

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΡΙΝΟΣ – ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ

Σ.Γεωργόπουλος, Γ.Νικολάτος, Π.Παναγιωτουνάκος, Α.Μπαλαδήμας, Α.Τσολαρίδης, Δ.Γκανέτσος
Ω.Ρ.Λ. Τμήμα - Ν.Γ.Ν. Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ» - Διευθυντής: Δρ. Δ. Γκανέτσος

Η ενδοσκοπική χειρουργική ρινός παραρρινίων έγινε πολύ δημοφιλής τα τελευταία δεκαπέντε (15) χρόνια. Βασισμένη στις εργασίες του Messerklinger διεδόθη στην Ευρώπη από τον Stammberger και τους συνεργάτες του και στην Αμερική από τον Kenedy και τους συνεργάτες του.

Η καλύτερη κατανόηση της φυσιολογίας της περιοχής αλλά και η πληρέστερη ανατομική γνώση της με τη βοήθεια των νέων και συνεχώς εξελισσομένων απεικονιστικών μεθόδων βοήθησαν στη διάδοση της τεχνικής αυτής.

Πάντως η επιλογή της χειρουργικής τεχνικής, εξωτερική ή ενδορινική, στην προσπέλαση των ηθμοειδών, είναι αντικείμενο εντόνων συζητήσεων και αντιπαραθέσεων μεταξύ των υποστηρικτών της μιας ή της άλλης μεθόδου.

- ◆ Οι επιπλοκές στην ενδοσκοπική χειρουργική ρινός - παραρρινίων είναι οι ίδιες που εμφανίζονται και σε οποιαδήποτε άλλη -χειρουργική μέθοδο που εφαρμόζεται στην περιοχή αυτή.

Αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε κογχικές, ενδοκρανιακές και αγγειακές επιπλοκές καθώς επίσης και σε μείζονες και σε ελάσσονες.

Η πιο συνηθισμένη επιπλοκή κατά τη διάρκεια της εγχείρησης είναι η κάκωση του παπυρώδους πετάλου, που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα της είσοδο των περικογχικού λίπους μέσα στα ηθμοειδή. Μετεγχειρητικά μπορεί να εμφανισθεί εκχύμωση των βλεφάρων ή και εμφύσημα αυτών.

Ενδοκογχικά και οπισθοβολβικά αιματώματα μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια της όρασης. Αυτά τα αιματώματα μπορεί να εμφανισθούν όταν υποστεί κάκωση η πρόσθια ή οπίσθια ηθμοειδούς αρτηρία, ή κάκωση μικρών αγγείων τα οποία βρίσκονται μέσα στο κογχικό λίπος. Αναπτύσσονται γρήγορα κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή αμέσως μετά από αυτή και προκαλούν κυρίως πόνο στον οφθαλμό. Η αύξηση της ενδοκογχικής πίεσης μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση λόγω ισχαιμίας από την αγγειακή απόφραξη. Εάν το αιμάτωμα δεν υποχωρήσει με συντηρητική αγωγή, τότε πρέπει να γίνει αποσυμπίεση του κόγχου.

Το οπτικό νεύρο μπορεί να υποστεί απ' ευθείας κάκωση κατά τη διάρκεια των χειρισμών στα οπίσθια ηθμοειδή ή στο σφηνοειδή κόλπο.

Στένωση του ρινοδακρυϊκού πόρου μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της ρινοακροστομίας συνήθως δια του κάτω ρινικού πόρου και σπανιότερα δια του μέσου.

Η πιο συχνή ενδοκρανιακή επιπλοκή είναι η ρινόρροια ENY, λόγω επικοινωνίας της ρινός με τον αραχνοειδή χώρο ή λόγω κάκωσης του τετρημένου πετάλου του ηθμοειδούς.

Όπου ο βλεννογόνος, στα σημεία που γειτονεύει με το τετρημένο πέταλο του ηθμοειδούς ή στο άνω και έσω μέρος της μέσης και άνω ρινικής κόγχης αφαιρεθεί, τότε μπορεί να εμφανισθεί ρινόρροια ENY παρά την απουσία απ' ευθείας βλάβης στη βάση του κρανίου.

Τέτοιες κακώσεις στη βάση του κρανίου μπορεί να γίνουν στην περιοχή που εντοπίζεται στο έσω μέρος της οροφής των ηθμοειδών κυψελών, όπου η πρόσθια ηθμοειδής αρτηρία αφήνει τα ηθμοειδή.

Αυτές οι κακώσεις επίσης μπορεί να δημιουργήσουν εξωμηνιγγικά ή ενδοκρανιακά αποστήματα, μηνιγγίτιδα, μηνιγγοκήλη ή και εγκεφαλοκήλη. Επίσης έχει αναφερθεί και απ' ευθείας κάκωση του μετωπιαίου λοβού.

Οι αγγειακές επιπλοκές περιλαμβάνουν κάκωση της πρόσθιας και οπίσθιας ηθμοειδούς αρτηρίας που μπορεί να οδηγήσουν σε αιμορραγία εντός των ηθμοειδών κυψελών καθώς επίσης και σε ενδοκογχικό αιμάτωμα. Αιμορραγία μπορεί να συμβεί και από ρήξη της σφηνοϋπερωίου αρτηρίας καθώς και των κλάδων της.

Κάκωση στη βάση του κρανίου μπορεί να τραυματίσει αγγεία της σκληρής μήνιγγος και των υπαραχνοειδών κλάδων της πρόσθιας εγκεφαλικής αρτηρίας και μπορεί να οδηγήσει σε επισκληρίδιο, υποσκληρίδιο και ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα, όπως επίσης και σε υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Κάκωση της έσω καρωτίδας ή του σφραγγώδους κόλπου μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια των χειρισμών στην πλαγία μοίρα του σφηνοειδούς κόλπου.

Τέλος η ανάπτυξη ή όχι των συμφύσεων είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της fess και οφείλονται τόσο στους διαφόρους χειρισμούς κατά τη διάρκεια της επέμβασης, όσο και στη σωστή μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Στην έρευνα αυτή περιελήφθησαν τριακόσιοι δώδεκα (312) ασθενείς που υπεβλήθησαν σε fess τα τελευταία εννέα (9) χρόνια (οι ογδόντα έξι (86) εξ αυτών υποβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση άμφω).

- ◆ Από αυτούς οι εκατόν δύο (102) ήταν γυναίκες και οι διακόσιοι δέκα (210) άνδρες.
- ◆ Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν σαράντα επτά (47) χρονών.
- ◆ Το είδος της νάρκωσης στους διακόσιους εξήντα ένα (261) ήταν τοπική, ενώ στους υπολοίπους πενήντα ένα (51) χρησιμοποιήθηκε γενική νάρκωση και τοπική αγγειοσύσπαση.
- ◆ Επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε είκοσι εννέα (29) άτομα, δηλαδή ποσοστό 9,3%.
- ◆ Σαν πρώτη επιπλοκή αναφέρουμε την μετεγχειρητική αιμορραγία που συνέβη σε δέκα επτά (17) περιστατικά και ποσοστό 5,59% και η οποία αντιμετωπίστηκε με τοποθέτηση αιμοστατικής γάζας Surgical. Τα τελευταία χρόνια η συστηματική τοποθέτηση αιμοστατικού σπόγγου στο τέλος της επέμβασης και η αφαίρεση αυτού μετά από δύο έως τέσσερα 24ωρα εξάλειψε την επιπλοκή αυτή.
- ◆ Σε εννέα (9) περιστατικά, δηλαδή ποσοστό 3,1%, παρουσιάστηκαν συμφύσεις, επιπλοκή που έχει να κάνει με την τεχνική, αλλά κυρίως με την μετεγχειρητική παρακολούθηση.
- ◆ Τέλος σε τρεις (3) ασθενείς, ποσοστό 0,96%, παρουσιάστηκε οίδημα της υπό και υπερκογχίου χώρας, μετά από κάκωση του παυρωδούς πετάλου του ηθμοειδούς, το οποίο υπεχώρησε μετά από λίγες ημέρες.

Σαν συμπέρασμα της εργασίας αυτής μπορούμε να πούμε ότι η καλή γνώση της ανατομικής της ρινός και των παραρρινίων κόλπων και ιδίως των περιοχών υψηλού κινδύνου, επιτρέπει στο χειρουργό να κάνει την επέμβαση με μεγαλύτερη ασφάλεια, ελαχιστοποιώντας ης επιπλοκές.

Βιβλιογραφία

- 1. Stammberger H : Functional Endoscopic Sinus Surgery, Philadelphia, BC Decker 1991**
- 2. May M., Levine H., Schairkin B. and Mester S. : Compkication of Endoscopic Sinus Surgery, In : Endoscopic Sinus Surgery, Edited by Levine H. and May M., New York, Thieme, 1993, p. 193**