

OPZIONI CHIRURGICHE

- Enucleazione
- Resezione extracapsulare
- Parotidectomia superficiale (o sovraffacciale)
- Parotidectomia totale con conservazione del
facciale

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- Radicalità dell'asportazione
- Preservazione dell'integrità e funzionalità del nervo facciale

Trattamento tumori benigni

Enucleo-resezione

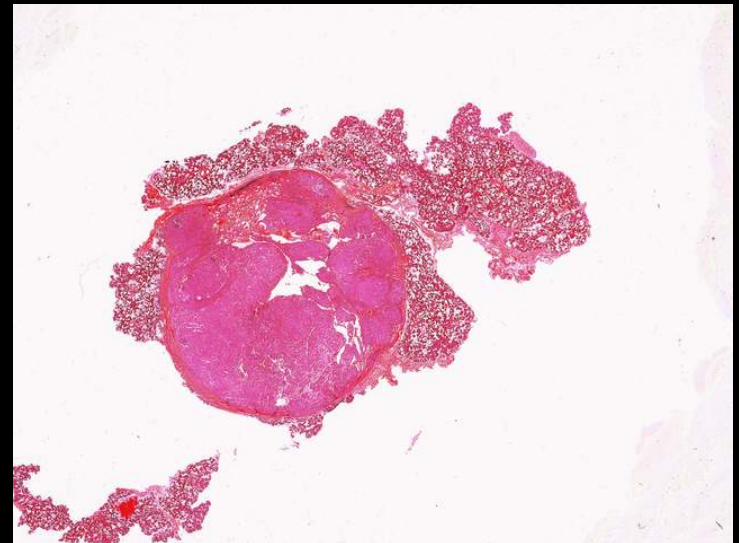
- Indicazioni: lesioni benigne < 2 cm del lobo superficiale
- Vantaggi: poco invasiva; non richiede la dissezione del facciale; minore incidenza di S. di Frey; minor frequenza di recidive rispetto all'enucleazione
- Svantaggi: lesioni accidentali del facciale

Attenzione!!! Facciale reperito, facciale preservato!
Facciale non reperito, rischio di lesione
iatrogena!

Trattamento tumori benigni

Enucleo-resezione

- Alta percentuale di recidive nell'AP (5-20%) da rottura capsulare
- Rischio per il nervo facciale



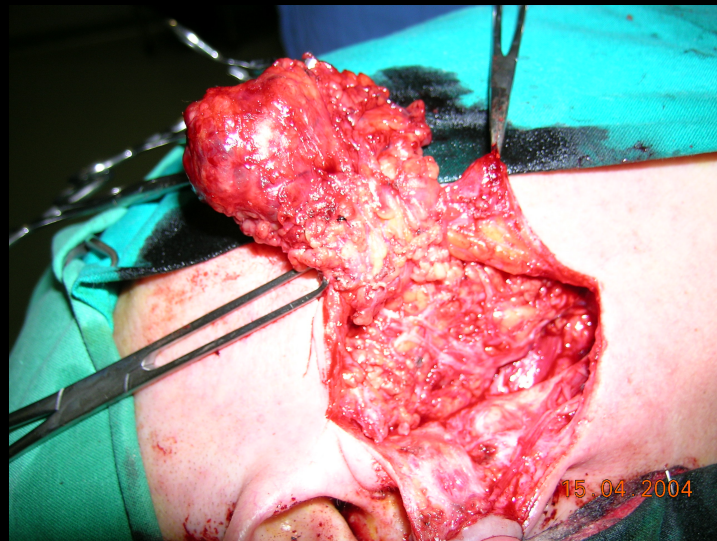
Trattamento tumori benigni

Parotidectomia superficiale

- Indicazioni: lesioni benigne o a bassa malignità del lobo superficiale della parotide; recidive al lobo superficiale dopo enucleazione o enucleo-resezione
- Vantaggi: bassa incidenza di recidive; moderata incidenza di S. di Frey; bassa incidenza di lesioni iatrogene transitorie o permanenti del facciale
- Svantaggi: maggior durata dell'intervento a causa della dissezione del facciale

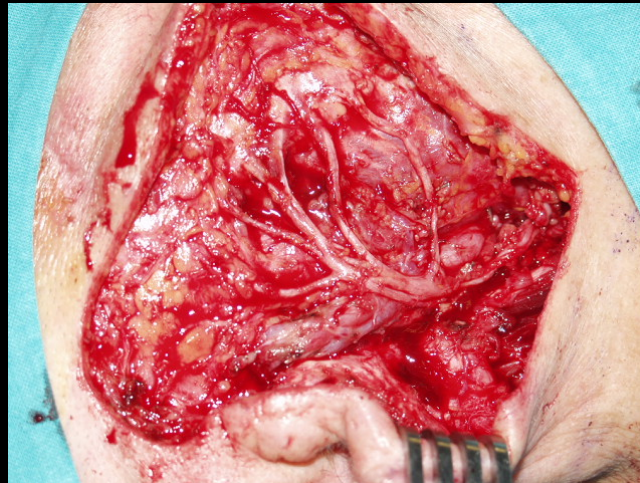
Trattamento tumori benigni

- Parotidectomia superficiale
- Riconosciuto come trattamento elettivo dalla grande maggioranza dei chirurghi



Trattamento tumori benigni

- Parotidectomia superficiale
- Tasso di recidiva drasticamente ridotto
- Non sempre la neoformazione è interamente circondata dal tessuto sano



Trattamento tumori benigni

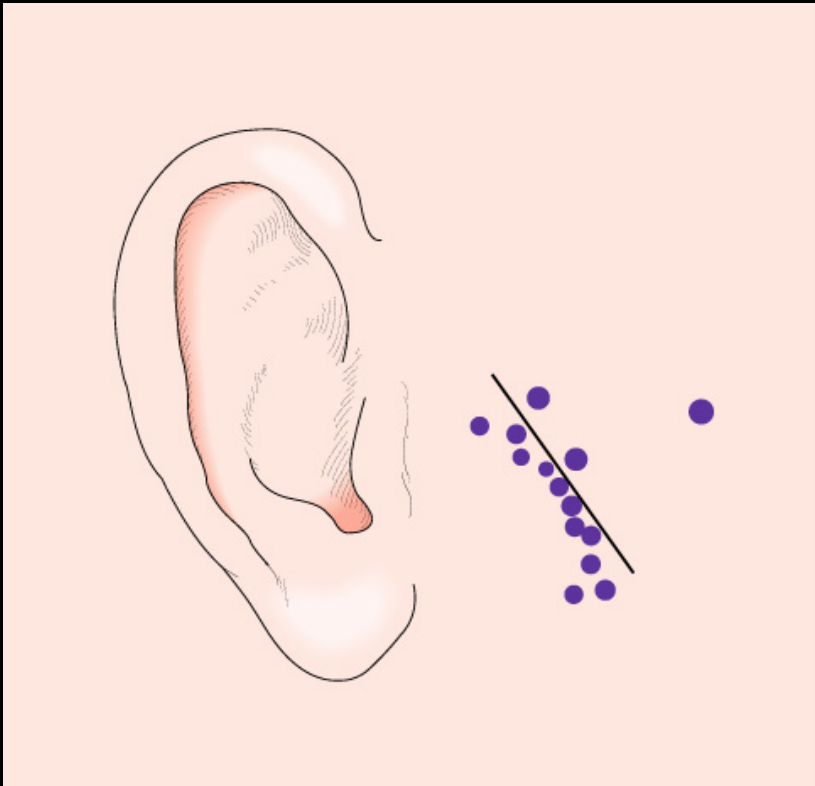
- Parotidectomia superficiale
- Alcuni Autori preferiscono il concetto di “*parotidectomia extracapsulare*”:
 - ✓ Identificazione del VII n.c.
 - ✓ Resezione della massa con tessuto sano circostante
 - ✓ Non necessaria la completa rimozione del lobo superficiale

Trattamento tumori benigni

Parotidectomia totale

- Indicazioni: neoplasie del lobo profondo e spazio parafaringeo; recidive di neoplasie benigne del lobo profondo
- Vantaggi: bassa incidenza di recidive
- Svantaggi: maggior incidenza di lesioni iatrogene del facciale; difficoltà negli interventi per recidiva; elevata incidenza di S. di Frey; problemi estetici (loggia scavata)

Recidiva adenoma pleomorfo



- Micronoduli satelliti simil linfonodi
- Comparsa entro 18 mesi fino a 50 anni
- Aumento di recidiva su reintervento

Recidiva adenoma pleomorfo - Cause

- Incompleta asportazione
- Adenomi multipli non riconosciuti al momento dell'intervento
- Rottura capsulare con disseminazione di cellule tumorali

Recidiva adenoma pleomorfo - Caratteristiche

- Capsula focalmente sottile 100%
- Capsula focalmente assente 71%
- Noduli nella sede di pregresso intervento 100%
- Noduli al di fuori del precedente campo operatorio 80,6%
- Variabili tassi di trasformazione maligna nelle recidive di adenoma pleomorfo riportate in letteratura:
 - basso 3,8-6%
 - alto 15,8-24%

PROBLEMI CHIRURGICI CORRELATI AL TRATTAMENTO DELLE RECIDIVE

- Incompleta asportazione delle lesioni
- Reperimento e dissezione del facciale
(monitoraggio intraoperatorio)
- Lesioni iatrogene del facciale

RISULTATI DELLA CHIRURGIA PRIMARIA

metanalisi su 5104 casi complessivi

Witt R.L., The Laryngoscope, Dic. 2002, 2141-2154

ENUCLEAZIONE 797:

- ★ Recidive 199/797 pari al 25%
- ★ Disfunzione n. facciale: a) transitorie 11%
b) permanenti 3,5%
- ★ S. di Frey : 0%

RISULTATI DELLA CHIRURGIA PRIMARIA

metanalisi su 5104 casi complessivi

Witt R.L., The Laryngoscope, Dic. 2002, 2141-2154

RESEZIONE EXTRACAPSULARE 1113:

- ★ Recidive 29/1113 pari al 2,6%
- ★ Disfunzione n. facciale: a) transitorie 11%
b) permanenti 1,2%
- ★ S. di Frey: 3%

RISULTATI DELLA CHIRURGIA PRIMARIA

metanalisi su 5104 casi complessivi

Witt R.L., The Laryngoscope, Dic. 2002, 2141-2154

PAROTIDECTOMIA SUPERFICIALE 2366:

- ★ Recidive 62/2366 pari al 2,6%
- ★ Disfunzione n. facciale: a) transitorie 25,6%
b) permanenti 1,9%
- ★ S. di Frey: 17%

RISULTATI DELLA CHIRURGIA PRIMARIA

metanalisi su 5104 casi complessivi

Witt R.L., The Laryngoscope, Dic. 2002, 2141-2154

PAROTIDECTOMIA TOTALE 828:

- ★ Recidive 15/828 pari al 1,8%
- ★ Disfunzione n. facciale: a) transitorie 59,8%
b) permanenti 4%
- ★ S. di Frey: 47%

TABELLA RIASSUNTIVA

Metanalisi su 5104 casi complessivi

Witt R.L., The Laryngoscope, Dic. 2002, 2141-2154

	Enucleazione	Resezione extracapsulare	P. superficiale	P. totale
Paralisi facciale <i>Transitorie</i>	11,0%	11,0%	25,6%	59,8%
<i>Permanenti</i>	3,5%	1,2%	1,9%	4,0%
Recidive	25,0%	2,6%	2,6%	1,8%

Deficit del VII n.c. nella chirurgia della parotide

Interventi primari sui tumori benigni

- Deficit temporaneo: 8-68%
- Deficit permanente parziale: 0-18%

*(O'Briene 1993; Watanabe 1993; Mehle 1993;
Ruauux 1994; Laccourreye 1995; Wolf 1995; Bron
1997)*

Deficit del VII n.c. nella chirurgia della parotide

Interventi di revisione sui tumori
benigni

- Deficit temporaneo: 25-100%
- Deficit permanente parziale: 15-33%
- Deficit permanente completo: 2-8%

*(Fee et al, 1978; Niparko et al 1986; Eddey, 1970;
Maran et al 1984; Phillips et al 1995)*

Possibili cause di danno del VII n.c.

- Sezione deliberata o involontaria di rami
- Compressione
- Schiacciamento
- Trazione
- Elettrocoagulazione
- Legatura



DEMIELINIZZAZIONE

ISCHEMIA

EDEMA

Monitoraggio VII n.c. Obiettivi



- RICONOSCIMENTO IMMEDIATO DEL DANNO
- IDENTIFICAZIONE DEL NERVO
- Prevenzione del danno
- Guida alle manovre chirurgiche
- Identificazione della sede e dell'entità del danno
- Comprensione dei meccanismi di danno
- Predizione della funzione postoperatoria
- Training chirurgico
- Riduzione dei tempi operatori

PAROTIDECTOMIA TOTALE CON SACRIFICIO DEL FACCIALE

Indicazioni: nelle neoplasie benigne sono limitate alle lesioni primarie o recidive con infiltrazione del facciale. Va sempre effettuata la riparazione immediata mediante innesto

CONCLUSIONI

- I tumori salivari sono 12 volte più frequenti nella parotide
- Sono nella maggior parte benigni e rappresentato dal tumore misto
- Il più comune tumore maligno della parotide è il mucoepidermoide (ca indifferenziato, ca a cellule acinari)
- Il ca.adenoido cistico è più frequente nelle sotto mandibolari
- Sono presenti in età infantile con il tumore misto ma con una percentuale più alta dei tumori maligni che negli adulti