

# Ρινοπαραρρινοκολπίτιδα

## Για το γενικό ιατρό

ΣΤΑΥΡΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ

Ω.Ρ.Λ., Διευθυντής Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας»

*Η ρινοκολπίτιδα είναι ένα σημαντικό και αυξανόμενο πρόβλημα υγείας που οδηγεί σε ένα μεγάλο οικονομικό βάρος την κοινωνία. Η ρινίτιδα και η ιγμορίτιδα συνυπάρχουν συνήθως και είναι ταυτόχρονες στα περισσότερα άτομα, κατά συνέπεια η σωστή ορολογία είναι τώρα ρινοκολπίτιδα. Η ρινοκολπίτιδα ορίζεται ως η φλεγμονή της μύτης και των παραρρινίων κόλπων που χαρακτηρίζονται από δύο ή περισσότερα συμπτώματα, ένα από τα οποία πρέπει να είναι είτε η ρινική συμφόρηση, είτε η πυώδης ρινική έκκριση, πόνος κατά την πίεση του προσώπου, μείωση ή απώλεια της όσφρησης. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος και η αξονική τομογραφία βοηθούν στη διάγνωση και στη θεραπεία της νόσου.*

### Εισαγωγή

Η ρινοπαραρρινοκολπίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των ιγμόρειων, ηθμοειδών και μετωπιαίων κόλπων και υπολογίζεται ότι αποτελεί την αιτία περίπου 25 εκατομμυρίων επισκέψεων σε ιατρεία στις Η.Π.Α. ετησίως. Είναι η πέμπτη συχνότερη αιτία συνταγογράφησης αντιβιοτικών από τους παθολόγους. Οι παθολόγοι έχουν την τάση να συνταγογραφούν αντιβιοτικά περίπου στο 90% των περιπτώσεων, παρότι οι περισσότερες περιπτώσεις θα αποδράμουν αυτόματα. Για πρακτικούς λόγους, η «παραρρινοκολπίτιδα» και η «ρινοπαραρρινοκολπίτιδα» είναι καταστάσεις αλληλένδετες και εναλλασσόμενες, όμως πολλοί ειδικοί προτιμούν πλέον τον τελευταίο όρο, διότι τα ανατομικά στοιχεία της ρινός, τα οποία είναι παρακείμενα των παραρρινίων κόλπων επίσης φλεγμαίνουν σε όλες τις περιπτώσεις μαζί με τους ίδιους τους κόλπους.

### Αιτιολογία και Παθογένεση

Οιοίπου προσβάλλουν το αναπνευ-

στικό είναι οι συχνότερες αιτίες οξείας ρινοπαραρρινοκολπίτιδας. Η οξεία βακτηριακή ρινοπαραρρινοκολπίτιδα γενικά εκδηλώνεται ως μία δευτεροπαθής λοίμωξη που προκαλείται από μία ιογενή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Οι πραγματοποιηθείσες, δια παρακεντήσεως, καλλιέργειες του κόλπου δείχνουν ότι τα συχνότερα παθογόνα μικρόβια είναι ο *Streptococcus pneumoniae* και ο *Haemophilus influenzae*. Εντούτοις, ενίοτε απομονώνονται κι άλλοι στρεπτόκοκκοι, καθώς και η *Moraxella catarrhalis*. Τα αναερόβια έχουν ενοχοποιηθεί για μερικές περιπτώσεις χρόνιας παραρρινοκολπίτιδας, παρότι ο παθολογικός τους ρόλος είναι ασαφής (πίνακας 1).

Σε ασθενείς με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη, ουδετεροπενία ή άλλες καταστάσεις ανοσοκαταστολής, αιτιολογικοί παράγοντες, όπως *Aspergillus*, *Rhizopus* (*mucor*), *Candida*, *Alternaria*, *Pseudomonas*, *Nocardia*, *Legionella*, άτυπα μυκοβακτήρια και κάποια παράσιτα, είναι ασυνήθεις αλλά σημαντικοί και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Η ενδονοσοκομειακή παραρ-

Πίνακας 1. Παθογόνα μικρόβια οξείας παραρρινοκολπίτιδας

<i>Streptococcus pneumoniae</i>	76%
<i>Haemophilus influenzae</i>	
<i>Moraxella catarrhalis</i>	3-7%
<i>Staphylococcus aureus</i> , κ.ά.	

ρινοκολπίτιδα που σχετίζεται με τους ρινοτραχειακούς ή τους ρινογαστρικούς σωλήνες είναι συχνά πολυμικροβιακή. Σε αυτή τη νοσολογική οντότητα, ο *Staphylococcus aureus*, τα Gram (-) εντεροβακτήρια και τα αναερόβια, ιδιαίτερα οι αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι και τα βακτηριοειδή, μπορεί να είναι παρόντα (πίνακας 2).

Η φυσιολογική ασηψία των κόλπων διατηρείται με το συνεχή καθαρισμό μέσω του κροσσωτού επιθηλίου του βλεννογόνου. Μία ποικιλία παθοφυσιολογικών και ανατομικών ανωμαλιών μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του στομίου του κόλπου και του ρινικού πόρου, ένας μηχανισμός συνήθης ▶

**Πίνακας 2. Συνθεότερα αίτια**

**Οδοντογενής μόλυνση**

- Klebsiella pneumoniae
- Escherichia coli
- Streptococcus faecalis

**Ενδοσσοκομειακή λοίμωξη**

- Gram (-) μικρόβια
- Pseudomonas aeruginosa
  - Klebsiella pneumoniae
  - Enterobacter
  - Proteus mirabilis
  - Escherichia coli

**Ανοσοκατασταλμένα ή ηλικιωμένα διαβητικά άτομα**

- Mycomycosis
- Aspergillosis

στην παθογένεση των περισσότερων περιπτώσεων μικροβιακής παραρρινοκολπίτιδας. Παρότι η ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού πιθανώς είναι η πιο συχνή αιτία, η αλλεργική και η αγγειοκινητική ρινίτιδα μπορούν επίσης να προκαλέσουν μικροβιακή παραρρινοκολπίτιδα. Το φύσημα της μύτης μπορεί να προωθήσει υγρό και μικρόβια εντός των παραρρινίων κόλπων και να προκαλέσει παραρρινοκολπίτιδα. Στους ανατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η πολυποδίαση της ρινός, η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, οι ρινοτραχειακοί σωλήνες, οι ρινογαστρικοί σωλήνες και άλλα ξένα σώματα.

Οι διαφορές στο υψόμετρο, οι καταδύσεις και η κολύμβηση θεωρείται ότι παίζουν κάποιο ρόλο σε μερικά άτο-

μα. Το κάπνισμα και κάποιες ναρκωτικές ουσίες ενδορρινικής λήψης μπορούν να βλάψουν τη λειτουργία του κροσσώτου επιθηλίου, προδιαθέτοντας σε παραρρινοκολπίτιδα. Οποιαδήποτε από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να αυξήσει το οίδημα εντός ή εγγύς του στομίου του κόλπου ή να βλάψει τον καθαρισμό των παραρρινίων κόλπων. Ένας σχετικά σαφής παθογενετικός μηχανισμός είναι η περιστασιακή επέκταση ενός οδοντικού αποστήματος εντός των ιγμορείων.

**Κλινική εικόνα**

Το άλγος του προσώπου και η συμφόρηση είναι τα συχνότερα χαρακτηριστικά ευρήματα από το ιστορικό, παρότι τα συμπτώματα αυτά διαπιστώνονται και σε άλλες αιτίες ρινικής απόφραξης, όπως την ιογενή ή την αλλεργική ρινίτιδα. Η οδονταλγία της άνω γνάθου και η πυώδης ρινόρροια είναι επίσης συχνά ευρήματα της οξείας ρινοπαραρρινοκολπίτιδας (πίνακας 3).

Ένα παρατεταμένο (>10 ημερών) «κρουολόγημα» με συμφόρηση και άλγος προσώπου, με ή χωρίς πυώδη έκκριση, συνήθως αναγκάζει τον ασθενή σε ιατρική εξέταση. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν μία διφασική πάθηση, με βελτίωση και μετά επιδείνωση των συμπτωμάτων. Μπορεί να υπάρχει πυρετός, χωρίς όμως αυτό να είναι τυπικό εύρημα. Μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν υποξεία (διάρκειας 4 έως 12 εβδομάδων) ή χρόνια (διάρκειας μεγαλύτερης των 12 εβδομάδων) συμπτώματα (πίνακας 4).

**Επιπλοκές**

Σοβαρές, απειλητικές για τη ζωή, επιπλοκές της παραρρινοκολπίτιδας είναι ασυνήθεις στην εποχή των αντιβιοτικών, όμως μπορεί να συμβούν. Η οστέινη μοίρα των οφθαλμικών κόγχων περιβάλλεται από τους παραρρινίους κόλπους σε τρία μέρη, συνεπώς μία λοίμωξη του κόγχου μπορεί να προκληθεί από παραρρινοκολπίτιδα, ιδιαίτερα την ηθμοειδίτιδα, με την επέκτασή της μέσω του παπυρώδους πετάλου του ηθμοειδούς. Ένα οίδηματώδες άνω βλέφαρο μπορεί να είναι το πρώτο κλινικό σημείο, ακολουθούμενο από πτώση, χύμωση του επιπεφυκότα, πρόπτωση και οφθαλμοπληγία.

Η μεμονωμένη λοίμωξη των μετωπιαίων κόλπων είναι σπάνια αλλά δυνητικά σοβαρή. Η πρόσθια επέκταση της λοίμωξης από το μετωπιαίο κόλπο μπορεί να οδηγήσει σε οστεομυελίτιδα του μετωπιαίου οστού, η οποία εκδηλώνεται με κεφαλαλγία, πυρετό και ένα ψηλαφητό μαλακό (ζυμώδες) οίδημα του μετωπιαίου οστού, καλούμενο οίδηματώδες όγκος του Pott. Η ανάδρομη μετανάστευση σπητικού θρόμβου κατά μήκος του φλεβικού δικτύου μπορεί να οδηγήσει σε θρομβοφλεβίτιδα του σπαραγγώδους κόλπου. Τα κλινικά ευρήματα περιλαμβάνουν πυρετό, τοξικότητα, χύμωση, πρόπτωση, παράλυση κρανιακών νεύρων με συμμετοχή του III (κοινού κινητικού), του IV (τροχιλιακού) και του VI (απαγωγού).

Η θρόμβωση του σπαραγγώδους κόλπου μπορεί να καταστεί αμφοτε-

**Πίνακας 3. Κλινική εικόνα**

- Συμπτώματα λοίμωξης του αν. αναπνευστικού, εντονότερα και παρατεταμένα (>10 ημερών). Κάποιοι ασθενείς περιγράφουν μία «διφασική» πάθηση
- Άλγος, αίσθηση πληρότητας στο πρόσωπο
- Ρινική συμφόρηση με ή χωρίς πυώδη ρινόρροια
- Πυρετός, κακουχία
- Μετωπιαία ή βρεγματική κεφαλαλγία, ή οδονταλγία της άνω γνάθου
- Ευαισθησία στην ψηλάφηση ή επίκρουση του πάσχοντος κόλπου (όταν πρόκειται για πρόσθιο)
- Ελάττωση της όσφρησης
- Περικογχικό οίδημα

**Πίνακας 4. Ορισμοί**

**Παραρρινοκολπίτιδα:**

Είναι η φλεγμονή του βλεννογόνου των παραρρινίων κόλπων.

- Οξεία (<4 εβδ.)
- Υποξεία (>4 εβδ. και <3 μην.)
- Χρόνια (>3 μην.)

Φλεγμονή όλων των κόλπων = παγκολπίτιδα

### Πίνακας 5. Επιπλοκές

- Βλεννογονοκίλη-πυοκίλη (κεφαλαλγία, διόγκωση, διπλωπία)
- Οστεΐτιδα, οστεομυελίτιδα (πυρετός, λευκοκυττάρωση, μετωπιαία κεφαλαλγία, "Pott's ruffy tumor")
- Ο.Μ.Ω. → Μαστοειδίτιδα
- Κυτταρίτιδα οφθ. κόγχου, απόστημα οφθ. κόγχου, περικογχικό (υποπεριοστικό) απόστημα (απώλεια όρασης, επέκταση στο Κ.Ν.Σ.)
- Σύνδρομο του υπερκόχιου σχίσματος (παράλυση του απαγωγού ν., βλάβες άλλων κρανιακών ν., εξόφθαλμος, οφθαλμοπληγία, άλγος οφθαλμικού κόγχου)
- Εξωμηνιγγικό, υποσκληρίδιο, εγκεφαλικό απόστημα (κεφαλαλγία, έμετοι, ναυτία, πυρετός, νευρολογικές βλάβες)
- Βακτηριακή μηνιγγίτιδα (πυρετός, κεφαλαλγία, φωτοφοβία, δυσκαμψία Α.Μ.Σ.Σ. και Ο.Μ.Σ.Σ., έμετοι, επιληπτικοί σπασμοί)
- Θρόμβωση σπαραγγώδους κόλπου (οίδημα οφθ. κόγχου, φλεβική στάση, συμμετοχή κρανιακών νεύρων, πυρετός, ναυτία, έμετοι, κεφαλαλγία, οξέως πάσχοντες ασθενείς)

ρόπλευρη, λόγω εξάπλωσης μέσω των ενδοσπαραγγών επικοινωνιών. Επέκταση στις μνίγγες ή το εγκεφαλικό παρέγχυμα μπορεί να συμβεί άμεσα ή μέσω του φλεβικού δικτύου και μπορεί να οδηγήσει σε επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο απόστημα, απόστημα του μετωπιαίου λοβού ή μηνιγγίτιδα (πίνακας 5).

### Διαφορική διάγνωση

Συχνές αιτίες πρόκλησης ρινικών και «παραρρινοκολπικών» συμπτωμάτων είναι η αλλεργική ρινίτιδα, η οξεία ιογενής λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, η αγγειοκινητική ρινίτιδα (ιδιοπαθής), η κατάχρηση ρινικών σταγόνων (φαρμακευτική ρινίτιδα) και η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος.

Λιγότερο συχνές αιτίες είναι οι ρινικοί πολύποδες, η κοκκιωμάτωση Wegener, η αγγειοκινητική ρινίτιδα που προκαλείται από φάρμακα (κοκαΐνη, πραζοσίνη και αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης), ξένο σώ-

### Πίνακας 6. Διάγνωση παραρρινοκολπίτιδας

Κύρια συμπτώματα	Δευτερεύοντα συμπτώματα
1. Πόνος στο πρόσωπο	1. Πυρετός
2. Ρινική απόφραξη	2. Δυσσομία στόματος
3. Πυώδεις εκκρίσεις	3. Οδονταλγία
4. Υποσμία	4. Βήχας

**Το άλγος του προσώπου και η συμφόρηση είναι τα συχνότερα χαρακτηριστικά ευρήματα από το ιστορικό, παρότι τα συμπτώματα αυτά διαπιστώνονται και σε άλλες αιτίες ρινικής απόφραξης, όπως την ιογενή ή την αλλεργική ρινίτιδα. Η οδονταλγία της άνω γνάθου και η πυώδης ρινόρροια είναι επίσης συχνά ευρήματα της οξείας ρινοπαραρρινοκολπίτιδας**

μα, όγκος, διαφυγή εγκεφαλονωτιαίου υγρού και κάποιες ορμονικές διαταραχές (υποθυρεοειδισμός, κύηση).

### Διαγνωστική προσέγγιση

Παρά το γεγονός ότι κανένα σημείο ή σύμπτωμα δεν είναι από μόνο του διαγνωστικό μικροβιακής λοίμωξης, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι κάποια κλινικά ευρήματα είναι χρήσιμα και ιδιαίτερα ο συνδυασμός αυτών. Τα συμπτώματα αυτά γενικά ταξινομούνται σε πρωτεύοντα και δευτερεύοντα.

Τα ακόλουθα 3 συμπτώματα-παρουσία ρινικής απόφραξης, ετερόπλευρη οδονταλγία της άνω γνάθου και μικρή ανταπόκριση στην αποσυμφορητική θεραπεία-σε συνδυασμό με το πυώδες ρινικό έκκριμα, είναι ενδει-

κτικά οξείας μικροβιακής ρινοπαραρρινοκολπίτιδας. Η παρουσία 4 ή περισσότερων από τα ευρήματα αυτά αυξάνει την πιθανότητα της οξείας παραρρινοκολπίτιδας. Η παρουσία ενός ή κανενός από τα ευρήματα αυτά μειώνει σημαντικά την πιθανότητα αντίστοιχα (πίνακας 6).

Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις που είναι διαθέσιμες στο γενικό ιατρό είναι η απλή ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία (CT). Η απλή ακτινογραφία είναι περιορισμένης ευαισθησίας και ειδικότητας για τη μικροβιολογικά αποδεδειγμένη παραρρινοκολπίτιδα. Η CT των κόλπων είναι μία εξέταση υψηλής ευαισθησίας αλλά μικρής ειδικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη το κόστος, η χρήση της ακτινογραφίας ή άλλων απεικονιστικών μεθόδων στην αρχική εκτίμηση μίας πιθανής παραρρινοκολπίτιδας είναι πάντοτε πιο δαπανηρή και όχι πιο αποτελεσματική από τις άλλες μεθόδους, όπως είναι η εμπειρική αντιβιοτική αγωγή σε ασθενείς με αρκετά μεγάλη κλινική πιθανότητα βακτηριακής ρινοπαραρρινοκολπίτιδας και η συμπτωματική αγωγή σε άλλους. Για τους λόγους αυτούς, ακτινογραφία συνιστάται μόνο όταν η αρχική θεραπεία είναι αναποτελεσματική ή σε υποτροπιάζουσες περιπτώσεις.

### Αντιμετώπιση και Θεραπεία

Η οξεία ρινοπαραρρινοκολπίτιδα αποδράμει χωρίς αντιβιοτική αγωγή στις περισσότερες περιπτώσεις. Μη τοξικοί, ανοσοεπαρκείς ασθενείς με οξεία μη επιπλεγμένη ρινοπαραρρινοκολπίτιδα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συμπτωματικά με αναλγητικά,

### Πίνακας 7. Θεραπευτική αντιμετώπιση

#### Συντηρητική αγωγή

- Εισπνοή υδρατμών, ρινικά spray N/S, εναπόθεση θερμών επιθεμάτων, υγραντήρας
- Αγγειοσπαστικά ρινικά spray (oxymetazoline 2-3x2/3-5 ημέρες) ή από του στόματος (pseudoephedrine 30-60mgx4/ημερησίως) (!)
- Κορτικοστεροειδή ρινικά spray (beclomethasone 1-2x2-4/ημερησίως)
- Βλεννολυτικά p.o. (qualifenesin ή bromelain 100-450mgx3/ημερησίως)
- Τοπική αποσυμφόρηση του μέσου ρινικού πόρου (τοποθέτηση τεμαχίου βάμβακος εμποτισμένου με αποσυμφορητικό για 20 λεπτά)

#### Αντιβιοτική αγωγή

με διάρκεια χορήγησης 14 ημερών ή συνέχισής της για τουλάχιστον μία εβδομάδα μετά την ύφεση των συμπτωμάτων

### Πίνακας 8. Αντιβιοτική αγωγή

- Αμοξικιλίνη (250-500mgx3/ημερησίως για 5-14 ημέρες)
- Τριμεθοπρίμη/Σουλφαμεθοξαζόλη (εναλλακτικά) (160/800mgx2/ημερησίως για 5-14 ημέρες)
- Κεφουροξίμη (σε αλλεργικούς στα 2 πρώτα) (250mgx2/ημερησίως για 10 ημέρες) (10% διασταυρούμενη αντίδραση)

ή Ερυθρομυκίνη (250-500mgx2-4/ημερησίως)

ή Κλαριθρομυκίνη (500mgx2/ημερησίως για 7-14 ημέρες)

Αναμενόμενη βελτίωση σε 5-7 ημέρες. Αν όχι, τότε:

- Αμοξικιλίνη+Κλαβουλανικό οξύ (625mgx3 ή 1grx2/ημερησίως)
- Κινολόνη (levofloxacin) (500mgx1/ημερησίως)
- Κεφουροξίμη (250mgx2/ημερησίως για 10 ημέρες)

Αναμενόμενη βελτίωση σε 3-4 εβδομάδες. Αν όχι, τότε:

- +Μετρονιδαζόλη (250-500mgx3 ή 4/ημερησίως)
- ή Κλινδαμυκίνη (150-45 mgx3 ή 4/ημερησίως)

αποσυμφορητικά και τοπικά θερμά επιθέματα. Τα τοπικά αποσυμφορητικά φαίνεται ότι είναι σημαντικά, όχι μόνο λόγω του ότι προσφέρουν γρήγορη συμπτωματική ανακούφιση της ρινικής συμφόρησης, αλλά και γιατί μειώνουν το οίδημα του στομίου του κόλπου και του ρινικού πόρου. Το πρόβλημα της βραχυπρόθεσμης επανεμφάνισης συμπτωμάτων (φαινόμενο rebound) είναι ελάχιστο όταν τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για λιγότερο από 4 ημέρες.

Τα αντιισταμινικά θεωρείται ότι συμβάλλουν στην πύκνωση των εκκρίσεων και για το λόγο αυτό αποφεύγονται, τουλάχιστον αρχικά, παρότι η απόδειξη για κάτι τέτοιο είναι περιορισμένη. Η εισπνοή θερμών υδρατμών μπορεί να βοηθήσει όπως και οι ρινοπλύσεις με φυσιολογικό ορό.

#### Επιλογή ασθενών για αντιβιοτική θεραπεία

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ιδιαίτερα ότι πολλές-αν όχι οι περισσότερες-περιπτώσεις οξείας «παραρρινοκολπίτιδας» που διαγιγνώσκονται σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων είναι μη επιπλεγμένες ιογενείς λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού. Ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει φλεγμονή των παραρρινίων κόλπων, η βακτηριακή και η ιογενής αιτιολογία είναι δύσκολο να διακριθούν σε κλινική βάση. Παρότι υπάρχει μία αναμφισβήτητα υπερβολική συνταγογράφηση αντιβιοτικών για την πάθηση αυτή, καθώς και για άλλες συνήθεις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, η χορήγησή τους μπορεί να θεωρηθεί δικαιολογημένη.

Κατά συνέπεια, δεδομένου του αυξανόμενου προβλήματος της ανθεκτικότητας στα αντιβιοτικά, οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν τη χορήγηση αντιβιοτικών μόνο σε ασθενείς που τα συμπτώματά τους-άλλος της άνω γνάθου ή ευαισθησία στο πρόσωπο ή τα δόντια και πυώδεις ρινικές εκκρίσεις-διαρκούν περισσότερο από 7 ημέρες, καθώς επίσης και σε εκείνους που δεν ανταποκρίνονται στη χορήγηση αποσυμφορητικών ή έχουν σοβαρά συμπτώματα.

Έγκαιρη αντιβιοτική θεραπεία σε συνδυασμό με επιθετική διαγνωστική προσπέλαση και παραπομπή είναι ενδεδειγμένη για κάθε ασθενή με σημεία τοξικότητας ή ενδείξεις επιπλοκών. Η παραπομπή σε ωτορινολαρυγγολόγο ενδείκνυται επίσης όταν η παραρρινοκολπίτιδα είναι υποτροπιάζουσα ή εμμένουσα παρά την εμπειρική αντιμετώπιση (πίνακας 7).

#### Επιλογή των αντιβιοτικών φαρμάκων και διάρκεια θεραπείας

Τελευταίες μελέτες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι τα νεότερα αντιβιοτικά ευρέος φάσματος δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικά από τα αντιβιοτικά περιορισμένου φάσματος. Όταν συνταγογραφείται κάποιο αντιβιοτικό, αυτό θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο περιορισμένου φάσματος, το οποίο να είναι δραστικό έναντι των συχνότερα απαντώντων παθογόνων μικροβίων, του *S. pneumoniae* και του *H. influenzae*.

Η αμοξικιλίνη με ή χωρίς κλαβουλανικό οξύ και η τριμεθοπρίμη/σουλ-

► φαμεθοξαζόλη (TMP/SMX) φαίνεται ότι είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο και τα νεότερα ακριβότερα αντιβιοτικά, όταν αυτά χορηγούνται ως φάρμακα πρώτης εκλογής.

Η κλαριθρομυκίνη είναι μία εναλλακτική αγωγή σε ασθενείς σοβαρά αλλεργικούς στην πενικιλίνη. Η καταλληλότερη διάρκεια θεραπείας είναι άγνωστη, τυπικά όμως χρησιμοποιούνται θεραπευτικά σχήματα 7 έως 14 ημερών. Δεδομένης της ραγδαίας αύξησης της ανθεκτικότητας του *S. pneumoniae* και του *H. influenzae* στα αντιβιοτικά, οι κλινικοί ιατροί πρέπει επίσης να γνωρίζουν τις ισχύουσες συστάσεις θεραπείας έναντι των μικροοργανισμών όταν λαμβάνουν αποφάσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου η επικράτηση των ανθεκτικών μικροοργανισμών είναι μεγάλη ή ο

κίνδυνος των επιπλοκών είναι υψηλός (πίνακας 8).

### Βιβλιογραφία

1. Durr DG, Desrosiers MY, Dassa C. Impact of rhinosinusitis in health care delivery: the Quebec experience. *J Otolaryngol.* 2001; 30 (2): 93-7.
2. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med.* 2003; 45 (1): 5-14.
3. Ray NF, Baraniuk JN, Thamer M, Rinehart CS, Gergen PJ, Kaliner M, et al. Healthcare expenditures for sinusitis in 1996: contributions of asthma, rhinitis, and other airway disorders. *J Allergy Clin Immunol.* 1999; 103 (3 Pt 1): 408-14.
4. Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, Ambrose PG, Benninger MS, Hadley JA, et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Jan; 130 (1 Suppl): 1-45.
5. Report of the Rhinosinusitis Task Force Committee Meeting. Alexandria, Virginia, August 17, 1996. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Sep; 117 (3 Pt 2): S1-68.
6. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, Lanza DC, Marple BF, Nicklas RA, et al. Rhinosinusitis: Developing guidance for clinical trials. *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Nov; 118 (5 Suppl): S17-61.
7. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, Lanza DC, Marple BF, Nicklas RA, et al. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery.* 2004; 131 (6 SUPPL.): S1-S62.
8. Fokkens W, Lund V, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinol Suppl.* 2005 (18): 1-87.
9. Fokkens W, Lund V, Bachert C, Clement P, Hellings P, Holmstrom M, et al. EAACI position paper on rhinosinusitis and nasal polyps executive summary. *Allergy.* 2005; 60 (5): 583-601.
10. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj.* 1996 Jan 13; 312 (7023): 71-2.
11. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *Bmj.* 1999 Feb 27; 318 (7183): 593-6.
12. New guidelines for sinusitis target prescribing practices. *Dis Manag Advis.* 2004 Mar; 10 (3): 27-30.
13. Bachert C, Hormann K, Mosges R, Rasp G, Riechelmann H, Muller R, et al. An update on the diagnosis and treatment of sinusitis and nasal polyposis. *Allergy.* 2003; 58 (3): 176-91.
14. Lim M, Lew-Gor S, Darby Y, Brookes N, Scadding GK, VJ L. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis. *Rhinology.* 2007; in press.
15. Winstead W. Rhinosinusitis. *Prim Care.* 2003; 30 (1): 137-54.
16. Slavin RG. Nasal polyps and sinusitis. *Jama.* 1997; 278 (22): 1849-54. ■