

Όγκοι παρωτίδας - Δεκαπενταετής ανασκόπηση των περιστατικών της ΩΡΛ Κλινικής του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

Μ. ΚΥΝΗΓΟΥ, Μ. ΤΣΑΜΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΚΟΥΤΣΙΜΑΝΗ, Χ. ΓΟΥΤΣΙΚΑΣ, Σ. ΜΟΥΣΑΛΛΑΜ, Α. ΑΗΔΟΝΗΣ
Ω.Ρ.Λ. Κλινική, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι όγκοι της παρωτίδας αποτελούν τη μέγιστη πλειοψηφία των όγκων των σιελογόνων αδένων. Η αυξημένη συχνότητα τους σε συνδυασμό με τη στενή ανατομική τους σχέση με το προσωπικό νεύρο, τον παραφαρυγγικό χώρο και τους τραχηλικούς λεμφαδένες προσδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη σωστή και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία τους.

Ασθενείς και μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη των παρωτιδικών όγκων που αντιμετωπίσαμε στην ΩΡΛ κλινική του Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» την τελευταία δεκαπενταετία. Συνολικά αντιμετωπίστηκαν 177 ασθενείς -104 άνδρες (με μέσο όρο ηλικίας τα 48 έτη) και 73 γυναίκες (με μέσο όρο ηλικίας τα 44 έτη). Τα 171 περιστατικά ήταν πρωτοπαθή ενώ τα 6 αναπτύχθηκαν ως υποτροπή σε έδαφος προηγούμενης επέμβασης. Στη διαγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιήθηκε ακτινολογικός έλεγχος με αξονική ή/και μαγνητική τομογραφία ενώ την τελική διάγνωση επιβεβαίωσε η ιστολογική εξέταση μια και η θεραπεία ήταν χειρουργική σε πρώτη φάση.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των όγκων, σε 154 ασθενείς, ήταν καλοήθεις με συχνότερο το αδενολέμφωμα στους άνδρες και το πλειόμορφο αδένωμα στις γυναίκες, ενώ 23 περιστατικά ήταν κακοήθεις όγκοι με συχνότερο το λέμφωμα.

Συμπεράσματα: Οι όγκοι της παρωτίδας αποτελούν συνολικά μια ετερόκλητη ομάδα όγκων με διαφορετική βιολογική συμπεριφορά. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι όγκοι αυτοί είναι καλοήθεις με χαμηλή πιθανότητα υποτροπής. Παρά τη σπανιότητα των κακοήθων όγκων, λόγω του κινδύνου διεγχειρητικού τραυματισμού του προσωπικού νεύρου και της ποικιλίας των ιστολογικών τύπων με απρόβλεπτη εξέλιξη, συνιστάται λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός προεγχειρητικός έλεγχος. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική αφαίρεση με προσπάθεια διατήρησης του νεύρου, μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία κατά κανόνα επί κακοήθειας και κατά περίπτωση τραχηλικός λεμφαδενικός καθαρισμός. Ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση αυτών των όγκων έχει η μακρά μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: όγκοι σιελογόνων αδένων, όγκοι της παρωτίδας, προσωπικό νεύρο.

Εισαγωγή

Οι όγκοι των σιελογόνων αδένων αποτελούν το 3% των όγκων της κεφαλής και του τραχήλου¹.

Το 75- 80% εμφανίζονται στην παρωτίδα και από αυτούς το 20-25% είναι κακοήθεις. Η κλινική διαφοροδιάγνωση καλοήθους - κακοήθους όγκου είναι δύσκολη καθώς το πρώτο σύμπτωμα είναι συνήθως μια ασυμπτωματική μάζα¹.

Αποτελούν συνολικά μια ετερόκλητη ομάδα όγκων με διαφορετική βιολογική συμπεριφορά που χρειάζεται διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση².

Ασθενείς και μέθοδοι

Τη δεκαπενταετία 1992-2006 στην Ω.Ρ.Λ. κλινική του νοσοκομείου μας αντιμετωπίστηκαν 177 ασθενείς με όγκο της παρωτίδας. Απ' αυτούς οι 104 ήταν άνδρες ηλικίας 12-80 ετών (μέσο όρο 48 έτη) και 73 γυναίκες ηλικίας 14-78 ετών (μέσο όρο 44 έτη).

Η αντιμετώπιση των όγκων ήταν χειρουργική. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τυπικό προεγχειρητικό έλεγχο και αξονική τομογραφία και κατά περίπτωση σε μαγνητική τομογραφία, υπερηχογράφημα και βιοψία δια λεπτής βελόνης (F.N.A.).

Σε όλους τους ασθενείς που η εμφάνιση του όγκου διεγχειρητικά παρέπεμπε σε κακοήθεια ή παρουσίαζε πολλαπλή εντόπιση γινόταν ταχεία βιοψία, με στόχο κυρίως τον αποκλεισμό του λεμφώματος.

Η ελάχιστη επέμβαση ήταν η επιπολής παρωτιδεκτομή, ενώ ακόμη και σε κακοήθεις όγκους γινόταν προσπάθεια διατήρησης του νεύρου, εκτός από δύο περιπτώσεις όπου οι ασθενείς παρουσίαζαν ήδη προεγχειρητικά προσβολή του προσωπικού νεύρου.

Οι επεμβάσεις που έγιναν αναλυτικά είναι:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	Άνδρες	Γυναίκες
Κακοήθεις Όγκοι		
Αδενοκαρκίνωμα	3	
Αδενοκυστικό καρκίνωμα		2
Κυψελιδικό καρκίνωμα	1	5
Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα	1	1
Καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα (μεταστατικό)	1	
Λέμφωμα	3	2
Καρκίνωμα από πλακώδες χαμηλής διαφοροποίησης	1	
Καρκίνωμα από πλακώδες καλής διαφοροποίησης	2	
Μελάνωμα	1	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

	Άνδρες	Γυναίκες
Καλοήθεις Όγκοι		
Πλειόμορφο αδένωμα	27	40
Αδενολέμφωμα	41	9
Μονόμορφο αδένωμα	3	3
Ογκοκύττωμα	2	
Σαρκοείδωση	1	
Λοιπές καλοήθεις βλάβες	16	12

- 145 επιπολής παρωτιδεκτομές.
- 24 ολικές παρωτιδεκτομές με διατήρηση του προσωπικού νεύρου.
- 2 ριζικές παρωτιδεκτομές.

Απλή αφαίρεση - βιοψία έγινε σε 6 περιπτώσεις, όπου η ταχεία βιοψία υπέδειξε στις 5 περιπτώσεις λέμφωμα και στη μία σαρκοείδωση.

Σε περίπτωση όγκων υψηλού βαθμού κακοήθειας ή επανειλημμένης υποτροπής μικτού όγκου ακολουθήθηκε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Οι ασθενείς με λέμφωμα παραπέμφθηκαν προς αντιμετώπιση στην Αιματολογική Κλινική ενώ η ασθενής με σαρκοείδωση στη Β' Πνευμονολογική Κλινική του νοσοκομείου μας.

Αποτελέσματα

Από τους 177 ασθενείς με ογκόμορφη βλάβη παρωτίδας, στους 23 ασθενείς, 13 άνδρες και 10 γυναίκες, η ιστολογική εξέταση κατέδειξε κακοήθεια (πίνακας 1).

Σε 154 ασθενείς, 89 άνδρες και 65 γυναίκες, διαγνώστηκε καλοήθης βλάβη της παρωτίδας. Στους άνδρες συχνότερος όγκος ήταν το αδενολέμφω-

μα (41 από τους 89 ασθενείς, 46%) με 2ο σε συχνότητα το πλειόμορφο αδένωμα (27 από τους 89 ασθενείς, 30%), ενώ στις γυναίκες το συχνότερο ήταν το πλειόμορφο αδενολέμφωμα (40 από τις 65 ασθενείς, 62%) (πίνακας 2).

Έξι από τις περιπτώσεις αφορούσαν υποτροπή όγκων μετά από προηγηθείσα επέμβαση σε άλλο νοσοκομείο. Ο ιστολογικός τύπος των όγκων ήταν τρία πλειόμορφα αδενώματα, ένα αδενολέμφωμα και ένα κυψελιδικό καρκίνωμα.

Ένας ασθενής μας παρουσίασε δεύτερο αδενολέμφωμα στην άλλη παρωτίδα και χειρουργήθηκε πρόσφατα.

Σε εννιά ασθενείς διαπιστώθηκαν πολλαπλές εστίες του ίδιου όγκου.

Σε δύο ασθενείς υπήρξε πλήρης διατομή του νεύρου σε ριζική παρωτιδεκτομή λόγω αδενοκαρκινώματος, οι οποίοι παρουσίαζαν ήδη προεγχειρητικά πάρεση του νεύρου, ενώ σε άλλους 4 ασθενείς παρουσιάστηκε μετεγχειρητικά πάρεση η οποία βελτιώθηκε σημαντικά στον ένα και αποκαταστάθηκε πλήρως στους άλλους τρεις, σε δι-

άστημα 4-6 μηνών. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών ήταν οι 71 μήνες.

Από τους 17 ασθενείς με πρωτοπαθή κακοήθη όγκο της παρωτίδας τρεις κατέληξαν μέσα σε 18 μήνες από τη νόσο, ένας ασθενής κατέληξε λόγω μεταστάσεων που εμφανίστηκαν 7 χρόνια μετά, ενώ ένας ακόμη ασθενής κατέληξε από άλλη αιτία. Οι υπόλοιποι 12 ασθενείς ζουν ελεύθεροι νόσου.

Συζήτηση

Θεραπεία εκλογής των όγκων της παρωτίδας παραμένει η χειρουργική αντιμετώπιση. Η απλή ογκοεκτομή έχει εγκαταλειφθεί πλήρως και ως ελάχιστη επέμβαση στην παρωτίδα θεωρείται η επιπολής παρωτιδεκτομή.

Προεγχειρητικά αναγκαία θεωρείται η σωστή λήψη ιστορικού, η ενδελεχής κλινική εξέταση και κατά κανόνα κάποια απεικονιστική εξέταση. Η αξονική τομογραφία θεωρείται αναγκαία προς διερεύνηση των ορίων του όγκου και κυρίως τη σχέση του με την οπίσθια προσωπική φλέβα, επομένως με το προσωπικό νεύρο, τον παραφρυγγικό χώρο και τα μεγάλα αγγεία του τραχήλου. Πρόσθετα στοιχεία μπορεί να μας δώσει η μαγνητική τομογραφία όπου στην T2 λήψη είναι δυνατόν να απεικονισθεί το προσωπικό νεύρο, ενώ με αρκετή ακρίβεια μπορεί να γίνει η διαφοροδιάγνωση του ιστολογικού τύπου¹.

Η βιοψία δια λεπτής βελόνης μπορεί να μας δώσει σημαντικά στοιχεία, δε μεταβάλλει όμως ιδιαίτερα το τελικό πλάνο της αντιμετώπισης, καθώς ακόμα και στην περίπτωση κακοήθειας καλό είναι να προσπαθήσουμε για τη διατήρηση του προσωπικού νεύρου. Ως βιοψία συνιστάται η ταχεία βιοψία στην διάρκεια της επέμβασης¹.

Δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφωνία σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση των καλοπλάθων όγκων, όπου η χειρουργική επέμβαση και κυρίως η επιπολής παρωτιδεκτομή, αρκεί για τη θεραπεία τους, σε ποσοστό που ξεπερνά το 95%. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί ο μικτός όγκος, με μια συνολική πιθανότητα υποτροπής από 0.8-4.8%⁴, όπου όμως επί υποτροπής του, η πιθανότητα επανεμφάνισης αυξάνεται ραγδαία. Αιτίες

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Παλιά σταδιοποίηση κατά UICC [1987]			
T1: όγκος < 2cm	α = χωρίς επέκταση στις γύρω εστίες		
T2: 2cm < όγκος < 4cm	β = με επέκταση σε VII δέρμα ή οστά		
T3: 4cm < όγκος < 6cm			
T4: όγκος > 6cm			
Νέα σταδιοποίηση κατά UICC [1997]			
T1: όγκος < 2cm			
T2: 2cm < όγκος < 4cm χωρίς εξωπαρεγχυματική επέκταση			
T3: 4cm < όγκος < 6cm ή εξωπαρεγχυματική επέκταση (χωρίς βλάβη του προσωπικού νεύρου)			
T4: όγκος > 6cm ή/και διήθηση βάσης κρανίου ή/και διήθηση του προσωπικού νεύρου			
N0 = καθόλου λεμφαδένες			
N1 = ένας, ομόπλευρος < 3cm			
N2α = ένας ομόπλευρος 3 < L < 6cm			
N2β = πολλαπλοί ομόπλευροι < 6cm			
N2c = πολλαπλοί ομόπλευροι και ετερόπλευροι < 6cm			
N3 = > 6cm			
I	T1, T2	N0	M0
II	T3	N0	M0
III	T1, T2	N1	M0
IV	T4	N0	M0
	T3, T4	N1	M0
	Κάθε T	N2, N3	M0
	Κάθε T	κάθε N	M1
Βιβλιογραφία			
1. Spiro RH. Diagnosis and pitfalls in the treatment of parotid tumors. Semin Surg Oncol; 7:20-41991.			

υποτροπής φαίνονται να αποτελούν η πολυεστιακότητα του όγκου (μέχρι 55% παρουσία πολλαπλών εστιών στις υποτροπές), η ρήξη της κάψας στην πρώτη επέμβαση, η κυτταροβρίθεια και η παρουσία ψευδοποδίων στην περιφέρεια του όγκου⁵. Επί υποτροπής συνιστάται επανεπέμβαση, μετά την οποία επί μη υγιών ορίων ή σε δεύτερη υποτροπή η ακτινοθεραπεία έδωσε καλά αποτελέσματα⁴.

Σημαντικό προβληματισμό εγείρει η αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων γεγονός που αντανακλάται στη νέα σταδιοποίηση 1997, σύμφωνα με την UICC, που έχει ήδη δεχθεί προτάσεις για μεταβολή της (πίνακας 3)³.

Σημεία αντιπαράθεσης στην αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων είναι:

- Η διατήρηση του νεύρου: Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στη διατήρηση του νεύρου, εκτός εάν είναι προσκολλημένο στον όγκο ή εμπλέκεται σε αυτόν. Η προσβολή του νεύρου συνοδεύεται από υποτροπή στο 60%, ενώ δεν έχει πραγματικά αποδειχθεί ότι η ριζικότητα της επέμβασης βελτιώνει τη συνολική επιβίωση⁶.
- Η διενέργεια τραχηλικής εκσκαφής: Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν τη διενέργειά της μόνο επί σαφών κλινικών (λεμφαδενοπάθεια, πάρεση του προσωπικού νεύρου) ή ακτινολογικών ευρημάτων κακοήθειας προχωρημέ-

νου σταδίου, ενώ άλλοι προτείνουν εκλεκτική τραχηλική εκσκαφή και επί αρνητικών ευρημάτων, όταν ο κακοήθης όγκος έχει χαμηλή διαφοροποίηση ή μέγεθος μεγαλύτερο από τέσσερα εκατοστά^{2,7,8,9}.

- Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας: φαίνεται να μειώνει σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής, έναν παράγοντα ιδιαίτερα σημαντικό για την τελική επιβίωση. Θεωρείται ρουτίνα από τα περισσότερα κέντρα. Απόλυτα απαραίτητη είναι σε όγκους υψηλής κακοήθειας, σε όγκους προχωρημένου σταδίου (T3, T4) σε εξωπαρωτιδική επέκταση ή τραχηλική μετάσταση, σε υποτροπή, σε όγκους του εντωβάθει λοβού, σε μη υγιή χειρουργικά όρια και σε προσβολή του προσωπικού νεύρου^{1,2,7}. Δε συνιστάται σε όγκους χαμηλής κακοήθειας και αρχικού σταδίου¹⁰.

Συμπεράσματα

Οι όγκοι της παρωτίδας αποτελούν ένα ετερόκλητο σύνολο όγκων που εμφανίζουν διαφορετική βιολογική συμπεριφορά και το ποσοστό πλήρους ίασης τους ποικίλει από 20 - 95%. Αναγκαία θεωρείται η έγκαιρη διάγνωση, η μακρά παρακολούθηση και η εξατομίκευση της αντιμετώπισης κάθε φορά ανάλογα με τον όγκο (την ιστολογική εικόνα, τη θέση και το μέγεθος), τον άρρωστο (την ηλικία του, την άποψή του για ποιότητα ζωής) και τον ιατρό (τη φιλοσοφία του και το πρωτόκολλο αντιμετώπισης).

Δεν υπάρχει διαφωνία στην αντιμετώπιση των καλοήθων όγκων, όπου θεραπεία εκλογής παραμένει η παρωτιδεκτομή, συνήθως επιπολής, με εξαίρεση τον μικτό όγκο, ο οποίος σε μη υγιή όρια στην πρώτη υποτροπή ή σε δεύτερη υποτροπή χρίζει ακτινοθεραπείας.

Σημεία αιχμής στην αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων είναι: η διατήρηση του προσωπικού νεύρου, η διενέργεια τραχηλικής εκσκαφής και η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας.

Summary
Parotid tumors - A fifteen year retrospective study of the cases treated in

the otorhinolaryngology department of "G. Papanikolaou" General Hospital
Kynigou M, Tsamopoulou M, Koutsimani Th, Goutsikas Ch, Mousallam S, Aidonis A.
ENT Department, General Hospital 'G. Papanikolaou',
Exohi, Thessaloniki.

Parotid tumors represent the vast majority of salivary gland tumors. Their increased frequency combined with their close anatomic relation to the facial nerve and the parapharyngeal space makes correct and early diagnosis and treatment, essential.

We performed a retrospective study of the parotid tumors that we treated in the ENT department of "G. Papanikolaou" General Hospital over the last fifteen years. In total we treated 177 patients from which 104 were men (with mean age 48 years) and 73 women (mean age 44 years). 171 of the cases were primary tumors and 6 were recurrences

after previous surgical treatment.

In the diagnostic approach we used radiological examination in the form of CT or MRI scans and the final diagnosis was always confirmed by pathology report, as the treatment was primarily surgical resection.

The majority of these tumors (154 cases) were benign with adenolymphoma being the commonest among men and pleomorphic adenoma being the commonest among women. In 23 of the cases the tumors were malignant with lymphoma being the commonest. Parotid tumors are usually benign and surgical removal remains the mainstay of treatment. Controversy exists over the preservation of the facial nerve, the performance of neck dissection and the use of radiotherapy.

Parotid tumors should receive a meticulous pre-op clinical and radiographic examination, and a careful surgical treatment. A long-term postoperative follow-up is nevertheless recommended.

Key words: *salivary gland neoplasms, parotid neoplasms, facial nerve.*

Βιβλιογραφία - References

1. Spiro RH. Diagnosis and pitfalls in the treatment of parotid tumors. *Semin Surg Oncol*; 7:20-41991.
2. Magnano M. et al. Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg Nov*; 121(5):627-32, 1999.
3. Numata T et al. Evaluation of the 1997 International Union Against Cancer TNM Classification of Major Salivary Gland Carcinoma. *Cancer Oct 15*; 89(8):1664-9, 2000.
4. Carew J et al. Treatment of recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Otolaryngol Head and Neck Surg. Nov*; 121(5):539-42, 1999.
5. Henriksson G et al. Recurrent primary pleomorphic adenomas of salivary gland origin: intrasurgical rupture, histopathological features and pseudopodia. *Cancer*; 82:617-20, 1998.
6. Spiro JD, Spiro RH. Cancer of the Parotid Gland: Role of the 7th Nerve Preservation. *World J. Surg.* 27,863-867,2003.
7. Spiro J et al. Carcinoma of the parotid gland. *Cancer*; 71:2669-705, 1993.
8. Armstrong JG et al. The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary glands. *Cancer*, 69:615-9, 1992.
9. Kane WJ et al. Primary parotid malignancies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*; 117:307-15,1991.
10. Armstrong JG et al. Malignant tumors of major salivary gland origin: A matched pair analysis of the role of combined surgery and postoperative radiotherapy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990; 116:290-3. 