

Αίτια ρινορραγίας κατά την τελευταία τριετία στο Γ.Ν. Αργινίου - αντιμετώπιση

Πάστρας Β. , Μπόντας Α. , Πέρος Γ. , Ζησιμό-
πουλος Χ. , Μαλάτος Α.
ΩΡΛ κλινική Γ.Ν. Αργινίου

Σκοπός

Ο προσδιορισμός των συχνότερων χρονίων παθήσεων που οδηγούν στην εμφάνιση ρινορραγίας

Υλικό - μέθοδος

Μελετήθηκαν 200 ασθενείς (115 άνδρες - 85 γυναίκες) ηλικίας 30-85 ετών που αντιμετωπίστηκαν στο Ε.Ι. ή νοσηλεύθησαν στην κλινική μας κατά την τελευταία τριετία . Ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν 3-5 ημέρες .

Σε όλες τις περιπτώσεις αφού έγινε τοπική αιμόσταση και έλεγχος της αιμορραγίας , έγινε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος καθώς και παθολογική ή καρδιολογική εκτίμηση , όπου ήταν απαραίτητο. Το ιστορικό συνοδών παθήσεων καθώς και λήψης φαρμάκων ελήφθη σοβαρά υπόψιν. Εγινε κλινικός διαχωρισμός των ρινορραγιών σε πρόσθιες και οπίσθιες , καθώς συνήθως σε κάθε περίπτωση το αίτιο διαφέρει .

Αποτελέσματα

Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 68 έτη για τους άνδρες και 64,2 έτη για τις γυναίκες . Ως συνοδές παθήσεις είχαμε την αρτηριακή υπέρταση σε 130 ασθενείς (65%) , λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη , αντιπηκτικά) σε 25 ασθενείς , καρδιοπάθεια σε 15 ασθενείς , 7 με ΧΝΑ ενώ 23 είχαν συνδιασμό των ανωτέρω παθήσεων (11,5%). Από το σύνολο αυτών των ασθενών μόνο 6 (ποσοστό 3%) είχαν μεγάλη οπισθία ρινορραγία και χρειάστηκε οπίσθιος πωματισμός . Συνολικά η ρινορραγία χαρακτηρίστηκε οπισθία σε 128 ασθενείς (ποσοστό 64%) .

Συζήτηση

Η αιμάτωση της ρινός προέρχεται από κλάδους της έσω και έξω κερωτίδας . Από την έσω κερωτίδα εκπορεύεται η οφθαλμική αρτηρία η οποία τελικά θα δώσει τη μεγαλύτερη προσθία ηθμοειδή και την μικρότερη οπισθία ηθμοειδή αρτηρία . Και οι δύο ηθμοειδείς αρτηρίες εξέρχονται από την περικογχική περιτονία στο ύψος του τετραμένου πετάλου.Οι έσω κλάδοι αιματώνουν το άνω μέρος του διαφράγματος και την περιοχή Little ενώ οι έξω κλάδοι αιματώνουν την άνω και μέση ρινική κόγχη.

Η έξω κερωτίδα χορηγεί κλάδους κυρίως μέσω της έσω γναθιαίας που εισέρχεται στο πτερυ-

γούπερωιο βόθρο όπου πορεύεται προς τα έσω με ελικοειδή πορεία. Οι κλάδοι της έσω γναθιαίας που αιματώνουν τη μύτη είναι η μείζων υπερώιος αρτηρία , η φαρυγγική αρτηρία , η οπίσθια ρινική αρτηρία και η σφηνοϋπερώιος αρτηρία . Η μείζων υπερώιος αρτηρία αιματώνει το διάφραγμα και το έδαφος της μύτης. Η σφηνοϋπερώιος αρτηρία και οι ηθμοειδείς αρτηρίες είναι οι κύριοι τροφοδότες που συμβάλουν στη δημιουργία του πλέγματος του Kiesselbach. Η οπίσθια ρινική αρτηρία αιματώνει το πλάγιο ρινικό τοίχωμα και τις κόγχες. Αναστομώνεται με κλάδους της φαρυγγικής αρτηρίας για να σχηματίσει το πλέγμα του Woodruff. Η προσωπική αρτηρία μέσω της χειλικής στέλνει κλάδους στον πρόδρομο της ρινός.

Η ρινορραγία ταξινομείται διεθνώς σε πρόσθια και οπίσθια. Περίπου το 80% των ρινορραγιών είναι πρόσθιες και εντοπίζονται στο πρόσθιο κάτω τμήμα του διαφράγματος που τροφοδοτείται από το πλέγμα του Kiesselbach. Οι οπίσθιες αιμορραγίες συνήθως εντοπίζονται στο πλέγμα του Woodruff.

Η ρινορραγία προκαλείται από αλληλεπίδραση παραγόντων που επιδρούν στο ρινικό βλεννογόνο και στο τοίχωμα των αγγείων. Αυτοί περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς , τοπικούς και συστηματικούς παράγοντες καθώς και φαρμακευτικούς παράγοντες που επηρεάζουν το μηχανισμό αιμόστασης.

Αν και στην αντιμετώπιση της προσθίας επίσταξης με καυτηρίαση , πρόσθιο ρινικό πωματισμό ή και τα δύο , υπάρχει διεθνώς ομοφωνία , η αντιμετώπιση της οπίσθιας ή υποτροπιάζουσας επίσταξης αποτελεί θέμα υπό συζήτηση . Οι θεραπευτικές επιλογές της οπίσθιας επίσταξης περιλαμβάνουν την ενδοσκοπηση με καυτηρίαση της αιμορραγικής εστίας , τον οπίσθιο ρινικό πωματισμό, την αρτηριακή απολίνωση (ενδοσκοπική ή με εξωτερική προσπέλαση) και τον αρτηριακό εμβολισμό . Διάφοροι συγγραφείς προτείνουν τη χρήση των ακάμπτων ενδοσκοπιών σε ασθενείς με ρινορραγία που δεν ελέγχεται μόνο με την προσθία ρινοσκοπηση.

Οι Agrifolio & Fricart¹ αντιμετώπισαν 139 ασθενείς ενδοσκοπικά με μονοπολική διαθερμία-αναρρόφηση. Πέτυχαν αιμόσταξη στο 82% των ασθενών με την πρώτη προσπάθεια και τελικά στο 92% του συνόλου των ασθενών.

Παρά ταύτα , εάν κριθεί απαραίτητη η τοποθέτηση οπίσθιου πωματισμού , διάφοροι τύποι είναι διαθέσιμοι όπως ο κλασικός , ο καθετήρας Foley και διάφοροι εμπορικοί τύποι αεροδιατατών πωματισμών π.χ. Epistat - (Xomed) . Επειδή οι ασθενείς με οπίσθιους πωματισμούς έχουν ηυξημένο κίνδυνο για ανοξαιμικά επεισόδια , έμφραγμα μυοκαρδίου ακόμη και θάνατο , συχνά εισάγονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας για παρακολούθηση.

Οι Stangerup et al² συνέκριναν την τρέχουσα

πρακτική του πωματισμού με την έκπλυση με ζεστό νερό σε περιπτώσεις οπίσθιας ρινορραγίας. Η έκπλυση με ζεστό νερό έχει χρησιμοποιηθεί για επίτευξη αιμόστασης σε μαιευτικά επεισόδια αιμορραγίας πριν και μετά από τον τοκετό και έχει περιγραφεί και στην αντιμετώπιση της ρινορραγίας.

Στην μελέτη του Stangerup , αφού προηγουμένως αποφράσσεται η ρινική χοάνη με το μπαλόνι ενός καθετήρα για την αποφυγή εισροφίσεων , ακολουθεί έκπλυση με 500 ml νερό θερμοκρασίας 500 C που εισάγεται με δύναμη στη ρινική κοιλότητα. Οι πιθανοί μηχανισμοί αιμόστασης περιλαμβάνουν οίδημα και μείωση της ενδορρινικής κοιλότητας , αγγειοδιαστολή των αγγείων του βλεννογόνου (μείωση της ροής και της ενδοαυλικής πίεσης) και απομάκρυνση των πηγμάτων αίματος από την μύτη. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με ρινική έκπλυση με ζεστό νερό είχαν βραχύτερη παραμονή στο νοσοκομείο (κατά μέσο όρο 4 ημέρες για την ομάδα του πωματισμού και 3.9 ημέρες για την ομάδα της ρινικής έκπλυσης) , λιγότερο ρινικό τραυματισμό και σημαντικά λιγότερο πόνο.

Όταν τα συντηρητικά μέτρα αποτύχουν , υπάρχουν διάφορες περισσότερο επεμβατικές επιλογές.

Πάντως θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι οι επεμβάσεις αυτές δεν είναι άμοιρες επιπλοκών όπως τύφλωση , μειωμένη παραγωγή δακρύων , τραυματισμός υποκογχίου νεύρου , στοματοκολπικό συρίγγιο , παραρρινοκολπίτιδα και επιφορά.

Πρόδρομα δεδομένα δείχνουν ότι η εξέλιξη της απολίνωσης της έσω γναθιαίας αρτηρίας σε μία λιγότερο επεμβατική και περισσότερο εκλεκτική επέμβαση που αφορά τη σφηνοϋπερώιο αρτηρία είτε δια μέσου του άντρου^{3,4} ή καλύτερα ενδοσκοπικά^{5,6} είναι αποτελεσματική. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνοϋπερώιας αρτηρίας αποτελεί αξιόπιστη εναλλακτική λύση αντί του οπίσθιου πωματισμού ή της δια του άντρου απολίνωσης της έσω γναθιαίας και αποφεύγονται έτσι οι επιπλοκές και η νοσηρότητα των επεμβάσεων αυτών.

Προσθία ρινορραγία

Ηλεκτροκαυτηρίαση, Νιτρικός άργυρος
Πρόσθιος ρινικός πωματισμός
(π.χ. Merocel, βαζελινούχος γάζα κλπ.)

Οπίσθια ρινορραγία

Ενδοσκοπηση με ηλεκτροκαυτηρίαση υπό T/A
Οπίσθιος ρινικός πωματισμός
Ρινική έκπλυση με ζεστό νερό
Απολίνωση της έσω γναθιαίας αρτηρίας
Απολίνωση της σφηνοϋπερώιας αρτηρίας
(ενδοσκοπικά ή δια του άντρου)
Απολίνωση προσθίας ή οπίσθιας ηθμοειδούς αρτηρίας

Επεμβάσεις στην αντιμετώπιση της ρινορραγίας

Συμπεράσματα

1. Στην σειρά μας οι συχνότερες παθήσεις που προκαλούν ρινορραγία ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η λήψη φαρμάκων και η καρδιοπάθεια, παθήσεις που καταστρέφουν τα αγγειακά τοιχώματα και οδηγούν σε αιμορραγίες.
2. Οι περισσότερες αιμορραγίες αφορούν ηλικιωμένα άτομα και ο έλεγχος είναι δύσκολος. Οσπόσο το ποσοστό χρήσης οπισθίου πωματισμού είναι χαμηλό.
3. Το ιστορικό πάντα παίζει σημαντικό ρόλο στα πλαίσια της σωστής διαγνωστικής προσέγγισης και αντιμετώπισης.
4. Δεν συμπεριλήφθησαν στην μελέτη μετατραυματικές αιμορραγίες, αιματολογικά νοσήματα και όγκοι της περιοχής καθώς η αντιμετώπιση αλλά και η πρόγνωση είναι διαφορετική.
5. Στην προσθία ρινορραγία, η αντιμετώπιση συνήθως είναι εύκολη και δεν χρειάζεται νοσηλεία. Έτσι κατά μέσον όρο νοσηλεύθηκαν 25, ηλικιωμένα ιδίως, άτομα τον χρόνο για ρινορραγία στην κλινική μας, όλα με οπίσθια αιμορραγία.
6. Η ρινορραγία παραμένει ένα συχνό κλινικό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται από τη ΩΡΛ ειδικότητα. Για την αντιμετώπιση της οπισθίας επίσταξης, σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης όπως η ενδοσκοπική εκλεκτική εστιακή καυτηρίαση, η ενδοσκοπική απολίνωση της σφηνωϊπερωϊου αρτηρίας και ο εκλεκτικός αρτηριακός εμβολισμός προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα και θα πρέπει να εμπλουτίσουν τις παραδοσιακές μεθόδους που διαθέτουμε. Η μείωση της συχνότητας τοποθέτησης οπίσθιων πωματισμών θα μειώσει όχι μόνο την ταλαιπωρία των ασθενών αλλά και το κόστος αντιμετώπισης.

Βιβλιογραφία

1. Agrifolio A, Frikart L: Endoscopic treatment of posterior epistaxis. *Am J Rhinol* 1999, 13:137-140.
2. Stangerup S, Dommerby H, Slim C, Kemp L, Stage J: New modification of hot water irrigation in the treatment of posterior epistaxis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999, 125:686-690.
3. Simpson GT, Janfaza P, Becker GD: Transantral sphenopalatine artery ligation. *Laryngoscope* 1982, 92:1001-1005.
4. Winstead W: Sphenopalatine artery ligation: an alternative to internal maxillary artery ligation for intractable epistaxis. *Laryngoscope* 1996, 106:667-669.
5. Budrovich R, Saetti R: Microscopic and endoscopic ligation of the sphenopalatine artery. *Laryngoscope* 1992, 102:1374-1394.
6. Snydermar CH, et al.: Endoscopic sphenopalatine artery ligation is an effective method of treatment for posterior epistaxis. *Am J Rhinol* 1999, 13:137-140.
7. McGarry GW: Nasal endoscope in posterior epistaxis: a preliminary evaluation. *J Laryngol Otol* 1991, 105:428-431.
8. Monte ED, Belmont MJ, Wax MK: Management paradigms for posterior epistaxis: a comparison of costs and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999, 121:103-106.
9. Small M, Murray J, Maran A: A study of patients with epistaxis requiring admission to hospital. *Health Bull (Edinb)* 1982, 40:20-29.
10. Metson R, Lane R: Internal maxillary artery ligation for epistaxis: An analysis for failures. *Laryngoscope* 1988, 98:760-764.
11. El Guindy A: Endoscopic transseptal sphenopalatine artery ligation for intractable posterior epistaxis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998, 107:1033-1037.
12. Elahl NM, Parnes LS et al: Therapeutic embolization in the treatment of intractable epistaxis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995, 121:65-69.
13. Tseng EY, Narducci CA, Willing SJ, Sillers MJ: Angiographic embolization for epistaxis: a review of 114 cases. *Laryngoscope* 1998, 108:615-619.
14. Moreau S, Goulet De Rugy, Babin E, et al: Supraselective embolization in intractable epistaxis: review of 45 cases. *Laryngoscope* 1998, 108:887-888.
15. Cullen MM, Tami TA: Comparison of internal maxillary artery ligation versus embolization for refractory posterior epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998, 118:636-642.
16. Barlow DW, Deleyiannis FWB, Pinczower EF: Effectiveness of surgical management of epistaxis at a tertiary care center. *Laryngoscope* 1997, 107:21-24.
17. Byahatti SV, Rebeiz EE, Shapshay SM: Hereditary hemorrhagic telangiectasia: what the otolaryngologist should know. *Am J Rhinol* 1997, 11:55-62.