

Tumori della ghiandola parotide

P. Bonfils, O. Laccourreye, P. Giraud, P. Halimi

I tumori della parotide rappresentano il 70-80% dei tumori delle ghiandole salivari. Quasi l'80% dei tumori della parotide è benigno e, per la maggior parte, essi colpiscono l'adulto. Questi tumori sono caratterizzati da un'estrema diversità della loro natura anatomopatologica; la classificazione anatomopatologica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di questi tumori descrive quasi dieci diverse forme di adenomi, dominati dall'adenoma pleomorfo e dal tumore di Warthin, ma anche quasi una ventina di forme di carcinomi, dei tumori non epiteliali, dei linfomi e dei tumori secondari. La clinica varia a seconda del tipo di tumore, in particolare in base alla sua natura benigna o maligna. Gli esami complementari sono dominati dalla risonanza magnetica e dalla biopsia con ago sottile (FNA, Fine Needle Aspiration), spesso ecoguidata. La TC non ha un grande posto nella valutazione di questi tumori parotidici. Il trattamento dei tumori benigni della parotide si basa sulla chirurgia, il cui tipo di exeresi è discusso in letteratura tra procedure di exeresi ampia come una parotidectomia totale con conservazione del nervo facciale e procedure più o meno limitate, come la dissecazione extracapsulare. Il trattamento dei tumori maligni si basa sulla chirurgia e sulla radioterapia; le indicazioni sono discusse in funzione dello stadio del tumore.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Parotide; Adenoma pleomorfo; Tumore di Warthin; Carcinoma mucoepidermoide; Carcinoma adenoide cistico; Carcinoma a cellule acinose; Parotidectomia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Richiami anatomici della loggia parotide	1
Loggia parotide	1
Parotide	2
Altri elementi della loggia parotide	2
■ Clinica dei tumori della parotide	3
■ Anatomia patologica dei tumori della parotide	3
Carcinomi parotidici	3
Adenomi parotidici	5
Linfomi maligni	7
Tumori non epiteliali	8
Tumori secondari	8
■ Esami complementari	8
Biopsia con ago sottile	8
Diagnostica per immagini dei tumori della parotide	8
■ Trattamento dei tumori della parotide	9
Trattamento di tumori benigni della parotide	9
Trattamento dei tumori maligni della parotide	13
Complicanze del trattamento	14

■ Introduzione

I tumori della parotide rappresentano quasi l'80% dei tumori delle ghiandole salivari^[1, 2]. Quasi l'80% dei tumori della parotide è benigno (Tabella 1) ed essi insorgono negli adulti in più del 95%

dei casi. Nel bambino, i tumori della parotide sono rari e sono dominati dai tumori vascolari.

L'interesse dello studio di questi tumori è dominato dalla grande varietà delle forme anatomopatologiche. Nonostante questa diversità anatomopatologica, la presentazione clinica è spesso monomorfa sotto forma di una tumefazione indolore e isolata della parotide. Gli esami complementari sono dominati dalla risonanza magnetica (RM) e dalla biopsia con ago sottile ecoguidata. I trattamenti si basano prima di tutto sulla chirurgia, in particolare nelle forme tumorali maligne.

■ Richiami anatomici della loggia parotide

Loggia parotide

La loggia parotide occupa la parte laterale dello spazio intermedio profondo della faccia^[3, 4]. La radioanatomia della loggia parotide è apprezzata al meglio con la RM.

Avendo una forma di prisma a base laterale e a vertice mediale, essa delimita tre pareti (Fig. 1): una parete laterale, una parete anteriore e una parete posteriore. L'estremità inferiore della loggia parotide è larga e chiusa dal setto intermandibolo-parotideo, composto dal legamento stilomandibolare medialmente e dalla bandelletta mandibolare lateralmente. Questo setto intermandibolo-parotideo separa la loggia parotide dalla loggia sottomandibolare. L'estremità superiore della loggia parotide è stretta: è compresa tra il meato acustico esterno posteriormente e l'articolazione temporo-mandibolare anteriormente.

Tabella 1.

Elenco dei tumori della parotide pubblicato nel quadro della classificazione istologica internazionale dei tumori.

Adenomi
Adenoma pleomorfo
Adenoma mioepiteliale (mioepitelioma)
Adenoma a cellule basali
Tumore di Warthin (o adenolinfoma)
Adenoma oncocitario (oncocitoma)
Adenoma duttale
Adenoma sebaceo
Papilloma duttale
Cistoadenoma
Carcinomi
Carcinoma a cellule acinose
Carcinoma mucoepidermoide
Carcinoma adenoidocistico
Adenocarcinoma polimorfo di basso grado
Carcinoma epiteliale-mioepiteliale
Adenocarcinoma a cellule basali
Carcinoma sebaceo
Cistoadenocarcinoma papillare
Adenocarcinoma mucinoso
Carcinoma oncocitario
Carcinoma duttale
Altri adenocarcinomi
Mioepitelioma maligno
Carcinoma su adenoma pleomorfo
Carcinoma epidermoide
Carcinoma a piccole cellule
Carcinoma indifferenziato
Altri carcinomi
Tumori non epiteliali
Linfomi
Tumori secondari

La parete laterale della loggia parotide è la parete che permette allo stesso tempo l'esame clinico e l'esplorazione chirurgica. Essa è compresa tra il bordo posteriore del ramo ascendente della mandibola anteriormente e il trago posteriormente. Inferiormente, il limite è virtuale: segue una linea che prolunga il bordo inferiore del corpo della mandibola. A priori, qualsiasi tumore che si proietta in questa zona delimitata dal trago posteriormente, dal bordo posteriore del ramo ascendente della mandibola anteriormente e dalla linea che prolunga il bordo inferiore del corpo della mandibola verso il basso è un tumore di pertinenza della parotide, fino a prova contraria. In effetti, la parte essenziale del contenuto della loggia parotide è costituita dalla parotide.

La parete anteriore della loggia parotide comprende, dall'interno verso l'esterno: il legamento stilomandibolare, il muscolo pterigoideo mediale, il legamento sfenomandibolare, il ramo della mandibola e il muscolo massetere. Davanti alla parete anteriore si trova la fossa infratemporale, con cui la loggia parotide comunica attraverso due orifici situati all'esterno e all'interno del collo del condilo. Il tunnel stilomandibolare, situato medialmente al collo del condilo, permette il passaggio dei vasi mascellari e del nervo auricolotemporale.

La parete posteriore della loggia parotide è la parte più laterale del diaframma stiloideo, situata lateralmente al legamento stiloideo.

Parotide

La parotide è l'elemento più voluminoso della loggia parotide e segue i contorni di questa loggia. Pesa circa 30 g. La parotide presenta spesso dei prolungamenti, tipicamente in numero di sette, situati sulla faccia laterale del muscolo sterno-cleido-mastoideo o all'esterno del muscolo massetere o nel tunnel stilomandibolare o attraverso il diaframma stiloideo (in particolare tra il muscolo stiloideo e il digastrico) o, all'interno, tra il legamento sfenomandibolare e il legamento stilomandibolare verso la regione parafaringea, ma anche posteriormente al padiglione

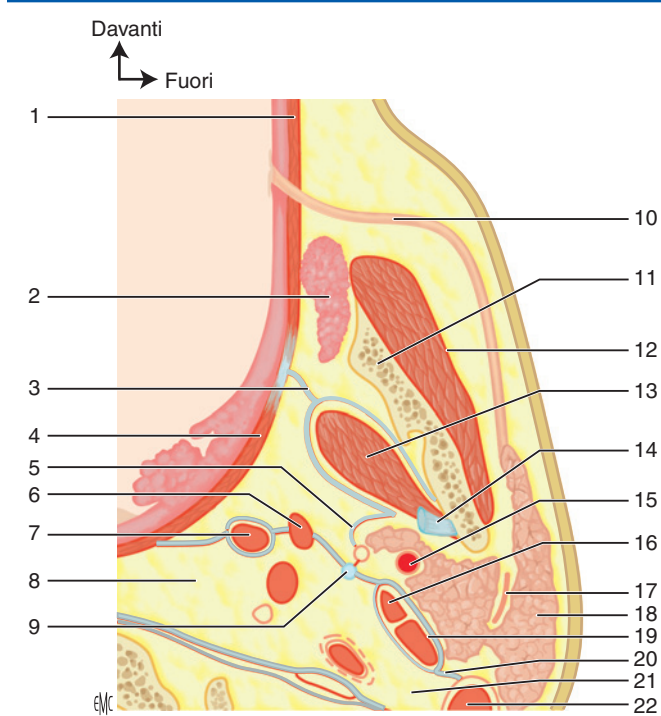


Figura 1. Anatomia della regione parotide. Sezione orizzontale attraverso la vertebra C2 e la regione tonsillare. 1. Muscolo buccinatore; 2. corpo adiposo della guancia; 3. aponeurosi pterigoidea mediale; 4. muscolo costrittore superiore della faringe; 5. aponeurosi del lobo della parotide; 6. muscolo stiloglossa; 7. muscolo stilofaringeo; 8. regione retrofaringea; 9. legamento stiloideo; 10. dotto di Stenone; 11. ramo verticale della mandibola; 12. muscolo massetere; 13. muscolo pterigoideo mediale; 14. legamento sfenomandibolare; 15. arteria carotide esterna; 16. muscolo stiloideo; 17. VII; 18. parotide; 19. muscolo digastrico (ventre posteriore); 20. diaframma stiloideo; 21. regione restro-stiloidea; 22. muscolo sterno-cleido-mastoideo.

auricolare a contatto con la mastoide, tra muscolo sterno-cleido-mastoideo e ventre posteriore del digastrico e, infine, a livello dell'articolazione temporomandibolare, sia in sede retromandibolare che in sede premandibolare sottocutanea.

Il dotto escretore della ghiandola è il dotto parotideo o dotto di Stenone. Esso nasce da diverse radici che si riuniscono davanti alla ghiandola per formare un unico canale che si dirige in avanti in uno sdoppiamento dell'aponeurosi che ricopre la faccia laterale del massetere.

Altri elementi della loggia parotide

Il nervo faciale (VII) è l'elemento nervoso principale della loggia parotide. La sua presenza spiega tutte le difficoltà operatorie di questa regione anatomica. Il nervo faciale entra nella loggia parotide dopo la sua uscita dal forame stilomastoideo dell'osso temporale. Attraversa, allora, la cortina stiloidea tra il muscolo digastrico e lo stiloideo, per penetrare nella loggia parotide e immediatamente nella parotide. Dopo la sua penetrazione nella parotide, a una distanza variabile a seconda degli individui, si divide rapidamente in due rami: un ramo inferiore cervicofacciale e uno superiore temporofacciale. Le varianti anatomiche secondo la modalità di divisione dei rami inferiore e superiore sono estremamente numerose.

Convenzionalmente, si esprime questa divisione della parotide da parte del nervo faciale con l'espressione "la parotide comprende due lobi", uno superficiale rispetto al piano del nervo faciale e l'altro profondo rispetto allo stesso piano. Tuttavia, si tratta di una divisione artificiale, perché i due lobi non sono individuabili anatomicamente.

Oltre al nervo faciale, la loggia parotide comprende il nervo auricolotemporale, ramo del nervo mandibolare. Esso entra nella loggia parotide attraverso il tunnel stilomandibolare. Ha, nella

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805872>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805872>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)