

ΓΙΑΤΡΕΥΩ

ΠΟΛΕΜΗΣΤΕ ΤΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ

Με σωστή διατροφή
και άσκηση

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΛΕΙΖΕΡ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Εφαρμόζεται στο Νοσοκομείο Metropolitan

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Η συχνότερη νόσος
των καπνιστών

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Από το 1550 π.χ.

ΑΝ ΚΤΥΠΗΣΕΙ Ο ΚΑΥΣΩΝΑΣ

Οδηγίες... επιβίωσης

ΟΤΑΝ ΠΡΗΖΕΤΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

Παθήσεις των σιαλογόνων αδένων που αφορούν σε λοιμώξεις (όπως μαγουλάδες), σε άλλες φλεγμονές, σε καλοήθειες και κακοήθειες όγκους, καθώς και σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις.



Γράφει

ο **Δρ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ**

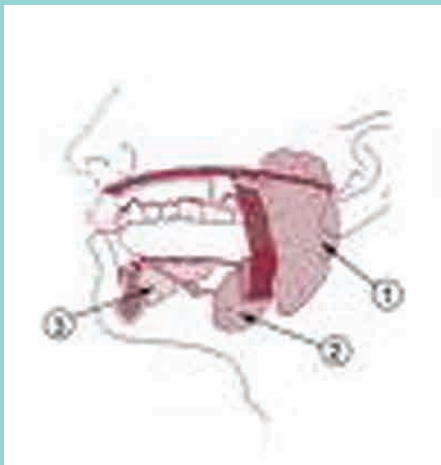
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός
Χειρουργός,

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αν. Διευθυντής της Στοματικής και
Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Κλινικής του Νοσοκομείου
METROPOLITAN

Οι σιαλογόνοι αδένες εκκρίνουν το σάλιο (σάλος), το οποίο απελευθερώνεται στη στοματική κοιλότητα, ρέοντας μέσα σε ειδικούς ανατομικούς «σωλήνες», που ονομάζονται εκφορητικοί πόροι και μεταφέρουν το σάλιο από τον τόπο παραγωγής του, δηλ. τους σιαλογόνους αδένες, μέχρι το στόμα. Ο σάλος είναι απαραίτητος για τις λειτουργίες της ομιλίας και της κατάποσης, συμβάλλοντας δε στη διατήρηση της ακεραιότητας του στοματικού βλεννογόνου, διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της στοματικής υγείας. Περιέχει ποικιλία πρωτεϊνών με αντιμικροβιακή δράση, ένζυμα, καθώς επίσης και άλατα, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, συμπεριλαμβανομένου και του φθορίου. Ακόμη, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι δρα ως ρυθμιστικό διάλυμα, αποτελώντας με αυτόν τον τρόπο μία καθοριστική και πολύ σημαντική παράμετρο για τον έλεγχο της οδοντικής τερηδόνας και της περιοδοντικής νόσου.

Υπάρχουν τρία ζεύγη μεγάλων (μειζόνων) σιαλογόνων αδένων, 1) η παρωτίδα που

εντοπίζεται στην προωτιαία χώρα, δηλ. στο άνω μέρος κάθε παρειάς κοντά στο αυτί, 2) ο υπογνάθιος σιαλογόνος αδένας που βρίσκεται κάτω από το έδαφος του στόματος και την κάτω γνάθο, στη λεγόμενη υπογνάθια χώρα και, 3) ο υπογλώσσος σιαλογόνος αδένας που συναντάται κάτω από την γλώσσα στο έδαφος του στόματος. Επιπρόσθετα, υπάρχουν 200 πολύ μικροί σε μέγεθος (ελάσσονες) σιαλογόνοι αδένες, διασκορπισμένοι στο βλεννογόνο του στόματος, της σκληρής και μαλακής υπερώας (ουρανίσκος), της παρειάς, των χειλέων και του εδάφους του στόματος (Εικ 1). Κατ' άλλους ο αριθμός των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων ανέρχεται σε 600-1000 συμπεριλαμβανομένων και των διασκορπισμένων στον φάρυγγα και τους παραρρινίους κόλπους.



Εικ. 1: Μείζονες σιαλογόνοι αδένες, 1-παρωτίδα, 2-υπογνάθιος σιαλογόνος αδένας, 3-υπογλώσσος σιαλογόνος αδένας

Οι συνήθεις παθήσεις των σιαλογόνων αδένων αφορούν σε λοιμώξεις και άλλες φλεγμονώδεις εξεργασίες (σιαλαδενίτιδες κ.λπ.), απόφραξη του εκφορητικού πόρου συνήθεστερα από την παρουσία λίθου (σιαλολιθίαση κ.λπ.), καλοήθειες και κακοήθειες όγκους, εκφυλιστικές αλλοιώσεις και αυτοάνοσα νοσήματα.

Ο στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός αποτελεί τον κατ' εξοχήν αρμόδιο ιατρό που συνήθως επιλαμβάνεται της αντιμετώπισης των παθολογικών αυτών καταστάσεων, ενώ πολύ συχνά η συνεργασία με ιατρούς όμορων χειρουργικών ειδικοτήτων όπως ΩΡΛ, αποβαίνει ιδιαίτερα επιτυχής και αποδοτικής

προς όφελος των πασχόντων.

Λοιμώξεις –Σιαλαδενίτιδες

Η ιογενής επιδημική παρωτίτιδα (κν. μαγουλάδες) αποτελεί τη συχνότερη λοίμωξη των σιαλογόνων αδένων, εμφανιζόμενη κυρίως σε παιδιά, αλλά κάποτε και σε ενήλικες.

Οι λοιπές σιαλαδενίτιδες μπορεί να είναι είτε μικροβιακής αιτιολογίας συνήθως λόγω ανιούσας μόλυνσης των μειζόνων σιαλογόνων αδένων από μικρόβια του στόματος, μέσω του εκφορητικού πόρου, ή λιθιασικής αιτιολογίας λόγω της παρουσίας λίθου (πέτρας) μέσα στο παρέγχυμα και τους εκφορητικούς πόρους των μειζόνων σιαλογόνων αδένων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται στάση (λίμναση) του σιάλου και επιμόλυσή του από μικρόβια. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι σε περίπτωση συγγενών (εκ γενετής) ανωμαλιών, είναι δυνατόν το σύστημα των εκφορητικών πόρων των μειζόνων σιαλογόνων αδένων, που συνδέει τους αδένες με το στόμα, να μην είναι φυσιολογικό, αλλά να παρουσιάζει στενώσεις, που ελαττώνουν την ροή του σιάλου, οδηγώντας σε λοίμωξη και αποφρακτικά συμπτώματα.

Σιαλολιθίαση

Οι σιαλόλιθοι σχηματίζονται με μηχανισμό παρόμοιο με αυτόν των χολολίθων και των λίθων νεφρών και ουρητήρων, εντοπίζονται δε συνήθως στους εκφορητικούς πόρους των μειζόνων σιαλογόνων αδένων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να σχηματισθούν και μέσα σε αυτό τούτο το αδενικό παρέγχυμα, δηλ. στον ίδιο τον σιαλογόνο αδέν. Περίπου 1% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει σιαλολιθίαση, όπου στο 50% αυτών των περιπτώσεων, οι σιαλόλιθοι τελικά καθίστανται προβληματικοί. Οι περισσότεροι σιαλόλιθοι σχηματίζονται στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδέν (85%), ενώ το υπόλοιπο 15% αφορά την παρωτίδα. Το χαρακτηριστικό κλινικό σύμπτωμα αποτελεί ο πόνος και το οίδημα την ώρα των γευμάτων, στην παρεία μπροστά από το αυτί ή κάτω από την κάτω γνάθο, λόγω απόφραξης στη ροή του σιάλου.

Σε επανειλημμένα επεισόδια απόφραξης (σιαλικού κωλικού), με συνεχιζόμενες και

υποτροπιάζουσες σιαλαδενίτιδες λιθιασικής αιτιολογίας, επέρχεται καταστροφή του αδενικού παρεγχύματος, που δυστυχώς συχνά οδηγεί στην αφαίρεση του αδένα. Όσον αφορά τους ελάχιστους σιαλογόνους αδένες είναι δυνατόν να προκύψει απόφραξη τους από σιαλολίθους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικροσκοπικών βλαβών είτε στα χείλη ή και στον βλεννογόνο των παρειών, που δίνουν την εντύπωση μικρών κύστεων.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Εξω-σωματική λιθοτριψία

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος κατέστη δυνατή με την ανάπτυξη μίας συσκευής (λιθοτρίπτης), η οποία χρησιμοποιεί υπερηχητικά κύματα για την θραύση των σιαλολίθων (Εικ. 2). Η μέθοδος αυτή έχει ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και διενεργείται στη βάση εξωτερικού περιπατητικού ασθενή, δηλ. δεν απαιτείται νοσηλεία. Η κάθε θεραπευτική συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα, ενώ απαιτούνται συνήθως τρεις έως έξη θεραπευτικές συνεδρίες για την καταστροφή των



Εικ. 2: Εξω-σωματικός λιθοτρίπτης

σιαλολίθων. Η πλειονότητα των ασθενών (85-90%) όπου εφαρμόζεται η θεραπευτική αυτή μέθοδος παραμένουν ασυμπτωματικοί, ενώ στο 30-50% των ασθενών επιτυγχάνεται πλήρης καταστροφή και απομάκρυνση των σιαλολίθων από τους σιαλογόνους αδένες. Στους υπολοίπους ασθενείς μπορεί να παραμείνει κάποια «λάσπη», με τον κίνδυνο ανάπτυξης εκ νέου σιαλολίθων, οπότε τότε μπορεί να εφαρμοσθεί εκ νέου η λιθοτριψία.

Ενδο-σωματική λιθοτριψία

Οι πρόοδοι που έχουν συντελεσθεί τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τα οπτικά μικρο-εργαλεία, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη μικρο-ενδοσκοπίων (mini-endoscopes) διαμέτρου 0,8-1,1mm, που καθιστούν ορατό εκ των έndon το σύστημα των πόρων των σιαλογόνων αδένων. Στη συνέχεια με τη βοήθεια ειδικών μικρο-αρπαγών ή καλάθων σύλληψης (mini-grasping forceps or basket), που εισάγονται μέσω του σιαλοενδοσκοπίου, είναι δυνατόν να συλληφθούν και να απομακρυνθούν σιαλόλιθοι διαμέτρου ≤ 5 mm, ενώ σε μεγαλύτερης διαμέτρου σιαλολίθους εφαρμόζεται η διαδικασία μηχανικού κατατριμματισμού των λίθων με τη βοήθεια των ειδικών μικρο-αρπαγών (Εικ. 3). Σε περιπτώσεις σιαλολίθων μεγάλης διαμέτρου με τη μέθοδο της κατευθυνόμενης δέσμης ακτίνων laser είναι δυνατόν να στοχευθεί ο σιαλόλιθος και να διαλυθεί. Τα αναφερόμενα ποσοστά θεραπειάς με τη μέθοδο της ενδοσκοπικής σιαλολιθοτομής ανέρχονται στο 86% αναφορικά με την παρωτίδα, και στο 89% όσον αφορά τον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένα.



Εικ. 3: Ενδοσκοπική άποψη σιαλολίθου που έχει συλληφθεί με την βοήθεια ειδικού καλάθου (basket technique).

Χειρουργική σιαλολιθεκτομή

Σε περιπτώσεις ευμεγέθων σιαλολίθων ή όταν η ανατομική τους εντόπιση είναι τέτοια (π.χ. στην αρχή έκφυσης του εκφορητικού πόρου κοντά στον σιαλογόνο αδένα), ώστε να καθίσταται προβληματική ή αδύνατη η αφαίρεσή τους με τις προαναφερθείσες ελάχιστα επεμβατικές μεθόδους, τότε η απομάκρυνση των σιαλολίθων επιτυγχάνεται χειρουργικά είτε με ενδοστοματική ή

με εξωστοματική προσπέλαση, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις διενεργείται και χειρουργική αφαίρεση ολόκληρου του σιαλογόνο αδένα.

Όγκοι

Οι μείζονες αλλά και οι ελάχιστοι σιαλογόνοι αδένες είναι δυνατόν να προσβληθούν από μια μεγάλη ποικιλία τόσο καλοήθων όσο και κακοήθων όγκων, οι οποίοι στην πλειονότητά τους συνήθως εμφανίζονται ως ανώδυνες διογκώσεις των αδένων αυτών.

Καλοήθεις όγκοι

Η παρωτίδα αποτελεί τον σιαλογόνο αδένα που προσβάλλεται περισσότερο από καλοήθεις όγκους (85%) (πλειόμορφο αδένωμα, όγκος Warthin, κ.ά.) (Εικ. 4), ακολουθούμενη από τους υπογνάθιους σιαλογόνους αδένες (7,5%), αλλά και τους ελάχιστους σιαλογόνους αδένες του στόματος (7,5%) (Εικ. 5).

Ο πλέον συνήθης καλοήθης όγκος των σιαλογόνων αδένων είναι το πλειόμορφο αδένωμα (μικτός όγκος).

Η κάψα που περιβάλλει αυτόν τον όγκο μπορεί κατά τόπους να είναι πολύ λεπτή, με αποτέλεσμα κατά τους εγχειρητικούς χειρισμούς να υπάρχει κίνδυνος διάσπασης της κάψας και διασποράς νεοπλασματικών στοιχείων, που οδηγεί σε υποτροπή.

Αυτός ο κίνδυνος υπαγόρευε στο παρελθόν (δεκαετίες 1940, 1950 & εντεύθεν) για την αποφυγή υποτροπών, ευρείες χειρουργικές παρεμβάσεις που αφορούσαν σε αφαίρεση του όγκου με ευρεία ζώνη φυσιολογικού αδένα περιβάλλοντος τον όγκο (επιπολής παρωτιδεκτομή, δηλ. αφαίρεση ολόκληρου του επιπολής λοβού της παρωτίδας, όπου συνήθως εντοπίζεται ο όγκος).

Παρά ταύτα εξίσου καλά αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν σήμερα πλέον με την εφαρμογή πιο εκλεκτικής χειρουργικής αντιμετώπισης (μερική επιπολής παρωτιδεκτομή με παρασκευή του προσωπικού νεύρου) ή ακόμη και περισσότερο συντηρητικών εγχειρητικών τεχνικών (περικαψική εκτομή δηλ. αφαίρεση του όγκου με την κάψα του και μία πολύ λεπτή ζώνη περιβάλλοντος αδενικού παρεγχύματος, χωρίς να είναι αναγκαία η ανεύρεση και η παρασκευή των κλάδων του προσωπικού νεύρου που εμπλέκονται με τον όγκο).

Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι το προσωπικό νεύρο, που νευρώνει τους μμικούς μυς του προσώπου, οι οποίοι καθορίζουν με τις κινήσεις τους την έκφραση του προσώπου, πορεύεται δια μέσου της παρωτίδας και ως εκ τούτου αποτελεί το κυρίαρχο στοιχείο που υπαγορεύει τις μεθόδους χειρουργικής αντιμετώπισης των όγκων της παρωτίδας (Εικ. 6).



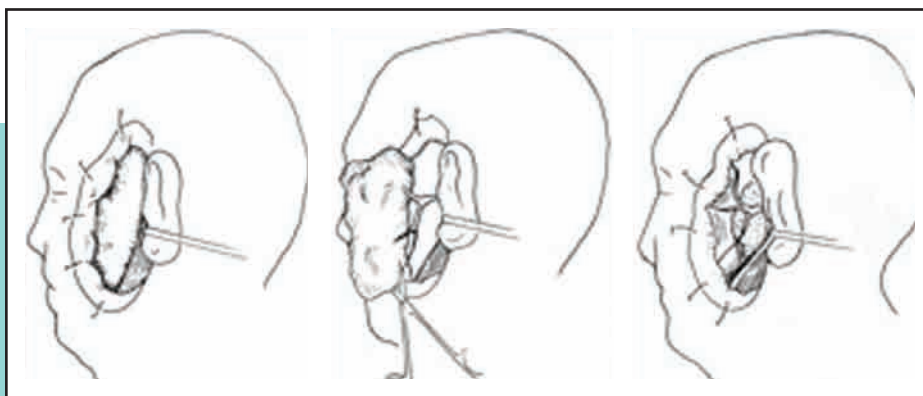
Εικ. 4: Πλειόμορφο αδένωμα (μικτός όγκος) (AP) παρωτίδας

Θεραπευτική αντιμετώπιση

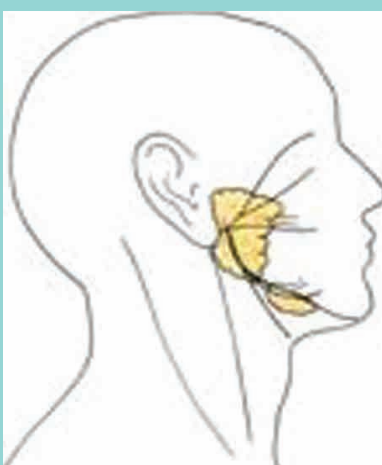
Οι περισσότεροι όγκοι της παρωτίδας εντοπίζονται σε σχέση προς τους κλάδους του προσωπικού νεύρου, υπεράνω αυτού και προς την επιφάνεια. Η κλασική και ευρέως αποδεκτή μέθοδος χειρουργικής θεραπείας των όγκων της παρωτίδας είναι η αφαίρεση του επιπολής λοβού (επιφανειακού τμήματος) του αδένα και μετά ανεύρωση και παρασκευή του προσωπικού νεύρου, η οποία ονομάζεται επιπολής παρωτιδεκτομή (Εικ. 7).



Εικ. 5: Μικτός όγκος από ελάσσονα σιαλογόνο αδένω εντοπιζόμενος στο όριο σκληράς-μαλακής υπερώας (ΔΕ)



Εικ. 7: Σχηματική απεικόνιση επιπολής παρωτιδεκτομής.



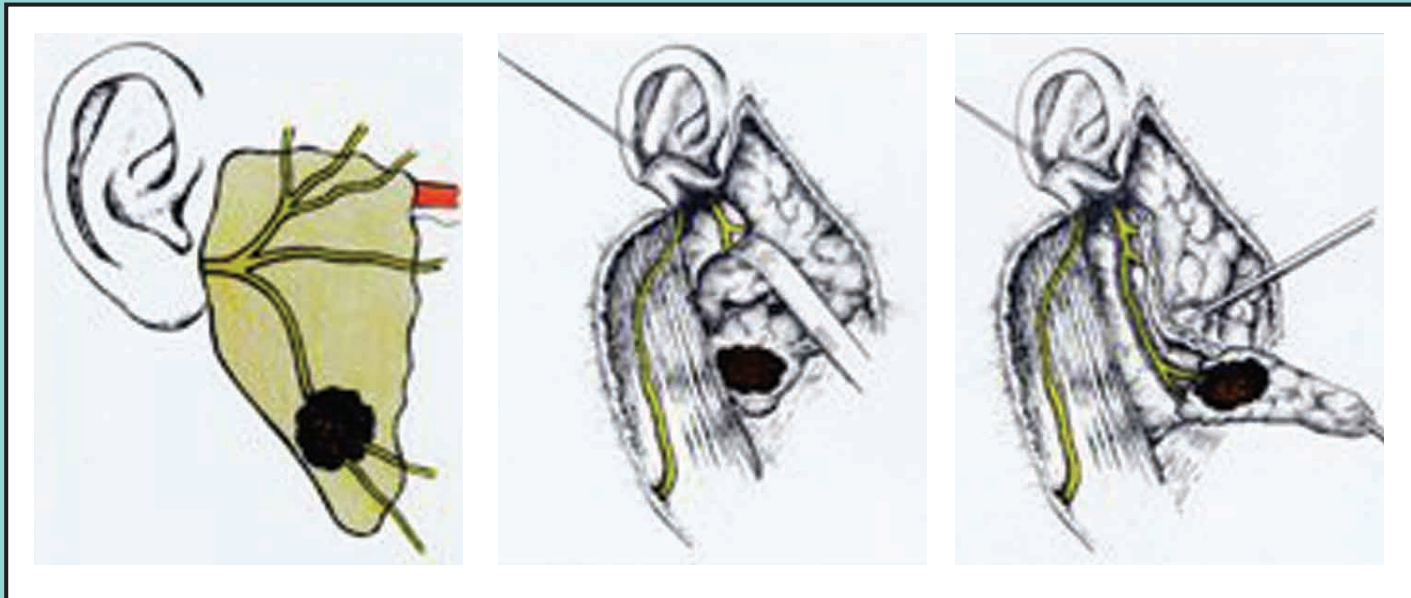
Εικ. 6: Σχέση της πορείας των κλάδων του προσωπικού νεύρου με την παρωτίδα.

Σήμερα με την εξέλιξη της εγχειρητικής τεχνικής για την χειρουργική αφαίρεση των όγκων της παρωτίδας, είναι δυνατή η μερική επιπολής παρωτιδεκτομή δηλ. η εκλεκτική αφαίρεση μόνο εκείνου του τμήματος του επιπολής λοβού της παρωτίδας που περιέχει τον όγκο, μετά από ανεύρωση του κεντρικού στελέχους του προσωπικού νεύρου και παρασκευή μόνον εκείνων των κλάδων του που έρχονται σε επαφή με τον όγκο (Εικ. 8).

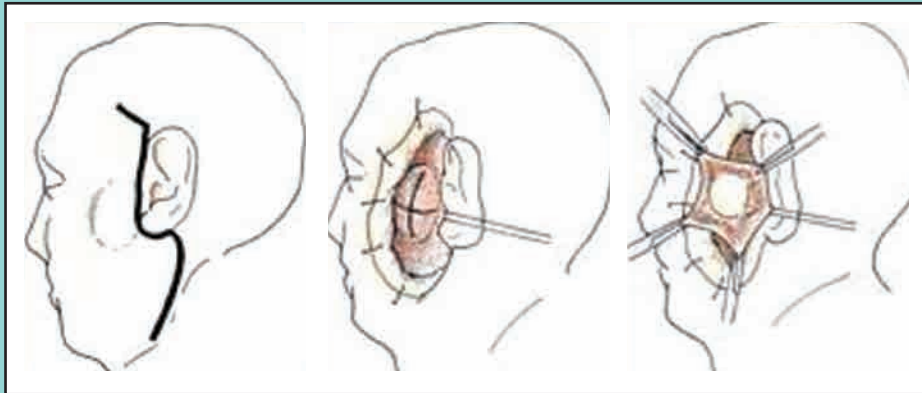
Μερικοί εξαιρετικά εκπαιδευμένοι και πολύ ικανοί στοματικοί και γναθοπροσωπικοί χειρουργοί, έχουν αρχίσει πλέον να περιορίζουν την έκταση της χειρουργικής παρέμβασης αναφορικά με την αφαίρεση των καλοήθων όγκων της παρωτίδας. Η πλέον συντηρητική και συνάμα ασφαλής εγχειρητική μέθοδος είναι η περικαψική εκτομή του όγκου, όπου ο αδένω δεν καταστρέφεται και η χειρουργική παρέμβαση μειώνεται αισθητά (Εικ. 9).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των καλοήθων όγκων της παρωτίδας θεωρείται σήμερα πολύ επιτυχή και ικανοποιητική, καθόσον μόλις 1% των πλειομόρφων αδενωμάτων της παρωτίδας θα παρουσιάσουν υποτροπή, συνήθως μετά παρέλευση ενός χρονικού διαστήματος κατά μέσο όρο 7 ετών. Μόνιμη βλάβη σε έναν ή περισσότερους από τους εμπλεκόμενους κλάδους του προσωπικού νεύρου αναμένεται να εμφανισθεί στο 1% περίπου των περιπτώσεων, ενώ παροδική βλάβη στο 30% των ασθενών.





Εικ. 8 : Σχηματική απεικόνιση μερικής επιπολής παρωτιδεκτομής.



Εικ. 9: Σχηματική απεικόνιση περικαψικής εκτομής καλοήθους όγκου παρωτίδας.

Κακοήθεις όγκοι

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες του κόσμου, 6-10% των όγκων της παρωτίδας, 25-30% των όγκων των υπογναθίων σιαλογόνων αδένων και 35-40% των όγκων των ελασσόνων σιαλογόνων αδένων του στόματος, είναι κακοήθεις όγκοι (βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα, αδενοκαρκίνωμα, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, κακόηθες πλειόμορφο αδένωμα κ.ά.).

Μόλις τα τελευταία 15-20 χρόνια έχει καταστεί δυνατή η σε βάθος κατανόηση των κακοήθων νεοπλασμάτων των σιαλογόνων αδένων, με αποτέλεσμα να έχουν πλέον αναπτυχθεί νέες θεραπευτικές μέθοδοι και πρωτόκολλα αντιμετώπισης, μετά τη διενέργεια του αρχικού κλινικοεργαστηριακού ελέγχου με τη χρησιμοποίηση CT/MRI τομογραφιών ή ακόμη και PET τομογραφίας σε επιλεγμένες περιπτώσεις, καθώς και διαφόρων μεθόδων προεγχειρητικής βιοψίας (FNAB, FNAC, διατρητική βιοψία με βελόνη trucut κ.ά.).

Σήμερα η εφαρμοζόμενη χειρουργική θεραπεία είναι πύο συντηρητική και όχι τόσο ριζική

όσο ήταν την δεκαετία του 1960, συνδυαζόμενη και με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις οι κλάδοι του προσωπικού νεύρου μπορούν να διατηρηθούν, ενώ η χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση εξαρτάται κυρίως από το μέγεθος και τις διαστάσεις του όγκου και σε λιγότερο βαθμό από τη θέση εντόπισης και το στάδιο ταξινόμησής του.

Εκφυλιστικές αλλοιώσεις – Αυτοάνοσα νοσήματα

Διόγκωση των σιαλογόνων αδένων παρουσιάζεται σε αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η λοίμωξη HIV καθώς και το σύνδρομο Sjogren's, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού «επιτίθεται» κατά των σιαλογόνων αδένων, προκαλώντας σημαντική φλεγμονή, ενώ οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις που το συνοδεύουν είναι η ξηροστομία και η ξηροφθαλμία.

Είναι δυνατόν να παρουσιασθεί και με άλλες παθολογικές καταστάσεις αυτοάνοσου μηχανισμού όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος.

Οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren αναπτύσσουν σοβαρά στοματικά προβλήματα

λόγω της έλλειψης σάλου, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι σε περίπου 10% από αυτούς αναπτύσσεται non-Hodgkin λέμφωμα, του οποίου η έγκαιρη διάγνωση σε πολύ πρώιμο στάδιο καθιστά τη θεραπεία ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Ως εκ τούτου καθίσταται σαφές, ότι η στενή συνεργασία του στοματικού και γναθοπροσωπικού χειρουργού με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως π.χ. ρευματολόγους, παθολόγους-ογκολόγους, ΩΡΛ, οδοντιάτρους, οφθαλμιάτρους κ.λπ., στα πλαίσια συχνότατης και λεπτομερούς παρακολούθησης των ασθενών αυτών, συμβάλλει τα μέγιστα τόσο στην επιβίωσή τους όσο και στην διασφάλιση μίας ικανοποιητικής ποιότητας ζωής, που αποτελεί εξάλλου πρωταρχικό στόχο της σημερινής Ιατρικής Επιστήμης.

