

## Χολοστεάτωμα και Σακχαρώδης Διαβήτης

### Περίληψη

Μ. Τοφαλίδης  
Γ. Νούσιος  
Ν. Μπενής  
Δ. Γενναδίου  
Ν. Σάϊλερ  
Χ. Πρεπόνης

Το χολοστεάτωμα μέσου ωτός όταν συνυπάρχει με Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.), γίνεται μια ιδιαίτερα σοβαρή πάθηση που λόγω της πτώσης της γενικής κατάστασης και των τοπικών μεταβολικών διαταραχών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα επιπλοκές που δύσκολα ελέγχονται. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η εμπειρία από την αντιμετώπιση 12 ασθενών με χολοστεάτωμα και Σακχαρώδη Διαβήτη, σε σύνολο 48 ασθενών με χολοστεάτωμα. Από αυτούς επιπλοκές παρουσίασαν: ένας (1) εγκεφαλικό απόστημα, δύο (2) πάρεση του προσωπικού και δύο (2) σιγμοειδίτιδα με σηπτικό πυρετό. Η αντιμετώπιση έγινε με χειρουργική επέμβαση και συγκεκριμένα στους έξι (6) με ριζική λιθομαστοειδεκτομή, στους τρεις (3) με προσπάθεια σύγχρονης αποκατάστασης της κοιλότητας του μέσου ωτός και της ακουστικής λειτουργίας, και στους άλλους τρεις (3) με τροποποιημένη λιθομαστοειδεκτομή. Στόχος της εργασίας είναι να τονισθεί η σοβαρότητα της πάθησης σε συνύπαρξη με Σακχαρώδη Διαβήτη, και να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές στη διαφορική διάγνωση των επιπλοκών της. Η έγκαιρη διάγνωση και η γρήγορη αντιμετώπιση δίνουν την καλύτερη δυνατή λύση σε μια εύκολα παραβλεπόμενη και δύσκολα ελεγχόμενη κατάσταση.

Το χολοστεάτωμα μέσου ωτός χαρακτηρίζεται ως σακκοειδής συλλογή επιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλονται από ινώδη κάψα και είναι μόνιμα παρόντα μέσα στη φυσιολογική κοιλότητα του μέσου ωτός και τα οποία μπορεί να έχουν διαπληθήσει ή εμβολιασθεί εκεί. Με άλλα λόγια όπως λέει και ο Gray είναι η ύπαρξη «δέρματος σε λάθος θέση»<sup>1,2</sup>. Το χολοστεάτωμα μπορεί να είναι συγγενές ή επίκτητο. Έχουν δε προταθεί δύο θεωρίες ιστογενετικών μηχανισμών πρόκλησης καταστροφής οστού από το χολοστεάτωμα. α) Η διάβρωση από πίεση και β) Η ενζυματική διάβρωση. Πολλές μελέτες έρχονται να στηρίξουν τη 2η θεωρία, θεωρώντας υπεύθυνες ενζυματικές ουσίες, τις κολλαγενάσες, ενδοξίνες, προσταγλανδίνες αλλά και άλλους παράγοντες των στοιχείων του χολοστεατώματος<sup>3</sup>. Γενικώς τα χολοστεατώματα με τη συνεχή αύξησή τους μπορούν να προκαλέσουν μεγάλες βλάβες στο περιβάλλον τους, όπως αποκάλυψη σκληρής μήνιγγας, προσωπικού ν. υμενώδους λαβυρίνθου, σιγμοειδούς κόλπου κ.ά. Η πιθανότητα επιπλοκών από το χολο-

ΩΡΑ Κλινική «Ιπποκράτειου»  
Γ.Π.Ν. Θεσ/νίκης

στεάτωμα ανεξάρτητα από τη παθογένειά του, από τη στιγμή που θα εδραιωθεί είναι μεγάλη<sup>4</sup>. Επιπλοκές είναι πλέον πιθανό να συμβούν αν το χολοστεάτωμα σχετίζεται με τη διάτρηση της χαλαράς μοίρας της τυμπανικής μεμβράνης, καθίσταται δε ιδιαίτερα κακόηθες όταν συνυπάρχει με Σακχαρώδη Διαβήτη. Οι μικροβιακές επιπλοκές είναι οι πλέον δραματικές καθώς στελέχη όπως *S.aureus*, *E.Coli*, *P.aeruginosa*, *Proteus vulgaris* και *Bacteroides* καθώς και σαπρόφυτα της περιοχής μπορούν ευκολότερα να αναπτυχθούν επί εδάφους ΣΔ, ακολουθούμενα από σοβαρές πυώδεις συλλογές. Αυτές μπορεί να είναι: 1. Ενδοκροταφικές (μαστοειδίτιδα, λιθοειδίτιδα, παράλυση προσωπικού, φλεγμονώδης λαβυρινθίτιδα), 2. Ενδοκρανιακές (επισκληρίδιο απόστημα, υποσκληρίδιο απόστημα, εγκεφαλικό απόστημα, θρομβοφλεβίτιδα φλεβωδών κόλπων εγκεφάλου, μηνιγγίτιδα)<sup>1</sup>.

### Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν 48 ασθενείς με χολοστεάτωμα μέσου ωτός. Από αυτούς 29 ήταν άνδρες και 19 γυναίκες. Εντοπίστηκαν 12 ασθενείς με χολοστεάτωμα που παρουσίαζαν και ΣΔ. Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 42 χρονών και η μέση διάρκεια της νόσου 13 χρόνια. Από αυτούς 7 ήταν άνδρες και 5 γυναίκες. Μόνο 1 ασθενής ήταν ινσουλινοθεραπευόμενος. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινικοεργαστηριακό έλεγχο (ωτομικροσκοπήση, αιματολογικό, βιοχημικό), ακουολογική εκτίμηση και τεκμηρίωση με απεικονιστικές μεθόδους (α/α και CT, scanning). Η αντιμετώπιση δε των ασθενών αυτών ήταν συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας.

### Αποτελέσματα

Στο πληθυσμό που μελετήθηκε, οι 12 από τους 48 ασθενείς με χολοστεάτωμα παρουσίαζαν Σακχαρώδη Διαβήτη. Επιπλοκές παρουσίασαν 5 από τους 12 αυτούς ασθενείς. Οι δύο από αυτές ήταν ενδοκροταφικές και ειδικότερα παραλύσεις προσωπικού νεύρου.

**Ασθενής 1ος:** Γυναίκα 57 ετών προσήλθε με ιστορικό Χρονίας Μέσης Ωτίτιδος (Χ.Μ.Ω.), ωτόρροια και παράλυση προσωπικού νεύρου. Στην ωτομικροσκοπήση με καθαρισμό (αναρρό-

ψηση) διεπιστώθη χολοστεάτωμα μέσου ωτός. Γνωστή διαβητική ρυθμιζόμενη με αντιδιαβητικά δισκία. Εισάγεται επειγόντως στο χειρουργείο αφού προηγουμένως ρυθμίστηκε με ινσουλίνη και μπήκε σε αντιβιοτική θεραπεία. Αντιμετωπίστηκε με ριζική λιθομαστοειδεκτομή. Η παράλυση παρέμεινε μόνιμα.

**Ασθενής 2ος:** Άντρας 52 ετών προσήλθε με ιστορικό Χ.Μ.Ω. και ωτόρροια. Διαπιστώθηκε χολοστεάτωμα μέσου ωτός. Διαβητικός, μη καλά ρυθμιζόμενος με αντιδιαβητικά δισκία. Ρυθμίζεται προεγχειρητικά με ινσουλίνη και χειρουργείται με τροποποιημένη ριζική μαστοειδεκτομή. Δύο μήνες μετά την επιτυχή επέμβαση παρουσιάζεται με παράλυση προσωπικού. Διαπιστώνεται υποτροπή χολοστεατώματος επί εδάφους ΣΔ.

Οι άλλες 3 επιπλοκές ήταν ενδοκρανιακές, και μάλιστα η μία ήταν εγκεφαλικό απόστημα.

**Ασθενής 3ος:** Άνδρας 60 ετών προσήλθε στην κλινική με ιστορικό Χ.Μ.Ω. Διαπιστώθηκε ύπαρξη χολοστεατώματος. Διαβητικός ρυθμιζόμενος με αντιδιαβητικά δισκία. Ρυθμίζεται προεγχειρητικά με ινσουλίνη και χειρουργείται με ριζική λιθομαστοειδεκτομή. Μετά 6μηνο από την έξοδό του από το νοσοκομείο, παρουσίασε μηνιγγιτισμό με εστιακά νευρολογικά σημεία. Με αξονική τομογραφία διαγνώσθηκε ύπαρξη εγκεφαλικού αποστήματος. Αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική θεραπεία και ινσουλινοθεραπεία. Νευροχειρουργική επέμβαση δεν έγινε.

Οι άλλες ενδοκρανιακές επιπλοκές ήταν θρομβοφλεβίτιδες σιγμοειδούς κόλπου.

**Ασθενείς 4ος και 5ος:** Άνδρες 63 ετών και 54 ετών, Διαβητικοί, παρουσιάστηκαν με σηπτικό πυρετό άγνωστης αιτιολογίας. Νοσηλεύθηκαν σε παθολογικές κλινικές όπου αντιμετωπίστηκαν με ινσουλινοθεραπεία και αντιβιοτική θεραπεία. Η έρευνα απέκλεισε την ύπαρξη άλλης εστίας. Το ιστορικό έδωσε Χ.Μ.Ω. Η Ω.Ρ.Λ. έρευνα έδειξε ύπαρξη χολοστεατώματος μέσου ωτός και η αξονική τομογραφία οστεόλυση περιοχής σιγμοειδούς κόλπου. Αντιμετωπίστηκαν με ριζική λιθομαστοειδεκτομή με καλά αποτελέσματα.

Οι ασθενείς 1,4 και 5 με τη χειρουργική αντιμετώπιση είχαν καλά αποτελέσματα. Στους ασθενείς όμως 2 και 3 το χολοστεάτωμα δεν μπόρεσε να ελεγχθεί και συνέχισε να δημιουργεί προβλήματα. Η παρουσία όχι καλά ρυθμιζόμενου ΣΔ, ήταν καθοριστική για την παραπέρα πορεία τους.

## Συζήτηση

Ο ρόλος του ΣΔ και των λοιμώξεων είναι καθοριστικής σημασίας στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου<sup>3</sup>. Οι αλλαγές που επέρχονται για την πρόκληση επιπλοκών είναι πρώτα βιολογικές και μετά κυτταρολογικές<sup>2</sup>. Πιθανό οι αλλαγές που επιφέρει ο ΣΔ στο επίπεδο της ενζυματικής διάβρωσης οστού, να συμβάλλουν στη πρόκληση επιπλοκών. Για την εμφάνιση λοιμώξεων στους διαβητικούς ενοχοποιούνται η αφυδάτωση, η κακή θρέψη, η αγγειακή δυσλειτουργία και νευροπάθεια ως επίσης και η διαταραχή στην λειτουργικότητα των πολυμορφοπύρηνων (χημειοταξία, φαγοκυττάρωση, κυτταρική ανοσία)<sup>5,6</sup>. Οι πλέον επικίνδυνοι μικροοργανισμοί λόγω της ικανότητας να διαπερνούν τις μήνιγγες είναι ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας. Η παρουσία ΣΔ επιδεινώνει τη χολοστεατωματώδη ωτίτιδα και τη καθιστά περισσότερο κακοήθη. Δύσκολα ελέγχεται και παρ' όλη τη χειρουργική επέμβαση που είναι απαραίτητη, χρειάζεται τακτική παρακολούθηση και περιποίηση επί μακρόν. Βασικό δε είναι να ρυθμιστεί σωστά ο ΣΔ. Η περιποίηση περιλαμβάνει το σχολαστικό καθαρισμό της περιοχής και τις πλύσεις με κατάλληλα αντιβακτηριακά υλικά. Εάν δεν υπάρχουν ανεξήγητα οξεία φαινόμενα (π.χ. σηπτικός πυρετός και ιστορικό Χ.Μ.Ω.), δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η πιθανότητα ύπαρξης επιπλοκών.

## Συμπέρασμα

Η κακοήθης φύση της συνύπαρξης χολοστεατώματος και Σακχαρώδη Διαβήτη με τις συχνές

και σοβαρές επιπλοκές, καθιστά απαραίτητες τη χειρουργική αντιμετώπιση, τη σωστή ρύθμιση του ΣΔ και την επί μακρό χρονικό διάστημα παρακολούθηση των ασθενών αυτών.

## Summary

*Tofalides M, Noussios G, Benis N, Gennadiou D, Sailer N, Preponis Ch. Cholesteatoma and Diabetes Mellitus. Hellen Diabetol Chron 1993; 6: 146-148.*

The overall study of 48 patients with cholesteatoma of the middle ear revealed 12 of them with D.M. From the total number of these patients only 5 had infectious complications and all 5 were diabetics. This implicates that coexistence of cholesteatoma with D.M. makes the first, "malignant", with worse prognosis.

## Βιβλιογραφία

1. *Χελιδώνη Ε.* Σύγχρονη Ωτορινολαρυγγολογία. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
2. *Wayoff M, Charachon R, Roulleau P, Lacher G, Deguine Ch.* Surgical Treatment of Middle Ear Cholesteatoma. Advances in Oto-Rhino-Laryngology Editor. CR Pfaltz, Basel. Karger 1987.
3. *Dennis R. Maceri.* Head and Neck Manifestations of Endocrine Disease. Special Topics in Otolaryngology - Otolaryngologic Clinics of North America Vol 19, No 1, Feb 1986.
4. *Otorhinolaryngology (English) Cholesteatoma.* Hagerstown, Maryland, Harper and Row 1979.
5. *Infections in diabetes with special reference to diabetes in Singapore.* Ann Acad Med Singapore 1985, Apr; 14(2): p. 240-6.
6. *Impaired leucocyte function in patients with poorly controlled diabetes.* Diabetes 1974; 23: 9.