

C. Giardino

VOLUMETTO ESTRATTO DA:

**CHIRURGIA
MAXILLO
FACCIALE**

1991

Monduzzi Editore

41

Una strategia attuale nel trattamento di tumori parotidei recidivi e delle ghiandole salivari minori

G.M. PIGLIUCCI, D. VENDITTI *, R. FIORITO *,
A.M. CECERE *, A. STRANO *,
F. GIUDICEANDREA *, B. IORIO *,
V. CERVELLI *, C. POTENZA *, M. GRIMALDI *
e C.U. CASCIANI *

Cattedra di Chirurgia Speciale Odontostomatologica
** Cattedra di Chirurgia Generale*
Il Università di Roma

GENERALITÀ

La letteratura degli ultimi venti anni è ricca di vari studi che descrivono l'anatomia patologica, l'epidemiologia e il trattamento delle neoplasie maligne delle ghiandole salivari maggiori e minori. È spesso difficile paragonare i risultati di questi studi, perché vario è il numero dei casi presentati e spesso vengono raggruppati insieme i casi primitivi o recidivi. Una cosa risulta certa di queste ricerche: l'intervento chirurgico deve essere più radicale possibile e dev'essere accompagnato da terapie complementari.

Il problema risolvibile più agevolmente nelle ghiandole salivari minori, trova nella parotide un ostacolo particolarmente difficile da superare nella presenza del nervo facciale strettamente aderente alle strutture della ghiandola salivare maggiore.

Del resto anche i tumori misti della parotide meritano una considerazione particolare per il rischio di trasformazione maligna qualora venga conservato tessuto ghiandolare per ridurre al massimo la possibilità di ledere il nervo stesso.

L'estensione dell'exeresi chirurgica è oggetto di discussione da sempre sia per i numerosi aspetti istologici sia per il tipo di intervento in rapporto con il nervo facciale.

Prescindendo dalle diverse tecniche chirurgiche adottate, attualmente la problematica riguarda le indicazioni alla lobectomia superficiale, alla parotidectomia totale anche nel caso di adenomi pleiomorfi a sede nel lobo superficiale e alla conservazione o al sacrificio del VII nervo cranico nel caso di tumori maligni, specie recidivi.

Scopo del nostro studio è quello di proporre ancora una volta all'attenzione l'importanza di questo problema nei tumori recidivi in particolare e di suggerirne una alternativa terapeutica più moderna e conservativa.

MATERIALE E METODO

Abbiamo sottoposto otto casi di tumori parotidici recidivi (5 adenocarcinomi e 3 carcinoadenocistici) già sottoposti a radioterapia senza successo a trattamento radioterapico con acceleratore lineare "low-dose" associato a trattamento ipertermico localizzato con il generatore a radiofrequenza di Le Veen e con l'apparecchio HTM-3000 entrambi a 13,56 MHz. È stato possibile sottoporre i pazienti al trattamento in consecutività facendo seguire quello radioterapico da quello ipertermico entro un'ora per 4 volte (1 seduta ogni 3 giorni), scandendo il tumore ad una temperatura di 41,5-42,5°C per 2 ore.

È infatti nota la efficacia dell'associazione radioterapia-termoterapia specialmente nei tumori superficiali ove è possibile misurare la temperatura in continuità ed ottenere un sinergismo di potenziamento.

Le masse tumorali considerate inoperabili per un interessamento notevole di tronchi sensitivi già al primo intervento e per le difficoltà incontrate nel risparmio del nervo facciale nella stessa sede operatoria, sono regredite in 6 casi con una risposta che perdurava anche a distanza di 1 anno.

CONCLUSIONI

La chirurgia della parotide, se praticata da mani allenate, non espone a frequenze complicate: la si deve praticare con continuità e non dovrebbe essere una chirurgia occasionale. La ricerca del nervo facciale deve essere sistematica: è un tempo chirurgico "in salita", che richiede sempre una precisa e dettagliata esposizione dei punti di repere. Il problema dei tumori maligni recidivi delle ghiandole salivari maggiori e minori espone il chirurgo all'alternativa tra demolizione tal-

volta pagliativa delle strutture adiacenti e la valorizzazione delle terapie complementari associate.

Per definire l'approccio ottimale nella cura delle forme recidive vanno considerati questi fattori:

1) le recidive tumorali della parotide interessano il nervo facciale in una percentuale elevata. La fibrosi risultante dall'intervento primario spesso crea aderenze al nervo e può precludere l'uso di punti di repere per identificare il nervo stesso.

2) I tumori parotidici possono recidivare anche a dispetto di escissioni apparentemente radicali.

Sulla base di queste considerazioni riteniamo utile l'importanza di risparmiare quando possibile il nervo facciale nei tumori recidivi e riteniamo altresì che le demolizioni eccessive in casi di tumori recidivi delle ghiandole salivari minori possano essere sostituite da accurate strategie complementari extrachirurgiche. L'aumentata efficacia delle terapie associate oggi, specialmente con l'effetto sinergizzante dell'ipertermia, ci permette di migliorare la qualità di vita di questi pazienti. Soprattutto importante è a nostro avviso evitare un sacrificio inutile di fronte alla aggressività ed alla diffusione di alcuni tumori salivari che in ogni caso creerebbe una breve sopravvivenza con qualità di vita impietosa. Neanche le plastiche che si possono effettuare per migliorare alcuni aspetti fisionomici e funzionali secondari alla sezione del nervo facciale permettono di ottenere un sostanziale miglioramento delle condizioni generali e psicologiche nei casi in cui la recidività e la diffusione rapida del tumore possono rendere assai grave la prognosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Basso Ricci S., Milani F.:
Possibilità della radioterapia nella cura delle malattie parotidiche.
Otorinolaringologia, 38, 5: 363-368, 1988.
2. Fiorito R.:
Attuali orientamenti conservativi nel trattamento del KA parotideo infiltrante recidivo.
Atti X Congr. Naz. Soc. It. Endocrinochir., 1990.
S. Margherita di Pula (CA), pp. 859-862.
3. Del Balso A.M.:
Neoplasie del cavo orale e delle strutture annesse.
Il Pensiero Scientifico, 1980, pp. 165-171.
4. Le Veen H.H.:
Optimization of hyperthermia: XII Int. Symp. on Clinical Hyperthermia, Rome, 1989, Proceedings.
5. Niparko J.K. et al.:
Surgical treatment of recurrent pleomorphic adenoma

of the parotid gland: Arch. Otolaryngol. Head Neck Surgery, 112, 1986, pp. 1180-1184.

5. Pia F. et al.:
Complicanze della parotidectomia: Il Valsalva 62, 1986, pp. 95-102.
6. Pigliucci G.M., Fiorito R., Caldarelli G., Torio B., Venditti D., Cervelli V., Vittorini V., Cervelli A. e Casciani C.U.:
Hyperthermia associated to chemo-radio-surgical therapies: a new concept of stabilization of the tumors
Abstract Book, XIIth Int. Symp. on Clinical Hyperthermia, 27-29 aprile 1989, Rome, p. 6.