

Ο ρόλος της σιαλενδοσκόπησης στη χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα μη λιθιασικής αιτιολογίας

ΙΟΥΡΑ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ¹, Α. ΧΑΤΖΗΒΡΑΜΙΔΗΣ¹, Ι. ΙΑΚΩΒΟΥ², Σ. ΜΕΤΑΞΑΣ¹

¹Β' ΩΡΛ Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

²Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Παρουσιάζεται η αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα μη λιθιασικής αιτιολογίας στο Ειδικό Ιατρείο Σιαλενδοσκοπήσεων του Γ.Ν. Παπαγεωργίου.

Υλικό - Μέθοδοι: Σε διάστημα 6 μηνών εξετάστηκαν 9 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα, αιτία της οποίας δεν ήταν η σιελολιθίαση (3 άνδρες, 6 γυναίκες), με Μ.Ο. ηλικίας τα 52,4 έτη. Ο κάθε ασθενής υποβλήθηκε κατά Μ.Ο. σε 2.5 σιαλενδοσκοπήσεις υπό τοπική αναισθησία σε διάστημα 3 μηνών. Η λειτουργία του παρεγχύματος του αδένου ελέγχθηκε με σπινθηρογράφημα με τεχνήσιο (^{99m}Tc) πριν και μετά τη θεραπεία. Η θεραπευτική τους αντιμετώπιση περιελάμβανε κυρίως εγχύσεις στο εκφορητικό σύστημα του αδένου διαλύματος πρεδνιζολόνης για 3 με 4 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Μετά τη θεραπεία 4 ασθενείς παρουσίασαν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων τους, 4 σημαντική βελτίωση και μόνο 1 ασθενής δεν βελτιώθηκε. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα των ασθενών τόσο πριν όσο και μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα του λειτουργικού απεικονιστικού ελέγχου μετά τη θεραπεία, δεν συμβάδιζαν με την κλινική εικόνα και συγκεκριμένα σε 3 ασθενείς βρέθηκε φυσιολογική λειτουργία του παρεγχύματος, σε 4 υπολειτουργία ενώ σε 2 ασθενείς ο αδένος παρέμεινε μη λειτουργικός.

Συμπέρασμα: Η σιαλενδοσκόπηση αποτελεί ένα νέο και απαραίτητο εργαλείο στη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση των αποφρακτικών νοσημάτων των μειζόνων σιελογόνων αδένων. Αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο με ασήμαντη νοσηρότητα.

Λέξεις κλειδιά: Σιαλενδοσκόπηση, χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα, σιαλοδοχίτιδα, Ιατρείο σιαλενδοσκοπήσεων

Εισαγωγή

Η αποφρακτική σιαλαδενίτιδα έχει συχνότερα ως αίτιο τη σιελολιθίαση σε ποσοστό περίπου 60%, όμως σε πολλές περιπτώσεις η αιτία μπορεί να είναι μια στένωση ή συλλογή επιθηλίων και ινικής σε έδαφος φλεγμονή των εκφορητικών πόρων¹. Οι φλεγμονώδεις αυτές οξείες ή χρόνιες παθολογικές καταστάσεις περιγράφονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία με διάφορους όρους όπως χρόνια σιαλαδενίτιδα, σιαλοδοχίτιδα, σιαλαγγειίτιδα κ.λπ. Ιδιαίτερα σε παλαιότερα συγγράμματα θα συναντήσει κανείς όρους όπως σιάλωση

που συνήθως περιγράφουν μέρος της ανωτέρω παθολογίας. Η αιτιολογία της χρόνιας σιαλαδενίτιδας μπορεί να είναι η υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα, μικροβιακή ή ιογενής, αυτοάνοσα νοσήματα όπως το σύνδρομο Sjogren και η σαρκοείδωση, η ακτινοβολία κεφαλής και τραχήλου, αλλεργία κ.α. σπανιότερα αίτια². Η σύγχρονη αντιμετώπιση της, με τη χρήση σιαλενδοσκοπίων, επιτρέπει τον υπό άμεση όραση έλεγχο του συστήματος των εκφορητικών πόρων και την παρακολούθηση της θεραπευτικής πορείας, καθώς οι βλάβες του παρεγχύματος δεν είναι εύκο-

λα απεικονίσιμες στα πρώιμα στάδια των ανωτέρω παθολογικών καταστάσεων. Η ίδια η σιαλενδοσκόπηση λόγω της συνεχούς έκπλυσης κατά την εξέταση αποτελεί και θεραπευτική εκτός από διαγνωστική μέθοδο σε αυτές τις περιπτώσεις. Σήμερα αυτή η μέθοδος διευρύνει τις δυνατότητες παρέμβασης της, μια και μπορεί να συνδυάζεται με χρήση εργαλείων τα οποία περνούν μέσα από ειδικό κανάλι εργασίας των παρεμβλατικών σιαλενδοσκοπίων³.

Υλικό - Μέθοδοι

Στο Ειδικό Ιατρείο Σιαλενδοσκοπήσε-

ων του Γ.Ν. Παπαγεωργίου εξετάστηκαν σε διάστημα 6 μηνών, 9 ασθενείς με υποτροπιάζοντα επεισόδια επώδυνης διόγκωσης της παρωτιδικής χώρας τα οποία δεν οφείλονταν σε παρουσία λίθων στο εκφορητικό σύστημα των αδένων. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν ποσοστό 19% επί των ασθενών του Ιατρείου με αποφρακτική νόσο των μειζόνων σιελογόνων αδένων. Οι ασθενείς (3 άνδρες, 6 γυναίκες) είχαν Μ.Ο. ηλικίας τα 52,4 έτη και ο κάθε ασθενής υποβλήθηκε κατά Μ.Ο. σε 2.5 σιαλενδοσκοπήσεις σε διάστημα 3 μηνών. Όλες οι σιαλενδοσκοπήσεις έγιναν υπό τοπική αναισθησία (Εικόνα 1) από δυο υπεύθυνους Ιατρούς.

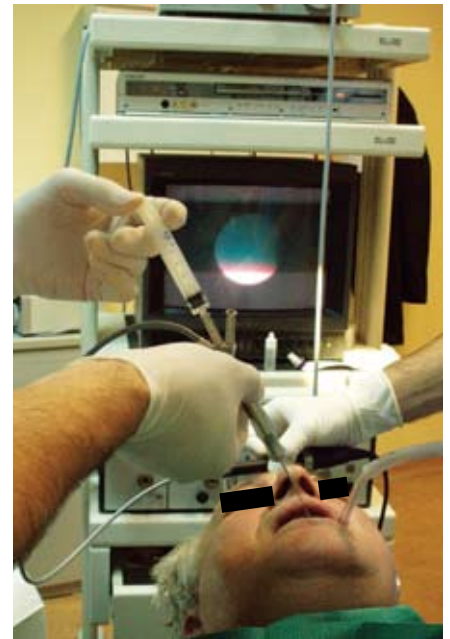
Η λειτουργία του παρεγχύματος του αδένου ελέγχθηκε με σπινθηρογράφημα με τεχνήτιο (^{99m}Tc) με και χωρίς ερέθισμα παραγωγής σιέλου (κιτρικό οξύ) πριν και μετά το πέρας της θεραπείας (Εικόνα 2). Οι ασθενείς είχαν ιστορικό μονόπλευρης (7 ασθενείς) ή αμφοτερόπλευρης (2 ασθενείς) διόγκωσης της παρωτίδος. Υποτροπιάζοντα επεισόδια με μεσοδιαστήματα ύφεσης υπήρχαν σε 6 περιπτώσεις ενώ σε δύο περιπτώσεις υπήρχε μόνιμη διόγκωση της παρωτίδος. Σε αυτές τις δύο περιπτώσεις η αξονική τομογραφία απέκλεισε την ύπαρξη νεοπλασματος. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος ήταν η εξέταση εκλογής για τον αποκλεισμό της παρουσίας σιελολιθίασης. Ο Μ.Ο. παρουσίας συμπτωμάτων κατά τον αρχικό έλεγχο ήταν 5.8 μήνες.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών περιλάμβανε διαγνωστική σιαλεν-

δοσκόπηση, στο τέλος της οποίας γινόταν έγχυση στο εκφορητικό σύστημα του αδένου διαλύματος πρεδνιζολόνης (250mg/σε 50ml L-R). Η έγχυση αυτή αναλόγως των συμπτωμάτων μπορούσε να επαναληφθεί σε μικρότερη δοσολογία (50mg πρεδνιζολόνης) τις επόμενες εβδομάδες, μια φορά ανά εβδομάδα. Σε δύο ασθενείς με ιστορικό μικροβιακής παρωτίτιδος έγιναν κατά τον ίδιο χρόνο και πλύσεις με αντιβιοτικό (πενικιλίνη G). Μετά το πέρας της θεραπείας οι ασθενείς εξετάστηκαν με νέα σιαλενδοσκόπηση 3 μήνες μετά τον αρχικό έλεγχο. Όλες οι σιαλενδοσκοπήσεις έγιναν με το ημιέκκαμπο ενδοσκόπιο 1.1mm τύπου Marchal με κανάλι εργασίας (Storz, Γερμανία). Η κατηγοριοποίηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών μετά τη θεραπεία έγινε με την κατανομή τους σε τρεις κατηγορίες ως: ασθενείς με πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, ασθενείς με βελτίωση αλλά μη πλήρη ύφεση και ασθενείς χωρίς σημαντική αλλαγή ή ακόμα και επιδείνωση.

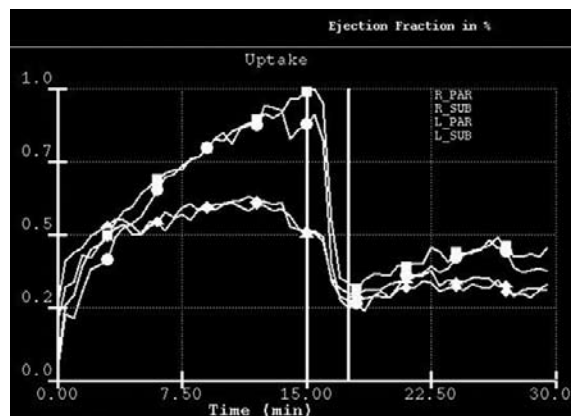
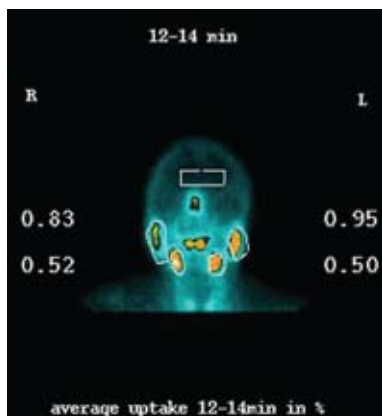
Αποτελέσματα

Από τους 9 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν οι 4 παρουσίασαν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων, οι 4 σημαντική βελτίωση και μόνο 1 ασθενής δεν βελτιώθηκε μετά τη θεραπεία. Ο Μ.Ο. των εγχύσεων στους ασθενείς μας ήταν οι 2.2 με εύρος 1-4. Η αιτιολογία της αποφρακτικής σιαλαδενίτιδας ήταν η χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα σε 4 ασθενείς, το σύνδρομο Sjogren σε 2 ασθενείς, η ακτινοβολία σε 2 ασθε-

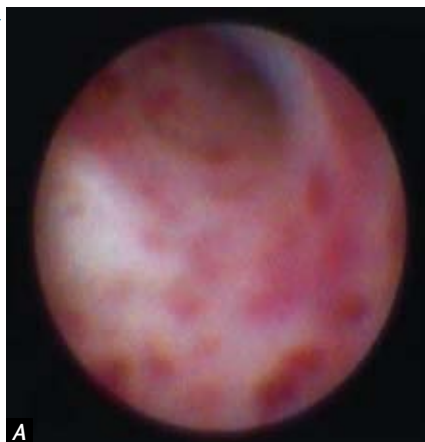


Εικόνα 1. Σιαλενδοσκόπηση ασθενούς υπό τοπική αναισθησία σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Απαιτείται η χρήση ενδοσκοπικού πύργου, μικρής τράπεζας εργαλειοδοσίας, μονάδας αναρρόφησης και ειδικής εξεταστικής καρέκλας με δυνατότητα αλλαγής θέσης του ασθενή.

νείς και η χρόνια λεμφογενής λευχαιμία σε ένα ασθενή (με διόγκωση των ενδοπαρωτιδικών λεμφαδένων). Η σιαλενδοσκόπηση έδειξε παρουσία συσώρευσης επιθηλίων σε 5 περιπτώσεις, κυκλοτερή εναπόθεση οργανικών στοιχείων και στένωση σε τρεις περιπτώσεις ενώ η παρουσία σπικτιών αιμορραγιών στο τοίχωμα του πόρου του ήταν το συχνότερο εύρημα (4 ασθε-



Εικόνα 2. Απεικόνιση της λειτουργίας των σιελογόνων αδένων μετά θεραπεία 3 μηνών με σπινθηρογραφικό έλεγχο με τεχνήτιο. Ο ασθενής παρουσιάζει μικρή υπολειτουργία της δεξιάς παρωτίδος πριν και μετά τη διέγερση παραγωγής σιέλου σε ανατομική και διαγραμματική μορφή.



Εικόνα 3. Α. Ενδοσκοπική εικόνα αγγείτιδας του τοιχώματος του εκφορητικού πόρου (σιαλοδοχίτιδα), Β. Στένωση του πόρου του Stensen από κυκλοτερή εναπόθεση οργανικού υλικού και επιθηλίων και Γ. βλεννώδες υλικό αποφράσσει ένα εκφορητικό πόρο τρίτης τάξης.

νείς με εικόνα σιαλοδοχίτιδας) (Εικόνα 3 Α, Β, Γ). Εκτός της ίδιας της έκπλυσης του εκφορητικού συστήματος που επιτυγχάνεται με τη σιαλενδοσκόπηση και την έγχυση στεροειδών, διενεργήθηκαν και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως διάνοιξη στενώσεων με χρήση καθετήρα που φέρει αεροθάλαμο (2 ασθενείς) ή drilling με οδηγό σύρμα (1 ασθενής) (Εικόνα 4ΑΒ). Τα ενδοσκοπικά ευρήματα μετά τη θεραπεία ήταν ανάλογα της υποκειμενικής αντίληψης των συμπτωμάτων με 6 ασθενείς να έχουν ικανοποιητική εικόνα του εκφορητικού συστήματος, 2 ασθενείς να παρουσιάζουν συσσώρευση επιθηλίων χωρίς αγγείτιδα και ένα ασθενή με εμμένουσα φλεγμονή και αγγείτιδα των πόρων. Ενδιαφέρον παρουσι-

Η χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα κλινικά παρουσιάζεται ως μια υποτροπιάζουσα (ή εμμένουσα) διόγκωση ενός ή περισσότερων εκ των μειζόνων σιαλογόνων αδένων με ή χωρίς πόνο και ενδεχόμενα πυρεξία

άζουν τα αποτελέσματα του λειτουργικού απεικονιστικού ελέγχου τα οποία δεν συμβαδίζουν με την κλινική εικόνα. Πριν τη θεραπεία 4 ασθενείς παρουσι-

άζαν μη λειτουργία του παρεγχύματος και 5 ασθενείς υπολειτουργία. Μετά το πέρας της θεραπείας σε 3 ασθενείς βρέθηκε φυσιολογική λειτουργία του παρεγχύματος, σε 4 υπολειτουργία και σε 2 ο αδένας παρέμεινε μη λειτουργικός. Η αντιστοίχιση των ασθενών με την αιτιολογία και την πορεία της νόσου παρουσιάζεται αναλυτικά στον Πίνακα 1. Σημαντικές επιπλοκές λόγω της σιαλενδοσκόπησης δεν παρουσιάστηκαν σε κανένα ασθενή, όπως ρήξη του πόρου του Stensen, βλάβη του προσωπικού νεύρου ή αδυναμία πραγματοποίησης ή ολοκλήρωσης της εξέτασης. Ελάχιστονες επιπλοκές παρουσιάστηκαν σε 2 ασθενείς με εμμένουσα διόγκωση μετά την εξέταση στον ένα ασθενή και μικρή αιμορραγία από το

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΣΙΑΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΠΩΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΚΕ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ 3 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ

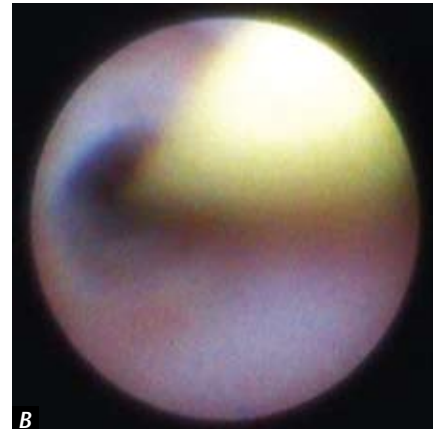
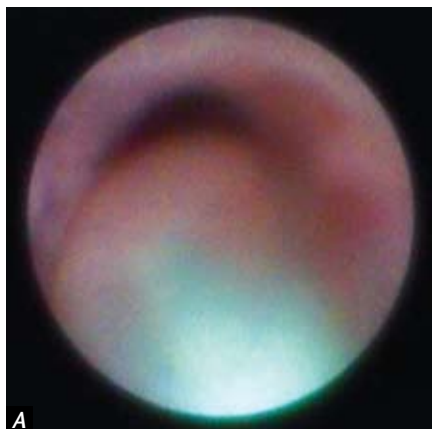
Ασθενείς/νόσος	συμπτώματα	ενδοσκόπηση	σπινθηρογράφημα
1. χρόνια παρωτίτιδα	βελτίωση	βελτίωση	υπολειτουργία
2. χρόνια παρωτίτιδα	πλήρης ύφεση	βελτίωση	καλή λειτουργία
3. σύνδρομο Sjögren	βελτίωση	βελτίωση	υπολειτουργία
4. χρόνια λεμφ. λευχαιμία	βελτίωση	βελτίωση	καλή λειτουργία
5. χρόνια παρωτίτιδα	καμία αλλαγή	αγγείτιδα -βλέννη	μη λειτουργία
6. ακτινοβολία	πλήρης ύφεση	βελτίωση	καλή λειτουργία
7. σύνδρομο Sjögren	βελτίωση	αραιά επιθήλια	μη λειτουργία
8. χρόνια παρωτίτιδα	πλήρης ύφεση	βελτίωση	καλή λειτουργία
9. ακτινοβολία	πλήρης ύφεση	βελτίωση	υπολειτουργία

εκφορητικό στόμιο της παρωτίδας στο δεύτερο, οι οποίες και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με επιτυχία.

Συζήτηση

Η χρόνια αποφρακτική σιαλαδενίτιδα κλινικά παρουσιάζεται ως μια υποτροπιάζουσα (ή εμμένουσα) διόγκωση ενός ή περισσότερων εκ των μειζόνων σιαλογόνων αδένων με ή χωρίς πόνο και ενδεχόμενα πυρεξία. Η διόγκωση μπορεί να παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια γεύματος. Η επισκόπηση ενδοσκοπικά των σιαλικών θηλών με ταυτόχρονη μάλαξη του αδένα μπορεί να αποκαλύψει έκκριση «πηγμάτων» βλέννας ή συγκριμάτων επιθηλίων των πόρων. Συνηθέστερη αιτία της αποφρακτικής σιαλαδενίτιδας είναι η σιελολιθίαση (60-70%)^{1,4}. Οι ασθενείς με άλλο αίτιο απόφραξης εμφανίζονται σχετικά σπανιότερα και λόγω της ποικιλίας των αιτιών η διαχείριση τους αποτελεί πρόκληση για τον Ωτορινολαρυγγολόγο. Εκτός της χρόνιας υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας (μικροβιακής ή ιογενούς) ο ασθενής θα πρέπει να ελέγχεται για αυτοάνοσα νοσήματα (σύνδρομο Sjögren, νόσος Micksulitz, σαρκοείδωση κ.α.) ιδιαίτερα όταν τα επεισόδια σιαλαδενίτιδας είναι αμφοτερόπλευρα. Το αλλεργικό υπόστρωμα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη σιαλοδοχίτιδα. Ιστοπαθολογικά ευρήματα σε σιελογόνους αδένες που έλασαν από σιαλοδοχίτιδα έδειξαν διάχυτη σκλήρυνση γύρω από τους εκφορητικούς πόρους με λεμφοκυτταρική διήθηση πλούσια σε εωσινόφιλα⁵. Στη συνολική εκτίμηση ενός τέτοιου ασθενούς πρέπει επομένως να ελέγχεται αν υπάρχει παθολογία αλλεργικής αιτιολογίας από το ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό (άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα) ή και τροφική αλλεργία. Η ακτινοβολία κεφαλής και τραχήλου προκαλεί συνήθως παροδική δυσλειτουργία των σιελογόνων αδένων, μπορεί όμως σποραδικά να προκαλέσει βλάβες όπως στενώσεις και συσώρευση επιθηλίων και βλέννης λόγω χαμηλής παραγωγής σιέλου με αποτέλεσμα την αποφρακτική σιαλαδενίτιδα⁶.

Για τη διαγνωστική διερεύνηση της αποφρακτικής σιαλαδενίτιδας χρησιμοποιούνται οι απλές ακτινογραφίες, η σιαλογραφία, η υπερηχοτομογραφία (χρήση ειδικών κεφαλών 7,5MHz),



Εικόνα 4. Α. Ενδοσκοπική εικόνα διεύρυνσης εκφορητικού πόρου δεύτερης τάξης με μπαλονάκι και **Β.** διάνοιξη στένωσης με χρήση ειδικού σύρματος (wire drilling).

το σπινθηρογράφημα των σιελογόνων (σε ηρεμία και με πρόκληση σιέλου), η αξονική τομογραφία και η μαγνητική σιελογραφία. Από τη δεκαετία του '90 προστέθηκε στις διαγνωστικές επιλογές και η σιαλενδοσκόπηση ως μέθοδος με ταυτόχρονη δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης στα πλαίσια της «ελάχιστα επεμβατικής αντιμετώπισης» των παθήσεων των σιελογόνων και των εκφορητικών τους πόρων ειδικότερα⁷.

Η ίδια η σιαλενδοσκόπηση αποτελεί ταυτόχρονα διαγνωστική και θεραπευτική μέθοδο ιδιαίτερα στις περιγραφόμενες περιπτώσεις όπου η έκπλυση του εκφορητικού συστήματος κατά τη διάρκεια της εξέτασης βοηθά στην απομάκρυνση επιθηλίων, βλέννης και άλλου οργανικού υλικού. Παρόλα αυτά συχνά είναι επιβεβλημένη η χρήση ειδικών λαβίδων σύλληψης για αφαίρεση πολυπόδων ή επιθηλίων, και οδών συρμάτων και καθετήρων με αεροθάλαμο για διάνοιξη στενώσεων^{3,8}. Η έγχυση φαρμάκων αποτελεί σήμερα βασικό στοιχείο της σύγχρονης αντιμετώπισης αυτών των παθήσεων είτε δια του σιαλενδοσκοπίου είτε τυφλά μετά από καθετηριασμό του πόρου. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται αντιβιοτικά όπως η πενικιλίνη και η κλωραμφαινικόλη, στεροειδή (το συχνότερο χρησιμοποιούμενο), διάλυμα methyla violet 1% ως σκληρυντικού παράγοντα, ιωδιούχα έλαια, κ.α.^{2,9}

Το ποσοστό των ασθενών με σημαντική βελτίωση ή και πλήρη ύφεση σε εργασίες αναφοράς είναι υψηλό και κυμαίνεται σε τιμές άνω του 80%². Θα

πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα και βελτίωση της λειτουργίας του αδένα όπως φαίνεται και στην ομάδα ασθενών της εργασίας μας. Ο λειτουργικός έλεγχος του παρεγχύματος έχει επομένως σημαντική θέση για την παρακολούθηση ασθενών με υπολειτουργία των σιελογόνων αδένων διότι η πιθανότητα υποτροπών στο μέλλον είναι σημαντικά υψηλότερη. Η σταδιακή καταστροφή του παρεγχύματος και τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια σιαλαδενίτιδας μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή σε χειρουργική θεραπεία (αφαίρεση υπογοναθίου, επιπολής παρωτιδεκτομή)¹⁰. Η εφαρμογή της σιαλενδοσκόπησης περιόρισε την επιλογή αυτή και την τοποθέτησε ως τελευταία λύση στη θεραπευτική της αποφρακτικής σιαλαδενίτιδας.

Η σιαλενδοσκόπηση θεωρείται μια ασφαλής μέθοδος με μείζονες επιπλοκές όπως ρήξη του πόρου του Stensen να αναφέρεται σε ποσοστό 1-2% κύρια σε περιπτώσεις αφαίρεσης σιελολίθου με dormia basket¹¹. Ο Marchal και οι συνεργάτες σε μια σειρά 900 ενδοσκοπήσεων δεν ανέφεραν καμιά βλάβη του προσωπικού νεύρου¹². Ελάσσονες επιπλοκές παρουσιάζονται σε 10-20% των ασθενών όπως αιμορραγία από τον εκφορητικό πόρο, μικρή ρήξη, παραισθησία του γλωσσικού νεύρου, μόλυνση μετά την ενδοσκόπηση, εμμένουσα διόγκωση του αδένα κ.ά.¹¹ Γενικά η επεμβατική σιαλενδοσκόπηση σχετίζεται με χαμηλή νοσηρότητα με την πλειονότη-

► τα των ελασσόνων επιπλοκών να υποχωρούν με συντηρητική αγωγή.

Summary

Sialendoscopy in the treatment of chronic obstructive sialadenitis

Konstantinidis Iord¹, Chatziavramidis A¹, Iakovou I², Metaxas S¹

¹2nd Academic ORL Department Papageorgiou Hospital, Thessaloniki, Greece

²3rd Nuclear Medicine Academic Department Papageorgiou Hospital, Thessaloniki, Greece

Aim: We present the experience of the Sialendoscopy Clinic of Papageorgiou Hospital in the management of patients with chronic obstructive sialadenitis.

Materials-Methods: Nine patients (3 male/ 6 female) were examined in a period of 6 months with chronic parotid sialadenitis. Their assessment included sialendoscopy and scintigraphic evaluation of major salivary glands pre- and post-treatment. Their treatment included intraductal injections of prednisolone (mean 2.5 injections)

in a period of 3 months. All patients were divided at the last follow up assessment according to their symptoms in asymptomatic, improved and patients with no change.

Results: Post treatment results based on subjective symptoms showed four patients having complete recovery, four patients presented significant improvement and one had no change. Sialendoscopic findings were in agreement with the clinical presentation pre- and post-treatment.

Scintigraphic evaluation had slightly different results with 4 patients having hypofunction and 2 patients with no function of the affected salivary gland. No major complications occurred during sialendoscopies.

Conclusion: Sialendoscopy is a useful and effective tool in the assessment and management of chronic obstructive sialadenitis. This method is safe and presents very low relative morbidity.

Key words: *Sialendoscopy, sialodochitis, chronic parotitis, minimal invasive techniques*

Βιβλιογραφία - References

1. Iro H, Zenk J, Waldfahrer F, Benzel W. Current status of minimally invasive treatment methods in sialolithiasis. HNO 1996; 44:78-84.
2. Yu C, Zheng L, Yang C, Shen N. Causes of chronic obstructive parotitis and management by sialoendoscopy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 105:365-370.
3. Marchal F, Dulguerov P, Becker M, Lehmann W. How I Do It: Interventional Sialendoscopy. Laryngoscope 2000; 110:318-320.
4. Nahlieli O, Baruchin AM. Long-term experience with endoscopic diagnosis and treatment of salivary gland inflammatory diseases. Laryngoscope 2000; 110:988-993.
5. Chikamatsu K, Shino M, Fukuda Y, Sakakura K, Furuya N. Recurring bilateral parotid gland swelling: two cases of sialodochitis fibrinosa. J Laryngol Otol 2006; 120:330-333.
6. Marzi S, Iaccarino G, Pasciuti K, Soriani A, Benassi M, Arcangeli G, Giovinazzo G, Benassi M, Marucci L. Analysis of salivary flow and dose-volume modeling of complication incidence in patients with head-and-neck cancer receiving intensity-modulated radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009; 73:1252-1259.
7. Gundlach P, Scherer H, Hopf J et al. Die endoskopisch kontrollierte Laserlithotripsie von Speichelsteinen. In-vitro-Untersuchungen und erster klinischer Einsatz. HNO 1990;38: 247-250.
8. Marchal F, Dulguerov P, Lehmann W. Sialendoscopy. New Engl J Med 1999; 341:1242-1243.
9. Motamed M, Laugharne D, Bradley PJ. Management of chronic parotitis: a review. J Laryngol Otol 2003; 117:521-526.
10. Amin MA, Bailey BM, Patel SR. Clinical and radiological evidence to support superficial parotidectomy as the treatment of choice for chronic parotid sialadenitis: a retrospective study. Br J Oral Maxillofac Surg 2001; 39:348-352.
11. Walvekar R, Razfar A, Carrau R, Schaitkin B. Sialendoscopy and associated complications: a preliminary experience. Laryngoscope 2008; 118:776-779.
12. Marchal F. Sialendoscopy. In Myers EN, ED. Salivary Gland Disorders. Berlin: Springer; 2007:127-148.

