



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου



«ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ»

*Μεταπτυχιακή εργασία
Ιωάννη Κονσολάκη*

Γ΄ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Νοσοκομείο «Αττικόν»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2017



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ΄ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Π. Γ. Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Διευθυντής: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

«Ωτορινολαρυγγολογικές Παθήσεις και Κύηση»

*Μεταπτυχιακή εργασία
Ιωάννη Κονσολάκη*

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Διεύθυνση Προγράμματος: Καθηγητής Νικόλαος Παπαντωνίου

ΑΘΗΝΑ 2017

Στη Δητώ...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. Βιογραφικό σημείωμα	5
B. Γενικό μέρος: Ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις	11
B.1 <u>Εισαγωγή</u>	13
B.2 <u>Ους</u>	14
B.2.1 Βασικές αρχές	14
B.2.1.1 <i>Ανατομία - Φυσιολογία</i>	14
B.2.1.2 <i>Κλινική Εξέταση - Δοκιμασίες</i>	16
B.2.1.3 <i>Ακτινολογικός Έλεγχος</i>	18
B.2.2 Παθήσεις του Έξω Ωτός	19
B.2.2.1 <i>Εξωτερική Ωτίτιδα</i>	19
B.2.2.2 <i>Περιχονδρίτιδα</i>	19
B.2.3 Παθήσεις του Μέσου Ωτός	21
B.2.3.1 <i>Μέση Ωτίτιδα</i>	21
B.2.3.2 <i>Χολοστεάτωμα</i>	22
B.2.3.3 <i>Ωτοσκλήρυνση</i>	22
B.2.4 Παθήσεις του Έσω Ωτός	24
B.2.4.1 <i>Νευροαισθητήριος Βαρηκοΐα</i>	24
B.2.4.1.1 <i>Διάφοροι τύποι Νευροαισθητήριου Βαρηκοΐας</i>	24
B.2.4.1.2 <i>Αιφνίδιος Νευροαισθητήριος Βαρηκοΐα</i>	25
B.2.4.2 <i>Εμβοές</i>	25
B.2.4.3 <i>Τιγγος</i>	26
B.2.4.3.1 <i>Καλοήθης Παροξυσμικός Τιγγος Θέσης</i>	27
B.2.4.4 <i>Νόσος Meniere</i>	27
B.2.4.5 <i>Αιθουσαία Νευρωνίτιδα</i>	28
B.2.4.6 <i>Περιλεμφικό Συρίγγιο</i>	29
B.2.4.7 <i>Οστικό Έλλειμα Άνω Ημικύκλιου Σωλήνα</i>	29

B.2.4.8 Ακουστικό Νευρίνωμα	29
B.2.4.9 Πάρεση Προσωπικού Νεύρου	30
B.2.4.10 Πάρεση του Bell	30
B.3 <u>Ρίνα - Παραρρίνιοι Κόλποι</u>	32
B.3.1 Βασικές Αρχές	32
B.3.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία	32
B.3.1.2 Ιστορικό και Κλινική Εξέταση	33
B.3.2 Παθήσεις της Ρινός και των Παραρρινίων Κόλπων	34
B.3.2.1 Ρινίτιδα	34
B.3.2.1.1 Οξεία Ρινίτιδα (Κοινό κρυολόγημα)	34
B.3.2.1.2 Αλλεργική Ρινίτιδα	34
B.3.2.1.3 Αγγειοκινητική Ρινίτιδα	35
B.3.2.1.4 Φαρμακευτική Ρινίτιδα	35
B.3.2.2 Ρινοκολπίτιδα	35
B.3.2.3 Ρινορραγία	36
B.3.2.4 Πολύποδες	37
B.4 <u>Στοματική Κοιλότητα και Φάρυγγας</u>	38
B.4.1 Βασικές Αρχές	38
B.4.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία	38
B.4.1.2 Κλινική Εξέταση - Απεικονιστικός Έλεγχος	39
B.4.2 Παθήσεις της Στοματικής Κοιλότητας και του Φάρυγγα	40
B.4.2.1 Λοιμώξεις	40
B.4.2.2 Βλάβες της στοματικής κοιλότητας	41
B.4.2.2.1 Εξελκώσεις	41
B.4.2.2.2 Λοιπές βλάβες	41
B.4.2.3 Φαρυγγικό εκκόλπωμα	42
B.4.2.4 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση	42

B.4.2.5 Ροχαλητό - Υπνική Απνοια	43
B.5 Λάρυγγας	44
B.5.1 Βασικές Αρχές	44
B.5.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία	44
B.5.1.2 Ιστορικό και Κλινική Εξέταση	45
B.5.2 Παθήσεις του Λάρυγγα	46
B.5.2.1 Διαταραχές Φώνησης	46
B.5.2.2 Λοιμώξεις	46
B.5.2.2.1 Οξεία Λαρυγγίτιδα	46
B.5.2.2.2 Χρόνια Λαρυγγίτιδα	46
B.5.2.2.3 Επιγλωττίτιδα	47
B.5.2.3 Μορφώματα των φωνητικών χορδών	47
B.5.2.3.1 Οζίδια	47
B.5.2.3.2 Οίδημα και πολύποδες	47
B.5.2.3.3 Έλκη εξ επαφής	48
B.5.2.4 Συγγενείς Όγκοι	48
B.5.2.5 Αναπνευστικά Θηλώματα	48
Γ. Σκοπός – Υλικό	49
Δ. Ειδικό μέρος: Ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις και κύηση	53
Δ.1 <u>Φυσιολογικές μεταβολές στο σώμα της εγκύου</u>	55
Δ.2 <u>Παθήσεις του Ωτός</u>	56
Δ.2.1 Παθήσεις του Έξω Ωτός	56
Δ.2.2 Παθήσεις του Μέσου Ωτός	57
Δ.2.2.1 Δυσλειτουργία Ευσταχιανής Σάλπιγγας	57
Δ.2.2.2 Ωτοσκλήρυνση	57
Δ.2.3 Παθήσεις του Έσω Ωτός	59
Δ.2.3.1 Αιφνίδιος Νευροαισθητήριος Βαρηκοΐα	59

Δ2.3.2 Εμβοές	60
Δ2.3.3 Ίλιγγος - Καλοήθης Παροξυσμικός Ίλιγγος Θέσης	60
Δ2.3.4 Νόσος Meniere	61
Δ2.3.5 Ακουστικό Νευρίνωμα	61
Δ2.3.6 Πάρεση Προσωπικού Νεύρου	62
Δ.3 <u>Παθήσεις της Ρινός και των Παραρρινίων Κόλπων</u>	63
Δ.3.1 Ρινίτιδα	63
Δ.3.2 Ρινοκολπίτιδα	64
Δ.3.3 Διαταραχές όσφρησης	65
Δ.3.4 Ρινορραγίες	65
Δ.3.5 Πυογόνο Κοκκίωμα	66
Δ.4 <u>Παθήσεις της Στοματικής Κοιλότητας και του Φάρυγγα</u>	67
Δ.4.1 Τερηδόνα - Περιοδοντίτιδα	67
Δ.4.2 Λοιμώξεις	67
Δ.4.3 Πυογόνο Κοκκίωμα	68
Δ.4.4 Λοιπές διαταραχές - Σιελόρροια της κύησης	69
Δ.4.5 Ροχαλητό - Υπνική Αναπνευστική Διαταραχή	69
Δ.5 <u>Παθήσεις του Λάρυγγα</u>	72
Δ.5.1 Διαταραχές της Φώνησης - Λαρυγγοπάθεια της Κύησης	72
Δ.5.2 Λοιμώξεις	72
Δ.5.3 Καλοήθεις Όγκοι	73
Δ.5.4 Καρκίνος του Λάρυγγα	73
Δ.5.5 Λαρυγγοοισοφαγική Παλινδρόμηση	74
Ε. Συμπεράσματα	75
Στ. Περίληψη	81
Z. Summary	83
Η. Βιβλιογραφία	85

A. ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ιωάννης Κονσολάκης

📍 Βιολί Χαράκι, Ατσιπόπουλο 74100 Ρέθυμνο

📞 6946501242 📠 2831103602

✉ gkonsolakis@yahoo.gr

Ημερομηνία γέννησης 17/03/1984

Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμος, πατέρας ενός παιδιού

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

12/09/2016 - Σήμερα	Επικουρικός Επιμελητής Β Μαιευτικής Γυναικολογίας Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο
21/05/2013–30/11/2015	Ειδικευόμενος Ιατρός Μαιευτικής Γυναικολογίας Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Αλεξάνδρα", Αθήνα
01/08/2011–16/05/2013	Ειδικευόμενος Ιατρός Μαιευτικής Γυναικολογίας Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Ρέθυμνο
01/09/2010–31/05/2011	Ιατρός Υπηρεσίας Υπαίθρου Περιφερικό Ιατρείο Αργυρούπολης, Ρέθυμνο
01/04/2009–25/08/2010	Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Χειρουργικής Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας, Πρέβεζα
05/11/2007–05/11/2008	Οπλίτης Ιατρός Ελληνικός Στρατός

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ

10/2014–Σήμερα	Π.Μ.Σ "Παθολογία της Κύησης" Γ' Μαιευτική κ Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. "Αττικόν", Αθήνα
06/11/2015–08/11/2015	Obstetrics - Gynecology U/S Course 27th Congress of the European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology(EFMSUMB) - EUROSON2015
02/10/2015	Τίτλος Ιατρικής Ειδικότητας Μαιευτικής Γυναικολογίας Περιφέρεια Αττικής
16/03/2015–18/03/2015	Σεμινάριο Εκπαίδευσης Προσωπικού στο Μητρικό Θηλασμό Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα
23/11/2012–24/11/2012	3ο Θεωρητικό και Πρακτικό Σεμινάριο: Μαιευτικές Κακώσεις Περινέου Α' Μαιευτική κ Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα
08/09/2012–08/09/2012	Instructors Course in Obstetrics and Gynecology (ICOG) Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού Γυναικολογικού Επείγοντος / American Academy of Family Physicians, Αθήνα
05/11/2011–06/11/2011	Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού Γυναικολογικού Επείγοντος / American Academy of Family Physicians, Ηράκλειο
13/03/2009–14/03/2009	Advanced Trauma Life Support (ATLS) Πανεπιστήμιο Αθηνών / American College of Surgeons, Αθήνα
10/2001–07/2007	Πτυχίο Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
01/04/2005–01/04/2005	Basic Life Support (BLS) / Automatic External Defibrillation (AED)

ΑΤΟΜΙΚΕΣ
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Μητρική γλώσσα ελληνικά

Λοιπές γλώσσες	ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ		ΟΜΙΛΙΑ		ΓΡΑΦΗ
	Προφορική	Πητή (ανάγνωση)	Επικοινωνία	Προφορική έκφραση	
αγγλικά	C1	C2	C1	C1	C1
	Certificate of Proficiency in English, University of Michigan				
γαλλικά	B2	B2	B2	B2	B2
	Diplome d etudes en langue Francaise (DELF) 2nd degree				
γερμανικά	B1	B1	B1	B1	B1

Σα: Α1 και Α2: Βασικός χρήστης - Β1 και Β2: Ανεξάρτητος χρήστης - C1 και C2: Έμπειρος χρήστης
Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Αναφοράς για Γλώσσες

Οργανωτικές /
διαχειριστικές
δεξιότητες

Γενικός Γραμματέας 11ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας
13/05 - 15/05/2005 Αλεξανδρούπολη

Μέλος Οργανωτικής Επιτροπής 12ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής
Ελλάδας 05/05 - 07/05/2006 Λάρισα

Αντιπρόεδρος Συμβουλίου Παραρτήματος της Επιστημονικής Εταιρείας Φοιτητών
Ιατρικής Ελλάδας 2006 - Αλεξανδρούπολη

Μέλος Συμβουλίου Παραρτήματος της Ε. Ε. Φοιτητών Ιατρικής
002 - 2006 - Αλεξανδρούπολη

Επαγγελματικές
δεξιότητες

Διαχείριση Ανώτερου Αεραγωγού - Βασική ΚΑΡΠΑ: από τη θεωρία στην πράξη,
Αναισθησιολογική Κλινική Δ.Π.Θ. - Ε.Ε.Φ.Ι.Ε. Παράρτημα Αλεξανδρούπολης,
10/03/2007, Αλεξανδρούπολη

Πρώτες Βοήθειες, μαθήματα 12 ωρών, Ελληνικός Ερυθρός
Ι/2002, Αλεξανδρούπολη

Ψηφιακή δεξιότητα Καλός χειρισμός windows, office, internet

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Διδασκαλία Υπεύθυνος διδασκαλίας του μαθήματος "Μαιευτική - Γυναικολογία" στη
Νοσηλευτική Σχολή του Γενικού Νοσοκομείου Ρεθύμνου για το διδακτικό έτος

2012 - 2013

Ομιλία σε πρόγραμμα ευαισθητοποίησης στο 3^ο Γυμνάσιο Ρεθύμνου με θέμα: Αφροδίσια Νοσήματα, στα πλαίσια της Θεματικής Εβδομάδας, 11/05/2017, Ρέθυμνο

Συμμετοχή στην επιμορφωτική εκδήλωση της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης για τον HPV, την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: Ομιλία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, 10/04/2013, Ρέθυμνο

Εθελοντισμός Ολυμπιακοί Αγώνες Αθήνα 2004

- Παρουσιάσεις
- Αλλαγές στο σώμα και ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά στην εγκυμοσύνη. 2η Παγρήτεια Ημερίδα Διατροφής από την Ένωση Διαιτολόγων Διατροφολόγων Κρήτης, 20/11/2016, Ρέθυμνο
 - Στρογγυλή Τράπεζα Μαιευτικής Γυναικολογίας με θέμα: Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών, νεότερες εξελίξεις, 13ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 20/04 - 22/05/2007, Αθήνα
 - Στρογγυλή Τράπεζα Εντατικής Θεραπείας με θέμα: Acute Respiratory Distress Syndrome, 12ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 05/05 - 07/05/2006, Λάρισα
 - Στρογγυλή Τράπεζα Χειρουργικής - Δορυφορική Σύνδεση με University of Miami / Α. Τζάκης με θέμα: Πολυσπλαχνικές Μεταμοσχεύσεις, 11ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 13/05 - 15/05/2005, Αλεξανδρούπολη

Αναρτημένες
Ανακοινώσεις

- Αλεξόπουλος Ε., Πέτσα Α., Τζανάκη Α., Ξενογιάννης Σ., Καστρινάκης Κ., Έξαρχος Ζ., Κασιμάτης Κ., Ζαχαριάς Ε., Κονσολάκης Ι., Στάθης Θ., Μελετίου Π., Κωνσταντινίδης Σ., Μπάγκας Ι., Καραϊσκάκης Π. Ευμέγεθες Λειομυωσάρκωμα Μήτρας σε Νεαρή Γυναίκα: παρουσίαση περιστατικού. 24η Ειδική Σύνοδος Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, 30/05 - 01/06/2014
- Πέτσα Α., Παπαδόπουλος Κ., Ξενογιάννης Σ., Έξαρχος Ζ., Κασιμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Στάθης Θ., Κωνσταντινίδης Σ., Μελετίου Π., Μπάγκας Ι., Τζανάκη Α., Καραϊσκάκης Π. Μεταστατικοί Όγκοι Ωοθηκών: παρουσίαση περιστατικού. 24η Ειδική Σύνοδος Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, 30/05 - 01/06/2014
- Καστρινάκης Κ., Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Τζανάκη Α., Κασιμάτης Κ., Ζαχαριάς Ε., Κονσολάκης Ι., Στάθης Θ., Μελετίου Π., Κωνσταντινίδης Σ., Μπάγκας Ι., Ξενογιάννης Σ. Γαστροσχιση: Παρουσίαση περιστατικού. 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής, 02/05 - 04/05/2014.
- Πέτσα Α., Σιαμπαλιώτη Γ., Τζανάκη Α., Ξενογιάννης Σ., Καστρινάκης Κ., Έξαρχος Ζ., Κασιμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Ζαχαριάς Ε., Στάθης

Θ.,Μελετίου Π.,Κωνσταντινίδης Σ., Μπάγκας Ι., Καραϊσκάκης Π.
Υπασβεστιαμία μετά από παραθυρεοειδεκτομή και κύηση: παρουσίαση
περιστατικού.8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας
Εμβρυομητρικής Ιατρικής,02/05 - 04/05/2014.

- Πέτσα Α., Σιαμπαλιώτη Γ., Παπαδόπουλος Κ., Αλεξόπουλος Ε.,
Σταματέλου Φ., Πειτσίδου Α., Τζανάκη Λ., Ξενογιάννης Σ.,
Καστρινάκης Κ., Κονσολάκης Ι., Έξαρχος Ζ., Καραϊσκάκης Π.
Τρίδυμος Κύηση μετά από IVF και σηπτική καταπληξία: παρουσίαση
περιστατικού. 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας
Εμβρυομητρικής Ιατρικής,02/05 - 04/05/2014
 - Έξαρχος Ζ., Πέτσα Α., Καραϊσκάκης Π., Καστρινάκης Κ., Κονσολάκης
Ι., Ξενογιάννης Σ., Ζαχαριάς Ε., Μελετίου Π., Κασσιμάτης Κ., Στάθης Θ.,
Κωνσταντινίδης Σ., Τζανάκη Λ. Σύνδρομο Cushing και Κύηση:
Παρουσίαση Περιστατικού. 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής
Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής,02/05 - 04/05/2014
 - Πέτσα Α., Ξενογιάννης Σ., Έξαρχος Ζ., Τζανάκη Λ., Καστρινάκης Κ.,
Κασσιμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Ζαχαριάς Ε., Στάθης Θ., Κωνσταντινίδης
Σ., Μελετίου Π., Μπάγκας Ι., Καραϊσκάκης Π. Μεταστατικοί Όγκοι των
Ωοθηκών και τριετής επιβίωση: παρουσίαση περιστατικού. Επίκαιρα
Θέματα Γυναικολογικής Ογκολογίας, 04/04 - 05/04/2014
 - Πέτσα Α, Καραϊσκάκης Π, Ξενογιάννης Σ., Καστρινάκης Κ., Έξαρχος
Ζ., Κασσιμάτης Κ., Κονσολάκης Ι., Παπαδόπουλος Κ., Αλεξόπουλος Ε.,
Κιοσές Ε.Δίδυμος Κύηση με ενδομήτριο θάνατο του ενός εβρύου μετά
το μέσο του δευτέρου τριμήνου: παρουσίαση περιστατικού. 17ο
Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 01/11- 03/11/2013
 - Παπαδόπουλος Κ., Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Ξενογιάννης Σ.,
Καστρινάκης Κ., Έξαρχος Ζ., Κασσιμάτης Κ., Ζαχαριάς Ε., Κονσολάκης
Ι., Σταματέλου Φ., Σιαμπαλιώτη Γ., Κιοσές Ε. Σκλήρυνση κατά Πλάκας
και Κύηση. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, 01/11-
03/11/2013
 - Καραϊσκάκης Π., Πέτσα Α., Σκαρμούτσος Μ., Ηλιάκης Α., Τζανάκη Λ.,
Ράφτης Ν., Ξενογιάννης Σ., Καστρινάκης Κ., Κονσολάκης Ι., Έξαρχος
Ζ., Ζαχαριάς Ε., Βλάχος Γ., Κιοσές Ε. Εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση
στη λοχεία: Παρουσίαση περιστατικού. 17ο Πανελλήνιο Συνέδριο
Περιγεννητικής Ιατρικής, 01/11- 03/11/2013
- Συνέδρια
- 9ο Παγκρήτιο Συνέδριο Μαιευτικής - Γυναικολογίας, 01/04 - 02/04/2017,
Ρέθυμνο
 - 8ο Παγκρήτιο Συνέδριο Μαιευτικής - Γυναικολογίας, 16/04 - 17/04/2016,
Ηράκλειο
 - Screening στην Κύηση, 19/03 - 20/03/2016, Αθήνα
 - EUROSON 2015, 06/11 - 08/11/2015, Αθήνα
 - 5th International Meeting: Laparoscopic Surgery for Deep Infiltrating
Endometriosis: Principles, Techniques and Prevention of Complications, 05/12 -
07/12/2014, Athens

- 5ο Θεωρητικό και Πρακτικό Σεμινάριο Ενδοσκοπικής Χειρουργικής στη Γυναικολογία, 31/10/2014, Αθήνα
- 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο: "Διλήμματα και Αντιθέσεις για τον Καρκίνο του Μαστού σε Ακραίες Ηλικίες", 04/05 - 05/05/2014, Αθήνα
- 1ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων στη Μαιευτική, 29/03 - 30/03/2014, Αθήνα
- Επιστημονική Ημερίδα "Πρόωρος Τοκετός", 27/04/2013, Ηράκλειο
- 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής, 14/05 - 16/05/2010, Μέτσοβο
- Σεμινάριο - Κλινικό Φροντιστήριο: Αλλεργιολογικές Εξελίξεις 2007, 19/10 - 20/10/2007, Αλεξανδρούπολη
- 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Ήπατος- Χοληφόρων-Παγκρέατος, 18/05 - 20/05/2007, Αλεξανδρούπολη
- 13ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας 20/04 - 22/04/2007, Αθήνα
- Επιστημονική Ημερίδα "Στοιχεία Ιατρικής Ηθικής", 16/12/2006, Αλεξανδρούπολη
- 4η Μετεκπαιδευτική Ημερίδα Παιδιατρικών Παθήσεων, 05/11/2006, Αλεξανδρούπολη
- Σεμινάριο με θέμα: Υπέρταση, 29/09 - 30/09/2006, Αλεξανδρούπολη
- 5ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στη Νεφρολογία με θέμα "Μεταβολικό Σύνδρομο", 28/09 - 29/09/2006, Αλεξανδρούπολη
- 12ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας 05/05 - 07/05/2006, Λάρισα
- 13ο Ετήσιο Καρδιολογικό Συμπόσιο, 20/01 - 21/01/2006 Αλεξανδρούπολη
- 1ο Διαπανεπιστημιακό Οφθαλμολογικό Συνέδριο, 18/11 - 20/11/2005, Αλεξανδρούπολη
- 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Ογκολογίας, 11/11 - 13/11/2005, Αλεξανδρούπολη
- Εκπαιδευτική Διημερίδα: Η απεικόνιση του Μαστού, 14/10 - 15/10/2005, Αθήνα
- 11ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 13/05 - 15/05/2005, Αλεξανδρούπολη
- 10ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 14/05 - 16/05/2004, Θεσσαλονίκη
- 14ο Πανελλήνιο Αιματολογικό Συνέδριο, 13/11 - 16/11/2003, Αλεξανδρούπολη
- 9ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 09/05 - 11/05/2003, Αθήνα
- Προχωρημένη Λαπαροσκοπική Χειρουργική Ι, 25 / 05 / 2002, Αλεξανδρούπολη
- 8ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδας, 19 / 04 - 21 / 04 / 2002, Ιωάννινα
- 9ο Ετήσιο Καρδιολογικό Συμπόσιο, 30 / 11 - 01 / 12 / 2001, Αλεξανδρούπολη

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ωτορινολαρυγγολογικές παθήσεις

B.1 Εισαγωγή

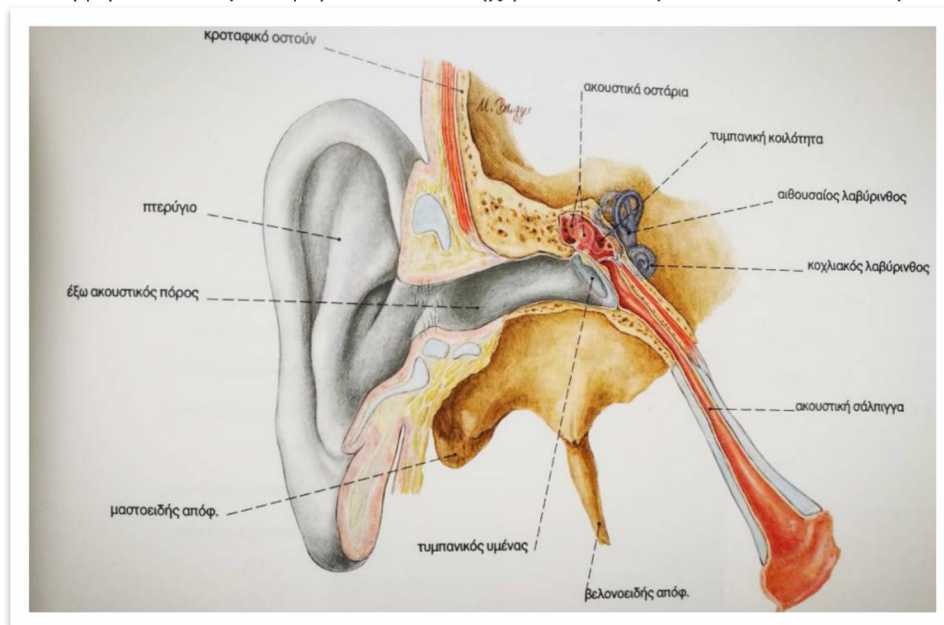
Στην εργασία αυτή θα ασχοληθούμε με τις παθήσεις του αυτιού, της μύτης, του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα, οι οποίες μπορεί να επιπλέξουν μια κύηση και ενδεχομένως να επηρεάσουν την εξέλιξή της. Για να γίνουν κατανοητές οι παθήσεις αυτές, οι οποίες μελετώνται στο ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας, θα πρέπει να έχει ο αναγνώστης κατά νου κάποιες βασικές αρχές της ειδικότητας της Ωτορινολαρυγγολογίας. Για το λόγο αυτό, στο γενικό μέρος γίνεται μια σύντομη αναφορά στην ανατομία και τη φυσιολογία του αυτιού, της μύτης του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα, τους τρόπους εξέτασης και κλινικής ή περαιτέρω (εργαστηριακής και απεικονιστικής) εκτίμησής τους, καθώς και στις πιο σημαντικές νόσους των οργάνων αυτών, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν κατά την κύηση. Μια περισσότερο εκτενής ανάλυση τόσο των βασικών αρχών, όσο και των παθήσεων της Ωτορινολαρυγγολογικής ειδικότητας, ξεπερνά το σκοπό του παρόντος πονήματος, δύναται ωστόσο ο αναγνώστης να συμβουλευτεί τον κατάλογο της βιβλιογραφίας ώστε να ανατρέξει στις πηγές και να εμβαθύνει στα κεφάλαια του ενδιαφέροντός του.

B.2 Ους

B.2.1 Βασικές Αρχές

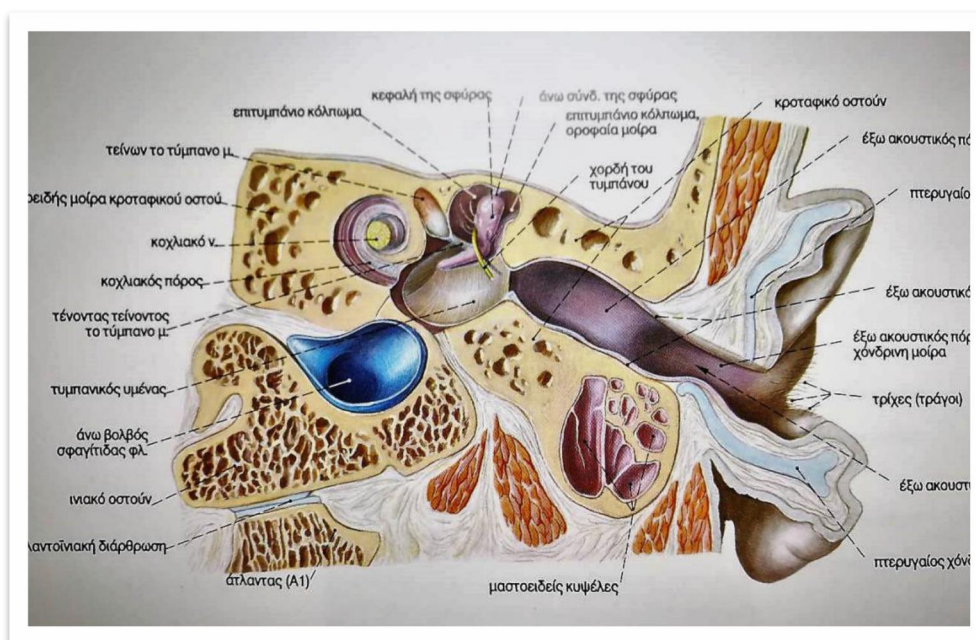
B.2.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία

Το ους (αυτί) διακρίνεται ανατομικά σε τρία μέρη, το έξω, το μέσο και το έσω ους. Το έξω ους αποτελείται από το πτερύγιο, τον έξω ακουστικό πόρο και τον τυμπανικό υμένα. Στην εξωτερική του μοίρα επικρατεί το χόνδρινο στοιχείο, ενώ στην εσωτερική το οστέινο, έχουν όμως αμφότερες επικάλυψη από δέρμα, το οποίο εμφανίζει εξωτερικά τρίχες, θυλάκους και αδένες - στην έσω μοίρα τα στοιχεία αυτά απουσιάζουν. Ο τυμπανικός υμένας είναι το διαχωριστικό με το μεσό ους. Κύρια λειτουργία του έξω ωτός είναι η σύλληψη και μεταφορά των ηχητικών κυμάτων στον τυμπανικό υμένα.



Εικόνα 1. Ανατομία ωτός (Sobotta, 1998)

Το μέσο ους είναι μια κοιλότητα γεμάτη αέρα, η οποία αποτελεί συνέχεια του έξω ωτός και η οποία επικοινωνεί με το ρινοφάρυγγα μέσω της ευσταχιανής σάλπιγγας. Εντός της κοιλότητας αυτής υπάρχουν τρία οστάρια, η σφύρα, ο άκμονας και ο αναβολέας τα οποία μεταβιβάζουν τις ηχητικές δονήσεις από τον τυμπανικό υμένα στον κοχλία. Από το μέσο ους διέρχεται και το προσωπικό νεύρο πριν αυτό εξέλθει από το κρανίο (Dhilon R.S., 2003).

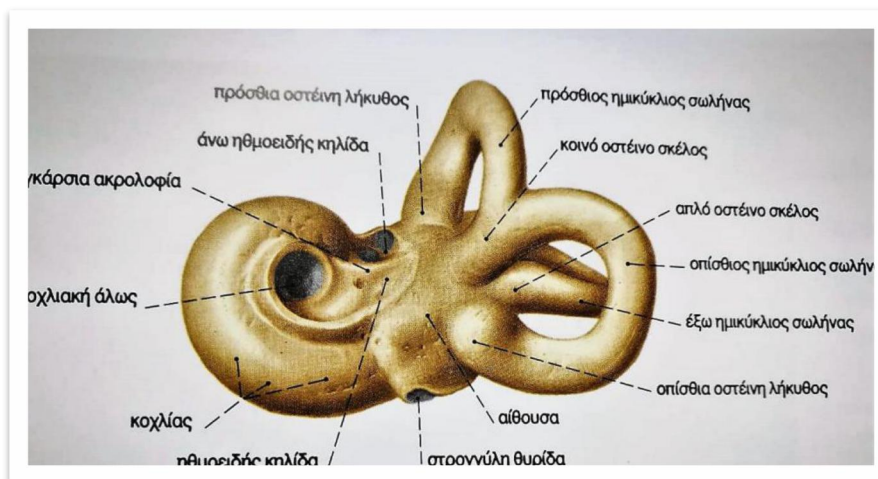


Εικόνα 2. Το όργανο του ωτός (Sobotta, 1998)

Το έσω ους αποτελείται από μια συμπαγή οστέινη μάζα, εντός της οποίας υπάρχει μια μεμβρανώδης μοίρα, ο λαβύρινθος, ο οποίος αποτελείται από τον κοχλία, την αίθουσα και τους τρεις (οριζόντιος, οπίσθιος, πρόσθιος) ημικύκλιους σωλήνες. Ο κοχλίας είναι ένας σπειροειδής σωλήνας, ο οποίος κάνει 2,75 περίπου στροφές γύρω από τον άξονά του και θυμίζει κέλυφος σαλιγκαριού. Στη βάση του, επί του μέσου ωτός υπάρχουν δύο οπές, η στρογγύλη (καλύπτεται με μεμβράνη) κι η ωοειδής θυρίδα, επί της οποίας επικάθεται η πλάκα του αναβολέα. Σε διατομή, ο κοχλίας τριχοτομείται από δύο μεμβράνες, τη μεμβράνη του Reissner και τη βασική μεμβράνη, οι οποίες δημιουργούν τρεις χώρους: την αιθουσαία κλίμακα, την τυμπανική κλίμακα και τη μέση κλίμακα, εντός της οποίας υπάρχει το όργανο του Corti. Εντός της αιθουσαίας και της τυμπανικής μεμβράνης ρέει υγρό, η περιλέμφο, ενώ εντός της μέσης η ενδολέμφο.

Οι ηχητικές δονήσεις, που έχουν συλληφθεί ως ηχητικά κύματα από το πτερύγιο, μεταφερθεί μέσω του έξω ακουστικού πόρου στον τυμπανικό υμένα και μέσω αυτού μεταδοθεί στα οστάρια, μετατρέπονται στον κοχλία σε ηλεκτρικό σήμα. Αυτό συμβαίνει στο όργανο του Corti, κατά την κίνηση των τριχωτών του κυττάρων. Η δόνηση της αιθουσαίας μεμβράνης μεταφέρει κύματα πίεσης από την περιλέμφο στην ενδολέμφο, ενώ η βασική μεμβράνη δονείται κάμπτεται τους στερεοοκροσσούς των τριχωτών κυττάρων και προκαλεί εκπόλωση των κυττάρων αυτών. Οι μηχανικές ιδιότητες της βασικής μεμβράνης οδηγούν σε καλύτερη αντίληψη των υψηλότερων συχνοτήτων στη βάση του κοχλίας και των χαμηλότερων στην κορυφή του. Με το μηχανισμό αυτό, η μηχανική ενέργεια μετατρέπεται σε ηλεκτρική και το σήμα μεταφέρεται με το ακουστικό νεύρο στο εγκεφαλικό στέλεχος, για να αποδοθεί ως ήχος στον εγκεφαλικό φλοιό.

Η αίθουσα αποτελείται από το σφαιρικό και το ελλειπτικό κυστίδιο, και μαζί με τους τρεις ημικύκλιους σωλήνες αποτελεί το περιφερικό όργανο της ισορροπίας. Οι ημικύκλιοι σωλήνες είναι τοποθετημένοι σε ορθή γωνία μεταξύ τους και ο ρόλος τους είναι η ανίχνευση της γωνιακής επιτάχυνσης.



Εικόνα 3. Το έσω ους (Sobotta, 1998)

Και οι τρεις ξεκινούν από το ελλειπτικό κυστίδιο και έχουν ένα διευρυμένο άκρο, τη λήκυθο, η οποία περιέχει το κυπέλλιο και τα τριχωτά κύτταρα. Το κυπέλλιο είναι μια ζελατινώδης δομή που καλύπτει τα τριχωτά κύτταρα και περιβάλλεται από την ενδολέμφο. Με τις κινήσεις της κεφαλής η ενδολέμφος ρέει κατά μήκος του ημικύκλιου σωλήνα μετακινώντας το κυπέλλιο και προκαλώντας κάμψη των τριχωτών κυττάρων. Και εδώ, τα τριχωτά κύτταρα εκπολώνονται και δίνουν ηλεκτρικό σήμα. Το ελλειπτικό και το σφαιρικό κυστίδιο από την άλλη, ανιχνεύουν τη γραμμική επιτάχυνση. Αμφότερα φέρουν την κηλίδα, η οποία αποτελείται από τριχωτά κύτταρα, ωτολιθική μεμβράνη και ωτοκονία (κρύσταλλοι ανθρακικού ασβεστίου). Με την κίνηση της κεφαλής, αλλά και την επίδραση της βαρύτητας, η ωτοκονία κινούμενη διεγείρει τα τριχωτά κύτταρα και η μηχανική κίνηση μετατρέπεται με τον τρόπο αυτό σε ηλεκτρικό σήμα (Ζιάβρα Ν., 2009).

B.2.1.2 Κλινική Εξέταση - Δοκιμασίες

Ξεκινώντας με τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού, αναζητούμε την ύπαρξη συμπτωμάτων και σημείων από το αυτί, όπως ωταλγία, ωτόρροια, εμβοές, βαρηκοΐα (τρόπο έναρξης και εξέλιξή της) διαταραχές ισορροπίας, αλλά και από τη μύτη (απόφραξη, εκκρίσεις κλπ) καθώς και το γενικότερο ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό, όπως και τη λήψη φαρμάκων. Εν συνεχεία, επισκοπούμε το περύγιο και τον έξω ακουστικό πόρο με το τύμπανο χρησιμοποιώντας ένα ωτοσκόπιο.

Η εξέταση συνεχίζεται με τις δοκιμασίες με τονοδότες (διαπασών) Rinne και Weber. Οι δοκιμασίες αυτές χρησιμοποιούνται για να διακρίνουν μια βαρηκοΐα αγωγιμότητας από μια νευροαισθητήριο βαρηκοΐα, και γίνονται συνήθως με ένα τονοδότη 512 Hz, ο οποίος παράγει ήχο μετά από χτύπημα σε μια υπόσκληρη επιφάνεια, όπως πχ το γόνατο του εξεταστή. Η δοκιμασία Rinne συγκρίνει την οστέινη με την αέρινη οδό του ήχου. Ο εξεταστής τοποθετεί τον τονοδότη αρχικώς πλησίον του περυγίου του εξεταζόμενου και εν συνεχεία στη μαστοειδή του απόφυση, και ο εξεταζόμενος ερωτάται σε ποια θέση ακούει καλύτερα τον ήχο. Φυσιολογικά ο ήχος ακούγεται καλύτερα με τον τονοδότη πλησίον του περυγίου - όμως μια πάθηση του έξω ή μέσου ωτός μπορεί να προκαλέσει βαρηκοΐα αγωγιμότητας και αναστροφή του αποτελέσματος (Rinne αρνητικό). Στη δοκιμασία Weber ο τονοδότης τοποθετείται στο κέντρο του μετώπου του εξεταζόμενου, και αυτός ερωτάται αν ακούει ισάξια τον ήχο. Μια βαρηκοΐα αγωγιμότητος κάνει τον ήχο να ακούγεται καλύτερα στο πάσχον αυτί, ενώ μια νευροαισθητήριος βαρηκοΐα κάνει τον ήχο να ακούγεται καλύτερα στο υγιές. Συνδυάζοντας τις δυο δοκιμασίες ο εξεταστής μπορεί να καταλάβει την εντόπιση και τον τύπο της βαρηκοΐας, πρέπει όμως ο έξω ακουστικός πόρος να είναι ελεύθερος ξένων σωμάτων ή βύσματος κυψελίδας ώστε να αποφευχθούν ψευδή αποτελέσματα. (Dhilon R.S., 2003, Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011)

Περαιτέρω έλεγχος της ακοής μπορεί να απαιτηθεί, και γίνεται με τη χρήση ειδικού μηχανήματος σε μονωμένο ηχητικά θάλαμο, οι δε δοκιμασίες διακρίνονται σε υποκειμενικές, όταν απαιτείται η ενεργός συμμετοχή του εξεταζόμενου, και αντικειμενικές. Οι υποκειμενικές είναι κυρίως η ακοομετρία με ακοόγραμμα - με τη χρήση ακουστικών εξετάζεται χωριστά κάθε αυτί στην αέρινη και οστέινη οδό σε όλες τις συχνότητες, και τα αποτελέσματα καταγράφονται σε ένα διάγραμμα. Η ομιλητική ακοομετρία είναι μια άλλη υποκειμενική εξέταση με τη χρήση πολλαπλών λέξεων σε διαφορετικές ηχητικές εντάσεις και καταγραφή του ποσοστού των σωστών απαντήσεων του εξεταζόμενου. Οι αντικειμενικές δοκιμασίες (ακοομετρία ακουστικής αντίστασης, ακουστικά προκλητά δυναμικά, μέτρηση κοχλιακής αντίστασης) είναι περισσότερο εξειδικευμένες εξετάσεις που χρησιμοποιούνται επί συγκεκριμένων ενδείξεων. (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011)

Για τον έλεγχο του αιθουσαίου συστήματος θα ξεκινήσουμε και πάλι από το ιστορικό, ώστε να έχουμε μια πλήρη εικόνα της συμπτωματολογίας - σκοπός είναι να καθοριστεί μέσω αυτού η εντόπιση του προβλήματος στο σύστημα της ισορροπίας, το οποίο εκτός των δύο λαβυρίνθων περιλαμβάνει τους οφθαλμούς, την παρεγκεφαλίδα, τους υποδοχείς στο δέρμα και το ερειστικό σύστημα, αλλά και τα κέντρα επεξεργασίας της πληροφορίας στον εγκέφαλο, καθώς και τις μεταξύ των διασυνδέσεις. Ο ερεθισμός ή η καταστροφή του ενός λαβυρίνθου προκαλεί νυσταγμό, αίσθημα κίνησης (που δεν αντιστοιχεί στην πραγματικότητα) και ναυτία. Ο νυσταγμός είναι οριζόντιος, όταν πρόκειται για περιφερική αιθουσαία πάθηση, με ταχεία και βραδεία φάση, και με άλλη κατεύθυνση όταν πρόκειται για κεντρική αιθουσαία βλάβη (Dhilon R.S., 2003).

Το ιστορικό και την κλινική εξέταση συμπληρώνουν και δοκιμασίες όπως η δοκιμασία θέσεως και η δοκιμασία με διακλυσμό. Στη δοκιμασία θέσεως ο άρρωστος από καθιστή θέση τοποθετείται σε οριζόντια και η κεφαλή στρέφεται προς τη μια πλευρά και εν συνεχεία προς την άλλη, και ερευνάται η εμφάνιση ίλιγγου και νυσταγμού. Με τη δοκιμασία θέσεως μπορεί ο εξεταστής να διακρίνει τον ίλιγγο περιφερικής (λαβυρινθικής) αιτιολογίας από τον κεντρικής αιτιολογίας. Στη δοκιμασία με διακλυσμό ψυχρό ή θερμό νερό τοποθετείται στον έξω ακουστικό πόρο και ερεθίζει το λαβύρινθο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νυσταγμού σε φυσιολογικά αυτιά. Ο νυσταγμός θα είναι προς την αντίθετη ή την ίδια πλευρά ανάλογα αν θα χρησιμοποιηθεί κρύο ή ζεστό νερό αντίστοιχα, και η παρουσία ή απουσία του μας πληροφορεί για την ορθή λειτουργία του εξεταζόμενου λαβυρίνθου. Η εξέταση συμπληρώνεται με έναν αδρό νευρολογικό έλεγχο. (Ζιάβρα Ν., 2009).

B.2.1.3 Ακτινολογικός Έλεγχος

Με την ανάπτυξη της ακτινολογίας και την τεχνολογική εξέλιξή της, η συμβολή του ακτινολόγου στις παθήσεις του ωτός μπορεί να είναι καθοριστική. Το κροταφικό οστό (και το εντός αυτού ούς) μελετάται με αξονική και μαγνητική τομογραφία, όπως και το προσωπικό νεύρο και παρέχονται πληροφορίες για παθήσεις του ωτός, αλλά και των νεύρων και αγγείων της περιοχής (Dhilon R.S., 2003).

B.2.2 Παθήσεις του Έξω Ωτός

B.2.2.1 Εξωτερική Ωτίτιδα

Η εξωτερική ωτίτιδα είναι η πιο συχνή πάθηση του έξω ωτός. Συνήθως εμφανίζεται σε αρρώστους με εκζεματοειδή δερματίτιδα του έξω ακουστικού πόρου ή και με τραυματισμό του (συνηθέστερο αίτιο τραυματισμού αναφέρεται να είναι η χρήση βαμβακοφόρου στυλεού), ενώ η υγρασία και το υγρό περιβάλλον προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου. Τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν από απλό ερεθισμό μέχρι αφόρητο πόνο, ενώ και η εκροή υγρού (ωτόρροια) είναι συνήθης. Στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος, ψευδομονάδες και μύκητες είναι τα πιο συχνά παθογόνα. Κλινικά, πίεση του τράγου και χειρισμοί του πτερυγίου προκαλούν πόνο, ενώ στην ωτοσκόπηση ο έξω ακουστικός πόρος είναι εξέρυθρος και φλεγμονώδης, ενώ μπορεί να συνυπάρχει και έκκριμα. Βαρηκοΐα αγωγιμότητας μπορεί να συνυπάρχει λόγω στένωσης του πόρου από οίδημα και συσσώρευση κυψελίδος, επιθηλίων και εκκρίσεων (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

Θεραπευτικά, πρωτίστως συνιστάται η αποφυγή έκθεσης στο νερό και υγρασίας. Στη συνέχεια, γίνεται καθαρισμός του έξω ακουστικού πόρου - επί εκτεταμένου οιδήματος αυτού είναι χρήσιμη η τοποθέτηση γάζας και εμπότισή της με αντιβιοτικό και κορτικοστεροειδές για 48 ώρες. Τοπική θεραπεία με αντιβιοτικό και στεροειδές σε μορφή ωτικών σταγόνων ή εκνεφώματος είναι συνήθως αρκετή. Η αλόγιστη χρήση αντιμικροβιακών σταγόνων μπορεί να οδηγήσει σε μυκητιασική ωτίτιδα (ωτομύκωση), με τα είδη *Candida* και *Aspergillus* να είναι τα πιο συχνά εντοπιζόμενα. Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη - ο έξω ακουστικός πόρος πρέπει να διατηρείται στεγνός και καθαρός, και να εφαρμόζεται σε αυτόν κλοτριμαζόλη, εκοναζόλη και νυστατίνη (Dhilon R.S., 2003).

Η κακοήθης εξωτερική ωτίτιδα είναι μια σπάνια μορφή επιπλεγμένης ωτίτιδας, προκαλούμενη από ψευδομονάδα, σε διαβητικούς ή ανοσοκατεσταλμένους αρρώστους. Συνυπάρχει οστεομυελίτιδα του κροταφικού οστού, και η φλεγμονή μπορεί να συμπεριλαμβάνει το μέσο ους και τα τελευταία κρανιακά νεύρα τη βάση του κρανίου (εξ ου και ο λανθασμένος όρος "κακοήθης"). Στη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει η αξονική τομογραφία, κυρίως για τον προσδιορισμό της έκτασης της βλάβης. Η θεραπεία είναι συνήθως τοπική με αντιψευδομοναδικά και συστηματική χορήγηση αντιβίωσης, για μακρό διάστημα, μπορεί όμως να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση επί απουσίας υφέσεως (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.2.2 Περιχονδρίτιδα

Η περιχονδρίτιδα μπορεί να εμφανιστεί μετά από τραυματισμό του πτερυγίου, ή μετά από μια σοβαρή έξω ωτίτιδα, με επινέμηση της φλεγμονής κατά συνέχεια ιστών. Ο χόνδρος του πτερυγίου φλεγμαίνει και προκαλεί ένα οίδηματώδες, εξέρυθρο και επώδυνο πτερύγιο. Οι πρωταίοι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, ενώ το οίδημα

μπορεί να επεκταθεί και προς το πρόσωπο. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως δυσχερής, καθώς ο χόνδρος δεν έχει καλή αιμάτωση. Απαιτείται τοπική αντισηψία και συστηματική χορήγηση αντιβίωσης, για να αποφευχθεί μόνιμη βλάβη στο χόνδρο και άσχημη κοσμητική εμφάνιση (Dhilon R.S., 2003)

B.2.3 Παθήσεις του Μέσου Ωτός

B.2.3.1 Μέση Ωτίτιδα

Η οξεία μέση ωτίτιδα είναι πολύ συνηθισμένη στα παιδιά, εμφανίζεται όμως και στους ενήλικες. Συνήθως προηγείται μια φλεγμονή του ανώτερου αναπνευστικού, η οποία επεκτείνεται μέσω της ευσταχιανούς σάλπιγγας στην κοιλότητα του μέσου ωτός. Η τυμπανική μεμβράνη εμφανίζει εισολκή, η ευσταχιανή σάλπιγγα αποφράσσεται και αναπτύσσεται συλλογή υγρού στο μέσο ους. Στο στάδιο αυτό αναπτύσσεται έντονος πόνος και το τύμπανο γίνεται υπεραιμικό και προβάλλον. Κλινικά, εμφανίζεται πυρετός με ταχυκαρδία και γενικευμένη κακουχία. Σε επιμόλυνση της περιοχής, κυρίως από αιμόφιλο και στρεπτόκοκκο θα αναπτυχθεί οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα, η οποία συνοδεύεται συνήθως στους ενήλικες και από συμπτώματα από το λαβύρινθο. Η φυσική εξέλιξη της νόσου είναι ρήξη του τυμπανικού υμένα, με αιματηρή ή βλεννοπυώδη ωτόρροια αντίστοιχα, αποσυμφόρηση και ύφεση του πόνου (Ζιάβρα Ν., 2009).

Θεραπευτικά, απαιτείται ανάπαυση, αναλγησία και χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος (κάλυψη για στρεπτόκοκκο και αιμόφιλο). Ρινικά αποσυμφορητικά χορηγούνται συχνά, για να βοηθήσουν στην απόφραξη της ευσταχιανούς σάλπιγγας και τον καλύτερο αερισμό του μέσου ωτός. Η παραμονή του υγρού (εκκριτική μέση ωτίτιδα) συνήθως εμμένει για μεγάλα διαστήματα, άνω του μηνός ή και περισσότερο, με αντίστοιχη πτώση της ακοής και αίσθημα πληρότητας στο αυτί. Εάν επισυμβεί ρήξη του τυμπάνου και ωτόρροια, το αυτί θα πρέπει να καθαρίζεται και να παραμένει καθαρό και στεγνό. Οι πολλαπλές υποτροπές στα παιδιά μπορεί να απαιτήσουν μακροχρόνια αντιβιοτική θεραπεία (τελευταία αμφισβητείται η αποτελεσματικότητα της) ή και χειρουργική παρέμβαση με μριγγοτομή και τοποθέτηση σωληνίσκου αερισμού. Τέλος, αξίζει να τονιστεί πως η μέση ωτίτιδα συνήθως συνοδεύεται από φλεγμονή των κυψελών της μαστοειδούς απόφυσης, κατάσταση που αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με την αντιβιοτική θεραπεία. Μια σπάνια επιπλοκή όμως είναι η συλλογή υγρού στη μαστοειδή απόφυση, η οξεία μαστοειδίτιδα, κατάσταση δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς (Dhilon R.S., 2003).

Στην περίπτωση που η αρχική φλεγμονή του μέσου ωτός επιμένει, η ρήξη του τυμπανικού υμένα δύναται να μην επουλωθεί, αλλά να παραμείνει μια μόνιμη διάτρηση. Τότε, θα υπάρχει μια υποτροπιάζουσα (επί συνύπαρξης λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού ή εισόδου νερού στο αυτί) ή και συνεχόμενη ωτόρροια, βλενωδούς χαρακτήρα. Η θεραπεία γίνεται με καλό τοπικό καθαρισμό και χορήγηση ωτικών σταγόνων με αντιβιοτικό και κορτικοστεροειδές. Αν παρόλα αυτά, η διάτρηση παραμείνει, ενδέχεται η χρόνια μέση ωτίτιδα να μεταπέσει σε χρόνια πυώδη μέση ωτίτιδα, με υφέσεις και εξάρσεις πυώδους ωτόρροιας. Επί των εξάρσεων θα είναι χρήσιμη η χορήγηση σταγόνων, ενώ αν συνυπάρχει βαρηκοΐα μπορεί να χρειαστεί ακουστικό βοήθημα. Χειρουργική παρέμβαση μπορεί να χρειαστεί σε περιπτώσεις συχνών υποτροπών σε κολυμβητές και σε σοβαρή βαρηκοΐα, με χρήση της κροταφικής περιτονίας για μόσχευμα (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.3.2 Χολοστεάτωμα

Το χολοστεάτωμα είναι μια ιδιαίτερη μορφή χρόνιας μέσης ωτίτιδας, κατά την οποία μια κύστη του δέρματος αναπτύσσεται πίσω από τον τυμπανικό υμένα. Η συνεχής κερατινοποίηση του πλακώδους επιθηλίου οδηγεί σε οστική καταστροφή. Κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας για το σχηματισμό του χολοστεατώματος είναι η χρόνια δυσλειτουργία της ευσταχιανούς σάλπιγγας καθώς και η χρόνια πυώδης μέση ωτίτιδα (Dhilon R.S., 2003). Λόγω αυτών προκαλούνται συνθήκες αρνητικής πίεσης στο μέσο ους, με αποτέλεσμα υποπίεση στην τυμπανική μεμβράνη και δημιουργία εισολκής είτε του οπίσθιου άνω τεταρτημορίου είτε της χαλαρής μοίρας του τυμπανικού υμένα. Σε αυτή την "φωλιά" που σχηματίζεται από την εισολκή συσσωρεύονται νεκρωμένοι ιστοί (επιθηλιακή απολέπιση), οι οποίοι δεν μπορούν, όπως θα γινόταν φυσιολογικά, να μετακινηθούν προς τον ακουστικό πόρο και σταδιακά προκαλείται μια σακοειδής μεγέθυνση αυτού του τμήματος του τυμπανικού υμένα. Οι δημιουργούμενες υποτροπιάζουσες φλεγμονές τόσο στο επιθήλιο της φωλιάς όσο και στο βλεννογόνο του μέσου ωτός ευνοούν την ανάπτυξη του επιθηλίου και προκαλούν μία ανάπτυξη του επιθηλιακού σάκου. Το υποκείμενο οστό (κυρίως ακουστικά οστάρια, κανάλι προσωπικού νεύρου, οριζόντιος ημικύκλιος σωλήνας) συμμετέχει στη φλεγμονώδη εξεργασία και καταστρέφεται. Ο σάκος του χολοστεατώματος μπορεί να διατηρηθεί, οπότε το υλικό του χολοστεατώματος υπεραναπτύσσεται επιφανειακά και οστεολυτικά καταστρέφοντας το οστό. Κλινικά, μπορεί να εμφανιστεί με άλλοτε άλλη συμπτωματολογία, ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό της καταστροφής. Δύσσομη ωτόρροια, βαρηκοΐα, ωταλγία, αίσθημα πληρότητας, κεφαλαλγία, ζάλη θα οδηγήσουν τον άρρωστο στον Ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος θα διαγνώσει εύκολα το χολοστεάτωμα με το ιστορικό και την κλινική εξέταση, θα απαιτηθεί όμως απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία για να ελεγχθεί ο βαθμός προβολής και καταστροφής του κροταφικού οστού και της βάσης του κρανίου. Η θεραπεία είναι χειρουργική, και η επιλογή του τρόπου της αντιμετώπισης και της ριζικότητας του χειρουργείου εξαρτάται από το βαθμό της επιθετικότητας του χολοστεατώματος και το μέγεθος της οστικής καταστροφής (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.3.3. Ωτοσκλήρυνση

Η Ωτοσκλήρυνση είναι μια οστική δυσκρασία του κροταφικού οστού η οποία προκαλεί ανώμαλη ωριμανση του οστού, με αποτέλεσμα τη δυσκαμψία και αγκύλωση της βάσης του αναβολέα (Μαρουδιάς Ν., 2013). Θεωρείται πως έχει κληρονομικό χαρακτήρα και όπως περιγράφεται στο ειδικό μέρος, έχει συσχετιστεί από παλιά με την κύηση. Στην ωτοσκλήρυνση προσβάλλεται το μέσο και λιγότερο το έσω ους, καθώς και η ωοειδής θυρίδα, με αποτέλεσμα να καθιλώνεται με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της νόσου η πλάκα του αναβολέα και να δυσχεραίνεται η κινητικότητα των οσταρίων και άρα η μετάδοση του ηχητικού σήματος στο έσω ους (Dhilon R.S., 2003). Κλινικά εκδηλώνεται με βαρηκοΐα αγωγιμότητας (σε

προχωρημένη νόσο με οστεοποίηση και στο έσω ους συνυπάρχει και νευροαισθητήριο βαρηκοΐα) και εμβοές, χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα στην ωτοσκόπηση. Η θεραπεία της ωτοσκλήρυνσης είναι χειρουργική, με αναβολεκτομή, αφαίρεση δηλαδή του πάσχοντος αναβολέα, και αντικατάσταση του από τεχνητό αναβολέα. Εναλλακτικά, ή και συμπληρωματικά όταν από τη νόσο συνυπάρχει σοβαρή νευροαισθητήριο βαρηκοΐα, μπορεί να τοποθετηθεί ακουστικό βοήθημα, μια λύση που οι ασθενείς δεν επιλέγουν συνήθως λόγω του νεαρού της ηλικίας τους (Dhilon R.S., 2003).

B.2.4 Παθήσεις του Έσω Ωτός

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το έσω ους είναι υπεύθυνο για την αντίληψη του ήχου και την αίσθηση της κίνησης και της επιτάχυνσης, καθώς και της θέσης της κεφαλής στο χώρο. Οι παθήσεις του έσω ωτός θα εκδηλωθούν επομένως με απώλεια της ακοής και με διαταραχές του συστήματος της ισορροπίας, με κύρια εκδήλωση τον ίλιγγο.

B.2.4.1 *Νευροαισθητήριοι Βαρηκοΐα*

Τα αίτια της νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας μπορεί να είναι πολλά και να εντοπίζονται χρονικά στην εμβρυική ζωή (χαρακτηριστικό παράδειγμα οι συγγενείς λοιμώξεις και η συγγενής ερυθρά), στην περιγεννητική περίοδο (υποξία, ίκτερος), στην παιδική ηλικία (χρόνια μέση ωτίτιδα, παιδικές νόσοι - κυρίως η ιλαρά), στην ενήλικη ζωή και την τρίτη ηλικία (πρεσβυακουσία), ενώ υπάρχουν και αίτια που παρουσιάζονται ανεξαρτήτως ηλικίας, όπως τραυματισμοί, κακώσεις του κρανίου και χειρουργικές επεμβάσεις, ωτοτοξικά φάρμακα και τέλος ιδιοπαθείς, όπως η αιφνίδια νευροαισθητήριοι βαρηκοΐα και η νόσος Meniere (Dhilon R.S., 2003). Παρά την προσεκτική λήψη ιστορικού και τη σχολαστική εξέταση του ασθενούς, είναι πολλές φορές δύσκολο να βρεθεί το αίτιο της νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας, ενώ λόγω της καταστροφής των τριχωτών κυττάρων του οργάνου του Corti και της αδυναμίας ανάπλάσής των, η απώλεια της ακοής είναι μόνιμη.

B.2.4.1.1 *Διάφοροι τύποι νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας*

Από τα πολλά αίτια και τους διάφορους τύπους νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας γίνεται στη συνέχεια μια σύντομη αναφορά σε ορισμένους ενδιαφέροντες τύπους, όπως η πρεσβυακουσία, η μετά από έκθεση σε ακουστικό τραύμα ή ωτοτοξικούς παράγοντες και οι ιδιοπαθείς τύποι.

Η πρεσβυακουσία οφείλεται στην προοδευτική απώλεια των τριχωτών κυττάρων λόγω γήρανσης. Υπολογίζεται πως το 1% περίπου των τριχωτών κυττάρων χάνεται κάθε χρόνο, με έναρξη της βλάβης στα 60 – 65 έτη, ο ρυθμός όμως της επιδείνωσης της ακοής καθώς και η ηλικία έναρξης ποικίλλει. Η βλάβη επέρχεται πρώτα στις υψηλές συχνότητες καθώς τα τριχωτά κύτταρα που τις ανιχνεύουν είναι περισσότερο ευάλωτα. Η πρόληψη της βλάβης δεν είναι δυνατή, και δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, πέραν της χρήσης ακουστικών βοηθημάτων (Dhilon R.S., 2003).

Η βαρηκοΐα μετά από έκθεση σε θόρυβο μεγάλης έντασης ή από παρατεταμένη έκθεση σε θόρυβο μικρότερης έντασης οφείλεται σε καταστροφή των τριχωτών κυττάρων. Μετά την έκθεση στο θόρυβο μπορεί να υπάρξει μια πρόσκαιρη αλλαγή στην αντίληψη της ακοής, γνωστή ως "μάλλινη ακοή", η οποία συνοδεύεται συνήθως και από εμβοές. Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική, με χρήση προφυλακτικών μέσων

σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε θόρυβο, ιδίως στο χώρο εργασίας (Dhilon R.S., 2003).

Η βαρικοΐα μετά από έκθεση σε ωτοτοξικούς παράγοντες οφείλεται στην ευαισθησία των κυττάρων του έσω ωτός. Σε αυτά συμβαίνουν πολλές μεταβολικές διεργασίες, κατά τη μετατροπή του μηχανικού σήματος σε ηλεκτρικό, οι οποίες είναι ευαίσθητες σε ποικίλα φάρμακα. Τα κύτταρα του κοχλία είτε της αίθουσας μπορεί να προσβληθούν και σπανιότερα και των δυο οργάνων. Παράγοντες με αναγνωρισμένη νεφροτοξική δράση είναι συνήθως και ωτοτοξικοί, όπως οι αμινογλυκοσίδες, κάποιοι όμως όπως τα σαλικυλικά και η κινίνη έχουν αναστρέψιμη τοξική δράση στο έσω ους (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011).

B.2.4.1.2 Αιφνίδιος νευροαισθητήριος βαρικοΐα

Η αιφνίδιος νευροαισθητήριος βαρικοΐα θεωρείται ιδιοπαθής, και επισυμβαίνει σε ένα μέχρι πρότινος υγιές αυτί. Εμφανίζεται ξάφνου μονόπλευρη ελάττωση της ακοής (τυπικά απώλεια ακοής τουλάχιστον κατά 30 dB και σε τρεις διαδοχικές συχνότητες εντός μιας περιόδου 72 ωρών), αίσθημα πληρότητας, εμβοές και πιθανά ίλιγγος. Η αιτιολογία πιστεύεται πως είναι λοιμώδης (ιογενής), φλεγμονώδης ή αγγειακή - ισχαιμική. Η θεραπεία είναι εμπειρική με ανάπαυση, κατάκλιση και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και αγγειοδιασταλτικά φάρμακα (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011).

B.2.4.2 Εμβοές

Η αντίληψη πραγματικών ή φανταστικών θορύβων στο αυτί ονομάζεται εμβοές. Εμφανίζονται σε ποσοστό έως και 17% του γενικού πληθυσμού και σχετίζονται συνήθως με χρόνια έκθεση σε θόρυβο υψηλής έντασης. Οι εμβοές διακρίνονται σε αντικειμενικές, με συνηθέστερη τον θόρυβο από την καρωτίδα και σπανιότερα την ύπαρξη κάποιου εντόμου στον έξω ακουστικό πόρο ή κάποια αγγειακή δυσπλασία, και σε υποκειμενικές (μη ακουστές από τον παρατηρητή). Οι υποκειμενικές ανάλογα με τον τόπο εντόπισης μπορεί να έχουν και διαφορετικό αίτιο, δηλαδή ένα βύσμα κυψελίδος στο έξω ους, ωτοσκλήρυνση ή συλλογή υγρού στο μέσο ους, νόσος Meniere, ακουστικό ή μηχανικό τραύμα, ωτοτοξικά φάρμακα και άλλα από το έσω ους. Ανάλογα με τον τόπο εντόπισης αλλάζει και η ποιότητά τους - παθολογία του μέσου ωτός θα δώσει ήχο σαν ξηρό κρότο ή χτύπημα, χαμηλότερης συχνότητας, ενώ του έσω ωτός σφύριγμα υψηλών συχνοτήτων (Dhilon R.S., 2003). Το αναλυτικό ιστορικό και η κλινική εξέταση με το ακοολογικό έλεγχο θα ανακαλύψουν συνήθως το πιθανό αίτιο, ενώ σπάνια μπορεί να χρειαστεί αιματολογικός και απεικονιστικός έλεγχος. Η θεραπεία των εμβοών περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής (αποφυγή δυνατών θορύβων, καπνίσματος, αλκοόλ, καφεΐνης, περιορισμός σωματικής κόπωσης και άγχους, διακοπή ωτοτοξικών φαρμάκων) και φαρμακευτική αντιμετώπιση (αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά, βηταϊστίνη). Όταν αυτά δεν είναι επαρκή γίνεται

προσπάθεια καταστολής των εμβοών με συσκευές ηχοκάλυψης όπως ακουστικό βαρηκοΐας ή CD με λευκό θόρυβο και θεραπεία επανεκπαίδευσης (ηχοθεραπεία με λευκό θόρυβο για 12 μήνες). Σπάνια, μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση (Dhilon R.S., 2003, Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011).

B.2.4.3 *Ίλιγγος*

Ο ίλιγγος αποτελεί μια ψευδαίσθηση κίνησης ή ένα αίσθημα μετακίνησης του περιβάλλοντος χώρου και δεν περιορίζεται μόνο στο αίσθημα περιστροφής, αλλά περιλαμβάνει και το αίσθημα περιδίνησης, πλάγιας μετακίνησης, πτώσης ή πλαγιώθησης. Είναι καθοριστικής σημασίας η λήψη του ιστορικού, με διερεύνηση του κύριου συμπτώματος, καθώς ο άρρωστος θα αναφέρει ως "ζάλη" ή "ίλιγγο" μια πλειάδα διαφορετικών συμπτωμάτων και παθήσεων (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011). Έτσι, πρέπει να δοθεί έμφαση στη έναρξη της συμπτωματολογίας, τη συσχέτιση με ενδεχόμενη απώλεια ακοής, τη θέση και τις κινήσεις σώματος και κεφαλής, την επίδραση ανοιχτών ή κλειστών ματιών, και το ιστορικό του ασθενούς, τη λήψη φαρμάκων ή αλκοόλ. Ακόμη, είναι σημαντική η διάρκεια της συμπτωματολογίας, με τον καλοήγη παροξυσμικό ίλιγγο θέσεως να διαρκεί δευτερόλεπτα, τον ίλιγγο στη νόσο Meniere και τη λαβυρινθίτιδα να διαρκεί λεπτά ή ώρες και επί κεντρικότερης βλάβης να έχει ακόμη μεγαλύτερη διάρκεια. Ένας άλλος γενικός κανόνας ορίζει πως τα ωτολογικά αίτια διαταραχής της ισορροπίας τείνουν να διορθώνονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς αντιρροπεί κεντρικότερα το κεντρικό νευρικό σύστημα (Dhilon R.S., 2003). Στη συνέχεια, η επιμελής κλινική εξέταση των ωτών θα αναδείξει πιθανά παθολογικά αίτια από το μέσο ους, ενώ πρέπει να συμπληρώνεται με μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του αρρώστου και με νευρολογική εξέταση για έλεγχο των εγκεφαλικών συζυγιών και της παρεγκεφαλίδας.

Στα ωτολογικά αίτια ίλιγγου περιλαμβάνονται οι παθήσεις του μέσου ωτός (εκκριτική μέση ωτίτιδα, οξεία πυώδης μέση ωτίτιδα και χρόνια πυώδης μέση ωτίτιδα με χολοστεάτωμα), τραυματισμός με κάταγμα του κροταφικού οστού ή επέμβαση αναβολεκτομής, αιθουσαία νευρωνίτιδα, καλοήγη παροξυσμικός ίλιγγος θέσης, νόσος Meniere, περιλεμφικό συρίγγιο, έλλειμα άνω ημικύκλιου σωλήνα ή ακόμα και ένα ενσφηνωμένο βύσμα στον τυμπανικό υμένα (Dhilon R.S., 2003).

Η αντιμετώπιση του ίλιγγου στην οξεία φάση βασίζεται στην ύφεση της συμπτωματολογίας αλλά και τον αποκλεισμό κάποιου σοβαρού αιτίου. Για το λόγο αυτό χρειάζεται συνήθως εκτίμηση του ασθενούς από Καρδιολόγο και Νευρολόγο, και επί αποκλεισμού νοσολογίας γίνεται καθησυχασμός του και σύσταση για κλινοστατισμό (Dhilon R.S., 2003). Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα αντιμετωπίσει μια υποκείμενη αφυδάτωση και τα κατασταλτικά του λαβυρίνθου σε παρεντερική χορήγηση θα βελτιώσουν τον ίλιγγο. Μετά την οξεία φάση χορηγούνται μακροχρόνια κατασταλτικά του λαβυρίνθου και γίνονται ασκήσεις κεφαλής, οφθαλμών και σώματος, ώστε να ενισχυθεί η κεντρική αντιρρόπηση (Dhilon R.S., 2003).

B.2.4.3.1 Καλοήθης Παροξυσμικός Ίλιγγος Θέσης

Ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ζάλης, με επίπτωση 64 περιστατικά ανά 100.000 άτομα ανά έτος, ενώ υπολογίζεται πως σχεδόν το 3% του γενικού πληθυσμού θα βιώσει κάποια στιγμή στη ζωή του καλοήθη παροξυσμικό ίλιγγο θέσης. Εμφανίζεται συνηθέστερα σε άτομα ηλικίας 40 έως 60 ετών. Οι ασθενείς τυπικά παραπονούνται για ίλιγγο που διαρκεί ορισμένα δευτερόλεπτα. Τα επεισόδια μπορεί να εμφανίζονται επανειλημμένα στη διάρκεια της ημέρας και σχετίζονται με τις κινήσεις της κεφαλής - τυπικά επιδεινώνονται κατά την κατάκλιση και την έγερση από την ύπτια θέση ή όταν ο ασθενής κοιτά προς τα πάνω. Συνήθως συνυπάρχουν συμπτώματα διαταραχής της ισορροπίας, δυσκολία στη βάδιση, καρηβαρία και ναυτία, μεταξύ των επεισοδίων του ίλιγγου αλλά και χωρίς την παρουσία ίλιγγου. Η νόσος μπορεί να διαρκεί για εβδομάδες, να υποχωρεί και να επανεμφανίζεται μετά από κάποιο διάστημα.

Τα συμπτώματα οφείλονται στην αποκόλληση της ωτοκονίας από την κηλίδα του ελλειπτικού κυστιδίου, η οποία στη συνέχεια παραμένει μέσα σε έναν ημικύκλιο σωλήνα (Ζιάβρα Ν., 2009). Ο πιο συχνός μηχανισμός είναι η λιθίαση του οπίσθιου ημικύκλιου σωλήνα, με την προς τα πίσω κίνηση της κεφαλής να οδηγεί την ωτοκονία στο ανώτερο τμήμα του σωλήνα και να προκαλεί κίνηση της ενδολέμφου, επακόλουθη διέγερση των τριχωτών κυττάρων του κυπελλίου και ίλιγγο / νυσταγμό μέχρις ότου η ωτοκονία να φθάσει στον πυθμένα του σωλήνα. Διαγνωστικά χρησιμοποιούνται οι δοκιμασίες Dix - Hallpike και πλάγιας κατάκλισης, οι οποίες θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση του πρόσθιου ή οπίσθιου καλοήθους παροξυσμικού ίλιγγου θέσεως (Ζιάβρα Ν., 2009).

Για τη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από ίλιγγο θέσεως τα κατασταλτικά φάρμακα του λαβυρίνθου έχουν μικρή χρησιμότητα. Αντιθέτως, υπάρχουν τρεις αλληλουχίες κινήσεων γνωστές ως χειρισμοί επανατοποθέτησης των σωματιδίων, ο χειρισμός Epley, ο χειρισμός Semont και οι ασκήσεις Brandt - Daroff, οι οποίες θεωρείται πως απελευθερώνουν τον πάσχοντα ημικύκλιο σωλήνα από την ωτοκονία και θεραπεύουν τον ασθενή (Dhilon R.S., 2003).

B.2.4.4 Νόσος Meniere

Η νόσος Meniere, γνωστή και ως ενδολεμφικός ύδρωπας, προσβάλλει κυρίως ενήλικες νεαρής και μέσης ηλικίας. Εκτός από την απώλεια ακοής, ο άρρωστος παρουσιάζει και επεισόδια εμβοών και ίλιγγου (με τις εμβοές να προηγούνται των επεισοδίων του ίλιγγου) και αίσθημα πληρότητας στο πάσχον ουσ, περιγραφόμενο ως πίεση, πληρότητα ή θερμότητα. Η κλινική πορεία της νόσου Meniere ποικίλει μεταξύ των διαφόρων ασθενών, τυπικά όμως εμφανίζονται υποτροπιάζοντα επεισόδια ίλιγγου που διαρκούν λεπτά έως ώρες, και διαταραχές ισορροπίας και αστάθεια που μπορεί να επιμένουν για ημέρες. Στη διάρκεια μιας οξείας προσβολής αναδεικνύεται στην εξέταση οριζόντιος στροφικός νυσταγμός. Τα παραπάνω σημεία και συμπτώματα υποχωρούν αυτόματα. Πρώιμα κατά την πορεία της νόσου του Meniere μπορεί να διαπιστωθεί στο ακοόγραμμα νευροαισθητηριος βαρηκοΐα στις χαμηλές συχνότητες, κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Καθώς, όμως, τα επεισόδια επαναλαμβάνονται, μόνιμες βλάβες εγκαθίστανται σε όλες τις συχνότητες. Οι εξάρσεις της νόσου του

Meniere μπορεί να εμφανιστούν ανά διαστήματα μηνών ή ετών (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011).

Η διάγνωση της νόσου του Meniere βασίζεται κυρίως στην κλινική εκτίμηση, με την ακοομετρική ανάδειξη μόνιμης ή κυμαινόμενης βαρηκοΐας, συνηθέστερα στο φάσμα των χαμηλών συχνοτήτων. Ωστόσο υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο πόσα συμπτώματα θα εμφανιστούν ταυτόχρονα, χωρίς να είναι σπάνια η περίπτωση στην οποία εμφανίζεται ένα σύμπτωμα μόνο, καθιστώντας τη διάγνωση εξαιρετικά δυσχερή. Πολλές φορές απαιτείται να υπάρξουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια ώστε η διάγνωση να τεθεί από τη φυσική ιστορία της κατάστασης. Αμφοτερόπλευρη προσβολή είναι σχεδόν παθολογική αυτοάνοσης προέλευσης, ωστόσο θεωρείται ασυνήθης (περίπου 10% των περιπτώσεων).

Στόχος της θεραπείας είναι η αποτροπή νέων επεισοδίων και η αποφυγή μόνιμης βαρηκοΐας, μόνιμης αιθουσαίας δυσλειτουργίας και αμφοτερόπλευρης νόσου. Καμία μέθοδος μέχρι τώρα δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι δραστική. Στους πάσχοντες συνιστάται η αποφυγή καπνίσματος και κατανάλωσης αλατος, καφέ και αλκοόλ. Οι φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνουν τα θειαζιδικά διουρητικά και κορτιζόνη. Η χημική λαβυρινθεκτομή με διατυμπανική έγχυση γενταμικίνης αποτελεί μια εναλλακτική λύση, έναντι χειρουργικών επεμβάσεων που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την αναθεώρηση του ενδολεμφικού σάκκου, τη διατομή του αιθουσαίου νεύρου ή τη χειρουργική λαβυρινθεκτομή (Dhilon R.S., 2003, Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011).

B.2.4.5 Αιθουσαία Νευρωνίτιδα

Η αιθουσαία νευρωνίτιδα, γνωστή και ως λαβυρινθίτιδα, είναι μια αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων στους περισσότερους ασθενείς. Θεωρείται δευτεροπαθής μετά από μια ιογενή ή μεταλοιμώδη φλεγμονή της αιθουσαίας μοίρας της όγδοης εγκεφαλικής συζυγίας. Ο άρρωστος εμφανίζει προοδευτικά ίλιγγο εντός λίγων ωρών, που διαρκεί κάποιες ημέρες και εν συνεχεία ύφεται βραδέως. Κατά την αποδρομή εμφανίζονται συνήθως επεισόδια ίλιγγου, αλλά και μη ειδική ζάλη ή αστάθεια. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης ο άρρωστος παρουσιάζει ναυτία, εμέτους, εφίδρωση, αστάθεια και διαταραχές της ισορροπίας (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

Στη οξεία φάση οι ασθενείς έχουν οριζόντιο - στροφικό νυσταγμό που επιδεινώνεται κατά τη στροφή του βλέμματος προς κατεύθυνση αντίθετη από αυτή της βραδείας φάσης του νυσταγμού. Στη διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνεται το ισχαιμικό ή αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο του στελέχους ή της παρεγκεφαλίδας, η πολλαπλή σκλήρυνση και η έκθεση σε φάρμακα ή τοξίνες (Dhilon R.S., 2003). Η προσεκτική νευρολογική εξέταση είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση σημείων που είναι ενδεικτικά βλάβης εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική. Αντιεμετικά, αντιχολινεργικά και βενζοδιαζεπίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συμπτωματική θεραπεία. Τελικά θα εμφανιστεί αυτόματη υποχώρηση, λόγω ανάκαμψης της λειτουργίας του περιφερικού νεύρου και λόγω αντιρρόπησης από το κεντρικό νευρικό σύστημα (Ζιάβρα Ν., 2009).

B.2.4.6 Περιλεμφικό Συρίγγιο

Το περιλεμφικό συρίγγιο είναι μια παθολογική επικοινωνία ανάμεσα στο έσω και το μέσο ους, η οποία επιτρέπει τη μετακίνηση περιλέμφου στο μέσο ους μέσω της στρογγυλής ή της ωοειδούς θυρίδας (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Συνηθέστερα αίτια εμφάνισης περιλεμφικού συριγγίου είναι προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στον αναβολέα, μια μηχανική κάκωση ή βαρότραυμα. Οι ασθενείς εμφανίζουν επεισόδια ίλιγγου συνδυαζόμενα συνήθως με απώλεια ακοής, τα οποία εκλύονται με χειρισμό Valsalva ή με δυνατό ήχο (φαινόμενο Tullio). Η δοκιμασία συριγγίου, δηλαδή η εφαρμογή θετικής και αρνητικής πίεσης μέσω πνευμοωτοσκοπίου, μπορεί να προκαλέσει νυσταγμό και ίλιγγο, η ευαισθησία της όμως είναι χαμηλή. Η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να αναδείξει υγρό στην περιοχή της στρογγυλής θυρίδας. Το πρώτο βήμα της θεραπείας είναι η ανάπαυση, η ανύψωση της κεφαλής και η αποφυγή καταπόνησης. Η απουσία βελτίωσης μετά από μερικές εβδομάδες συντηρητικής θεραπείας αποτελεί ένδειξη χειρουργικής επιδιόρθωσης (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.4.7 Οστικό Έλλειμμα του Άνω Ημικύκλιου Σωλήνα.

Το οστικό έλλειμμα του άνω ημικύκλιου σωλήνα οφείλεται σε ελάττωμα του κροταφικού οστού που καλύπτει τον άνω ημικύκλιο σωλήνα. Αυτό επιτρέπει στους ήχους ή στην πίεση να μεταδοθούν στο έσω ους, μετακινώντας την ενδολέμφο του άνω ημικύκλιου σωλήνα. Οι ασθενείς αναπτύσσουν ίλιγγο και ταλαντοψία που επάγονται από ήχο ή πίεση (με οποιοδήποτε χειρισμό Valsalva). Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν τη χρόνια διαταραχή της ισορροπίας και την υπερακουσία μέσω της οστέινης αγωγής. Νυσταγμός επάγεται από την πίεση και έχει κάθετο και στροφικό στοιχείο προς την κατεύθυνση της ενεργοποίησης του άνω ημικύκλιου σωλήνα. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να εμφανίζουν βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας. Η αξονική τομογραφία μπορεί να αναδείξει το έλλειμμα στο κροταφικό οστό. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χειρουργική σύγκλιση ή την ανάπλαση του ημικύκλιου σωλήνα (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.4.8 Ακουστικό Νευρίνωμα

Το ακουστικό νευρίνωμα (ή ακριβέστερα αιθουσαίο σβάννωμα) είναι ένας καλοήθης όγκος των κυττάρων Schwann του αιθουσαίου νεύρου. Προκαλεί συμπτώματα λόγω των πιεστικών φαινομένων που ασκεί μέσα στο στενό χώρο του έσω ακουστικού πόρου, όταν όμως αναπτύσσεται εκτός αυτού, στην περιοχή της γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας, τα συμπτώματα εκδηλώνονται πολύ πιο αργά (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Ανάλογη κλινική εικόνα έχουν και οι άλλοι όγκοι της γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας (π.χ. μηνιγγίωμα). Το ακουστικό νευρίνωμα είναι συνήθως σποραδικό, ενώ μπορεί να εμφανιστεί στο πλαίσιο πολλαπλής νευρινωμάτωσης. Συνήθως το πρώτο σύμπτωμα είναι η μονόπλευρη παρουσία εμβοών, ενώ διαταραχές ισορροπίας και νευροαισθητήριο βαρηκοΐα εμφανίζονται στη συνέχεια. Στο ακοόγραμμα αποκαλύπτεται συνήθως μειωμένος ουδός ακοής στις υψηλές συχνότητες, ενώ σπανιότερα μπορεί να υπάρχει και οποιαδήποτε άλλη ακοολογική εικόνα. Το ακουστικό νευρίνωμα είναι μεν σπάνιο (με επίπτωση μία περίπτωση ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος), αλλά θα πρέπει να

αποκλείεται σε κάθε περίπτωση μονόπλευρων ακοολογικών συμπτωμάτων. Στη διάγνωση θα βοηθήσει ιδιαίτερα η απεικόνιση με αξονική ή και μαγνητική τομογραφία, ενώ πέραν του Ωτορινολαρυγγολόγου και Νευροχειρουργός θα πρέπει να εκτιμήσει τον άρρωστο (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.2.4.9 Πάρεση Προσωπικού Νεύρου

Το προσωπικό νεύρο (VII εγκεφαλική συζυγία) ακολουθεί μια πολύπλοκη διαδρομή ξεκινώντας από το εγκεφαλικό στέλεχος, συνεχίζοντας μέσω του κροταφικού οστού και της παρωτίδας για να καταλήξει στους κινητικούς κλάδους που νευρώνουν τους μύες του προσώπου, ενώ οι αισθητικοί κλάδοι ξεκινούν από το πρόσθιο τμήμα της γλώσσας, αλλά και τους δακρυικούς, υπογνάθιους και υπογλώσιους αδένες. (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Η βλάβη του προσωπικού νεύρου έχει σαν αποτέλεσμα αδυναμία του νεύρου και σημαντικού βαθμού αισθητική δυσμορφία. Το ύψος της βλάβης καθορίζει και την κλινική εικόνα. Υπερπυρηνικές βλάβες δεν επηρεάζουν το μέτωπο λόγω της αμφίπλευρης του νεύρωσης, ενώ βλάβες κάτωθεν του πυρήνα οδηγούν σε παράλυση του κάτω κινητικού νευρώνα και των άνω και κάτω προσωπικών μυών. Με βάση την εντόπιση, τα αίτια της παράλυσης διακρίνονται σε ενδοκρανιακά (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και όγκο του στελέχους - βλάβες αμφοτέρων υπερπυρηνικές, ακουστικό νευρίνωμα), ενδοκροταφικά (παράλυση του Bell, ωτικός έρπης ζωστήρας, φλεγμονή του μέσου ωτός, τραύμα), εξωκροταφικά (όγκοι παρωτίδας) και διάφορα (σαρκοείδωση, πολυνευρίτιδα). Χρησιμοποιώντας την ως άνω ταξινόμηση, μετά από ένα καλό ιστορικό και μια ενδελεχή κλινική εξέταση, ο εξεταστής θα εντοπίσει πιθανότατα το αίτιο της πάρεσης (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

Αναλόγως αιτίου θα υπάρξει και η αντίστοιχη θεραπευτική προσέγγιση. Σε ιδιοπαθή πάρεση χορηγείται πρεδνιζολόνη (καίτοι αμφισβητείται η αποτελεσματικότητά της) και σε περίπτωση τραυματισμού του νεύρου επιχειρείται η συρραφή του. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην προστασία του προσβεβλημένου οφθαλμού, με χρήση οφθαλμικών σταγόνων και προστατευτικών γυαλιών, αλλά και τοποθέτηση φύλλων χρυσού στο άνω βλέφαρο, ενέσεις botox και ταρσορραφή (Dhilon R.S., 2003). Για την κίνηση των μυών του προσώπου έχουν προταθεί διάφορες νευροχειρουργικές τεχνικές για την αποκατάσταση του νεύρου, την επανανεύρωση με μετάθεση νεύρων ή τη χρήση μυικών μοσχευμάτων. Οι επιλογές αυτές φυλάσσονται βεβαίως για τις σοβαρότερες περιπτώσεις με πλήρη διακοπή της λειτουργίας του νεύρου. Για τις ελαφρότερες περιπτώσεις, όταν πρόκειται για ήπιες αναστρέψιμες κακώσεις, η βλάβη θα αποκατασταθεί πλήρως εντός έξι εβδομάδων, ενώ όταν η βλάβη είναι πιο σοβαρή, η ανάρρωση θα επέλθει με την αναγέννηση του νευράξονα σε διάστημα 3 έως 12 μηνών, σπάνια όμως θα είναι τέλεια η αποκατάσταση (Dhilon R.S., 2003).

B.2.4.10 Πάρεση του Bell (Ιδιοπαθής πάρεση προσωπικού νεύρου)

Πρόκειται για την πλέον συνηθισμένη αιτία πάρεσης του προσωπικού νεύρου, η διάγνωση τίθεται όμως δι' αποκλεισμού άλλων αιτίων. Ο μηχανισμός της παθογένεσης της νόσου είναι η φλεγμονή του προσωπικού νεύρου με δημιουργία οιδήματος και η συμπίεση του διογκωμένου νεύρου στον οστέινο πόρο, με αποτέλεσμα διακοπή της μεταφοράς του ερεθίσματος (Dhilon R.S., 2003). Συνήθως

προϋπάρχει δυσανεξία και πόνος στην περιοχή της μαστοειδούς, ενώ βαρηκοΐα, υπερακουσία και διαταραχές της γεύσης εμφανίζονται μαζί με την πάρεση του νεύρου. Σε περίπτωση εμφάνισης μερικής πάρεσης, οι άρρωστοι θα έχουν γρήγορη και σχεδόν πλήρη αποκατάσταση, επί πλήρους παρέσεως όμως ή υποτροπών η αποκατάσταση είναι κακή. Η θεραπευτική παρέμβαση είναι υπό ερώτημα. Έχει προταθεί κατά καιρους η χορήγηση αντιϊκών φαρμάκων (λόγω της πιθανής συσχέτισης με λοίμωξη από HSV), όπως και κορτικοστεροειδών, καθώς και η χειρουργική αντιμετώπιση, όμως δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία ως προς το όφελος των (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.3 Ρίνα - Παραρρίνιοι Κόλποι

B.3.1 Βασικές Αρχές

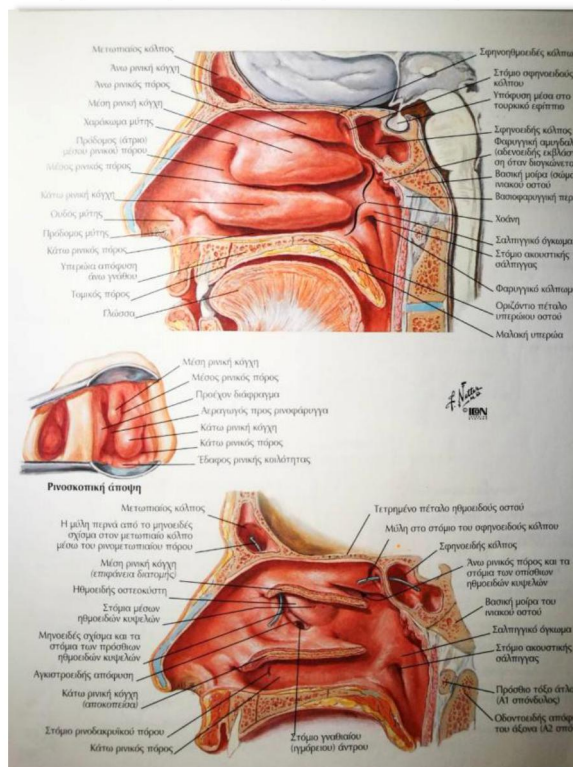
B.3.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία

Η ρίνα (μύτη) αποτελεί το όργανο όσφρησης και την είσοδο του ανώτερου αεραγωγού. Διακρίνεται στην εξωτερική ρίνα και στη ρινική κοιλότητα, ενώ υποστηρίζεται από τους παραρρίνιους κόλπους. Η εξωτερική μύτη αποτελείται από τα ρινικά οστά στο άνω τριτημόριό της και τους άνω και κάτω πλάγιους χόνδρους, σχηματίζοντας έτσι τη ρινική πυραμίδα. Δέρμα πλούσιο σε σμηγματογόνους αδένες καλύπτει τη μύτη, με στερεή πρόσφυση σε αυτήν. Εσωτερικά της ρινικής πυραμίδος αναπτύσσεται η ρινική κοιλότητα, η οποία εκτείνεται από τον πρόδομο της μύτης έως το ρινοφάρυγγα και διχοτομείται από το οστέινο και χόνδρινο διάφραγμα. Από το έξω (πλάγιο) τοίχωμα της ρινικής κοιλότητας προβάλλουν οι ρινικές κόγχες, άνω, μέση και κάτω, οι οποίες φέρουν σιραγγώδη σωμάτια και καλύπτονται από κυλινδρικό επιθήλιο με κροσσούς. Οι παραρρίνιοι κόλποι εκβάλουν μέσω πόρων κάτωθεν της μέσης κόγχης. Η αιμάτωση της μύτης είναι έντονη, από κλάδους της έξω και της έσω καρωτίδας, οι οποίοι αναστομώνονται στην κηλίδα του Kiesselbach στην κάτω πρόσθια μοίρα του ρινικού διαφράγματος. Η νεύρωση της ρινός γίνεται με τον τρίτο κλάδο του τριδύμου, ενώ και η επίδραση του αυτόνομου συστήματος είναι μεγάλη στην έκκριση των αδένων, αλλά και την αγγειοσυστολή (συμπαθητικό) και αγγειοδιαστολή (παρασυμπαθητικό) και αντιστοίχως σμίκρυνση και μεγέθυνση των ρινικών κογχών (Dhilon R.S., 2003, Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

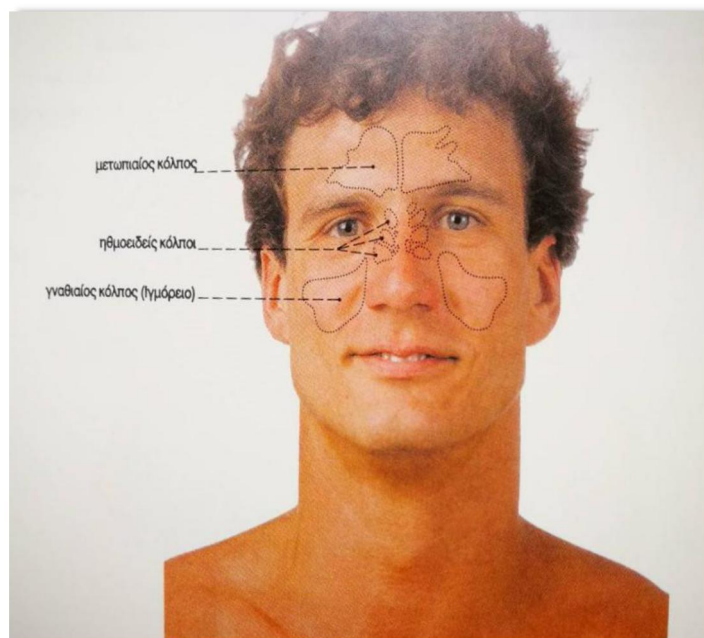
Ως σημείο εισόδου του αέρα στον αεραγωγό, η μύτη λειτουργεί σαν φίλτρο με τις τρίχες του προδόμου αλλά και την κολλώδη βλέννη που παράγουν τα κροσσώτα επιθηλιακά κύτταρα. Επίσης, ο αέρας θερμαίνεται περίπου στους 30°C και εφυγραίνεται, ώστε να είναι έτοιμος να μεταφερθεί στον κατώτερο αεραγωγό και τους πνεύμονες. Στη μύτη υπάρχει και το όργανο ανίχνευσης των διάφορων οσμών, το οσφρητικό επιθήλιο, το οποίο εντοπίζεται στην ανώτερη μοίρα της μύτης. Από αυτό ξεκινάει το οσφρητικό νεύρο με είκοσι περίπου νημάτια και το οποίο αφού διέλθει το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς εισέρχεται στον οσφρητικό βολβό. Μια άλλη λειτουργία της μύτης τέλος είναι η συμβολή της στη διαμόρφωση της φωνής (Dhilon R.S., 2003).

Εικόνα 4. Η ρίνα (Netter, 2003)

Οι παραρρίνιοι κόλποι αποτελούν κοιλότητες αέρα εντός του κρανίου. Αποτελούν ζευγάρια, με εντόπιση αριστερά και δεξιά και είναι οι μετωπιαίοι, οι γναθιαίοι, οι ηθμοειδείς κυψέλες και οι σφηνοειδείς. Οι μετωπιαίοι, οι γναθιαίοι κι οι



πρόσθιες ηθμοειδείς κυψέλες εκβάλλουν μέσω πόρου στον μέσο ρινικό πόρο, ενώ οι οι οπίσθιες ηθμοειδείς κυψέλες και οι σφηνοειδείς κόλποι εκβάλλουν στον άνω ρινικό πόρο. Η ακριβής λειτουργία των παραρρινίων κόλπων δεν έχει διευκρινιστεί, θεωρείται όμως πως βοηθούν στην αντήχηση της φωνής, μειώνουν το βάρος του κρανίου και προστατεύουν τους οφθαλμούς αλλά και τα υπόλοιπα ενδοκράνια όργανα από τραυματισμούς (Dhilon R.S., 2003).



Εικόνα 5. Η επιπροβολή των παραρρινίων κόλπων στο πρόσωπο (Sobotta, 1998)

B.3.1.2 Ιστορικό και Κλινική Εξέταση

Η εξέταση της ρινός ξεκινάει πάντοτε με τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, στο οποίο ερωτάται ο άρρωστος για την παρουσία ρινικής απόφραξης, εκκρίσεων, παρμού, άλγους στο πρόσωπο, διαταραχών της όσφρησης και προβλημάτων από το αυτί (Dhilon R.S., 2003). Στη συνέχεια γίνεται σχολαστική επισκόπηση, αρχικά του εξωτερικού τμήματος της μύτης και στη συνέχεια της ρινικής κοιλότητας, με τη χρήση ειδικού εργαλείου, του ρινοσκοπίου. Τέλος, επισκοπείται ο ρινοφάρυγγας χρησιμοποιώντας το ειδικό καθρεπτάκι ή με το εύκαμπτο ή άκαμπτο ρινοσκόπιο. Ο έλεγχος της όσφρησης γίνεται δίνοντας στο άρρωστο να μυρίσει συγκεκριμένες (μη ερεθιστικές) οσμές. Η εξέταση των παραρρινίων περιορίζεται στην εξωτερική ψηλάφησή τους, είναι απαραίτητος όμως ο έλεγχος της ύπαρξης ή μη εκκρίματος στον μέσο ρινικό πόρο κατά τη ρινοσκόπηση. Σημαντική βοήθεια στον έλεγχο των παραρρινίων παίρνουμε και με τον απεικονιστικό έλεγχο, την απλή ακτινογραφία και την αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

B.3.2 Παθήσεις της Ρινός κι των Παραρρινίων Κόλπων

B.3.2.1 Ρινίτιδα

Με τον όρο ρινίτιδα εννοούμε μια φλεγμονώδη διεργασία του ρινικού βλεννογόνου, ως αποτέλεσμα αλλεργικών ή μη αιτίων. Στην αλλεργική ρινίτιδα συγκεκριμένα αλλεργιογόνα πυροδοτούν μια αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου 1, με εποχιακή ή συνεχή εμφάνιση, ενώ στην μη αλλεργικής αιτιολογίας ρινίτιδα τα αίτια είναι κυρίως ιογενείς και μικροβιακές φλεγμονές, όπως και διαταραχές στη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα την εκδήλωση αγγειοκινητικής ρινίτιδας (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.1.1 Οξεία Ρινίτιδα (Κοινό Κρυολόγημα)

Στην πάθηση αυτή ο ρινικός βλεννογόνος προσβάλεται από κάποιο ιό, κυρίως της οικογένειας των αδενοϊών και των ρινοϊών, των ιών της ινφλουέντζας, του αναπνευστικού συγκυτίου και της παραϊνφλουέντζας. Η λοίμωξη από κάποιον από αυτούς τους ιούς ευνοείται από την ανωριμότητα και την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, για αυτό και έχει μεγάλη επίπτωση σε παιδιά και εξασθενημένους ενήλικες (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Στην κλινική εξέταση ο βλεννογόνος είναι υπεραιμικός με έντονη εκκριτική δραστηριότητα των αδένων του - για το λόγο αυτό ο ασθενής παραπονείται για ρινική απόφραξη, ρινόρροια και παρμό. Σε περίπτωση δευτεροπαθούς λοίμωξης από αιμόφιλο, στρεπτόκοκκο ή σταφυλόκοκκο, το έκκριμα γίνεται πυώδες ή βλεννοπυώδες, ενώ πυρετός και κεφαλαλγία μπορεί να συνυπάρχουν. Η θεραπεία είναι συμπτωματική, με ανάπαυση και ενυδάτωση του ασθενούς, χορήγηση αναλγητικών - αντιπυρετικών και πρόληψη της μετάδοσης του κρυολογήματος σε άλλους. Αν δεν αντιμετωπιστεί επαρκώς η νόσος, μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως ωτίτιδα (εκκριτική μέση ή οξεία μέση πυώδης) ρινοφαρυγγίτιδα, ρινοκολπίτιδα, τραχηλική λεμφαδενίτιδα και προσβολή του κατώτερου αναπνευστικού (λαρυγγίτιδα - πνευμονία), ενώ η χρήση αντιβιοτικών περιορίζεται στις περιπτώσεις μικροβιακής επιλοίμωξης (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.1.2 Αλλεργική Ρινίτιδα

Στην αλλεργική ρινίτιδα τα αλλεργιογόνα είναι συνήθως ουσίες που εισέρχονται στη μύτη με την εισπνοή του αέρα και όπως προαναφέρθηκε πυροδοτούν αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου 1. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει τη χαρακτηριστική τριάδα ρινικής απόφραξης, ρινόρροιας και παρμού. Από το ιστορικό θα ανιχνευτεί η συνύπαρξη και άλλης ατοπίας, όπως το άσθμα. Στην εξέταση θα βρεθεί οιδηματώδης, ωχρός ρινικός βλεννογόνος, που επικαλύπτεται από λεπτόρευστο υδαρές έκκριμα (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση είναι ο εντοπισμός του πιθανού αλλεργιογόνου, ώστε να αποφεύγεται η έκθεση σε αυτό, αλλά και αλλαγές στον τρόπο ζωής πχ αντικατάσταση των πουπουλένιων μαξιλαριών με άλλα με γέμιση υαλοβάμβακα, η αποφυγή χρήσης χαλιών και βαρέων καλυμμάτων. Η απευαισθητοποίηση του ασθενούς στο αντιγόνο χρησιμοποιείται επίσης (Dhilon R.S., 2003). Φαρμακευτικά χρησιμοποιούνται παράγοντες όπως το χρωμογλυκικό νάτριο, που σταθεροποιεί τη μεμβράνη των μαστοκυττάρων, αλλά και τοπικά (ρινικά) αποσυμφορητικά, συμπαθητικομιμικά όπως ή εφεδρίνη και

κορτικοστεροειδή, ιδίως για τη συντήρηση. Χειρουργική παρέμβαση μπορεί να απαιτηθεί, ιδίως σε περιστατικά ανθεκτικά στη φαρμακοθεραπεία, με συνηθέστερη τη χρήση ραδιοσυχνότητων για την καυτηρίαση των υπερτροφικών ρινικών κόγχων (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.1.3 *Αγγειοκινητική Ρινίτιδα*

Η αγγειοκινητική ρινίτιδα είναι μια συχνή μορφή ρινίτιδος που προσβάλλει το 10 - 15 % του γενικού πληθυσμου. Οφείλεται σε μια διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της επίδρασης του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού (το οποίο επικρατεί) στο ρινικό βλεννογόνο, με αποτέλεσμα αγγειοδιαστολή των ρινικών κόγχων, υδαρή έκκριση και ρινική απόφραξη (Dhilon R.S., 2003). Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να επιτείνεται με αλλαγές στη θερμοκρασία και την υγρασία του περιβάλλοντος, αλλά και μεταβολικές ή ενδοκρινολογικές αλλαγές. Κλινικά, η πάθηση ομοιάζει με την αλλεργική ρινίτιδα και πολλές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί από αυτήν. Η θεραπεία βασίζεται και εδώ στη χρήση αποσυμφορητικών, κυρίως τοπικών, ενώ είναι συνηθέστερη η προσφυγή σε χειρουργικές μεθόδους για τον έλεγχο της ρινίτιδος (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.1.4 *Φαρμακευτική Ρινίτιδα*

Είναι μια ιδιαίτερη μορφή ρινίτιδος, που προκαλείται από τη λανθασμένη και μακροχρόνια λήψη αποσυμφορητικών με συμπαθητικομιμητικές ουσίες, συνήθως από τονίδιο τον ασθενή. Χαρακτηρίζεται από επίμονη αντιδραστική αγγειοδιαστολή του ρινικού βλεννογόνου και είναι συνήθως δύσκολη στην αντιμετώπιση (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.2 *Ρινοκολπίτιδα*

Ως (παρα)ρινοκολπίτιδα ορίζεται η φλεγμονή του βλεννογόνου των παραρρίνιων κόλπων. Αυτή έχει συνήθως ρινογενή προέλευση, με επέκταση μια φλεγμονής του ρινικού βλεννογόνου κατά συνέχεια ιστών, αλλά μπορεί να σχετίζεται και με οδοντικές παθήσεις (της άνω γνάθου), τραυματισμό της περιοχής ή και νεοπλασίες (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Οι ρινοκολπίτιδες ταξινομούνται σε οξείες και χρόνιες. Σε περιπτώσεις οξείας ρινοκολπίτιδας το αίτιο είναι συνήθως ιογενές. Συνήθως συνυπάρχει κάποια ρινίτιδα και η φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου προκαλεί απόφραξη του εκφορητικό στομίου των παραρρίνιων στο μέσο ρινικό πόρο, με αποτέλεσμα κατακράτηση βλέννας, η οποία ενδέχεται να επιμολυνθεί από βακτηριακό στελέχη που αποικίζουν τη μύτη. Η ανάπτυξη ρινοκολπίτιδας ευνοείται από παθολογίες της ρινικής θαλάμης που εμποδίζουν την ελεύθερη ροή του αέρα, όπως πολύποδες, υπερτροφία των κόγχων ή σκολίωση του ρινικού διαφράγματος. Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη από το ιστορικό και την κλινική εξέταση (παθολογικό σημείο η εκροή πυώδους υγρού από το εκφορητικό στόμιο των κόλπων στο μέσο ρινικό πόρο) - μπορεί να χρειαστεί όμως απεικονιστικός

έλεγχος με ακτινογραφία κόλπων προσώπου ή και αξονική τομογραφία. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική, με χορήγηση αναλγητικών - αντιπυρετικών και εισπνοές υδρατμών. Τα αγγειοσυσπαστικά αποσυμφορητικά του ρινικού βλεννογόνου θα μειώσουν το οίδημα και θα βελτιώσουν τον αερισμό - η χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος απαιτείται σε περιπτώσεις βακτηριακής επιμόλυνσης και όταν η φλεγμονή εμμένει άνω των επτά ημερών. Σπάνια μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση με παρακέντηση, έκπλυση και ανορρόφηση του πάσχοντος παραρρίνιου κόλπου (Dhilon R.S., 2003).

Η οξεία μετωπιαία κολπίτιδα είναι μια μορφή ρινοκολπίτιδος με δυνητικούς κινδύνους ενδοκρανιακών επιπλοκών. Εκδηλώνεται με έντονη κεφαλαλγία στην περιοχή του μετώπου που δυναμώνει με το σκύψιμο της κεφαλής, και έντονη ευαισθησία κατά την πίεση ή επίκρουση στο μέτωπο (Ζιάβρα Ν., 2009).

Στις περιπτώσεις χρόνιας ρινοκολπίτιδας συνήθως προυπήρξε κάποια οξεία ρινοκολπίτιδα που δεν αντιμετωπίστηκε επαρκώς φαρμακευτικά ή δεν ανευρέθη υποκείμενη παθολογία με αποτέλεσμα υποτροπή. Θεωρείται πως πρέπει να υπάρχουν άνω των τεσσάρων υποτροπών ετησίως ή εμμονή της νόσου για οχτώ εβδομάδες μετά από θεραπεία, για να διαγνωσθεί μια χρόνια ρινοκολπίτιδα. Οι χρόνιες ρινοκολπίτιδες διακρίνονται σε πυώδεις, με πυρετό και πυώδες έκκριμα, και πολυποειδείς, με παρουσία ρινικών πολυπόδων, ελαφρότερη συμπτωματολογία χωρίς πυώδεις εκκρίσεις αλλά με διαταραχές όσφρησης. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι φαρμακευτική με αντιβίωση στις πυώδεις μορφές και ρινοπλύσεις, ενώ μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση για τη δημιουργία συνθηκών επαρκούς παροχέτευσης του προσβεβλημένου κόλπου, καθώς και αφαίρεση του νοσούντος βλεννογόνου. Χειρουργική θα είναι η προσέγγιση και στην παρουσία πολυπόδων (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.3 Ρινορραγία

Οι ρινορραγίες αποτελούν πολύ συχνό αίτιο αιμορραγίας, με θορυβώδη εκδήλωση και πρόκληση ιδιαίτερης ανησυχίας στον ασθενή (Dhilon R.S., 2003). Συνήθως πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενες καταστάσεις, ενδέχεται όμως μια ρινορραγία να οδηγήσει σε σημαντική απώλεια αίματος, υπογκαιμικό σοκ ακόμη και θάνατο του ασθενούς. Τα αίτια των ρινορραγιών διακρίνονται σε τοπικά [ιδιοπαθή, λοίμωξη (κυρίως ιογενείς), κάκωση (συνηθέστερο αίτιο είναι ο αυτοτραυματισμός του ασθενούς με το δάκτυλό του), νεοπλασία, ξένο σώμα) και συστηματικά [υπέρταση, φάρμακα (ιδίως τα αντιπηκτικά), αιματολογικές παθήσεις, συγγενής αιμορραγική τηλεαγγειεκτασία]. Συνήθως το σημείο της αιμορραγίας εντοπίζεται στην κηλίδα του Kiesselbach, όπου υπάρχει ένα πλούσιο αναστατωτικό δίκτυο τελικών αρτηριών αλλά και κλάδων της έσω και της έξω καρωτίδας (Sobotta, 1998).

Η αντιμετώπιση της ρινορραγίας είναι πολυδιάστατη. Μετά την παροχή πρώτων βοηθειών πρέπει να γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης του αιτίου και αποτελεσματικής

αντιμετώπισης της αιμορραγίας, με ταυτόχρονη εκτίμηση της συνολικής απώλειας αίματος. Για το λόγο αυτό, εφαρμόζεται εξωτερική πίεση επί της ρινός (στους ρώθωνες) σε καθιστή θέση και με ελαφρά κλίση της κεφαλής προς τα κάτω και τοποθέτηση ενός νεφροειδούς κάτωθεν αυτής. Επί σοβαρής αιμορραγίας παρακολουθείται αιμοδυναμικά ο ασθενής και εφαρμόζεται το πρωτόκολλο αναζωογόνησης επί αιμορραγίας (ABC, εξασφάλιση φλεβικής γραμμής, χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, αποστολή εργαστηριακού ελέγχου κλπ). Η κλινική εξέταση και ο έλεγχος της ρινικής θαλάμης θα αποκαλύψουν ένα τοπικό αίτιο ρινορραγίας, ενώ ο αιματολογικός έλεγχος ίσως αποκαλύψει μια συστηματική νόσο. Όταν αποκαλυφθεί το αιμορραγούν αγγείο μπορεί να καυτηριαστεί με νιτρικό άργυρο ή διαθερμία, εάν όμως δεν ανευρίσκεται, επιβάλλεται να γίνει επιπωματισμός, αρχικά πρόσθιος και επί εμμονής οπίσθιος, με παραμονή του επί 48 ώρου περίπου και υπό αντιβιοτική κάλυψη. Σπάνια, η αιμορραγία μπορεί να μην σταματήσει με τον επιπωματισμό, ή να υποτροπιάσει μετά τον αρχικό έλεγχο, οπότε ο ασθενής θα οδηγηθεί στο χειρουργείο για περαιτέρω αντιμετώπιση και ενδεχομένως απολίνωση της πρόσθιας ηθμοειδούς, της σφηνουπερωίου ή κάποιου άλλου αρτηριακού κλάδου. Είναι βεβαίως αυτονόητο πως η συνύπαρξη κάποιου συστηματικού αιτίου, όπως υπέρταση ή αιματολογική νόσο, θα απαιτήσει την άμεση συνδρομή του αντιστοίχου ειδικότητας Ιατρού (Dhilon R.S., 2003).

B.3.2.4 Πολύποδες

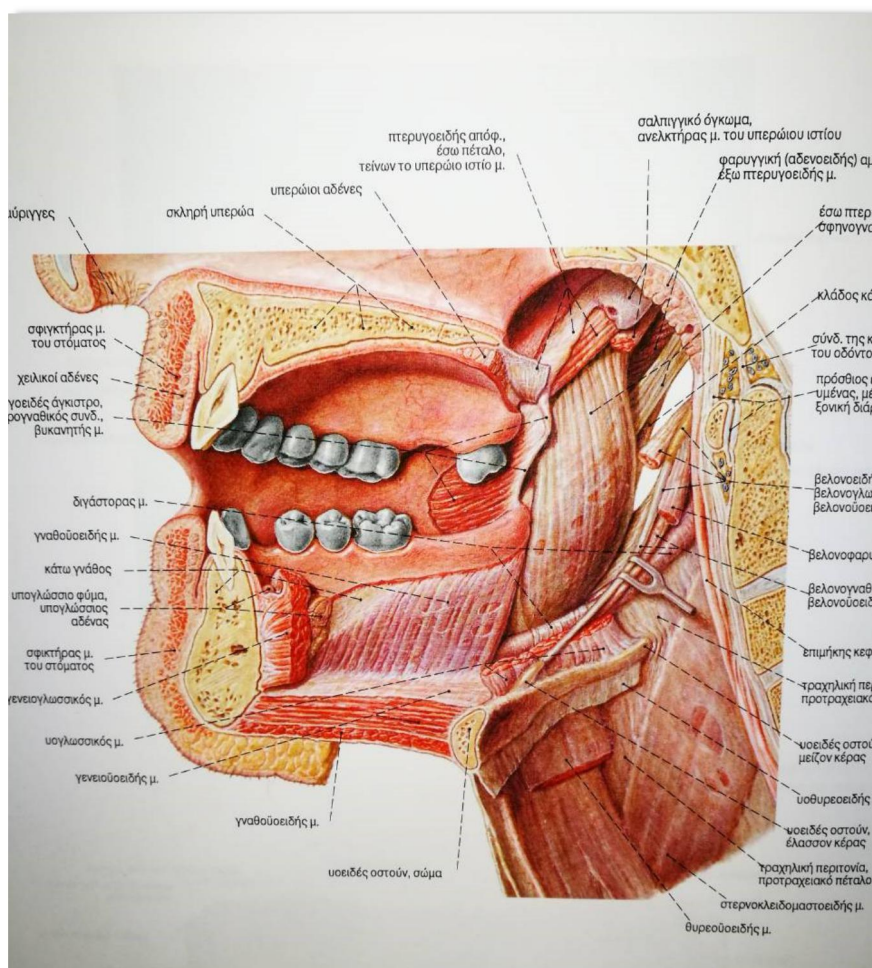
Οι πολύποδες της μύτης είναι προσεκβολές του οίδηματώδους βλεννογόνου που προέρχονται συνήθως από τα ηθμοειδή και δια του μέσου ρινικού πόρου προπίπτουν στη ρινική θάλαμη. Συνήθως είναι αμφοτερόπλευροι, και αν αφεθούν χωρίς θεραπεία τείνουν να λάβουν πολύ μεγάλο μέγεθος. Σχετίζονται συνήθως με αγγειοκινητική ή αλλεργική ρινίτιδα, αλλά και με χρόνιες ρινοκολπίτιδες, με τις οποίες έχουν σχέση αιτίου και αιτιατού (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α, 2011). Από το ιστορικό ο άρρωστος αναφέρει προοδευτική ρινική απόφραξη και συμπτωματολογία από μια συνυπάρχουσα ρινοκολπίτιδα. Η διάγνωση τίθεται με τη ρινοσκόπηση, όπου ανευρίσκεται ανοιχτόχρωμη και ωχρή πολυποειδής μάζα, ανώδυνη και χωρίς αιμορραγικό χαρακτήρα. Ενίοτε πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση από μια κακοήγη μάζα - η ετερόπλευρη εντόπιση και η αιμορραγική διάθεση θα προδιαθέσουν για κακοήθεια. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το μέγεθος του πολύποδα. Για ένα μικρού μεγέθους μόρφωμα τοπική χορήγηση στεροειδούς μπορεί να είναι αρκετή, μεγαλύτερα όμως μορφώματα θα απαιτήσουν χειρουργική αφαίρεση και εν συνεχεία μακροχρόνια χορήγηση τοπικών στεροειδών για την πρόληψη της υποτροπής τους. Την ορθή θεραπευτική προσέγγιση συμπληρώνει ο έλεγχος και η αντιμετώπιση συνυπάρχουσας ρινοκολπίτιδας ή αλλεργικής ρινίτιδος (Dhilon R.S., 2003).

B.4 Στοματική Κοιλότητα και Φάρυγγας

B.4.1 Βασικές Αρχές

B.4.1.1 Ανατομία - φυσιολογία

Η στοματική κοιλότητα περιλαμβάνει το χώρο που σχηματίζεται εντός του προσωπικού κρανίου από τα χείλη και τα δόντια μέχρι το οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας και το φάρυγγα, και από τη γλώσσα μέχρι την υπερώα. Η στοματική κοιλότητα αποτελεί την πύλη εισόδου των τροφών στον οργανισμό, και το σημείο της πρώτης φάσης της επεξεργασίας τους - με τη μάσηση και την ανάμιξη με τον σίελο σχηματίζεται ο βλωμός. Το στόμα αποτελεί και πύλη εισόδου του αέρα, λειτουργώντας ως δευτερεύουσα μετά τη μύτη αρχή του αεραγωγού, ιδιότητα απολύτως απαραίτητη σε περιπτώσεις ρινικής απόφραξης. Επιπροσθέτως, είναι σημαντική η συμβολή του στόματος στην παραγωγή της φωνής, λειτουργώντας ως αντηχείο (Dhilon R.S., 2003).



Εικόνα 6. Η στοματική κοιλότητα και ο φάρυγγας (Sobotta, 1998)

Ο φάρυγγας αποτελεί την προς τα πίσω συνέχεια της στοματικής κοιλότητας και της ρινός και διαιρείται σε τρεις μοίρες, το ρινοφάρυγγα, το στοματοφάρυγγα και τον υποφάρυγγα. Εκτείνεται από τη βάση του κρανίου έως τον κρικοφαρυγγικό σφιγκτήρα. Αποτελεί όχι μόνο ανατομική αλλά και λειτουργική συνέχεια στόματος και μύτης καθώς μέσω αυτού διέρχονται ο αέρας και οι τροφές. Για την ακρίβεια, αναπνευστική και πεπτική οδός χιάζονται εντός του φάρυγγα, για το λόγο αυτό είναι σημαντική η προστασία που αυτός παρέχει, μαζί με τη μαλακή υπερώα και το λάρυγγα, στην προστασία του αεραγωγού κατά τη φαρυγγική φάση της κατάποσης (Dhilon R.S., 2003).

B.4.1.2 Κλινική Εξέταση - Απεικονιστικός Έλεγχος

Η εξέταση του στόματος και του φάρυγγα είναι γενικά εύκολη. Αφού ο ασθενής ερωτηθεί για την παρουσία ή μη συμπτωματολογίας από τα όργανα της περιοχής, πόνο, αιμορραγία, κακοσμία του στόματος, διαταραχές γεύσης, μάσησης, κατάποσης ή αναπνοής, έξεις και κατάχρηση καπνού και αλκοόλ, θα επισκοπηθεί η στοματική κοιλότητα άμεσα και διεξοδικά, με τη χρήση γλωσσοπίεστρου. Με τη βοήθεια του ειδικού καθρέπτη, και στρέφοντας τον προς τα άνω και κάτω θα επισκοπηθεί έμμεσα ο ρινοφάρυγγας και ο υποφάρυγγας αντίστοιχα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δύσκολης εξέτασης θα χρειαστεί η χρήση του ενδοσκοπίου (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

Ο απεικονιστικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την εξέταση βλαβών της περιοχής του στόματος και του φάρυγγα. Η πανοραμική ακτινογραφία θα απεικονίσει την οδοντοστοιχία, και πλάγιες ακτινογραφίες τον ρινοφάρυγγα. Περιστασιακά, μπορεί να χρειαστεί η διενέργεια αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας, αλλά και μελέτη της κατάποσης υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο (Dhilon R.S., 2003).

B.4.2 Παθήσεις της Στοματικής Κοιλότητας και του Φάρυγγα

B.4.2.1 Λοιμώξεις

Ο πονόλαιμος είναι από τα πιο συχνά απαντώμενα συμπτώματα στην Ιατρική, και περιγράφεται από τον πάσχοντα με μια ποικιλία αισθημάτων, από ξηρότητα έως πόνο. Το πιο συχνό αίτιο είναι οι λοιμώξεις της περιοχής, συνήθως αμυγδαλίτιδα και φαρυγγίτιδα. Πρόκειται κατά κανόνα για ιογενείς λοιμώξεις, στα πλαίσια μιας ρινίτιδας και μιας γενικευμένης λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού. Περιστασιακά, μπορεί το αίτιο να είναι βακτηριακής αιτιολογίας, με κύριο εκπρόσωπο το στρεπτόκοκκο. Σε αυτήν την περίπτωση, βλεννοπυώδεις εκκρίσεις υπάρχουν στο φαρυγγικό τοίχωμα και επίχρισμα στην αμυγδαλή, ενώ συνυπάρχει κακουχία και πυρετός. Η θεραπεία είναι συμπτωματική με κατάκλιση, επαρκή ενυδάτωση και χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών, ενώ επί βακτηριακής λοίμωξης χορηγείται βεβαίως και αντιβίωση (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

Η δημιουργία περιαμυγδαλικού αποστήματος μπορεί να είναι αποτέλεσμα περιαμυγδαλικής κυτταρίτιδος, συνήθως επί ατελώς θεραπευθείσας αμυγδαλίτιδος. Πύο συλλέγεται μεταξύ της αμυγδαλικής κάψας και του άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα, και οδηγεί σε έντονο μονόπλευρο άλγος και δυσφαγία, έως και αδυναμία κατάποσης. Η φωνή μεταβάλλεται σε "hot potato voice", και ο ασθενής αδυνατεί πολλές φορές να ανοίξει επαρκώς το στόμα. Η εξέταση είναι επομένως δυσχερής, αλλά αποκαλύπτει μια μονόπλευρη αμυγδαλική φλεγμονή που απωθεί τη σταφυλή (Dhilon R.S., 2003). Για τη θεραπεία απαιτείται ενδοφλέβιος αντιβίωση (πενικιλίνη καθώς το σύνηθες παθογόνο είναι ο β - αιμολυτικός στρεπτόκοκκος) και επί σχηματισμένου αποστήματος διάνοιξη και παροχέτευση (Dhilon R.S., 2003).

Μυκητιασική λοίμωξη μπορεί να αναπτυχθεί σε ασθενείς ανοσοκατεσταλμένους, διαβητικούς ή πάσχοντες από AIDS. Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη βάσει της τυπικής κλινικής εικόνας ή και της καλλιέργειας, η αντιμετώπιση ωστόσο μπορεί να είναι δύσκολη, λόγω της υποκείμενης νόσου (Dhilon R.S., 2003).

Η Λοιμώδης μονοπυρήνωση οφείλεται στον ιό Epstein Barr και είναι ιδιαιτέρως μεταδοτική. Εμφανίζεται κυρίως σε εφήβους και είναι γνωστή και ως "νόσος του φιλιού". Εμφανίζεται ως πονόλαιμος, με διογκωμένες αμυγδαλές που καλύπτονται από εξίδρωμα. Συνυπάρχουν τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και ενίοτε ηπατοσπληνομεγαλία. Η διάγνωση είναι εργαστηριακή με άτυπα λεμφοκύτταρα στο επίχρισμα περιφερικού αίματος και θετικό μονο - test ή Paul Bunnell test. Η θεραπεία είναι συμπτωματική με ανάπαυση, ενυδάτωση και αναλγησία - αντιβιοτικά δεν χορηγούνται, ενώ η χορήγηση αμικιλίνης θα οδηγήσει στην εμφάνιση χαρακτηριστικού εξανθήματος (Dhilon R.S., 2003).

Χρόνιες λοιμώξεις, όπως η χρόνια φαρυγγίτιδα, μπορεί να είναι πολυπαραγοντικές, μη λοιμώδους αιτιολογίας, και να προκαλούν χρόνιο πόνο και ενοχλήσεις από τις αμυγδαλές και το φάρυγγα. Μπορεί να σχετίζονται με συνεχόμενη έκθεση σε καπνό και αλκοόλ, κατακράτηση υπολειμμάτων τροφών στις αμυγδαλικές κρύπτες, ακόμη

και ερεθισμό από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Θα πρέπει όμως σε κάθε τέτοιο περιστατικό να γίνεται αποκλεισμός κακοήθειας. Η ανεύρεση και αντιμετώπιση του αίτιου, όταν αυτό είναι εφικτό, είναι βασική για την αντιμετώπιση, μπορεί να απαιτηθεί όμως και αμυγδαλεκτομή (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.4.2.2 Βλάβες της στοματικής κοιλότητας

B.4.2.2.1 Εξελκώσεις

Οι εξελκώσεις του στόματος αποτελούν μια συχνή αιτία δυσφαγίας και άλγους, και οφείλονται σε ιδιοπαθή, λοιμώδη, νεοπλασματικά και συστηματικά αίτια. Οι υποτροπιάζουσες εξελκώσεις είναι αγνώστου αιτιολογίας, αν και έχουν ενοχοποιηθεί ορμονικοί και διατροφικοί παράγοντες και μικροτραυματισμοί. Ο ιός του απλού έρπητα μπορεί να προκαλέσει παρόμοια κλινική εικόνα, όπως και η έλλειψη βιταμίνης B₁₂, φυλλικού οξέως και σιδήρου. Οι βλάβες είναι αρχικά φυσαλιδώδεις και εξελίσσονται σε έλκη, μονήρεις ή πολλαπλές, διαφόρου μεγέθους και εντοπίσεως. Συνοδεύονται από οξύ πόνο και αυτοϊώνονται σε διάστημα 2 – 3 εβδομάδων. Τοπικά σκευάσματα στεροειδών και στοματικές πλύσεις μπορεί να βοηθήσουν, καθώς και η χορήγηση αντιϊκών σε έλκη ερπητικής αιτιολογίας (Dhilon R.S., 2003).

Έλκη μπορεί να προκληθούν και από λοιμώδεις παράγοντες, όπως σπειροχαίτες και αναερόβιους μικροοργανισμούς, με ανάγκη για ενδοφλέβιο θεραπεία με πενικιλίνη και μετρονιδαζόλη. Τέλος νεοπλασίες και αιματολογικές νόσοι, όπως η ακοκκιοκυτταραιμία και η οξεία λεμφογενής λευχαιμία, μπορούν να προκαλέσουν εξελκώσεις στη στοματική κοιλότητα, καθώς επίσης και αυτοάνοσα νοσήματα (σύνδρομο Reiter, νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet) (Dhilon R.S., 2003).

B.4.2.2.2 Λοιπές βλάβες της στοματικής κοιλότητας

Πρόκειται για διάφορες βλάβες που εντοπίζονται στο στόμα και τη γλώσσα και οι οποίες για λόγους περιγραφικούς μπορούν να διακριθούν σε λευκές, ερυθρές, κυστικές και διάφορες βλάβες. Οι λευκές είναι ο ομαλός λειχήνας και η λευκοπλακία, βλάβες δύσκολα διακρινόμενες μεταξύ τους που απαιτούν βιοψία, καθώς η λευκοπλακία θεωρείται προκαρκινωματώδης βλάβη και πρέπει να αποκλείεται η κακοήθεια. Η μυκητίαση είναι η έτερη λευκή βλάβη, η οποία εμφανίζεται σε εξασθενημένους ενήλικες και ανοσοκατεσταλμένους, που τυπικά λαμβάνουν αντιβιοτικά ευρέως φάσματος. Στην κλινική εξέταση ανευρίσκεται μια λευκωπή μεμβράνη, η οποία αφαιρείται εύκολα και αφήνει μια υποκείμενη αιμορραγική περιοχή. Η θεραπεία είναι συνήθως εύκολη με τοπική χρήση αντιμυκητιασικών. Στις ερυθρές βλάβες ανήκουν η γεωγραφική γλώσσα και η μέση ρομβοειδής γλωσσίτιδα, η οστρακία και οι βλάβες από έλλειψη βιταμινών B και C. Κυστικοί σχηματισμοί μπορούν να εμφανισθούν μετά από απόφραξη του εκφορητικού πόρου κάποιου ελάσσονος σιελογόνου αδένου, και εάν εντοπίζονται στο έδαφος του στόματος

ονομάζονται βατράχια. Στη γλώσσα, βλάβες όπως η ραγοειδής ή η μέλαινα τριχωτή γλώσσα εμφανίζονται σπάνια και έχουν χαρακτηριστική κλινική εικόνα που οδηγεί σε διάγνωση, με την καλή στοματική υγιεινή να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης. Η ακτινοθεραπεία, τέλος, οδηγεί σε ξηρό, ρωγμώδη και φλεγμονώδη στοματικό βλεννογόνο, καλυπτόμενο με παχιές κολλώδεις εκκρίσεις, και σε λεία εμφάνιση της γλώσσας μετά από απώλεια των θηλών της (Dhilon R.S., 2003).

B.4.2.3 Φαρυγγικό Εκκόλπωμα

Το εκκόλπωμα αποτελεί μια κήλη του φαρυγγικού βλεννογόνου διαμέσου κάποιου ευένδοτου σημείου του τοιχώματος του οργάνου, ανάμεσα στις άνω θυρεοφαρυγγικές και κάτω κρικοφαρυγγικές μυικές ίνες του κάτω φαρυγγικού σφιγκτήρα. Η κήλη αυτή προοδευτικά μεγαλώνει και αποτελεί μια δεξαμενή εναπόθεσης υπολειμμάτων τροφής. Τα άπεπτα αυτά υπολείμματα συνήθως ανάγονται στη στοματική κοιλότητα, προκαλούν δε σιελόρροια, χρόνια βήχα ακόμη και πνευμονίτιδα. Η διάγνωση είναι εύκολη με ενδοσκόπηση και χρήση κλασικών ακτινολογικών μεθόδων, όπως το βαριούχο γεύμα. Η αντιμετώπιση είναι σχεδόν πάντα χειρουργική, με ενδοσκοπική ή ανοιχτή προσπέλαση (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.4.2.4 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή πάθηση και περιλαμβάνει μια σειρά από χρόνια συμπτώματα και βλάβες του βλεννογόνου του οισοφάγου, οφειλόμενα στην παθολογική επιστροφή γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο. Χαρακτηριστικός είναι ο οπισθοστερνικός καύσος, που συνήθως συνοδεύει την πάθηση, εμφανιζόμενος κυρίως μετά τα γεύματα (20 - 120 λεπτά αργότερα). η νόσος όμως μπορεί να έχει και άτυπη συμπτωματολογία, ακόμα και εκδηλώσεις εκτός πεπτικού, κυρίως από το αναπνευστικό, ανώτερο και κατώτερο (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη με βάση το ιστορικό, επιβεβαιώνεται όμως με τη γαστροσκόπηση και pHμετρία. Βιοψίες λαμβάνονται πολλές φορές κατά την ενδοσκόπηση προς εντοπισμό βλαβών του βλεννογόνου του οισοφάγου, όπως ο οισοφάγος Barrett. Η αντιμετώπιση είναι πρωτίστως συντηρητική, με αλλαγές στον τρόπο ζωής (πχ μικρά γεύματα πτωχά σε λιπαρά, αποφυγή βραδυνών γευμάτων, ανύψωση κεφαλής κλίνης, διακοπή καπνίσματος, αποφυγή αλκοολ, καφέ, σοκολάτας, απώλεια βάρους) και χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs) ή αναστολέων H₂ υποδοχέων της ισταμίνης (ρανιτιδίνη) και αντιόξινων (Dhilon R.S., 2003).

B.4.2.5 Ροχαλητό - Υπνική άπνοια

Οι διαταραχές της αναπνοής κατά τον ύπνο αναγνωρίζονται σήμερα ως ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς προσβάλλουν ένα σημαντικό αριθμό ατόμων και έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα και την υγεία τους. Το ροχαλητό είναι συνήθως πρώιμο σημείο υπνικής άπνοιας, και οφείλεται στις δονήσεις της γλώσσας, της μαλακής υπερώας και των φαρυγγικών τοιχωμάτων κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η υπνική άπνοια ορίζεται ως τριάντα επεισόδια παύσης της αναπνοής, διάρκειας τουλάχιστον δέκα δευτερολέπτων έκαστο, σε μια περίοδο ύπνου επτά ωρών. Η άπνοια μπορεί να είναι κεντρικού τύπου (νευρολογικής αιτιολογίας), αποφρακτικού τύπου (ρινική, φαρυγγική ή λαρυγγοτραχειακή απόφραξη), ή συνδυασμός και των δύο. Η υπνική άπνοια έχει συσχετιστεί με υπνηλία, λήθαργο, μειωμένη εγρήγορση και διαταραχές συγκέντρωσης, αλλά και υπέρταση, πνευμονική υπέρταση, πνευμονική καρδιά και αρρυθμίες (Dhilon R.S., 2003).

Ο άρρωστος θα προσέλθει κατά κανόνα μετά από υπόδειξη του περιβάλλοντος του, που θα αναγνωρίσει τις διαταραχές του ύπνου του. Θα πρέπει να γίνει λήψη ιστορικού, με έμφαση σε νευρολογική συμπτωματολογία που θα κατευθύνει τον εξεταστή προς κεντρικού τύπου άπνοια, και στη λήψη φαρμάκων ή αλκοόλ. Στη συνέχεια θα ακολουθήσει πλήρης κλινική εξέταση, με ενδοσκόπηση, και ενδεχομένως απεικονιστικός έλεγχος με πλάγιες ακτινογραφίες τραχήλου και αξονική τομογραφία. Νευρολογική εκτίμηση πρέπει να διενεργηθεί σε κάθε περιστατικό με υποψία κεντρικής ή μικτής αιτιολογίας άπνοιας, και πολλές φορές ο ασθενής εξετάζεται με μελέτη ύπνου σε ειδικά εργαστήρια ύπνου (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

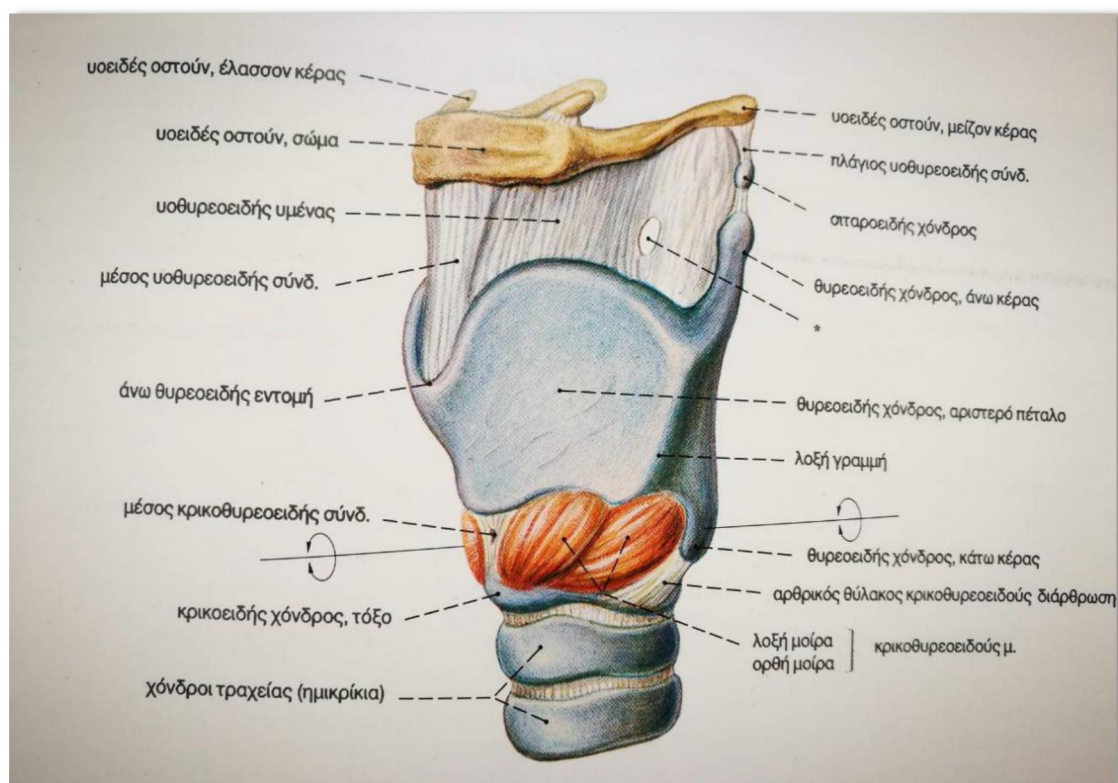
Θεραπευτικά, οι διαθέσιμες επιλογές εξαρτώνται από τη βαρύτητα της πάθησης. Ηπιότερα περιστατικά θα αντιμετωπιστούν με απώλεια βάρους, αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και φαρμακευτική θεραπεία (διεγερτικά του αναπνευστικού συστήματος). Σοβαρότερα περιστατικά θα χρειαστούν συνήθως CPAP, κυρίως ρινική, με τη βοήθεια μηχανήματος που διατηρεί θετική πίεση στον αεραγωγό και άρα αποτρέπει την απόφραξη. Η μέθοδος αυτή έχει πολύ καλά αποτελέσματα, ίσως όμως να μην είναι ανεκτή από τον ίδιο τον ασθενή. Χειρουργική παρέμβαση μπορεί να απαιτηθεί, ανάλογα με το ευρισκόμενο αίτιο. Διορθωτικές επεμβάσεις σε διαταραχές του διαφράγματος ή αφαίρεση ρινικών πολυπόδων, αλλά και πλαστική της υπερώας ή σταφυλοφαρυγγοϋπερώιος πλαστική με συνοδό αμυγδαλεκτομή. Σπάνια, η τραχειοστομία μπορεί να είναι η ύστατη λύση. Σε περιπτώσεις άπνοιας σε παιδιά το πρόβλημα προκαλείται κυρίως από υπερτροφικές αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις, επομένως η λύση είναι χειρουργική με αμυγδαλεκτομή - αδενοειδεκτομή (Dhilon R.S., 2003, Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.5 Λάρυγγας

B.5.1 Βασικές αρχές

B.5.1.1 Ανατομία - Φυσιολογία

Κύριος σκοπός του οργάνου του λάρυγγα είναι η προστασία του τραχειοβρογχικού δέντρου, για το λόγο αυτό σχηματίζεται από ένα σκληρό σκελετό αποτελούμενο από χόνδρινα στοιχεία, με προεξέχοντα το θυρεοειδή χόνδρο (Dhilon R.S., 2003). Αυτός συνέχεται προς τα κάτω με τον κρικοειδή χόνδρο, προς τα πάνω δε γειτνιάζει με την επιγλωττίδα, η οποία καλύπτει την είσοδο του λάρυγγα. Άνωθεν του θυρεοειδούς χόνδρου και προσθίως της επιγλωττίδας βρίσκεται το υοειδές οστόν. Μεταξύ του υοειδούς οστού και του θυρεοειδούς χόνδρου εκτείνεται η θυρεοειδής μεμβράνη, ενώ ανάμεσα στον θυρεοειδή και τον κρικοειδή χόνδρο η κρικοθυρεοειδής μεμβράνη. Η γλωττίδα, η οποία διαιρεί το λάρυγγα σε υπερ- και υπογλωττιδική μοίρα, σχηματίζεται από τις φωνητικές χορδές. Το οπίσθιο τριτημόριο αποτελείται από τους αρυταινοειδείς χόνδρους ενώ τα δύο πρόσθια τριτημόρια από υμενώδη στοιχεία. Κατά την κατάποση ο λάρυγγας (μαζί με το υοειδές) ανασπάται για να βρεθεί στη βάση της γλώσσας, οι νόθες φωνητικές χορδές συσπώνται και μαζί με την προστασία που παρέχει η επιγλωττίδα ο βλωμός προωθείται στον οισοφάγο με ασφάλεια.



Εικόνα 7 Ο λάρυγγας (Sobotta, 1998)

Ο λάρυγγας είναι καθοριστικής σημασίας όργανο και για την παραγωγή της φωνής. Η προσαγωγή των φωνητικών χορδών σχηματίζει ένα στένωμα, εντός του οποίου η πίεση του ανερχόμενου από τους πνεύμονες αέρα μειώνεται. Η συμπλησίαση των φωνητικών χορδών οδηγεί σε αύξηση της πίεσης υπογλωττιδικά, με αποτέλεσμα τη

διάνοιξη των χορδών. Με την επαναλήψη της διαδικασίας προκαλείται δόνηση και άρα ήχος. Η χοιρά της προκαλείται από αλλαγές στο δημιουργούμενο στένωμα, με τη ρύθμιση της τάσης και του μήκους των φωνητικών χορδών από τους μύες της γλωττίδος, ενώ η ένταση μεταβάλλεται από τις μεταβολές της υπογλωττιδικής πίεσης. Αφού περάσει τη γλωττίδα ο ήχος διαμορφώνεται στην τελική του μορφή ως φωνή με την αντήχηση στο φάρυγγα, το στόμα, τη μύτη και τους παραρρίνιους κόλπους, και την επίδραση των οδόντων, της γλώσσας και των χειλέων (Dhilon R.S., 2003).

B.5.1.2 Ιστορικό και Κλινική Εξέταση

Οι αλλαγές στη φωνή είναι το κύριο σύμπτωμα που θα οδηγήσει τον πάσχοντα από πάθηση του λάρυγγα στον Ωτορινολαρυγγολόγο. Τοπικός πόνος μπορεί να προκαλείται από φλεγμονές της περιοχής, ενώ η αναπνευστική δυσχέρεια μπορεί να εμφανιστεί όψιμα κατά την πορεία της νόσου. Μετά τη λήψη του ιστορικού (ιδιαίτερη σημασία έχει το επάγγελμα του ασθενούς, όπως και η έκθεση σε τοξικούς παράγοντες και καπνό), με την κλινική εξέταση θα απεικονιστεί ο φάρυγγας και η υπεργλωττιδική μοίρα του λάρυγγα έως τη γλωττίδα. Ενίοτε η έμμεση λαρυγγοσκόπηση δεν είναι επαρκής και είναι αναγκαία η χρήση ενδοσκοπίου (άκαμπτο ή εύκαμπτο). Τέλος, η ψηλάφηση του τραχήλου συμπληρώνει την κλινική εξέταση, ενώ η απεικονιστική μελέτη με αξονική ή μαγνητική τομογραφία θα βοηθήσει σε επιλεγμένα περιστατικά (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2 Παθήσεις του Λάρυγγα

B.5.2.1 Διαταραχές Φώνησης

Κύριο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα αποτελούν, όπως προαναφέρθηκε, οι διαταραχές της φώνησης, η μεταβολή δηλαδή της ποιότητας της φωνής. Τα αίτια είναι κυρίως οργανικά και μπορεί να είναι τοπικά στο λάρυγγα ή λιγότερο συχνά συστηματικής φύσεως, υπάρχουν όμως και άλλα, μη οργανικά αίτια, όπως ψυχοσωματικές διαταραχές. Στα οργανικά αίτια υπάγονται τα φλεγμονώδη (οξεία λοιμώδης ή χρόνια λαρυγγίτιδα), οι νεοπλασίες (καρκίνωμα λάρυγγα, αναπνευστικά θηλώματα), νευρολογικές νόσοι (μυασθένεια gravis, μετά από θυρεοειδεκτομή, σπαστική δυσφωνία) και συστηματικές νόσοι (υποθυρεοειδισμός, ρευματοειδής αρθρίτιδα) (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011). Αίτια όπως τα οξίδια ή το οίδημα των φωνητικών χορδών, το έλκος εξ επαφής, η οξεία και χρόνια λαρυγγίτιδα, και γενικά οι δυσφωνίες από συνήθειες, καταγράφονται ως μη οργανικά (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2.2 Λοιμώξεις

B.5.2.2.1 Οξεία λαρυγγίτιδα

Η οξεία λαρυγγίτιδα είναι από τις πιο συχνές παθήσεις της περιοχής και οφείλεται συνήθως σε κάποιο ιογενές αίτιο. Η φλεγμονή της περιοχής βέβαια, μπορεί να οφείλεται και σε μη λοιμώδη αίτια, αλλά σε κατάχρηση της φωνής. Και στις δυο περιπτώσεις η δυσφωνία συνοδεύεται από πόνο, ενώ αν είναι ιογενούς αιτιολογίας θα συνυπάρχουν τα συμπτώματα της ιογενούς συνδρομής αλλά και συμπτωματολογία από τα άλλα όργανα του ανώτερου αναπνευστικού. Η αποκατάσταση είναι αυτόματη, χρειάζεται όμως συμπτωματική αντιμετώπιση, μειωμένη χρήση της φωνής και αποφυγή καπνού και αλκοόλ. Η λαρυγγίτιδα στα παιδιά αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση καθώς μπορεί να προκαλέσει σοβαρού βαθμού οίδημα και απόφραξη του αεραγωγού (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2.2.2 Χρόνια λαρυγγίτιδα

Η χρόνια λαρυγγίτιδα είναι το αποτέλεσμα συνεχιζόμενης κακής χρήσης της φωνής και έκθεσης σε αλκοόλ, καπνό και ατμοσφαιρικούς ρύπους. Η φωνή μετατρέπεται σε "gin and midnight voice" (Dhilon R.S., 2003). Το φυσιολογικό αναπνευστικό επιθήλιο μεταπλάθεται σε πλακώδες κερατινοποιημένο επιθήλιο. Αυτή η αλλαγή φαίνεται στην λαρυγγοσκόπηση σαν υπερτροφία του επιθηλίου και λευκοπλακία, και χρήζει βιοψίας, καθώς ομοιάζει με νεοπλασία από την οποία πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί (Dhilon R.S., 2003). Η αλλαγή στον τρόπο ζωής και χρήσης της φωνής είναι ενίοτε θεραπευτικές, μπορεί όμως να χρειαστεί και χειρουργική αφαίρεση του παθολογικού επιθηλίου (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.5.2.2.3 *Επιγλωττίτιδα*

Η επιγλωττίτιδα προκαλείται από τον αιμόφιλο της ινφλουέντζας και προσβάλλει κυρίως παιδιά ηλικίας 3 έως 7 ετών, μπορεί να εμφανιστεί όμως και σε ενήλικες. Η φλεγμονή εντοπίζεται στην υπεργλωττιδική περιοχή και παρουσιάζει εκτεταμένο οίδημα. Κλινικά, ο ασθενής παραπονείται για υψηλό πυρετό, δυσφαγία και σιελόρροια, ενώ είναι ακουστός συριγμός κατά την αναπνευστική προσπάθεια. Η επιγλωττίτιδα είναι μια επείγουσα κατάσταση με ραγδαία εξέλιξη που απαιτεί επιθετική αντιμετώπιση με εξασφάλιση του αεραγωγού και αντιβιοτική κάλυψη (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2.3 *Μορφώματα των φωνητικών χορδών*

Τα μορφώματα των φωνητικών χορδών οφείλονται κυρίως σε κακή χρήση της φωνής και καταπόνηση του λάρυγγα. Στις περιπτώσεις αυτές οι ασθενείς (κυρίως γυναίκες και παιδιά) χρησιμοποιούν ανώμαλα πρότυπα στην παραγωγή της φωνής, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε δευτεροπαθείς βλάβες των φωνητικών χορδών. Πρόκειται συνήθως για υπερπροσαγωγή των φωνητικών χορδών η οποία οδηγεί στο σχηματισμό οζιδίων, οιδήματος και πολύποδων. Η επανεκπαίδευση είναι απαραίτητη και κάποιες φορές θα οδηγήσει στη θεραπεία, ακόμη όμως και όταν απαιτηθεί χειρουργική παρέμβαση είναι σημαντική για την πρόληψη υποτροπών (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2.3.1 *Οζίδια*

Τα οζίδια εμφανίζονται συχνά σε γυναίκες και αγόρια, ιδίως άτομα με έντονη ομιλία για λόγους ιδιοσυγκρασίας ή επαγγελματικούς, όπως οι τραγουδίστριες. Το οζίδιο εμφανίζεται στο όριο πρόσθιου και μέσου τριτημορίου της φωνητικής χορδής και η δυσφωνία ακούγεται σαν λαχάνιασμα με χαμηλή συχνότητα ήχου. Η χρήση της λογοθεραπείας οδηγεί συνήθως σε θεραπεία, περιστασιακά απαιτείται όμως μικρολaryγγοσκόπηση και χειρουργική εξαίρεση του οζιδίου (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.5.2.3.2 *Οίδημα και πολύποδες*

Συλλογή υγρού στο χώρο του Reinke οδηγεί στη δημιουργία οιδήματος, αν είναι γενικευμένο καθ' όλο το μήκος της φωνητικής χορδής ή πολύποδα, αν είναι εντοπισμένο, συνήθως στο πρόσθιο τριτημόριο. Οι ήπιες μορφές οιδήματος δύνανται να υποστρέψουν, μεγαλύτερες όμως και επίμονες απαιτούν χειρουργική παρέμβαση. Για τους πολύποδες επίσης συνιστάται χειρουργική εξαίρεση, ούτως ώστε να εξεταστούν ιστολογικά. Το χειρουργείο ακολουθεί λογοθεραπεία και εκμάθηση ορθής χρήσης της φωνής (Dhilon R.S., 2003).

B.5.2.3.3 *Έλκη εξ επαφής*

Η υπερπροσαγωγή των φωνητικών χορδών, σαν αποτέλεσμα κακής χρήσης της φωνής, οδηγεί σε σχηματισμό διαβρώσεων του βλεννογόνου και δημιουργία ελκών, κυρίως στο όριο μέσου - οπίσθιου τριτημορίου. Η επιμονή της βλάβης μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό κοκκιώματος (κοκκίωμα εξ επαφής). Σε περίπτωση μονόπλευρης βλάβης επιβάλλεται η χειρουργική εξαίρεση και βιοψία. Αμφοτερόπλευρα έλκη χωρίς κοκκίωση βελτιώνονται με λογοθεραπεία, μεγάλα έλκη όμως απαιτούν χειρουργείο και λογοθεραπεία σε δεύτερο χρόνο (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.5.2.4 *Συγγενείς Όγκοι*

Το υπογλωττιδικό αιμαγγείωμα είναι ο πλέον συνήθης συγγενής όγκος του λάρυγγα με συριγμό. Διαγιγνώσκεται εύκολα γενικά κατά την ενδοσκόπηση, ενώ απεικονίζεται και στην πλάγια ακτινογραφία του τραχήλου. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται συντηρητικά συνήθως με παρακολούθηση, σπάνια όμως μπορεί να απαιτηθεί τραχειοστομία για εξασφάλιση του αεραγωγού και χειρουργική εξαίρεση του μορφώματος (Αθανασιάδης - Σισμάνης Α., 2011).

B.5.2.5 *Αναπνευστικά Θηλώματα*

Πρόκειται για ακροχορδονώδεις βλάβες του λάρυγγα οφειλόμενες στο Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (HPV). Η δίοδος του εμβρύου από το μολυσμένο από HPV γεννητικό σωλήνα της μητέρας του κατά το φυσιολογικό τοκετό έχει ενοχοποιηθεί, δεν έχει αποδειχτεί εντούτοις η προστατευτική δράση της καισαρικής τομής. Εκτός του λάρυγγα μπορεί να έχουν προσβληθεί και τα γειτονικά όργανα, όπως η τραχεία και ο φάρυγγας. Ο συριγμός και η δυσφωνία θα οδηγήσουν τον ασθενή στον Ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος θα διαγνώσει τη νόσο με την ενδοσκόπηση. Συνήθως απαιτείται εξαίρεση των θηλωμάτων με CO₂ laser, σε πολλαπλές συνεδρίες λόγω των συχνών υποτροπών, ενώ σπάνια μπορεί να χρειαστεί τραχειοστομία (Dhilon R.S., 2003).

ΣΚΟΠΟΣ - ΥΛΙΚΟ

Όσοι ασχολούνται ενεργά με τη Μαιευτική και τη φροντίδα της εγκύου έχουν σίγουρα αντιμετωπίσει πολλαπλά περιστατικά Ωτορινολαρυγγολογικών παθήσεων και έχουν προβληματιστεί ως προς τη διαχείριση αυτών των περιστατικών, την ενημέρωση της πάσχουσας μελλοντικής μητέρας και την τελική αντιμετώπιση του περιστατικού με την αναγκαία ή μη παραπομπή στον Ωτορινολαρυγγολόγο. Τα περιστατικά αυτά εμφανίζονται συχνά κατά κανόνα, ευτυχώς όμως είναι ήσσονος σημασίας για την εξέλιξη της κύησης και τη γενικότερη υγεία της εγκύου - δύνανται όμως να επηρεάσουν, έστω και παροδικά, την ποιότητα της ζωής της, να της δημιουργήσουν ερωτήματα ως προς την πιθανή θεραπεία και την ασφάλειά αυτής για το κυοφορούμενο έμβρυο και να της προκαλούν άγχος και ανασφάλεια. Κάποιες φορές, μια νεοεμφανιζόμενη ωτορινολαρυγγολογική σημειολογία μπορεί να είναι προοίμιο κάποιας επιπλοκής της κύησης, και να εγείρει την προσοχή του ενημερωμένου Μαιευτήρα Γυναικολόγου, ενώ σπάνια η νοσολογία μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να απειλεί τη ζωή της εγκύου και να χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης από τον Ωτορινολαρυγγολόγο, πάντοτε σε συνεργασία με το Μαιευτήρα Γυναικολόγο.

Στην βιβλιογραφία της Μαιευτικής, ακόμη και στα κλασσικά συγγράμματα αναφοράς, απουσιάζει η ανάλυση των παθήσεων του ωτός, της ρίνας, του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα που επιπλέκουν μια κύηση, με εξαίρεση ίσως κάποιες σποραδικές αναφορές' αυτό οδηγεί συνήθως σε ένα κενό στις γνώσεις των Μαιευτήρων Γυναικολόγων ως προς τις παθήσεις αυτές, τη σημασία τους για την έγκυο και την εγκυμοσύνη και την ορθή αντιμετώπισή τους. Το κενό αυτό προσπαθεί να καλύψει η παρούσα εργασία συνοψίζοντας όλη τη διαθέσιμη γνώση επί του αντικειμένου.

Πιο αναλυτικά, έγινε αναζήτηση στη έντυπη και κυρίως ηλεκτρονική βιβλιογραφία, χρησιμοποιώντας επί το πλείστον, αλλά όχι αποκλειστικά, τη μηχανή αναζήτησης PubMed. Η αναζήτηση έγινε στα αγγλικά, χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς, με λέξεις κλειδιά που συνδύαζαν την εγκυμοσύνη με τις υπό μελέτη παθήσεις, όπως Otitis, otosclerosis, Meniere's, hearing loss, dizziness, vestibular disorders, vertigo, vestibular migraine, vestibular neuritis, acoustic neuroma, facial palsy AND pregnancy / epistaxis, rhinitis, snoring, sleep-disorder breathing, smell AND pregnancy / dysphonia, voice disorders, hoarseness, laryngeal diseases AND pregnancy, laryngopathia gravidarum / gingivitis, peritonsillar abscess, Ludwig's angina AND pregnancy, granuloma gravidarum, ptyalism gravidarum. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης αναλύθηκαν, τα μη συναφή αποκλείστηκαν και τα συναφή αξιοποιήθηκαν για τη συγγραφή αυτής της εργασίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ωτορινολαρυγγολογικές Παθήσεις και Κύηση

Δ.1 Φυσιολογικές μεταβολές στο σώμα της εγκύου

Ξεκινώντας από τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωοκυττάρου ποικίλες μεταβολές συμβαίνουν στο ενδοκρινικό σύστημα της γυναίκας. Συνοπτικά, η χοριακή γοναδοτροπίνη που εκκρίνεται από το νέο οργανισμό ευοδώνει την έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο, υποστηρίζοντας ορμονικά το τελευταίο. Μετά την κορύφωση των τιμών της στα τέλη του πρώτου τριμήνου, η πορεία της χοριακής γοναδοτροπίνης σταθεροποιείται μέχρι τη σταδιακή πτώση της. Ταυτόχρονα οι τιμές της προγεστερόνης, των οιστρογόνων, του ανθρώπινου πλακουντιακού γαλακτογόνου και άλλων ορμονών που παράγονται από τον πλακούντα αυξάνουν καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι ορμονικές αυτές μεταβολές έχουν ως αποτέλεσμα ποικίλες αλλαγές σε όλο το σώμα της εγκύου· είναι επομένως αναμενόμενες οι αλλαγές στα όργανα του ωτός, της ρινός, του στοματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Η αύξηση του συνολικού όγκου νερού του σώματος κατά τέσσερα τουλάχιστον λίτρα οδηγεί, ιδίως στο τρίτο τρίμηνο, σε αύξηση του εξωαγγειακού όγκου υγρών και σε διάχυτο οίδημα. Οι βλεννογόνοι της ρινικής κοιλότητας, του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα, σε συνδυασμό και με την αύξηση οιστρογόνων και της προγεστερόνης, οδηγούνται σε αλλαγές, όπως υπεραιμία, υπερέκκριση των αδένων και αποκτούν οιδηματώδη υφή. Τέλος, η αύξηση της κορτιζόλης πλάσματος οδηγεί σε ανοσοτροποποίηση (επικράτηση της τύπου Th2 ανοσίας έναντι της Th1), με αποτέλεσμα, εκτός άλλων, την επανενεργοποίηση λανθανουσών ιογενών λοιμώξεων (Torsiglieri et al, 1990). Καταλήγουμε επομένως στο συμπέρασμα πως οι ωτορινολαρυγγολογικές εκδηλώσεις και παθήσεις κατά την κύηση είναι μυριάδες, από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες (ρινιτιδα, επίσταξη, εμβοές) έως τις πιο σπάνιες (βλάβες του έσω ωτός) (Sherlie et al, 2012).

Δ.2 Παθήσεις του Ωτός

Είναι ήδη από παλιά γνωστό πως οι ορμόνες του γυναικείου φύλλου επιδρούν στη λειτουργία του ακουστικού συστήματος (Baker et al, 1977). Αυτό οδηγεί μεγάλο ποσοστό εγκύων (έως και 24,9% - Tsunoda et al, 1999) να παρουσιάζουν ωτολογικά προβλήματα, από αίσθημα πληρότητας και αυτοφωνία έως εμβοές. Τα προβλήματα αυτά θα υφείων στην πλειοψηφία τους αυτόματα μετά τον τοκετό και τη λοχεία (Sennaroglou et al, 2001). Στη συνέχεια θα δούμε τα προβλήματα αυτά και τις παθήσεις του ωτός ταξινομημένα ως προς την εντόπιση.

Δ.2.1 Παθήσεις του Έξω Ωτός

Οι αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζουν τοπικά το έξω ους. Έτσι, η υπεριδρωσία και το έκζεμα που συμβαίνουν τοπικά σε συνδυασμό με την αύξηση της κορτιζόλης και ενδεχομένως και του σακχάρου συστηματικά, ευνοούν την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών, μικροβίων ή και μυκήτων, στον έξω ακουστικό πόρο, με επακόλουθο την ανάπτυξη εξωτερικής ωτίτιδας, μυκητιασικής εξωτερικής ωτίτιδας (ωτομύκωση) ή και περιχονδρίτιδας (Παπακώστας, 2006). Θεραπευτικά, η τοπική αντιμετώπιση (επιμελής καθαρισμός του έξω ακουστικού πόρου και τοποθέτηση γάζας / σπόγγου με ενστάλλαξη τοπικού αντιβιοτικού και κορτιζόνης ή αντιμυκητιασικού) θα αποδειχτεί επαρκής στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Σπάνια όμως μπορεί να χρειαστεί και από του στόματος θεραπεία ή ίσως και ενδοφλέβια χορήγηση, σε συνεργασία με το Μαιευτήρα Γυναικολόγο και πάντοτε με τη μέγιστη προσοχή ως προς την αγωγή και τη διάρκεια της θεραπείας (Παπακώστας, 2006). Πολύ σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί στον έξω ακουστικό πόρο πυογόνο κοκκίωμα (granuloma gravidarum) (Courtney et al, 2003). Το μόρφωμα αυτό (για το οποίο είναι σπανιότατη θέση ανάπτυξης ο έξω ακουστικός πόρος, και το οποίο περιγράφεται αναλυτικά στο κεφάλαιο των παθήσεων του στοματοφάρυγγα) ενδέχεται να απαιτήσει χειρουργική παρέμβαση' έχει ωστόσο καλή πρόγνωση και δεν υποτροπιάζει (Dick et al, 2016).

Δ.2.2 Παθήσεις του Μέσου Ωτός

Δ.2.2.1 Δυσλειτουργία Ευσταχιανής Σάλπιγγας

Η δυσλειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας είναι ένα συχνό φαινόμενο ανάμεσα στις εγκύους (5 – 30%, Des Raj Bagdat et al, 2006). Η συμπτωματολογία και σημειολογία ξεκινούν μετά το πρώτο τρίμηνο και μπορεί να ποικίλουν, ανάλογα με το αν υπάρχει απόφραξη της σάλπιγγας ή αν αυτή παραμένει ανοιχτή. Σε περιπτώσεις απόφραξης, πρώτα θα υπάρξει αίσθημα πληρότητας στο αυτί και εν συνεχεία θα αναπτυχθεί εκκριτική μέση ωτίτιδα. Η διάγνωση είναι εύκολη, πρέπει να διενεργηθεί όμως πλήρης κλινική εξέταση, όπως και ακοόγραμμα και τυμπανόγραμμα (Torsiglieri et al, 1990). Η αντιμετώπιση γίνεται με αύξηση της υγρασίας του περιβάλλοντος χώρου (Funk et al, 2010), ρινοπλύσεις με φυσιολογικό ορό και χειρισμό Valsalva, και τοπική χορήγηση στεροειδών, όπως η βουδεσονίδη – ουσία που θεωρείται ασφαλής για χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Πετμεζάκης και συν, 2003). Η χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αποφεύγεται, τόσο για την προστασία του κνήματος αλλά και λόγω του υψηλού ποσοστού αυτόματης υποχώρησης της νόσου, το οποίο αγγίζει το 90% (Παπακώστας, 2006). Τέλος, τα αντιισταμινικά και αποσυμφορητικά φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται. Σε εμμένουσες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση με τοποθέτηση σωλινίσκου εξίσωσης πίεσης (Funk et al, 2010). Αξίζει να σημειωθεί πως μεμονωμένοι ερευνητές (Asc et al, 2010) έχουν προτείνει μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ της μέσης ωτίτιδας της μητέρας και συγγενών ανωμαλιών του ωτός στο έμβρυο, μένει όμως αυτό να ερευνηθεί πληρέστερα στο μέλλον.

Η δεύτερη μορφή δυσλειτουργίας της ευσταχιανούς σάλπιγγας, η ανοιχτή (ή χαίνουσα ευσταχιανή σάλπιγγα), είναι συχνότερη κατά την κύηση από την απόφραξη (Torsiglieri et al, 1990). Παθοφυσιολογικά, οφείλεται σε απώλεια λίπους γύρω από το χόνδρινο τμήμα της σάλπιγγας και ενώ στο γενικό πληθυσμό σχετίζεται με απότομη απώλεια βάρους, κατά την κύηση έχει συσχετιστεί με ανεπαρκή πρόσληψη βάρους από την έγκυο (Derkey et al, 1988). Η συμπτωματολογία ξεκινά συνήθως στο τρίτο τρίμηνο, με διαλείπουσα αυτοφωνία και βουητό. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη χρήση αποσυμφορητικών και την όρθια θέση, ενώ βελτιώνονται με αύξηση της υγρασίας του περιβάλλοντος και κατά την κατάκλιση (Sherlie et al, 2014). Το ακοόγραμμα είναι φυσιολογικό (Sherlie et al, 2014), στο τυμπανόγραμμα όμως εμφανίζεται κυματοειδής καμπύλη που ακολουθεί τις αναπνευστικές κινήσεις (Παπακώστας, 2006). Η πρόγνωση είναι καλή και η πάθηση υφίεται συνήθως αυτόματα μετά τον τοκετό (Weissman et al, 1993). Αρκεί επομένως η ενημέρωση των πασχουσών εγκύων (Kumar et al, 2011) και η εκπαίδευσή τους στο χειρισμό Mueller (έντονη εισπνευστική προσπάθεια με κλειστό στόμα και μύτη), η αύξηση της υγρασίας στο χώρο διαμονής όπως και οι εισπνοές ατμού (Sherlie et al, 2014).

Δ.2.2.2 Ωτοσκλήρυνση

Η ωτοσκλήρυνση είναι μια από τις πιο συχνές επίκτητες αιτίες απώλειας της ακοής και θεωρήθηκε αρχικά πως σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Ήδη από τη δεκαετία του 1930 η εμφάνιση ωτοσκλήρυνσης συνδέθηκε με την κύηση και η συμβουλευτική προς τις ασθενείς κυμαινόταν από διακοπή της κύησης και στείρωση (Pearson, 1951 – Markou et al, 2009) έως καθυστέρηση της χειρουργικής θεραπείας μέχρι το τέλος της τεκνοποίησης με βάση τον οικογενειακό τους προγραμματισμό (Lippy et al,

2008). Ιστορικά ενδιαφέρον είναι το γεγονός πως η συμβουλευτική για διακόπη της κύησης και στείρωση άρχεται πιθανά από τον Grafenstein το 1939, ακολουθώντας τη λογική της ναζιστικής ευγονικής (Funk et al, 2010). Από το 1974 και μετά όμως πολλαπλές έρευνες απέτυχαν να συσχετίσουν την κύηση με την ωτοσκλήρυνση και έτσι σήμερα θεωρείται πως η ωτοσκλήρυνση είναι πιο συχνή στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και πως δεν υπάρχει δηλητηριώδης επίδραση της εγκυμοσύνης στην επιβάρυνση της ακοής (Kumar et al, 2011), παρόλο που είχε προταθεί πως η αύξηση των οιστρογόνων κατά την κύηση εμμέσως ερεθίζει τις ωτοσκληρυντικές εστίες (Walsh, 1954). Αναφορικά με την αντιμετώπιση της νόσου αυτή είναι υποστηρικτική με τη χρήση βοηθημάτων ακοής (ακουστικό) και ενδεχομένως όταν η νόσος προσβάλει τον αναβολέα χειρουργική μετά τον τοκετό και τη λοχεία / γαλουχία (Παπακώστας, 2006), ενώ η χορήγηση φθοριούχου νατρίου έχει πλήρη αντένδειξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς αναστέλει την ανάπτυξη των οστών του εμβρύου (Gristwood et al, 1983).

Δ.2.3 Παθήσεις του Έσω Ωτός

Η απώλεια της ακοής κατά την κύηση είναι ένα σπάνιο φαινόμενο, όπως φαίνεται και από την έλλειψη βιβλιογραφίας στο τομέα αυτό (Kumar et al, 2011). Μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, τα οποία αναλύονται στη συνέχεια.

Δ.2.3.1 Αιφνίδιος Νευροαισθητήριος Βαρηκοΐα

Η ιδιοπαθής νευροαισθητήριος βαρηκοΐα εμφανίζεται συνήθως σε εγκύους με προεκλαμψία, πιθανώς λόγω της αυξημένης δράσης των συστημάτων πηκτικότητας και ινωδογονόλυσης (Kannadys et al, 2005), ενδεχομένως μέσω ενός μηχανισμού μικροεμβολών της μικροκυκλοφορίας σε κοχλία και ακουστικό νεύρο (Funk et al, 2010), ενώ ο Bakhshaei προτείνει ένα μηχανισμό βλάβης του κοχλία μέσω του αγγειόσπασμου που προκαλεί η προεκλαμψία (Bakhshaei et al, 2008). Ο Baylan τον υποστηρίζει και περιγράφει μόνιμες βλάβες του κοχλία (Baylan et al, 2010) ενώ ο Hou περιγράφει σε έγκυο χωρίς προεκλαμψία περιστατικό με αιφνίδιο νευροαισθητήριο βαρηκοΐα στην οποία πιθανός παθογενετικός μηχανισμός ήταν η διαταραχή της ομοιόστασης του υγρού του κοχλία, και μάλιστα προτείνει τον όρο «αιφνίδιος νευροαισθητήριος βαρηκοΐα οφειλόμενη στην κύηση» (Hou et al, 2011). Και ενώ δεν υπάρχει σύμπτωση στη βιβλιογραφία ως προς τον μηχανισμό εμφάνισης της νόσου, οι συγγραφείς συμφωνούν πως θα πρέπει να γίνεται ανοσολογικός και πλήρης νευροωτολογικός έλεγχος κατά τη διερεύνηση μια τέτοιας ασθενούς (Torsiglieri et al, 1990). Σχετικά με τη θεραπεία, η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική, καθώς το ποσοστό αυτόματης αποκατάστασης είναι μεγάλο και περί το 60% (Παπακώστας, 2006). Η άμεση έναρξη θεραπευτικής αγωγής είναι ουσιώδους σημασίας για την καλή πρόγνωση, καθώς επίσης και η αντιμετώπιση της προεκλαμψίας, που όπως προαναφέρθηκε αποτελεί συνήθως το υπόβαθρο για την εμφάνιση της αιφνιδίου βαρηκοΐας, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση συστήνεται μόνο σε περιπτώσεις περιληπτικού συριγγίου. Τέλος, δε συστήνεται πλέον η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής (Hansen et al, 1986).

Η απώλεια ακοής μπορεί σπανιότερα να εμφανιστεί στα πλαίσια κάποιων άλλων παθολογικών οντοτήτων, όπως το σύνδρομο Susac, το οποίο χαρακτηρίζεται κλινικά από την τριάδα απώλειας όρασης, απώλειας ακοής και εγκεφαλοπάθειας, τα οποία οφείλονται σε ενδοθηλιοπάθεια. Η πάσχουσα έγκυος θα πρέπει να περιθάλφθει από μία ομάδα Ιατρών (Μαιευτήρα Γυναικολόγο, Ωτορινολαρυγγολόγο, Νευρολόγο, Ρευματολόγο) και μετά την αρχική θεραπεία με ασπιρίνη, κορτικοστεροειδή και ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη θα πρέπει να γίνει πρόκληση τοκετού μόλις επιτευχθεί η πνευμονική ωριμότητα του εμβρύου, ώστε να χορηγηθούν ισχυρότερα ανοσοκατασταλτικά (κυκλοφωσφαμίδη – rituximab) στην ασθενή (Deane et al, 2011, Antulov et al, 2014).

Αξίζει να σημειωθεί τέλος, πως περιγράφονται στη βιβλιογραφία περιστατικά αιφνιδίας βαρηκοΐας στη λοχεία. Αυτά τα περιστατικά έχουν συσχετιστεί είτε με περιληπτικό συρίγγιο λόγω κατάγματος της πλάκας του αναβολέα ή ρήξης της στρογγυλής θυρίδας κατά την εξώθηση (Whitehead, 1999), είτε με επισκληρίδιο αναισθησία, μέσω ενός μηχανισμού απώλειας εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μείωσης της ενδοκράνιας πίεσης, με επακόλουθο έλξη της VIIης εγκεφαλικής συζυγίας (Wong et al, 2003).

Δ.2.3.2 Εμβοές

Οι εμβοές είναι ένα ακόμα πολύ συχνό σύμπτωμα κατά την κύηση, ίσως το πλέον συχνό (από τα σχετιζόμενα με την Ωτορινολαρυγγολογία) (Schmidt et al, 2010), με μελέτες να αναφέρουν πως έως και 25% των εγκύων θα εμφανίσουν εμβοές κατά τη διάρκεια της κύησης, σε ποσοστό μάλιστα μεγαλύτερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (Guir et al, 1993). Για την παθογένεση των εμβοών στην κύηση έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες, όπως η υπερδυναμική κυκλοφορία, η αυξημένη πίεση της περιλήμφου και ορμονικές διαταραχές (Preece et al, 1975), ενώ κάποιοι ερευνητές θεωρούν τις εμβοές πρώιμα προειδοποιητικά σημεία προεκλαμψίας και συνιστούν εντατικό έλεγχο για προελάμψια σε γυναίκες με εμβοές (Shapiro et al, 1999). Οι αντικειμενικές ακουσμετρικές εξετάσεις παραμένουν φυσιολογικές και τα συμπτώματα αυτά αναμένεται να υφεθούν μετά τον τοκετό (Tsunoda et al, 1999). Η αντιμετώπιση είναι επομένως συντηρητική, ενώ έχει περιγραφεί ένα περιστατικό κύησης με εμβοές τόσο σοβαρές ώστε να ολοκληρωθεί η κύηση με καισαρική τομή στις 34 εβδομάδες κύησης (Mukhopadhy et al, 2007).

Σπάνια, οι εμβοές μόνες τους ή σε συνδυασμό με ίλιγγο, ή /και απώλεια ακοής, μπορεί να επέλθουν μετά από περιοχική (ραχιαία ή επισκληρίδιο) αναισθησία κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής, μέσω ενός μηχανισμού δημιουργίας ενδολεμφικού ύδρωπα. Έχουν περιγραφεί περιστατικά με μόνιμες βλάβες στην ακοή της ασθενούς (Kilickan et al, 2002), ενώ έχει περιγραφεί και περιστατικό με βελτίωση της συμπτωματολογίας μετά τη διενέργεια επισκληριδίου αναισθησίας σε καισαρική τομή 8 χρόνια μετά την πρώτη καισαρική τομή, ύστερα από την οποία πρωτοεμφανίστηκε η συμπτωματολογία (Hasewaga et al, 2010).

Δ.2.3.3. Ίλιγγος - Καλοήθης Παροξυσμικός Ίλιγγος Θέσης

Ο καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσης είναι το πιο συχνό αίτιο ζάλης στους ενήλικες, ωστόσο ελάχιστες αναφορές για πάσχουσες εγκύους υπάρχουν στη βιβλιογραφία (Guo et al, 2015). Έχει προταθεί η θεωρία πως τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης μπορεί να ευνοούν την εμφάνιση ίλιγγου σε κάποιες γυναίκες (Torsiglieri et al, 1990), ενώ άλλοι συγγραφείς προσδιορίζουν το αίτιο στις αλλαγές της σύστασης και του όγκου των υγρών στο αιθουσαίο σύστημα (Black, 2002, Goodwin, 2002). Η θεραπεία είναι συμπτωματική και αντίστοιχη με αυτή που περιγράφηκε νωρίτερα στη νόσο Meniere.

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στον ίλιγγο που παρουσιάζεται μετά τον τοκετό. Αν και είναι πολυπαραγοντικός και συνήθως μη ωτολογικής αιτιολογίας, έχουν περιγραφεί περιπτώσεις με μηχανισμό κάκωσης του Αιθουσαίου συστήματος κατά την εξώθηση στο δεύτερο στάδιο τοκετού και σχηματισμό περιλεμφικού συριγγίου ή διάσπασης του άνω ημικύκλιου σωλήνα (Gleeson et al, 1989, Watters et al, 2006). Για τη διάγνωση και διαφορική διάγνωση από νόσο Meniere απαιτείται ενδελεχής νευροωτολογικός έλεγχος και ενδεχομένως απεικόνιση με αξονική τομογραφία. Η θεραπεία συνιστάται σε ανάπαυση, μαλακτικά των κοπράνων και αποφυγή κάθε χειρισμού Valsalva (Kumar et al, 2011), ενώ η καθυστέρηση της μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη απώλεια ακοής και ανάγκη άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης (Pullen, 1992). Ένα περιστατικό ίλιγγου αυτού του τύπου, με διάσπαση του άνω και οπίσθιου ημικύκλιου σωλήνα κατά τη διάρκεια της κύησης περιγράφηκε το 2013 από το

Meehan (Meehan et al, 2013). Η συμπτωματολογία ξεκίνησε περί την 22^η εβδομάδα κύησης, η τελική διάγνωση όμως έγινε με αξονική τομογραφία μετά τον τοκετό.

Δ.2.3.4 Νόσος Meniere

Αν και η πορεία της νόσου Meniere σε εγκύους αναφέρεται σπάνια στη βιβλιογραφία (Kumar et al, 2011) πιστεύεται εν γένει πως η νόσος επιδεινώνεται κατά την κύηση (Torsiglieri et al, 1990). Η συσχέτιση της νόσου με τις ορμονικές αλλαγές και τις σε αυτές οφειλόμενες αλλαγές στην ισορροπία των υγρών του σώματος έχει αποδειχτεί από την επιδείνωση της νόσου κατά την ωχρινική φάση του κύκλου σε μη έγκυες γυναίκες (Andrews et al, 1992). Κατά την κύηση ο προτεινόμενος παθογενετικός μηχανισμός σχετίζεται με τη μείωση της ωσμωτικότητας του πλάσματος και τις αλλαγές στην ενδολέμφο, οι οποίες επιδρούν στο αιθουσαίο σύστημα προκαλώντας έτσι επιδείνωση της νόσου (Uchida et al, 1997). Σε έγκυες γυναίκες με γνωστή νόσο Meniere μπορεί να παρατηρηθεί σημαντική επιδείνωση με πολλαπλές κρίσεις ιλίγγου και βαρηκοίας (έως και δέκα κρίσεις το μήνα – Uchida et al, 1997, Παπακώστας, 2006), ιδίως στο πρώτο τρίμηνο, όταν η ωσμωτικότητα του πλάσματος είναι χαμηλότερη του φυσιολογικού (Tsunoda et al, 1999). Στη συνέχεια επέρχεται βελτίωση με μείωση των επεισοδίων καθώς η οσμωτικότητα του πλάσματος επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα (Uchida et al, 1997). Έχει περιγραφεί και ένα περιστατικό στη βιβλιογραφία εγκύου με νόσο Meniere με σταδιακή βελτίωση της ακοής κατά την κύηση έως το τρίτο τρίμηνο, όπως κατεγράφη αντικειμενικά στο ακοόγραμμα, και επιδείνωσή της στα πρό της κύησης επίπεδα μετά τον τοκετό, πορεία που ακολουθήθηκε και στις δύο κύσεις τις ίδιες γυναίκας (Stevens et al, 2014). Σε έγκυες γυναίκες με πρώτοεμφανιζόμενη νόσο η διάγνωση μπορεί να είναι αμφίβολη και να απαιτείται απεικονιστικός έλεγχος με μαγνητική τομογραφία και χρήση παραμαγνητικού σκιαγραφικού μέσου – έλεγχος που όμως είναι προτιμότερο να γίνεται μετά την εγκυμοσύνη (Kumar et al, 2011).

Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με περιορισμό της κατανάλωσης άλατος και καφέ (Kumar et al, 2011). Επί επεισοδίου όμως, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση διμενυδράτης, μεκλιζίνης και μετοκλοπραμίδης, που μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια (Sherlie et al, 2014), αντενδείκνυνται ωστόσο η διαζεπάμη (Torsiglieri et al, 1990) και τα διουρητικά (Sherlie et al, 2014).

Δ.2.3.5 Ακουστικό Νευρίωμα

Ήδη από το 1917 ο Cushing μελετώντας δύο περιστατικά ακουστικού νευρινώματος σε εγκύους είχε συσχετίσει τη νόσο με την κύηση. Οι μελέτες που ακολούθησαν όμως δεν τον επιβεβαίωσαν και σήμερα δεν δεχόμαστε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία και τον αριθμό υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης και το μέγεθος του όγκου (Beuty et al, 1995). Η αντιμετώπιση είναι βεβαίως χειρουργική, είτε κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Doyle et al, 1994) είτε μετά τον τοκετό, επί απουσίας επείγουσας νευρολογικής σημειολογίας. Σε αυτή την περίπτωση είναι προτιμότερο να μη γίνουν ταυτόχρονα η μαΐευση και η χειρουργική επέμβαση (Kurowska - Mroczek et al, 2009). Η πρόγνωση είναι εξαιρετική (Beni – Adani et al, 2001).

Δ.2.3.6 Πάρεση Προσωπικού Νεύρου

Η πρώτη συσχέτιση της εγκυμοσύνης με την ιδιοπαθή πάρεση του προσωπικού νεύρου έγινε από τον ίδιο τον Charles Bell το 1830, όμως οι μεταγενέστερες μελέτες δεν κατάφεραν να το επιβεβαιώσουν και φαίνεται πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην επίπτωση της νόσου μεταξύ εγκύων και μη εγκύων γυναικών (Vrabec et al, 2007). Η νόσος εμφανίζεται σε 56 έγκυες γυναίκες ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών (Kunze et al, 2012) και εκδηλώνεται κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της κύησης ή ακόμα και μετά τον τοκετό (Sherlie et al, 2014). Ως προς την παθογένεση, φαίνεται πως αναπτύσσεται περινευρικό οίδημα και εν συνεχεία μηχανική συμπίεση του νεύρου (όπως στο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα) (Walling, 1993) ή μέσω μιας αναζωπύρωσης κάποιας ιογενούς λοίμωξης, κυρίως από τον ιό του απλού έρπητα (HSV), με επακόλουθη απομυελίνωση του νεύρου (Vrabec et al, 2007). Η κλινική εικόνα της νόσου είναι ίδια με εκείνη στη μη έγκυο και ξεκινάει με αίσθημα αδυναμίας στην περιοχή που νευρώνεται από το προσωπικό νεύρο για να εκδηλωθεί μερική ή πλήρης πάρεση σε διάστημα εβδομάδος. Πόνος, πυρετός, ξηροφθαλμία, αλλαγές στη γεύση και στη έκκριση σιέλου μπορεί να συνυπάρχουν.

Πολλοί συγγραφείς προτείνουν σταθερή συσχέτιση της νόσου με την προεκλαμψία. Ο Shapiro το 1999 αναφέρει προεκλαμψία στο 22 % των εγκύων με πάρεση Bell, ενώ ο Mathieu αναφέρει περιστατικό με προεκλαμψία, σύνδρομο HELLP και πάρεση Bell (Mathieu et al, 2012). Ο Vogel τέλος περιγράφει περιστατικό με αμφοτερόπλευρη πάρεση προσωπικού νεύρου σαν πρώιμη εκδήλωση προεκλαμψίας και συνδρόμου HELLP, και προτείνει κλειστή παρακολούθηση και έλεγχο για υπερτασικές διαταραχές σε εγκύους με πάρεση προσωπικού νεύρου (Vogel et al, 2014). Υπάρχουν απεναντίας και μελέτες που δεν διαπιστώνουν συσχέτιση της νόσου με την προεκλαμψία (Kunze et al, 2012).

Η ταχεία διάγνωση και έναρξη θεραπείας, εντός δεκατεσσάρων ημερών από την έναρξη των συμπτωμάτων (Ramsey et al, 2000) θεωρείται καίριας σημασίας για την έκβαση της νόσου (Ferreira et al, 2013), ενώ η βαρύτητα της συμπτωματολογίας, μερική ή πλήρης πάρεση, σχετίζεται με τη πλήρη ύφεση ή την παραμονή μόνιμης βλάβης αντίστοιχα (Funk et al, 2010). Η θεραπεία μπορεί να είναι τοπική (όταν συνυπάρχει ξηροφθαλμία) και (κυρίως) από του στόματος κορτικοστεροειδή ιδίως στο τρίτο τρίμηνο [θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή τους στην αρχή της κύησης λόγω συσχέτισής τους με υπερωισχιστίες στο νεογνό (Pradat et al, 2003) – ευτυχώς όμως η νόσος δεν παρατηρείται σχεδόν ποτέ στο πρώτο τρίμηνο (Shapiro et al, 1999)]. Τέλος, στη βιβλιογραφία αναφέρεται και η θεραπεία μιας πάσχουσας εγκύου 27 εβδομάδων με βελονισμό (Lei et al, 2010).

Δ.3 Παθήσεις της Ρινός και των Παραρρινίων Κόλπων

Δ.3.1 Ρινίτιδα

Η ρινίτιδα της κύησης είναι μια πολύ συχνή πάθηση κατά την εγκυμοσύνη με περίπου 22% των εγκύων να την εκδηλώνουν (Ellegard et al, 2000) σε οποιοδήποτε τρίμηνο, ενώ μόνο το ένα τρίτο αυτών θα αναζητήσουν τη βοήθεια ειδικού (Torsiglieri et al, 1990). Σύμφωνα με τον Ellegard ως ρινίτιδα κύησης ορίζεται η ρινική συμφόρηση τις τελευταίες έξι ή περισσότερες εβδομάδες της κύησης, χωρίς άλλα σημεία λοίμωξης της αναπνευστικής οδού ή ύπαρξη γνωστού αλλεργικού αίτιου και με πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων εντός δύο εβδομάδων από τον τοκετό (Ellegard, 2003). Θα πρέπει επομένως ο Ωτορινολαρυγγολόγος να έχει αποκλείσει άλλα πιθανά αίτια ρινικής συμφόρησης πριν καταλήξουμε στη διάγνωση της ρινίτιδας της κύησης. Παθοφυσιολογικά το αίτιο της πάθησης αυτής φαίνεται να είναι η αγγειοδιαστολή και η αυξημένη έκκριση των αδένων του ρινικού βλεννογόνου, τα οποία πυροδοτούνται από την αναστολή της δράσης της ακετυλοχολινεστεράσης (Sherlie et al, 2014) ή την αύξηση της παραγωγής ακετυλοχολίνης (Torozzado et al, 1983) λόγω της αύξησης των επιπέδων των οιστρογόνων. Ταυτόχρονα, οι αλλαγές στα υγρά του σώματος με την αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου πλάσματος αλλά και του εξωαγγειακού όγκου κατά το τρίτο τρίμηνο επιδεινώνουν τη ρινική συμφόρηση και τις εκκρίσεις (Ellegard et al, 2004). Παρόλα αυτά έχουν προταθεί και άλλοι παθογενετικοί μηχανισμοί, όπως η αύξηση της ευαισθητοποίησης στα αλλεργικά αντιγόνα σε γυναίκες με προϋπάρχουσα υποκλινική αλλεργία (Ellegard et al, 2004). Με τη θεωρία αυτή συνάδει και η αύξηση των επιπέδων της IgE ανοσοσφαιρίνης έναντι ακάρεων σκόνης σε γυναίκες με ρινίτιδα κύησης χωρίς άλλα αλλεργικά συμπτώματα (Karlssohn et al, 1999). Έτσι η ρινίτιδα της κύησης μπορεί να σχετίζεται με πυροδότηση παροξυσμού άσθματος (Yawn et al, 2007) και άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής (Gani et al, 2008, Powell et al, 2015). Αναφορικά με την επίδραση στον κυοφορούμενο αναπτυσσόμενο οργανισμό, πιθανά διαμέσου μηχανισμών επιγενετικής, αλλεργική ρινίτιδα της μητέρας στη αρχή της κύησης μπορεί να οδηγήσει σε αλλεργική ρινίτιδα του απόγονου (Shinohara et al, 2007).

Σε ότι έχει να κάνει με τη θεραπεία, πρώτο βήμα είναι η κατά το δυνατόν αποφυγή αλλεργιογόνων παραγόντων (Kumar et al, 2011), οι ρινικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό ή υπέρτονο διάλυμα (Garavello et al, 2010), ενώ η ήπια άσκηση (Dzieciolowska et al, 2013) και η υπό κλίση 30 – 40° κατάκλιση θα βελτιώσουν την ποιότητα του ύπνου (Πινιάρα και συν, 2015). Η ρινική χορήγηση φλουτικαζόνης (Ellegard et al, 2011) ή βουδεσονίδης (Vlastarakos et al, 2008) συνιστάται. Η ρινική χορήγηση χρωμογλυκικού νατρίου δεν έχει συσχετιστεί με συγγενείς ανωμαλίες και μπορεί ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί σαν θεραπεία πρώτης γραμμής (Kelles, 2004), παρόλο που δεν έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά της στην κύηση. Τέλος, τα από του στόματος αντιισταμινικά πρώτης γενιάς φαίνεται πως είναι ασφαλή στη χρήση, όχι όμως και τα δεύτερης, όπως η λοραταδίνη, που έχει συσχετιστεί με υποσπαδία (Gilbert et al, 2005). Τα τοπικά αποσυμφορητικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με ιδιαίτερη προσοχή, καθώς ο ρινικός βλεννογόνος είναι συνήθως ανθεκτικός σε αυτά κατά τη διάρκεια της κύησης, με αποτέλεσμα να παρατηρείται πολύ συχνά παρατεταμένη χρήση αυτών από τις έγκυες, έως τα επίπεδα φαρμακευτικής ρινίτιδας (Sherlie et al, 2014). Επίσης, καθώς απορροφώνται γρήγορα και δύνανται να προκαλέσουν συστηματικές αντιδράσεις, έχει εκφραστεί η θεωρία πως ενδέχεται να προκαλείται γενικευμένος αγγειόσπασμος και πλακουντιακή ανεπάρκεια, κάτι που δεν έχει ωστόσο επιβεβαιωθεί (Torsiglieri et al, 1990). Η χρήση

του νεότερου παράγοντα τριαμσινολόνη βρέθηκε να είναι ασφαλής σχετικά με το βάρος γέννησης του εμβρύου και την πιθανότητα αυτόματης αποβολής και συγγενών ανωμαλιών, έχει συσχετιστεί όμως με αναπνευστικές βλάβες του νεογνού (Berard et al, 2016). Τα από του στόματος αποσυμφορητικά θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς δεν έχει αποδειχθεί η ασφάλειά τους, ενώ προκαλούν τερατογένεση σε πειραματόζωα (Demoly et al, 2003). Και ενώ το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων μαζί με το Αμερικάνικο Κολλέγιο Αλλεργίας, Άσθματος και Ανοσολογίας αναφέρουν το 2000 την ψευδοεφεδρίνη σαν από του στόματος αποσυμφορητικό εκλογής, η ουσία αυτή είναι χαρακτηρισμένη ως κατηγορίας C κατά FDA και έχει συσχετιστεί με γαστρόςχιση, ιδίως σε έκθεση κατά το πρώτο τρίμηνο (Werler M, 2006). Τέλος, σε προϋπάρχουσα αλλεργική ρινίτιδα, η ανοσοθεραπεία μπορεί να συνεχιστεί αν είχε ξεκινήσει προ κύησης, σε αντίθετη περίπτωση είναι προτιμότερη η έναρξη της θεραπείας μετά τον τοκετό (Vlastarakos et al, 2008).

Συμπερασματικά, ιδίως λόγω της επίπτωσης της ρινίτιδας στην ποιότητα ζωής της εγκύου, ο Μαιευτήρας Γυναικολόγος και ο Ωτορινολαρυγγολόγος θα πρέπει να συνεργάζονται στενά, ώστε να επέλθει πρόωπη διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπεία (Caparroz et al, 2016).

Δ.3.2 Ρινοκολπίτιδα

Η ρινίτιδα της κύησης μπορεί να επιπλακεί και με ρινοκολπίτιδα (Πινιάρα και συν, 2015). Αυτό συμβαίνει δευτεροπαθώς οφειλόμενο στη ρινική συμφόρηση και την απόφραξη των φυσιολογικών οδών εκροής των παραρρίνιων κόλπων. Η διάγνωση, αν είναι αβέβαιη, μπορεί να βοηθηθεί από ακτινολογικό έλεγχο, ο οποίος είναι σφαλής για τη μητέρα και το έμβρυο, με τη λήψη βεβαίως των απαραίτητων προφυλάξεων (Torsiglieri et al, 1990. Sherlie et al, 2014). Επί θετικής διάγνωσης θα πρέπει να ξεκινήσει η χορήγηση κάποιου τοπικού αποσυμφορητικού (της κατηγορίας των κορτικοστεροειδών) και αντιβιοτικής αγωγής (Vlastarakos et al, 2008). Καθότι τα παθογόνα είναι συνήθως αερόβιοι μικροοργανισμοί, ένα σχήμα β - λακτάμης για δεκατέσσερις ημέρες είναι ασφαλές και αποτελεσματικό - θα χρειαστεί όμως τροποποίηση της δοσολογίας καθώς έχουμε μειωμένη συγκέντρωση του φάρμακου στο πλάσμα και αύξηση της κάθαρσής του (Heikkila et al, 1994). Σε περίπτωση αλλεργίας ο θεράπων Ιατρός θα πρέπει να καταφύγει στις μακρολίδες. Καθώς όμως η ερυθρομυκίνη έχει συσχετιστεί τελευταία με διαταραχές της ανάπτυξης του καρδιαγγειακού συστήματος αλλά και με πυλωρική στένωση του νεογνού (σε έκθεση κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Källén et al, 2005), η δε κλαριθρομυκίνη είναι κατηγορίας C κατά FDA (Amdsen, 1996), φαίνεται πως είναι προτιμότερη η χρήση της ροξιθρομυκίνης, η οποία φαίνεται ασφαλής, αν και χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες για να το επιβεβαιώσουν (Chun et al ,2006).

Σε περίπτωση χρόνιας ρινοκολπίτιδας απαιτείται η μακροχρόνια χορήγηση ρινικών κορτικοστεροειδών όπως και η μακροχρόνια χορήγηση αντιβίωσης. Προτιμότερος παράγοντας είναι η κλινδαμυκίνη, για την κάλυψη και αναερόβιων παθογόνων στελεχών ή συνδυασμός β - λακτάμης και μετρονιδαζόλης, η οποία θεωρείται πλέον, σε αντίθεση με την αντίληψη του παρελθόντος, ασφαλής (Ferrero et al, 2004). Αν συνυπάρχει πολύποδας θα πρέπει να χορηγηθούν και από του στόματος κορτικοστεροειδή, ενώ η ενδοσκοπική εξαίρεση θα γίνει μετά την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης (Vlastarakos et al, 2008).

Σε περίπτωση μυκητιασικής ρινοκολπίτιδας, τέλος, συνήθως σε εγκυμοσύνη που επιπλέκεται με ανοσοκαταστολή, η διαχείριση είναι αρκετά πιο δύσκολη. Σαν θεραπεία πρώτης γραμμής χορηγείται αμφοτερικίνη Β, με μεγάλη προσοχή λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της - υποκαλαιμία στη μητέρα και αύξηση της κρεατινίνης στο έμβρυο (Dean et al, 1994) . Η ιτρακοναζόλη είναι ένας εναλλακτικός θεραπευτικός παράγοντας, κατηγορίας C κατά FDA. Πλύσεις με διάλυμα αμφοτερικίνης μπορεί να βοηθήσουν, όπως και τα τοπικά αποσυμφορητικά, η χρήση κορτικοστεροειδών όμως είναι αυτονόητο πως θα πρέπει να αποφεύγεται. Σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή της εγκύου, η ενδοσκοπική χειρουργική παρέμβαση μπορεί να είναι σωτήρια (Vlastarakos et al, 2008).

Δ.3.3 Διαταραχές Όσφρησης

Η εγκυμοσύνη επηρεάζει επίσης τη λειτουργία της όσφρησης, μέσω δομικών αλλαγών όπως το οίδημα της οσφρητικής μεμβράνης που οφείλονται στα αυξημένα επίπεδα οιστρίνης (Gilbert et al , 1991). Αναφέρεται επομένως αυξημένη αντίληψη της όσφρησης (υπεροσμία) από τις εγκύους, κυρίως στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο (Singla et al, 2015) ενώ τις έντονες οσμές μπορεί να συνοδεύουν ναυτία και κεφαλαλγία (Singla et al, 2015). Η έλλειψη αυτή ανοχής στις οσμές μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμούς στην καθημερινότητα και να επηρεάσει σαφώς την ποιότητα ζωής της εγκύου (Nordin et al, 2007). Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, άλλοι ερευνητές περιγράφουν μείωση της ευαισθησίας της όσφρησης στην αρχή της εγκυμοσύνης, η οποία επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα μέχρι τον τοκετό (Gul et al, 2015), ενώ ο Cameron συμπεραίνει πως η επίδραση της κύησης στην όσφρηση είναι μικρή και αβέβαιη (Cameron, 2007). Άλλες μελέτες αποδεικνύουν μια μεταστροφή της αντίληψης της εγκύου προς τις οσμές. Πιο συγκεκριμένα, οι οσμές φρούτων είναι οι πιο ευχάριστες οσμές για μια έγκυο και οι οσμή του κρέατος και του ψαριού οι πιο δυσάρεστες (Cameron, 2007). Ακόμη, φαίνεται να υπάρχει αποστροφή προς την οσμή καπνού, αλκοόλ ή καφέ, πιθανώς μέσω κάποιου υποκείμενου μηχανισμού προστασίας του εμβρύου από αυτούς τους τοξικούς παράγοντες (Koelble et al, 2001). Δεν φαίνεται ωστόσο να υπάρχει σημαντική διαφορά της αντίληψης των οσμών ανάμεσα σε υγιείς έγκυες γυναίκες και σε πάσχουσες από υπέρταση της κύησης (Yasar et al, 2016). Πολλοί ερευνητές τέλος, καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι έγκυες υποκειμενικά μεν αντιλαμβάνονται τις οσμές με μεγαλύτερη ευαισθησία, η αντικειμενική εκτίμηση όμως της όσφρησης, όπως αυτή καταγράφεται με αντικειμενικές μεθόδους, δεν διαφέρει από την αντίστοιχη σε μη έγκυες γυναίκες (Kumar et al, 2011).

Δ.3.4 Ρινορραγίες

Οι ρινορραγίες στην κύηση είναι ένα ακόμα συχνό ρινολογικό πρόβλημα που αφορούν έως και το 20% των εγκύων (Dugan - Kim et al, 2009). Οι αιμορραγίες αυτές είναι συνήθως μικρές και αυτοπεριοριζόμενες, αν και έχουν περιγραφεί περιστατικά με απειλητική για τη ζωή απώλεια αίματος, που οδήγησαν σε υπογκαιμική καταπληξία της μητέρας και εμβρυικό θάνατο (El Goulli et al, 1979). Ως αίτια αναφέρονται κυρίως οι δομικές αλλαγές που οφείλονται στην αυξημένη αγγείωση του ρινικού βλεννογόνου, ως απόκριση στις ορμονικές μεταβολές της εγκυμοσύνης, ενώ σπάνια το ρινικό πυογόνο κοκκίωμα και ρινικά αιμαγγειώματα

(Zhang et al, 2014) μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές ρινορραγίες. Σπανιότατα αίτια ρινορραγίας που έχουν αναφερθεί είναι η ανεπάρκεια παράγοντα FVII σε περιστατικό επαναλαμβανόμενων ρινορραγιών κατά την 24 εβδομάδα κύησης, οι οποίες οδήγησαν στη διάγνωση και αντιμετώπιση με χορήγηση ανασυνδυασμένου παράγοντα FVII (rFVII) (Aynaoglu et al, 2010), η πρωτοεμφανιζόμενη ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (Bukar et al, 2009) καθώς επίσης και σύνδρομο Osler Weber Rendu (κληρονομική αιμορραγική τηλαγγειεκτασία) (Wain et al, 2012, Inocencio et al, 2013).

Θεραπευτικά, η ασφάλεια της μητέρας είναι πρώτης προτεραιότητας. Επιβάλλεται η εντατική αναζωογόνηση σε περιστατικά αιμορραγίας απειλητικής για τη ζωή της εγκύου και ο τοπικός έλεγχος της αιμορραγίας με επιπωματισμό (πρόσθιο ή / και οπίσθιο, υπό αντιβιοτική κάλυψη (Vlastarakos et al, 2008), καυτηριασμό του αιμορραγούντος αγγειακού κλάδου ή ακόμα και πιο επιθετική χειρουργική παρέμβαση (Cornthwaite et al, 2013), ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί τερματισμός της κύησης με τοκετό (El Goulli et al, 1979). Για υποτροπιάζοντα περιστατικά με επαναλαμβανόμενες ρινορραγίες αποτελεσματικός έχει αποδειχθεί ο καυτηριασμός με νιτρικό άργυρο (Kumar et al, 2011).

Ακόμα και μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας οι θεράποντες Ιατροί δεν θα πρέπει να εφησυχάζουν, μιας και οι ρινορραγίες κατά την κύηση σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία μετά τον τοκετό (Dugan - Kim et al, 2009). Απαιτείται επομένως επαγρύπνηση, ιδίως κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού, για την ει δυνατόν πρόληψη ή αλλιώς πρόωπη αναγνώριση και έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας αιμορραγίας μετά τον τοκετό.

Δ.3.5 Πυογόνο Κοκκίωμα

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, ένα σπάνιο αίτιο ρινορραγίας κατά την κύηση είναι το πυογόνο κοκκίωμα ή αλλιώς *granuloma gravidarum*, γνωστό και ως “όγκος της κύησης”. Το μόρφωμα αυτό αναλύεται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο της στοματικής κοιλότητας, καθότι εκεί είναι η συνήθης εντόπισή του. Στη μύτη εκδηλώνεται σπανιότατα, και εμφανίζεται τυπικά σε πολυτόκες στα δύο τελευταία τρίμηνα της κύησης ως μια μάζα ταχέως αυξανόμενη, η οποία αποφράσσει τη ρινική οδό και οδηγεί σε ρινική συμφόρηση, αλλά και σε ρινορραγίες. Παθοφυσιολογικά, φαίνεται πως η ευαισθησία του ρινικού βλεννογόνου στις ορμόνες του φύλου οδηγεί σε υπερπλασία των αδένων του και το σχηματισμό αυτού του πολυποειδούς μορφής αιμαγγειώματος. Επιπλέον, ο αυξημένος όγκος αίματος αλλά και η αγγειογένεση που συμβαίνει κατά την πλακουντοποίηση συμβάλουν στο σχηματισμό του πυογόνου κοκκιώματος μέσω της διάνοιξης κάποιων προϋπάρχοντων μη βατών καναλιών και αγγείων (Barter et al, 1983).

Το πυογόνο κοκκίωμα υφίεται συνήθως σύντομα μετά τον τοκετό, για το λόγο αυτό σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις η απλή παρακολούθηση της αναπτυξής του είναι αρκετή. Όταν όμως υπάρχει σημειολογία, καθώς και στις περιπτώσεις εκείνες που η διάγνωση δεν είναι εφικτή μόνο με την κλινική εικόνα ή πρέπει να αποκλειστεί κακοήθεια, επιβάλλεται η χειρουργική εξαίρεσή του (Nourizan et al, 2010).

Δ.4 Παθήσεις της Στοματικής Κοιλότητας και του Φάρυγγα

Η πιο συχνή αλλαγή στη στοματική κοιλότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορά στα ούλα τα οποία διογκώνονται. Η αλλαγή αυτή οφείλεται στον αυξημένο όγκο αίματος καθώς και σε τοπικούς ορμονικούς παράγοντες (Torsiglieri et al, 1990) και ποικίλει από απλή διόγκωση με μετρίου βαθμού αιμορραγία έως και θηλώδη υπερτροφία (Mc Carty, 1975). Η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να επιπλέξει την κατάσταση και να οδηγήσει σε ουλίτιδα, η οποία είναι ανώδυνη και συμβαίνει κυρίως στην πρόσθια γναθιαία χώρα. Η καλή στοματική υγιεινή και η επίσκεψη στον οδοντίατρο είναι επιβεβλημένες.

Δ.4.1 Τερηδόνα - Περιοδοντίτιδα

Εκτός από την ουλίτιδα, η οποία δεν έχει συσχετιστεί με επιπλοκές από την κύηση ή δυσμενές περιγεννητικό αποτέλεσμα (Kumar et al, 2013), δύο είναι οι πιο συχνές παθήσεις οδοντιατρικού ενδιαφέροντος στην κύηση, η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα. Η τερηδόνα δεν βρέθηκε να σχετίζεται με επιπλοκές, όπως η προωρότητα (Vergnes et al, 2011), είναι όμως γνωστό πως η τερηδόνα της μητέρας οδηγεί σε τερηδονισμένα δόντια του παιδιού της (Boggess et al, 2006). Για την περιοδοντίτιδα όμως, τα πράγματα είναι διαφορετικά. Πολλαπλές μελέτες δείχνουν τη σχέση περιοδοντίτιδας και προωρότητας, καθώς επίσης και χαμηλού βάρους γέννησης του νεογνού (Offenbacher et al, 2001 - Sacco G et al, 2008), πιθανώς μέσω των αυξημένων επιπέδων φλεγμονωδών παραγόντων στην συστηματική κυκλοφορία, με επίδραση μιας απομακρυσμένης φλεγμονής στην αμνιακή κοιλότητα (Sacco G et al, 2008) ή ακόμα και μέσω της μετανάστευσης των αυξημένων gram αρνητικών μικροβίων της στοματικής χλωρίδας στην αμνιακή κοιλότητα (Andonova et al, 2015). Η περιοδοντίτιδα φαίνεται να σχετίζεται και με την προεκλαμψία (Pralhad S et al, 2013), μένει όμως να αποδειχτεί αν η περιοδοντική φλεγμονή μπορεί να είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση υπερτασικών διαταραχών στην κύηση, γεγονός με ιδιαίτερη σημασία αν αποδειχτεί, καθώς η πρόληψη, πρόωρη ανίχνευση και θεραπεία της περιοδοντίτιδας θα οδηγούσε σε μια καινούρια οδό αντιμετώπισης της προεκλαμψίας (Boggess et al, 2006).

Δ.4.2 Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις του στοματοφάρυγγα είναι πολύ συνηθισμένες στο γενικό πληθυσμό και ομοίως και στις έγκυες γυναίκες. Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη και δεν διαφέρει σε κάτι από την αντίστοιχη στο γενικό πληθυσμό, μπορεί να υπάρξουν όμως διαφορές στη θεραπεία. Επί φαρυγγίτιδας ή αμυγδαλίτιδας, όπου το αίτιο είναι κάποιος ιός, διαλύματα για πλύσεις του στοματοφάρυγγα και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα είναι συνήθως αποτελεσματικά. Τα μη εκλεκτικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κύηση με προσοχή, πρέπει να αποφεύγονται όμως τις τελευταίες οχτώ εβδομάδες πριν τον τοκετό. Η χρήση ιβουπροφένης και ναπροξένης θα πρέπει να αποφεύγεται ενώ οι εκλεκτικοί COX-2 αναστολείς αντενδείκνυνται στην κύηση (Vlastarakos et al, 2008). Απεναντίας, η παρακεταμόλη θεωρείται ασφαλής για χορήγηση. Αναφορικά με τα διαλύματα για στοματικές πλύσεις, τα διαλύματα ιωδιούχου ποβιδόνης είναι προτιμότερο να μη χρησιμοποιούνται, λόγω πιθανής επιδράσής τους στην ανάπτυξη του εμβρυϊκού

θυρεοειδούς αδένες (Novacs Jr et al, 1994), ενώ τα διαλύματα με εξετιδίνη δεν έχουν ελεγχθεί για την ασφάλειά τους. Είναι λοιπόν προτιμότερη η χρήση διαλυμάτων χαμομηλιού για την ήπια αντισηψία του στοματοφάρυγγα (Vlastarakos et al, 2008).

Επί βακτηριακής λοίμωξης ενδείκνυται βεβαίως η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Ουσίες της κατηγορίας των β - λακτάμων θεωρούνται ως η ασφαλέστερη επιλογή, με χορήγηση μακρολιδίων σε περίπτωση αλλεργίας. Τα περιαμυγδαλικά αποστήματα χρήζουν παροχετεύσεως, νοσηλείας και ενδοφλέβιας χορήγησης κλινδαμυκίνης ή συνδυασμού β - λακτάμης και μετρονιδαζόλης, ουσίες που θεωρούνται ασφαλείς (Vlastarakos et al, 2008). Τέλος, σε περίπτωση σοβαρής ερπητικής λοίμωξης, η χορήγηση ακυκλοβίρης με τροποποίηση του θεραπευτικού σχήματος ως προς τη δοσολογία (Haddad et al, 1989), βαλακυκλοβίρης ή φαμκυκλοβίρης, θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική.

Μια πολύ σπάνια φλεγμονή της περιοχής είναι η λουδοβίκειος κυνάγχη. Πρόκειται για μια απειλητική για τη ζωή φλεγμονή, μια ταχέως εξελισσόμενη εν τω βάθει γαγγραινώδης κυτταρίτιδα των μαλακών μορίων του εδάφους του στόματος και του τραχήλου, περιλαμβανομένων του υπογλώσσιου και του υπογνάθιου χώρου. Προκαλείται κυρίως από μια οδοντική φλεγμονή η οποία επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστών και προκαλείται από αερόβια και αναερόβια στελέχη. Η κλινική εικόνα είναι θορυβώδης με κακουχία, δυσφαγία, οίδημα και πόνο στο στόμα, τη γλώσσα και το λαιμό, καθώς και ευρήματα από τον αεραγωγό, ανάλογα με το βαθμό επέκτασης. Η αντιμετώπιση είναι επιθετική με εξασφάλιση του αεραγωγού, ενδοφλέβια χορήγηση αντιβίωσης και χειρουργικό καθαρισμό της προσβεβλημένης περιοχής. Έχουν περιγραφεί ελάχιστα περιστατικά κατά την κύηση, με επιθετική αντιμετώπιση της εγκύου [επείγουσα καισαρική τομή λόγω εμβρυικής δυσχέρειας και χειρουργική επέμβαση στον τράχηλο (Kamath et al, 2015)], ενώ έχει προταθεί και μια πιο συντηρητική προσέγγιση με πολύ προσεκτική αξιολόγηση, διαχείριση του αεραγωγού, αντιμικροβιακή θεραπεία και χειρουργικό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής (Soltero et al, 2009).

Δ.4.3 Πυογόνο κοκκίωμα - *granuloma gravidarum*

Το πυογόνο κοκκίωμα είναι ένας καλοήθης όγκος που μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με κύρια εντόπιση τη στοματική κοιλότητα, κατά κύριο λόγο στα ούλα και λιγότερο συχνά στη γλώσσα, τα χείλη, την υπερώα ή το στοματικό βλεννογόνο, και πολύ σπάνια εκτός αυτής, σε σημεία όπως η μύτη ή ο έξω ακουστικός πόρος (Courtney et al, 2003). Στη στοματική κοιλότητα αναπτύσσεται σαν απάντηση σε χρόνιους ερεθιστικούς παράγοντες χαμηλού βαθμού, όπως το βακτηριακό βιοφίλμ, η ουλίτιδα, η πέτρα και οι τραυματισμοί, με τη βοήθεια των αυξημένων επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης (Cardoso et al, 2013). Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη και βασίζεται στην κλινική εικόνα, μπορεί ωστόσο να είναι δύσκολη σε περιπτώσεις εξέλκωσης ή κατά τόπους νέκρωσης του όγκου. Σχετικά με την αντιμετώπιση, συνήθως αρκεί η παρακολούθηση και σπανιότατα απαιτείται χειρουργική εκτομή του όγκου, επί ενοχλήματος ή αισθητικού προβλήματος, καθώς το πυογόνο κοκκίωμα αναμένεται να υποστρέψει μετά τη λοχεία (Daley et al, 1991). Σημαντική είναι όμως η ανεύρεση και αντιμετώπιση πιθανών αιτιών, όπως το βακτηριακό μικροφίλμ και η κακή στοματική υγιεινή, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε ύφεση του όγκου σε μεμονωμένα περιστατικά (Cardoso et

al, 2013). Έχουν περιγραφεί βεβαίως και περιστατικά όπου ο όγκος παραμένει αμετάβλητος σε μέγεθος ή και μεγαλώνει, ακόμα και επτά μήνες μετά τον τοκετό (Rihani et al, 2013). Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να γίνει χειρουργική εκτομή του κοκκιώματος, η οποία οφείλει να γίνει με μεγάλη προσοχή, καθώς μπορεί να προκύψει μεγάλη αιμορραγία με δυσμενείς επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο (Purwar et al, 2015). Σπανιότατα, στην αντιμετώπιση του πυογόνου κοκκιώματος μπορεί να έχει θέση και ο επείγον τερματισμός της κύησης (Wang PH, 1997, Findeklee, 2015).

Δ.4.4 Λοιπές διαταραχές - Σιελόρροια της κύησης

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τέλος, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές στη γεύση και την όρεξη, οι οποίες οδηγούν σε περιέργους συνδυασμούς τροφών και γεύσεων, αλλά και στην κατανάλωση μη εδωδιμων πραγμάτων (Hansen et al, 1986). Μπορεί να εμφανιστούν επίσης διαταραχές στην παραγωγή σιέλου, μια κατάσταση γνωστή ως σιελόρροια της κύησης - ptyalism gravidarum (Sherlie et al, 2014). Οι γυναίκες που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή έχουν διαρκώς ένα αίσθημα άσχημης γεύσης και παράγουν μεγάλη ποσότητα σιέλου, ενίοτε ιδιαιτέρως πυκνής, η οποία οδηγεί σε έκλυση ναυτίας. Η σιελόρροια της κύησης επηρεάζει την ποιότητα της ζωής της πάσχουσας εγκύου, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές ύπνου αλλά και μείωση των κοινωνικών της συναναστροφών (Freeman et al, 1994). Θεραπεία δεν υπάρχει επί του παρόντος - η χρήση τσίχλας μπορεί να βελτιώσει προσωρινά μόνο την κατάσταση, ενώ έχει προταθεί και η χρήση βαρβιτουρικών και αντιχολινεργικών παραγόντων για τις πιο σοβαρές περιπτώσεις (Erick, 1998).

Δ.4.5 Ροχαλητό - Υπνική Αναπνευστική Διαταραχή

Το ροχαλητό, όπως και η υπνική αναπνευστική διαταραχή (Sleep disordered breathing) γενικότερα, εμφανίζεται ιδιαίτερα συχνά στους ενήλικες και αναγνωρίζεται πλέον ως θέμα δημόσιας υγείας (Young et al ,1993). Η διαταραχή αυτή σχετίζεται με την Ωτορινολαρυγγολογία, αλλά και με την Πνευμονολογία και τη Νευρολογία - Νευροφυσιολογία, και μελετάται από εξειδικευμένους επιστήμονες σε Εργαστήρια και Τμήματα Μελέτης Ύπνου , παρουσιάζει δε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους Μαιευτήρες Γυναικολόγους καθώς η συχνότητα εμφάνισής της κατά την κύηση είναι πολύ μεγαλύτερη συγκριτικά με τον μη έγκυο γυναικείο πληθυσμό (Cai et al, 2013) και φαίνεται να σχετίζεται με επιπλοκές της κύησης όπως ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, οι διαταραχές ανάπτυξης του εμβρύου και η προεκλαμψία.

Η υπνική αναπνευστική διαταραχή φαίνεται πως είναι εύκολο να επιπλέξει την εγκυμοσύνη, κυρίως λόγω της αυξημένης πρόσληψης βάρους, του οιδήματος του αεραγωγού και της ρινικής συμφόρησης (Ο' Brien et al, 2013), συμπληρωματικά ενδεχομένως με μια προϋπάρχουσα χρόνια ή αλλεργική ρινίτιδα, μια σκολίωση του ρινικού διαφράγματος ή κάποια άλλη ανατομική ανωμαλία προγενέστερη της κύησης. Πρέπει επομένως να γίνεται διάκριση ανάμεσα στην υπνική διαταραχή που προϋπήρχε της κύησης και σε αυτή που πρωτοεμφανίζεται κατά τη διάρκεια της

κύησης (O' Brien et al, 2012). Το ροχαλητό που εμφανίζεται πρώτη φορά στην κύηση μπορεί να σχετίζεται με υπερτασικές διαταραχές και προεκλαμψία (O' Brien et al, 2012), ενώ αντίθετα το χρόνιο ροχαλητό σχετίζεται με νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης, πράγμα σχεδόν οξύμωρο καθώς οι γυναίκες που πάσχουν χρονίως από υπνική αναπνευστική διαταραχή έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από αυτές που θα εμφανίζουν πρώτη φορά κατά την κύηση, και ως γνωστόν ο αυξημένος ΔΜΣ, όπως και η παχυσαρκία, οδηγούν σε μεγάλα-για-την-ηλικία-κύησης νεογνά (Driul et al, 2008). Η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να εξηγηθεί μέσω μιας υπόθεσης: το χρόνιο ροχαλητό οδηγεί σε φλεγμονώδη απάντηση στην αρχή της κύησης, και άρα σε προβληματική πλακουντοποίηση μέσω ανεπαρκούς remodeling των σπειροειδών αρτηριών, η οποία οδηγεί σε μειωμένη άρδρευση του πλακούντα και κατά συνέπεια μειωμένη παροχή αίματος στο έμβρυο, οδηγώντας τελικά σε ένα νεογνό με χαμηλό βάρος γέννησης (O' Brien et al, 2013). Στην περίπτωση όμως που η υπνική αναπνευστική διαταραχή είναι σοβαρότερη, με διαστήματα άπνοιας, τότε είναι πιθανότερο για το νεογνό να έχει αυξημένο βάρος γέννησης, πιθανώς μέσω κάποιου μηχανισμού που εμπλέκει το σακχαρώδη διαβήτη κύησης (O' Brien et al, 2013) - είναι γνωστό πως η υπνική αναπνευστική διαταραχή έχει συσχετιστεί σθεναρά με μητρική υπεργλυκαιμία (Izci Balserak et al, 2013).

Η πρωτοεμφανιζόμενη κατά την κύηση υπνική αναπνευστική διαταραχή έχει συσχετιστεί και με υπερτασική νόσο κύησης και προεκλαμψία (O' Brien et al, 2012). Για μία ακόμη φορά το παθογενετικό μονοπάτι δεν είναι ξεκάθαρο - φαίνεται όμως να σχετίζεται με την αυξημένη φλεγμονώδη απάντηση, καθώς και με αυξημένο οξειδωτικό stress, υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, αλλαγές στη λειτουργία του άξονα Υποθάλαμος - Υπόφυση - Επινεφρίδια, διαταραχές στα επίπεδα λεπτίνης και αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη (Izci Balserak et al, 2013). Ακόμη, μέσω της υπνικής αναπνευστικής διαταραχής επηρεάζεται η μητροπλακουντική κυκλοφορία και η έκκριση αυξητικών παραγόντων, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου (Blyton et al, 2004), ενώ τα διαστήματα υποξίας της μητέρας μπορεί να είναι επικίνδυνα για το έμβρυο, με τη μητρική υπερκαπνία να οδηγεί σε εμβρυϊκή οξέωση (Izci Balserak et al, 2013) και επιβραδύνσεις στο καρδιοτοκογράφημα (Roush et al, 2004 , Sahin et al, 2008). Το ως άνω συμπέρασμα έχει αμφισβητηθεί (Olivarez et al, 2010), όπως έχει αμφισβητηθεί και η συσχέτιση ροχαλητού και προεκλαμψίας από άλλες μελέτες (Facco, 2014, Sarberg et al, 2014).

Το ροχαλητό κατά την κύηση, τέλος, μπορεί να είναι και ένας παράγοντας κινδύνου για κατάθλιψη, καθώς επηρεάζει άμεσα την ποιότητα του ύπνου, η οποία θεωρείται ούτως ή άλλως επιδεινωμένη κατά την κύηση (Polo- Kantola et al, 2017), και επομένως την ποιότητα ζωής της εγκύου (O' Brien et al, 2013).

Σχετικά με τον τρόπο μαίευσης, υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία πως υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για καισαρική τομή έναντι φυσιολογικού τοκετού, η δε καισαρική τομή θα είναι μάλλον επείγουσα, αν πρόκειται για πρωτοεμφανιζόμενη κατά την κύηση αναπνευστική υπνική διαταραχή, και εκλεκτική, αν πρόκειται για χρόνια (O' Brien et al, 2013). Αυτή η αυξημένη πιθανότητα για καισαρική τομή

περιγράφεται σε πολλές μελέτες διαφορετικού πληθυσμού, ενώ τονίζεται πως η πιθανότητα για καισαρική τομή διπλασιάζεται για τις γυναίκες που ροχαλίζουν και έχουν αυξημένο ΔΜΣ σε σχέση με αυτές που ροχαλίζουν μεν αλλά έχουν χαμηλό ΔΜΣ (Xing et al, 2016).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα νεογνά αναμένεται να έχουν αυξημένο βάρος γέννησης [κατά άλλους συγγραφείς μειωμένο βάρος επί πρωτοεμφανιζόμενης διαταραχής, ενώ υπάρχουν και μελέτες που δεν δέχονται καμία επίδραση της διαταραχής στο βάρος γέννησης (Tauman et al, 2012)]. Ο κίνδυνος της προωρότητας είναι πάντως αυξημένος (Louis et al, 2010), και υπάρχει γενικά αυξημένος κίνδυνος μεταφοράς του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, ιδίως σε περίπτωση προϋπάρχουσας υπνικής αναπνευστικής διαταραχής (O' Brien et al, 2013).

Όλη αυτή η ανάλυση και μελέτη του αντικειμένου γεννά εύλογα ερωτήματα κατά πόσον υπάρχει χώρος παρέμβασης με πρόωρη ανίχνευση και αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Η O' Brien (2012) προτείνει απλό screening των γυναικών για έναρξη ροχαλητού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας μέσω ανίχνευσης προεκλαμψίας, αλλά και έλεγχο των εγκύων που παρουσιάζουν ροχαλητό και υπέρταση με μελέτη ύπνου για ανίχνευση αποφρακτικής άπνοιας, στα πλαίσια παρέμβασης πριν την εμφάνιση επιπλοκών της κύησης. Στα πλαίσια της θεραπευτικής παρέμβασης, η χρήση ρινικής CPAP έχει προταθεί από πολλούς (Lassila et al, 2014), βελτιώνοντας την έκβαση ορισμένων περιστατικών (Guillemineault et al, 2007 - Poyares et al, 2007). Από άποψη περιβαλλοντικής εκθέσεως, χρήσιμο είναι η έγκυος που υποφέρει από υπνική αναπνευστική διαταραχή να αποφεύγει το περιβάλλον με καπνό και το παθητικό κάπνισμα, που αποδεδειγμένα επιδεινώνουν την ποιότητα του ύπνου της (Ohida et al, 2007). Παρόλα αυτά, ο Facco σε μια ανασκόπηση του προβλήματος καταλήγει πως δεν υπάρχει προς το παρόν ένδειξη για θεραπευτική παρέμβαση στην υπνική αναπνευστική διαταραχή κατά την κύηση (Facco, 2014).

Δ.5 Παθήσεις του Λάρυγγα

Δ.5.1 Διαταραχές της φώνησης - Λαρυγγοπάθεια της κύησης

Οι μεταβολές που συμβαίνουν στο σώμα της εγκύου επηρεάζουν βεβαίως και τη λειτουργία της φώνησης, οδηγώντας σε δυσφωνία. Η μείωση της κοιλιακής αναπνοής καθώς και η μειωμένη κινητικότητα του θωρακικού κλωβού, σε συνδυασμό με τις τοπικές μεταβολές στο λάρυγγα, επηρεάζουν την ποιότητα της φωνής σε μικρό βαθμό συνήθως, εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις. Για την ακρίβεια, κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο οι φωνητικές χορδές έχουν πολύ καλή ενυδάτωση και η ποιότητα της φωνής μπορεί να είναι βελτιωμένη (Kumar et al, 2011). Στο τρίτο όμως τρίμηνο αυτό αλλάζει (Cassiraga et al, 2012) και δρώντας συνδυαστικά με τη μείωση του όγκου του θώρακα από την κάτωθεν πίεση των κοιλιακών σπλάχνων και της εγκύμονος μήτρας ή και με κάποια παθολογία που συνυπάρχει ενδεχομένως, όπως ρινίτιδα ή λαρυγγοφαρυγική παλινδρόμηση, οδηγεί σε πτώση της ποιότητας της φωνής (Kumar et al, 2011). Μάλιστα τραγουδίστριες αναφέρουν πως η φωνή τους γίνεται βαθύτερη και περιορίζεται σε έκταση (Sherlie et al, 2014), ενώ οι αλλαγές αυτές επιβεβαιώνονται στο εργαστήριο, με μείωση των δεικτών Maximun Phonation Time (MPT) και Voice Handicap Index 10 (VHI-10). Σε επίπεδο ιστού αναγνωρίζεται οίδημα του λαρυγγικού βλεννογόνου, στη βασική μεμβράνη κάτωθεν των φωνητικών χορδών, ξηρότητα και σχηματισμός κρούστας (Sherlie et al, 2014), αλλαγές που οφείλονται στη αντίδραση του λάρυγγα στις ορμόνες της εγκυμοσύνης και οι οποίες είναι γνωστές με τον όρο λαρυγγοπάθεια της κύησης - laryngopathia gravidarum. Οι αλλαγές αυτές είναι μεταβατικές και παύουν μετά το πέρας της κύησης ' σκόπιμο είναι επομένως οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν τις αλλαγές αυτές σε επίπεδο κλινικά σημαντικό να καθυσηχάζονται και να επανεξετάζονται μετά τη λοχεία, αφού βέβαια αποκλειστεί πρώτα η ύπαρξη κάποιου παθολογικού αίτιου (Deuster, 1977). Αξίζει πάντως να σημειωθεί πως η δυσφωνία έχει παλαιόθεν συσχετιστεί με την προεκλαμψία, κυρίως μέσω του οιδήματος που υπάρχει (Hoeng et al, 1988), και μάλιστα έχει περιγραφεί περιστατικό σοβαρής προεκλαμψίας με πρώτο σημείο τη δυσφωνία (Perlow et al, 1990).

Δ.5.2 Λοιμώξεις

Στις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού (οι οποίες περιγράφονται σε προηγούμενο κεφάλαιο) περιλαμβάνονται και οι λαρυγγίτιδες, οι οποίες είναι μεν αρκετά συχνές, μπορεί όμως σπάνια να αποδειχθούν αρκετά σοβαρές και να απειλήσουν τη ζωή της εγκύου. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το βαθμό προσβολής του αεραγωγού, με κακουχία, βράγχος φωνής, δυσφωνία, πυρετό αλλά και δύσπνοια ή αναπνευστικό συριγμό σε πιο σοβαρές περιπτώσεις. Μια απλή οξεία λαρυγγίτιδα θα βελτιωθεί με αφωνία, ενυδάτωση, παραμονή σε υγρό περιβάλλον και εισπνοές ατμού μενθόλης ή ευκαλύπτου, σε σοβαρότερα περιστατικά όμως θα χρειαστεί η συστηματική χορήγηση αδρεναλίνης (ή μέσω εισπνοών), εισπνεόμενων β-αγωνιστών και κορτικοστεροειδών (πρεδνιζόνη - πρεδνιζολόνη) δίνοντας έμφαση πρωτίστως στη

ασφάλεια της μητέρας, ενώ θα πρέπει να χορηγηθούν και γαστροπροστατευτικοί παράγοντες, όπως η ομεπραζόλη ή η ρανιτιδίνη. Οι υπεργλωττιδικές λοιμώξεις μπορεί να χρειαστούν νοσηλεία για οξυγονοθεραπεία, ενυδάτωση και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών (κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς ή αμπικιλίνη και σουλμπακτάμη) και συνέχιση της αγωγής στο σπίτι μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, με από του στόματος κεφαλοσπορίνη δεύτερης γενιάς ή αμοξυκιλίνη και κλαβουλανικό οξύ αντίστοιχα. Σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις τέλος, πρόωρη επιθετική διαχείριση του αεραγωγού με διασωλήνωση μπορεί να απαιτηθεί (Vlastarakos et al, 2008).

Δ.5.3 Καλοήθεις όγκοι

Εκτός από τις μεταβολές αυτές που συνιστούν τη laryngopathia gravidarum, είναι δυνατόν να παρουσιαστούν και οργανικά αίτια αλλοίωσης της φωνής κατά την εγκυμοσύνη, άλλα εμφανιζόμενα δευτεροπαθώς μετά τη laryngopathia gravidarum οφειλόμενα σε κόπωση και τραύμα των φωνητικών χορδών και το λάρυγγα, όπως οζίδια, πολύποδες και κύστες (Αθανασιάδης - Σισμάνης, 2011) και άλλα εμφανιζόμενα de novo, όπως καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μεμονωμένα περιστατικά, με χαρακτηριστικό την ύφεση στη λοχεία, όπως αναφέρεται για ένα περιστατικό δεσμοειδούς όγκου του λάρυγγα (Gherman et al, 1993) και δύο περιπτώσεις υπεργλωττιδικού αιμαγγειώματος (Brandwein et al, 1987, Kuroglu et al, 2014). Έχει αντιθέτως περιγραφεί και περιστατικό με λαρυγγικό παρααγγλίωμα, για το οποίο απαιτήθηκε χειρουργική αντιμετώπιση στη λοχεία (Werner et al, 1992). Περιστατικά αναπνευστικής θηλωμάτωσης, προκληθέντα από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV), παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και χρήζουν συστηματικής και κλειστής παρακολούθησης της εξέλιξής τους, διότι μπορεί να οδηγήσουν σε απόφραξη του αεραγωγού με αποτέλεσμα επείγουσα τραχειοστομία (Scurry et al, 2008) ή και θάνατο της ασθενούς (Helmrich et al, 1992).

Δ.5.4 Καρκίνος του λάρυγγα

Μια εγκυμοσύνη, τέλος, μπορεί να επιπλακεί σπανιότατα και με καρκίνο του λάρυγγα, προερχόμενο κυρίως εκ των πλακωδών κυττάρων (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα). Μετά τη διάγνωση απαιτείται κοντινή συνεργασία του Μαιευτήρα Γυναικολόγου και του Ωτορινολαρυγγολόγου προς όφελος μητέρας και εμβρύου. Η κύηση δεν φαίνεται να επηρεάζεται, πρέπει να γίνει όμως χειρουργική αντιμετώπιση του όγκου (Ferlito et al, 1980, Matschke et al, 1994).

Δ.5.5 Λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση

Στα πλαίσια μιας γενικότερης παλινδρόμησης των υγρών και του περιεχομένου του στομάχου, κατάστασης πολύ κοινής κατά τη διάρκεια της κύησης εξαιτίας της χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα υπό τη δράση της προγεστερόνης (Richter, 2003), της καθυστερημένης κένωσης του στομάχου και της πίεσης από την εγκύμονα μήτρα (Ramu et al, 2011), είναι ιδιαίτερα συχνή η εμφάνιση λαρυγγοφαρυγγικής παλινδρόμησης, η οποία μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση οιασδήποτε συμπτωματολογίας από το λάρυγγα (Kumar et al, 2011). Μετά τη λήψη ενός πλήρους ιστορικού και τη σχολαστική κλινική εξέταση, της εμμέσου λαρυγγοσκοπήσεως συμπεριλαμβανομένης, η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί για την αναμενόμενη βελτίωση της καταστάσεως της με απλές αλλαγές του τρόπου ζωής της. Πιο συγκεκριμένα, τα μικρά και συχνά γεύματα, η αποφυγή πρόσληψης τροφής αργά τη νύχτα, η (μικρή) ανύψωση της κεφαλής στον ύπνο και η αποφυγή πρόσληψης αλκοόλ, καφέ, σοκολάτας και λιπαρών τροφών, δρουν αποτελεσματικά και βελτιώνουν τη συμπτωματολογία. Όταν όμως αυτά δεν είναι αρκετά, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως αντιόξινα και σουκραλφάτη, είναι ασφαλής και αποτελεσματική, ενώ επί εμμόνης μπορούν να χορηγηθούν αναστολείς αντλίας πρωτονίων (κυρίως ομεπραζόλη, η οποία έχει μελετηθεί και βρεθεί ασφαλής) και ανταγωνιστές H₂ της ισταμίνης (ρανιτιδίνη) (Vlastarakos et al, 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πληθώρα των αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα της εγκύου επηρεάζουν και τα όργανα του ωτός, της ρινός, του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Έτσι, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζονται, εκτός από τις παθήσεις των ως άνω οργάνων που εκδηλώνονται στο γενικό πληθυσμό και άλλες, οι οποίες αποδίδονται στην κύηση.

Εξαιτίας τοπικών αλλαγών στον έξω ακουστικό πόρο, ευνοείται η εκδήλωση *εξωτερικής ωτίτιδας*, χωρίς κάποια ιδιαίτερη δυσκολία στη διάγνωση και αντιμετώπιση. Η *ευσταχιανή σάλπιγγα* πολύ συχνά *δυσλειτουργεί*, είτε με τη μορφή της αποφραχθείσας είτε με τη μορφή της χαίνουσας, επηρεάζοντας έτσι τη λειτουργία του μέσου ωτός. Η δυσλειτουργία αυτή αντιμετωπίζεται συμπτωματικά και υφίεται αυτόματα μετά τον τοκετό. Για την *ωτοσκλήρυνση*, η οποία έχει παλαιόθεν συσχετιστεί με την κύηση, έχει θεωρηθεί πως η κύηση επιδεινώνει την νόσο και επιταχύνει την πορεία προς την κώφωση, με τα νεότερα δεδομένα όμως να μην το επαληθεύουν. Οι εκδηλώσεις από το έσω ους παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η *ιδιοπαθής νευροαισθητήριος βαρηκοΐα* εμφανίζεται συνήθως σε εγκύους με προεκλαμψία. Αιφνιδίου ενάρξεως *βαρηκοΐα στη λοχεία* μπορεί να οφείλεται στην επισκληρίδιο αναλγησία κατά τον τοκετό ή στο σχηματισμό περιλεμφικού συριγγίου εξαιτίας τραυματισμού κατά την εξώθηση. Η νόσος *Meniere*, αν και σπάνια στην κύηση, επιδεινώνεται από αυτήν. Οι εμβοές επίσης επιτείνονται στην κύηση, και αποτελούν το πιο συχνό ωτολογικό πρόβλημα κατά τη διάρκεια της, υφίονται όμως αυτόματα μετά τον τοκετό. Ο *ίλιγγος* επίσης θεωρείται πως επιδεινώνεται λόγω των υψηλών επιπέδων οιστρογόνων και προγεστερόνης κατά την εγκυμοσύνη, αν και ελάχιστα περιστατικά ίλιγγου σε εγκύους περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Ίλιγγος μετά τον τοκετό, συνδυαζόμενος συνήθως με αιφνίδια βαρηκοΐα, μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του έσω ωτός (σχηματισμός περιλεμφικού συριγγίου ή οστικού ελλείμματος άνω ημικύκλιου σωλήνα κατά την εξώθηση). Το *ακουστικό νευρίνωμα* είναι σπάνιο κατά την κύηση και δε φαίνεται να επηρεάζεται από αυτή, η χειρουργική του εξαίρεση όμως πρέπει να γίνεται στο δεύτερο τρίμηνο ή μετά τη λοχεία. Η *πάρεση του προσωπικού νεύρου*, τέλος, εμφανίζεται κυρίως στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, αλλά και μετά τον τοκετό, και η εμφάνισή του σχετίζεται με την εμφάνιση προεκλαμψίας ή συνδρόμου HELLP.

Από τις παθήσεις της ρινός, η ρινίτιδα είναι πολύ συνηθισμένη με περίπου μία στις τρεις κυοφορούσες να την εκδηλώνουν. Ως *ρινίτιδα της κύησης* αποκαλείται η ρινική συμφόρηση που λαμβάνει χώρα τις τελευταίες έξι (τουλάχιστον) εβδομάδες της κύησης, χωρίς συνοδά σημεία λοίμωξης ή αλλεργίας, και η οποία θα υποχωρήσει πλήρως δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ο παθογενετικός μηχανισμός δεν έχει αποσαφηνισθεί πλήρως, φαίνεται όμως να παίζει κάποιο ρόλο λανθάνουσα αλλεργία, και σε αυτό οφείλεται πιθανά η πυροδότηση παροξυσμών άσθματος σε εγκύους με ρινίτιδα. Η θεραπεία είναι πολυδιάστατη, με αλλαγές στον τρόπο ζωής (αποφυγή αλλεργιογόνων, ήπια άσκηση, κατάκλιση με ανύψωση της κεφαλής κατά 30⁰) και φαρμακευτική θεραπεία, κυρίως ρινικά εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή. Σε περιπτώσεις *ρινοκολπίτιδας*, ρινικά στεροειδή και αντιβιοτικά (β- λακτάμες)

συνιστώνται. Στη *χρόνια ρινοκολπίτιδα*, τα μακροχρονίως χορηγούμενα εισπνεόμενα στεροειδή συμπληρώνονται από διαφορετικό σχήμα αντιβίωσης (κλινδαμυκίνη ή β-λακτάμη και μετρονιδαζόλη), επίσης μακροχρονίως χορηγούμενο. Επί παρουσίας ρινικού *πολύποδα*, τα κορτικοστεροειδή θα χορηγηθούν συστηματικά και η χειρουργική του εξαίρεση θα καθυστερήσει έως τη λοχεία. Η περίπτωση *μυκητιασικής ρινοκολπίτιδας* αποτελεί ένα θεραπευτικό πρόβλημα, με τη χορήγηση αμφοτερικίνης Β ή ιτρακοναζόλης, με μεγάλη προσοχή για τη μητέρα και το έμβρυο. Η εγκυμοσύνη επηρεάζει και τη λειτουργία της όσφρησης, με υποκειμενική *αύξηση της ευαισθησίας στις οσμές και υπεरोσμία* στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο. Οι *ρινορραγίες* εμφανίζονται αρκετά συχνά στις εγκύους, οφειλόμενες κυρίως σε δομικές μεταβολές του ρινικού βλεννογόνου από την κύηση ή στην παρουσία κάποιας αιματολογικής νόσου ή ακόμα και ρινικού *πυογόνου κοκκιώματος*. Η αντιμετώπιση της ρινορραγίας δεν διαφέρει από εκείνη στη μη έγκυο ασθενή, σημαντική όμως είναι η επακόλουθη προδιάθεση για αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Σε ότι αφορά στη στοματική κοιλότητα, η κύηση οδηγεί σε αλλαγές στα ούλα, με την *ουλίτιδα* να εμφανίζεται πολύ συχνά, καθώς επίσης η *τερηδόνα* και η *περιοδοντίτιδα*. Η τελευταία έχει σχετιστεί με παθολογικές καταστάσεις της κύησης, όπως προεκλαμψία, προωρότητα και μειωμένο βάρος γέννησης. Σε λοιμώξεις όπως η *φαρυγγίτιδα* και η *αμυγδαλίτιδα* η θεραπεία είναι εύκολη - για τη θεραπεία συνιστάται η συμπτωματική αντιμετώπιση και οι γαργαρισμοί με διαλύματα χαμομηλιού. Για τις βακτηριακές λοιμώξεις είναι απαραίτητη η αντιβίωση, όπως και η χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση των *αποστημάτων*, ακολουθούμενη απο αντιβίωση. Η πολύ σπάνια *Λουδοβίκειος κυνάγχη* αντιμετωπίζεται επιθετικά με γνώμονα την ασφάλεια της εγκύου. Το *πυογόνο κοκκίωμα* εντοπίζεται κυρίως στα ούλα και είναι ασυμπτωματικό - η βελτίωση της στοματικής υγιεινής και η παρακολούθηση είναι συνήθως αρκετά. *Διαταραχές της γεύσης και της όρεξης* εμφανίζονται συχνά σε εγκύους, ενώ αντίθετα είναι πολύ σπάνια η *σιελόρροια της κύησης*, μια κατάσταση βασανιστικής υπερπαραγωγής σιέλου. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εμφάνιση *ροχαλητού* και *υπνικής αναπνευστικής διαταραχής* κατά την κύηση. Το πρωτοεμφανιζόμενο κατά την κύηση ροχαλητό σχετίζεται με υπερτασικές διαταραχές και προεκλαμψία, ενώ το προυπάρχον με χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού, Στη σοβαρότερη μορφή, αυτή της υπνικής αναπνευστικής διαταραχής, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη κύησης και μεγάλου βάρους γέννησης νεογνού, όπως επίσης και για προεκλαμψία. Τα διαστήματα άπνοιας και υποξίας επηρεάζουν την οξυγόνωση του εμβρύου. Συνολικά, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για καισαρική τομή, προωρότητα και εισαγωγή του νεογνού σε μονάδα εντατικής νοσηείας νεογνών. Σημαντική είναι η επίδραση στη μητέρα της κακής ποιότητας του ύπνου, λόγω ροχαλητού και υπνικής άπνοιας, η οποία οδηγεί σε πτώση της ποιότητας ζωής και προδιαθέτει στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Η εγκυμοσύνη μεταβάλλει ακόμη και την *ποιότητα της φωνής*. Η μεταβολή αυτή σε κάποιες γυναίκες μπορεί να είναι πολύ σημαντική και να οφείλεται σε ιστολογικές αλλοιώσεις, που θα υφεθούν μετά το πέρας της κύησης -κατάσταση γνωστή ως

λαρυγγοπάθεια της κύησης. Στη διαφορική διάγνωση των μεταβολών της φωνής θα πρέπει να περιλαμβάνονται και οργανικά αίτια, *οξίδια, κύστεις, πολύποδες, καλοήθειες και κακοήθειες όγκοι*, ακόμα και *λαρυγγοοισοφαγική παλινδρόμηση*, και να ανευρίσκονται και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Οι *λοιμώξεις του λάρυγγα*, τέλος, είναι συχνές, σπάνια όμως είναι σοβαρής μορφής, οπότε χρειάζονται επιθετική αντιμετώπιση για την ασφάλεια της γυναίκας.

Στ. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η εργασία αυτή μελετά τα διάφορα συμπτώματα, σημεία και νόσους από το αυτί, τη μύτη, το λάρυγγα, το στόμα και το φάρυγγα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σκοπός - Υλικό και Μέθοδος

Σκοπός της εργασίας είναι να καλύψει το κενό της βιβλιογραφίας συγκεντρώνοντας όλη τη γνώση από επιμέρους μελέτες και άρθρα σε ένα ενιαίο κείμενο. Έγινε αναζήτηση στην έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, ανάλυση των αποτελεσμάτων και οργανωμένη σύνθεση - συγγραφή του παρόντος, ώστε να συμπεριληφθούν όλα τα συμπτώματα και σημεία και οι νόσοι που μελετά η Ωτορινολαρυγγολογία και που μπορεί να εμφανιστούν σε μια έγκυο.

Συμπερασμα

Κατά την κύηση ενδέχεται να εμφανιστούν φυσιολογικές μεταβολές στα όργανα των ώτων, της ρινός, του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα, οι οποίες επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργικότητα τους. Στις μεταβολές αυτές μπορούν να προστεθούν αρκετά συχνά και παθήσεις των οργάνων αυτών, επηρεάζοντας την υγεία και την ποιότητα ζωής της εγκύου ενώ σπάνια μπορεί να απειλήσουν την ίδια της τη ζωή. Κάποιες από αυτές έχουν συσχετιστεί με επιπλοκές της κύησης όπως η προεκλαμψία, η προωρότητα, η υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου ή η αιμορραγία. Είναι επομένως απαραίτητη για την ολοκληρωμένη φροντίδα της εγκύου η πρόωρη ανεύρεση των, η ενημέρωση της εγκύου, η ορθή διαχείριση αυτών των περιστατικών, η ασφαλής θεραπευτική αντιμετώπιση και η έγκαιρη συνεργασία με τον Ωτορινολαρυγγολόγο.

Λέξεις κλειδιά

Κύηση, ωτορινολαρυγγολογία, αυτί, μύτη, λάρυγγας, φάρυγγας, στόμα, προεκλαμψία, προωρότητα, υπολειπόμενη ανάπτυξη

Z. SUMMARY

Introduction

This study focuses on the signs, symptoms and diseases occurring from the ear, nose, larynx, pharynx and oral cavity during pregnancy.

Purpose - Materials and Method

Aknowledging the shortage of literature on the chapter of otorhinolaryngologic diseases during pregnancy, this study aims to fill this gap resuming all the knowledge on the field. The printed and online literature was reviewed, searching for manifestations from ear, nose, throat and oral cavity in pregnant women. The results were analysed, and based on them was this study composed.

Conclusions

Many normal changes can occur during pregnancy affecting the ears, nose and throat, changing their function. Besides, some diseases of these organs can complicate a pregnancy. This is usual and can lead to a deterioration of quality of life, or even threaten the pregnant woman's life. A few of these diseases can also provoke obstetrical complications, such as preeclampsia, in-utero growth restriction (IUGR) or severe haemorrhage. It is essential for the Obstetrician to early recognize these diseases, inform the pregnant woman and manage these cases, with close monitoring of the pregnancy and with either right and safe choice of medication or by offering an ENT specialist consultation.

Keywords

Pregnancy, Otorhinolaryngology, ear, nose, larynx, pharynx, preeclampsia, IUGR

H. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασιάδης - Σισμάνης Α. Ωτορινολαρυγγολογία Χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2011
2. Acs N, Bánhidly F, Puhó EH, Czeizel AE. A possible association between maternal otitis media and ear defect in their offspring. *Am J Otolaryngol*.32(3):203-9, 2011
3. Albrechtsen S, Julseth E, Olofsson J, Dalaker K. Outcome of pregnancy and childbirth during laryngectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 73(1): 83 - 84, Jan 1994
4. Ali RA, Egan LJ. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. *Best Pract Clin Res Gastroenterol*. 21(5): 793 - 806, 2007
5. Amsden GW. Erythromycin, clarithromycin, and azithromycin: are the differences real? *Clin Ther* 18(1): 56 – 72, 1996
6. Andonova I., Iliev V., Zivkovic N., Susic E., Bego I., Kotevska V. Can oral anaerobic bacteria cause adverse pregnancy outcomes? *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 36(1): 137 - 143, 2015
7. Andrews JC, Ator GA, Honrubia V. The exacerbation of symptoms in Meniere's disease during the premenstrual period. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 118(1): 74 - 78, 1992
8. Antulov R, Holjar Erlic I, Perkovic O, Miletic D, Antoncic I. Susac's syndrome during pregnancy - the first Croatian case. *J Neurol Sci*. 341(1-2): 162 - 164, Jun 2014
9. Aynaoglou G, Durdag GD, Ozmen B, Soylemez F. Successful treatment of hereditary Factor VII deficiency presented for the first time with epistaxis in pregnancy: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med* 23(9): 1053 – 1055, Sept 2010
10. Bakhshae M., Hassanzadeh M., Nourizadeh N., Karimi E., Moghiman T., Shakeri M. Hearing impairment in pregnancy toxemia. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 139(2): 298 - 300, 2008
11. Barter RH, Letterman GS, Schurter M. Haemangiomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 87: 625 – 635, 1983
12. Baylan MY, Kuyumcuoglu U, Kale A, Celik Y, Topcu I. Is preeclampsia a new risk factor for cochlear damage and hearing loss? *Otol Neurotol*. 31(8): 1180 - 1183, Oct 2010
13. Beaty C., Scheithauer B., Katzmann J., Roche P., Kjeldhal K., Ebersold M. Acoustic neuroma and pregnancy: a DNA flow cytometric, steroid hormone receptor and proliferation marker study. *Laryngoscope*. 105: 693 - 700, 1995
14. Beni – Adani L, Pomeranz S, Flores I, Shoshan Y, Ginosar Y, Ben – Shachar I. Huge acoustic neurinomas presenting in the late stage of pregnancy. Treatment options and review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 80(2): 179 – 184, Feb 2001
15. Berard A, Sheehy O, Kurzinger ML, Juhaeri J. Intranasal triamcinolone use during pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 138(1): 97 – 104, Jul 2016
16. Black FO. Maternal susceptibility to nausea and vomiting of pregnancy: is the vestibular system involved? *Am J Obstet Gynecol*. 86(Suppl 2):S204- 209, 2002

17. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. reduced nocturnal cardiac output associated with preeclampsia is minimized with the use of nocturnal nasal CPAP. *Sleep*. 27: 79 - 84, 2004
18. Boggess K, Edelstein B. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 10: 169 - 174, 2006
19. Brandwein MS, Abramson AL, Shikowitz MJ. Supraglottic hemangioma during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 69(3 Pt 2): 450 - 453, Mar 1987
20. Bukar M, Audu BM, Bako BG, Garandawa HI, Kagu MB. Idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy presenting with life – threatening epistaxis. *J Obstet Gynecol*. 29(5): 439 – 440, Jul 2009
21. Cai XH, Xie YP, Li XC, Qu WL, Li T, Wang XH, et al. The prevalence and associated risk factors of sleep disorder - related symptoms in pregnant women in China. *Sleep Breath*. 17: 951 - 956, 2013
22. Cassiraga VL, Castellano AV, Abasolo J, Abin EN, Izbizky GH. Pregnancy and voice: changes during the third trimester. *J Voice*. 26(5): 584 - 586, Sep 2012
23. Caparroz FA, Gregorio LL, Bongiovanni G, Izu SC, Kosugi EM. Rhinitis and pregnancy: literature review. *Braz J Otorhinolaryngol*. 82(1): 105 – 111, Jan – Feb 2016
24. Chen Y, Wen L, Hu P, Qiu J, Lu L, Qiao L. Endoscopic intratympanic methylprednisolone injection for treatment of refractory sudden sensorineural hearing loss and one case in pregnancy. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 39(6): 640 - 645, Dec 2010
25. Choi JS, Han JY, Kim MY, Velazquez – Armenta EY, Nava – Ocampo AA. Pregnancy outcomes in women using inhaled fluticasone during pregnancy: a case series. *Allergol Immunopathol (Madr)* 35(6): 239 – 242, Nov – Dec 2007
26. Chun JY, Han JY, Ahn HK, Choi JS, Koong MK, Nava-Ocampo AA, Koren G. Fetal outcome following roxithromycin exposure in early pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 19(3): 189 – 192, 2006
27. Cameron EL. Measures of human olfactory perception during pregnancy. *Chem Senses*. 32(8): 775 – 782, Oct 2007
28. Courtney MJ, Koleda CB, Titchener G. Aural Granuloma Gravidarum. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129(1):149 - 151
29. Cornthwaite K, Varadharajan K, Oyarzabal M, Watson H. Management of prolonged epistaxis in pregnancy: case report. *J Laryngol Otol*. 127(8): 811 – 813, Aug 2013
30. Cardoso JA, Spanenberg JS, Cherubini K, de Figueiredo MAZ, Salum FG. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. *J Appl Oral Sci*. 21(3): 215 – 218, 2013
31. Daley TD, Nartey NO, Wysocki GP. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 72: 196 - 199, 1991
32. Dean JL, Wolf JE, Ranzini AC, Laughlin MA. Use of amphotericin B during pregnancy: case report and review. *Clin Infect Dis* 18(3): 364 – 368, 1994

33. Deane KD, Tyler KN, Johnson DW, Tanabe JL, Oskarrson BE, Nitka EE, Brass E, Davies JK, Striebich CC. Susac syndrome and pregnancy: disease management. *J Clin Rheumatol*. 17(2):83 - 88, Mar 2011
34. Demoly P, Piette V, Daures JP. Treatment of allergic rhinitis during pregnancy. *Drugs* 63(17): 1813 – 1820, 2003
35. Derkay CS. Eustachian tube and nasal function during pregnancy: a prospective study. *OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*. 99: 558-566, 1988
36. Des Raj Bhagat, Aniece Chowdhary, Sanjeev Verma, Jyotsana. Physiological changes in ENT during pregnancy. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 58(3): 268-270, 2006
37. Deuster C. [Irreversible vocal changes in pregnancy]. *HNO*, 25(12): 430 - 432, Dec 1977
38. Dhilon R.S., East A.C. Ωτορινολαρυγγολογία και χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Εικονογραφημένο έγχρωμο εγχειρίδιο. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2003
39. Dick DC, Elliott K, Napier , Aidar R. Pregnancy tumour of the external auditory canal: treatment in clinic. *BMJ Case Rep*. 2016 Feb 16; 2016
40. Doyle KJ, Luxford WM. Acoustic neuroma in pregnancy. *Am J Otol*. 15(1): 111 – 113, Jan 1994
41. Driul L, Cacciaguerra G, Citossi A, Martina MD, Peressini L, Marchesoni D. Pre-pregnancy body mass index and adverse pregnancy outcomes. *Arch Gynecol Obstetr*. 278: 23 - 26, 2008
42. Dugan – Kim M, Conell S, Stika C, Wong CA, Gossett DR. Epistaxis of pregnancy and association with postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 114(6): 1322 – 1325, 2009
43. Dzieciolowska – Baran E, Teul – Swiniarska I, Gawlikowska – Sroka A, Poziomkowska – Gesicka I, Zietec Z. rhinitis as a cause of respiratory disorders during pregnancy. *Adv Exp Med Biol*. 755: 213 – 220, 2013
44. Edwards N, Sullivan CE. Sleep disorder breathing in pregnancy. *Sleep Med Clin*. 3: 81 - 95, 2008
45. El Goulli M, Chelli M. Severe epistaxis during pregnancy. A case history. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 8(5): 437 – 439, Jul – Aug 1979
46. Ellegard EK. Clinical and pathogenetic characteristics of pregnancy rhinitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 26(3): 149 - 159, 2004
47. Ellegard EK. The etiology and management of pregnancy rhinitis. *Am J Respir Med*. 2(6): 469 - 474, 2003
48. Ellegard EK, Hellgren M, Karlsson NG. Fluticasone propionate aqueous nasal spray in pregnancy rhinitis. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 26(5): 394 – 400, 2001
49. Ellegard E, Hellgren M, Toren K, Karlsson G. The incidence of pregnancy rhinitis. *Gynecol Obstet Invest* 49(2): 98 - 101, 2000
50. Ellegard, E, Karlsson G. IgE-mediated reactions and hyperreactivity in pregnancy rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 125(10): 1121 - 1125, 1999
51. Erick M. Ptyalism Gravidarum: an unpleasant reality. *J Am Diet Assoc*. 98: 129, 1998

52. Facco F. Sleep- disordered breathing in pregnancy: a brief summary of current knowledge. *BJOG*. 121(13): 1694, Dec 2014
53. Ferlito A, Nikolai P. Laryngeal Cancer in Pregnancy. *Acta Otorhinolaryngol Belg*. 34(6): 706 - 709, 1980
54. Ferreira MA, Lavori M, de Carvalho GM, Guimaraes AC, Silva VG, Paschoal JR. Facial palsy in pregnancy: managemen and treatment. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 35(8): 368 – 372, Aug 2013
55. Ferrero S, Ragni N (2004) Inflammatory bowel disease: management issues during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 270(2): 79 – 85. Epub 30 April 2003
56. Findekle S [granuloma gravidarum in a 37 year old 1st gravida 1st para - a case report]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 219(5): 235 - 237, Oct 2015
57. Freeman JJ, Altieri RH, Baptiste HJ, Kao T, Crittenden S, Fogarty K, Moultrie M, Coney E, Kangis K. Evaluation and management of sialorrhea of pregnancy with concomitant hyperemesis. *J Natl Med Assoc*. 86: 704 - 708, 1994
58. Funk Etai, Gelbard Alexander. ENT complaints in pregnancy.Part 2: the ear and the throat. *OBG Management*, 22(9), 28 - 40, Sept 2010
59. Gani F, Braida A, Lombardi C, Del Giudice A, Senna GE, Passalacqua G. Rhinitis in pregnancy. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 35(8): 306 - 313, 2003
60. Garavello W, Somigliana E, Acaia B, Gaini L, Pignataro I, Gaini RM. Nasal lavage in pregnant women with seasonal allergic rhinitis: a randomized study. *Int Arch Allergy Immunol*. 151(2): 137 – 141, 2010.
61. Gherman RB, Bowen E, Eggleston MK, Karakla D. Desmoid tumor of the larynx complicating pregnancy: a case report. *Am J Obste Gynecol*. 180(4): 1036 - 1037, Apr 1999
62. Gilbert AN, Wysocki CJ. Quantitative assessment of olfactory experience during pregnancy. *Psychosom Med*. 53: 693 – 700, 1991
63. Gilbert-Barness E, Drut RM. Association of sympathomimetic drugs with malformations. *Vet Hum Toxicol* 42(3): 168 – 171, 2003
64. Gilbert C, Mazzotta P, Loebstein R, Koren G. Fetal safety of drugs used in the treatment of allergic rhinitis: a critical review. *Drug Saf*. 28(8): 707 – 719, 2005
65. Gillman GS, Schaitkin BM, May M, Klein SR. Bell's palsy in pregnancy: a study of recovery outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 126(1): 26 – 30, 2002
66. Gleeson SE, Williams DM. Perilymph fistula: rare but real. *Can Fam Physician*. 35: 803-805, 1989.
67. Goodwin TM. Nausea and vomiting of pregnancy: an obstetric syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl):S184– S189, 2002
68. Gristwood RE, Venables WN. Pregnancy and otosclerosis. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 8(3): 212 - 214, 1983
69. Guilleminault C, Palombini L, Poyares D, Takaoka S, Huynh NT, El-Sayed Y. Pre-eclampsia and nasal CPAP: part1. Early intervention with nasal CPAP in pregnant women with risk factors for pre-eclampsia: preliminary findings. *Sleep Med*. 9(1): 9 - 14, Dec 2007

70. Gul A, Yilmaz B, Karababa S, Tuna SF, Ozkurt FE, Yaman Yoruk N, Topcu I. Evaluation of smell function changes in pregnancy. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 25(2): 92 – 96, 2015
71. Guo P, Li J, Zhang H. Three cases of benign positional paroxysmal vertigo in pregnant women. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 29(22): 2012 – 2013, Nov 2015
72. Gurr P, Owen G, Reid A, Canter R. Tinnitus in pregnancy. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 18(4): 294 - 297, Aug 1993
73. Haddad J, Messer J, Willard D, Ritter J. Acyclovir and pregnancy: current aspects. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 18(5): 679 - 683, 1989
74. Hansen L, Sobol SM, Abeison TI. Otolaryngologic manifestations of pregnancy. *J Fam Pract.* 23: 151 - 155, 1986
75. Hasegawa H, Sanefuji Y, Kanda T, Kasai H. A case of post-spinal tinnitus which improved after undergoing epidural anesthesia. *Masui.* 59(10): 1254 – 1256, Oct 2010
76. Heikkila A, Erkkola R. Review of beta - lactam antibiotics in pregnancy. The need for adjustment of dosage schedules. *Clin Pharmacokinet* 27(1): 49 – 62, 1994
77. Helmrich G, Stubbs TM, Stoerker J. Fatal maternal laryngeal papillomatosis in pregnancy: a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 166(2): 524 - 525, Feb 1992
78. Hoeng R, Seitzer D. [Clinical aspects in laryngopathia gravidarum] *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg).* 67(11): 564 - 566, Nov 1988
79. Hou ZQ, Wang QJ. A new disease: pregnancy-induced sudden sensorineural hearing loss? *Acta Otolaryngol.* 131(7): 779 - 786, Jul 2011
80. Inocencio G, Braga A, Lima T, Buchner G. Osler – weber – Rendu syndrome during pregnancy. *BMJ Case Rep,* 2013
81. Izei Balserak B, Jackson N, Ratcliffe S, Pack A, Pien G. Sleep - disordered breathing and daytime napping are associated with maternal hyperglycaemia. *Sleep Breath.* 17(3): 1093 - 1102, Sept 2013
82. Källén BA, Otterblad Olausson P, Danielsson BR. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? *Reprod Toxicol.* 20(2): 209 – 214, 2005
83. Kamath AT, Bhagania MK, Balakrishna R, Sevagur GK, Amar R. Ludwig's Angina in pregnancy necessitating premature delivery. *J Maxillofac Oral Surg.* 14(Suppl 1): S186 - S189, 2015
84. Kannadys WM, Oleszezuk J. Sudden sensorineural hearing loss during pregnancy. *Ginekol Pol.* 76 (3): 225 - 227, 2005
85. Kiliçkan L, Gürkan Y, Ozkarakas H. Permanent sensorineural hearing loss following spinal anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand.* 46(9): 1155 – 1157, Oct 2002
86. Kelles N. Treatment of allergic rhinitis during pregnancy. *Am J Rhinol.* 18(1): 23 - 28, Jan – Feb 2004
87. Koelble N., Humml T., von Mering R., Huch A., Huch R. Gustatory and olfactory function in the first trimester of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 99: 179 - 183, 2001

88. Kumar A., Basra M., Begum N., Rani V., Prasad S., Lamba AK., Verma M., Agarwal S., Sharma S. Association of maternal periodontal health with adverse pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol Res.*39(1): 40 - 45, 2013
89. Kumar R., Hayhurst K.L., Robson A.K.. Ear, Nose, and Throat Manifestations during Pregnancy. . 145(2): 188 - 198, 2011
90. Kunze M, Arndt S, Zimmer A, Foldi M, Hanjalic – Beck A, Echternach M, Birkenhaeager R, Aschendorff A. Idiopathic facial palsy during pregnancy. *HNO.* 60(2): 98 – 101, Feb 2012
91. Kurdoglu Z, Kurdoglu M, Cankaya H. An unusual cause of dyspnea in a pregnant woman: supraglottic hemangioma. *Ear Nose Throat J.* 93(8): E11- E13, Aug 2014
92. Kurowska – Mroczek E, Zabek M, Osuch B, Stelmachow J. Therapeutic management of acoustic neurinoma during twin pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 54(6): 393 – 396, Jun 2009
93. Lassila K, Jernman R, Uotila J, Maenpaa J, Polo O. [Sleep - related breathing disorders in pregnancy-- a predictor of pre-eclampsia?] *Duodecim*130(22 - 23): 2290 - 2294, 2014
94. Lei H, Wang W, Huang G. Acupuncture benefits a pregnant patient who has Bell's palsy: a case study. *J Altern Complement Med.* 16(9): 1011 – 1014, Sept 2010
95. Lippy WH, Berenholz LP, Schuring AG, Burkey JM. Does pregnancy affect otosclerosis? *Laryngoscope.* 115(10): 1833 - 1836, 2005
96. Louis JM, Auckley D, Sokol RJ, et al. Maternal and neonatal morbidities associated with obstructive sleep apnea complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 202:261.e1 - 261.e5, 2010
97. Μαρουδιάς Ν., Ξενέλης Ι., Καστελλής Γ. Ερωτήσεις Απαντήσεις Ωτολογίας - Ακοοογίας - Νευρωτολογίας. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2013
98. Markou k., Goudakos J. An overview of the etiology of otosclerosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 266:25 - 35, 2009
99. Mathieu N, Ledigabel JF. Preeclampsia and facial paralysis. *Gynecol Obstet Fertil.* 39(2): e31 – e33, Feb 2012
100. Matschke RG, Graeber T, Panagiotopoulos A. [A laryngeal cancer in pregnancy]. *HNO.*42(8): 505 - 508, Aug 1994
101. McCarty PL. Disorders of the oral cavity. In: Moschella SL, Pillsbury DM, Hurley HO, eds. *Dermatology.* Philadelphia. WB Saunders, 1975
102. Meehan T, Nogueira C, Rajenderkumar D, Shah J, Stephens D, Dyer K. Dehiscence of the posterior and superior semicircular canal presenting in pregnancy. *B-ENT.* 9(2): 165 – 168, 2013
103. Mukhopadhyay S(1), Biswas S, Vindla S. Severe tinnitus in pregnancy, necessitating caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol.*27(1): 81 – 82, Jan 2007
104. Netter. Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών - Ανατομία του ανθρώπου. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2003
105. No authors listed (2000) The use of newer asthma and allergy medications during pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

- and The American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI). *Ann Allergy Asthma Immunol* 84(5): 475 – 480, 2000
106. Noorizan Y, Salina H. Nasal septal haemangioma in pregnancy. *Med J Malaysia* 65(1): 70 – 71, Mar 2010
 107. Nordin S, Broman DA, Bringlov E, Wull M. Intolerance to ambient odors at an early stage of pregnancy. *Scand J Psychol.* 48(4): 339 – 343, Aug 2007
 108. Novacs Junior M, Biancalama MM, Garcia SA, Rassi I, Romaldini JH. Elevation of cord blood TSH concentration in newborn infants of mothers exposed to acute povidone iodine during delivery. *J Endocrinol Invest.* 17(10): 805 - 808, 1994
 109. O'Brien LM, Bullough AS, Chames MC, Shelgikar A, Armitage R, Guillemineault C, Sullivan C, Johnson T, Chervin RD. Hypertension, snoring, and Obstructive Sleep Apnea during Pregnancy: a cohort study. *BJOG* 121(13): 1685 - 1693, 2014
 110. O'Brien LM, Bullough AS, Owusu JT, Tremblay KA, Brincat CA, Chames MC, Kalbfleish JD, Chervin RD. Pregnancy - Onset Habitual Snoring, Gestational Hypertension, and Pre-eclampsia: Prospective Cohort Study. *Am J Obstet Gynecol.* 207(6): 487.e 1- 487.e 9.Dec 2012
 111. O'Brien LM, Bullough AS, Owusu JT, Tremblay KA, Brincat CA, Chames MC, Kalbfleish JD, Chervin RD. Snoring during pregnancy and delivery outcomes:a cohort study. *SLEEP* 36(11): 1625 - 1632, 2013
 112. O'Brien LM, Owusu JT, Swanson LM. Habitual snoring and depressive symptoms during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth.*13: 113, 2013
 113. Offenbacher S., Lieff S., Boggess KA, Murtha AP., Madianos PN., Champagne CM., McKaig RG., Jared HL., Mauriello SM., Auten RL Jr., Herbert WN., Beck JD. Maternal periodontitis and prematurity. Part 1: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol.* 6(1): 164 - 174, 2001
 114. Ohida T, Kaneita Y, Osaki Y, Harano S, Tanihata T, Takemura S, Wada K, Kanda H, Hayashi K, Uchiyama M. Is passive smoking associated with sleep disturbance among pregnant women? *SLEEP.* 30(9): 1155 - 1161, 2007
 115. Olivarez SA, Maheshwari B, McCarthy M, Zacharias N, van den Veyver I, Casturi L, Sangi - Haghepykar H, Aagaard - Tillery K. Prospective trial on obstructive sleep apnea in pregnancy and fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 202(6): 552e1 - 552e7, 2010
 116. Okun ML, Roberts JM, Marsland Al, Hall M. How disturbed sleep ,ay be a risk factor for adverse pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol Surv.* 64: 273 - 280, 2009
 117. Παπακώστας Κ.: Ωτολογικά προβλήματα στην εγκυμοσύνη. *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας*, K(2): 25-28, 2006
 118. Πετμεζάκης Ι, Μαγκλάρας Η, Γεωργόπουλος Γ. Αποτελεσματικότης και ασφάλεια των ενδορρινικά χορηγούμενων κορτικοειδών σε εγκύους. *Θέματα Μαιευτικής Γυναικολογίας.* 13(1) : 41 - 42, 2003
 119. Πινιάρα Α, Σκαλίδη Ν, Κοτζαμπασάκης Δ, Κοκολοδημητράκη Χρ, Παπαμαργαρίτης Ε, Μαρουδιάς Ν. Η ρινοπάθεια της κύησης – μια ιδιάζουσα κλινική οντότητα. *Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία*, 36(1): 34 – 37, 2015

120. Panagiotopoulos A, Matschke R, Faber P. [Pregnancy and laryngeal cancer]. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 53(1): 64 - 65, Jan 1993
121. Pearson E. The effect of pregnancy on otosclerosis. *Ann West Med Surg.* 5(5): 477 - 482, 1951
122. Perlow JH, Kirz DS. Severe preeclampsia presenting as dysphonia secondary to uvular edema. A case report. *J Reprod Med.* 35(11): 1059 - 1062, Nov 1990
123. Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson L, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 96(2): 198 - 206, Feb 2017
124. Powell H, Murphy VE, Hensley MJ, Giles W, Clifton VL, Gibson PG. Rhinitis in pregnant women with asthma is associated with poorer asthma control and quality of life. *J Asthma.* 52(10): 1023 – 1030, 2015
125. Poyares D, Guilleminault C, Hachul H, Fujita L, Takaoka S, Tufik S, Sass N. Pre-eclampsia and nasal CPAP: part2. Hypertension during pregnancy, chronic snoring, and early nasal CPAP intervention. *Sleep Med* 9(1): 15 - 21, Dec 2007
126. Pradat P, Robert-Gnansia E, Di Tanna GL, Rosano A, Lisi A, Mastroiacovo P. First trimester exposure to corticosteroids and oral clefts. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 67(12):968-970, 2003
127. Pralhad S., Thomas B., Kushtagi P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. *J Periodontol* 84(8): 1118 - 1125, 2013
128. Preece PE, Ritchards AR, Owen GM, Hughes LE. Mastalgia and total body water. *Br Med J.* 4(5995): 498 – 500, 1975
129. Pullen FW 2nd. Perilymphatic fistula induced by barotrauma. *Am J Otol.* 13(3): 270-272, 1992
130. Purwar P, Dixit J, Sheel V, Goel M. Granuloma gravidarum persistence in puerperal period an unusual presentation. *BMJ Case Rep*, doi:10.1136/bcr- 2014-206878, 2015
131. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burgess LP. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: a meta-analysis. *Laryngoscope.* 110(3 Pt 1): 335 – 341, 2000
132. Ramu B, Mohan P, Rajasekaran MS, Jayanthi V. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux in pregnancy. *Indian J Gastroenterol.* 30(3): 144 - 147, 2011
133. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 32(1): 235 - 261, 2003
134. Rihani FB, Ersheidat AA, Alunadi HF, Al Nahar LA. Multiple long- standing massive oral mandibular granuloma gravidarum (pregnancy tumour). *BMJ Case Rep*, doi:10.1136/bcr - 2013 - 010182, 2013
135. Roush SF, Bell L. Obstructive sleep apnea in pregnancy. *J Am Board Fam Pract.* 17: 292 - 294, 2004
136. Sacco G., Carmagnola D., Abati S., Luglio PF., Ottolenghi L., Villa A., Maida C., Campus G. Periodontal disease and preterm birth relationship: a review of the literature. *Minerva Stomatol.* 57(5): 246 - 250, 2008

137. Sahin FK, Koken G, Cosar E, et al. Obstructive sleep apnea in pregnancy and fetal outcome. *Int J Gynaecol Obstet.* 100: 141 - 146, 2008
138. Sarberg M, Svanborg E, Wirehn AB, Josefsson A. Snoring during pregnancy and its relation to sleepiness and pregnancy outcome - prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 14:15, 2014
139. Salturk Z, Kumral TL, Bekiten G, Atar Y, Atac E, Aydoglu I, Yildirim G, Kilic A, Uyar Y. Objective and Subjective aspects of voice in pregnancy. *J Voice.* 30(1): 70 - 73, Jan 2016
140. Schmidt PM, Flores Fda T, Rossi AG, Silveira AF. Hearing and vestibular complaints during pregnancy. *Braz J Otorhinolaryngol.* 76(1): 29 - 33, Jan - Feb 2010
141. Scurry WC Jr, McGinn JD. Recurrent respiratory papillomatosis in pregnancy: a case of emergent airway management. *Ear Nose Throat J.* 87(6): E8 - E11, Jun 2008
142. Shapiro JL, Yudin MH, Ray JG. Bell's palsy and tinnitus during pregnancy: predictors of pre-eclampsia? Three cases and a detailed review of the literature, *Acta Otolaryngol.* 119(6): 647 - 651, 1999
143. Sharma SK, Nehra A, Sinha S, Soneja M, Sunesh K, Sreenivas V, Vedita D. Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: a prospective observational study. *Sleep Breath.* 20(1): 87 - 93, Mar 2016
144. Sherlie Sh, Varghese Ash. ENT changes of pregnancy and its management. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 66(Suppl 1): S6 - S9, Jan 2014
145. Shinohara M, Wakiguchi H, Saito H, Matsumoto K. Symptoms of allergic rhinitis in women during early pregnancy are associated with higher prevalence of allergic rhinitis in their offsprings. *Allergol Int.* 56(4): 411 - 417, Dec 2007
146. Singla P., Gupta M., Singh Matreja P., Gill R. Otorhinolaryngological complaints in pregnancy: a prospective study in a tertiary care centre. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 1(2): 75 - 80, Oct 2015
147. Sobotta J. *Ατλας Ανατομικής του Ανθρώπου.* Εκδόσεις Μ.Γ. Παρισιάνου, 1998
148. Soltero R, Mercedo - Alvarado J. Successful conservative management of Ludwig's angina in advanced pregnancy. *Bol Asoc Med P R.* 101(3): 42 - 43, 2009
149. Stevens MN., Hullar TE. Improvement in sensorineural hearing loss during pregnancy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 123(9): 614 - 618, Sept 2014
150. Tauman R, Sivan Y, Katsav S, Greenfeld M, Many A. Maternal snoring during pregnancy is not associated with fetal growth restriction. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 25(8): 1283 - 1286, Aug 2012
151. Torsiglieri AJ Jr, Tom LW, Keane WM, Atkins JP Jr. Otolaryngologic manifestations of pregnancy. *Otolaryngology Head and Neck Surgery.* 102: 293 - 297, 1990
152. Tsunoda K, Takahash S., Takanosawa M., Shimoji Y.. The influence of pregnancy on sensation of ear problems - ear problems associated with healthy pregnancy. *J Laryngol Otol.* 113: 318 - 320, 1999
153. Toppozada H, Michaels L, Toppozada M, El-Ghazzawi I, Talaat M, Elwany S. The human respiratory mucosa in pregnancy. *J Laryngol Otol* 96: 613 - 626, 1982

154. Uchide K, Suzuki N., Takiguchi T., Terada S., Inoue M. The possible effect of pregnancy on Meniere's disease. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 59(5): 292 -295, 1997
155. Ugen KE, Scott WJ Jr. Reduction of uterine blood flow by phenylephrine, an alpha-adrenergic agonist, in the day 11 pregnant rat: relationship to potentiation of acetazolamide teratogenesis. *Teratology* 36(1): 133 – 141, 1987
156. Vergnes JN., Kaminski M., Lelong N., Musset AM., Sixou M., Nabet C; EPIPAP Group. Maternal dental carries and preterm birth: results from the EPIPAP study. *Acta Odontol Scand.* 69(4): 248 - 256, 2011
157. Vlastarakos P, Manolopoulos L, Ferekidis E, Antsaklis A, Nikolopoulos T. Treating common problems of the nose and throat in pregnancy: what is safe? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 265: 499 - 508, 2008
158. Vogell , Boelig RC, Skora J, Baxter JK. Billateral Bell palsy as a presenting sign of preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 124(2 Pt2 Suppl 1): 459 – 461, Aug 2014
159. Vrabek JT, Isaacson B, Van Hook JW. Bell's palsy and pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 137(6): 858 – 861, 2007
160. Wain K, Swanson K, Watson W, Jeavons E, Weaver A, Lindor N. Hereditary hemorrhagic telangiectasia and risks for adverse pregnancy outcomes. *Am J Med Genet A.* 158(8): 2009 – 2014, Aug 2012
161. Walling AD. Bell's palsy in pregnancy and the puerperium. *JFam Pract.*36(5):559-563, 1993
162. Walsh TE. The effect of pregnancy on the deafness of otosclerosis. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 58: 420- 426, 1954
163. Wang PH, Chao HT, Lee WL, et al. Severe bleeding from a pregnancy tumour. A case report. *J. Reprod Med.* 42: 359- 362, 1997
164. Watters KF, Rosowski JJ, Sauter T, Lee DJ. Superior semicircular canal dehiscence presenting as postpartum vertigo. *Otol Neurotol.*27(6):756-768, 2006
165. Weissman A, Nir D, Shenhav R, Zimmer EZ, Joachims ZH, Danino J. Eustachian tube function during pregnancy, *Clin Otolaryngol Allied Sci* 18(3): 212 - 214, 1993
166. Werler MM. Teratogen update: pseudoephedrine. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 76(6): 445 – 452, 2006
167. Werner JA, Hansmann ML, Lippert BM, Rudert H. Laryngeal paraganglioma and pregnancy. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 54(3): 163 - 167, 1992
168. Whitehead E. Sudden sensorineural hearing loss with fracture of the stapes footplate following sneezing and parturition. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 24(5): 462 - 464, 1999
169. Wong A, Irvin M. postdural puncture tinnitus. *British Journal of Anaesthesia,* 91(5): 762 - 763, 2003
170. Xing Ge, Fangbiao T, Kun H, Leijing M, Sanhuan H, Ying N, Jiahu H, Yanli S, Erigene R. Maternal snoring may predict adverse pregnancy outcomes: a cohort study in China. *PLoS ONE* 11(2): e0148732., 2016
171. Yasar M, Sagit M, Uludag ZS, Ozcan I. Does odor and taste identification change during hyperemesis gravidarum? *Medicinski Glasnik.* 13(1): 50 – 55, 2016

172. Yawn B, Knudtson M. Treating asthma and comorbid allergic rhinitis in pregnancy. J Am Board Fam Med.20: 289 – 298, 2007
173. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep disordered breathing among middle - aged adults. N Engl J Med. 328: 1230 - 1235, 1993
174. Ζιάβρα Ν., Σκεύας Α. Ωτορινολαρυγγολογία. Στοιχεία ανατομίας, φυσιολογίας και παθολογίας. University Studio Press, 2009
175. Zhang D, Gao H, Chen R. Giant nasal septalhaemangioma in pregnancy: one case report. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 29(9): 851 – 852, May 2015