

## Αναδρομική μελέτη όγκων παρωτίδας

Π. Δόξας, Χ. Παπαδάκης, Γ. Βεληγράκης,  
Ι. Μπιζάκης, Α. Νικοηιδάκης, Χ. Σκουλιάκης,  
Ε. Χελιδόνης

ΩΡΛ Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου,  
Κρήτη

A nine-year retrospective study of parotid tumors

*Abstract at the end of the article*

**Λέξεις ευρητηρίου:** Όγκοι παρωτίδας, Παρωτίδα, Παρωτι-  
δεκτομή, Προσωπικό νεύρο

Οι όγκοι της παρωτίδας δεν είναι συχνοί. Η επίπτωση είναι 1–3 περιστατικά στους 100.000 κατοίκους ανά έτος.<sup>1,2</sup> Παρόλα αυτά, η παρωτίδα είναι η πιο συχνή περιοχική ανάπτυξης όγκων των σιαλογόνων αδένων.<sup>3</sup> Η προτεινόμενη αντιμετώπιση στα περισσότερα κέντρα είναι η επιπολής ή η ολική παρωτιδεκτομή.<sup>4–6</sup> Αρκετές όμως αναφορές, κυρίως από την Αγγλία, προτείνουν την τοπική εκτομή ακολουθούμενη από ακτινοβολία, ακόμη και για τους καλοήθεις όγκους.<sup>7–9</sup>

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα από 61 ασθενείς, που χειρουργήθηκαν με όγκο της παρωτίδας τα τελευταία 9 χρόνια στην ΩΡΛ Κλινική του ΠΕΠΙΑΓΝΗ.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 61 ασθενείς, που χειρουργήθηκαν με επιπολής ή ολική παρωτιδεκτομή ή με τοπική εκτομή. Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιήθηκε ως εξέταση ρουτίνας στον προεγχειρητικό έλεγχο, ενώ η βιοψία διά βελόνης εφαρμόστηκε σε ελάχιστες περιπτώσεις. Μετεγχειρητικά, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε σχεδόν σ'

όλους τους ασθενείς με κακοήθεια, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος. Όλοι οι ασθενείς με κακοήθεια παρακολουθούνται ανά έτος, ενώ στους ασθενείς με καλοήθεια ζητήθηκε να επικοινωνήσουν με την Κλινική εάν παρουσιαζόταν κάποιο πρόβλημα.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η τελική διάγνωση μετά την ιστολογική εξέταση του όγκου απεικονίζεται στον πίνακα 1. Η κατάταξη για τα κακοήθη νεοπλασματα βασίζεται στη World Health Organization International Classification.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με μικτό όγκο ήταν 34,2 έτη (εύρος 16–65 έτη) και η αναλογία ανδρών/γυναικών 1/2,2. Ο μέσος όρος ηλικίας ασθενών με όγκο Warthin ήταν 59,8 έτη (εύρος 34–70 έτη), με αναλογία ανδρών/γυναικών 2,5/1. Ο μέσος όρος ηλικίας ασθενών με κακοήθεια ήταν 61,5 έτη (εύρος 30–88 έτη), με αναλογία ανδρών/γυναικών 1,6:1. Ο μέσος όρος διάρκειας των συμπτωμάτων για τα καλοήθη νεοπλασματα ήταν 36,5 μήνες (εύρος 1–180 μήνες), ενώ για τα κακοήθη 5,2 μήνες (εύρος 2–12 μήνες).

Ο πόνος ήταν το κυριότερο ενόχλημα σε 8 (62%) ασθενείς με κακοήθεια, ενώ μόνο 2 (4%) ασθενείς με καλοήθεια είχαν πόνο. Ένας ασθενής προσήλθε με δυσλειτουργία κλάδου του προσωπικού και ένας με ψηλαφητούς τραχηλικούς λεμφαδένες.

Ο τύπος της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς φαίνεται στον πίνακα 2. Σε δύο ασθενείς έγινε ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός σύστοιχα· ο ένας προσήλθε με ψηλαφητούς τραχηλικούς λεμφαδένες και στο δεύτερο, που προσήλθε με δυσλειτουργία του προσωπικού νεύρου, διαπιστώθηκε με την αξονική τομογραφία αύξηση του μεγέθους ενός τραχηλικού λεμφαδένα. Μετεγχειρητικά, 9 ασθενείς υποβλήθηκαν σε ακτινοβολία (6 με μαλπιγιακό, 1 με αδιαφοροποίητο, 1 με αδενοκυστικό και 1 με βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα high grade), 2 ασθενείς με λέμφωμα υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία, ένας με μεταστατικό μελάνωμα έλαβε υψηλές δόσεις ιντερφερόνης και 1 με κυψελιδοκυτταρικό καρκίνωμα δεν χρειάστηκε συμπληρωματική θεραπεία.

Από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, σημειώθηκε ένα αιμάτωμα. Φλεγμονές ή συρίγγιο δεν παρατηρήθηκαν σε κανέναν ασθενή. Στον πίνακα 3 φαίνονται τα ποσοστά προσωρινής ή μόνιμης πάρεσης ενός ή περισσότερων κλάδων του προσωπικού νεύρου. Οι μόνιμες παραλύσεις οφείλονταν σε αφαίρεση τμήματος του νεύρου λόγω

διήθησής του από τον όγκο. Στην περίπτωση του αδενοκυστικού καρκινώματος αφαιρέθηκε όλο το νεύρο, ενώ σε δύο άλλες περιπτώσεις κλάδος του.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών περιελάμβανε τακτική ανά τρίμηνο κλινική εξέταση και αξονική τομογραφία για τους κακοήθεις όγκους, ανά 6μηνο την πρώτη διετία και κατόπιν ανά έτος. Ο χρόνος παρακολούθησης των 13 ασθενών με κακοήθεια κυμαίνεται από 8 μήνες έως 9 έτη. Από τους καλοήθεις όγκους δεν παρουσιάστηκε καμία υποτροπή έως τώρα. Από τους κακοήθεις όγκους, 2 ασθενείς με μαλπιγιακό καρκίνωμα απεβίωσαν δύο χρόνια μετά την επέμβαση λόγω απομακρυσμένων μεταστάσεων, ενώ οι υπόλοιποι 11 δεν έχουν εμφανίσει έως τώρα τοπική υποτροπή ή απομακρυσμένη μετάσταση.

### ΣΧΟΛΙΟ

Η επίπτωση της νόσου είναι 1–3 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους το έτος.<sup>1,2</sup> Υπάρχουν αναφορές που ανεβάζουν την επίπτωση σε 4/100.000.<sup>10,11</sup> Στη μελέτη μας, το πιο συχνό νεόπλασμα (52%) ήταν ο μικτός όγκος. Συνολικά, οι καλοήθεις όγκοι αποτελούσαν το 79%, ενώ οι κακοήθεις το 21%, ποσοστά που συμφωνούν με αυτά πολύ μεγαλύτερων σειρών.<sup>6,12,13</sup> Εντύπωση προκαλεί ο

**Πίνακας 1.** Ιστολογική διάγνωση όγκων παρωτίδας.

Ιστολογική διάγνωση	Αριθμός περιστατικών	
Καλοήθεις	48	(79%)
Μικτός όγκος	32	(52%)
Όγκος Warthin	7	(11%)
Κύστεις	5	
Μονήρες αδένωμα	1	
Λιπώδης εκφύλιση	1	
Φλεγμονώδης όγκος	1	
Φυματίωση	1	
Κακοήθεις	13	(21%)
Μαλπιγιακό καρκίνωμα	6	
Λέμφωμα	2	
Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα	1	
Αδενοκυστικό καρκίνωμα	1	
Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα	1	
Κυψελιδοκυτταρικό καρκίνωμα	1	
Μεταστατικό μελάνωμα	1	

**Πίνακας 2.** Τύπος παρωτιδεκτομής.

	Επιπολής	Ολική	Τοπική εκτομή
Μικτός όγκος	26	5	1
Όγκος Warthin	6	–	1
Άλλοι καλοήθεις	5	–	4
Κακοήθεις	8	5	–
Σύνολο	45 (74%)	10 (16%)	6 (10%)

μεγάλος αριθμός των μαλπιγιακών καρκινωμάτων, 6 σε σύνολο 13 κακοήθων νεοπλασμάτων, ενώ το πιο συχνό κακόηθες νεόπλασμα της παρωτίδας είναι το βλεννοεπιδερμοειδές.<sup>14–16</sup> Αξίζει ν' αναφερθεί ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με μαλπιγιακό καρκίνωμα ήταν τα 70 έτη. Επίσης, 3 από τους 6 ασθενείς με μαλπιγιακό καρκίνωμα είχαν ιστορικό προηγούμενης αφαίρεσης επιθηλιώματος από την περιοχή του προσώπου, γεγονός που επιβεβαιώθηκε από την ιστολογική εικόνα τόσο της παρωτίδας όσο και του αφαιρεθέντος επιθηλιώματος. Στους υπόλοιπους 3 ασθενείς με μαλπιγιακό καρκίνωμα χωρίς ιστορικό επιθηλιώματος προσώπου, από την ιστολογική εικόνα του αφαιρεθέντος όγκου παρωτίδας δεν ήταν δυνατό να τεκμηριωθεί αν ο παρωτιδικός όγκος ήταν πρωτοπαθής ή μεταστατικός.

Η αξονική τομογραφία αποτέλεσε εξέταση ρουτίνας, ενώ η μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιήθηκε όπου η αξονική τομογραφία δεν ανεδείκνυε σαφώς τα όρια του όγκου σε σχέση με τους παρακείμενους ιστούς. Ταχεία βιοψία έγινε μόνο σε δύο περιπτώσεις, στις οποίες διεγχειρητικά διαπιστώθηκε προσβολή κλάδων του προσωπικού νεύρου χωρίς οι ασθενείς προεγχειρητικά να έχουν εικόνα πάρεσης αυτού, η οποία και επιβεβαίωσε την κακοήθεια. Υπάρχουν συγγραφείς οι οποίοι αναφέρουν μεγάλη ακρίβεια και χαμηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων στην ταχεία βιοψία, όταν αυτή εφαρμόζεται ως εξέταση ρουτίνας.<sup>17–19</sup>

Επιπολής παρωτιδεκτομή έγινε στο 74% των ασθενών, ολική στο 16% και τοπική εκτομή στο 10%. Τα καλοήθη νεοπλάσματα αντιμετωπίστηκαν με επιπολής ή ολική παρωτιδεκτομή σε ποσοστό 88% και με τοπική εκτομή στο 12%, κυρίως οι κύστεις. Δεν υπήρξε περίπτωση υποτροπής στα καλοήθη νεοπλάσματα. Η προτεινόμενη διεθνώς θεραπεία για τα καλοήθη νεοπλάσματα των παρωτίδων είναι η επιπολής ή η ολική παρωτιδεκτομή, με ποσοστά υποτροπής 0–2%.<sup>4,20,21</sup> Αρκετοί Άγγλοι συγγραφείς, όμως, δεν συμφωνούν και εξακολουθούν ν' αντιμετωπίζουν το μικτό όγκο με εκπυρήνιση και μετεγχειρητική ακτινοβολία, με ποσοστά υποτροπής 3–8%.<sup>7–9,22</sup> Η αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων των παρωτίδων στους ασθενείς μας έγινε με επιπολής ή

**Πίνακας 3.** Πάρεση προσωπικού νεύρου.

	Προσωρινή πάρεση	Μόνιμη πάρεση
Επιπολής	(45)	3
Ολική	(10)	7
Τοπική εκτομή	(6)	1
Σύνολο	(61)	11 (18%)
		3 (5%)

ολική παρωτιδεκτομή, ακολουθούμενη από ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο.

Μετεγχειρητική ακτινοβολία ενδείκνυται (α) όταν πρόκειται για υψηλής κακοήθειας νεόπλασμα, άσχετα με τον τύπο, ή όταν είναι ακανθοκυτταρικό, άσχετα από την κατάσταση των εγχειρητικών χειλέων, (β) όταν μακροσκοπικά ή μικροσκοπικά τα εγχειρητικά κείλη είναι διηθημένα, (γ) όταν η εκτομή γίνεται μετά από υποτροπή, ανεξάρτητα από τον ιστολογικό τύπο ή τη διήθηση των εγχειρητικών χειλέων, (δ) όταν υπάρχει προσβολή δέρματος, νεύρου ή οστού, (ε) όταν υπάρχει κατά το λεμφαδενικό καθαρισμό ορατή διήθηση λεμφαδένων, (στ) όταν υπάρχει μακροσκοπικά υπολειπόμενα βλάβη.<sup>23</sup>

Έως τώρα, 2 ασθενείς με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα απεβίωσαν 2 έτη μετά την επέμβαση λόγω απομακρυσμένων μεταστάσεων. Στη σειρά μας, το ποσοστό των προσωρινών παρέσεων του προσωπικού νεύρου ήταν 18%, ενώ των μονίμων, που οφειλονταν όλες σε θυσία του νεύρου λόγω διήθησης από τον όγκο, ήταν 5%. Τα ποσοστά αυτά είναι από τα μικρότερα συγκριτικά με άλλες σειρές, που αναφέρουν προσωρινή πάρεση του προσωπικού νεύρου σε ποσοστό 11–82% και μόνιμη σε ποσοστό 0–17%.<sup>10,24–26</sup>

## ABSTRACT

### A nine-year retrospective study of parotid tumors

P. DOXAS, C. PAPANAKIS, G. VELEGRAKIS,  
J. BIZAKIS, A. NIKOLIDAKIS, C. SKOULAKIS,  
E. HELIDONIS

ENT Department, University Hospital of Crete,  
Heraklion, Crete

*Archives of Hellenic Medicine 1999, 16(4):385–388*

During the last 9 years 61 patients were operated on for parotid tumors in the ENT Department of the University Hospital of Crete. Mixed tumors accounted for 25% of the parotid tumors, Warthin's tumor for 11%, other benign tumors for 16%, and all the malignant tumors for 21%. Pain was the most common symptom occurring in 62% of the patients with malignant parotid tumors, whereas pain was a symptom in only 4% of the benign tumors. Superficial parotidectomy was performed in 74%, total parotidectomy in 16% and "shelling out" in 10%. The facial nerve was sacrificed in 5% due to its involvement with the tumor, while a temporary paresis of facial nerve was noted in 18% of the patients. No recurrence was observed during follow-up of the benign tu-

mors. Two malignant tumors metastasized to distant sites two years after surgery.

**Key words:** Facial nerve, Parotid gland, Parotid gland tumors, Parotidectomy

## Βιβλιογραφία

1. CHAPNIK JS. The controversy of Warthin's tumor. *Laryngoscope* 1983, 93:695–716
2. GUNN A, PARROTT NR. Parotid tumors: a review of parotid tumor surgery in the Northern Regional Health Authority of the United Kingdom 1978–1982. *Br J Surg* 1988, 75:1144–1146
3. RENEBAN R, GLEIVE EN, HANCOCK ED, SMITH P, MCGURK M. Long-term follow-up of 1000 patients with salivary gland tumors treated in a single center. *Br J Surg* 1996, 83:1750–1754
4. STEVENS KL, HOBBSLEY M. The treatment of pleomorphic adenomas by formal parotidectomy. *Br J Surg* 1982, 96:1–3
5. WOODS JE. Parotidectomy versus limited resection for benign parotid mass. *Am J Surg* 1985, 149:749–750
6. WOODS JE, CHONG GC, BEAHS OH. Experience with 1360 primary parotid tumors. *Am J Surg* 1975, 130:460–462
7. McENEDY BV, ROSS WM. The treatment of mixed parotid tumors by enucleation and radiotherapy. *Br J Surg* 1976, 63:341–342
8. ARMISTEAD PR, SMIDDY FG, FRANK HG. Simple enucleation and radiotherapy in the treatment of the pleomorphic salivary adenoma of the parotid gland. *Br J Surg* 1979, 66:716–717
9. HAW CS. Pleomorphic adenoma of the parotid gland. A review of results of treatment. *J R Coll Surg Edinb* 1975, 20:25–29
10. DEBETS JM, MUNTING JK. Parotidectomy for parotid tumors: 19-year experience from the Netherlands. *Br J Surg* 1992, 79:1159–1161
11. LENNOX B, CHARKE JA, DRAKE F, EWEN WB. Incidence of salivary gland tumors in Scotland: Accuracy of national records. *Br Med J* 1978, i:687–689
12. SKOLNIK EM, FRIEDMAN M, BECKER S, SISSON GA, KEYES GR. Tumors of the major salivary glands. *Laryngoscope* 1977, 87:843–861
13. BALLENGER JJ, SNOW JB. *Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery*. 15th ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996:396
14. ELLIS GL, AUCLAIR PL, GNEPP DR. *Surgical pathology of the salivary gland*. Philadelphia, Saunders, 1991:23–31
15. SPIRO RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. *Head Neck Surg* 1986, 8:177–181
16. JOHNS ME, NACHLAS NE. Salivary gland tumors. In: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman JL, Meyrhoff WL (eds) *Otolaryngology*. 3th ed. Philadelphia, Saunders, 1991:2099–2127
17. MEGERIAN CA, MANIGLIA AJ. Parotidectomy: a 10-year experience with fine needle aspiration and frozen section biopsy correlation. *Ear Nose Throat J* 1994, 73:377–380
18. REMSEN KA, LUCENTE FE, BILLER HF. Reliability of frozen section diagnosis in head and neck neoplasms. *Laryngoscope* 1984, 94:519–524
19. MILLER RH, CALCATONA TC, PAGLIA DE. Accuracy of frozen section diagnosis of parotid lesions. *Ann Otol* 1979, 88:573–576
20. MAYNARD JD. Management of pleomorphic adenoma of the parotid. *Br J Surg* 1988, 75:305–308
21. DYKUM RJ, DEITEL M, BOROWY ZJ, JACKSON S. Treatment of parotid neoplasms. *Can J Surg* 1980, 23:14–19
22. DAWSON AK, ORR JA. Long-term results of local excision and

- radiotherapy in pleomorphic adenoma of the parotid. *Int Radiat Oncol Biol Phys* 1985, 11:451-455
23. TAPLEY ND. Irradiation treatment of malignant tumors of the salivary glands. *Ear Nose Throat J* 1977, 56:110-112
24. ROMPLING R, CATTERALL M. Facial nerve damage in the treatment of tumors of the parotid gland. *Clin Oncol* 1984, 10:345-351
25. OWEN ER, BANERJEE AK, KISSIN M, KARK AE. Complications of parotid surgery: the need for selectivity. *Br J Surg* 1989, 76:1034-1035
26. ZBAR AP, HILL AD, SHERING SG, RAFFERTY MA, MORIARTY M, McDERMET EW ET AL. Facial nerve damage in parotid tumor surgery. *Ir Med J* 1997, 90:288-230

*Corresponding author:*

C. Papadakis, 7 Psaron street, GR-713 07 Heraklion, Crete, Greece

---