

## Χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα

Σ. ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ<sup>1</sup>, Ι. ΤΗΛΑΒΕΡΙΔΗΣ<sup>2</sup>, Α. ΕΠΙΒΑΤΙΑΝΟΣ<sup>3</sup>

Από την Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής «Γ.Π.Ν. Γ. Παπανικολάου» Α.Π.Θ.

Διευθυντής: Καθ. Ν. Λαζαρίδης

Από το Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

### Chronic recurrent parotitis

S. IORDANIDIS<sup>1</sup>, I. TILAVERIDIS<sup>2</sup>, A. EPIVATIANOS<sup>3</sup>

Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, «G. Papanikolaou Hospital», Aristotle University of Thessaloniki.

Head: Prof. N. Lazaridis

Dept. of Stomatology, Dental School, Aristotle University of Thessaloniki.

#### Περίληψη

Η χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα είναι μια μη ειδική χρόνια σιαλαδενίτιδα που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια ετερόπλευρης πρωτιτικής διόγκωσης που διαρκούν λίγες, συνήθως, ημέρες και υποχωρούν είτε αυτόματα είτε μετά από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι σαφής, γεγονός που γίνεται αντιληπτό και από τη διαφορετική ονοματολογία που έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για την περιγραφή της. Η εμφάνισή της υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας έχει συνδυασθεί με διάφορους παράγοντες όπως η λήψη φαρμάκων, η παρουσία λίθων μέσα στο παρωτιδικό παρέγχυμα καθώς, επίσης, και με γενικά νοσήματα όπως το σύνδρομο Sjogren, η σαρκοείδωση, η ακτινομυκτίαση κ.ά.

Κλινικά εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενα επεισόδια παρωτιδικής διόγκωσης που διαρκούν από δύο ημέρες μέχρι και λίγες εβδομάδες, ενώ σπανιότερα η διόγκωση μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη. Στη διάρκεια των οξέων επεισοδίων κατά τη μάλαξη του αδένου, παρατηρείται εκροή υγρού με τη μορφή σταγόνων πηγμένου γάλακτος, από το στόμιο του εκφορητικού πόρου του προσβεβλημένου αδένου.

Η διάγνωση στηρίζεται στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης καθώς, επίσης, και στα αποτελέσματα των απεικονιστικών και ενδοσκοπικών διαγνωστικών εξετάσεων.

Η αντιμετώπιση της υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας γίνεται αρχικά συντηρητικά με τη χορήγηση σιαλαγωγών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων σε συνδυασμό μερικές φορές με αντιβίωση. Πολύ καλά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με την έγχυση φυσιολογικού ορού ή αντιβιοτικού ή τελευταία κορτικοστεροειδών δια μέσου του εκφορητικού πόρου του πάσχοντος σιαλογόνου αδένου μέσα στο εκφορητικό του σύστημα, ενώ σε αποτυχία των παραπάνω μεθόδων η αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με χειρουργική αντιμετώπιση κατά την οποία αφαιρείται το επιπολής τμήμα ή και ολόκληρος ο αδένος.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα, σιαλαδενίτις, σιαλολιθίαση.

#### Summary

Chronic recurrent parotitis is a non-specific sialadenitis characterized by periodical episodes of unilateral preauricular swelling, which subsides spontaneously or after appropriate treatment. The etiology of disease remains unclear which is perceived from the different nomenclature, which have been used in the past to describe the disease. Its appearance has been combined with several factors such as taking of medications, presence of stone into the parotid gland, diseases such as Sjogren syndrome, sarcoidosis, actinomycosis etc.

Clinical manifestation includes unilateral and rarely bilateral repeated parotid swelling, which may last at least 2 days to several weeks. During the acute stage, there is a reduction of salivary flow, and the secretion is viscous and milky in appearance with clumps of material interspersed. Pus is rarely observed. Diagnosis is based on clinical examination and from the findings of imaging and endoscopic methods. The recommended treatment range from conservative therapy to surgical intervention. Conservative therapy includes sialogogues and anti-inflammatory drugs (including the steroids) and ductal irrigations with sterile saline with or without antibiotics or neodecadron ophthalmic solution with milking of the affected gland. Endoscopic interventions are promising in non invasive procedures, while superficial or total parotidectomy is applied, when the previous mentioned methods fail.

KEY WORDS: Recurrent, Chronic, Parotitis

Στάλθηκε στις 24.2.2006. Εγκρίθηκε στις 21.9.2006.

<sup>1</sup> Αναπλ. Καθηγητής

<sup>2</sup> Στοματογναθοπροσωπικός χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.

<sup>3</sup> Αναπλ. Καθηγητής

Received on 24<sup>th</sup> Feb., 2006. Accepted on 21<sup>st</sup> Sept., 2006.

<sup>1</sup> Assoc. Professor

<sup>2</sup> Doctor Oral Maxillofacial Surgeon

<sup>3</sup> Assoc. Professor

## Εισαγωγή

Η χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα είναι μια χρόνια μη ειδική σιαλαδενίτιδα που χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρη, συνήθως, και σπανιότερα αμφοτερόπλευρη, υποτροπιάζουσα, παρωτιδική διόγκωση είτε από μόνιμη χρονίζουσα διόγκωση του προσβεβλημένου αδένου<sup>1,2</sup>. Η διόγκωση είναι, συνήθως, παροδική και διαρκεί από 48 ώρες μέχρι λίγες εβδομάδες<sup>3</sup>.

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητικές προσπάθειες συνέβαλαν σημαντικά στην κατανόηση των μηχανισμών που σχετίζονται με την αιτιοπαθογένεια της υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας. Ο μηχανισμός δημιουργίας των μικροσιαλολίθων, η παρουσία των οποίων σχετίζεται με την ατροφία του αδενικού παρεγχύματος των σιαλογόνων αδένων, λόγω της δημιουργούμενης από αυτούς φλεγμονής, έδωσε απαντήσεις τόσο σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της νόσου όσο και με τη θεραπευτική προσέγγισή της<sup>4,5</sup>.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στα οξεία επεισόδια της παρωτιδικής διόγκωσης περιλαμβάνει τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών και σιαλαγωγών φαρμάκων σε συνδυασμό ή όχι με χορήγηση αντιβίωσης. Ενώ παλαιότερα για τη ριζικότερη αντιμετώπιση χρησιμοποιήθηκαν θεραπείες που περιελάμβαναν τη χορήγηση φαρμάκων που προκαλούσαν σκλήρυνση του αδένου, σήμερα, παραχώρησαν τη θέση τους σε ορθότερες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης όπως η έγχυση φυσιολογικού ορού με ή χωρίς αντιβιοτικό<sup>6</sup> καθώς, επίσης, και επεμβατικές παρεμβάσεις όπως η διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση<sup>7,8</sup>. Βέβαια, δε θα πρέπει να παραγνωρίζεται και ο ρόλος της κλασσικής εγχειρητικής παρέμβασης με τη μορφή, συνήθως, της επιπολής παρωτιδεκτομής, όταν οι παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν, προηγουμένως, δεν αποδώσουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα<sup>9,10</sup>.

## Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιολογία της νόσου πιστεύεται ότι είναι πολυπαραγοντική, αλλά σημαντική θεωρείται η προδιάθεση για λοίμωξη σε συνδυασμό με την ελάττωση της ροής του σάλιου<sup>9,11</sup>. Σύμφωνα με αξιολογες πειραματικές και κλινικές έρευνες, πιθανολογείται ότι η δημιουργία σιαλολίθων είναι αποτέλεσμα χρόνιας σιαλαδενίτιδας<sup>5,12,13</sup>. Από τις ίδιες όμως μελέτες προκύπτει ότι η παρουσία μικροσιαλολίθων, οι οποίοι δε σχετίζονται με τους τυπικούς σιαλολίθους, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της νόσου. Οι μικροσιαλολίθοι που αποτελούν συγκρίματα, συχνά, ενσβεστωμένα, ορατά μόνο μικροσκοπικά, υπήρξαν αντικείμενο εκτενών έρευνων, εξαιτίας της πιθανής συσχέτισής τους με εστιακή ατροφία του σιαλαδενικού παρεγχύματος, λόγω της ενσφηνώσής τους σε μικρούς ενδοαδενικούς πόρους. Οι περιοχές αυτές στις οποίες το παρέγχυμα

του σιαλογόνου αδένου εμφανίζει ατροφία αποτελούν ιδανικό κατάλυμα για τους μικροοργανισμούς που καταφθάνουν στην περιοχή αυτή με την ανιούσα οδό, δια μέσου του στομίου του εκφορητικού πόρου του σιαλογόνου αδένου. Ακολουθεί στη συνέχεια πολλαπλασιασμός των μικροβίων και η φλεγμονή που δημιουργείται ως επακόλουθο έχει την απόφραξη γειτονικών εκφορητικών πόρων, η οποία προκαλεί περαιτέρω ατροφία και με την επαναλαμβανόμενη αυτή διαδικασία οδηγεί σε χρόνια σιαλαδενίτιδα<sup>4,5,12</sup>.

Στη διάρκεια των οξέων επεισοδίων μιας υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας έχει περιγραφεί η έξοδος βλεννης και πύου από το στόμιο του εκφορητικού πόρου του πάσχοντος σιαλογόνου αδένου. Ο όρος αυτός προκαλεί σύγχυση, γιατί αφενός μεν στις περισσότερες περιπτώσεις το υλικό αυτό δεν παρουσιάζει τη μορφή πύου αφετέρου η φλεγμονή αυτή υποχωρεί με αντιφλεγμονώδη. Επιπλέον, η παρωτίτιδα ανήκει στους ορογόνους αδένες και φυσιολογικά δεν παράγει βλεννώδες έκκριμα<sup>4</sup>. Ορισμένοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται μεταβολή στην ηλεκτρολυτική συγκέντρωση ορισμένων ιχνοστοιχείων του σάλιου και ειδικότερα αύξηση στις συγκεντρώσεις νατρίου και χλωρίου καθώς, επίσης, και ελάττωση της σιαλικής ροής. Μετά την αποδρομή της φλεγμονής η ηλεκτρολυτική διαταραχή στον προσβεβλημένο αδένου τείνει να αποκατασταθεί<sup>14</sup>.

Η σημαντικότερη αιτία που οδηγεί σε φλεγμονή της παρωτίτιδας είναι η ελαττωμένη παραγωγή σάλιου ή η απόφραξη των εκφορητικών πόρων που παρεμποδίζει την έκκριση του σάλιου. Η ελαττωμένη ροή του σάλιου ευνοεί την ανιούσα λοίμωξη από τη στοματική κοιλότητα. Η φλεγμονή με τη σειρά της προκαλεί πολλαπλές βλάβες στο τοίχωμα των εκφορητικών πόρων που ευνοούν τη δημιουργία συμφύσεων. Οι συμφύσεις αυτές, στη συνέχεια, προκαλούν βαθμιαία απόφραξη που χαρακτηρίζεται από κατακράτηση σάλιου και διεύρυνση του πόρου πίσω από τη στένωση. Η στάση του σάλιου διευκολύνει την εκ νέου λοίμωξη<sup>3</sup>.

Η λήψη φαρμάκων όπως τα αντιχολινεργικά που ελαττώνουν τη ροή του σάλιου αντιισταμινικά, ψυχοθεραπευτικά, η έλλειψη βιταμίνης Β<sub>12</sub>, η κίρρωση του ήπατος, μεταβολικές διαταραχές, και το σύνδρομο Sjogren θεωρείται ότι συμμετέχουν στην αιτιολογία της νόσου<sup>15</sup>. Άλλα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν απόφραξη και, συνεπώς, υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα είναι οι σιαλόλιθοι που ευθύνονται για τη δημιουργία στενώσεων και κάμψων του εκφορητικού συστήματος των σιαλογόνων αδένων<sup>7,8</sup>.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν σιαλοχημικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα, στις οποίες μελετήθηκαν διάφορες παράμετροι και συγκεκριμένα η ροή του σάλιου, οι ηλεκτρολύτες και οι πρωτεΐνες<sup>14,16</sup>. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε αυξημένη συγκέντρωση πρωτεϊνών μέσα στους πόρους, που αποδόθηκε στην παρου-

σία της ενδοαδενικής φλεγμονής, με αποτέλεσμα την αύξηση της διαβατότητας των μεμβρανικών φραγμών. Από όλες τις πρωτεΐνες που αυξάνονται, σύμφωνα με τον Bauremash<sup>4</sup>, μεγαλύτερη σημασία κατέχει η υψηλή τιμή της αλβουμίνης, καθώς, όταν συνδυάζεται με στάση του σάλιου, πτώση του pH και αύξηση της θερμοκρασίας, μπορεί να πήξει. Όπως είναι γνωστό, η αυξημένη ροή σάλιου επηρεάζει το pH και τη ρυθμιστική του ικανότητα, επειδή η συγκέντρωση των διτανθρακικών αυξάνει παράλληλα με την αύξηση του ρυθμού ροής του σάλιου<sup>17</sup>. Αντίθετα, η ελαττωμένη ροή σάλιου οδηγεί σε πτώση του pH και στη δημιουργία όξινου περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη στάση και την αύξηση τοπικά της θερμοκρασίας, λόγω της φλεγμονής, δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον για την πήξη του λευκόματου<sup>4,17</sup>. Η συγκέντρωση του ημίρρευστου αυτού υλικού, ως συνέπεια της φλεγμονής του αδένου, προκαλεί την απόφραξη των πόρων του αδένου και διαιωνίζει τη διόγκωση<sup>4</sup>.

Να σημειωθεί, επίσης, ότι όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που παραμένει το υλικό μέσα στον πόρο τόσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα της αλβουμίνης που πήζει<sup>12</sup>. Ακόμη, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορετική χρονική διάρκεια που παρατηρείται μεταξύ των οξέων επεισοδίων στους διάφορους ασθενείς. Το γεγονός αυτό αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η επιπολής εντόπιση του κύριου εκφορητικού πόρου της παρωτίτιδας, η μάλαξη του οποίου συμβάλλει στην ταχύτερη αποδρομή της φλεγμονής, ενώ με παρόμοιο μηχανισμό δρουν και οι μιμικοί μύες της περιοχής. Έτσι, σε συνδυασμό με την ήπια ή ενδιάμεση βαρύτητα της φλεγμονής του αδένου, τα αδενικά κύτταρα αναλαμβάνουν πολύ σύντομα τη λειτουργία τους με αποτέλεσμα την ταχύτερη αποδρομή του οξέος επεισοδίου<sup>4</sup>.

#### Κλινική εικόνα

Κλινικά η υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα εκδηλώνεται με επανειλημμένα επεισόδια πρωταίας διόγκωσης. Η διόγκωση, συνήθως, είναι ετερόπλευρη, αν και σε μερικές περιπτώσεις η εντόπιση είναι αμφοτερόπλευρη. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ότι πρόκειται για διόγκωση ελαφρά επώδυνη στην ψηλάφηση, ενώ το υπερκείμενο δέρμα μπορεί να εμφανίζεται φυσιολογικό ή με ήπια φλεγμονή (μικρού βαθμού ερυθρότητα), συνοδευόμενη από μικρή αύξηση της θερμοκρασίας<sup>2,3,8</sup>. Η εμφάνισή της σε αρκετές περιπτώσεις δε φαίνεται να συσχετίζεται με τη λήψη γευμάτων ή να έχει εποχιακή κατανομή, γεγονός που αποκλείει τη συσχέτιση με οξεία απόφραξη από λίθο ή με αλλεργικής φύσεως αντίδραση. Η διάρκεια κάθε οξέος επεισοδίου κυμαίνεται από 1-2 ημέρες έως το πολύ 2 εβδομάδες, αν και σε μερικούς ασθενείς μπορεί να διαρκέσει μερικούς μήνες. Τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των οξέων επεισοδίων κυμαίνονται από μερικές εβδο-

μάδες μέχρι μερικά χρόνια. Στον προσβεβλημένο αδένου παρατηρείται ελάττωση της σιαλικής έκκρισης, η οποία καθίσταται ιξώδης και γαλακτόχρωμη, λόγω της παρουσίας αναμειγμένου σβώλωδους υλικού<sup>4</sup>.

Με την αποδρομή, όμως, της φλεγμονής η σιαλική ροή αποκαθίσταται στα φυσιολογικά όρια<sup>3</sup>. Διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων, συνήθως, δεν παρατηρείται, μπορεί, εντούτοις να παρατηρηθούν πυρετός και κακοδιαθεσία<sup>2,3</sup>. Το έκκριμα που εξέρχεται από το στόμα του πάσχοντος σιαλογόνου αδένου δεν αποκαλύπτει την ύπαρξη οξείας λοίμωξης (πυώδης εκροή), αλλά κυρίως μια λευκοκυτταρική απάντηση σε οξεία φλεγμονή, γεγονός που φαίνεται και από την αυξημένη δραστηριότητα της μυελοπεροξειδάσης (δείκτης της δραστηριότητας των λευκοκυττάρων) που ελαττώνεται με την αποδρομή της φλεγμονής ύστερα από τη χορήγηση στεροειδών, ενώ δε συνοδεύεται από διαπύηση της παρωτίτιδας<sup>4,17</sup>.

Σε περιπτώσεις που παρατηρείται εκροή πύου, τότε η διάγνωση θα πρέπει να στραφεί προς την πυώδη παρωτίτιδα. Αν και αναφέρεται ότι με την αποδρομή της φλεγμονής αποκαθίσταται η σιαλική ροή, εν τούτοις η σιαλική έκκριση είναι ελαττωμένη συγκριτικά με την υγιή παρωτίτιδα του ασθενή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί σαφής ελάττωση της σιαλικής ροής μετά από πολλαπλά και παρατεταμένα επεισόδια υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας, προφανώς, λόγω της προοδευτικής καταστροφής ικανού μέρους του παρεγχύματος<sup>4</sup>.

#### Διαγνωστική προσέγγιση

Οι απεικονιστικές τεχνικές θεωρούνται πολύ σημαντικές για τη διάγνωση της υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας<sup>3</sup>. Η σιαλαδενογραφία απεικονίζει πολύ ικανοποιητικά το εκφορητικό σύστημα των σιαλογόνων αδένων. Η με τη μορφή σειρά από λουκάνικα απεικόνιση κατά την εξέταση αντιστοιχεί σε περιοχές του εκφορητικού πόρου με διεύρυνση και στένωση που προκύπτουν από ανιούσα λοίμωξη από τη στοματική κοιλότητα<sup>3,4</sup>. Η υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα στα παιδιά είναι η πιο συχνή φλεγμονώδης νόσος των σιαλογόνων αδένων μετά την ιογενή παρωτίτιδα και είναι συχνότερη στα αγόρια και σε ηλικίες που κυμαίνονται από 4 μηνών μέχρι 15 ετών. Στους ενήλικες η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και στις ηλικίες μεταξύ 40-60 ετών<sup>4</sup>. Σε χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα οι μορφολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στη σιαλαδενογραφία διακρίνονται σε 4 κατηγορίες<sup>18</sup>. Στον τύπο 1 παρατηρείται διεύρυνση του κύριου εκφορητικού πόρου από το στόμιό του μέχρι την πύλη του αδένου, χωρίς άλλες μορφολογικές μεταβολές, ενώ στο δεύτερο τύπο οι αλλοιώσεις εμφανίζονται ως διεύρυνση των ενδοδόβιων, μεσολόβιων πόρων, καθώς και του οπίσθιου τμήματος του κύριου εκφορητικού πόρου, το πρόσθιο τμήμα του οποίου παραμένει ανέπαφο. Στον 3<sup>ο</sup> τύπο, ολόκληρος ο κύριος εκφορητικός πόρος χαρα-

κτηρίζεται από ανώμαλη διεύρυνση μέχρι το σημείο που αρχίζει η διακλάδωση των πόρων, ενώ στον τελευταίο τύπο ολόκληρος ο κύριος πόρος, καθώς και το σύστημα διακλάδωσης των πόρων εμφανίζουν διεύρυνση με εξαφάνιση των λοβίων του αδένου.

Η χρόνια παρωτίτιδα αρχίζει με στική-διάστικτη σιαλεκτασία και διεύρυνση των περιφερικών εκφορητικών πόρων. Οι διευρύνσεις και περισφίξεις δημιουργούν αλαντοειδή (σειρά από λουκάνικα) εμφάνιση στη σιαλαδενογραφία. Με τη εξέλιξη της νόσου και την προοδευτική καταστροφή του παρεγχύματος παρατηρείται έξοδος του σκιαστικού. Η σιαλαδενογραφία μπορεί να αναδείξει κάμψεις και ακτινοδιαγαστικούς σιαλόλιθους που δύσκολα αποκαλύπτονται με άλλες απεικονιστικές τεχνικές<sup>19</sup>. Το υπερηχογράφημα αν και θεωρείται αξιόπιστη απεικονιστική μέθοδος των παρωτιδικών αλλοιώσεων, εν τούτοις, σε χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα παθολογικά ευρήματα παρατηρούνται μόλις στο 18% των περιπτώσεων<sup>3</sup>.

Η αξονική τομογραφία προσφέρει χρήσιμα στοιχεία που αφορούν το παρωτιδικό παρέγχυμα. Στην περίπτωση της χρόνιας παρωτίτιδας εξαιτίας της φλεγμονώδους διήθησης και της ίνωσης παρατηρείται αυξημένη πυκνότητα του αδένου. Η μαγνητική τομογραφία θεωρείται πιο αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος για την ανάδειξη των φλεγμονωδών αλλοιώσεων της παρωτίδας<sup>3,19</sup>.

Η σιαλο-μαγνητική τομογραφία είναι, επίσης, μια χρήσιμη διαγνωστική εξέταση που πραγματοποιείται χωρίς την έγχυση σκιαστικού υγρού, αλλά εξαρτάται αποκλειστικά από τη ροή του σάλιου. Έτσι, σε περιπτώσεις ελαττωμένης ροής του σάλιου η εξέταση διαταράσσεται<sup>20,21</sup>, ενώ οι ενδοσκοπικές τεχνικές αποτελούν σύγχρονες και αποτελεσματικές μεθόδους απεικόνισης του εκφορητικού συστήματος του προσβεβλημένου αδένου<sup>19</sup>.

### Αντιμετώπιση

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση της χρόνιας υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας περιλαμβάνει την άμεση αντιμετώπιση της φλεγμονής στη διάρκεια των εξάρσεων της νόσου. Για το σκοπό αυτό, παλαιότερα χορηγούνταν στους ασθενείς αντιβιοτικά, αναλγητικά, στοματοπλύσεις με αντισηπτικά καθώς, επίσης, και σιαλαγωγά φάρμακα. Σήμερα, με την καλύτερη κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της νόσου και ιδιαίτερα του ρόλου των πρωτεϊνικών εναποθέσεων μέσα στο εκφορητικό σύστημα του πάσχοντος σιαλογόνου αδένου, η αντιμετώπιση σε σχέση με το παρελθόν έχει μεταβληθεί σημαντικά<sup>3</sup>. Βασικός στόχος για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της οξείας φλεγμονώδους αντίδρασης του αδένου είναι η απομάκρυνση των πρωτεϊνικών εναποθέσεων μέσα από το εκφορητικό σύστημα του προσβεβλημένου αδένου. Αυτό επιτυγχάνεται, συνήθως, με καθετηριασμό του πόρου του Stensen με οφθαλμικό καθετήρα και την έγχυση φυσιολογικού ορού μέσα στο

εκφορητικό σύστημα του αδένου. Ευεργετικά αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί με την έγχυση τετρακυκλίνης και πρόσφατα κορτικοστεροειδών<sup>4,6,22</sup>. Εκτός από την έγχυση των προαναφερθέντων διαλυμάτων, έχει χρησιμοποιηθεί και διάλυμα πενικιλίνης με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η τοπική ενδοαδενική έγχυση πενικιλίνης πιστεύεται ότι παρέχει τη δυνατότητα στο αντιβιοτικό να φθάσει άμεσα στα μικρόβια που βρίσκονται μέσα στον αδένου, σε αντίθεση με τη συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών που βοηθά στην ύφεση των γενικών συμπτωμάτων χωρίς, όμως, να αντιμετωπίζει τους μικροοργανισμούς που βρίσκονται μέσα στους εκφορητικούς πόρους της παρωτίδας. Οι εστίες αυτές στη συνέχεια μπορεί να προκαλέσουν αναζωπύρωση της φλεγμονής<sup>23</sup>. Βέβαια, στις περιπτώσεις αυτές πιστεύεται ότι σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζει η, δια μέσου της έκπλυσης με τον φυσιολογικό ορό, απομάκρυνση των πρωτεϊνικών εναποθέσεων και μικρότερη θεωρείται η σημασία της τοπικής δράσης του αντιβιοτικού<sup>4,24</sup>. Η έγχυση πενικιλίνης ή φυσιολογικού ορού δια μέσου του κύριου εκφορητικού πόρου της παρωτίδας θεωρείται μια απλή, με πολύ καλά αποτελέσματα, τεχνική για την αντιμετώπιση της χρόνιας σιαλαδενίτιδας<sup>6</sup>. Γι αυτό, αν και έχει επικρατήσει η χορήγηση αντιβιοτικών στις οξείες εξάρσεις της χρόνιας παρωτίτιδας, ο ρόλος της για την αντιμετώπισή της αμφισβητείται. Έτσι, εκτός από τις περιπτώσεις της οξείας πυώδους παρωτίτιδας, όπου υπάρχει ένδειξη συστηματικής χορήγησης αντιβιοτικών, στη χρόνια παρωτίτιδα, επειδή η φλεγμονώδης αντίδραση δε συνοδεύεται από οξεία πυώδη λοιμώξη, η χορήγηση αντιβιοτικών δεν είναι αποτελεσματική. Προτιμότερη θεωρείται η συστηματική χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για βραχύ χρονικό διάστημα. Ιδιαίτερα χρήσιμη έχει αποδειχθεί η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών και ιδιαίτερα δεξαμεθαζόνης σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα σε συνδυασμό με ή όχι την ταυτόχρονη διέκπλυση του εκφορητικού συστήματος του αδένου με διάλυμα κορτικοστεροειδούς (οφθαλμικό διάλυμα neodecadrone), επειδή η χορήγησή τους εμποδίζει τη διαπίδυση πρωτεϊνών του ορού<sup>4,19</sup>.

Η έγχυση διαφόρων ουσιών μέσα στο εκφορητικό σύστημα του πάσχοντος σιαλογόνου αδένου δοκιμάστηκε, επίσης, με στόχο την ατροφία του αδενικού παρεγχύματος, προκειμένου να ελαττωθεί η σιαλική έκκριση και έτσι να αντιμετωπισθούν οι εξάρσεις της νόσου. Για το σκοπό αυτό δοκιμάστηκε η έγχυση τετρακυκλίνης δια μέσου του κύριου εκφορητικού πόρου της παρωτίδας με ικανοποιητικά αποτελέσματα, καθώς η ουσία αυτή προκαλεί σκλήρυνση και κυτταροτοξική επίδραση στο αδενικό παρέγχυμα<sup>22</sup>. Επιπρόσθετα, το ιώδες του μεθυλίου, το οποίο επίσης εγχέεται δια μέσου του κύριου εκφορητικού πόρου του προσβεβλημένου αδένου, προκαλεί διάχυτη ίνωση και ελάττωση της λειτουργικότητας του αδένου, ελαττώνοντας με το μηχανισμό αυτό τις υποτροπές<sup>18,25-27</sup>. Παρ' όλα αυτά δεν χρησιμοποιεί-

ται για το σκοπό αυτό, γιατί θεωρήθηκε υπεύθυνο καρκινογένεσων<sup>28</sup>.

Η χειρουργική αντιμετώπιση της χρόνιας παρωτίτιδας περιλαμβάνει επιπολής, υφολική ή ολική παρωτιδεκτομή. Οι επεμβάσεις γενικά στην παρωτίδα όσο πιο ριζικές είναι συνοδεύονται από υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών όπως νευροπραξία του προσωπικού νεύρου, το σύνδρομο Frey, κ.ά.<sup>9,10,29-31</sup>.

Στις εγχειρητικές τεχνικές περιλαμβάνεται και η απολίνωση του εκφορητικού πόρου του Stensen<sup>9</sup>. Η τεχνική εφαρμόζεται σε ασθενείς με παρατεταμένα οξεία επεισόδια που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη συντηρητική αντιμετώπιση. Περιλαμβάνει την ενδοστοματική παρασκευή 10-15 mm του τελικού τμήματος του εκφορητικού πόρου της παρωτίδας και την απολίνωσή του στη θέση αυτή. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της επέμβασης αποτελεί η ελαττωμένη ροή του σάλιου (κάτω από 30%) και η ακεραιότητα του εκφορητικού συστήματος του αδένου. Εν τούτοις και στις περιπτώσεις που η τεχνική αυτή εφαρμόζεται υπό ιδανικές συνθήκες η επιτυχία της αγγίζει το 50%<sup>4,9,32</sup>. Η αποτυχία της μεθόδου και ορισμένες από τις επιπλοκές που παρατηρούνται, πιθανόν, να οφείλονται στο γεγονός ότι είναι ενδεχόμενο ορισμένα εκκριτικά κύτταρα του παρωτιδικού ιστού να μην ατροφούν μετά την απολίνωση του πόρου και στη συνέχεια μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία σιαλοκήλης. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από μελέτη σε πειραματόζωα, στην οποία διαπιστώθηκε η επιβίωση των εκκριτικών κυττάρων μέχρι και ένα χρόνο μετά την απολίνωση του πόρου<sup>33</sup>. Η διατομή του τυμπανικού νεύρου, επίσης, δοκιμάστηκε με στόχο την ελάττωση της παραγωγής σάλιου μέσω της εκτομής του εν λόγω κλάδου της ένατης εγκεφαλικής συζυγίας. Εν τούτοις και η τεχνική αυτή δεν απέδωσε τα αναμενόμενα, καθώς η εκκριτική λειτουργία της παρωτίδας δεν εξαρτάται αποκλειστικά και μόνο από τον τυμπανικό κλάδο του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου, αλλά και από την παρωτίδα<sup>9</sup>. Έτσι, όταν υπάρχει ανάγκη χειρουργικής παρέμβασης, η επιπολής ή η ολική παρωτιδεκτομή προβάλλουν ως αξιόπιστες λύσεις αντιμετώπισης του προβλήματος<sup>9,34-36</sup>.

Οι υπόλοιπες εγχειρητικές τεχνικές προτείνονται ως εναλλακτικές λύσεις, όταν έχουν αποτύχει όλες οι προηγούμενες μέθοδοι που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της νόσου. Η προσωρινή νευροπραξία του προσωπικού νεύρου κυμαίνεται μεταξύ 17-64%<sup>34,35</sup>, ενώ μόνιμη αποκλειστική και μόνο από τον από 0-8,5%<sup>35,37</sup>.

Σε κέντρα που είναι εξοπλισμένα με ειδικό ενδοσκοπικό, η τεχνική της ενδοσκόπησης του αδένου είναι μια αποτελεσματική μέθοδος που συμπληρώνει το συντηρητικό σκέλος της θεραπείας, καθώς ελέγχεται καλύτερα η αποτελεσματικότητα των πλύσεων δια μέσου του εκφορητικού πόρου του αδένου<sup>8</sup>. Η χρήση του εύκαμπτου ενδοσκοπίου για τον έλεγχο του αυλού

των μειζόνων σιαλογόνων αδένων αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Katz<sup>38</sup>, το 1991, ενώ λίγο αργότερα από άλλους συγγραφείς περιγράφηκαν τα πλεονεκτήματα της μεθόδου<sup>39,40</sup>. Πρόκειται για ελάχιστα επεμβατική τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο διαγνωστικά όσο και για την αφαίρεση λίθων<sup>41-43</sup>. Με τη μέθοδο αυτή είναι, επίσης, εφικτός ο έλεγχος και η διάγνωση στενώσεων του εκφορητικού συστήματος των μειζόνων σιαλογόνων αδένων που δε σχετίζονται με σιαλολιθίαση<sup>8</sup>. Έτσι, στις περιπτώσεις των χρόνιων αποφράξεων των σιαλογόνων αδένων η συμβολή της ενδοσκόπησης δια μέσου του κύριου εκφορητικού πόρου είναι πολύ σημαντική, γιατί εκτός από την εντόπιση της αιτίας βοηθά και στη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ γενικά πρόκειται για μια πολλά υποσχόμενη τεχνική που θα συμβάλλει στο μέλλον, αποφασιστικά, στη διερεύνηση των φλεγμονωδών παθήσεων των σιαλογόνων αδένων<sup>44</sup>.

## Βιβλιογραφία

1. Nahlieli O, Bar T, Shacham R, Eliav E, Hecht-Nakar L. Management of chronic recurrent parotitis: Current therapy. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62:1150-5.
2. Bhatti MA, Piggot TA, Soames JV, McLean NR. Chronic nonspecific parotid sialadenitis. *Br J Plast Surg* 1998; 51:517-21.
3. Mandel L, Witek EL. Chronic parotitis. Diagnosis and treatment. Case report. *JADA* 2001; 132:1707-11.
4. Baumash HD. Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62:1010-8.
5. Harrison JD, Epivatianos A, Bhatia SN. Role of microliths in the aetiology of chronic submandibular sialadenitis: A clinicopathological investigation of 154 cases. *Histopathology* 1997; 31:237-51.
6. Antoniadis D, Harrison J, Epivatianos A, Papanayotou P. Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62:431-434.
7. Nahlieli O, Barouchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57:1394-401.
8. Nahlieli O, Shacham R, Yoffe B, Eliav E. Diagnosis and treatment of strictures and kinks in salivary gland ducts. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:484-90.
9. Nichols RD. Surgical treatment of chronic suppurative parotitis. A critical review. *Laryngoscope* 1977; 87:2066-81.
10. Schultz PW, Woods JE. Subtotal parotidectomy in the treatment of chronic sialadenitis. *Ann Plast Surg* 1983; 11:456-61.
11. Amin A, Bailey BMW, Patel SR. Clinical and radiological evidence to support superficial parotidectomy as a treatment choice for chronic parotid sialadenitis: A retrospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39:348-52.
12. Triantafyllou A, Harrison JD, Garrett JR. Production of salivary microlithiasis in cats by parasympathectomy:

- Light and electron microscopy. *Int J Exp Pathol* 1993; 74:103-12.
13. Triantafyllou A, Harrison JD, Garrett JR. Analytical ultrastructural investigation of microliths in salivary glands of cat. *Histochem J* 1993; 25:183-90.
  14. Mandel ID, Baumash H. Sialochemistry in chronic recurrent parotitis: Electrolytes and glucose. *J Oral Pathol* 1980; 9:92-98.
  15. Rauch S, Gorlin RJ. Diseases of the salivary gland. In: R.J. Gorlin and H.M. Goldman, Editors, *Oral Pathology*, Mosby, St Louis, MO 1970; pp. 962-1070.
  16. Tabak L, Mandel ID, Karlan D, Baurmach H. Alterations in lactoferrin in salivary gland disease. *J Dent Res* 1978; 57:43-7.
  17. Mason DK, Chisholm DM. In: *Salivary glands in health and disease*, Saunders, Philadelphia 1975; p 58.
  18. Zou ZJ, Wang SL, Zhu JR, Wu OG, Yu SF. Chronic obstructive parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:434-40.
  19. Huisman TA, Holzmann D, Nadal D. MRI of chronic recurrent parotitis in childhood. *J Comput Assist. Tomogr.* 2001; 25:269-73.
  20. Jungehulsing M, Fischbach R, Schroder U, Kuger H, Damm M, Eckel HE. Magnetic resonance sialography. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:488-94.
  21. Alamadri A, Pierucci F, Leclerc JC et al. The value of sialo-MRI in the study of salivary gland duct pathology. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1999; 100:184-6.
  22. Bowling DM, Rauch SD, Goodman ML. Intraductal tetracycline therapy for the treatment of chronic recurrent parotitis. *ENT J* 1994; 73:262-74.
  23. Quinn JH, Graham R. Recurrent suppurative parotitis treated by intraductal antibiotics. *J Oral Surg* 1973; 31: 36-9.
  24. Drage NA, Brown JE, Wilson RF. Pain and swelling after sialography; Is it a significant problem? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000; 90:385-88.
  25. Moody AB, Avery CME, Walsh S, Sheddon K, Langdon JD. Surgical management of chronic parotid disease. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38:620-22.
  26. Maynard JD. Recurrent parotid enlargement. *Br J Surg* 1965; 52:784-9.
  27. Wang S, Li J, Zhu X, Zhao Z, Sun T, Dong H, Zhang Y. Gland atrophy following retrograde injection of methyl violet as a treatment in chronic obstructive parotitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85: 276-81.
  28. Vachalkova A, Novotny L, Blesova M. Polarographic reduction of some triphenylmethane dyes and their potential carcinogenic activity. *Neoplasma* 1996; 43: 113-7.
  29. Arriaga MA, Myers EN. The surgical management of chronic parotitis. *Laryngoscope* 1990; 100:1270-5.
  30. Sadeghi N, Black MJ, Frenkiel. Parotidectomy for the treatment of chronic recurrent parotitis. *J Otolaryngol* 1996;25:305-7.
  31. O'Brien CJ, Murrant NJ. Surgical management of chronic parotitis. *Head Neck* 1993; 15:445-9.
  32. Munzel M, Meister P. On ligation of Stensen's duct in chronic recurring parotitis. *Laryngol Rhinol Otol* 1977; 56:902-6.
  33. Harrison JD, Fouad HMA. The effects of ductal obstruction on the acinar cells of the parotid of the cat. *Arch Oral Biol* 2000; 43:945-9.
  34. Beahrs OH, Devine KD, Woolner LB. Parotidectomy in the treatment of chronic sialadenitis. *Am J Surg* 1961; 102:760-4.
  35. Casterline PF, Jaques DA. The surgical management of recurrent parotitis. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 419-22.
  36. Bates D, O'Brien CJ, Tikaram K, Painter DM. Parotid and submandibular sialadenitis treated by salivary gland excision. *Aust N Z J Surg* 1998; 68:120-4.
  37. Norman JE, McGurk M, eds. *Color atlas and text of the salivary glands: diseases, disorders and surgery*. London: Mosby-Wolfe. 1995; 153-4.
  38. Katz PH. Endoscopie des glandes salivaires. (*Endoscopy of the salivary glands*). *Ann Radiol (Paris)* 1991; 34:110-113.
  39. Konigsberger R, Reyth Goetz A, Kastenbauer E. Endoscopically controlled electrohydraulic intracorporeal shock wave lithotripsy(EISL) of salivary glands. *J Otolaryngo* 1993; 22:12-3.
  40. Nahlieli O, Neder A, Baruchin AM. Salivary gland endoscopy: A new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52:1240-2.
  41. Nahlieli O, Baruchin A. Sialoendoscopy: Three year's experience as a diagnostic and treatment modality. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55:912-8.
  42. Arzoz E, Santiago A, Garatea J, Gorriaran M. Removal of stone with endoscopic laser lithotripsy: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52:1329-30.
  43. Arzoz E, Santiago A, Esnal F, Palomero R. Endoscopic intracorporeal lithotripsy for sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg* 1996; 54:847-50.
  44. Baurmach H. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. Discussion. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57: 1401-2.