεοπλασία κατελάμβανε τη ρινική θάλαμη, τα ηθμοειδή το μετωπιαίο κόλπο και τον σφηνοειδή .

Σε 1 περιστατικό η αρχική εντόπιση ήταν το ιγμόρειο άντρο όπου συνυπήρχε και καρκίνωμα ενώ σε 1 περιστατικό η νόσος κατελάμβανε μόνο τον ηθμοειδή λαβύρινθο.

Από τα 42 περιστατικά η συνήθης περιοχή εκφύσεως ήταν η μέση ρινική κόγχη και ο μέσος ρινικός πόρος σε 35 περιστατικά ενώ σε 7 περιστατικά η αρχική εντόπιση ήταν η κάτω ρινική κόγχη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία εκλογής για τα ενδοφυτικά θηλώματα είναι χειρουργική. Λαμβάνοντας υπόψη αφ' ενός την ανάγκη ριζικής αφαιρέσεως του όγκου ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή και αφ' ετέρου την πολυπλοκότητα της ανατομίας της περιοχής όπου αναπτύσσεται το θήλωμα γίνεται αντιληπτή η σημασία της σωστής επιλογής της χειρουργικής προσπελάσεως και τεχνικής.

Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η ενδορρινική οδός, αλλά σε περιορισμένης εκτάσεως όγκους (μέση ή κάτω ρινική κόγχη χωρίς προσβολή παραρρινίων), ώστε η εκτομή της νεοπλασίας να είναι ασφαλής με τη προσπέλαση αυτή. Η ενδορρινική επέμβαση μπορεί να συνδυασθεί με ριζική ανάτρηση ιγμορείου.

Στους μεγάλης εκτάσεως όγκους και ιδιαίτερα σε προσβολή και παραρρινίων απαιτείται η δημιουργία ευρέος χειρουργικού πεδίου. Αυτό επιτυγχάνεται μόνο με εξωτερική προσπέλαση και συγκεκριμένα με πλάγια ρινοτομία και μέση γναθεκτομή. Η ριζικότητα ή οποία επιτυγχάνεται με αυτή τη χειρουργική τεχνική έχει και το τίμημα της. Και αυτό είναι η δημιουργία μιας τεράστιας κοιλότητας με όλα τα γνωστά μειονεκτήματα. Μειονεκτήματα που συνθέτουν το σύνδρομο της άδειας ή κενής μύτης. Όπως δυσοσμία, δημιουργία κρουστών ρινορραγίες, αίσθημα πληρότητας και οπισθορρινική έκκριση.

Στην κλινική μας την τελευταία εικοσαετία αναπτύξαμε και χρησιμοποιούμε μια τροποποίηση της μέσης γναθεκτομής η οποία περιορίζει σε μεγάλο βαθμό (σχεδόν καταργεί) στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα μειονεκτήματα που προκαλεί το σύνδρομο κενής (άδειας) μύτης.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΣΗ ΓΝΑΘΕΚΤΟΜΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΟΦΥΤΙΚΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ.

ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΑΛΕΙΑΣ (ΚΕΝΗΣ) ΜΥΤΗΣ

Η θεραπεία των ενδοφυτικών θηλωμάτων είναι χειρουργική.

Στην επιλογή της χειρουργικής προσπέλασης θα λάβουμε υπ' όψιν τις ακόλουθες ιδιαιτερότητες.

1. Με δεδομένη την τάση για υποτροπή που καθιστά τον όγκο δυνητικά κακοήγη αλλά και την πιθανότητα ύπαρξης εξαλλαγής θα πρέπει να εξασφαλισθεί η ριζική αφαίρεση του όγκου.

2. Παράλληλα όμως θα πρέπει να επιλέξουμε τακτική που δεν θα είναι άσκοπα ακρωτηριαστική καταλείποντας δυσάρεστα προβλήματα τοπικά.

3. Η πολυπλοκότητα της ανατομίας της περιοχής όπου αναπτύσσεται το θήλωμα επιβάλλει την επιλογή προσπέλασης και χειρουργικής τακτικής που θα μας εξασφαλίζει άνετο έλεγχο των ορίων του όγκου με τη μικρότερη δυνατή θυσία ιστών.

Η ενδορρινική προσπέλαση (με τη χρήση χειρουργικού μικροσκοπίου ή ενδοσκοπίου) έχει θέση σε περιπτώσεις που ο όγκος περιορίζεται σαφώς στην μέση ή στην κάτω ρινική κόγχη δίχως επέκταση στα παραρρίνια ή με περιορισμένη είσδηση σ' αυτά (π.χ ιγμόρειο) όποτε είναι δυνατόν να συνδυασθεί και με διάνοιξη του ιγμορείου από την ουλοπαραρρινοειδή αύλακα.

Όταν αντιμετωπίζουμε μεγάλης εκτάσεως όγκους με ευρεία διείσδυση στις παραρρίνιες κοιλότητες τότε απαιτείται ευρεία εξωτερική προσπέλαση.

Η κλασική επέμβαση είναι μέση γναθεκτομή με πλάγια ρινοτομία.

Στην προσπέλαση αυτή αφαιρείται en bloc ολο το έξω τοίχωμα της ρινικής θαλάμης (λαβύρινθος των ηθμοειδών, μέση ρινική κόγχη το έσω τοίχωμα της άνω γνάθου και η ξεχωριστή κάτω ρινική κόγχη). Εν συνεχεία διανοίγονται και καθαρίζονται τα ηθμοειδή, ο μετωπιαίος κόλπος ο σφηνοειδής κόλπος και το ιγμόρειο άντρο.

Με αυτή τη τεχνική δημιουργείται μια τεράστια ενιαία κοιλότητα με τα γνωστά μετεγχειρητικά προβλήματα που είναι η δημιουργία κρουστών που απαιτούν συνεχείς καθαρισμούς ή δυσσομία και συχνές ρινορραγίες και τα οποία προβλήματα

συνθέτουν το σύνδρομο της κενής μύτης.

Στην κλινική μας την τελευταία 20ετία αναπτύξαμε μια νέα τεχνική μια τροποποίηση της μέσης γναθεκτομής η οποία περιορίζει σε μεγάλο βαθμό και συχνά καταργεί τελείως τα προβλήματα αυτά.

Η τεχνική αυτή συνιστάται στην προσπέλαση της ρινικής θαλάμης με πλάγια ρινοτομία, το άνω πέρας της οποίας μπορεί να επεκτείνεται μέχρι κάτωθεν της οφρύος όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Στη συνέχεια αφαιρείται τμήμα οστού του σπλαχνικού κρανίου ώστε να διευρυνθεί το οστέινο άνοιγμα της ρινικής θαλάμης και να διερευνηθεί το εσωτερικό του ιγμόρειου άντρου.

Ακολούθως προβαίνουμε σε λεπτολόγο αφαίρεση των ηθμοειδών.

Παρασκευάζεται και παρακολουθείται μέχρι της εκβολής του ο ρινοδακρυικός πόρος με ταυτόχρονη αφαίρεση του οστέινου εξω τοιχώματος της ρινικής θαλάμης.

Μετά την αφαίρεση του οστέινου εξω τοιχώματος. Το βλενογονοπεριστέο με το ενδορρινικό τμήμα της παθολογίας είναι δυνατόν να μετακινηθεί με ευχέρεια προς τα έξω, ώστε να είναι δυνατόν να ελέγχουν ασφαλώς τα όρια του όγκου μέσα στην ρινική θάλαμη το πλάτος της οποίας έχει σχεδόν τριπλασιασθεί.

Σε αυτή τη φάση εκτέμνεται σε υγιή όρια το βλενογονοπεριστέο που περιλαμβάνει και την εκφυτική μοίρα των ενδοφυτικών θηλωμάτων, ενώ το υπόλοιπο υγιές μαζί με τις μη προσβεβλημένες κόγχες διατηρείται, εξασφαλίζοντας συνήθως μεγάλο μέρος του έξω τοιχώματος της ρινικής θαλάμης και διασφαλίζοντας έτσι την φυσιολογική της λειτουργία. Όπως είναι φανερό η καθοριστική φάση της τροποποιημένης μέσης γναθεκτομής είναι αυτή κατά την οποία αφαιρείται το ανένδοτο οστέινο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης.

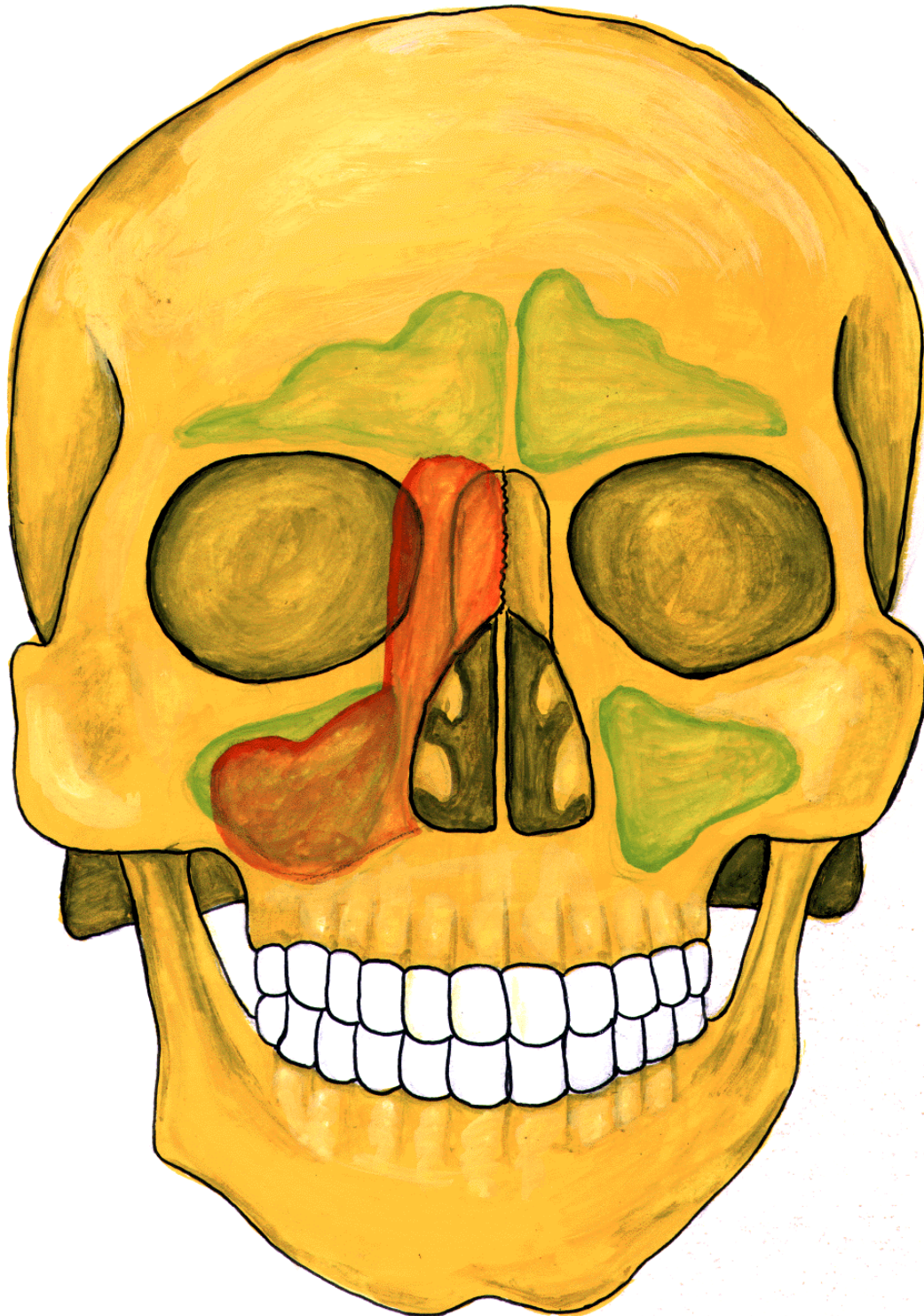
Έτσι έλκοντας προς τα έξω το ελεύθερο πλέον βλενογονοπεριστέο γίνεται εφικτός ο έλεγχος των ορίων της παθολογίας. Επομένως εάν δεν προηγηθεί αυτή η φάση όπως δηλαδή γίνεται στη μέση γναθεκτομή ο όγκος που συνήθως πληρεί ασφυκτικά την ρινική θάλαμη δεν είναι δυνατόν να παραμερισθεί και να επιτρέψει τον καθορισμό των ορίων της εκφυτικής τους βάσης, πάνω στο πλάγιο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης.

Έτσι γίνεται απαραίτητη η αφαίρεση ολόκληρου του εξω τοιχώματος ώστε να περιληφθεί ασφαλώς και η εκφυτική μοίρα των θηλωμάτων.

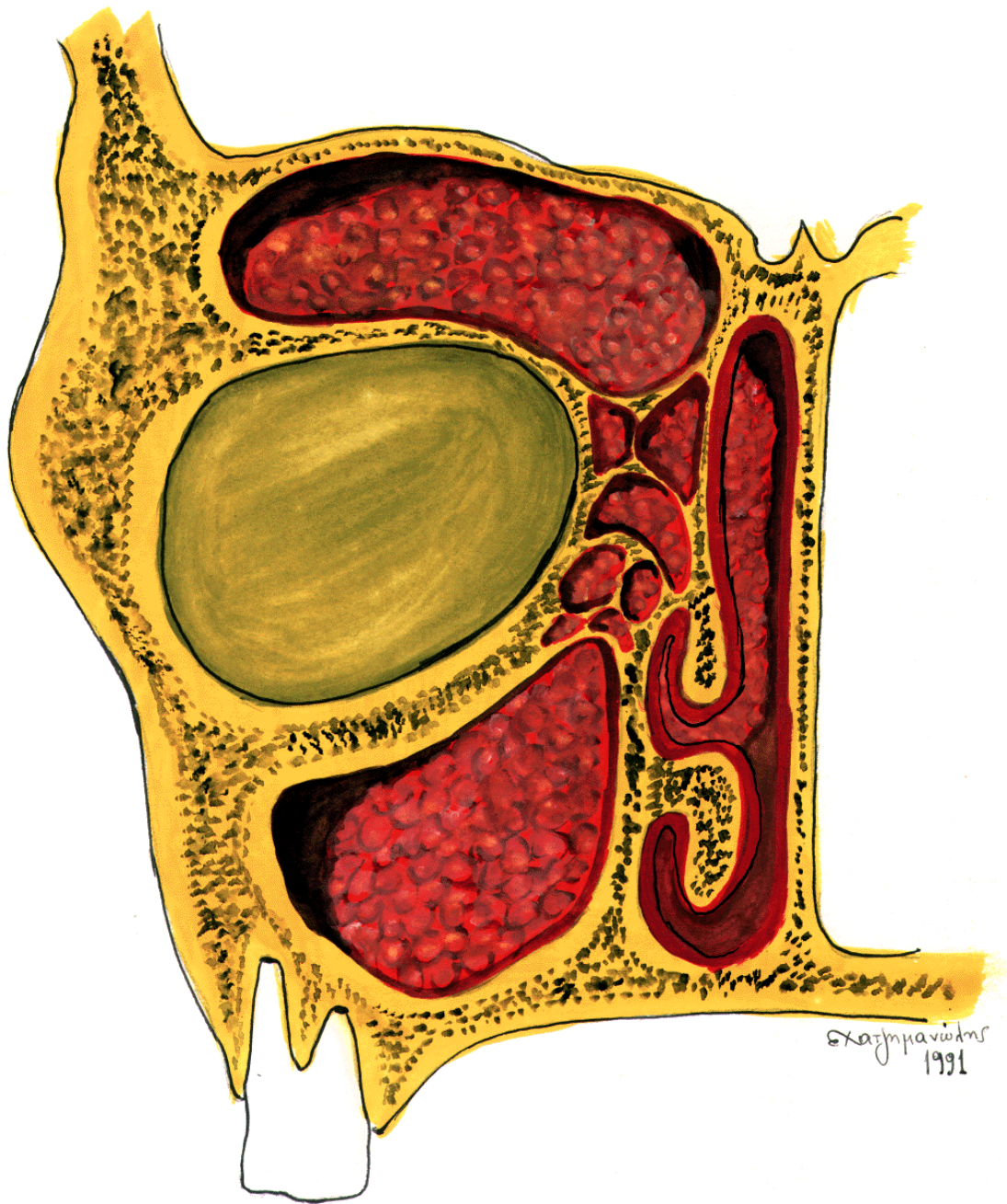
Η τεράστια κοιλότητα που καταλείπεται δημιουργεί πληθώρα ενοχλημάτων, όπως αίσθημα πληρότητας, δημιουργία κρουστών και δυσσομία, οπισθορρινική έκκριση και ρινορραγίες. (Σύνδρομο κενής μύτης).

Όλα αυτά αποφεύγονται με την τροποποιημένη μέση γναθεκτομή και μετεγχειρητικά αντιμετωπίζει κανείς μια φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική ρινική κοιλότητα.

Στα ακόλουθα σχήματα φαίνεται η έναρξης και η ολοκλήρωσης της επέμβασης της μέσης γναθεκτομής με πλάγια ρινοτομία.

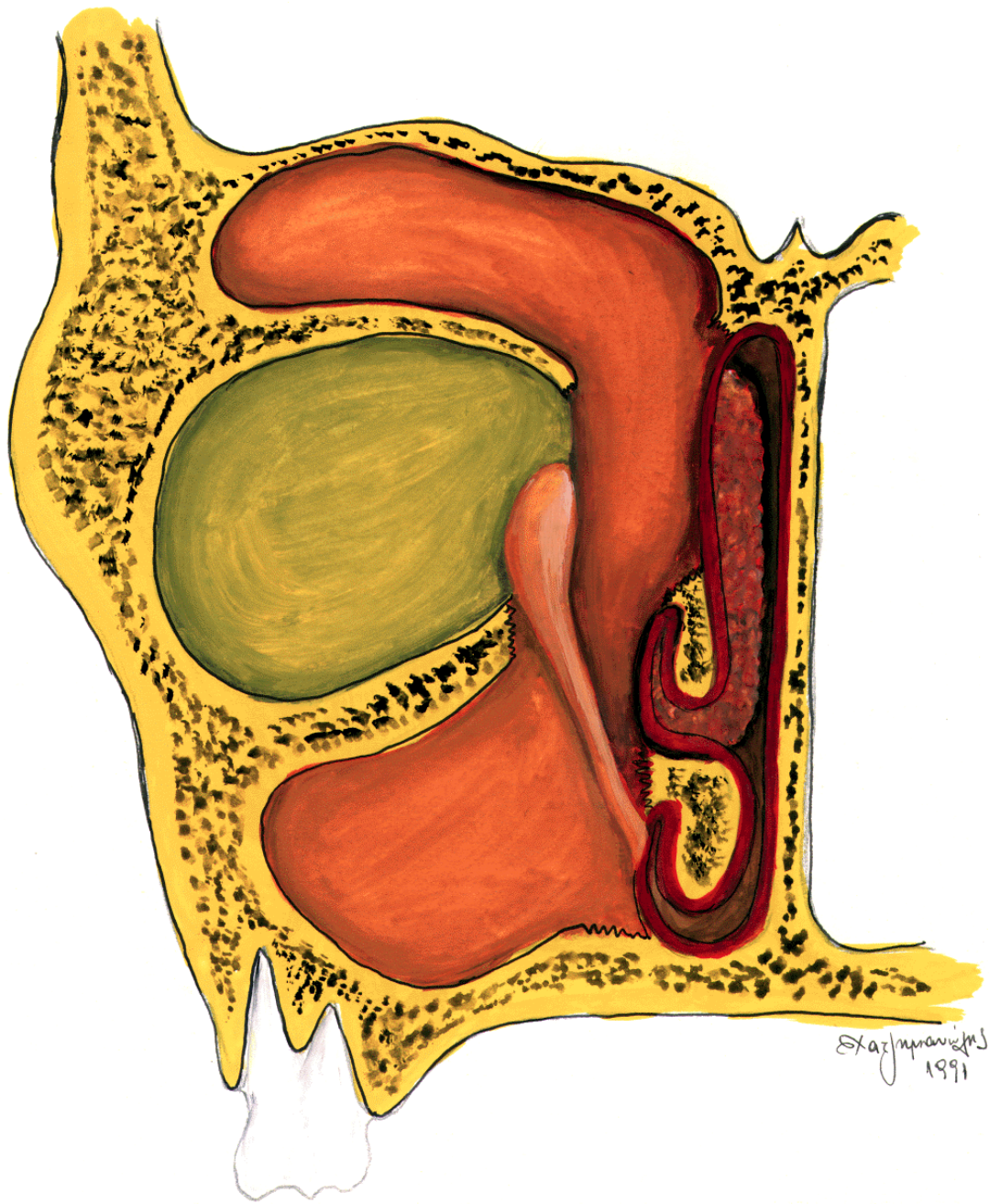


Εικ. 1. Τμήμα οστού του σπλαχνικού κρανίου που αφαιρείται στην επέμβαση αυτή. Η ταυτόχρονη διάνοιξη του ιγμόρειου από την ουλοπαρειακή αύλακα δεν είναι πάντοτε απαραίτητος.

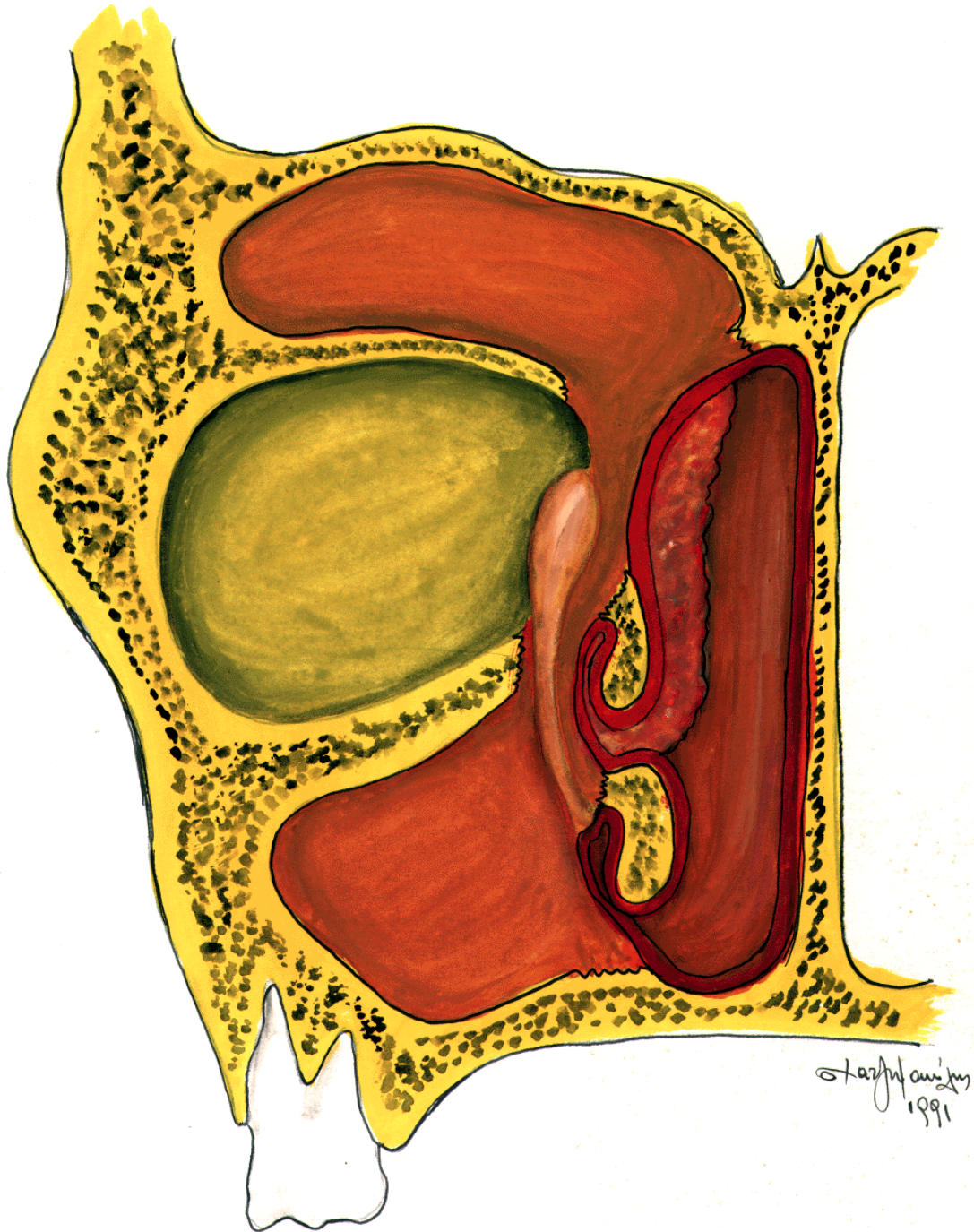


Εικ.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

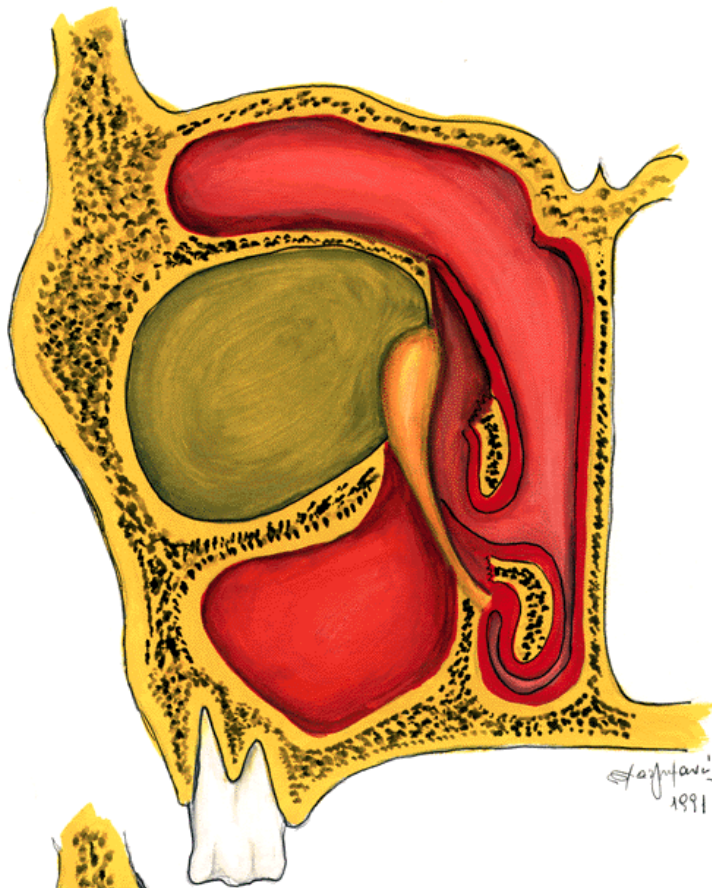
Κατά μέτωπο τομή δια μέσου του μετωπίου κόλπου του του ηθμοειδούς λαβύρινθου και της ρινικής κοιλότητας. Κατά μέτωπο διατομή του σπλαχνικού κρανίου στην οποία φαίνεται η πιθανή θέση και οι επεκτάσεις του ενδοφυτικού θηλώματος.



Εικ. 3. Λεπτολόγος ηθμοειδεκτομή και παρασκευή του ρινοδακρικού πόρου. Έχει αφαιρεθεί επίσης το οστέινο έξω τοίχωμα της ρινικής θαλάμης. Ταυτόχρονα αφαιρείται το τμήμα του όγκου που εισδύει στα παραρρίνια.

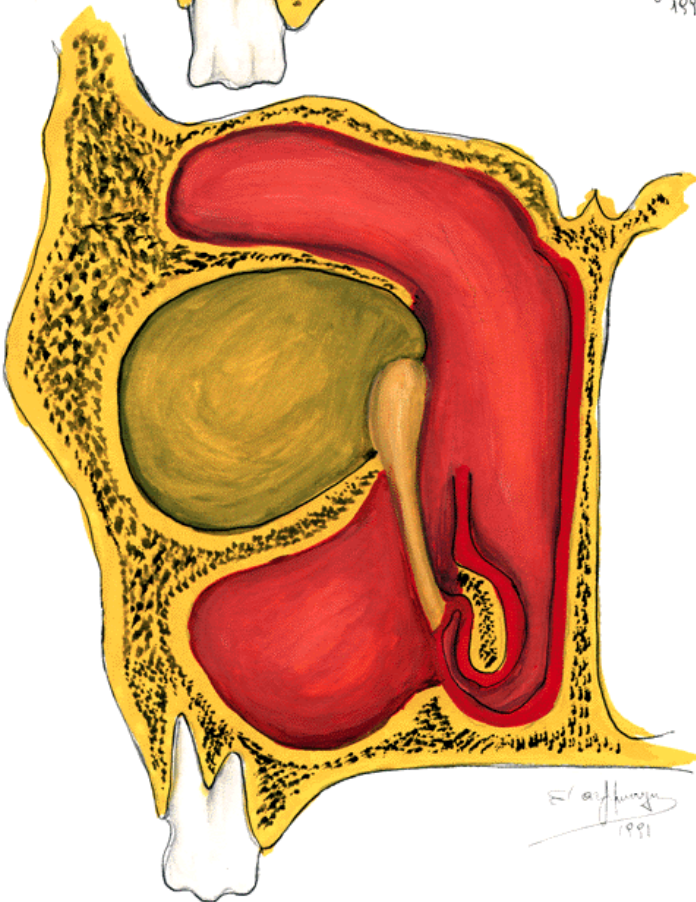


Εικ.4. Το βλεννογονοπεριόστεο του έξω τοιχώματος της ρινικής θαλάμης εύκολα τώρα μετακινείται προς τα έξω ώστε να είναι εύκολη η επισκόπηση της ρινικής κοιλότητας και της ενδορρινικής μοίρας του όγκου.



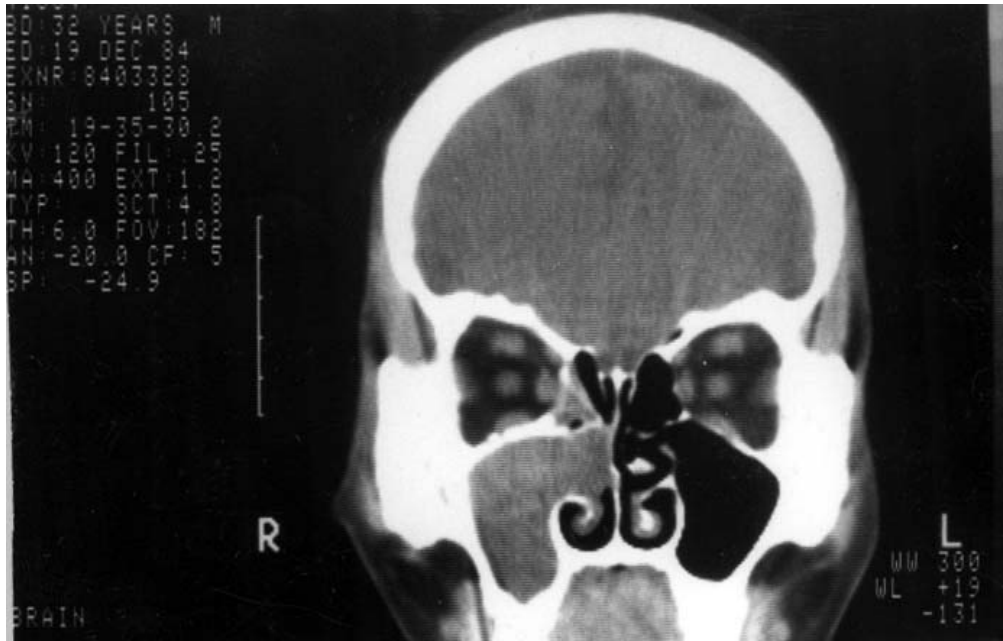
Εικ.5&6. Αφαίρεση κάτω από τον πλήρη έλεγχο της οράσεως του ενδορρινικού τμήματος του όγκου με τον προσβεβλημένο βλεννογόνο σε ασφαλή όρια.

Ανάλογα με την εντόπιση και έκταση του όγκου είναι δυνατόν να διατηρηθούν τόσο η μέση όσο η και η κάτω ρινική κόγχη ή μόνον η κάτω.

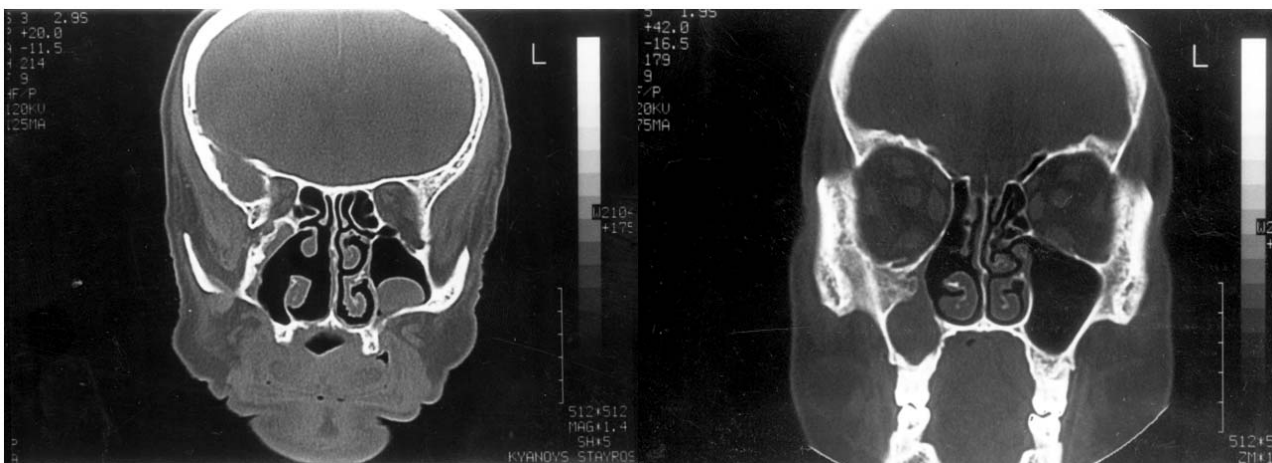




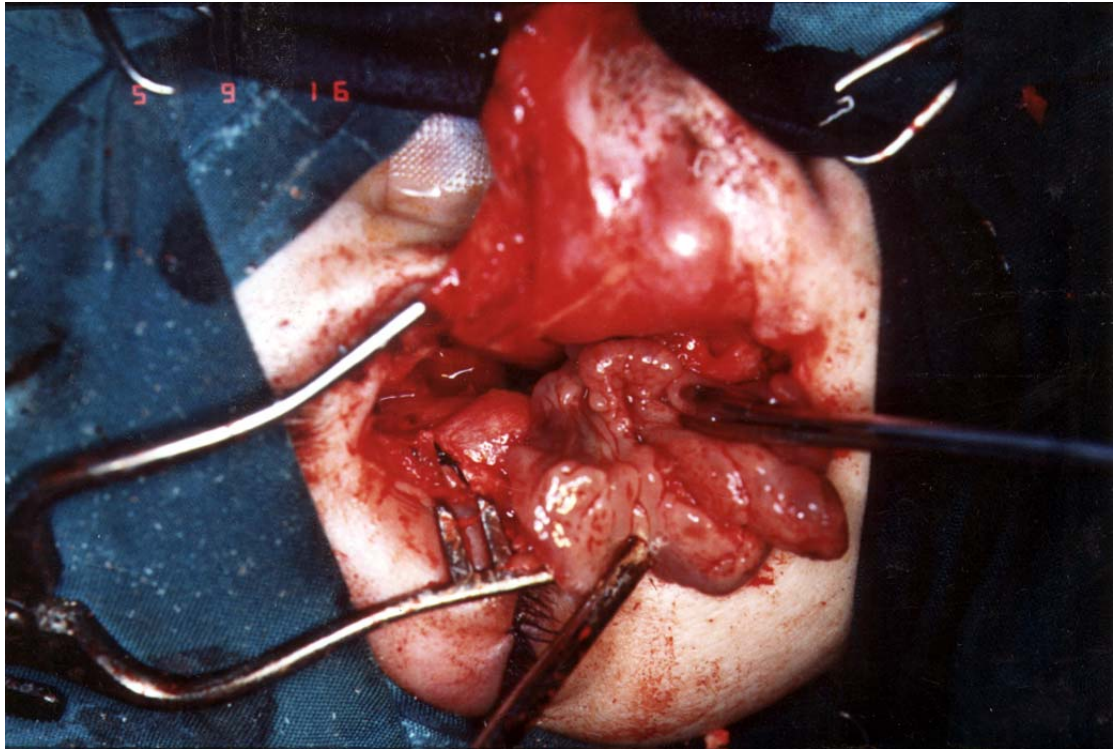
Εικ. 7. Σε σπάνιες περιπτώσεις η ριζική αφαίρεση των θηλωμάτων απαιτεί μέση γναθεκτομή.



Εικ. α. Προεγχειρητική C.T. Φαίνεται η επέκταση του όγκου στα παραρρίνια.



Εικ. β&γ. Μετεγχειρητική C.T. Το έξω οστέινο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης ελλείπει. Έχουν διατηρηθεί οι κόγχες και μόνο μεταξύ μέσης και κάτω ρινικής κόγχης υπάρχει έλλειμμα βλενογονοπεριοστέου. Έτσι αποφεύγονται τα προβλήματα της τεράστιας ρινικής θαλάμης που καταλείπεται στην μέση γναθεκτομή.



Εικ.8. Πλάγια ρινοτομία. Το έξω οστέινο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης έχει αφαιρεθεί και ο όγκος με το γύρω προσβεβλημένο. Βλεννογονοπερίοστεο έλκεται προς τα έξω.



Προεγχειρητική CT

Φαίνεται η κατάληψη της δεξιάς ρινικής θαλάμης από τη νεοπλασία η οποία επεκτείνεται στα ηθμοειδή και στο δεξιό ιγμόρειο άντρο.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1. Άνδρας 58 ετών με μονόπλευρη ρινική απόφραξη και επίσταξη. Η αξονική τομογραφία έδειξε κατάληψη της δεξιάς ρινικής θαλάμης και επέκταση του όγκου στα ηθμοειδή και δεξιό ιγμόρειο άντρο. Η βιοψία έδειξε ενδοφυτικό θήλωμα έγινε πλάγια ρινοτομία και αφαίρεση της παθολογίας από τη δεξιά ρινική θαλάμη, από τα ηθμοειδή και το ιγμόρειο άντρο.

Στη μετεγχειρητική αξονική τομογραφία το έξω οστέινο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης ελλειπή, έχουν διατηρηθεί οι κόγχες και μόνο μεταξύ μέσης και κάτω ρινικής κόγχης υπάρχει έλλειμμα του βλενοπεριόστεου. Ο ασθενής 5 χρόνια μετά και ύστερα από συνεχείς παρακολουθήσεις είναι καλά, χωρίς προβλήματα που δημιουργούνται από την τεράστια κοιλότητα και που συνιστούν το σύνδρομο της κενής μύτης.

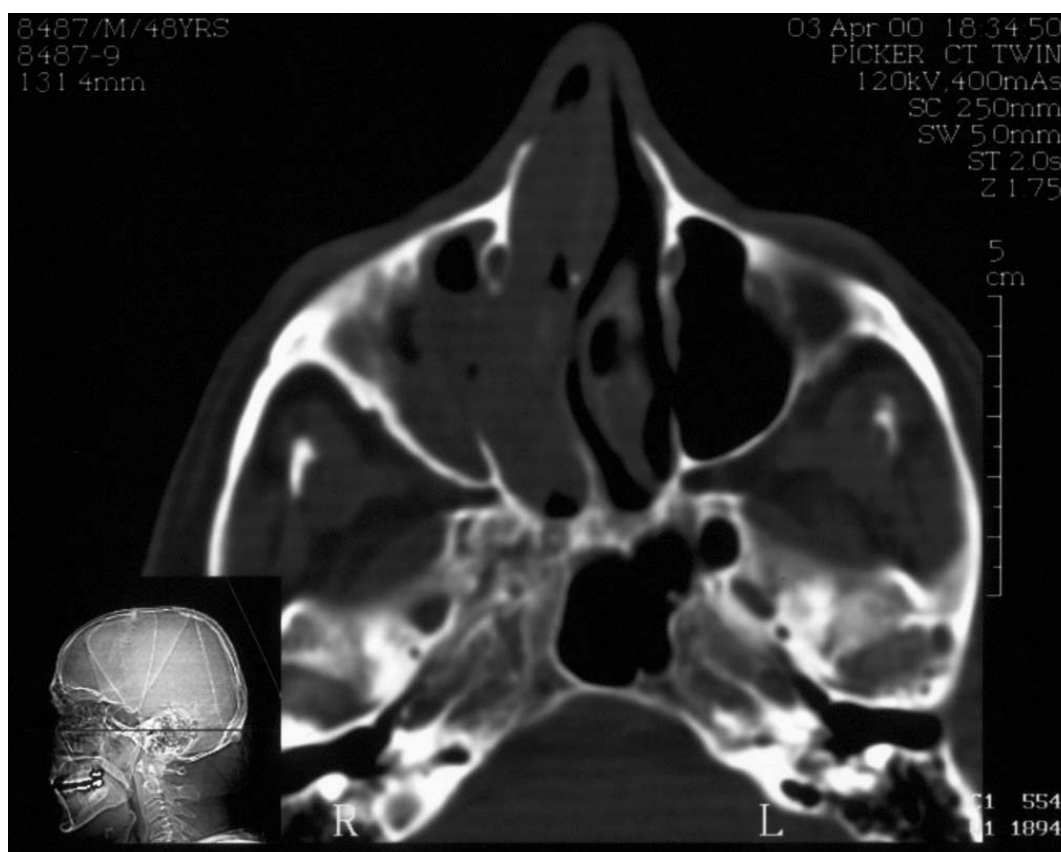


Ενδοσκοπική εικόνα του ενδοφυτικού θηλώματος της δεξιάς ρινικής θαλάμης. Φαίνονται ο όγκος το πλάγιο τοίχωμα της μύτης ή κάτω ρινική κόγχη και το διάφραγμα.

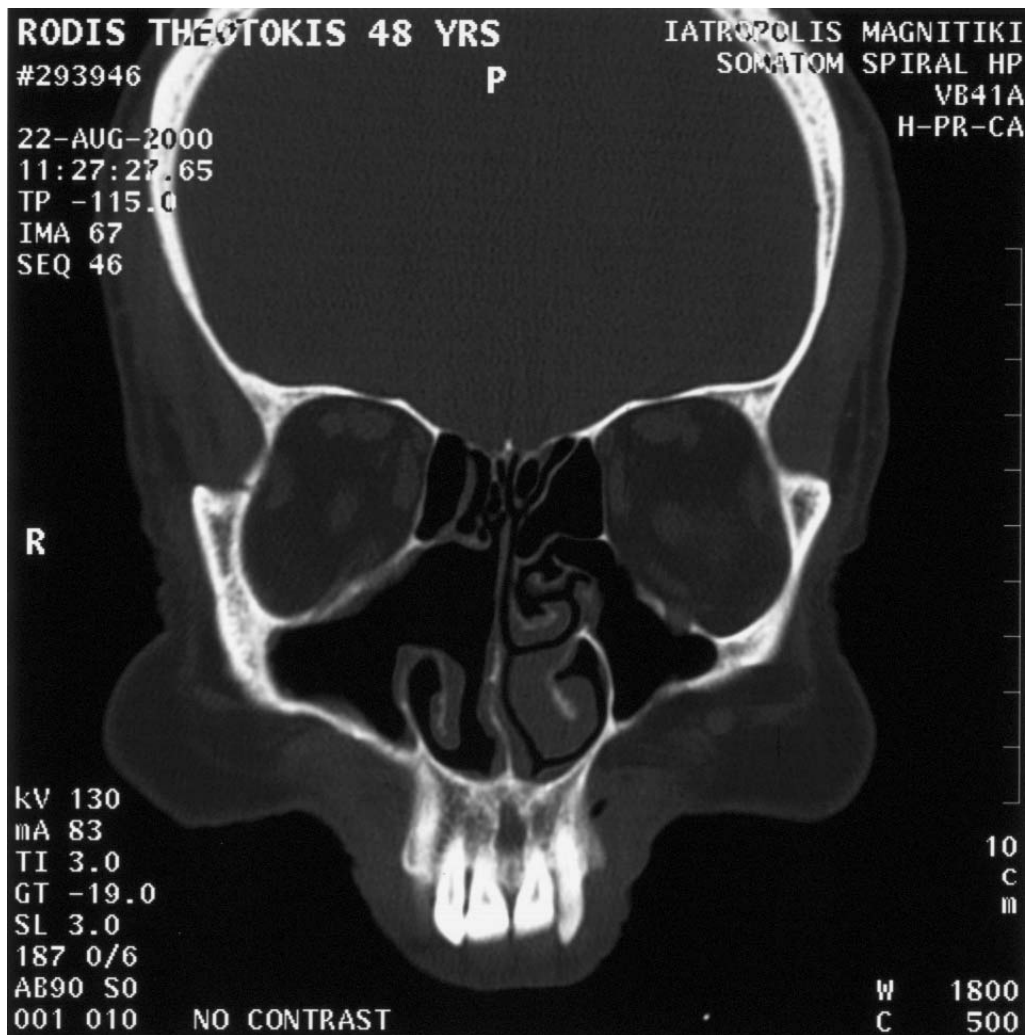
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2.

Άνδρας 52 ετών με μονόπλευρη ρινική απόφραξη και επίσταξη δεξιά, η αξονική τομογραφία έδειξε κατάλυση της δεξιάς ρινικής θαλάμης και επέκταση του όγκου στα ηθμοειδή δεξιά και στο αντίστοιχο ιγμόρειο άντρο.

Η βιοψία έδειξε ενδοφυτικό θήλωμα.. Έγινε αφαίρεση της παθολογίας από τη δεξιά ρινική θαλάμη από τα ηθμοειδή και το ιγμόρειο άντρο με πλάγια ρινοτομία.



Η προεγχειρητική αξονική τομογραφία έδειξε κατάλυση της δεξιάς ρινικής θαλάμης και ιγμορείου άντρου σύστοιχα.



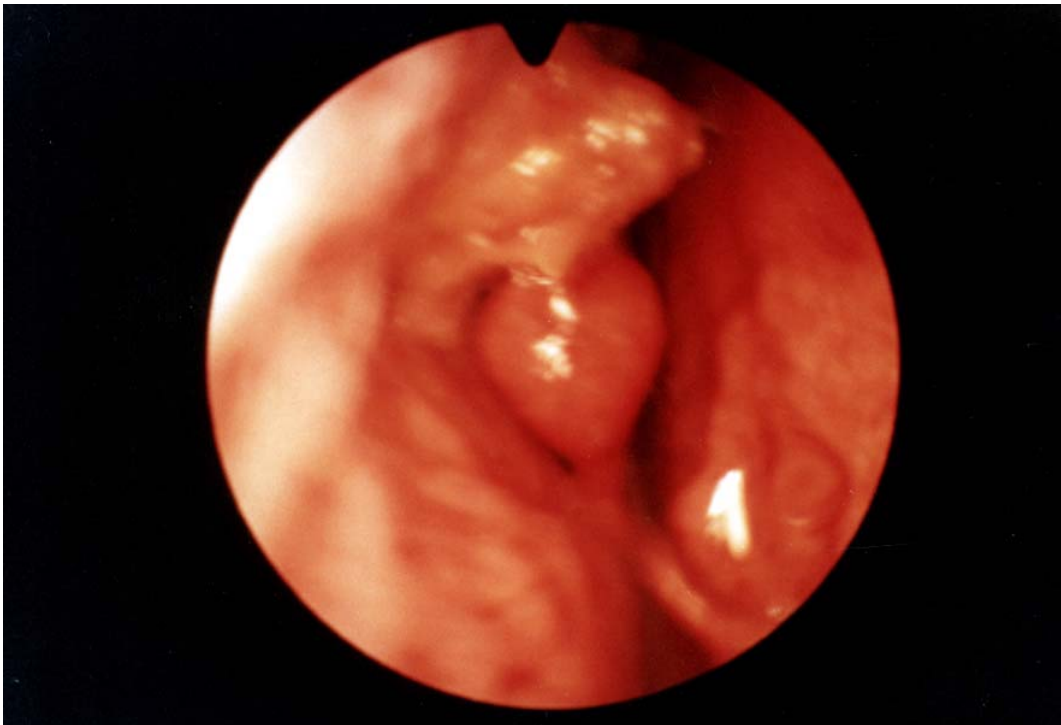
Μετεγχειρητική αξονική τομογραφία το έξω οστέινο τοίχωμα της δεξιάς ρινικής θαλάμης ελλείπη. Επίσης υπάρχει έλλειμμα του βλενοπεριοστέου το οποίο έχει αφαιρεθεί μαζί με τη νεοπλασία. Διατηρείται η κάτω ρινική κόγχη.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3.

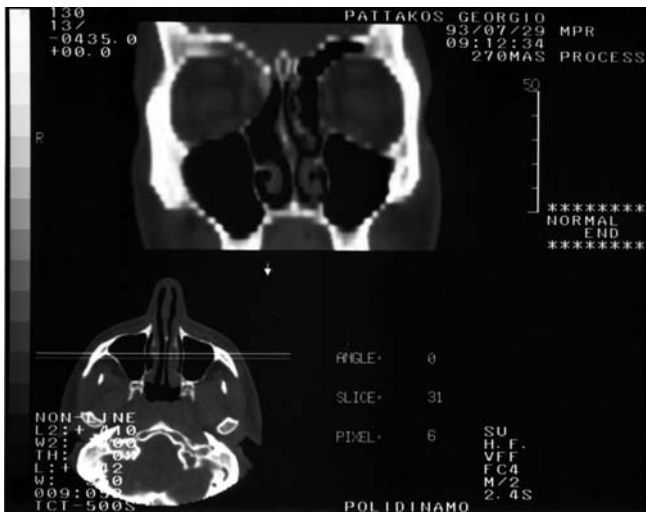
Αφορά ασθενή άνδρα ηλικίας 60 ετών ο οποίος προσήλθε με μονόπλευρη ρινική απόφραξη δεξιά συνοδευόμενη από συμπτώματα παραρινοκολπίτιδος σύστοιχα.

Η αξονική τομογραφία έδειξε κατάληψη της δεξιάς ρινικής θαλάμης, ηθμοειδών και δεξιού ιγμορείου σύστοιχα.

Με πλάγια ρινοτομία έγινε η αφαίρεσης του πλάγιου τοιχώματος δεξιάς ρινικής θαλάμης μαζί με τη νεοπλασία με προσπέλαση πλάγιας ρινοτομίας.



Στην τρίτη περίπτωση στην ενδοσκόπηση της ρινός φαίνεται η νεοπλασία η κάτω ρινική κόγχη και το ρινικό διάφραγμα.



Στη μετεγχειρητική αξονική τομογραφία το εξω οστέινο τοίχωμα της δεξιάς ρινικής θαλάμης ελλείπει. Έχει διατηρηθεί η κάτω ρινική κόγχη και υπάρχει το έλλειμμα του περιστέου. Ενώ στην αριστερή φυσιολογική ρινική θάλαμη φαίνεται η μέση και η κάτω ρινική κόγχη.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4.

Άνδρας 61 ετών με μονόπλευρη ρινική απόφραξη αριστερή και επίσταξη. Η προεγχειρητική τομογραφία έδειξε κατάληψη της αριστερής ρινικής θαλάμης και επέκταση του όγκου στα ηθμοειδή και το αριστερό ιγμόρειο άντρο.

Η βιοψία έδειξε ενδοφυτικό θήλωμα έγινε πλάγια ρινοτομία και αφαίρεση της παθολογίας από την αριστερή ρινική θαλάμη, από τα ηθμοειδή και το ιγμόρειο.

Προεγχειρητική C.T



Μετεγχειρητική C.T

Στη μετεγχειρητική αξονική τομογραφία το έξω οστέινο τοίχωμα της αριστερής ρινικής θαλάμης ελλείπει.

Έχει διατηρηθεί η κάτω ρινική κόγχη και φαίνεται το έλλειμμα του βλενοπεριόστεου.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως είναι φανερό η καθοριστική φάση της τροποποιημένης μέσης γναθεκτομής είναι αυτή κατά την οποία αφαιρείται το ανένδοτο οστέινο έξω τοίχωμα της ρινικής θαλάμης.

Έτσι έλκοντας προς τα έξω το ελεύθερο πλέον βλεννογονοπερίοστεο, γίνεται εφικτός ο έλεγχος των ορίων της παθολογίας.

Αντιθέτως, εάν δεν προηγηθεί αυτή η φάση, όπως δηλαδή γίνεται στη τυπική μέση γναθεκτομή, ο όγκος που συνήθως πληροί ασφυκτικά την ρινική θάλαμη δεν είναι δυνατό να παραμερισθεί και να επιτρέψει τον καθορισμό των ορίων της εκφυτικής του βάσης, πάνω στο πλάγιο τοίχωμα της ρινικής θαλάμης.

Έτσι γίνεται απαραίτητη η αφαίρεση ολόκληρου του έξω τοιχώματος ώστε ασφαλώς να περιληφθεί και η εκφυτική μοίρα των θηλωμάτων.

Η τεράστια κοιλότητα που καταλείπετε δημιουργεί πληθώρα ενοχλημάτων όπως αίσθημα πληρότητας, δημιουργία κρουστών, δυσφορία, οπισθορρινική έκκριση και ρινορραγίες, συμπτώματα που συνιστούν το σύνδρομο της κενής ή άδειας μύτης.

Όλα αυτά αποφεύγονται με την τροποποιημένη μέση γναθεκτομή και μετεγχειρητικά αντιμετωπίζει κανείς μια φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική ρινική κοιλότητα.

Από τα 42 περιστατικά που αντιμετωπίσαμε την εικοσαετία 1980 – 2000, ένα θεραπεύθηκε με ενδορρινική προσπέλαση, 3 με συνδυασμό ενδορρινικής προσπέλασης και ριζικής ανάτρησης του ιγμορείου, και 38 περιστατικά με τροποποιημένη μέση γναθεκτομή. Σε αυτά τα περιστατικά διατηρήθηκε τμήμα του πλάγιου τοιχώματος της ρινικής θαλάμης και κυρίως η κάτω ρινική κόγχη.

Από τα 38 περιστατικά που χειρουργήθηκαν με την τροποποιημένη μέση γναθεκτομή 4 περιστατικά υποτροπίασαν και αντιμετωπίστηκαν με ριζική μέση γναθεκτομή. Ενώ τα υπόλοιπα έχουν ιαθεί πλήρως παρακολουθούμενα πέραν της πενταετίας. Σκοπός της νέας αυτής τεχνικής είναι να αντιμετωπίσουμε τα λειτουργικά προβλήματα που συνθέτουν το σύνδρομο της άδειας μύτης (κρούστες, αίσθημα πληρότητας, ρινορραγίες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην κλινική μας (Ν.Ε.Ε.Σ) νοσηλεύτηκαν κατά την περίοδο 1980 – 2000 . 42 ασθενείς με ενδοφυτικά θηλώματα ρινός και παραρρινίων κόλπων.

Επρόκειτο για 27 άνδρες και 15 γυναίκες.

Οι περισσότεροι ασθενείς διήνυαν την 5η και 6η δεκαετία της ζωής τους.

Το κυριότερο σύμπτωμα ήταν μονόπλευρη ρινική απόφραξη.

Επίσης ρινορραγία, πόνος στο πρόσωπο και παραρρινοκολπίτιδες ήταν συχνά ενοχλήματα.

Σε 7 περιπτώσεις οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε μια ή περισσότερες ενδορρινικές επεμβάσεις στο παρελθόν.

Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο συνήθως παρατηρείται κατάληψη της ρινικής θαλάμης από τη μάζα, του άντρου και των ηθμοειδών κυψελών.

Σπανιότατα σε 2 περιστατικά έχει παρατηρηθεί προσβολή του μετωπιαίου και του σφηνοειδούς κόλπου.

Σε 5 περιπτώσεις είχαμε οστικές καταστροφές γιατί συνυπήρχε με το ενδοφυτικό θήλωμα καρκίνωμα κυρίως εκ πλακώδους επιθηλίου.

Η διάγνωση τίθεται πάντα με τη λήψη βιοψίας και μάλιστα πολλαπλών βιοψιών διότι αρκετά συχνά φλεγμονώδεις πολύποδες περιβάλλουν το θήλωμα και μπορούν να οδηγήσουν σε εσφαλμένη ιστολογική διάγνωση.

Επίσης η προσεκτική μελέτη με αξονική τομογραφία είναι πάντα απαραίτητη για την εκτίμηση της εκτάσεως της νόσου προκειμένου να σχεδιαστεί η κατάλληλη χειρουργική προσπέλαση.

SUMMARY

The inverted papilloma is a rare type of neoplasia, with an incidence of 0.5-4% of nasal tumours. The tumour spreads along tissues, causes bony destruction, often recurs after surgical excision and in some cases is present together with squamous cell carcinoma, showing an unpredictable behaviour.

Its clinical presentation includes nasal obstruction, epistaxis, facial pain and symptoms mimicking those of the infections of the paranasal sinuses. Histologically, it is characterised by a hyperplastic respiratory epithelium with an exophytic or inverted pattern of growth and increased number of epithelial cells in the underlying stroma.

Complete surgical excision is the treatment of choice and application of the optimal approach and technique is of the utmost importance.

In cases of tumours of limited size a conservative resection is selected, while more extended tumours, filling the nasal cavity and the paranasal sinuses, demand a more aggressive procedure, such as a lateral rhinotomy incision with a medial maxillectomy. However, the patient has to face many functional problems post-operatively, because of the large space created by the operation.

In our Department a new technique has been used the last twenty years for the surgical excision of inverted papillomas, as an alternative to the conventional approach.

Using this new technique, we have the ability to radically excise the tumour while preserving the maximum of the healthy part of the external wall of the nasal cavity.

As a result, we are able to create a normally functioning and restricted nasal cavity and to minimise, in the majority of cases, the disadvantages caused by the large cavity of the middle maxillectomy.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- 1) Επανεπεμβάσεις επί προηγηθεισών εγχειρήσεων δι' έλκος του 12/λου.
Με την συνεργασία : Ν. ΦΙΝΟΚΑΛΙΩΤΗ – Χ. ΔΙΕΤΗ –Ι.
ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗ – Γ. ΜΕΣΣΑΡΗ.
ΧΙΙ Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής με διεθνή συμμετοχή.
ΑΘΗΝΑ 12-15/10/1980.
- 2) Λανθάνων υπερθυρεοειδισμός
Με την συνεργασία : Ε. ΠΕΠΠΑ – Ν. ΜΑΡΟΠΟΥΛΟΥ – Α.
ΧΙΩΛΟΥ – Γ. ΜΕΣΣΑΡΗ
36ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Αθηνών
ΙΩΑΝΝΙΝΑ 24-26/5/1980
- 3) Η επίδρασις του καπνίσματος στη δημιουργία κηλών ή των
υποτροπών τους.
Με την συνεργασία: Χ. ΔΙΕΤΗ – Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗ – Μ.
ΚΑΤΗΡΗ – Ι. ΒΑΜΒΟΥΚΑΚΗ – Γ. ΜΕΣΣΑΡΗ.
7ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο.
ΑΘΗΝΑ 7-10/5/1981.
- 4) Η Σιαλογραφία εις την διάγνωση των παθήσεων των σιαλογόνων
αδένων.
Με την συνεργασία : Γ. ΜΕΣΣΑΡΗ – Θ. ΚΑΝΤΙΑΝΗ – Η.
ΛΑΜΠΡΑΚΟΥ – Ε. ΠΕΠΠΑ.
Β' Διεθνές πολυθεματικό Συνέδριο Ιατρικής Εταιρείας Χανίων 1982.
- 5) Εκκολπωμάτωσις του παχέος εντέρου – χειρουργική αντιμετώπισις.
Με την συνεργασία: Ν. ΦΙΝΟΚΑΛΙΩΤΗ - Α.
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ – Γ. ΜΕΣΣΑΡΗ.
Β' Διεθνές πολυθεματικό Συνέδριο Ιατρικής Εταιρείας Χανίων 1982.
- 6) The surgical correction of the atresia of the external auditory canal.
Με την συνεργασία: DOKIANAKIS G. – CHATZIMANOLIS E. –
LOUBERDIS
D.
Film super 8 time.
13th Greek – Yugoslav Gongress, Corfu 23-26/9/1982.
- 7) Neurological findings in the Subclavian steal syndrome (sss).
Με την συνεργασία: G. GAVALAS – C. CHRISTIDIS – G.
DOKANIAKIS.
13th Greek – Yugoslav Congress, Corfu 23-26/9/1982.

8) Επιπλοκές της χρονίας μέσης πυώδους ωτίτιδος.

Με την συνεργασία: Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ. ΓΑΒΑΛΑ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.

2 Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, Οκτώμβριος 1982.

9) Σφάλματα κατά τον έλεγχο της ακοής.

Με την συνεργασία: Γ. ΓΑΒΑΛΑ – Ε. ΜΑΚΡΕΛΗ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.

2 Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ /γίας, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου, 9-12/6/1983.

10) Ενδοσκοπική διάγνωση τεσσάρων περιπτώσεων εκκολπωμάτων γαστρικού άντρου.

Με την συνεργασία: Ι. ΠΛΑΚΟΝΟΥΡΗ – Χ. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗ – Χ. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟ. Γαστρεντερολογικές ημέρες άνοιξης, 16-17/4/1983 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

11) Ακτινοδιαγνωστική του συγγενούς χολοστεατώματος του κροταφικού οστού.

Με την συνεργασία: Ι. ΚΑΤΣΑΡΓΥΡΗ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.

Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο, ΑΘΗΝΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 1984.

12) Post- traumatic vestibular findings.

Με τη συνεργασία: G. GAVALAS – J. VATHILAKIS- D. CRIKOS.

XIV Yugoslav-Greek- Italian Gongress of Otoneuroophthalmology 26-27/9/1984

OHRID.

13) Ατρησία ρινικών χοανών.

Με την συνεργασία: Γ. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ – Μ. ΧΟΥΛΑΚΗ – Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗ

- Θ. ΜΠΑΙΡΑΜΗ – Χ. ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΥ.

3ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΕΘΥΜΝΟ 25-27/10/1985.

14) Τα θηλώματα του Λάρυγγα στα παιδιά.

Με την συνεργασία: Γ. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ – Θ.
ΜΠΑΙΡΑΜΗ – Μ. ΧΟΥΛΑΚΗ –
Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗ – Ε. ΛΙΑΠΗ.
Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδιατρικής
ΡΟΔΟΣ 1985.

15). Η απολίνωση της έσω γναθιαίας. Πότε και πού.

Με την συνεργασία: Κ. ΧΡΗΣΤΙΔΗ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ –
Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ.
Περιοδικό Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία. Τεύχος 6 1986.

16) A new mucoperiosteal flap from the upper extension of the middle turbinate in frontal sinus surgery.

Με την συνεργασία: G. DOKIANAKIS – E.
CHATZIMANOLIS – G. PAPAZOGLU.
Poster – ανακοίνωση European Rhinology Society
ATHENS 15-18/6/1986.

17) Η Διαγνωστική προσπέλαση των πλαγιοτραχηλικών διογκώσεων.

Με την συνεργασία: Α. ΓΕΡΜΑΝΟΥ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ – Ε.
ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ.
4ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο 12-15/11/1987.

18) Ο Καρκίνος της γλώσσας

Με την συνεργασία: Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Ι. ΦΑΡΑΖΗ.
4ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας, Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου.
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 16-19/9/1987.
Περιοδικό Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία Τόμος 9 Τεύχος 1.

19) Θυρεοειδεκτομή

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Ε. ΜΑΚΡΕΛΗ – Ι.
ΔΕΜΕΡΟΥΤΗ – Α. ΓΕΡΜΑΝΟΥ .
4ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας, Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου.

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 16-19/9/1987.

20) Το σύνδρομο υπνικής άπνοιας και η αντιμετώπισή του.
Με την συνεργασία: Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ.
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.
Poster – ανακοίνωση 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικό 3-
7/5/1988.

21) The surgical management of Juvenile Angiofibroma.
Με την συνεργασία: G. DOKIANAKIS – E.
CHATZIMANOLIS –D. LEFANTZIS
Ταινία 4th Italian – Greek – Yugoslavian Congress of
Otolaryngology, Head and Neck Surgery
June 4-7,1989.

22) Diagnostic problems of the sphenoid sinus mucocele.
Με την συνεργασία : G. PAPAZOGLU – M.
PAPAMICHALOPOULOS – D. LOUBERDIS –A.
GERMANOS .
4th Italian – Greek – Yugoslav Congress of otolaryngology,
Head and Neck Surgery
June 4-7 1989.

23) Όγκοι ακρορρινίου – χειρουργική αντιμετώπιση.
Με την συνεργασία: Κ. ΔΟΥΡΟΥ – Ν. ΚΟΝΣΟΛΑ – Δ.
ΛΟΥΒΕΡΔΗ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ.
5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας ΑΘΗΝΑ 1989.

24) Διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση των όγκων της
παρωτίδος.
Με την συνεργασία: Μ. ΠΑΠΑΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ – Ν.
ΤΣΩΝΗ – Α. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ.
5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας ΑΘΗΝΑ 1989.

25) Ιατρογενής παράλυση του προσωπικού νεύρου στην
ενδοκροταφική του μοίρα.
Με την συνεργασία: Α. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ – Ν. ΤΣΩΝΗ – Γ.
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας, Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου.

ΑΘΗΝΑ 16-18/11/1989.

26) Αισθησιονευροβλάστωμα – θεραπευτική αντιμετώπιση

Με την συνεργασία: Μ. ΠΑΠΑΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ – Ν.

ΚΟΝΣΟΛΑ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/ γίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΑΘΗΝΑ 16-18/11/1989.

27) Όγκοι παρωτίδος (10ετής εμπειρία)

Με την συνεργασία: Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Ν. ΤΣΩΝΗ – Σ.

ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΑΘΗΝΑ 16-18/11/1989.

28) Αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων της ρινός και των παραρρινίων κόλπων.

Με την συνεργασία : Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Ν. ΜΑΡΣΑΝ – Ν. ΤΣΩΝΗ

5ο Παγκρήτιο Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1990.

29) Παρατεταμένη διασωλήνωση

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Ν. ΙΩΑΝΝΙΔΗ –

Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

5ο Παγκρήτιο Συνέδριο ΡΕΘΥΜΝΟ 1990.

30) Το φαρυγγικό συρίγγιο ως επιπλοκή της ολικής

Λαρυγγεκτομής

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Α. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ

Περιοδικό Ελληνικής Ωτορινολαρυγγολογίας Τόμος II Τεύχος 4.

31) Οστεώματα παραρρινίων κοιλιοτήτων

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ
6ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου
5-9/10/1991 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

32) Εξωκρανιακή χειρουργική αντιμετώπιση της ρινόρροιας
εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ
6ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου
5-9/10/1991 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

33) Όγκοι γναθοφαρυγγικού διαστήματος
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Ι. ΔΕΜΕΡΟΥΤΗ
6ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου
5-9/10/1991 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

34) Vestibular disorders due to diving
Με την συνεργασία: G. GAVALAS – G. DOUNDOULAKIS –
J. VATHILAKIS
XVIIth annual meeting of EUBS on diving and Hyperbatic
Deticine in HERAKLION – CRETE 29/9-3/10 1991.

35) Decision for stapedectomy in patients with Otosclerosis
tullingout the audiological indication
Με την συνεργασία: J. VATHILAKIS – G. VONTETSIANOS –
G. GAVALAS
2ο Διεθνές Ακοολογικό Συνέδριο Μεσογειακών χωρών
5-9/10/1991 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

36) Αναβολεκτομή – προβλήματα – λύσεις
Με την συνεργασία: Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ- Ε. ΠΟΝΤΙΚΑΚΗ –
Γ. ΣΤΑΜΟΥΛΗ- Ι. ΒΑΘΥΛΑΚΗ

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου
5-9/10/1991 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

37) Το φαρυγγικό συρίγγιο ως επιπλοκή της ολικής
Λαρυγγεκτομής
Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ- Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ
– ΑΘ. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ
Ελεύθερη ανακοίνωση στο περιοδικό ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ
Τόμος 11ος Τεύχος 4ο.

38) Όγκοι γναθοφαρυγγικού διαστήματος
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ- Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ
Ελεύθερη ανακοίνωση στο XVIII Πανελλήνιο Συνέδριο
Χειρουργικής και Διεθνές Χειρουργικό Συμπόσιο
ΑΘΗΝΑ 1-5/11/1992.

39) Χειρουργική αντιμετώπιση της Λαρυγγοκήλης
Με την συνεργασία: Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗ – Χ. ΒΟΝΤΕΤΣΙΑΝΟΣ –
Σ. ΞΗΡΟΚΩΣΤΑΣ-Κ. ΧΡΗΣΤΙΔΗΣ – ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ
6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1992.

40) Η χειρουργική των φλεγμονωδών παθήσεων του
Υπογναθίου
Σιελογόνου Αδένος.
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ –
Μ. ΠΑΟΥΡΗ
6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1992.

41) 22 Περιπτώσεις Χολοστεατώματος υπό ακεραία τυμπανική
μεμβράνη
Με την συνεργασία: ΕΜΜ. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ- Μ. ΠΑΟΥΡΗ
– ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ – ΕΜΜ. ΠΟΝΤΙΚΑΚΗ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ

6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1992.

42) Βλεννογονοκήλη των παραρρινίων κοιλοτήτων

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Ν.
ΜΑΡΣΑΝ – Σ. ΞΗΡΟΚΩΣΤΑ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1992.

43) Νευριλημμώματα του Τραχήλου

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Χ.

ΒΟΝΤΕΤΣΙΑΝΟΣ – Μ. ΠΑΟΥΡΗΣ – Γ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ

6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ 1992.

44) Χειρουργική αντιμετώπιση των Χολοστεατωμάτων υπό
ακεραία τυμπανική μεμβράνη

Με την συνεργασία: ΕΜΜ. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ
– Χ. ΒΟΝΤΕΤΣΙΑΝΟΥ – Ι. ΒΑΘΥΛΑΚΗ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ

Video- ταινία, 6ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, ΡΕΘΥΜΝΟ
1992.

45) Υπεργλωττιδική Λαρυγγεκτομή (εμπειρία των 5 τελευταίων
ετών)

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Δ.
ΛΕΦΑΝΤΖΗ – Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ

Περιοδικό ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ Τόμος
13

Τεύχος 4 1992.

46) Δύο περιπτώσεις Ιστιοκυττώσεως του κροταφικού οστού

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Σ.
ΞΗΡΟΚΩΣΤΑ- Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ

Περιοδικό ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

Τόμος 14 Τεύχος 2 1993.

47) A case of Turner' s syndrome with bilateral
cholosteatomatous otitis media

Με την συνεργασία: G. PAPAZOGLU – G.
DOUNDOULAKIS – G. VATHILAKIS – M. PAOURIS – G.
DOKIANAKIS
Poster – XV World Congress of Otorhinolaryngology Head and
Neck Surgery
INSTABUL TURKIYE JUNE 1993.

48) Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma. Preoperative
management and surgical treatment in 39 patients
Με την συνεργασία: G. PAPAZOGLU – G.
DOUNDOULAKIS – D. LEFANTZIS – M. PAOURIS – G.
DOKIANAKIS
XV Word Congress of Otorhinolaryngology
INSTABUL TURKIYE JUNE 1993.

49) Καρκίνος της ρινός και των παραρρινίων κοιλοτήτων
Με την συνεργασία: ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ – Γ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ –
Σ. ΞΗΡΟΚΩΣΤΑ – ΕΜΜ. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου, 14-17/10 1993 ΚΡΗΤΗ

50) Πρωτοπαθή νεοπλάσματα παρωτίδος
Με την συνεργασία: ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ – Κ. ΝΙΚΑ – Γ.
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου, 14-17/10/1993 ΚΡΗΤΗ

51) Βλεννογονοκήλες των παραρρινίων κοιλοτήτων
Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Ν.
ΜΑΡΣΑΝ – Σ. ΞΗΡΟΚΩΣΤΑ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου, 14-17/10/1993 ΚΡΗΤΗ

52) Νευρογενείς όγκοι κεφαλής και τραχήλου
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Γ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ – Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Δ.
ΛΕΦΑΝΤΖΗ

7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου, 14-17/10/1993 ΚΡΗΤΗ

53) Κύστεις τραχήλου – 15ετής εμπειρία
Με την συνεργασία: Γ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ – ΑΙΚ. ΣΤΡΑΤΑΚΟΥ –
Κ. ΝΙΚΑ – Μ. ΠΟΛΙΤΗ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ
7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου, 14-17/10/1993
ΚΡΗΤΗ

54) Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy –
incidence, cause and treatment
Περιοδικό Annals of Otology Rhinology and Laryngology
103: 1994
Με την συνεργασία: G. PAPAZOGLU – G.
DOUNDOULAKIS – G. DOKIANAKIS

55) Χειρουργική αντιμετώπιση Παραγαγγλιωμάτων του Μέσου
Ωτος – 16ετής εμπειρία
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Κ. ΧΡΗΣΤΙΔΗ – Β.
ΓΡΑΨΑ – Ι. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ- Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ
8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου
ΚΥΠΡΟΣ 2-5/11/1995

56) Χειρουργική αντιμετώπιση όγκων ελασσόνων σιελογόνων
αδένων
Με την συνεργασία: Ι. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ – Γ.
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Λ. ΚΑΝΤΑ – ΝΤ. ΜΠΑΜΙΟΥ
8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου
ΚΥΠΡΟΣ 2-5/11/1995.

57) Νευρογενείς όγκοι Κεφαλής και Τραχήλου
Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗ –
Μ. ΠΑΟΥΡΗ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ – Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ
Περιοδικό ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ Τόμος

58) Χειρουργική αντιμετώπιση νευρινώματος του πνευμονογαστρικού

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Δ.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ – Β. ΚΑΨΑΛΑ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

59) Ολική φαρυγγεκτομή- οισοφαγεκτομή και αποκατάσταση δια γαστρικής μεταθέσεως

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗ – Ε. ΠΑΣΣΟΥ – Γ.

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

60) Το αποκεκαλυμμένο προσωπικό νεύρο κατά την Αναβολεκτομή

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Γ.

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ – Γ.

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ- Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ – Γ.

ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

61) Συγκριτική αξιολόγηση Αξονικής και Μαγνητικής Τομογραφίας στους όγκους της παρωτίδος

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Γ.

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – ΕΜΜ. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ.

ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ – Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

62) Ενδοπαρωτιδικό νευρίνωμα του προσωπικού νεύρου

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Δ. ΧΟΧΛΙΔΑΚΗ – Ε. ΠΑΣΣΟΥ – Δ.

ΤΣΙΤΟΥΡΑ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής

Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

63) Η χειρουργική του κοχλιακού εμφυτεύματος

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ – ΕΜΜ.

ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ. ΓΑΒΑΛΑ – Ι.

ΒΑΘΥΛΑΚΗ – Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής

Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

64) Παραγαγγλιώματα του καρωτιδικού σωματίου

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗ – Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗ – Σ. ΤΡΙΑΝΤΟΥ – Β.

ΚΑΨΑΛΑ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής

Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25- 28/10/1997.

65) Φαρυγγοοισοφαγικά εκκολπώματα

Με την συνεργασία: Κ. ΧΡΗΣΤΙΔΗ – Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗ – Σ.

ΒΛΑΧΟΥ - Γ. ΔΕΔΗΛΙΑΡΗ – Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ – Β.

ΚΑΨΑΛΑ- Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ

9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής

Κεφαλής και Τραχήλου

ΡΟΔΟΣ 25-28/10/1997.

66) Ακοολογικά ευρήματα στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Με τη συνεργασία: Γ. ΓΑΒΑΛΑ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗ – Ε.
ΜΑΚΡΕΛΛΗ- Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗ.

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΩΡΛ/γίας Χειρουργικής Κεφαλής και
Τραχήλου Χαλκιδικής Ιούνιος 1983.

67) Προβλήματα χειρουργικής τεχνικής κατά την αντιμετώπιση
της ωτοσκλήρυνσης.

Με τη συνεργασία: Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Σ.
ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ – ΕΛ. ΠΑΣΣΟΥ- Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

68) Ογκοκυτταρικό Καρκίνωμα Παρωτίδος.

Με την συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Σ. ΒΛΑΧΟΥ –
Ε. ΝΙΚΟΛΑΟΥ

- Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ- Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗΣ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογικής
Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

69) Νευριλήμωμα του Λάρυγγος

Με την συνεργασία: Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ – Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Σ.
ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ-

Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ – Μ. ΤΣΑΜΟΥΡΗ

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999.

70) Χονδροσάρκωμα περιοχής Ρινοφάρυγγος.

Με την συνεργασία: Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Ε. ΝΙΚΟΛΑΟΥ- Δ.
ΛΕΦΑΝΤΖΗΣ – Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗΣ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
και Τραχήλου

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

71) Έκτοπη Θυμική Κύστη στον Τράχηλο.

Με την συνεργασία: Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗΣ – Γ.
ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ – Ν. ΤΣΙΚΟΥ
– Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

72) Αμυγδαλεκτομή: Η επίπτωση της στην κλινική πορεία της
ψωρίασης

Με τη συνεργασία: Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Γ.
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

73) Νόσος Wegener με αρχική εκδήλωση από το μέσον τους,
ένα περιστατικό και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Με τη συνεργασία: Γ. ΔΟΚΙΑΝΑΚΗΣ – Γ.

ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Ε. ΧΑΤΖΗΜΑΝΩΛΗΣ - Σ. ΒΛΑΧΟΥ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

74) Συγγενές χολοστεάτωμα.

Με τη συνεργασία: Δ. ΛΟΥΒΕΡΔΗΣ – Σ. ΒΛΑΧΟΥ – Σ.

ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ – Ε. ΛΙΛΑΚΟΥ - Δ. ΛΕΦΑΝΤΖΗΣ – Γ.

ΔΟΚΙΑΝΑΚΗΣ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

75) Διεγχειρητικά ευρήματα στη χειρουργική του
χολοστεατώματος.

Με τη συνεργασία: Γ. ΔΟΥΝΔΟΥΛΑΚΗΣ – Σ. ΒΛΑΧΟΥ- Δ.

ΛΟΥΒΕΡΔΗΣ – Ι. ΒΑΘΥΛΑΚΗΣ – Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Χειρουργικής
Κεφαλής και Τραχήλου.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999

.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΤΡΟΓΓΥΛΕΣ ΤΡΑΠΕΖΕΣ

1. Εισηγητής σε Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα την χειρουργική της βάσεως του κρανίου.
9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας , Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου
ΡΟΔΟΣ 1997.
2. Εισηγητής σε Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα: την « Χειρουργική του Θυροειδούς Αδένα »
Ελληνική Ω .Ρ.Λ Εταιρεία
ΜΑΡΤΙΟΣ 1999.
3. Εισηγητής σε Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα :
« Χειρουργική Θεραπεία της Ωτοσκλήρυνσης » και βάσης του κρανίου.
Σεμινάριο Ωτοχειρουργικής Ω. Ρ. Λ.κλινικής του Ν. Ε. Ε. Σ
ΑΘΗΝΑ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1999.
4. Εισηγητής σε Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα : « Όγκοι Σιαλογόνων Αδένων, Διάγνωση Αντιμετώπιση»
10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ωτορινολαρυγγολογίας Κεφαλής και Τραχήλου.
ΚΑΛΑΜΑΤΑ 6-10/10/1999
5. Εισηγητής σε Στρογγυλή Τράπεζα με θέμα: « Ροχαλητό – Υπνική άπνοια »
Χειρουργική Θεραπεία
26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο
ΑΘΗΝΑ ΜΑΙΟΣ 2000

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΞΕΝΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA AFTER TOTAL LARYNGECTOMY.
INCIDENCE – CAUSE AND TREATMENT.

G. PAPAZOGLU, MD - G. DOUNDOULAKIS, MD – G. TERZAKIS, MD

G. DOKIANAKIS, MD. Aun otol Rhinol 103: 1994.

2. Ectopic thynic cyst in the Neck
GEORGIOS TERZAKIS, MD – DIONISIOS LOUVERDIS, MD – STAMATIA VLACHOU, MD- GEORGIOS ANASTASOPOULOS, MD – GEORGIOS DOKIANAKIS MD.

A. TSIKOU PAPAFRAGOU MD.

The jornal of Laryngology and otology

April 2000 Vol 114 pp 318-320.

3. ADVANCES IN OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY 2000

MAY 4-6 2000 SANTORINI GREECE.

OTOLOGIC WEGENER'S GRANULOMATOSIS: a case report and review of the literature.

1. ΣΑΒΒΑΣ Α. ANATOMIKH TOY ANΘΡΩΠΟΥ ΤΟΜΟΣ Γ΄
2. MYGIND .N NASAL ALLERGY OXFORD BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS.
3. VRABEC D : the inverted schneiderian papilloma : A Clinical and Pathological study.
4. HOPMANN C. M: Die Papillaven Geschwulste der Nasenschleimhaut, virchow Arch path Anat. 93:213-258 : 1883
5. KRAMER R. SOM ML: True papilloma of the nasal Cavity. Ach otolaryngel. 1935: 22: 22: 43
6. RINGERTZ N: Pathology of malignant tumors arising in the Nasal and Paranasal Cavities and Maxilla:Acta. Otolaryngol 27: 31- 42 1938.
7. STENVENSON R.S AND GUTHRIE P: History of Otolaryngology. Baltimore 1949 the Williams and wilking CO.
8. ΑΙΓΙΝΙΤΗΣ ΠΑΥΛΟΣ : Βιβλία επτά , έκδοση βασιλείας 1538.
9. BUTLER. L.C. JR: Papillary Squamous cell tumors of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. University of Minnesota 1955.
10. CAPTAIN VINCENT HYAMS: Papillomas of the nasal cavity and paranasal Sinuses. A Clinicopathological study of 315 cases.
11. TRIBLE .W: Inverting Papilloma of the nose and Paranasal Sinuses :Report of 30 Cases.
12. LAWSON.W : Inverted Papilloma. An Analysis of 87 cases: Laryngoscope 99: November 1989.
13. SEGAL. K :Inverting Papilloma of the nose and Paranasal Sinuses Laryngoscope 96 : April 1986.
14. MYERS.E: Management of inverted Papilloma Laryngoscope 100 : MAY 1990.
15. SNYDER, R- PERZIN. K: Papillomatosis of Nasal Cavity and Paranasal Sinuses Cancer 30, 668-690 – 1972.
16. SKOLNIK. EM: Inverted Papilloma of the nasal Cavity. Arch Otolaryng – Vol 84: July 1966.
17. CUMMINGS G. GOODMAN.M Inverted Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses Arch Otolaryng. Vol 92 Nov 1970.

18. LAMPERTICO .P: Squamous Papilloma of upper respiratory epithelium.
Arch Pathol : 78 :1963.
19. WEISLER MARK : Inverted Papilloma
Ann Otol Rhinol Laryngol 95: 1986.
20. W. LAWSON. The role of Conservative Surgery in the management of inverted
Papilloma .Laryngoscope 93: February 1983.
21. STANLEY. R. Inverted Papilloma in a 10 Year – Old Boy
Arch Otolaryngol – Vol 110 Dec 1984.
22. EAVEY .R. Inverted Papilloma of the Nose and Paranasal Sinuses in
Child hood
and adolescence Laryngoscope 95: January 1985.
23. SINHA, S AND SRIVASTARA: Transitional cell Papilloma of the a
Nose and
Paranasal Sinuses : E.E.N.T Monthly, 50: 220: 222, 1971
24. HOLLINSHEAD, W.H: Anatomy for Surgeons.
Head and Neck. 2nd ed . Hober medical Division .
25. HAVSPER AND ROW. NEW YORK 1968 .
26. MAJUMDAR B. AND BECK. S. Inverted Papilloma of the Nose
some aspects
of etiology.
27. RESPLER DON. et al: Isolation and characterization of
Papillomavirus DNA
from nasal – inverting (Scheiderian) Papillomas.
28. COSTA J: Presence of human Papilloma vital antigens in Juvenile
multiple
Laryngeal Papilloma .A.M J. Clin Pathol 1981 : 75: 1947.
29. STRAUSS M, JENSON A.B. Human Papillomavirus in varius lesions
of the head
and neck otolaryngol. Head Neck Surgery 1985 93: 342-6.
30. ORMEROD F: Cylindrical cell Carcinoma of the nose. Acta otolaryng
84-97
1952.
31. LEHMAN RH: Papillary Sinusitis Ann Otolaryng 58: 507-511 1959.
32. PERRY PHILLIPS: The clinical Behavior of inverting Papilloma of
the nose and
Paranasal Sinuses. Report of 112 cases and Review of the Literature.
Laryngoscope 100: May 1990.
33. HENRIKSSON .N.G : Papillomas of the nose : A clinical Survey and
Contribution
Acta. Otolaryngol : 42:18:29 1952.

34. LAMPERTICO.P.RUSSELL :Squamous Papilloma of the upper Respiratory epithelium.
Arch Pathol 75: 293- 302-1963.
35. EGGSTON AND WOLF D : Histopathology of the Ear, Nose and Throat
Williams and Wilkins.
Baltimore pp 648. 800 1947.
36. KUSIAK, R AND HUDSON. W.R: Nasal Papillomatosis south med. J, 63 :
1977- 1980.
37. RIDOLFI. R. Schneiderian Papilloma A clinicopathological study of 30 cases.
A.M J. Surg path 1:43-53.1977.
38. GAITO .R.A : Ultrastructure of a Human Nasal Papilloma.
Laryngoscope
75:144- 152. 1:43-53.
39. RESPLER DON : ISOLATION AND CHARACTERIZATION OF PAPILOMAVIRUS DNA FROM NASAL INVERTING (SCHNEIDERIAN) PAPILOMAS.
Ann otol Rhinol Laryngol 96: 1987
40. STINA SYRJANEN : Detection of Human Papilloma virus (HPV) structural.
Antigens and DNA tupes in inverted Papillomas and squamous cell carcinomas of
the nasal cavities and Paranasal sinuses.
Acta otolaryngol (stockh) 1987 : 104: 334-341.
41. RANDALS. S. WEBER : Prevalence of Human Papillomavirus in inverted Nasal Papillomas.
Arch Otolaryngol Head and Neck surgery: Vol 114 Jan 1988.
- 42.YASHUSHI FURUTA: Moleular Pathologic Study of Human Papilloma virus
infection in inverted Papilloma and squamous cell Carcinoma of the Nasal
Cavities and Paranasal sinuses: Laryngoscope 101 : January 1991.
43. K. W.SUH : Inverting Papilloma of the Nose and Paranasal sinuses.
LARYNGOSCOPE, 87 : 35-46, 1977.
44. Friedmann I, Osborn D.A : Papilloma of the nose and sinuses.
Churchill Living stone 1982: 103-16.
45. A.F. VAN OLPHEN : An inverted Papilloma with intracranial extension.

- Journal of laryngology and otology. June 1988 Vol 102 DP 534-537.
46. NORRIS, H.J: Papillary lesions of the nasal cavity and Paranasal Sinuses.
LARYNGOSCOPE 72: 1784-1797, 1962.
47. OSBORN, D.A. Transitional cell Growths of the upper Respiratory Tract.
J. LARYNGOL. 70: 574-588, 1956
48. CALCATERRA, E.C : Inverting Papillomas of the Nose and Paranasal Sinuses.
LARYNGOSCOPE 90: 53.60: 1980.
49. YAMAGUCHI ,K.T: Inverted Papillomas and Squamous Cell Carcinoma.
J. Otolaryngol 8(2): 171-178,1979.
50. BROWN, B: The Papillomatous Tumors of the Nose.
J. LARYNGOL. 78.889-905. 1964.
51. FECHNER, R. E. and ALFORD, D.O: Inverted Papilloma and Squamous Carcinoma : An Unusual case: Arch Otolaryng 88: 507-512,1968.
52. SMITH, O. AND GULLANE, P,J : Inverting Papilloma of the Nose: Analysis of 48 Patients. J. Otolaryng 16: 154-156 1987.
53. K.J .MOMOSE : Radiological aspects of inverted Papilloma.
RADIOLOGY 134: 73-79- 1980.
54. PROETZ, A W : Applied Physiology of the nose. Ann al Publishing Company,
ST Louis 1953.
55. JOHANNES LANG
56. ARNOLD G. D. MARAN.V. LUND.