

Διάτρηση της υπερώας από χρήση κοκαΐνης

Κ. Τόσιος*, Γ. Λάσκαρης**

Παρουσιάζεται μία περίπτωση διάτρησης της υπερώας σε άνδρα 47 ετών που έκανε συνεχή ρινική χρήση κοκαΐνης για 10 χρόνια. Η βλάβη εντοπιζόταν στο όριο μαλακής και σκληρής υπερώας αντίστοιχα προς τη μέση γραμμή και είχε διαστάσεις 0.4 x 0.2 εκ. περίπου. Μέσω της διάτρησης είχε εγκατασταθεί στοματορρινική επικοινωνία που προκαλούσε στον ασθενή ανάρροια κατά την κατάποση υγρών. Παρατηρήθηκαν επίσης μειωμένη κινητικότητα της μαλακής υπερώας, ερυθρότητα του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος και μικρής έκτασης διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα και οι ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη και HIV αρνητικές. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για απόφραξη της διάτρησης με κινητή προσθετική εργασία. Μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί ελάχιστες παρόμοιες περιπτώσεις σε άτομα εξαρτημένα από κοκαΐνη. Η διάτρηση της υπερώας αποτελεί πιθανώς επέκταση νεκρωτικών βλαβών του ανώτερου αναπνευστικού προς το υπερώιο οστό ή και τη μυϊκή μάζα της μαλακής υπερώας. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το κακόηθες κοκκίωμα της μέσης γραμμής, την τριτογόνο σύφιλη (κομμώμα με διάτρηση υπερώας), την κοκκιωμάτωση του Wegener, καρκινώματα ρινικής και παραρρινικής προέλευσης και συστηματικές μυκητιάσεις.

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 37:229-231, 1993

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοκαΐνη είναι από τις πιο διαδεδομένες και επικίνδυνες εξαρτησιογόνες-ναρκωτικές ουσίες. Η χρήση της συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές από το καρδιαγγειακό, το κεντρικό νευρικό, το γαστρεντερικό, το γεννητικό σύστημα, και την ψυχική σφαίρα(1). Οι χρήστες κοκαΐνης εμφανίζουν επίσης αυξημένο κίνδυνο HIV-μόλυνσης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων όπως σύφιλης και γονόρριας(2).

Ο πιο συνήθης τρόπος λήψης της κοκαΐνης είναι με αναρρόφηση από τη μύτη («πρέζα») επειδή η τοπική αγγειοσύσπαση που προκαλείται οδηγεί σε αργή απορρόφηση της από το ρινικό βλεννογόνο και παρατεταμένη παραμονή της στο πλάσμα. Αναφέρονται επίσης υποδόρια, ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια ένεση, λήψη από το στόμα, τον κόλπο, το απευθυσμένο, υπογλώσσια, καθώς και κάπνισμα(1,3,4).

Η χρήση της κοκαΐνης σχετίζεται με μη-ειδικές οδοντοστοματολογικές βλάβες. Έχουν περιγραφεί

ελκώσεις και νεκρώσεις στα προστομιακά ούλα μετά από τοπική τριβή κοκαΐνης(5). Αναφέρονται επίσης γλωσσοδυνία, συγγειλίτιδα και καντιντίαση σε χρήστες με κακή διατροφή, έντονος βρουξισμός με επιπέδωση των οδοντικών φυμάτων και διαταραχές στην κροταφογναθική διάρθρωση, αυχενικές αποτριβές λόγω έντονου βουρτσίσματος(4). Η συχνή κατάχρηση αλκοόλ μαζί με την κοκαΐνη μπορεί επιπλέον να προκαλέσει ξηροστομία, βαριά περιοδοντίτιδα, πολυτερηδονισμό των δοντιών, κ.ά.(4).

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται μία σπάνια περίπτωση διάτρησης της υπερώας με εγκατάσταση στοματορρινικής επικοινωνίας σε ασθενή που έκανε μακροχρόνια χρήση κοκαΐνης με αναρρόφηση από τη μύτη. Συζητείται ο πιθανός παθογενετικός μηχανισμός και η διαφορική διάγνωση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Άνδρας 47 ετών με ιστορικό καθημερινής ρινικής χρήσης κοκαΐνης για 10 χρόνια, παρουσιάστηκε με «τρύπα» στην υπερώα. Ο ασθενής παρατήρησε τη βλάβη πριν από 1 χρόνο περίπου, οπότε και διέκοψε -κατά δήλωσή του - τη χρήση κοκαΐνης. Ανέφερε ότι σε αυτό το χρονικό διάστημα η βλάβη ήταν σταθερή σε μέγεθος και μέσω αυτής γινόταν έξοδος υγρών από τη μύτη κατά την κατάποση. Δεν υπήρχε ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, λήψης φαρμάκων, αυτοάνοσου

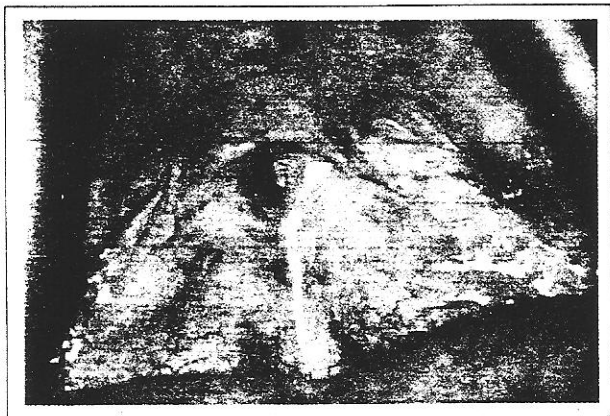
Λέξεις κλειδιά: Κοκαΐνη, υπερώα, νόσος στόματος, στοματικές εκδηλώσεις, κοκκίωμα θανατηφόρο μέσης γραμμής.

* Οδοντίατρος, επιστημονικός συνεργάτης Εργαστηρίου Στοματολογίας, υπότροφος Ι.Κ.Υ.

** Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματολογίας και Στοματολόγος Νοσ. «Α. Συγγρός».

νοσήματος ή νόσου του κολλαγόνου, χειρουργικής επέμβασης ή τραύματος στην περιοχή και συγγενούς υπερωισχιστίας.

Η κλινική εξέταση αποκάλυψε οπή διαστάσεων 0.4 x 0.2 εκ. περίπου στο όριο μαλακής και σκληρής υπερώας αντίστοιχα προς τη μέση γραμμή, μέσω της οποίας είχε εγκατασταθεί στοματορρινική επικοινωνία (Εικ. 1). Τα χείλη της βλάβης ήταν ομαλά και καλύπτονταν από λεπτό και ατροφικό βλεννογόνο χωρίς σημεία φλεγμονής. Η μαλακή υπερώα παρουσίαζε μειωμένη κινητικότητα και το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα ήταν ερυθρό.



Εικ. 1: Ενδοστοματική εικόνα της διάτρησης στο όριο μαλακής και σκληρής υπερώας αντίστοιχα προς τη μέση γραμμή.

Η εξέταση της ρινικής κοιλότητας έδειξε πως ο βλεννογόνος ήταν ξηρός, λεπτός και καλυπτόταν από εφελκίδες. Στο ρινικό διάφραγμα υπήρχε διάτρηση μικρής έκτασης. Δεν παρατηρήθηκαν επίσταξη, ένρινη ομιλία, κατάρρευση του ρινικού σκελετού ή δυσμορφία της μέσης μοίρας του προσώπου. Ο ασθενής δεν ανέφερε αλλοίωση οσμής ή γεύσης, καθώς και ενοχλήματα από τα ιγμόρεια. Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν ήταν διογκωμένοι.

Η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς ήταν καλή. Η γενική εξέταση αίματος και ούρων, ο λευκοκυτταρικός τύπος και η ΤΚΕ ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα. Οι ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη (VDRL/FTA-ABS) και HIV ήταν αρνητικές.

Με βάση το ιστορικό και την κλινική εικόνα τέθηκε η διάγνωση διάτρησης της υπερώας από χρήση κοκαΐνης. Δεν κρίθηκε σκόπιμη η λήψη βιοψίας, γιατί τα κλινικά κριτήρια και το ιστορικό του ασθενούς απέκλειαν κακοήθεια. Θεραπευτικά, αντιμετωπίστηκε το ενδεχόμενο χειρουργικής αποκατάστασης της βλάβης με μετακινούμενο κρημό. Επειδή όμως ο βλεννογόνος στην περιφέρεια της βλάβης ήταν λεπτός και ατροφικός και υπήρχε το ενδεχόμενο νέκρωσης του κρημού, αποφασίστηκε να γίνει απόφραξη της διάτρησης με κινητή προσθετική εργασία. Ο ασθενής παραπέμφθηκε για την προσθετική αποκατάσταση και δεν επέστρεψε για επανεξέταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αναρρόφηση κοκαΐνης από τη μύτη προκαλεί σοβαρές επιπλοκές στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα. Συχνότερα παρατηρούνται ατροφία και έλκωση του ρινικού βλεννογόνου, διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και παραρρινοκολπίτιδες (1,6). Οι ασθενείς παραπονούνται κυρίως για πόνο στην περιοχή, ρινόρροια, επίσταξη, ένρινη ομιλία, και διαταραχές της οσμής και της γεύσης (6). Σε σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται μαζική νέκρωση ανατομικών στοιχείων της μέσης γραμμής του ρινοφαρυγγικού συστήματος. Έχουν περιγραφεί πλήρης καταστροφή του οστικού και χόνδρινου σκελετού του ρινικού διαφράγματος με κατάρρευση της ρινικής γέφυρας και επιπλοκή δυσμορφία της μύτης, οστεολυτικές βλάβες των ρινικών κογχών ή των παραρρινικών κόλπων, και ελκώσεις του φάρυγγα που συνοδεύονταν από δυσκαταποσία (3,6-10). Η μη-ειδική φλεγμονώδης φύση των νεκρωτικών βλαβών έχει επιβεβαιωθεί ιστολογικά (3,6-8).

Βλάβες στη μαλακή υπερώα από αναρρόφηση ή «πακετάρισμα» κοκαΐνης έχουν αναφερθεί σποραδικά στη βιβλιογραφία (7-9). Κλινικά στις περιπτώσεις αυτές η υπερώα ήταν παχιά, εξέρυθρη, και παρουσίαζε στη ρινοφαρυγγική επιφάνεια φλεγμονώδη σαρκία, εσχάρες ή ελκώσεις. Παρατηρήθηκαν επίσης απώλεια της σταφυλής, αναισθησία και παράλυση της υπερώας.

Διάτρηση της σκληρής υπερώας έχει αναφερθεί σε δύο γυναίκες 28-29 ετών που έκαναν ρινική χρήση κοκαΐνης για 4 και 2 χρόνια, αντίστοιχα (6,10). Οι διαστάσεις της διάτρησης ήταν 1.5 x 1 εκ. και 0.4 εκ., αντίστοιχα. Στην τελευταία ασθενή η βλάβη ξεκίνησε με πολλαπλές μικρές διατρήσεις που συνοδεύονταν από αίσθημα καύσου και στοματορρινική ανάρροια κατά την κατάποση υγρών. Η διάτρηση ήταν σε συνέχεια με εκτεταμένη νέκρωση του ρινικού διαφράγματος και των ρινικών κογχών.

Οι νεκρωτικές βλάβες που προκαλεί η ρινική χρήση κοκαΐνης αποδίδονται στο συνδυασμό των φαρμακολογικών της δράσεων με μηχανικό τραυματισμό του βλεννογόνου (6). Φαρμακολογικά, η κοκαΐνη αναστέλλει την προσυναπτική επαναπρόσληψη νορεπινεφρίνης και διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας μεταξύ άλλων έντονη αγγειοσυσπασση (1). Η ισχαιμία του ρινικού βλεννογόνου επιτείνεται από διάφορα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είτε για να επιβραδύνουν την απορρόφηση της κοκαΐνης και να παρατείνουν την παραμονή της στην κυκλοφορία, είτε για να αντιμετωπίσουν τα ρινικά ενοχλήματα (3,6). Η έντονη και συνεχής αγγειοσυσπασση οδηγεί προοδευτικά σε ατροφία του βλεννογόνου και πιθανώς ισχαιμική νέκρωση (9). Παράλληλα η κοκαΐνη αναστέλλει τη μετάδοση των νευρικών ώσεων δρώντας σαν τοπικό αναισθητικό και ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται τον τραυματισμό που προκαλεί στον βλεννογόνο με το καλαμάκι που συνήθως χρησιμοποιεί για την αναρρόφηση (1,6). Ταυτόχρονα, ο βλεννογόνος ερεθίζεται από διάφορα πρόσθετα όπως ταλκ και γύψος, με τα οποία είναι συνήθως νοθευμέ-

νη η κοκαΐνη που διακινείται παράνομα(6,9). Έτσι, ο ατροφικός και ισχαιμικός βλεννογόνος τραυματίζεται εύκολα, φλεγμαίνει, ελκώνεται, αποικίζεται από παθογόνα μικρόβια(6,7) και προοδευτικά νεκρώνεται. Η νέκρωση επεκτείνεται στο χόνδρο και στο οστό του ρινικού διαφράγματος, στις ρινικές κόγχες, και στα τοιχώματα των ιγμορείων.

Η διάτρηση της υπερώας αποτελεί πιθανώς επέκταση των νεκρωτικών βλαβών του ανώτερου αναπνευστικού προς το υπερώιο οστό ή / και τη μυϊκή μάζα της μαλακής υπερώας. Ο μηχανισμός αυτός υποστηρίζεται κυρίως από τη συνέχεια της υπερώας διάτρησης με νέκρωση του ρινικού διαφράγματος και των ρινικών κογχών(6), αλλά και από τη συνύπαρξη της με διάτρηση του ρινικού διαφράγματος(10) όπως συνέβη και στη δική μας περίπτωση.

Η διάγνωση των βλαβών που οφείλονται στην κοκαΐνη στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό και στον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων. Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τους χρήστες ναρκωτικών τους κάνει ιδιαίτερα επιφυλακτικούς και απρόθυμους στην αποκάλυψη της χρήσης. Απαιτείται μεθοδική προσπάθεια στη λήψη του ιστορικού, καθώς και δημιουργία αμοιβαίου κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο κλινικός στοματολόγος πρέπει να ευαισθητοποιηθεί και να είναι ενήμερος των βλαβών που προκαλεί η χρήση κοκαΐνης στο στόμα γιατί, λόγω της αυξανόμενης χρήσης από ολοένα και περισσότερα άτομα, η πιθανότητα εμφάνισης παρόμοιων βλαβών στο μέλλον θα είναι αυξημένη.

Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το κακοήθες κοκκίωμα της μέσης γραμμής, την τριτογόνου σύφιλη (κοκκίωμα με διάτρηση υπερώας), την κοκκιομάτωση του Wegener, καρκινώματα ρινικής και παραρρινικής προέλευσης και συστηματικές μυκητιάσεις(9). Η διάγνωση όλων των πιο πάνω νόσων θα στηριχτεί στο καλό ιστορικό, στους κλινικούς και ιστοπαθολογικούς χαρακτήρες, τη μικροβιολογική εξέταση, καθώς και στις κατάλληλες ορολογικές εξετάσεις.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της διάτρησης της υπερώας προϋποθέτει την αναγνώριση της αιτιολογίας και τη διακοπή της χρήσης κοκαΐνης(6). Οι Mattson-Gates και συν.(10) ανέφεραν αποκατάσταση του ιστικού ελλείμματος με μονόπλευρο μισχωτό κρημνό (υπερωιοπλαστική), ενώ οι Kuriloff και Kimmelman(6) αντιμετώπισαν τα λειτουργικά ενοχλήματα με απόφραξη της διάτρησης με κινητό υπερώιο μηχανήμα. Η τελευταία μέθοδος προτιμήθηκε στην περίπτωση που παρουσιάζεται λόγω της αδυναμίας σχηματισμού κρημνού από το βλεννογόνο της περιοχής.

SUMMARY

K. Tosios, G. Laskaris: Palatal perforation associated with cocaine abuse. A case report.

hellenic stomatological review 37:229-231, 1993

A case of palatal perforation in a 47-year-old male

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 37:229-231, 1993

admitting addictive cocaine use via nasal insufflation for 10 years, is presented. The lesion was located at the hard-soft palate junction and measured approximately 0.4 x 0.2 cm. An oronasal fistula causing reflux during swallowing of liquids was present. Additional clinical findings included reduced mobility of the soft palate, inflammation of the posterior pharyngeal wall, as well as limited perforation of the nasal septum. Complete blood count with leukocyte differential, erythrocyte sedimentation rate, and urine analysis were normal. Serology for syphilis and HIV were negative. The perforation was obturated with a movable palatal denture. No follow-up information is available.

Review of the literature disclosed a few additional cases of perforation of the palate in cocaine addicts. In all cases including the present one, necrosis of the upper respiratory tract manifesting as perforation or total destruction of the nasal septum, was present. It is suggested that palatal perforation resulted from the downward extension of massive sinonasal tract necrosis. Clinical differential diagnosis includes lethal midline granuloma, tertiary syphilis, Wegener's granulomatosis, carcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses, and opportunistic systemic fungal infections.

Key words: Cocaine, palate, mouth disease, oral manifestations, granuloma, lethal midline.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gregler LL: Adverse health consequences of cocaine abuse. *J. Natl. Med. Assoc.* 1989, 81:27-38.
2. Weiss SH: Links between cocaine and retroviral infection. *JAMA* 1989, 261:607-609.
3. Schweitzer VG.: Osteolytic sinusitis and pneumomediastinum: Deceptive otolaryngologic complication of cocaine abuse. *Laryngoscope* 1986, 96:206-210.
4. Lee CYS, Mohammadi H, Dixon RA: Medical and dental implications of cocaine abuse. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 1991, 49:290-293.
5. Quart AM, Butkus Small C, Klein RS: The cocaine connection. Users imperil their gigniva. *J. Am. Dent. Assoc.* 1991, 122:85-87.
6. Kuriloff DB, Kimmelman CP: Osteocartilaginous necrosis of the sinonasal tract following cocaine abuse. *Laryngoscope* 1989, 99:918-24.
7. Becker GD, Hill S: Midline granuloma due to illicit cocaine use. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1988, 114:90-91.
8. Deutsch HL, Millard RD, Jr: A new cocaine abuse complex. Involvement of nose, septum, palate, and pharynx. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1989, 115:235-237.
9. Daggett RB, Haghghi P, Terkeltaub RA: Nasal cocaine abuse causing an aggressive midline intranasal and pharyngeal destructive process mimicking midline reticulosis and limited Wegener's granulomatosis. *J. Rheumatol.* 1990, 17:838-840.
10. Mattson-Gates G, Jabs AD, Hugo NE: Perforation of the hard palate associated with cocaine abuse. *Ann. Plast. Surg.* 1991, 26:466-4668.

Διεύθυνση για ανάπτυξη:
Γ. Λάσκαρης
Υψηλάντου 20-22
106 76 Αθήνα