

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Ομάδα εργασίας 1^{ης} έκδοσης

Συντονιστής: Π. Γαργαλιάνος-Κακολύρης

Ομάδα εργασίας: Δ. Ασημακόπουλος

Κ. Γεωργιλής

Ε. Γιαμαρέλλου

Π. Νικολαΐδης

Α. Πεφάνης

Μ. Χίνη

Α. Ψηφίδης

Ομάδα εργασίας αναθεωρημένης έκδοσης

Συντονιστής: Α. Πεφάνης

Ομάδα εργασίας: Γ. Αδάμης

Λ. Γαλανή

Κ. Γεωργιλής

Δ. Κυρμιζάκης

Α. Τόσκας

Σ. Τσιόδρας

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως οξεία ρινοκολπίτιδα (ΟΡΚ) ορίζεται η φλεγμονή του βλεννογόνου που επικαλύπτει τις ρινικές οδούς και τους παραρρινίους κόλπους και διαρκεί έως 4 εβδομάδες. Μπορεί να προκληθεί από αλλεργιογόνα, περιβαλλοντικούς ερεθιστικούς παράγοντες, ιούς, βακτήρια ή μύκητες. Εκτιμάται ότι μόνο των 2%-10% των επεισοδίων ΟΡΚ έχουν βακτηριακή αιτιολογία και απαιτούν θεραπεία με αντιμικροβιακά. Για την κλινική διάγνωση της ΟΡΚ χρειάζεται να υπάρχουν τουλάχιστον δύο μείζονα ή ένα μείζον και τουλάχιστον δύο ελάσσονα από τα κριτήρια του Πίνακα 1. Όμως, τα κριτήρια αυτά δεν μπορούν να διαφοροποιήσουν με ακρίβεια την οξεία βακτηριακή (ΟΒΡΝ) από την οξεία μη βακτηριακή (συνήθως ιογενή) ρινοκολπίτιδα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται υπερσυνταγογράφηση αντιμικροβιακών, παρά το γεγονός ότι εκτιμάται ότι το 70% των ασθενών με ΟΡΚ αυτοϊώνονται. Η πιο ακριβής μέθοδος διάγνωσης της ΟΒΡΝ είναι η καλλιέργεια αναρροφηθέντος υλικού μετά από παρακέντηση των παραρρινίων κόλπων. Η ανάπτυξη μικροοργανισμού/ών σε πυκνότητα $>10^4$ cfu/ml αποτελεί το διαγνωστικό gold standard. Όμως, η μέθοδος είναι επεμβατική και δεν μπορεί να εφαρμοσθεί ως εξέταση ρουτίνας στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι απεικονιστικές τεχνικές, όταν δεν αναδεικνύουν παθολογικές εικόνες, μπορούν με σχετική βεβαιότητα να αποκλείσουν την παραρινοκολπίτιδα ως το αίτιο της νόσου σε ασθενείς με συμπτώματα από το αναπνευστικό. Όμως, όταν αναδεικνύουν παθολογικές εικόνες, δεν μπορούν να διαφοροδιαγνώσουν ΟΒΡΝ από οξεία μη βακτηριακή ρινοκολπίτιδα. Ως εκ τούτου, συστήνεται να γίνεται στις επιπλεγμένες περιπτώσεις η αναζήτηση ανατομικών παραλλαγών. Η καλλιέργεια ρινικού εκκρίματος είναι αναξιόπιστη και πρέπει να αποφεύγεται. Σε μετα-ανάλυση μελετών οξείας ιγμορίτιδας, που ελήφθησαν καλλιέργειες από τον μέσο ρινικό πόρο υπό ενδοσκοπικό έλεγχο, βρέθηκε ακρίβεια της τάξης του 87% συγκριτικά με δείγματα από τον γναθιαίο κόλπο.

Ο ασθενής με κλινική συμπτωματολογία ΟΡΝ, είναι πιθανό να έχει ΟΒΡΝ και επομένως να χρειάζεται θεραπεία με αντιμικροβιακά όταν: α) τα συμπτώματα

του επιμένουν για τουλάχιστον 10 ημέρες, χωρίς να βελτιώνονται, β) η έναρξη της νόσου είναι οξεία με πυρετό $\geq 39^{\circ}\text{C}$, με πυώδεις ρινικές εκκρίσεις ή άλγος στο πρόσωπο που διαρκεί τουλάχιστον 3-4 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων, γ) μετά από την ύφεση των συμπτωμάτων μιας τυπικής ιογενούς λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού, που είχε διαρκέσει 5-6 ημέρες, παρατηρηθεί επιδείνωση των συμπτωμάτων και σημείων, με έναρξη ή επανεμφάνιση πυρετού, κεφαλαλγίας και αύξησης της ποσότητας των ρινικών εκκρίσεων (διπλή νόσηση).

Πίνακας 1.

Μειζονα κριτήρια	Ελάσσονα κριτήρια
Πυώδης πρόσθια ρινική καταρροή	Κεφαλαλγία
Πυώδης οπισθορινική καταρροή	Ωτικό άλγος, πίεση ή αίσθημα πληρότητας
Ρινική συμφόρηση ή απόφραξη	Δύσσομη αναπνοή
Αίσθημα συμφόρησης ή πληρότητας στο πρόσωπο	Οδονταλγία
Άλγος ή αίσθημα πίεσης στο πρόσωπο	Βήχας
Υποσμία ή ανοσμία	Καταβολή
Πυρετός (ισχύει μόνο για την οξεία ΡΚ)	Πυρετός (ισχύει για υποξεία και χρόνια ΡΚ)

2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗΣ ΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑΣ

Τα συνιστώμενα αντιμικροβιακά για τη θεραπεία ενηλίκων με οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα είναι η αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό, η δοξκυκλίνη και οι νεότερες κινολόνες λεβοφλοξασίνη και μοξιφλοξασίνη (Πίνακας 2). Οι μακρολίδες δεν συνιστώνται λόγω των υψηλών ποσοστών αντοχής του πνευμονιοκόκκου σε αυτές, στον ελληνικό χώρο. Το ίδιο ισχύει, εν μέρει, και για τις κεφαλοσπορίνες β' και γ' γενεάς που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με κλινδαμυκίνη σε παιδιά και νεότερους ασθενείς. Παρότι ο *Staphylococcus aureus* αποτελεί δυνητικό παθογόνο ρινοκολπίτιδας, δεν συνιστάται κάλυψη έναντι αυτού στο αρχικό εμπειρικό σχήμα.

Η συνήθης διάρκεια της αγωγής είναι 5-7 ημέρες στους ενήλικες και μακρότερη στα παιδιά. Ως επικουρικά της αντιμικροβιακής θεραπείας συνιστώνται οι ενδορρινικές εκπλύσεις με φυσιολογικό ορό ή υπέρτονο διάλυμα NaCl και η ενδορρινική χορήγηση κορτικοστεροειδών, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδας. Τα αντιισταμινικά και τα τοπικώς ή συστημатικώς δρώντα αποσυμφορητικά δεν συνιστώνται.

Ο αλγόριθμος της αντιμετώπισης ασθενούς με ΟΡΚ παρουσιάζεται στο Σχήμα 1.

Πίνακας 2. Συνιστώμενα αντιμικροβιακά για τη θεραπεία ενηλίκων με οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα.

	Πρώτη επιλογή	Δεύτερη επιλογή
Αρχική εμπειρική θεραπεία	Αμοξυκιλίνη/Κλαβουλανικό 625 mg x 3 ή 1 g x 2, PO	Δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 ή 200 mg x 1, PO
Ασθενής με ιστορικό αλλεργίας στις β-λακτάμες	Δοξυκυκλίνη 100 mg x 2 ή 200 mg x 1, PO	Λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1, PO Μοξιφλοξασίνη 400 mg x 1, PO
Αποτυχία αρχικής αγωγής ή ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για αντοχή ^α	Λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1, PO Μοξιφλοξασίνη 400 mg x 1, PO	
Αγωγή σε νοσοκομείο λόγω σοβαρής λοίμωξης ^β	Λεβοφλοξασίνη 500 mg x 1, PO ή IV Μοξιφλοξασίνη 400 mg x 1, PO ή IV Κεφτριαξόνη 1-2 g x (1 ή 2), IV	

^α Παράγοντες κινδύνου για ανθεκτικά παθογόνα: Ηλικία <2 ετών ή >65 ετών, παιδικός σταθμός, λήψη αντιβιοτικών τον προηγούμενο μήνα, νοσηλεία τις προηγούμενες 5 ημέρες, συννοσηρότητα, ανοσοκαταστολή.

^β Συνιστάται άμεση παραπομπή στο νοσοκομείο όταν υπάρχουν: Περιοφθαλμικό οίδημα ή ερυθρότητα βλεφάρων, παρεκτόπιση βολβού, διπλωπία, οφθαλμοπληγία, μείωση οπτικής οξύτητας, έντονη ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μετωπιαία κεφαλαλγία, οίδημα ύπερθεν των μετωπιαίων κόλπων, μηνιγγίτιδα ή εστιακά νευρολογικά σημεία.

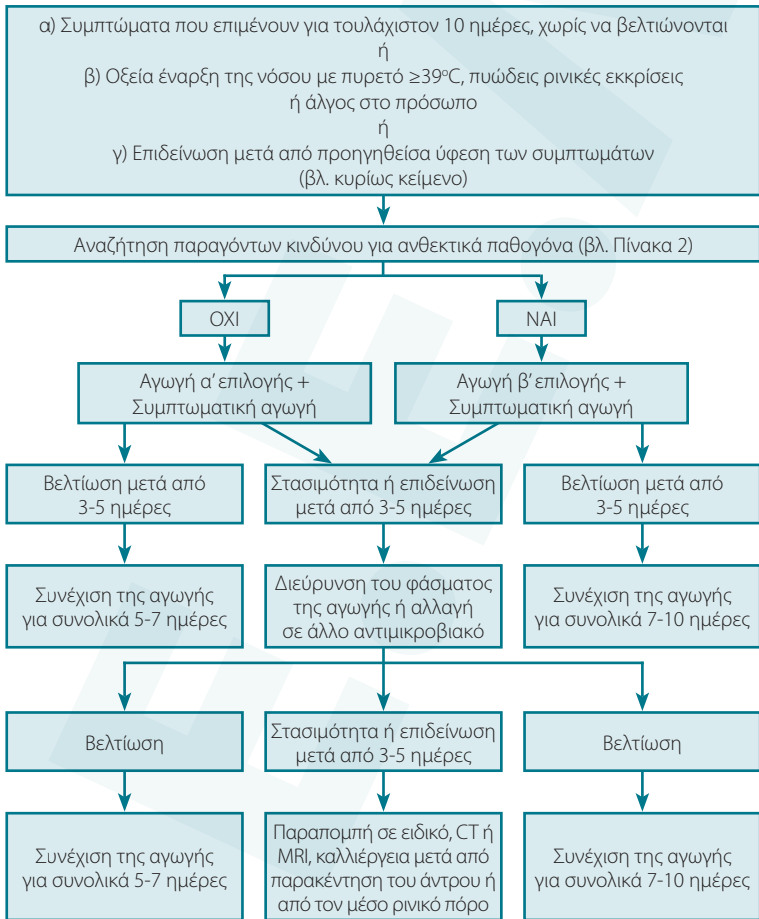
3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΟΡΚ

Οι επιπλοκές της ρινοκολπίτιδας διακρίνονται σε οφθαλμικές, οστικές και ενδοκρανιακές, αν και μπορούν να εμφανιστούν και κάποιες πιο ασυνήθεις επιπλοκές. Οι επιπλοκές στον οφθαλμό μπορούν να εξελιχθούν στα ακόλουθα στάδια: περιοφθαλμική κυτταρίτιδα (προδιαφραγματικό οίδημα), κυτταρίτιδα του κόγχου, υποπεριοστικό απόστημα, απόστημα ή φλέγμων του κόγχου και θρόμβωση του σηραγγώδους κόλπου. Η συμμετοχή του οφθαλμού εκδηλώνεται με οίδημα, εξόφθαλμο και επηρεασμό της κινητικότητας. Η περιοφθαλμική και οφθαλμική κυτταρίτιδα μπορεί να συμβεί κατά συνέχεια ιστού ή από αγγειακή διασπορά της φλεγμονής του υπεύθυνου κόλπου. Συνήθως οι αρχικές εκδηλώσεις είναι οίδημα και ερύθημα της έσω περιοχής των βλεφάρων. Επέκταση της φλεγμονής από το ιγμόρειο ή τον μετωπιαίο κόλπο προκαλεί οίδημα του κάτω ή άνω βλεφάρου, αντιστοίχως.

Οι ενδοκρανιακές επιπλοκές (σχετίζονται συχνότερα με ηθμοειδίτιδα ή μετωπιαία κολπίτιδα) περιλαμβάνουν το επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο

απόστημα, το εγκεφαλικό απόστημα, τη μηνιγγίτιδα και τη θρόμβωση του σφραγγώδους κόλπου. Η φλεγμονή των παραρρινίων κόλπων μπορεί να επεκταθεί στα οστά προκαλώντας οστεομυελίτιδα και τελικά προσβολή ενδοκρανιακών δομών. Οι συχνότερες οστικές επιπλοκές είναι η οστεομυελίτιδα της άνω γνάθου ή του μετωπιαίου οστού.

Σχήμα 1. Αλγόριθμος διάγνωσης και αντιμετώπισης της οξείας βακτηριακής ρινοκολπίτιδας σε ανοσοεπαρκείς ενήλικες ασθενείς.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A. et al. Rhinosinusitis: Establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114:155-212.
2. Gwaltney J.M. Jr, Wiesinger B.A., Patrie J.T. Acute community acquired bacterial sinusitis: The value of antimicrobial treatment and the natural history. *Clin Infect Dis.* 2004;38:227-233.
3. Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A. et al. Rhinosinusitis: Developing guidance for clinical trials. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;135:S31-80.
4. Falagas M.E., Giannopoulou K.P., Vardakas K.Z. et al. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Infect Dis.* 2008; 8:543-552.
5. Falagas M.E., Karageorgopoulos D.E., Grammatikos A.P. et al. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: A meta-analysis of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67:161-171.
6. Katsarolis I., Poulakou G., Analitis A. et al. Risk factors for nasopharyngeal carriage of drug-resistant *Streptococcus pneumoniae*: Data from a nation-wide surveillance study in Greece. *BMC Infect Dis.* 2009 Jul 29;9:120.
7. Maraki S., Mantadakis E., Samonis G. Serotype distribution and antimicrobial resistance of adult *Streptococcus pneumoniae* clinical isolates over the period 2001-2008 in Crete, Greece. *Chemotherapy.* 2010;56:325-332.
8. Grivea I.N., Sourla A., Ntokou E. et al. Macrolide resistance determinants among *Streptococcus pneumoniae* isolates from carriers in Central Greece. *BMC Infect Dis.* 2012 Oct 11;12:255.
9. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis.* 2012;54(8):e72-112.