Κοντοθανάση Γεωργία, Ιατρός, ΩΡΛ, Αναπληρώτρια Διευθύντρια ΩΡΛ Κλινικής, Γεν. Κρατικού Νοσο

Η οξεία ιογενής λοίμωξης του ανωτέρου αναπνευστικού και η φλεγμονή, που τη συνοδεύει προκαλεί την απόφραξη των στομίων των πόρων αποχέτευσης των παραρρίνιων κόλπων.Το κοινό κρυολόγημα οφείλεται συνήθως σε ρινοιό, που διεγείρει την έντονη συσσώρευση πολυμορφοπυρήνων και έκκριση IL8. Τα ένζυμα και οι ελεύθερες ρίζες που απελευθερώνονται από αυτά τα πολυμορφοπύρηνα εξηγούν τη δημιουργία της φλεγμονής του βλεννογόνου της μύτης[1].

Το οίδημα του βλεννογόνου προκαλεί απόφραξη του στομίου των κόλπων ή ενός εκ των παραρρίνιων κόλπων με επακόλουθο την ανάπτυξη οξείας βακτηριδιακής ρινοκολπίτιδας. Η συνηθέστερη αιτία οξείας βακτηριδιακής ρινοκολπίτιδας είναι η καθ' υποτροπήν ιογενής λοίμωξη των ανωτέρων αεροφόρων οδών. Περίπου το 0,5 % των ιογενών λοιμώξεων του ανωτέρου αναπνευστικού έχουν ως επιπλοκή τη βακτηριδιακή ρινοκολπίτιδα.

Η οξεία ρινοκολπίτιδα θεωρείται ως επιπλοκή του κοινού κρυολογήματος. Σήμερα είναι γνωστό ότι στους περισσότερους ασθενείς με κρυολόγημα έχουν προσβληθεί και οι παραρρίνιες κοιλότητες[2]. Η ρινοκολπίτιδα στα παιδιά συνήθως είναι ιογενούς αιτιολογίας. Μετά την κλινική εξέταση και σύμφωνα με την πορεία της νόσου, καθορίζονται δύο κλινικές καταστάσεις: Η υποξεία και η επίμονη ή οξεία και σοβαρή ρινοκολπίτιδα. Εξαιτίας της ανάπτυξης των παραρρινίων κοιλοτήτων, η εντόπιση της ρινοκολπίτιδας ποικίλει , ανάλογα με την ηλικία. Η ηθμοειδίτιδα έρχεται πρώτη στη σειρά εντοπισμού της νόσου στα μικρά παιδιά[3].

Σε μια έρευνα του Gwaltney και των συνεργατών του (1994), που έγινε σε ενηλίκους, που έπασχαν από κρυολόγημα επί 48-96 ώρες, χωρίς ενεργή αλλεργική ρινίτιδα ή καθ' υποτροπήν ή χρονία παραρινοκολπίτιδα ή ρινικούς πολύποδες, έγιναν αξονικές τομογραφίες του σπλαγχνικού κρανίου. Από τους ασθενείς αυτούς το 87% είχε ανωμαλίες του ενός ή αμφοτέρων των παραρρινίων κοιλοτήτων, το 77% είχε αποφραγμένη της ηθμοειδή χώνη (infuntibulum ethmoidale). Το 65% είχε ανωμαλίες στα ηθμοειδή . Το 39% είχε ανωμαλίες στο σφηνοειδή κόλπο και το 32% είχε ανωμαλίες στους μετωπιαίους κόλπους [2].

Οι ανωμαλίες των αξονικών τομογραφιών περιελάμβαναν κατακράτηση παχυρρεύστων εκκρίσεων, οι οποίες ήταν αυτοπεριοριζόμενες και υποχώρησαν, χωρίς να χορηγηθούν αντιβιοτικά ή κάποια άλλη συμπτωματική αγωγή. Παρά τούτο, σ' ένα μικρό ποσοστό ασθενών με κοινό κρυολόγημα, μπόρεσαν να παγιδευτούν μέσα στις παραρρίνιες κοιλότητες τους βακτηρίδια, προκαλώντας οξεία βακτηριδιακή παραρρινοκολπίτιδα.

Ο Newman και οι συνεργάτες του(1994), χρησιμοποιώντας τις αξονικές τομογραφίες επέδειξαν ότι ακόμη και στην χρονία ρινοκολπίτιδα ο αιτιολογικός ή ο παθοφυσιολογικός ρόλος της αλλεργίας και του άσθματος είναι μεν σημαντικός για την εγκατάστασή της, αλλά μόνο σε μια υποομάδα ασθενών με εκτεταμένη νόσο[4].

Σ' αυτή τη μελέτη μόνο στο 39% των πασχόντων βρέθηκε εκτεταμένη νόσος Σ’αυτούς τους ασθενείς παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση της ρινοκολπίτιδας με το άσθμα και τα αλλεργικά ευρήματα τους. Ενώ η κλινική εμπειρία υποστηρίζει την άποψη ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ρινοκολπίτιδας και του άσθματος, εν' τούτοις δεν είναι ξεκαθαρισμένο ότι οι αλλεργικοί ασθενείς έχουν σοβαρότερη ή πιο εκτεταμένη ρινοκολπίτιδα από τους μη αλλεργικούς.

Από τη μελέτη ακτινογραφιών του σπλαγχνικού κρανίου βρέθηκε ότι τα αλλεργικά άτομα έχουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να έχουν ανώμαλα ακτινογραφικά ευρήματα στις παραρρίνιες κοιλότητες σε σύγκριση με τα μη αλλεργικά άτομα, που οδηγούν στη διάγνωση της ρινοκολπίτιδας. Οι ίδιοι ασθενείς μπορεί να έχουν ανώμαλα ακτινογραφικά ευρήματα και όχι ενδοσκοπικά, σε σύγκριση με μη αλλεργικούς ασθενείς. Αυτά τυα ευρήματα θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε συσχέτιση μεταξύ της αλλεργικής ρινίτιδας και της ρινοκολπίτιδας που γίνεται με μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών.

Όπως προαναφέρθηκε η απόφραξη των στομίων αποχέτευσης των παραρρινίων κοιλοτήτων συμβάλει στην έναρξη της οξείας παραρρινοκολπίτιδας. Οι παραρρίνιες κοιλότητες μπορεί να συμπεριλαμβάνονται στη λοίμωξη. Η οξεία ιογενής παραρρινοκολπίτιδα ξεκινάει την απόφραξη του στομίου αποχέτευσης του πάσχοντος κόλπου, η οποία δίδει έναρξη της οξείας βακτηριδιακής παραρρινοκολπίτιδας. Εδώ δημιουργείται το ερώτημα: Πώς εμφανίζονται τα βακτηρίδια μέσα στις παραρρίνιες κοιλότητες;

Ως γνωστόν μια υγιής παραρρίνια κοιλότητα, όπως και η κοιλότητα του μέσου ωτός και οι πνεύμονες, κανονικά είναι στείρα μικροβίων.

Υποστηρίζουν μερικοί ότι υπάρχουν αναερόβιοι μικροοργανισμοί στις παραρρίνιες κοιλότητες. Όμως πιστεύουν άλλοι, ότι τούτο οφείλεται στη μετάγγιση των μικροβίων από τη μύτη προς τους κόλπους, κατά την ενδοσκοπική συλλογή εκκριμάτων από τους κόλπους.

Πιθανόν η βακτηριδιακή εισβολή στους κόλπους πραγματοποιείται, αφού αρχίσει ο πολλαπλασιασμός τους στη μύτη. Στη συνέχεια τα βακτηρίδια εισέρχονται στους κόλπους, αφού έχει παραβλαφτεί η κινητικότητα των κροσσών του βλεννογόνου και το στόμιο των κόλπων δεν έχει αποφραχτεί πλήρως από το οίδημα του βλεννογόνου. Πιστεύεται όμως ότι και για τη μέση ωτίτιδα, δηλαδή η δημιουργία κλειστού χώρου με αρνητική βαρομετρική πίεση οδηγεί στη συσσώρευση υγρού και στη συνέχεια την εισβολή βακτηριδίων.

Βιβλιογραφία1. Stoll D. Inflammatory acute rhinosinusitis. Presse Med. 2001 Dec 22-29;30(39-40 Pt 2):33-40.2.Gwaltney J.M., J.R, Phillips C.D., Miller R.P., Riker D.K. Computed tomographic study of the common cold. N. Engl. J. Med. 1994, 330 : 25-30.

3. François M, Mariani-Kurkdjian P, Dupont E, Bingen E. Acute ethmoiditis in children, a series of 125 cases. Arch Pediatr. 2006 Jan;13(1):6-10. Epub 2005 Nov 3.

4. Newman L.J., Platts-Mills TAE, Phillips C.D. Harens K.C., Gross C.W. Chronic sinusitis : Relationship of computed tomographic findings to allergy, asthma and eosinophilia JAMA 1994 : 271:363-367.

5. Kirtsreesakul V, Ruttanaphol S. The relationship between allergy and rhinosinusitis. Rhinolog y.2008 Sep;46(3):204-8.