

# Επείγουσες ωτολογικές και φλεγμονώδεις παθήσεις στοματοφάρυγγα

ΑΝΤΩΝΗΣ ΚΑΜΠΕΡΟΣ

Αναπληρωτής Διευθυντής, Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική,  
Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

## Περίληψη

Στην παρούσα εργασία αναπτύσσονται διάφορες επείγουσες καταστάσεις που αφορούν σε συχνές ωτολογικές και στοματοφάρυγγικές φλεγμονώδεις παθήσεις.

Γίνεται μια εκτεταμένη παρουσίαση των αιτίων της κάθε πάθησης, μια αναφορά στα συμπτώματα και στη διαφορική διάγνωση, ενώ δίδεται έμφαση στη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία κάθε μιας από αυτές.

**Λέξεις κλειδιά:** επείγοντα, ωτολογικά, φλεγμονές στοματοφάρυγγα.

## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αναφέρεται σε παθήσεις του ωτός και φλεγμονές του στοματοφάρυγγα οι οποίες έχουν ένα κοινό: είναι επείγουσες. Ο ειδικός θα πρέπει να τις διαγνώσει γρήγορα, πράγμα το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο πάντοτε και να τις αντιμετωπίσει κατάλληλα, μιας και μερικές από αυτές είναι επικίνδυνες ακόμη και για τη ζωή του ασθενούς του.

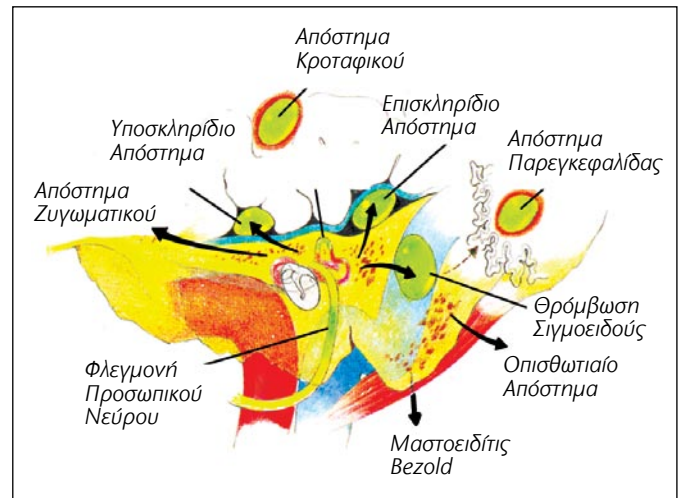
Μια συχνή νοσολογική οντότητα αποτελεί το αιμάτωμα του πτερυγίου. Αυτό είναι αποτέλεσμα τραυματισμού.

Πρόκειται για συγκέντρωση αίματος μεταξύ χόνδρου και περικονδρίου, εμφανίζεται δε σαν μαλακή, ενίοτε κλυδάζουσα διόγκωση στο πτερύγιο.

Εάν δεν προσεχθεί και αντιμετωπιστεί κατάλληλα, οδηγεί σε μόνιμες παραμορφώσεις γνωστές σαν cauliflower ear (αυτή σαν κουνουπίδι) λόγω νεκρώσεως του χόνδρου και ανάπτυξης ουλώδους ιστού και, ως εκ τούτου, νέου παραμορφωτικού χόνδρου.

Η θεραπεία συνίσταται, αναλόγως του μεγέθους του αιματώματος, είτε σε αναρρόφηση με βελόνη μεγάλης διαμέτρου, είτε σε σχάση και παροχέτευση, μετά από αυτό δε συνιστάται πιεστική επίδεση για επτά με δέκα ημέρες και αντιβιοθεραπεία per os.

Οι επιπλοκές της μέσης ωτίτιδος, λόγω της ευρείας χρήσης των αντιβιοτικών και της καλύτερης ιατρικής φροντίδας, απαντούν και σπανιότερα με πιο ήπια συμπτώματα, καθιστώντας έτσι δύσκολη τη διάγνυσή τους από τον ειδικό. Στις μέρες μας αναπτύσσονται είτε σε μικρά παιδιά στα πλαίσια μιας οξείας μέσης ωτίτιδας, είτε σε μεγάλους με ελαττωμένη βιολογική αντίσταση στα πλαίσια μιας χρονίας μέσης ωτίτιδας. Διακρίνονται σε ενδοκροταφικές και ενδοκρανιακές (σχήμα 1). Για λόγους συντομίας θα αναφερθούμε μόνο στις 2 πιο συχνές από αυτές:



Σχήμα 1. Ενδοκροταφικές και ενδοκρανιακές επιπλοκές της μέσης ωτίτιδας.

Η λαβυρινθίτιδα αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή της Μ.Ω., παρουσιάζεται δε με ίλιγγο, ναυτία, έμετο, βαρηκοΐα ή κώφωση και νυσταγμό, η ταχεία φάση του οποίου σε περιπτώσεις ορώδους λαβυρινθίτιδος, κατευθύνεται προς το πάσχον αυτί, στις δε περιπτώσεις πυώδους προς το υγιές.

Θεραπευτικά χορηγούμε έντονη αντιβίωση, ενώ υπάρχει και η περίπτωση χειρουργικής επέμβασης σε Μ.Ω. με μυριγοτομή και tubes ή απλή μαστοειδεκτομή, στις περιπτώσεις δε Χ.Μ.Ω. συστήνεται μαστοειδεκτομή με ή χωρίς τυμπανοπλαστική.

Μια άλλη ενδοκροταφική επιπλοκή που απαντάται συνήθερα σε παιδιά είναι η μαστοειδίτιδα (εικόνα 1). Παρουσιάζεται σαν μια ερυθρά οπισθοωτιαία διόγκωση, η οποία εξαφανίζει την οπισθοωτιαία αύλακα και απωθεί το πτερύγιο του ωτός προς τα εμπρός. Συνήθως, συνυπάρχει Μ.Ω. και το τύμπανο είναι πεπαχυσμένο και εξέρυθρο, από δε τυχούσα διάτρησή του εξέρχεται βλεννοπυώδης έκκριση, όπου σε καλιέργειά της ανευρίσκονται οι συνήθεις μικροοργανισμοί (Strep. Pneumoniae, Staph. Aureus, Haem. Influenzae, Moraxella Catarrhalis).

Μια άλλη ειδική περίπτωση μαστοειδίτιδος είναι το υποπεριοστικό απόστημα, το οποίο απαντάται συνήθως σε μικρά παιδιά με πτωχή πνευμάτωση της μαστοειδούς. Το συχνότερο εύρημά του είναι η οπισθοωτιαία διόγκωση, η οποία, όμως, είναι δυνατόν να λείπει στο 15% των περιστατικών. Η διάγνωση

σή μας θα βασιστεί στην κλινική εικόνα και στην αξονική τομογραφία. Η θεραπεία συνίσταται σε IV αντιβίωση και ενίοτε μυριγγοτομή και μαστοειδεκτομή.

Τα κατάγματα του κροταφικού οστού (εικόνα 2) είναι αποτέλεσμα κρανιακής κάκωσης, συνήθως συνεπεία τραυματισμού (τροχαίο κ.λπ). Οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως ωτόρροια, αιματοτύμπανο, ρινόρροια ENY, τραυματισμό ΕΑΠ και προσβολή του VII στη μεριά της βλάβης. Οι σοβαρότερες επιπλοκές αυτών των καταγμάτων είναι η απώλεια της ακοής (35-85%), η έξοδος ENY (15%), η παράλυση του VII (7%) και η μηνιγγίτις (1,8%).

Η κακοήθης εξωτερική ωτίτις απαντάται σε άτομα μεγάλης ηλικίας με σακχαρώδη διαβήτη (90%) ή ανοσοκατασταλμένους, ο δε υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η ψευδομονάδα (98%). Οι ασθενείς παραπονούνται για έντονη ωταλγία, ειδικά τις νυκτερινές ώρες, παρουσιάζουν δε πυώδη ωτόρροια που ανθίσταται στην τοπική θεραπεία. Στην εξέταση του ΕΑΠ ανευρίσκονται σαρκία και κοκκιώδης ιστός στο έδαφος αυτού, ερυθρότης και οίδημα του δέρματος, το δε πύον συνήθως εξέρχεται από συρίγγιο στα όρια οστέινης και χόνδρινης μοίρας του ΕΑΠ. Πρόκειται, δυνητικά, για βαρύτατη νόσο, μιας και είναι δυνατόν να επεκταθεί, με αποτέλεσμα πάρεση του VII, οστεϊτίδα και οστεομυελίτιδα του κροταφικού οστού και της βάσης του κρανίου, θρόμβωση του σιγμοειδούς κόλπου, παράλυση των τελευταίων τεσσάρων εγκεφαλικών συζυγιών, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα και θάνατο. Η διάγνωση θα βασιστεί στην κλινική εικόνα και στην αξονική τομογραφία, χρήσιμες δε είναι οι σπινθηρογραφικές εξετάσεις με Tc και Ga, ειδικότερα για την πορεία της νόσου. Θεραπευτικά, συνιστάται η παρατεταμένη χορήγηση κινολονών για 6-8 εβδομάδες και η αντιμετώπιση του διαβήτη, ενώ χειρουργικά είναι δυνατόν να παρέμβουμε υπό την έννοια του καθαρισμού των σαρκίων και των οστικών απολυμάτων τοπικά, ενώ μαστοειδεκτομή θα γίνει μόνο εάν έχουν προσβληθεί οι μαστοειδικές κυψέλες και με προσοχή ώστε να μην εκτεθεί φυσιολογικό οστό στην ψευδομονάδα. Τελευταία, συστήνεται και η θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο.

Η οξεία παράλυση του VII συνήθως οφείλεται στην ιδιοπαθή παράλυση ή πάρεση του Bell για την οποία ευθύνεται ο ιός του απλού έρπητα, αφορά δε στο 60% των περιπτώσεων της οξείας παράλυσης του προσωπικού. Ένα άλλο 30% των περιπτώσεων οφείλεται σε προσβολή του προσωπικού από τον έρπητα ζωστήρα (σ. Ramsay-Hunt). Εκτός από αυτές, υπάρχουν και άλλες αιτίες οξείας παράλυσης του VII όπως:

- Φλεγμονές από μέση ωτίτιδα, μαστοειδίτιδα, ιογενείς (ιός ανεμευλογιάς, παρωτίτιδος), μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, μυκόπλασμα, νόσος εξ ονύχων γαλής, HIV και νόσος του Lyme.
- Τραύμα (ιατρογενές, έγκαυμα, κατάγμα κροταφικού οστού).
- Όγκοι (αστροκύττωμα της παρεγκεφαλίδος, ραβδομυοσάρκωμα, λευχαιμία).
- Αιματολογικές νόσοι.
- Συγγενείς (συνδ. Melkersen-Rosenthal, οστεοπέτρωση).

Η αντιμετώπιση της παράλυσης καλό είναι να γίνεται σε συνεργασία με νευρολόγους, για δε την ιδιοπαθή πάρεση θεραπευτικά συστήνουμε τη χορήγηση κορτιζόνης, ακυκλοβίρης, βιταμίνης B12, υπερβαρικού οξυγόνου και τεχνητών δακρύ-



Εικόνα 1. Μαστοειδίτιδα.



Εικόνα 2. Οστική άκανθα ΕΑΠ συνεπεία κατάγματος κροταφικού οστού.

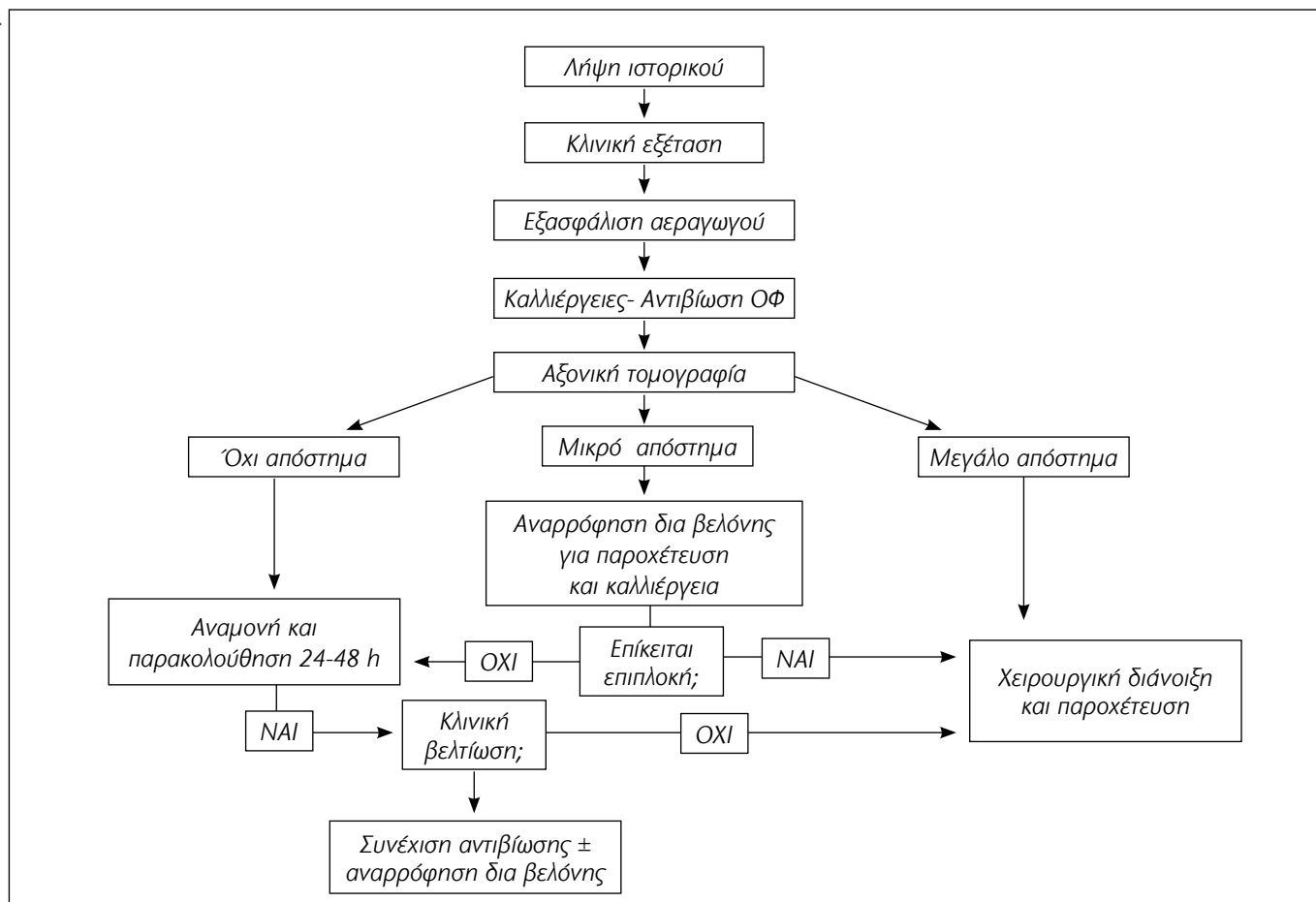
ων για τους οφθαλμούς του ασθενή.

Η οξεία νευροαισθητήριο βαρκοΐα είναι η οξεία πτώση της ακοής σε επίπεδο μεγαλύτερο ή ίσο των 30 dB που καταγράφεται στο ακουόγραμμα σε περισσότερες από τρεις συνεχείς συχνότητες και συμβαίνει σε διάστημα μικρότερο των τριών ημερών. Η συχνότητα της πάθησης στις ΗΠΑ είναι 5-20 ανά 100.000 κατοίκους, πλην, όμως, είναι δυνατόν να είναι και συχνότερη, μιας και υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις ασθενών που αυτοϊώνονται και, ως εκ τούτου, δεν ηγηγούνται ποτέ στον ειδικό. Παρουσιάζεται, συνήθως, ετερόπλευρα (αμφοτερόπλευρα 1-2%). Το μέγιστο της εμφάνισής της παρουσιάζεται στην έκτη δεκαετία της ζωής.

Εκτός από την ιδιοπαθή ONB, η οποία είναι αγνώστου αιτιολογίας και αφορά στο 60% των περιστατικών, υπάρχουν και άλλες καταστάσεις που προκαλούν ONB. Ενδεικτικά αναφέρουμε:

- Εκφυλιστικές νευρολογικές παθήσεις (MS, φλοιώδης εγκεφαλίτις).
- Λήψη ωτοτοξικών ουσιών (αμινογλυκοσίδες, ασπιρίνη, κινίνη, σισπλατίνη κ.λπ.).
- Όγκοι (ακ. νευρίνωμα, όγκοι γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας).
- Φλεγμονές κοχλίας - VIII ν. (σύφιλη, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα).
- Ενδοκρινολογικές ανωμαλίες (υποθυρεοειδισμός, διαβήτης).
- Τραύμα.
- Κοχλιακή ωτοσκλήρωση.
- Νεφρική ανεπάρκεια.
- Ακτινοθεραπεία.
- Ψυχογενής.

Η διάγνωση θα βασιστεί στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση, στον ακουολογικό και στον απεικονιστικό έλεγχο. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι 1-2% ασθενών με IONB στην MRI παρουσιάζουν όγκο της γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας, ενώ 3-12% ασθενών με ακουστικό νευρίνωμα παρουσιάζουν σαν πρώτη εκδήλωση ONB. Θεραπευτικά, αναφέρονται πλήθος ουσιών, οι οποίες, μόνες ή σε συνδυασμό κορηγούμενες, έχουν καλά αποτελέσματα, όπως αγγειοδιασταλτικά, κορτιζόνη, δεξτράνες, αντιπηκτικά, διουρητικά, υπερβαρικό οξυγόνο. Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή, μιας και τα 2/3 των ασθενών παρου-



**Σχήμα 2.** Αλγόριθμος διάγνωσης και αντιμετώπισης των εν τω βάθει τραχηλικών φλεγμονών.

σιάζουν βελτίωση της ακοής ή και ίασή της, στο δε υπόλοιπο 1/3 παραμένει η βαρκοϊα σε κάποιο βαθμό.

Παράγοντες που δρουν αρνητικά στην καλή πρόγνωση είναι:

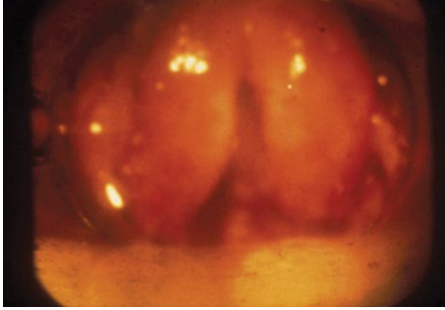
- η ηλικία (< 15, > 65),
- η παρουσία ΤΚΕ > 25,
- η παρουσία ιλιγγου,
- η απώλεια ακοής και στο άλλο αυτί,
- η μεγάλου βαθμού νευροαισθητήριο βαρκοϊα.

Κατωτέρω θα αναφερθούμε σε μερικές συχνές οξείες φλεγμονώδεις παθήσεις του στοματοφάρυγγα που εμφανίζονται σε ενήλικες.

Η επιγλωττίτις των ενηλίκων (εικόνα 3) αφορά σε όλη την υπεργλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, μιας και προσβάλλονται η επιγλωττίδα, οι αρυταινοειδείς χόνδροι, οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία. Το συνθέστερο αίτιο της προσβολής αυτής είναι ο *H. Influenzae* (25%), ο *H. Parainfluenzae*, στρεπτόκοκκοι της ομάδας Α και *Strep. Pneumoniae*. Από τότε που εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ το εμβόλιο Hib στα παιδιά, η πάθηση εμφανίζεται συχνότερα σε ενήλικες. Χαρακτηρίζεται από ταχεία προοδευτική επιδείνωση. Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 45 έτη, η συχνότητα προσβολής είναι άνδρες - γυναίκες 3:1 η δε θνησιμότητα

σε ενήλικες ανέρχεται σε 7%. Τα συχνότερα συμπτώματα της πάθησης είναι άλγος στο φάρυγγα (95%), πόνος στην κατάποση και δυσκολία αυτής (95%). Επίσης, χαρακτηριστική είναι η φώνηση δίκην βρασμένης πατάτας (hot potato voice). Επίσης, είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σιελόρροια, πυρετός, τραχηλική λεμφαδενίτις και στις βαρύτερες περιπτώσεις δύσπνοια και εισπνευστικός συριγμός. Η διάγνωση θα τεθεί με έμμεση λαρυγγοσκόπηση ή με το εύκαμπτο ρινοφαρυγγοσκόπιο. Καλό, δε, είναι ο ασθενής να παρακολουθείται συνεχώς από τον ειδικό για το φόβο της ξαφνικής επιδείνωσης. Θεραπευτικά, συστήνεται η χορήγηση αντιβίωσης και κορτικοστεροειδών, ενώ έχει μεγάλη σημασία και η εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού.

Η οξεία αμυγδαλίτις είναι συχνή σε παιδιά, εμφανίζεται και σε ενήλικες, όχι όμως τόσο συχνά μετά την ηλικία των 50 ετών. Οφείλεται συνήθως σε ιούς (70%), όπως ο ιός του απλού έρπητα, ο ιός της γρίπης, ο EBV ιός και σε αδενοϊούς, σε ποσοστό, όμως, 15-30% οφείλεται σε κόκκους, με συχνότερο τον αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδος Α. Στην ανάπτυξη της φλεγμονής πλην των ανωτέρω φαίνεται πως παίζει ρόλο και η πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα κυριότερα συμπτώματα της πάθησης είναι πυρετός, πόνος στο λαιμό και ιδιαίτερα στην κατάποση, δυσκολία στην κατάποση, τραχηλική



**Εικόνα 3.** Επιγλωττίτις σε ενήλικα.



**Εικόνα 4.** Πλαγιοφαρυγγικό απόστημα.

λεμφαδενίτιδα και κάκοσμη αναπνοή. Σε πιο προχωρημένες περιπτώσεις παρατηρούνται σημεία απόφραξης του ανώτερου αναπνευστικού, λήθαργος και καταβολή. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως υποχωρούν σε 4–5 ημέρες, μερικές φορές, όμως, είναι δυνατόν να επιμένουν και δύο εβδομάδες παρά τη θεραπεία. Κατά την κλινική εξέταση, οι αμυγδαλές είναι δυνατόν να εμφανίζονται εξέρυθρες (καταρροϊκή μορφή), με λευκωπά στίγματα, είτε με ψευδομεμβράνες, οι οποίες αποκολλώνται εύκολα (κρυπτική ή πολτώδης μορφή). Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από συναφείς παθήσεις, όπως η διφθερίτιδα, η λοιμώδης μονοκυρηνώση (διαρκεί περισσότερο, λεμφοκυττάρωση, monostest +) και η κυνάγχη του Vincent (μόνοπλευρη, καλλιέργεια επιχρίσματος). Η θεραπεία συνίσταται σε κατάκλιση, τοπική αντισηψία, αντιπυρετικά και αντιβίωση

στις μικροβιακές μορφές (μετά 48 ώρες μη υποχώρησης του πυρετού).

Μερικές φορές, 2–8 ημέρες μετά την αποδρομή μιας οξείας αμυγδαλίτιδος, εμφανίζεται το περιαμυγδαλικό απόστημα, το οποίο συνίσταται σε συλλογή πύου, η οποία αναπτύσσεται στον άνω πόλο της παρίσθμιας αμυγδαλής, μεταξύ της αμυγδαλικής κάψας και του άνω σφιγκτήρα του φάρυγγα. Συνήθως είναι μονόπλευρο, εμφανίζεται συχνότερα σε άντρες και δεν προτιμά την παιδική ηλικία (μόνο το 1/3 των περιστατικών). Η συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι η τρίτη και τετάρτη δεκαετία της ζωής. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι πόνος στο φάρυγγα μονόπλευρα, αυξανόμενος με την πάροδο του χρόνου, πονοκέφαλος, πυρετός, τραχηλική λεμφαδενίτιδα, δυσκαταποσία, φωνή “hot potato”, ενώ χαρακτηριστικά

▶ παρατηρείται τρισμαός με σιελόρροια και γενική κακουχία του ασθενούς, ο οποίος, επιπρόσθετα, είναι δυνατόν να παραπευθεί για αυχεναλγία ή και ωταλγία σύστοιχα. Κατά την κλινική εξέταση, παρατηρείται υπεραιμία και διόγκωση της μαλθακής υπερώας, η οποία αποκρύπτει την αμυγδαλή, ενώ η σταφυλή στρέφεται προς την αντίθετη πλευρά. Η γλώσσα είναι επίχρυστη, ο ισθμός και ο φάρυγγας επικαλύπτονται με ψευδομεμβράνες και βλέννες, ενώ παρατηρείται και έντονη κακοσμία του ασθενούς. Θεραπευτικά, είναι δυνατόν να γίνει αναρρόφηση με βελόνα ή διατομή και παροχέτευση του πύου, αντιβιοθεραπεία, ενυδάτωση και αναλγησία, σε μερικές δε από τις περιπτώσεις συστήνεται η, σε δεύτερο χρόνο, αμυγδαλεκτομή. Επιπλοκές της πάθησης είναι το οίδημα του λάρυγγα, η αιμορραγία από ρήξη μεγάλου αγγείου, το πλαγιοφαρυγγικό απόστημα κ.λπ.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν εν συντομία και οι εν τω βάθει τραχηλικές φλεγμονές.

Πριν από την εισαγωγή των αντιβιοτικών, οι φαρυγγοαμυγδαλίτιδες ήταν η συχνότερη αιτία δημιουργίας των εν τω βάθει τραχηλικών φλεγμονών, μετά, όμως, από την έλευση της αντιβίωσης στον καιρό μας, η συχνότερη αιτία ανάπτυξής τους είναι οι οδοντογενείς φλεγμονές. Άλλες αιτίες είναι οι σιαλαδενίτιδες, τα τραύματα της αεροπεπτικής οδού, τα ξένα σώματα, οι ωτογενείς φλεγμονές, οι συγγενείς κύστες και τα συρίγγια, ενώ είναι δυνατόν και να αναπτυχθούν σε ειδικές ευπαθείς ομάδες, όπως οι ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία ή βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών και οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS.

Μικροβιολογικά, πρόκειται για μικτού τύπου φλεγμονές με αερόβια και αναερόβια (Μ.Ο. 5 τύποι μικροβίων ανά καλλιέργεια). Τα αερόβια ανευρίσκονται σε όλες τις καλλιέργειες, ενώ τα αναερόβια στο 50% αυτών. Πριν από την εμφάνιση των αντιβιοτικών, ο στρεπτόκοκκος ήταν ο υπεύθυνος μικροοργανισμός για την ανάπτυξη του 80% των φλεγμονών. Σήμερα, αυτός παραμένει ο συχνότερος κόκκος, πλην, όμως, ανευρίσκεται σημαντικά αυξημένος και ο σταφυλόκοκκος.

Η κλινική εικόνα των εν τω βάθει τραχηλικών φλεγμονών χαρακτηρίζεται από πόνο και πυρετό, τα οποία είναι σταθερά συμπτώματα, μάλιστα ο πόνος δείχνει το σημείο έναρξης της φλεγμονής και οι αυξομειώσεις του φανερώνουν την πορεία της νόσου. Πλην αυτών, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και τρισμαός, σε περίπτωση επέκτασης της φλεγμονής στους έσω πτερυγοειδείς μύες, καθώς και περιορισμός των κινήσεων του τραχήλου. Δύο από τις πλέον συχνές εν τω βάθει τραχηλικές φλεγμονές, τις οποίες καλείται πολύ συχνά ο ειδικός να αντιμετωπίσει στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων και οι οποίες χρήζουν ειδικής αναφοράς, είναι το πλαγιοφαρυγγικό απόστημα και το απόστημα του υπογνάθιου χώρου.

Το απόστημα του υπογνάθιου χώρου οφείλεται σε φλεγμονές των οδόντων (80%), σε τραύμα ή σιαλαδενίτιδα. Επίσης, είναι δυνατόν οι φλεγμονές του 2<sup>ου</sup> και 3<sup>ου</sup> γομφίου να επεκτείνονται στο πλάγιο υπογνάθιο διάστημα, ενώ οι προσθιότερες οδοντικές φλεγμονές επεκτείνονται στον

υπογλώσσιο χώρο. Τα συμπτώματα είναι πόνος, σιελόρροια, δυσφαγία και δυσκαμψία αυχένος, ενώ η φλεγμονή είναι δυνατόν να επεκταθεί δια του βελονογλωσσικού μούς στο πλαγιοφαρυγγικό διάστημα.

Η Λουδοβίκειος κυνάγχη αποτελεί μια ειδική φλεγμονή του υπογνάθιου χώρου και οφείλει το όνομά της στον Wilhem Von Ludwig, ο οποίος πρώτος την περιέγραψε το 1839. Πρόκειται για οδοντική φλεγμονή η οποία, πριν την παρουσία των αντιβιοτικών, απέβαινε θανατηφόρα στο 60% των ασθενών. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ευαισθησία και σκληρό οίδημα του προσθίου τραχήλου χωρίς κλυδασμό, ενώ παρατηρούνται επίσης και σιελόρροια, φωνή "hot potato", ταχύπνοια, δύσπνοια και συριγγμός, ενώ συχνά απαιτείται και τραχειοστομία.

Το πλαγιοφαρυγγικό απόστημα (εικόνα 4) στην προ των αντιβιοτικών εποχή ήταν η συχνότερη εν των βάθει τραχηλική φλεγμονή, μιας και ο χώρος αποτελεί την κεντρική σύνδεση όλων των άλλων εν τω βάθει χώρων του τραχήλου.

Τα συνηθέστερα αίτια ανάπτυξης των φλεγμονών αυτών ήταν φλεγμονές του φάρυγγα, των αμυγδαλών, των σιελολόγων αδένων, της ρινός, των οδόντων και της μαστοειδούς απόφυσης. Συμπτωματικά, ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό, ρίγη, κακουχία, πόνο, δυσφαγία, τρισμαό, ενώ χαρακτηριστική είναι η προβολή του πλάγιου φαρυγγικού τοιχώματος και της αμυγδαλής. Συνοψίζοντας, η διάγνωση και αντιμετώπιση των εν τω βάθει τραχηλικών φλεγμονών θα γίνει όπως εμφανίζεται στο σχήμα 2.

## Summary

### Otologic and infectious oropharyngeal emergencies

#### A. Kaberos

The current study is referring to different emergencies concerning frequent otologic and oropharyngeal infections. Detailed presentation of the causes of each disease is cited with reference to the symptoms and the differential diagnosis. Finally, special attention has been given to the diagnostic approach and treatment of each of these diseases.

**Key words:** emergencies, otologic, neck infection.

## Βιβλιογραφία

1. Αδαμόπουλος Γ. Ωτορινολαρυγγολογία και χειρουργική κεφαλής και τραχήλου. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001.
2. Bailey JB. Head and Neck Surgery, Otolaryngology Vol. 1 and 2. Lippincott Company, Philadelphia 1998.
3. Cummings Ch. et al. Otolaryngology, Head and Neck Surgery Vol 2, 3, 4. Mosby 2004.
4. Δανιηλίδης Ι, Ασημακόπουλος Δ. Ωτορινολαρυγγολογία – Παθολογία χειρουργικής κεφαλής και τραχήλου. University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2006.
5. Gates AG. Current therapy in Otolaryngology, Head and Neck Surgery. Mosby, 1998.
6. Μπαλατσούρας Δ, Καμπέρος Α. Ανατομική κεφαλής και τραχήλου με στοιχεία εμβρυολογίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2000.
7. Παπασπύρου Σ. Εν τω βάθει τραχηλοπροσωπικές φλεγμονές. Τεχνόγραμμα, Αθήνα 1993.
8. Scott-Brown's Otolaryngology, Vol V. Butterworths London, 1988.
9. Χελιδόνι Ε. Σύγχρονη Ωτορινολαρυγγολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.