

# ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΑΦΥΔΑΤΩΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ Αποτελέσματα Θεραπείας

Α. Μπόνας,<sup>1</sup> Σ. Παπαγεωργίου,<sup>2</sup> Β. Πάστρας,<sup>1</sup> Γ. Πέρος,<sup>1</sup> Α. Κουβαράς,<sup>1</sup> Χ. Τζαμαλής<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>ΩΡΛ Κλινική Γ.Ν. Αγρινίου <sup>2</sup>ΩΡΛ Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπείο Βούλας,  
<sup>3</sup>ΩΡΛ Τμήμα ΓΝΝ Μεσολογίου

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη φλεγμονής εις την παρωτίδα, παρατηρείται συνηθέστερον εις τα παιδιά υπό την μορφή της επιδημικής παρωτίτιδος και εις τους ενήλικες υπό την μορφή της σταφυλοκοκκικής παρωτίτιδος.

Η σταφυλοκοκκική παρωτίτιδα αναπτύσσεται εις καταβεβλημένα<sup>1</sup> άτομα, όπως τα αφυδατωμένα, ηλικιωμένα, με επιβαρυνόμενο ιστορικό και ύστερα από μία μείζονα χειρουργική επέμβαση. Παρατηρείται ερυθρότης του δέρματος και ευαισθησία και διόγκωση του αδένος. Κλυδασμός δεν είναι πάντοτε αντιληπτός,<sup>1</sup> διότι αφ' ενός μεν η κάψα τους αδένος είναι ισχυρή, αφ' ετέρου δε ο αδένος χωρίζεται εις διάφορα διαμερίσματα, γεγονός που εμποδίζει εις την αρχική περίοδο τον σχηματισμό αποστηματικής κοιλότητας.

Γενικά προδιαθεσικοί παράγοντες για την οξεία σιελαδενίτιδα αποτελούν η ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, ο Σ.Δ., ο υποθυρεοειδισμός, το AIDS, το σύνδρομο Sjogren,<sup>2</sup> η κατάθλιψη, η ανορεξία ή βουλιμία, η υπερουρικαιμία, η υπερλιποπρωτεϊναιμία, η κυστική ίνωση, η τοξίκωση από μόλυβδο και το σύνδρομο Cushing. Επιπροσθέτως, φάρμακα που τείνουν να αφυδατώσουν τους ασθενείς επίσης προδιαθέτουν σε οξεία σιελαδενίτιδα διότι αυξάνουν την στάση της σιέλου: διουρητικά (Burinex), βλεννολυτικά (Mucosolvan),<sup>3</sup> συγκεκριμένα αντιβιοτικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, φαινοθειαζίνες, β-blockers, βαρβιτουρικά και αντιχολινεργικά.

Σε τήξη της φλεγμονής (υποψία αποστήματος) γίνεται διάνοιξη από έξω κατά την κατεύθυνση της πορείας των κλάδων του προσωπικού και παραχέτευση υπό συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών.<sup>4</sup>

## ΣΚΟΠΟΣ

Η παρουσίαση οξείας μονόπλευρης (αρ.) παρωτίτιδας σε ηλικιωμένη (85 χρ.) ασθενή με βαρύ ιατρικό ιστορικό,

έντονα αφυδατωμένης και παραμελημένης κατά την στιγμή της εισαγωγής στην ΩΡΛ κλινική.

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Το περιστατικό αρχικά αντιμετωπίσθηκε κατ' οίκον από ιδιώτη ιατρό ΩΡΛ. Στο παραπεμπτικό σημείωμα του ιατρού αναφέρεται ότι η ασθενής πάσχει από σιελαδενίτιδα αριστερής παρωτίδας με εικόνα αποστήματος παρωτίδος. Έγινε καθετηριασμός του πόρου και δεν απέδωσε. Έχει ξηροστομία, είναι κληνήρης και έχει καχεξία. Κατόπιν συνενόησης, η ασθενής διεκομίσθηκε στα Ε.Ι. του Γ.Ν. Αγρινίου. Από το ιστορικό αναφέρεται η ύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας υπό φαρμακευτική αγωγή όπως και η ύπαρξη ηπίας νεφρικής. Κατά την κλινική εξέταση διεπιστώθει η έντονη αφυδάτωση, η πολύ μικρή συνεργασιμότητα της ασθενούς (υπόστρωμα σοβαρής άνοιας, επιδεινούμενη από την γενική κακή κατάσταση υγείας της ασθενούς) καθώς και η μεγάλη διόγκωση της αριστερής παρωτίδος με ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος, έντονο πόνο και σκληρία στην περιοχή (γενική θερμοκρασία μέχρι 37,5°C).

Κατά την επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας ελέγχεται έντονη ξηροστομία και διόγκωση και ερυθρότητα του εκφορητικού πόρου του αδένου. Στα Ε.Ι. ετοποθετήθει 1 Dx5% 1000cc για συντήρηση και ελήφθει πλήρης μικροβιολογικός και βιοχημικός έλεγχος (WBC: 18.600 (H), LY: 9,5% (L), πολυμορφοπύρρηνα: 88,8% (H), Hgb: 13gr/dl, HCT: 40,3%, MCV: 82fl, MCH:26,4% pg (L), PLT: 215.000, Clu: 107 mg/dl, ουρία: 171mg/dl (H), κρεατινίνη: 1,5 mg/dl (H), Κάλιο: 5,5 mmol/L (h), νάτριο: 135 mmol (L). Επίσης PTT: 33,6 sec (N) & PT 13,7 sec (N), 70,79%.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας η ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο. Εκεί, με τοπική αναισθησία, με συνεχές monitoring και παρουσία αναισθησιολόγου, έγινε διάνοιξη πάνω από την περιοχή της διογκωμένης παρωτίδας στο

σημείο της πιό έντονης υποψίας αποστήματος και έγιναν διανοίξεις με λαβίδα εντός του αδένος παράλληλα προς την πορεία του VII. Παρατηρήθει έντονη φλεγμονή του αδένος αλλά δεν ανευρέθησαν στοιχεία αποστηματοποίησης. Το χειρουργικό τραύμα παρέμεινε ανοικτό και ετοποθετήθη εντός γάζα Fucidin.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Αλλαγές του χειρουργικού τραύματος εγένοντο πρωί-βράδυ. Εξαρχής της εισαγωγής η ασθενής ετέθει σε διπλό σχήμα αντιβίωσης Augmentin - Flagyl I.V. Από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα (εικόνα 1) η ασθενής παρουσίασε εμφανή συνολική βελτίωση της υγείας της. Η θερμοκρασία της ανέβηκε μέχρι 37,1°C. Το άλγος και η ευθρότητα στην περιοχή της φλεγμονής υποχώρησε σημαντικά καθώς και η διόγκωση του αδένος στην περιοχή της τομής αλλά παρέμεινε στην περιοχή της ουράς του αδένος.

Κατά την τρίτη αλλαγή (εικόνα 2) του χειρουργικού τραύματος οστόσο (Κυριακή πρωί) διαπιστώνεται η σχεδόν πλήρης υποχώρηση της διόγκωσης του αδένος όπως και η σχεδόν πλήρης ύφεση της φλεγμονής. Η επαφή της ηλι-

κιωμένης γυναίκας με το περιβάλλον έχει αποκατασταθεί σε λίαν ικανοποιητικό βαθμό ενώ ο πόνος έχει πλήρως υποχωρήσει. Έγινε διακοπή του Flagyl για να αποφευχθεί η περαιτέρω επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας.

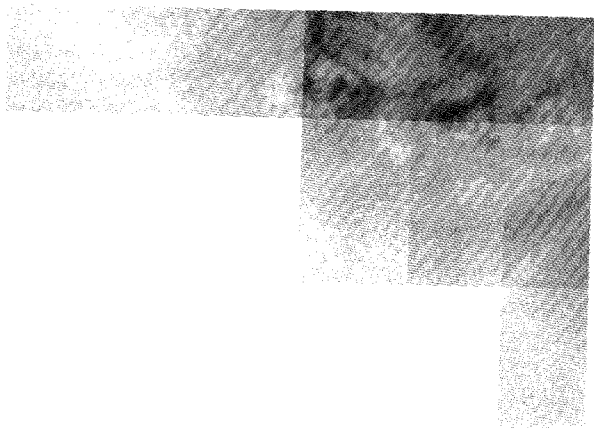
Το πρωί της 3ης μετεγχειρητικής ημέρας (24.6.2002) εστάθει πλήρης αιματολογικός έλεγχος (WBC: 10.100, LY: 15,3%(L), πολυμορφοπύρηνια: 82,2%(H), Hgb: 11,1 gr/dl, HCT: 34,9%(L), MCV: 83fl(N), MCH: 26,3% pg (L), PLT: 173.000, TEK: 42, Σάκχαρο: 95mg/dl, Ουρία: 73mg/dl (H), κρεατινίνη: 1 mg/dl (N), Ολικά λευκώματα: 6,6 gr/dl, λευκωματίνη: 2,5 g/dl (L), A/G λευκωματικό πηλίκιο: 0,6 (L), Κάλιο: 3,9 mmol/L (N), Νάριο: 151 mmol /L(N). Επίσης PTT: 32,9 sec (N) & PT 15,2 sec (H).

Το μεσημέρι της ίδιας ημέρας με τοπική αναισθησία και επί κλίνης έγινε συρραφή της κάψας της παρωτίδας (επιπολής πέταλο της εν τω βάθει τραχηλικής περιτονίας) με Vicril 3.0 (3 ράμματα) και του δέρματος με μέταξα 3.0. Η φλεγμονή έχει υποχωρήσει πλήρως και η επαφή της ασθενούς με το περιβάλλον είναι άριστη.

Οστόσο από το πρωί εμφανίστηκε πυρετός μέχρι 38°C ο οποίος κατόπιν παθολογικής συνεκτίμησης αποδόθηκε σε θρομβοφλεβίτιδα δεξιού άνω άκρου λόγω επανειλημμέ-



**Εικόνα 1:** 1η μετεγχειρητική ημέρα πρωί (αλλαγή επί κλίνης)



**Εικόνα 2:** 3η μετεγχειρητική ημέρα μεσημερι (συρραφή επί κλίνης)



νων φλεβοκεντήσεων και ύπαρξης αιματώματος (εδόθη η κατάλληλη αγωγή). Την επομένη η ασθενής εξήλθε σε ίαση.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οξεία πυώδης σιαλαδενίτις αφορά συνήθως ένα μονήρη αδένα, κυρίως την παρωτίδα (οξεία παρωτίτις) και σπανιότερα τον υπογνάθιο (οξεία υπογνάθιος σιαλαδενίτις). Το απόστημα των σιαλογόνων αδένων, αποτελεί προχωρημένο στάδιο της νόσου, χωρίς σαφή ιστολογικό διαχωρισμό. Η συχνότητα της νόσου τα τελευταία χρόνια είναι ελαττωμένη, λόγω της ευρείας χρήσης των αντιβιοτικών, ενώ πριν από την εμφάνισή τους, η οξεία παρωτίτις αποτελούσε συνηθισμένο προθανάτιο φαινόμενο.

Η νόσος οφείλεται κυρίως σε ανιούσα φλεγμονή κατά μήκος του πόρου, συνηθέστερα από στρεπτόκοκκο ομάδας Α και από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο που αποτελεί φυσιολογική χλωρίδα της θηλής του Stensen. Έχει αποδειχθεί ότι σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη της νόσου, παίζει η υγιεινή του ατόμου και του περιβάλλοντος του.

Η πυώδης σιαλαδενίτιδα εκδηλώνεται με αιφνίδια επώδυνη διόγκωση του αδένα και των γύρω ιστών. Ο αδένος είναι θερμός, σκληρός και με τάση και το υπερκείμενο δέρμα είναι συνήθως οίδηματώδες και ερυθρό. Κλυδασμός σπάνια ανευρίσκεται, επειδή τα αποστήματα είναι συνήθως πολυεστιακά και σπάνια μονοεστιακά.<sup>5</sup> Το οίδημα που περιβάλλει το απόστημα συχνά παρουσιάζει εντύπωμα μετά από πίεση με το δάχτυλο.

Στην διάγνωση σημαντικό ρόλο παίζει το ιστορικό. Με αυτό ερευνάται:

1. Εάν η διόγκωση είναι οξεία ή χρόνια, εάν η εμφάνιση της είναι προοδευτική, μόνιμη, παροδική ή υποτροπιάζουσα.

- Εάν συνοδεύεται με πόνο κατά τη διάρκεια του γεύματος ή εκτός του διαστήματος αυτού.

- Εάν παρατηρείται διόγκωση του αδένος κατά τη λήψη τροφής.

- Εάν υπάρχει πυρετός.

2. Εάν έχουν παρατηρηθεί στο παρελθόν:

- Συμπτώματα από την παρωτίδα ή τους λοιπούς σιαλογόνους αδένες.

- Συμπτώματα από γενικά νοσήματα, όπως οι κολλαγνώσεις, οι ενδοκρινοπάθειες και η ουρική αρθρίτιδα.

Στην Δ. Δ. πρέπει να λάβουμε υπόψιν ότι η φυσιολογική παρωτίδα είναι ψηλαφητή.<sup>6</sup> Η υπετροφία του μαστήρος μύος και η υποδόρια κύστη στους παρωτιδικούς χώρους διακρίνονται εύκολα. Όσον αφορά τις υπόλοιπες διογκώσεις της χώρας αυτής όπως η διόγκωση των λεμφαδένων και το λίπωμα, η διάγνωση τίθεται με τη χειρουργική αφαίρεση.

Κατά την ιστολογική εξέταση μακροσκοπικά ο αδένος είναι διογκωμένος, με έντονη αγγείωση, τήξη των ιστών και σχηματισμό αποστημάτων. Μικροσκοπικά, σε αρχικά στάδια, υπάρχει φλεγμονώδες οίδημα και απόπτωση του επιθηλίου των πόρων στον αυλό, που περιέχει βλεννώδες έκκριμα και μικρόβια. Αργότερα, η λευκοκυτταρική διήθηση επεκτείνεται στους ιστούς γύρω από τους πόρους, το επιθηλιο των πόρων καταστρέφεται και σχηματίζονται διάσπαρτα αποστήματα που αντικαθιστούν τις αδενοκυψέλες. Όταν η αντίσταση του οργανισμού είναι μειωμένη, τα αποστήματα ενώνονται και δημιουργείται απόστημα, που μπορεί να συριγγοποιηθεί.<sup>5</sup>

Η θεραπεία συνοπτικά συνίσταται στην χορήγηση αντιβιοτικών, στην διάνοιξη του ενδοχομένου αποστήματος<sup>7</sup> και στην άρση του αιτίου που προκάλεσε την απόφραξη.

Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμμεση, με παρεντερική χορήγηση αντισταφυλοκοκκικών ανθεκτικών στην πενικιλιλινάση, αφού προηγηθεί καλλιέργεια από το έκκριμα του πόρου, ώστε να χορηγηθεί στην συνέχεια αντιβίωση σύμφωνα με το αντιβιογράμμα.<sup>8</sup> Επιπρόσθετα, γίνεται καλή ενυδάτωση του ατόμου, τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων στην περιοχή του αδένα, χορήγηση παυσίπονων, ενώ δίνονται και οδηγίες για την κατάλληλη υγιεινή του στόματος. Η αδρεναλίνη τοπικά στον πόρο του πάσχοντα αδένα ελαττώνει το οίδημα και διευκολύνει ορισμένες φορές την παροχέτευση του σιέλου και την ελάττωση της τάσης και του πόνου.<sup>9</sup>

Αν παρά την αγωγή η νόσος επιμένει περισσότερο από 4-5 μέρες, συνιστάται η χειρουργική παροχέτευση των αποστημάτων.<sup>5</sup> Η αναμονή ανεύρεσης κλυδασμού δεν επιτρέπεται. Ορισμένες φορές, η κάψα του αδένα είναι σκληρή και απαιτείται η χρήση νυστεριού για την διάνοιξη της. Μέσα όμως στον αδένα, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, επειδή μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία ή διατομή κλάδου του προσωπικού. Πρόνοια λαμβάνεται ώστε οι διανοίξεις της αιμοστατικής λαβίδας να γίνονται παράλληλα προς τις διαιρέσεις του προσωπικού νεύρου, προς αποφυγή τρώσης των κλάδων του. Μετά την διάνοιξη των αποστημάτων και την πλύση με φυσιολογικό ορό, τοποθετείται στην επιφάνεια της παρωτίδας βαζελινούχος γάζα, που καλύπτεται με τον κρημνό. Το τραύμα δεν συρράπτεται και η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό δίδει ικανοποιητικό κοσμητικό αποτέλεσμα.<sup>10</sup>

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι η παράλυση του προσωπικού νεύρου είναι εξαιρετικά σπάνια αλλά αναφέρεται. Επειδή όμως κατά κανόνα η αντοχή του προσωπικού νεύρου στις φλεγμονές και τα αποστήματα είναι μεγάλη,<sup>11</sup> η παράλυσή του είναι ενδεικτική άλλης επεξεργασίας και απαιτεί έλεγχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

1) Το απόστημα της παρωτίδος εμφανίζεται κυρίως σε χρονίως πάσχοντες, όπως και σε ηλικιωμένα, εξασθενημένα και αφυδατωμένα άτομα.

2) Η αφυδάτωση προκαλεί παραγωγή παχύρρευστου γλοιώδους σάλιου, μείωση της ροής ή και απόφραξη του αυλού κάποιου πόρου, στάση του σάλιου και σε συνδυασμό με ενδεχόμενη πτώση της άμυνας του οργανισμού, μικροβιακή επιμόλυνση των μη ποροχτετευμένων περιοχών.

3) Το απόστημα της παρωτίδας αναπτύσσεται ως τελικό στάδιο της οξείας σιαλαδενίτιδος.

4) Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής, με λίαν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Ωτορινολαρυγγολογία και Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου. Γεώργιος Κ. Αδαμόπουλος 2001, ριнологία, κεφ. 21 (άλγος προσώπου & κεφαλής), p.396.
2. ENT secrets. Second Edition, 2001. Chap. 29 (Salivary Gland Disorders), p. 190.
3. Ξηροστομία, νοσήματα & φάρμακα. Δ. Μπατζακάκης -

Σ. Παππάς. 2002, κεφ. 21, p.67.

4. Κλινικός οδηγός της Ωτορινολαρυγγολογίας. G. Grevers. 199, 13, P. 487.
5. Παθήσεις των σιαλογόνων αδένων, Δημήτριος Κονδηλώρος, Κεφ. 3.1 (Μη ειδικές Σιαλαδενίτιδες), p.80, 81, 82.
6. Ωτορινολαρυγγολογία: Από το σύπτωμα στη διάγνωση, Γ. Αδαμόπουλος-Λ. Μανωλόπουλος, p.67.
7. Σύγχρονη Ωτορινολαρυγγολογία, Εμμ. Χελιδόνη. Αθήνα, 1990. Κεφ. 5 (Φαρυγγολογία), Παθήσεις των σιαλογόνων αδένων, p.427.
8. Μανωλίδης Λ. Επίτομη Ωτο-Ρινο-Λαρυγγολογία, 10η έκδοση. Σιαλογόνοι αδένες. University Studio Press, 551-568, 1986.
9. Scott - Brown's Otolaryngology. Fifth Edition. Butterworth & Co. (Publishers) Ltd, 1987.
10. Anderson R, Byars L: Surgery of the parotid gland. The C.V. Mosby Company 1965.
11. DeLozier H., Spinella M. Johnson G: Facial nerve paralysis with benign parotid masses. Ann Otol Rhinol Laryngol 98: 644-647, 1989.

