

ΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ
Διευθυντής: Καθηγητής Ν. ΓΚΟΥΡΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
"ΑΓΙΟΣ ΘΕΡΙΣΣΟΣ"
ΛΕΥΚΩΣΙΑ
&
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ, ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΣΙΕΛΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΕΝΗ Α. ΗΡΑΚΛΕΟΥΣ
(ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ)

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 1999

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Ν. Γκουρτσογιάννης	Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Ε. Χελιδόνης	Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Χ. Σκουτέρης	Αναπληρωτής Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Παν. Αθηνών

ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Ν. Γκουρτσογιάννης	Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Ε. Χελιδόνης	Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Σ. Βασιλάκης	Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Κρήτης
Δ. Τσιφτσής	Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Κρήτης
Χ. Σκουτέρης	Αναπληρωτής Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Παν. Αθηνών
Π. Πρασόπουλλος	Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
Σ. Καραμπέκος	Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

* Στην οικογένεια μου Ανδρέα, Πάνο και Άρη

* Στους γονείς μου Παναγιώτη και Ιφιγένεια

*Στους δασκάλους μου

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

- ΕΠΩΝΥΜΟ: ΗΡΑΚΛΕΟΥΣ
ΟΝΟΜΑ: ΕΛΕΝΗ
ΗΜΕΡ.& ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝ: 2 Οκτωβρίου 1948, Λάπηθος - Κερύνεια.
ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
1973: Πτυχίο Ιατρικής, Ιατρικό τμήμα
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών.
- 1983: Δίπλωμα DMRD (Diploma in Medical Radio
diagnosis) Εδιμβούργο.
- 1984: Δίπλωμα FRCR (Fellow of the Royal College
of Radiologists) Λονδίνο.
- 8/1973-2/1975: Preregistration training:
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Κύπρος.
- 5/1975-1/1978: Γενικός Παθολόγος: Γενικό Νοσοκομείο
Λεμεσού και Αγροτικό Νοσοκομείο
Πλατρών.
- 1/1978-7/1981: Ειδικευόμενη Ακτινολόγος
Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου
Λευκωσίας.
- 10/1981-9/1984: Ακτινολόγος Επιμελήτρια Β Royal Infirmary
of Edinburgh, Ηνωμένο Βασίλειο
(Manchester Royal Infirmary
Νευροακτινολογικό τμήμα 9/1983-12/1983).
- 10/1984-4/1989: Ακτινολόγος Επιμελήτρια Β Γενικό
Νοσοκομείο Λευκωσίας.
- 15/3-24/4/1989: Μετεκπαίδευση στον Αξονικό και Μαγνητικό
Τομογράφο Royal Infirmary of Edinburgh,
H.B.
- 25/4-9/6/1989: Μετεκπαίδευση στον Αξονικό και Μαγνητικό
Τομογράφο, National Hospital for Nervous
diseases H.B.
- 6/1989-11/1990 Ακτινολόγος Επιμελήτρια Β
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας.
- 12/11/1990-14/12/1990: Μετεκπαίδευση στο Μαγνητικό Τομογράφο

University Hospital of Rotterdam, Ολλανδία.

12/1990-12/1992:	Ακτινολόγος Επιμελήτρια Β Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και Διαγνωστικό Κέντρο "Άγιος Θέρισσος".
12/1992-3/1994	Ακτινολόγος Επιμελήτρια Α Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας.
3/1994-6/1994	Δ/τρια Ακτινολογικού τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.
9/1994 - τώρα	Υπεύθυνη Ακτινολόγος του Διαγνωστικού Κέντρου "Άγιος Θέρισσος".

ΜΕΛΟΣ

1. Royal College of Radiologists.
2. Radiological Society of North America.
3. Magnetic Resonance Radiologists Association (U.K.).
4. European Uroradiological Society.
6. Society of Magnetic Resonance in Medicine.
7. Society of Cardiovascular and Interventional Radiology.
8. European Radiology Association.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

1. Eracleous E., Kallis S., Tziakouri Chr., Blease S., Gourtsoyiannis N.
US , CT, MR, CT Sialography and MRI Sialography in the evaluation of the facial nerve and the differentiation between deep and superficial parotid lesions
Neuroradiology 1997 39:506-511.
2. Tziakouri Chr., Eracleous E., Skannavis S., Pierides A., Symeonides P.,
Gourtsoyiannis N.
Value of Ultrasonography, Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in the diagnosis of primary hyperparathyroidism
Acta Radiologica 37 1996 720-726.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

1. Ηρακλέους Ε.
Σύγκριση των μεθόδων διαδερμικής βιοψίας πνεύμονα α) με τη βοήθεια Ακτινοσκόπησης και β) Αξονικής Τομογραφίας
Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 1988.
2. Τζιακούρη Χρ., Ηρακλέους Ε., Διέτης Α.,
Αίτια πιέσεως νευρικών ριζών. Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου και διάγνωση με αξονική τομογραφία.
Ιατρικό Συνέδριο Ιπποκράτη 12/1989 Λευκωσία.

3. Ηρακλέους Ε., Χριστοδουλίδης Α.
Διαδερμική βιοψία πνεύμονα με Αξονική Τομογραφία.
8ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο 9/1990 Αθήνα.
4. Τζιακούρη Χρ., Διέτης Α., Ηρακλέους Ε
Διάγνωση κατακερματισμένων δίσκων. Συγκριτικός έλεγχος κλινικών ευρημάτων και ευρημάτων Αξονικής Τομογραφίας
8ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο 9/1990 Αθήνα.
5. Σπανός Ν., Διέτης Α., Τζιακούρη Χρ., Ηρακλέους Ε.
Διαχωριστικό ανεύρυσμα έσω καρωτίδας. Αναφορά σε Κύπριους ασθενείς
9ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1991 Κύπρος.
6. Περατίτης Π., Ηρακλέους Ε.
Μαγνητική Τομογραφία σπονδυλικής στήλης.
9ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1991 Κύπρος.
7. Ηρακλέους Ε., Περατίτης Π.
Διαδερμική παροχέτευση αποστημάτων με τη βοήθεια Αξονικής Τομογραφίας.
9ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1991 Κύπρος.
8. Πιερίδης Α., Παπαναστασίου Τ., Συμεωνίδης Π., Περατίτης Π., Σκανναβής Σ., Ηρακλέους Ε., Τζιακούρη Χρ.
Όγκοι επινεφριδίων με ορμονική έκκριση . Υπέρταση - Διάγνωση - Χειρουργική.
9ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1991 Κύπρος.
9. Τζιακούρη Χρ., Διέτης Α., Ηρακλέους Ε.
Πρόπτωση κήλης μεσοσπονδυλίων δίσκων. Σύγκριση χειρουργικών και κλινικών ευρημάτων.
Διάγνωση με Αξονικό Τομογράφο.
Παγκύπριο Ορθοπαιδικό Συνέδριο 1/1992 Λευκωσία.
10. Τζιακούρη Χρ., Διέτης Α., Ηρακλέους Ε.
Γιγαντιαίο τραυματικό ανεύρυσμα καρωτίδας.
Ιατρικό Συνέδριο Ιπποκράτη 1/1992 Λευκωσία.
11. Ηρακλέους Ε., Περατίτης Π., Διέτης Α.
Ένδειξη για παροχέτευση των εγκεφαλικών κοιλιών σε ασθενείς με υδροκέφαλο με φυσιολογική ενδοκρανιακή πίεση με τη βοήθεια δυναμικής μεθόδου Μαγνητικής Τομογραφίας σε 3 περιστατικά.
Συνέδριο Ιπποκράτη 1/1992 Κύπρος.
12. Ηρακλέους Ε., Ποταμίτης Γ., Δημητρίου Ρ., Τζιακούρη Χρ.
Λειομύματα του γαστρεντερικού συστήματος.
Παγκύπριο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο 5/1992 Λευκωσία.
13. Δημητριάδου Ρ., Ηρακλέους Ε., Τζιακούρη Χρ., Ποταμίτης Γ.
Συγκεκριαυμένη διάτρηση δωδεκαδακτυλικού έλκους.
Παγκύπριο Γαστρεντερολογικό Συνέδριο 5/1992 Λευκωσία.
14. Τζιακούρη Χρ., Δημητριάδου Ρ., Ηρακλέους Ε.
Παιδιατρικά αιμαγγειολειομύματα.
Παγκύπριο Γαστρεντεροοογικό Συνέδριο 2/5/1992 Λευκωσία.

15. Τζιακούρη Χρ., Διέτης Α., Ηρακλέους Ε.
Διαχωριστικά ανευρύσματα των καρωτίδων και ο ρόλος της Μαγνητικής Τομογραφίας στην ανίχνευση ασθενών με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο.
9ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο 4/1993 Αθήνα.
16. Ηρακλέους Ε., Τζιακούρη Χρ., Καλλής Κ.
Διάγνωση παρωτιδικών όγκων με Αξονική Τομογραφία, Μαγνητικό Συντονισμό και Υπερήχους.
9ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο 4/1993 Αθήνα.
17. Τζιακούρη Χρ., Ηρακλέους Ε., Χριστοδουλίδης Α.
Διαδερμική παροχέτευση διαπυημένων θωρακικών συλλογών με τη βοήθεια του Αξονικού Τομογράφου.
11ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1993 Κύπρος.
18. Τζιακούρη Χρ., Ηρακλέους Ε., Πιερίδης Α., Χριστοδουλίδης Γ.
Επεμβατική Ακτινολογία. Εμπειρία στην Κύπρο. Ενδείξεις αποτελεσματικότητας. Επιπλοκές.
13ο Παγκύπριο Συνέδριο 11/1995 Λάρνακα.
19. Ηρακλέους Ε., Παπαλεοντίου Α., Τζιακούρη Χρ.
Ελικοειδής Αξονική Τομογραφία σε γαστρεντερικές παθήσεις.
15ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1995 Κύπρος.
20. Eracleous E., Tziakouri Chr., Christodoulides G., Adamou A.
Percutaneous drainage of infected thoracic collections.
9th European Congress of Radiology 3/1995 Vienna-Austria.
21. Eracleous E., Tziakouri Chr., Dietis A., Angelides N.
Angiography with Helical CT scan Experience in Cyprus.
7th Mediterranean congress of Angiology and Vascular surgery 3/1996 Limassol -Cyprus.
22. Eracleous E., Genagritis M., Tziakouri Chr.
MR Cholangiography: Correlation with Helical Cholangiography and with surgical and interventional results.
Συνέδριο αποδήμων Ελλήνων και 14ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 10/1996 Λευκωσία.
23. Σοφοκλέους Σ., Αταλιανής Π., Ηρακλέους Ε., Ποσπορής Θ.
Υμενεκτομή με τη βοήθεια ραδιοσώπων.
Συνέδριο Ιπποκράτη 4/1997.
24. Sophocleous S., Eracleous E., Atalianis P., Kontou M.
Radiosynoviorthesis. First experience in Cyprus, preliminary results.
Annual meeting of European Association of Nuclear Medicine Glasgow 8/1997.
25. Σοφοκλέους Σ., Ηρακλέους Ε., Κοντού Μ.
Κακώθες μελάνωμα. Η συνδρομή της πυρηνικής ιατρικής.
15ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο Πάφος Νοεμβρ. 1997.
26. Ηρακλέους Ε., Παπανικολάου Ν., Κοντού Μ.
Τρισδιάστατη Ψηφιακή Αφαιρετική Μαγνητική Αγγειογραφία μετά από έγχυση παραμαγνητικού σκιαγραφικού - Πρώιμα αποτελέσματα.
15ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο Πάφος Νοεμ. 1997.
27. Σοφοκλέους Σ., Ηρακλέους Ε., Αταλιανής Π.

Ραδιοϊσοτοπική Υμενεκτομή. Αποτελέσματα 18 μηνών παρακολούθησης.
13ο Ετήσιο Συνέδριο Ιατρικού Συλλόγου Ιπποκράτης, Λευκωσία Απρίλιος 1998.

28. Σοφοκλέους Σ., Ηρακλέους Ε., Κοντού Μ.
Καρκίνος του μαστού. Σύγκριση ευρημάτων Μαστογραφίας με Μαγνητική τομογραφία και σπινθηρογραφήματος με ισονιτρίλια.
13ο Ετήσιο Συνέδριο Ιατρικού Συλλόγου Ιπποκράτης, Λευκωσία Απρίλιος 1998.

29. Σοφοκλέους Σ., Ηρακλέους Ε., Κοντού Μ.
Επιληψία εξαιτίας σκλήρυνσης του ιππόκαμπου. Σύγκριση ευρημάτων Μαγνητικής Τομογραφίας και σπινθηρογραφήματος.
13ο Ετήσιο Συνέδριο Ιατρικού Συλλόγου Ιπποκράτης. Λευκωσία Απρίλιος 1998.

30. Eracleous E, Kontou M, Aristidou K, Eliades S, Posporis Th.
Use of 3DCE MR Angiography in the diagnosis of post traumatic high flow priapism in a boy of 7 years old. 35th Congress of the European Society of Pediatric Radiology and 22nd post graduate course. Rhodes - Greece May 1998.

31. Σκορδής Ν., Ηρακλέους Ελ., Κοντού Μ.
Μοριακή Ανάλυση του Γονιδίου AVP-NP II και μορφολογικές ανωμαλίες του οπισθίου λοβού της υπόφυσης στον Οικογενή Άποιο Διαβήτη.
36ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο. Ιούνιος 1998 Πάφος-Κύπρος
Χωρέμειο Έπαθλο 3ο βραβείο.

32. Ηρακλέους Ε.
Διάλεξη: Μαγνητική Τομογραφία στην Ορθοπεδική. 4ο Ορθοπεδικό Συνέδριο 11/1992 Κύπρος.

33. Eracleous E.
Lecture: Percutaneous drainage of the infected thoracic collections under CT guidance.
Joint Meeting of the Radiological Society of Cyprus and the Scottish Radiological Society 5/1994
Limassol.

34. Eracleous E.
Lecture: MR Angiography.
Seminar of Magnetic Angiography by European MRI Consultants. 4/1996 Nicosia.

35. Eracleous E.
Lecture: Imaging of parotids. 1st International Congress of Magnetic Resonance Radiologists Association in collaboration with the Radiological Society of Cyprus
3/1997 Limassol.

36. Eracleous E.
Lecture: Imaging of Gynecological Cancer. European School of Oncology Post Graduate & Training course 5/1997 Nicosia.

37. Ηρακλέους Ε., Κοντού-Αλλαγιώτη Μ.
Διάλεξη: Απεικονιστική μέθοδος των οφθαλμικών παθήσεων. Οφθαλμολογικό Σεμινάριο 11/1997
Λευκωσία.

38. Θεοδωρίδης Π., Δημητρίου, Σιδερά Μ., Χειμωνίδης, Ηρακλέους Ε.
Στρογγυλή Τράπεζα: Ουρολοιμώξεις.
Ηρακλέους: Απεικονιστικές μέθοδοι στην ουρολοίμωξη.
9ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο 11/1991 Κύπρος.

39. Γκουρτσογιάννης Ν., Μπεής Δ., Πρασόπουλος Π., Καλλιμάνης Γ., Ηρακλέους Ε., Ανδρέου Ι:
Στρογγυλή Τράπεζα: Νέες διαγνωστικές μέθοδοι στη γαστρεντερολογία
Ηρακλέους Ε.: Νέες διαγνωστικές μέθοδοι στους ηπατικούς όγκους.
1ο Γαστρεντερολογικό συνέδριο Γαστρεντερολογικής Εταιρείας Κύπρου σε συνεργασία με την
Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία 5/1992 Κύπρος.

40. Κανακάς Α., Τζιακούρη Χρ., Καρδούλας Δ., Ηρακλέους Ε., Μποντόζογλου Ν
Στρογγυλή Τράπεζα: 100 χρόνια αγγειογραφία.
Ηρακλέους Ε.: Ελικοειδής Αξονική Αγγειογραφία.
10ο Πανελλήνιο Ακτινολογικό Συνέδριο 3/1996 Αθήναι.

41. Ηρακλέους Ε., Εφραιμίδης Σ, Γκουρτσογιάννης Ν.
Στρογγυλή Τράπεζα: Νέες διαγνωστικές μέθοδοι στη Γαστρεντερολογία.
Ηρακλέους Ε.: Μαγνητική Χολαγγειοπαγκρεατογραφία και Ελικοειδής Χολαγγειογραφία.
Συνέδριο Γαστρεντερολογικής Ελληνικής Εταιρείας 1996 Αθήναι .

42. Eracleous E., Genagritis M., Papanicolaou N., Kontou Allayioti M., Adamou A., Gourtsoyiannis N.
The diagnostic value of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) and the
Complementary Role of Helical Cholangiography (HeC) in Pancreatobiliary Disease.
8th Scientific Assembly and Annual meeting of Radiological Society of North America November 29 -
December 4 1998.
Chicago - Illinois, USA

43. Eracleous E, Papanicolaou N, Kontou M, Posporis T, Gerakakis M, Symeonides, Tsaggaris K,
Gourtsoyiannis N.
Comparison of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP) and Helical Computed
Tomography (HCT) in vitro investigation of biliary calculi.
European Congress of Radiology. March 7-12 1999. Vienna Austria.

44. Eracleous E, Kontou M, Papanicolaou N, Tziakouri C, Dietis A, Posporis T, Gourtsoyiannis N.
The role of CT Angiography (CTA) in the investigation of Subarachoid Haemorrhage and correlation
with MR Angiography (MRA) and Digital Subtraction Angiography (DSA). European Congress of
Radiology. March 7-12 1999. Vienna Austria.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 1-2

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ	3-17
1.1 Εμβρυολογία παρωτίδας	3
1.2 Ανατομία - Παθοφυσιολογία Σιελογόνων αδένων	3-13
1.3 Σημειολογία Σιελογόνων Αδένων	13-14
1.4 Εξεταστικές Μέθοδοι	14-18
1.4.1 Κλινική Εξέταση	14-15
1.4.2 Ακτινολογικές μέθοδοι	15-18
2. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	18-39
2.1 Απόφραξη του παρωτιδικού πόρου	18
2.2 Σιελολιθίαση	18-19
2.3 Φλεγμονές των Σιελογόνων αδένων-Σιελαδενίτιδες	19-21
2.3.1 Επιδημική παρωτίτιδα	19
2.3.2 Παρωτίδα σε AIDS	20
2.3.3 Αλλεργική παρωτίτιδα	20
2.3.4 Οξεία Σιελαδενίτιδα	20
2.3.5 Χρόνια Σιελαδενίτιδα (Υποτροπιάζουσα Σιελαδενίτιδα)	20
2.3.6 Υποτροπιάζουσα σιελεκτασία της παιδικής ηλικίας.....	20
2.3.7 Πυώδης παρωτίτιδα	21
2.3.8 Αντιδραστική λεμφαδενίτιδα	21
2.3.9 Τοξοπλάσμωση	21
2.3.10 Φυματιώδης παρωτίτιδα	21
2.4 Συστηματικές Νόσοι του Ανοσοποιητικού	21
2.4.1 Σύνδρομο του Sjogren	21
2.5 Μετακτινική Σιελαδενίτιδα	22
2.6 Σιελικά Συρίγγια	23
2.7 Σιελώσεις	23
2.7.1 Διαιτητική Σιέλωση	23
2.7.2 Ορμονική Σιέλωση	23
2.7.3 Φαρμακευτική Σιέλωση	23
2.8 Σαρκοείδωση	23
2.9 Νόσος του Wegener	24
2.10 Αμυλοείδωση	24
2.11 Πλασμοκύττωμα	24
2.12 Νόσος του Kimura	24
2.13 Καλοήθεις λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις	24
2.14 Όγκοι Παρωτίδας	25-39
2.14.1 Σταδιοποίηση κατάταξη	25-29
2.14.2 Καλοήθεις όγκοι	29-32
2.14.2.1 Πολύμορφο αδένωμα	29

2.14.2.2	Αδενολέμφωμα (όγκος του Warthin)	30
2.14.2.3	Μονόμορφα αδενώματα	31
2.14.2.4	Βασικό αδένωμα	31
2.14.2.5	Μυοεπιθηλίωμα	31
2.14.2.6	Ογκοκύττωμα	31
2.14.2.7	Όγκος Σμηγματογόνων κυττάρων	32
2.14.2.8	Σμηγματογόνο λεμφαδένωμα	32
2.14.2.9	Σμηγματογόνο αδένωμα	32
2.14.2.10	Άλλα μονόμορφα αδενώματα	32
2.14.3	Κακοήθεις όγκοι	32-36
2.14.3.1	Κακοήθεις επιθηλιακοί όγκοι.....	32
2.14.3.2	Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα	32
2.14.3.3	Καρκίνωμα από κύτταρα των λοβίων	33
2.14.3.4	Αδενοκυστικό καρκίνωμα	33
2.14.3.5	Κακόηθες Μικτοί όγκοι	34
2.14.3.6	Αδενοκαρκίνωμα	34
2.14.3.7	Μη διαφοροποιημένο καρκίνωμα	34
2.14.3.8	Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου	35
2.14.3.9	Άλλα καρκινώματα σιελογόνων αδένων	35
2.14.3.10	Μη επιθηλιακοί όγκοι	35
2.14.3.11	Πρωτοπαθές κακόηθες λέμφωμα	35
2.14.3.12	Μεταστάσεις στου σιελογόνους αδένες	36
2.14.4	Όγκοι των μεγάλων σιελογόνων αδένων στα παιδιά	36-38
2.14.4.1	Μικτοί	36
2.14.4.2	Αιμαγγειώματα	37
2.14.4.3	Όγκος του Warthin Λεμφαδένωμα	37
2.14.4.4	Νεογνική ινομάτωση της παρωτίδας (desmoid) .	37
2.14.4.5	Κακοήθεις όγκοι σιελογόνων αδένων στα παιδιά	37
2.14.4.6	Επιθηλιακοί όγκοι	37
2.14.4.7	Πρωτοπαθές Νευροβλάστωμα	37
2.14.4.8	Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα	38
2.14.4.9	Καρκίνωμα από κύτταρα των λοβίων	38
2.14.4.10	Αδενοκυστικό - Αδενοκαρκίνωμα	38
2.14.4.11	Κακόηθες λέμφωμα και σάρκωμα	38
2.15	Αιτίες Πολλαπλών παρωτιδικών μαζών	38
2.16	Μάζες παραφαρυγγικού χώρου που δυνατό να μιμηθούν παρωτιδικό όγκο του εν τω βάθει λοβού	38
3.	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΓΚΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ	39
4.	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΡΩΤΙΔΕΚΤΟΜΗΣ	39
 B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
Υπότιτλος		
5.	ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	41

6. ΥΛΙΚΟ - ΑΣΘΕΝΕΙΣ	43--50
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ	51-52
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52-102
8.1 Υπερηχοτομογραφία	52-62
8.2 Αξονικής Τομογραφίας	62-66
8.3 Μαγνητικής Τομογραφίας	66-72
8.4 Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας και Γενικά	72-102
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	103-116
9.1 Ο ρόλος της Υπερηχοτομογραφίας στην έρευνα των παρωτίδων .	103-104
9.2 Ο ρόλος της Αξονικής Τομογραφίας στην έρευνα των παρωτίδων..	104-106
9.3 Ο ρόλος της Μαγνητικής Τομογραφίας στην έρευνα των παρωτίδων..	106-108
9.4 Ο ρόλος της Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας στην έρευνα των παρωτίδων	108-112
9.5 Γενικές παρατηρήσεις	112
9.6 Ο ρόλος της βιοψίας με λεπτή βελόνα στην έρευνα των παρωτίδων...	113-114
9.7 Ο ρόλος των απεικονιστικών μεθόδων στην περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου	113
9.8 Το μέλλον των διαγνωστικών απεικονιστικών μεθόδων στη διάγνωση των παρωτιδικών μαζών.....	115-116
10. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	117-118
11. SUMMARY	119-120
12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	121-136
13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	137-143
13.1 Πίνακες	137
13.2 Σχεδιαγράμματα.....	138
13.3 Γραφικές παραστάσεις	139
13.4 Αλγόριθμος	140
13.5 Εικόνες	141-143
13.6 Πίνακας Συντμήσεων	144

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι η παρωτίδα, που παρά το μικρό της μέγεθος χρήζει ιδιαίτερης προσοχής κατά τη διαγνωστική και κλινική προσπέλαση της παθολογίας της λόγω της στενής της σχέσης με το προσωπικό νεύρο.

Στόχος της εργασίας είναι η συγκριτική μελέτη των μεθόδων απεικόνισης των παρωτιδικών μαζών όσο αφορά στην εντόπιση, διαφοροδιάγνωση καλοήθειας - κακοήθειας και σχέση με το προσωπικό νεύρο.

Στην αρχή της εργασίας μας, στηριζόμενοι σε προηγούμενες δημοσιεύσεις, θεωρήσαμε δεδομένο ότι η καμπύλη γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα στη T1 ακολουθία, που διασχίζει την παρωτίδα, ανήκει στο προσωπικό νεύρο. Στην πορεία της εργασίας μας, διαπιστώσαμε ότι οι μέχρι τώρα αντιλήψεις ήταν λανθασμένες και η γραμμή αυτή αντιστοιχεί στον παρωτιδικό πόρο κι' όχι στο προσωπικό νεύρο, όπως επιστεύετο μέχρι σήμερα. Την άποψή μας αυτή ενίσχυσε μια ανακοίνωση η οποία στηρίχθηκε στη σύγκριση της ανατομίας της παρωτίδας με την Μαγνητική Τομογραφία σε δύο ανατομικά πτωματικά παρασκευάσματα που κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η γραμμή αυτή ανήκει στον παρωτιδικό πόρο. Η ανακοίνωση αυτή είχε αντιδράσεις από ορισμένους που πίστευαν ότι οι γραμμές αυτές, πλησίον του βελονομαστοειδούς τμήματος, ανήκουν στο προσωπικό νεύρο. Με την εφαρμογή της Μαγνητικής και Αξονικής Σιελογραφίας στην εξέλιξη της μελέτης μας καταφέραμε να στηρίξουμε την άποψη ότι όλες οι καμπύλες γραμμές σήματος χαμηλής έντασης στην T1 ακολουθία ανήκουν σε παρωτιδικούς πόρους. Στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε τον παρωτιδικό πόρο σαν διαχωριστικό επίπεδο για τη διαφοροδιάγνωση των εν τω βάθει από τους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους. Μελετήθηκαν, επίσης, 100 φυσιολογικές παρωτίδες, με σκοπό να εκτιμηθούν τυχόν διακυμάνσεις της θέσης του παρωτιδικού πόρου σε σχέση με το μέγεθος της παρωτίδας.

Το υλικό αφορούσε περιστατικά απ' όλη την Κύπρο, κυρίως από το Γναθοχειρουργικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, απ' όπου και άρχισε η παρούσα εργασία. Η διενέργεια των εξετάσεων έγινε στο Διαγνωστικό Κέντρο "Άγιος Θέρισσος" (Μαγνητική Τομογραφία, Αξονική Τομογραφία και Υπερηχοτομογράφημα) και στο Ακτινοδιαγνωστικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας (Αξονική Τομογραφία και Υπερηχοτομογράφημα). Επιβεβαίωση των ευρημάτων έγινε μετά από γναθοχειρουργική επέμβαση και ιστοπαθολογική εκτίμηση.

Επιθυμώ να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή Ν. Γκουρτσογιάννη, τον εμπνευστή και καθοδηγητή στην εκπόνηση της εργασίας. Θερμά ευχαριστώ και τα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, τον καθηγητή Ε. Χελιδόνη και τον καθηγητή Χ. Σκουτέρη που ευγενικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στην τριμελή επιτροπή όπως και για την ουσιαστική επιστημονική συμβολή τους.

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στο συνεργάτη μου Δρ. Ποσπορή για τη βοήθεια του στην εκτέλεση της Μαγνητικής Τομογραφίας, καθώς επίσης στους Δρ. Στ. Καλλή και Δρ. Χρ. Τζιακούρη για τη βοήθεια τους στη δημοσίευση της εργασίας, στο Δρ Γ Παντέλα για την συζήτηση των περιστατικών και στους Δρ. Μ. Κοντού-Αλλαγιώτη, Δρ. Μ. Γεναγρίτη και κύριο Σ. Κοντό για τη βοήθειά τους στις διορθώσεις του ελληνικού κειμένου. Τις Φωτεινή Χατζηφιλίππου, Τούλα Διερωνίτου και Κούλλα

Χατζηφιλίππου ευχαριστώ για τη δακτυλογράφηση του κειμένου. Ευχαριστώ επίσης στους Μανώλη Γερακάρη, Δημήτρη Σάββα, Άντρο Μιχαηλίδη τεχνικούς του Αγίου Θέρισσου και Αχιλλέα Καλαϊτζή, Κλειώ Χαραλάμπους, Μαρία Μιχαηλίδου και Βαθούλα Ιωάννου, τεχνικούς του Αξονικού Τομογράφου του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για την εκτέλεση των εξετάσεων καθώς και τους φωτογράφους Κωστάκη και Γιώργο "Twins" για τη φωτογράφιση των εικόνων.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ

1.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

Οι σιελογόνοι αδένες έχουν εξωδερμική προέλευση, προέρχονται από το επιθηλιακό στρώμα του στόματος (Gray's). Ο παρωτιδικός αδένας μπορεί να αναγνωρισθεί στο ανθρώπινο έμβρυο σαν μια ράβδωση μήκους 8 χιλ. κατευθυνόμενη ραχιαίως από τη γωνία του στόματος, ανάμεσα από τα επάρματα της άνω και κάτω γνάθου. Η αύλακα μετατρέπόμενη σε σωλήνα χάνει τη συνοχή της με το στοματικό επιθήλιο εκτός του κοιλιακού της άκρου και αναπτύσσεται ραχιαία εντός του παρεγχύματος της παρειάς. Ο σωλήνας παραμένει κι' αντιστοιχεί στο παρωτιδικό πόρο. Το τυφλό άκρο του σωλήνα αναπτύσσεται σχηματίζοντας τον αδένα. Στη συνέχεια το μέγεθος της στοματικής σχισμής μειώνεται με μερική ένωση ανάμεσα στα επάρματα της άνω και κάτω γνάθου. Ο πόρος εκβάλλει στο έσω μέρος της παρειάς (Gray 1989)

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Σιελογόνος αδένας είναι κάθε κύτταρο ή όργανο που απεκκρίνει σίελο στη στοματική κοιλότητα. Υπάρχουν οι μεγάλοι σιελογόνοι αδένες, που βρίσκονται σε κάποια απόσταση από το στοματικό βλεννογόνο με τον οποίο ενώνονται με εξωαδενικούς πόρους και οι μικροί σιελογόνοι αδένες, που βρίσκονται εντός του βλεννογόνου ή του υποβλεννογόνου του στόματος ανοίγοντας κατ' ευθείαν μέσω του βλεννογόνου ή μέσω πολλών μικρών πόρων. Οι μεγάλοι σιελογόνοι αδένες αποτελούνται από τα ζεύγη των παρωτιδών, των υπογναθίων και των υπογλωσσίων αδένων. (Gray 1989). Οι μικροί σιελογόνοι αδένες είναι γύρω στους 400 με 500 και κατανέμονται με ποικίλλουσα πυκνότητα σε όλο σχεδόν το βλεννογόνο του στόματος εκτός από τα ούλα και την πρόσθια περιοχή της υπερώας (Καρακάσης 1986). Ανάλογα με την ιστολογική τους δομή και την ποιότητα του εκκρίματος διακρίνονται σε ορογόνους (παρωτίδες), βλεννογόνους (υπογλώσσιοι) και οροβλεννογόνους (υπογνάθιοι, οπίσθιοι, ελάσσονες). Ανάλογα με τη θέση που ρέει η σίελος, οι αδένες διακρίνονται σ' αυτούς του προστομίου (παρωτίδες, χειλικοί, παρειακοί) και σ' αυτούς που εκβάλλουν στην κύρια στοματική κοιλότητα (υπογλώσσιοι, υπογνάθιοι, γλωσσικοί, υπερώιοι κλπ) (Μανωλίδης 1983)

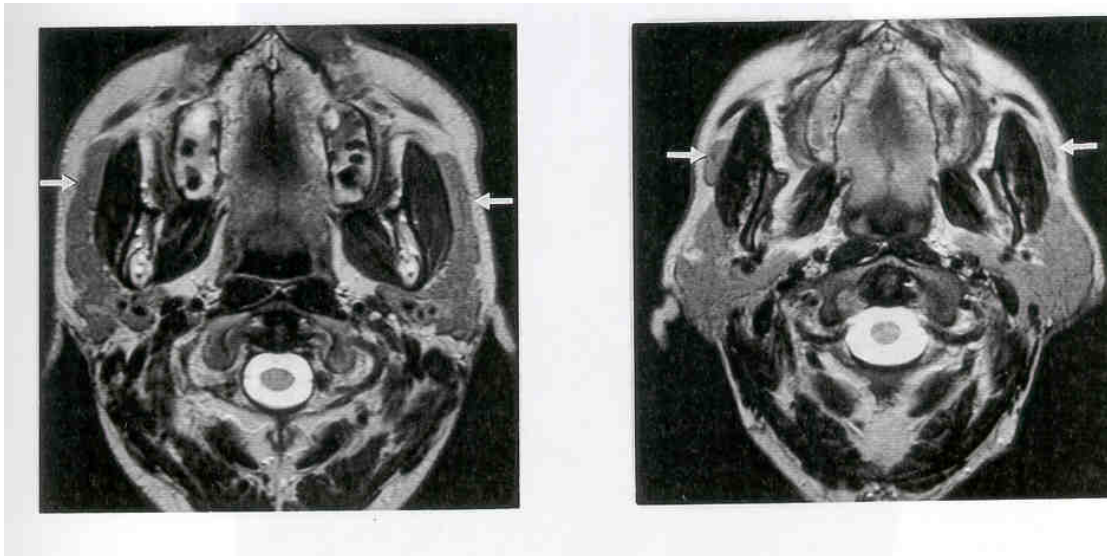
Η λειτουργία τους συνίσταται στη διαβροχή του φαγητού βοηθώντας την κατάποσή του και στην υγροποίηση της στοματικής κοιλότητας βοηθώντας την ομιλία (Gray 1989). Επίσης προμηθεύουν διαλυτικό υγρό απαραίτητο για τη γεύση και εκκρίνουν πεπτικά ένζυμα, όπως τη σιελική αμυλάση, ορμόνες, καθώς και παράγοντα, όπως πρωτεΐνη, δίκη γλουκαγόνου, σεροτονίνη (Feyrter 1961) και εκκρίσεις που περιέχουν αντιμικροβιακούς παράγοντες. Η έκκριση σιέλου είναι αντανακλαστική λειτουργία, που ρυθμίζεται από κέντρα του προμήκη διαμέσου συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών νεύρων. (Gray 1989) Η ποιότητα της σιέλου δεν εξαρτάται μόνο από τον αδένα που τον εκκρίνει (βλεννογόνο, ορογόνο), αλλά και από τα ερεθίσματα του φυτικού νευρικού συστήματος (παχύρρευστο ή υδαρές). Η διέγερση των γευστικών ινών διαμέσου του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου και διαμέσου της χορδής του τυμπάνου (γλωσσικό διάμεσο νεύρο) και η διέγερση των αισθητηρίων ινών του τριδύμου και του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου προκαλούν τη διέγερση του πυρήνα στον προμήκη και στη συνέχεια την έκκριση σιέλου. Η διέγερση, επίσης, σπλαγχνικών ινών, αλλά και ανωτέρων οδών (πειράματα Pavlow) προκαλούν σιελική έκκριση.

Η σίελος περιέχει ανόργανα και οργανικά συστατικά. Κάθε 24ωρο εκκρίνονται 1000-1500 γρ. σιέλου, τη μεγαλύτερη ποσότητα εκκρίνουν αναλογικά οι υπογνάθιοι, ακολουθούν οι

παρωτίδες, αλλά σημαντική είναι και η συνολική έκκριση των μικρών σιελογόνων (το 50% του σιάλου) (Μανωλίδης 1983)

Το ζεύγος των παρωτιδικών αδένων (σχ. 1-6) είναι το μεγαλύτερο των σιελογόνων αδένων. Είναι καθαρά ορογόνοι αδένες. Η κάθε παρωτίδα έχει βάρος κατά μέσο όρο περίπου 25 γραμμάρια και είναι μια ανώμαλη, λοβώδης κιτρινωπή μάζα. Ευρίσκεται κυρίως κάτωθεν του έξω ακουστικού πόρου, ανάμεσα από την κάτω γνάθο και το στερνοκλειδομαστοειδή μύ. (σχ. 1, 2, 3, 4,5) Επίσης προβάλλει εμπροσθεν, πάνω στην επιφάνεια του μασητήρα μυ, όπου ένα μικρό συνήθως αποσπασμένο τμήμα της παρωτίδας βρίσκεται ανάμεσα από το ζυγωματικό τόξο (άνωθεν) και τον παρωτιδικό πόρο (κάτωθεν), ονομαζόμενο **επικουρική παρωτίδα** (pars accesoria, or socia parotids) (Grays 1989) (σχ. 2, εικ.1) Το τμήμα αυτό της παρωτίδας φαίνεται να διαφέρει κάπως ιστοπαθολογικά από την υπόλοιπη παρωτίδα (Horris A 1997).

Η παρωτιδική θήκη του αδένα προέρχεται από την εν τω βάθει αυχενική περιτονία. Το επιπολής στρώμα είναι πυκνό, στενά συνδεδεμένο με τον αδένα και ενωμένο με το ζυγωματικό τόξο. στο έσω μέρος του αδένα είναι ενωμένη με τη βελονοειδή απόφυση και την κάτω γνάθο. Η περιτονία επεκτείνεται από τη βελονοειδή απόφυση στη γωνία της κάτω γνάθου σχηματίζοντας το βελονογναθιαίο τένοντα ανάμεσα από την παρωτίδα και τον υπογνάθιο αδένα. (Grays 1989) Η παρωτίδα έχει σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας (σχ. 4, 5) με βάση προς τα έξω και την κορυφή προς το φάρυγγα. Οι επιφάνειες της παρωτίδας είναι: η άνω, ή έξω επιπολής, η έσω πρόσθια και η έσω οπίσθια επιφάνεια. (Grays 1989)



(α)

(β)

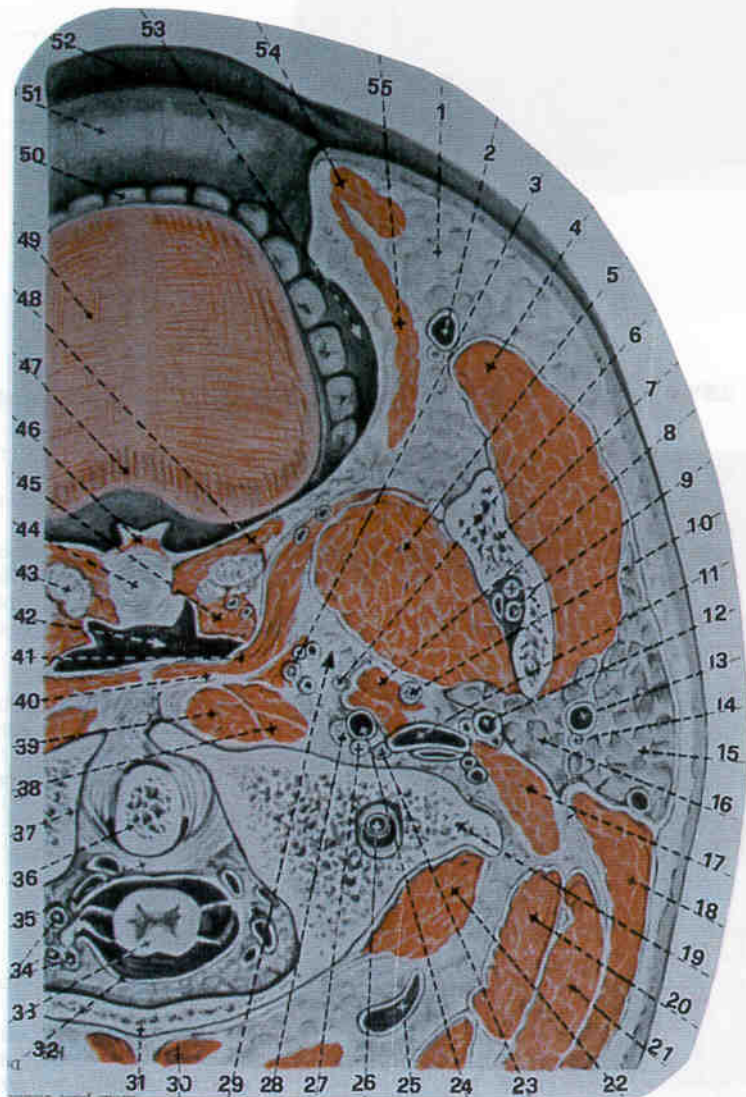
Εικ 1 α) Μαγνητική Τομογραφία, T2 ακολουθία, εγκάρσια τομή: Φυσιολογική επέκταση της παρωτίδας κατά μήκος του μασητήρα μυ χωρίς διακοπή της συνέχειας με την παρωτίδα. β) Μαγνητική Τομογραφία, T2 ακολουθία, εγκάρσια τομή: Φυσιολογική **Επικουρική Παρωτίδα** (εντελώς ανεξάρτητος παρωτιδικός ιστός, χωρίς σύνδεση με την παρωτίδα).

Σχήμα 1

ΕΓΚΑΡΣΙΑ ΔΙΑΤΟΜΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

1. Λιπώδης σφαίρα της παρειάς (του Bichat) 2. Προσωπική φλ. 3. Φλέβες του φάρυγγα 4. Μασητήρας μυς 5. Έσω πτερυγοειδής μυς 6 Γλωσσοφαρυγγικό ν 7. Κλάδος της κάτω γνάθου 8. Βελονοφαρυγγικός, Βελονοουσιδής, Βελονογλωσσικός, μύες 9. Κάτω φατνιακή αρτ. και ν. 10. Βελονοειδής απόφυση 11. Έσω σφαγίτιδα φλ. 12. Έξω παρωτίδα 13. Οπίσθια προσωπική φλ. 14. Προσωπικό ν. 15. Επιπολής μοίρα της παρωτίδας 16. Εν τω βάθει μοίρα της

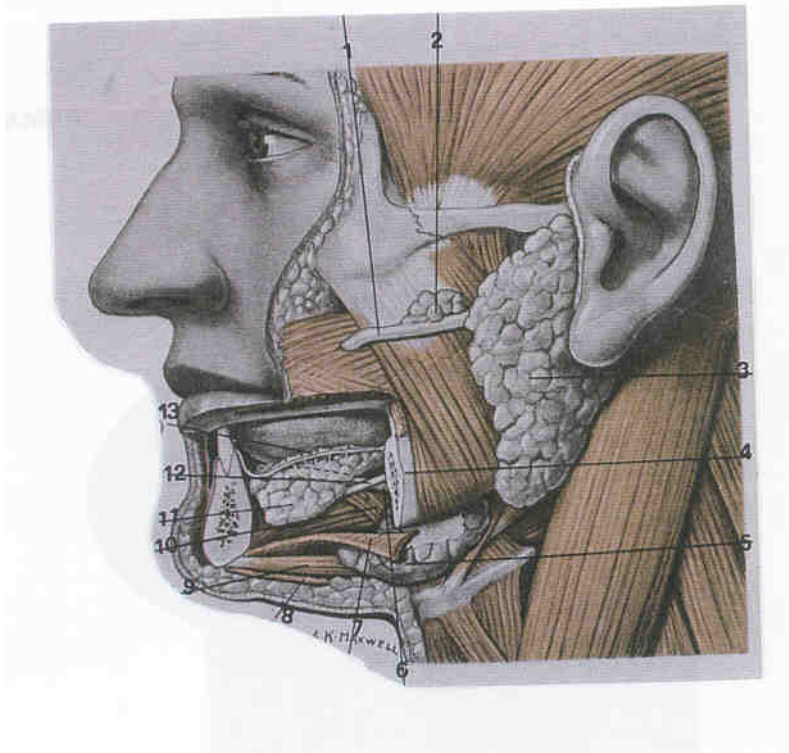
παρωτίδας 17. Διγάζτωρ μ. 18. Στερνοκλειδομαστοειδής μυσ 19. Εγκάρσια απόφυση του άτλαντα 20. Μήκιστος κεφαλικός μυσ 21. Κεφαλικός σπληνιοειδής μυσ 22. Άνω λοξός κεφαλικός μυσ 23. Υπογλώσσιο ν 24. Έσω καρωτίδα 25. Έξω φλεβώδη σπονδυλικά πλέγματα 26. Σπονδυλική αρτηρ. και φλεβώδη πλέγματα 27. Πνευμονογαστρικό ν 28. Συμπαθητικό στέλεχος (άνω αυχενικό γάγγλιο) 29. Παραφαρυγγικός χώρος 30. Ελάσσων οπίσθιος κεφαλικός μυσ 31. Οπίσθιο τόξο του άτλαντα 32. Σκληρά μήνιγγα του ν. μυελού 33. Νωτιαίος μυελός 34. Έσω φλεβώδη σπονδυλικά πλέγματα. 35. Εγκάρσιος συνδ. του άτλαντα 36. Οδόντας του άξονα 37. Άτλας 38. Επιμήκης κεφαλικός μυσ 39. Επιμήκης τραχηλικός μυσ. 40. Οπισθοφαρυγγικός χώρος 41. Άνω σφικτήρας του φάρυγγα 42. Φάρυγγας 43. Αμυγδαλή 44. Σταφυλή 45. Φαρυγγουπερώιος μυσ 46. Σταφιλίτης μυσ 47. Άνω επιμήκης γλωσσικός μυσ 48. Γλωσσουπερώιος μυσ 49. Εγκάρσιος γλωσσικός μυσ 50. Κάτω οδοντικός φραγμός 51. Κάτω χείλος 52. Γένειο (πώγων) 53. Προστόμιο 54. Σφικτήρας του στόματος μ. 55. Βυκανήτης μυσ.



Σχήμα 2

ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

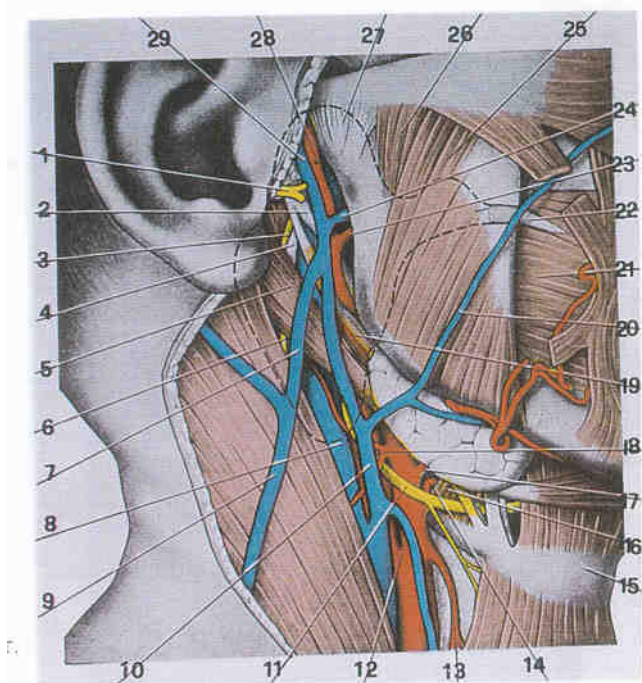
- 1 Παρωτιδικός πόρος
- 2 Επικουρική παρωτίδα
- 3 Παρωτιδικός αδένας
- 4 Σώμα της κάτω γνάθου
- 5 Υπογνάθιος σιαλογόνος αδένας
- 6 Υπογνάθιος πόρος
- 7 Γναθουσειδής μύς
- 8 Πλάτυσμα
- 9 Διγαστρών μυς
- 10 Υογλωσσικός μύς
- 11 Υπογλώσσιος αδένας
- 12 Γλωσσικό ν.



Σχήμα 3

ΣΧΕΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ (διακεκομμένη γραμμή) ΜΕ ΠΑΡΑΚΕΙΜΕΝΑ ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΜΥΕΣ

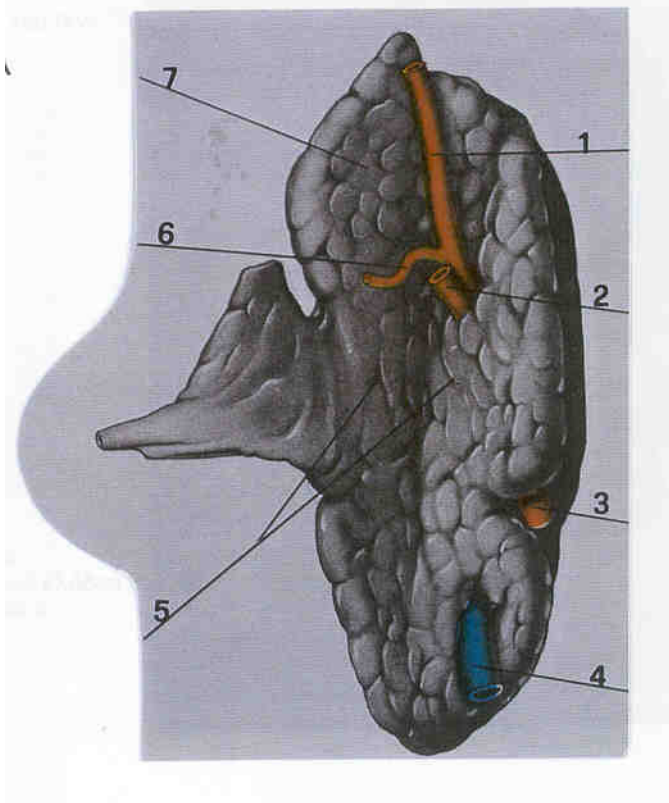
- 1 Προσωπικό νεύρο
- 2 Βελονοειδής απόφυση
- 3 Παραπληρωματικό v.
- 4 Εγκάρσια απόφυση άτλαντα
- 5 Διγαστρών μυς
- 6 Παραπληρωματικό νεύρο
- 7 Οπίσθια προσωπική φλέβα
- 8 Έσω σφαγιτίδα φλέβα
- 9 Έξω σφαγιτίδα φλέβα
- 10 Προσωπική φλέβα
- 11 Υπογλώσσιο νεύρο
- 12 Διχασμός κοινής καρωτίδας
- 13 Άνω θυρεοειδική αρτηρία
- 14 Γλωσσική αρτηρία
- 15 Σώμα του υοειδούς οστού
- 16 Υογλωσσικός μυς
- 17 Προσωπική αρτηρία
- 18 Ινιακή αρτηρία
- 19 Βελονοειδής μυς
- 20 Προσωπική φλέβα
- 21 Βυκανητής μυς
- 22 Παρωτιδικός πόρος
- 23 Έσω γναθιαία αρτηρία
- 24 Έσω γναθιαία φλέβα
- 25 Επιφανειακό τμήμα του μασητήρα μυ
- 26 Μέσω τμήμα του μασητήρα μυ
- 27 Πλάγιος σύνδεσμος της γναθοκροταφικής αρτ.
- 28 Επιπολής κροταφική αρτηρία
- 29 Επιπολής κροταφική φλέβα



Σχήμα 4

ΠΑΡΩΤΙΔΑ ΜΠΡΟΣΘΙΑ-ΕΣΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

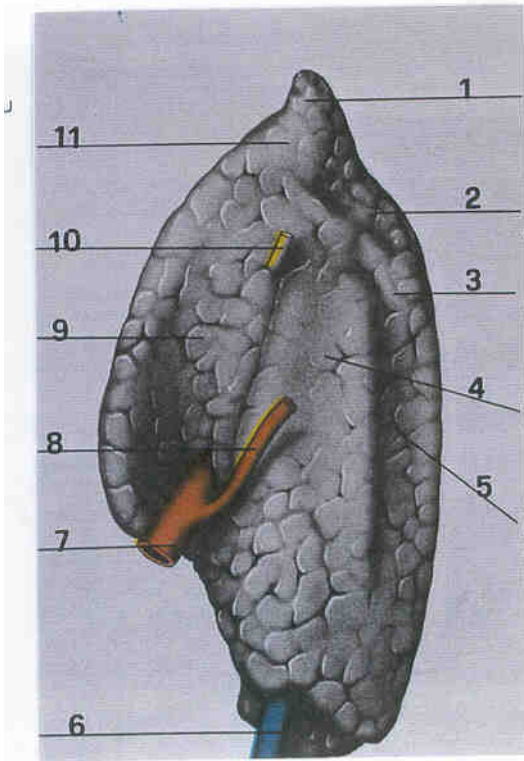
- 1 Επιπολής κροταφική αρτηρία
- 2 Εσω γναθιαία αρτηρία
- 3 Έξω κρωτίδα
- 4 Οπισθία προσωπική φλέβα
- 5 Αυλακα από το οπίσθιο χείλος του κλάδου της κάτω γνάθου
- 6 Εγκαρσία προσωπική αρ.
- 7 Περιοχή επαφής με το κροταφογναθικό σύνδεσμο



Σχήμα 5

ΠΑΡΩΤΙΔΑ ΟΠΙΣΘΙΑ-ΕΣΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

- 1 Άνω επέκταση της παρωτίδας (περιοχή όπισθεν του κονδύλου της άνω γνάθου)
- 2 Περιοχή του χόνδρινου τμήματος του έξω ακουστικού πόρου
- 3 Περιοχή της μαστοειδούς απόφυσης
- 4 Περιοχή του διγαστρωρα μυ
- 5 Αύλακα από το μπρόσθιο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδή μυ
- 6 Οπίσθια προσωπική φλέβα
- 7 Έξω καρωτίδα
- 8 Οπίσθια ωτιαία αρτηρία
- 9 Περιοχή της βελονοειδούς απόφυσης και μυικών προσφύσεων
- 10 Προσωπικό ν.
- 11 Περιοχή του οστέϊνου τμήματος του έξω ακουστικού πόρου

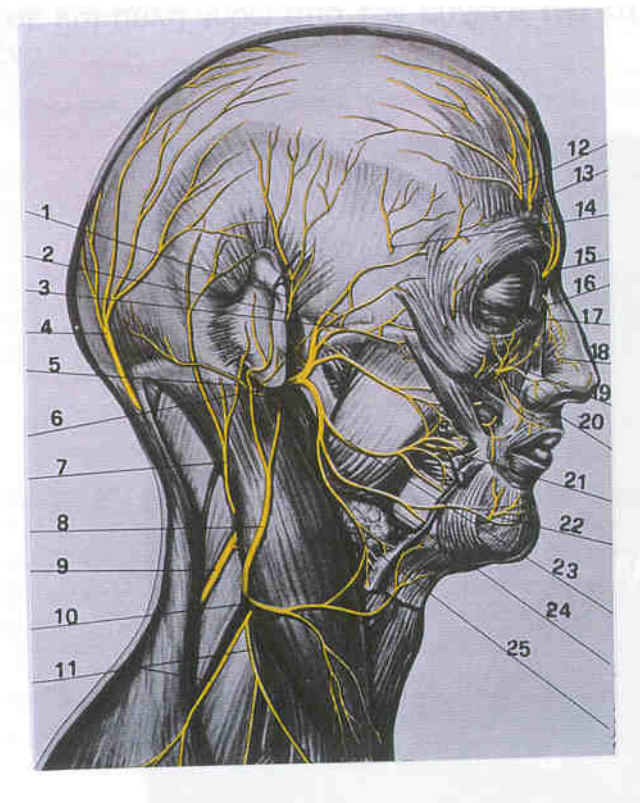


7

Σχήμα 6

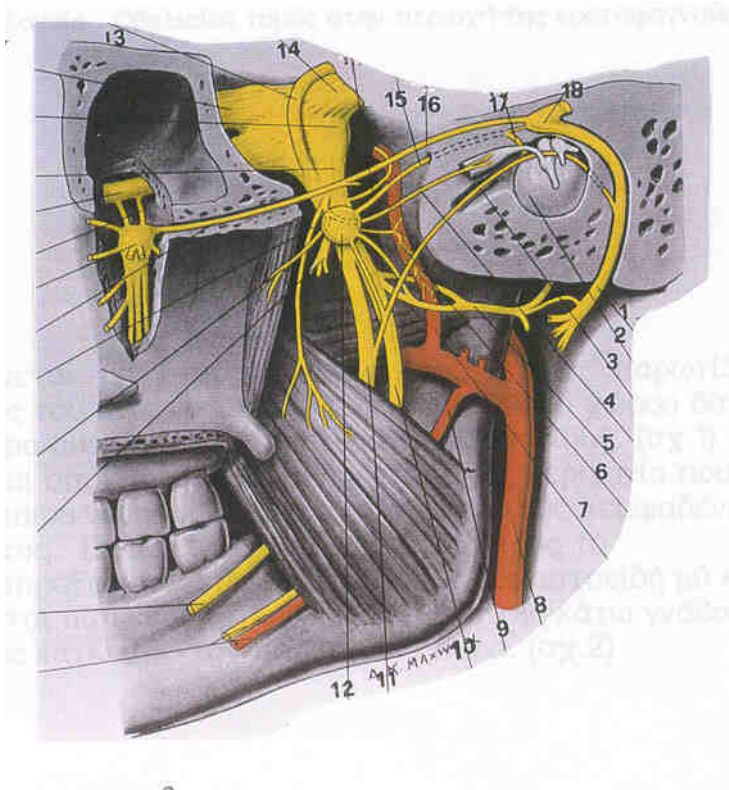
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΕΥΡΟ ΚΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ Ν.

- 1 Ωτοκροταφικό ν
- 2 Κροταφικός κλάδος του π.ν.
- 3 Άνω μασητήριος και ζυγματικός κλάδος του π.ν.
- 4 Μείζων ινιακό ν.
- 5 Οπίσθιο ωτιαίο ν.
- 6 Προσωπικό ν.
- 7 Έλλασον ινιακό ν.
- 8 Μείζον ωτιαίο ν.
- 9 Παραπληρωματικό ν.
- 10 Υποδερμικό τραχηλικό ν.
- 11 Υπερκλείδιο ν.
- 12 Πλάγιος κλάδος του έσω υπερκογχίου ν.
- 13 Εσω κλάδος του έσω υπερκογχίου
- 14 Ζυγματικοκροταφικό ν.
- 15 Υπερτροχίλιο ν.
- 16 Υποτροχίλιο ν.
- 17 Ζυγματικός κλάδος του προσωπικού ν.
- 18 Έξω ρινικό ν
- 19 Υποκόγχιο ν.
- 20 Άνω βυκανητικός κλαδος του π.ν.
- 21 Βυκανητικό ν.
- 22 Γενειακό ν.
- 23 Κάτω βυκανητικός κλάδος του π.ν.
- 24 Επιχείλιος κάτω γναθικός κλάδος του π.ν.
- 25 Πλέγμα επικοινωνίας μεταξύ του αυχενικού κλάδου του π.ν. και του υποδερματικού τραχηλικού ν.

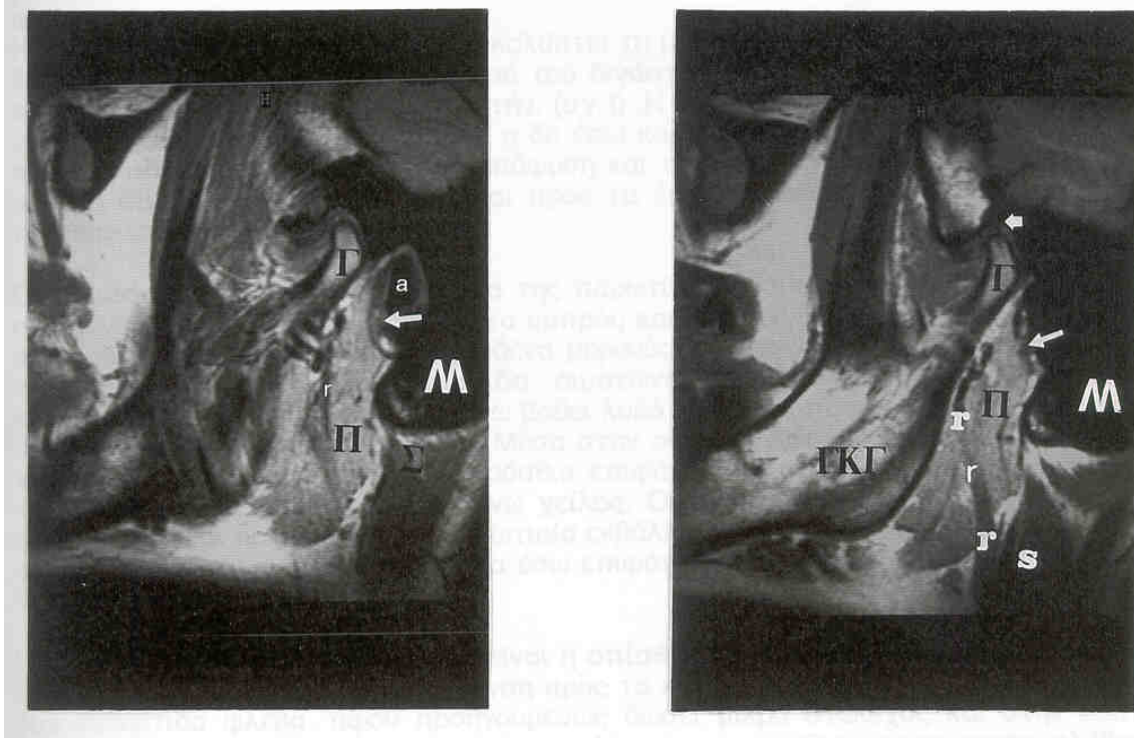


Σχήμα 7
ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΞΟΔΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

- 1 Προσωπικό νεύρο
- 2 Τυμπανικός υμένας
- 3 Χορδή του τυμπάνου
- 4 Νεύρο για τον εκτείνοντα μυ του τυμπάνου
- 5 Ωτοκροταφικό ν.
- 6 Συμπαθητικά πλέγματα
- 7 Μέση μηνιγγική αρτ.
- 8 Έξω καρωτίδα
- 9 Κάτω φατνιακή αρτηρία
- 10 Κάτω φατνιακό νεύρο
- 11 Γλωσσικό νεύρο
- 12 Ωτικό γάγγλιο
- 13 Κινητική ρίζα του τριδύμου
- 14 Αισθητική ρίζα του τριδύμου
- 15 Έλασσον επιπολής λιθοειδές ν
- 16 Μείζον επιπολής λιθοειδές ν
- 17 Τυμπανική κλάδοι του γλωσσοφαρυγγικού ν (από το τυμπανικό πλέγμα)
- 18 Γονάτιο γάγγλιο



Η άνω επιφάνεια είναι κοίλη και έχει σχέση με το χόνδρινό τμήμα του έξω ακουστικού πόρου και το οπίσθιο τμήμα της κροταφογναθικής άρθρωσης. (Εικ.2 α + β) Εδώ, το ωτοκροταφικό νεύρο πορεύεται σε καμπύλη γύρω από τον αυχένα της κάτω γνάθου και εισέρχεται στην κάψα του αδένα.



(α) (β)
 Εικ 2(α+β) Μαγνητική Τομογραφία, T1 ακολουθία - Οβελιαίες τομές στην περιοχή της κροταφογναθικής άρθρωσης

ΓΚΓ= γωνία κάτω γνάθου

Γ= κονδύλος κάτω γνάθου

Π = παρωτίδα

r = οπίσθια προσωπική φλέβα

M = μαστοειδής απόφυση

s = στερνοκλειδομαστοειδής μυς

a = έξω ακουστικός πόρος

ανω κοίλη επιφάνεια (λεπτό τόξο)

κροταφογναθική άρθρωση (χοντρό τόξο)

Η κορυφή του αδένα επεκτείνεται με διάφορες προεκτάσεις της παρωτίδας (απογύσεις) προς τις γύρω σχισμές του άνω τμήματος του παρωτιδικού χώρου δίπλα στην οπίσθια γαστέρα του διγαστρορα μύος και του τριγώνου της καρωτίδας. (σχ.1).

Η επιπολής επιφάνεια καλύπτεται από το δέρμα και την επιπολής περιτονία που περιέχει κλάδους του μείζονος ωτιαίου νεύρου, επιπολείς παρωτιδικούς λεμφαδένες και το οπίσθιο άκρο του πλατύσματος. Επεκτείνεται προς τα άνω προς το ζυγωματικό τόξο, προς τα πίσω επιπροβάλλεται με το στερνοκλειδομαστοειδή μύ και προς τα κάτω η κορυφή της βρίσκεται πίσω και κάτω από τη γωνία της κάτω γνάθου και επιφανειακά του μασητήρα μύος κάτω από τον παρωτιδικό πόρο. (σχ.2)

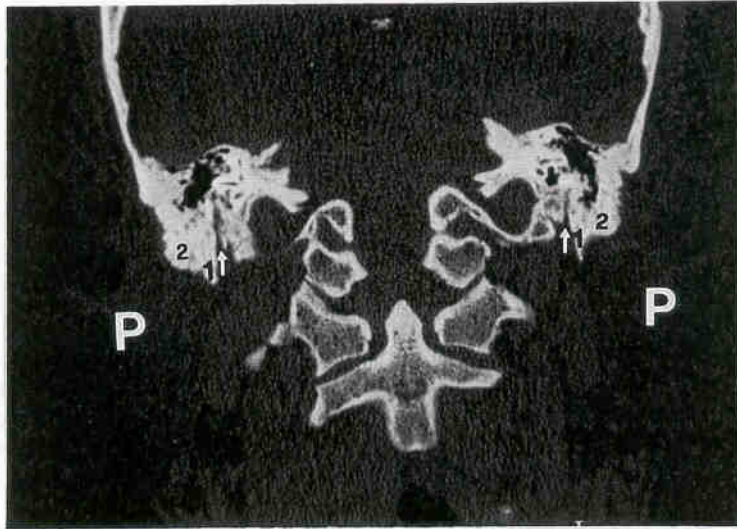
Η πρόσθια έσω επιφάνεια αυλακώνεται από την οπίσθια γωνία της κάτω γνάθου. (σχ. 1, 2, 4 εικ. 2 α+β) Καλύπτει το πίσω και κάτω τμήμα του μασητήρα μύος, το πλάγιο τμήμα της κροταφογναθικής άρθρωσης και τον εγγύς κλάδο της κάτω γνάθου και περνά εμπρός έσωθεν του κλάδου της κάτω γνάθου μέχρι τον έσω πτερυγοειδή μυ. Κλάδοι του προσωπικού νεύρου αναδύονται στο πρόσωπο από το πρόσθιο όριο αυτής της επιφάνειας.

Η οπίσθια έσω επιφάνεια (σχ. 5) καλύπτει τη μαστοειδή απόφυση, το στερνοκλειδομαστοειδή μυ, την οπίσθια γαστέρα του διγάζστορα μυός, τη βελονοειδή απόφυση και τους μύες που εκφύονται από αυτήν. (σχ.1) Η έξω καρωτίδα αυλακώνει αυτήν την επιφάνεια πριν εισέλθει στον αδένα η δε έσω καρωτίδα και η σφαγίτιδα χωρίζονται από τον αδένα με τη βελονοειδή απόφυση και τους μύες της. Η πρόσθια έσω και οπίσθια έξω επιφάνεια επεκτείνονται προς τα έσω και ενώνονται σε κορυφή στον πλαγιοφάρυγγα. (σχ. 1) (Grays 1989)

Ο ισθμός είναι το στενότερο τμήμα της παρωτίδας ανάμεσα στο μασητήρα μυ και στον κλάδο της κάτω γνάθου προς τα εμπρός και στο διγάζστορα μυ προς τα πίσω. Διάφορα στοιχεία διαπερνούν τον αδένα μερικώς ή πλήρως ή ακόμα διακλαδίζονται εντός αυτού. (Sch.2) **Η έξω καρωτίδα** αιματώνει την παρωτίδα και εισέρχεται την οπίσθια έσω επιφάνεια και τον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας αντίστοιχα προς το άνω χείλος του βελονοϋοειδή μυός. Μέσα στον αδένα η αρτηρία διχάζεται στην έσω γναθιαία που εξέρχεται από την πρόσθια επιφάνεια του αδένα και στην επιπολής κροταφική που εξέρχεται από το άνω χείλος. Οι αναστομώσεις της έσω γναθιαίας είναι ευρείες και πολλές. Η οπίσθια ωτιαία εκβάλλει από την έξω καρωτίδα εντός του αδένα και εξέρχεται από την οπίσθια έσω επιφάνεια της παρωτίδας (Sch.3,4,5) (Gray 1989, Καρακάσης 1986).

Η κυριότερη φλέβα της παρωτίδας είναι η **οπίσθια προσωπική**, (Sch.3,4,5) η οποία διατρέχει την παρωτίδα με κατεύθυνση προς τα κάτω και πίσω και μεταπίπτει στην έξω σφαγίτιδα φλέβα, αφού προηγουμένως δώσει μικρό στέλεχος και στην κοινή προσωπική φλέβα. Συχνή ανατομική παραλλαγή της οπίσθιας προσωπικής φλέβας είναι η προς τα κάτω και εμπρός πορεία της και η μαζί με την πρόσθια προσωπική εκβολή της στην κοινή προσωπική φλέβα, που αποτελεί κλάδο της έσω σφαγίτιδας, οπότε η έξω σφαγίτιδα στην παραλλαγή αυτή παραμένει υποτυπώδης (Καρακάσης 1986).

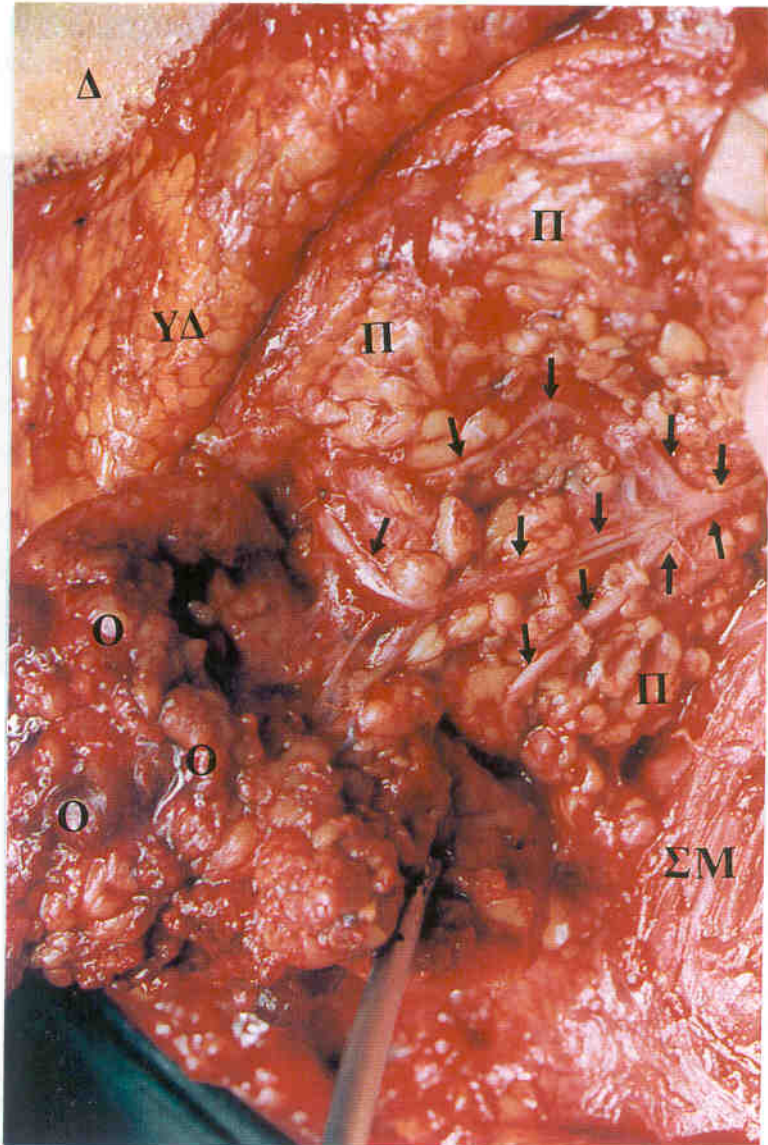
Το προσωπικό νεύρο εξέρχεται από το βελονομαστοειδές τμήμα (εικ. 3) και εισέρχεται στην παρωτίδα λίγο χαμηλότερα από το μέσο της οπίσθιας επιφάνειάς της. (σχ.6, 7) Μέσα στην παρωτίδα, μετά από σύντομη πορεία και ακριβώς επιφανειακά από την οπίσθια προσωπική φλέβα, το προσωπικό νεύρο διαιρείται σε δύο στελέχη, (Sch. 2,6,7) στο κροταφοπροσωπικό νεύρο που οδεύει προς τα επάνω και το τραχηλοπροσωπικό νεύρο που οδεύει προς τα κάτω. Ο άνω κλάδος είναι ευρύτερος και δίνει νεύρωση στο μέτωπο και στα βλέφαρα, ενώ το τραχηλοπροσωπικό νεύρο δίνει νεύρωση κυρίως στα χείλη και στο μυώδες πλάτυσμα. Οι κλάδοι αυτοί, καθώς αποσχίζονται και αναστομούνται μεταξύ τους σχηματίζουν το παρωτιδικό πλέγμα, το οποίο εμφανίζεται με μεγάλη ποικιλία παραλλαγών. Τελικά ανεξάρτητα από τις διάφορες παραλλαγές διακλαδώσεων, το προσωπικό νεύρο καταλήγει σε πέντε ομάδες τελικών κλάδων, που είναι οι κροταφικοί, οι ζυγωματικοί, οι παρειακοί, ο επιχείλιος της κάτω γνάθου και ο τραχηλικός κλάδος (Καρακάσης 1986). Επεκτάσεις του παρωτιδικού αδένα εισέρχονται προς τα έσω, ανάμεσα από τους κλάδους του νεύρου, για να σχηματίσουν το εν τω βάθει τμήμα του αδένα. Το μεγαλύτερο τμήμα του αδένα είναι αυτό ανάμεσα από το κύριο κροταφικό νεύρο και τους αυχενικούς κλάδους.



Εικ 3 Στεφανιαία τομή λιθοειδούς οστού

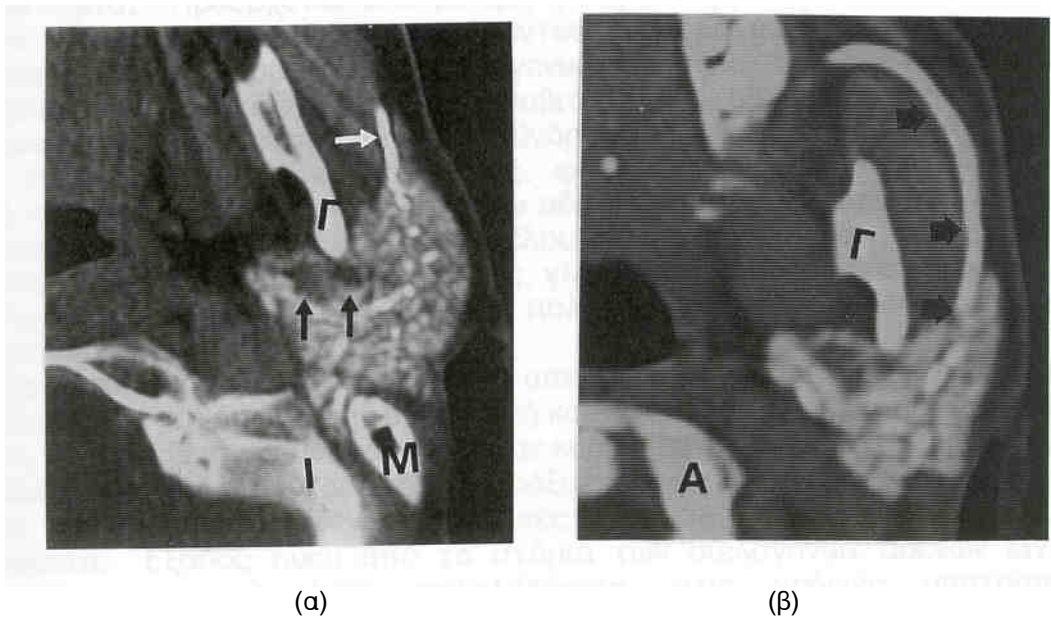
Βελονομαστοειδές τρήμα (τόξο)
Βελονοειδής απόφυση (1)
Μαστοειδής απόφυση (2)
Παρωτίδα (P)

Οι προσεκβολές του αδένου περιβάλλουν το νεύρο και κλάδους (Grays 1989). Παλαιότερα είχε θεωρηθεί ότι οι διακλαδώσεις του προσωπικού νεύρου μέσα στην παρωτίδα σχηματίζουν επίπεδο, το οποίο διαιρούσε την παρωτίδα σε επιπολής και εν τω βάθει λοβό. Τέτοια διαίρεση της παρωτίδας σε λοβούς δεν υπάρχει με την ανατομική έννοια του όρου, αλλά το επίπεδο που δημιουργείται είναι εγχειρητικό και ο όρος επιπολής παρωτιδεκτομή δεν σημαίνει λοβεκτομή, αλλά απομάκρυνση εκείνου του τμήματος της παρωτίδας που βρίσκεται προς τα έξω του εγχειρητικού αυτού επιπέδου. (Εικ.4) Κατά συνέπεια και οι όροι "επιπολής λοβός" και "εν τω βάθει λοβός" αποτελούν εγχειρητικές έννοιες. (Grays 1989, Καρακάσης 1986). Ο επιπολής λοβός αποτελεί το 80-85% της παρωτίδας και ευρίσκεται περιφερικά και κάτωθεν του προσωπικού νεύρου, το οποίο βρίσκεται σχετικά άνω και πρόσθια εντός της παρωτίδας (Mancuso AA 1996).



**Εικ 4: Χειρουργικό παρασκεύασμα
όγκου παρωτίδας Αρ. Περ. 31**
Προσωπικό νεύρο και κλάδοι (τόξα)
Ο = παρωτιδικός όγκος
Π = Εν τω βάθει λοβός της παρωτίδας
ΣΜ = Στερνοκλειδομαστοειδής μυς
ΥΔ = Υποδόριο λίπος
Δ = Δέρμα

Ο παρωτιδικός πόρος (σχ.2,3 εικ. 5) ή εκφορητικός πόρος του Stensen μήκους περίπου 5εκ. αρχίζει μετά την ένωση 2 κυρίως κλάδων στο πρόσθιο χείλος του αδένα. Μετά διασταυρώνεται με το μασητήρα μύ και στο πρόσθιο χείλος της παρωτίδας πορεύεται προς τα έσω σε σχεδόν οξεία γωνία διατιτραίνοντας το λιπώδες σώμα και το βυκανήτη μυ (Καρακάσης 1986, Grays 1989) (εικ. 5). Μετά πορεύεται λοξά προς τα μπρός για μικρή απόσταση, ανάμεσα απο το βυκανητή μύ και το βλεννογόνο του στόματος και εκβάλλει στη σιελική θηλή απέναντι από τη μύλη του 2ου άνω γομφίου. Τοπογραφικά ο πόρος διατρέχει κατά μήκος της γραμμής από το έδαφος του έξω ακουστικού πόρου στη γωνία του στόματος. Στην πορεία του μέσα από το μασητήρα μυ δέχεται τον παραπληρωματικό παρωτιδικό πόρο και εδώ βρίσκεται ανάμεσα από τον άνω και κάτω κλάδο του παρειακού κλάδου του προσωπικού νεύρου. Το παραπληρωματικό τμήμα της παρωτίδας και η εγκάρσια προσωπική αρτηρία ευρίσκονται άνωθεν του πόρου. Το τοίχωμα του παρωτιδικού πόρου είναι παχύ με εξωτερική ινώδη στοιβάδα περιέχουσα μή γραμμωτούς μύες και βλεννογόνο καλυμένο με χαμηλό κυλινδρικό επιθήλιο. Η διάμετρος του παρωτιδικού πόρου είναι 3χιλ. αλλά είναι μικρότερη στο στοματικό στόμιο.



Εικ. 5 α+β

α) Φυσιολογική Αξονική Σιελογραφία
Τα ελλείματα πλήρωσης (τόξα)
αντιστοιχούν στα
αγγεία (οπίσθια προσωπική
φλέβα και επιπολής κροταφική
αρτηρία.)
Γ = κάτω γνάθος
M = Μαστοειδής απόφυση
I = Ινιακό οστούν
Παρωτιδικός πόρος (άσπρο τόξο)

β) Φυσιολογική Αξονική Σιελογραφία
παρωτιδικός πόρος (τόξα)
Γ = κάτω γνάθος
A = 1ος αυχενικός σπόνδυλος

Μέσα στην παρωτίδα υπάρχει **λεμφικός** ιστός που σχηματίζει λεμφαδένες (επιπολείς και εν τω βάθει). Οι επιπολείς λεμφαδένες βρίσκονται αμέσως κάτω από την παρωτιδική περιτονία και δέχονται λέμφο από τους δακρυϊκούς αδένες τα βλέφαρα, τη ρίζα της

μύτης και την παρειά. Η κάψα της παρωτίδας αναπτύσσεται αργά, με αποτέλεσμα να ενσωματώνονται εντός του παρεγχύματος της παρωτίδας αρκετοί λεμφαδένες. Οι βαθύτεροι αυτοί λεμφαδένες βρίσκονται μέσα στον αδένα και δέχονται λέμφο από τον έξω ακουστικό πόρο, το μέσο ούς αλλά και τη μαλακή υπερώα και τις ρινικές χοάνες (Grays 1989). Τα λεμφαγγεία της παρωτίδας καταλήγουν στους επιπολείς και βαθύτερους αυχενικούς λεμφαδένες. (Μανωλίδης 1983)

Η νεύρωση είναι αυτόνομη και συνίσταται από συμπαθητικές ίνες από το έξω καρωτιδικό πλέγμα και παρασυμπαθητικές ίνες, τις οποίες παίρνει μέσω του τυμπανικού κλάδου του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου που έχει σχέση με το ωτικό γάγγλιο και ωτοκροταφικό νεύρο. (Grays 1989)

1.3 ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Ενοχλήματα που αφορούν παθήσεις των σιελογόνων αδένων:

- * **Ξηροστομία:** Προέρχεται από μόνιμη ή παροδική μειωμένη σιελική έκκριση και οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες, στοματική αναπνοή, κατάχρηση καπνίσματος, λήψη φαρμάκων και σε γενικές νόσους, όπως όλες οι εμπύρετες καταστάσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης, υποβιταμίνωση, αβιταμινώσεις (π.χ. βιταμίνων Α, νικοτινικού οξέος), διαταραχές ΚΝΣ, σύνδρομο Mikulicz, επιδημική παρωτίτιδα κ.α. Επίσης, τοπικά αίτια, όπως διόγκώσεις, φλεγμονές, όγκοι σιελογόνων, απλασία μερική ή πλήρης απλασία των σιελογόνων αδένων, ακτινοθεραπεία της περιοχής. Η κλινική εικόνα σε σημαντική έλλειψη σιέλου είναι η ακόλουθη: βλεννογόνος ξηρός, εξέρυθρος, συχνά όμως ωχρός και λεπτός, γλώσσα αρχικά επίχρυστη και έπειτα λεία, εξ αιτίας της απώλειας των θηλών, πολυτερηδονισμός. Αίσθημα ξηρότητας, καυσαλγία, δυσκαταποσία.
- * **Σιελόρροια:** Εμφανίζεται με τη μορφή υπερπαραγωγής σιέλου σε τραυματισμούς και επώδυνες καταστάσεις στην στοματική κοιλότητα, σε δυσκαταποσία, σε δηλη-τηριάσεις με παράθιο και υδράργυρο, στην κύηση, στη ναυτία, στη λήψη φαρμάκων.
- * **Διογκώσεις:** Προκαλούνται από αποφράξεις πόρων, φλεγμονές, νεοπλάσματα ή διηθήσεις των σιελογόνων αδένων σε γενικές παθήσεις.
- * **Πυόρροια:** Έξοδος πύου από τα στόμια των σιελογόνων αδένων είναι συχνό εύρημα στις παραμελημένες σιελολιθιάσεις, στις χρόνιες υποτροπιάζουσες παρωτίτιδες αλλά και στις οξείες φλεγμονές.
- * **Σιελικά (σιελοχόα) συρίγγια:** Μετά απο τραυματισμούς ή χειρουργικές επεμβάσεις ή συγγενή (Moore WK 1995). Έξοδος σιέλου από δερματικό συρίγγιο στην υπογνάθια ή παρωτιδομασητήρια χώρα.
- * **Σιελικός κωλικός:** Έντονος αμβλύς πόνος κατά την διάρκεια γεύματος ή σε λήψη ξινού με διόγκωση του αδένα λόγω ύπαρξης σιελολιθίασης που υποχωρεί μετά την παροχέτευση της σιέλου.
- * **Παράλυση προσωπικού:** Δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο των κακοήθων όγκων αλλά και των καλοήθων όγκων, όπως λεμφαγγειώματα (Curry AJ 1996). Επίσης, παρατηρείται σε φλεγμονές, όπως τις παρωτίτιδες (Andrews JC 1989) και χολοστεατώματα (Felix W 1988) ή ακόμη σε σβάνωμα του παρωτιδικού τμήματος του προσωπικού νεύρου (Elahi MM 1995, Tayaraji SM 1997)

1.4 ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

1.4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση των σιελογόνων αδένων γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση εξωστοματική και ενδοστοματική. Ο έλεγχος εκτιμά, σε διογκώσεις των σιελογόνων αδένων, το μέγεθος, τη σύσταση, την κινητικότητα των μαζών και προσδιορίζει σκληρία, κλυδασμό, συμφύσεις και όρια. Ενδοστοματικά, παρατηρούνται τυχόν διογκώσεις των εκφορητικών πόρων, φλεγμονές των στομιών τους ή εξελκώσεις και με την ψηλάφηση του εδάφους του στόματος, ελέγχεται η ύπαρξη τυχόν λίθων. Μάλαξη των αδένων κατά την ενδοστοματική εξέταση αποκαλύπτει την έξοδο του σιέλου αλλά και πύου σε φλεγμονές. Ο καθετηριασμός των στομιών με μύλη ελέγχει τη διαβατότητα, αποκαλύπτει λίθους και προσδιορίζει την εντόπισή τους. Η λειτουργία των σιελογόνων αδένων ατομικά ελέγχεται μετά από σπόγγιση των στομιών με ενστάλαξη ξινού στη γλώσσα.

(Μανωλίδης 1983)

Test του Curry: Μετά από καθετηριασμό της παρωτίδας γίνεται ένεση 5mg πιλοκαρπίνης και συλλέγεται η σίελος από το σωληνάκι επί 5'. Φυσιολογικά η έκκριση είναι 2-13ml. Την όλη έκκριση της σιέλου μετρούμε ποσοτικά με τη μάσηση παραφίνης επί 15' και συγκέντρωση της ολικής σιέλου σε κύπελλο 15 κ.εκ.

Μικροβιολογική ή κυτταρολογική εξέταση επιχρισμάτων σιέλου κατά Παπανικολάου γίνεται μετά από καθετηριασμό του ύποπτου αδένου ή με μάλαξη και έξοδο υγρού.

1.4.2 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος αποκαλύπτει τυχόν λιθίαση ή οστικές βλάβες.

(Stanley 1987)

Σε μετατραυματικά ή μετεγχειρητικά συρίγγια η έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με σωλήνα πολυαιθυλαινίου (**συριγγογραφία**) απεικονίζει ακτινογραφικά το συρίγγιο και δίνει κάποτε και σιελαδενογραφική εικόνα. (Μανωλίδης 1983)

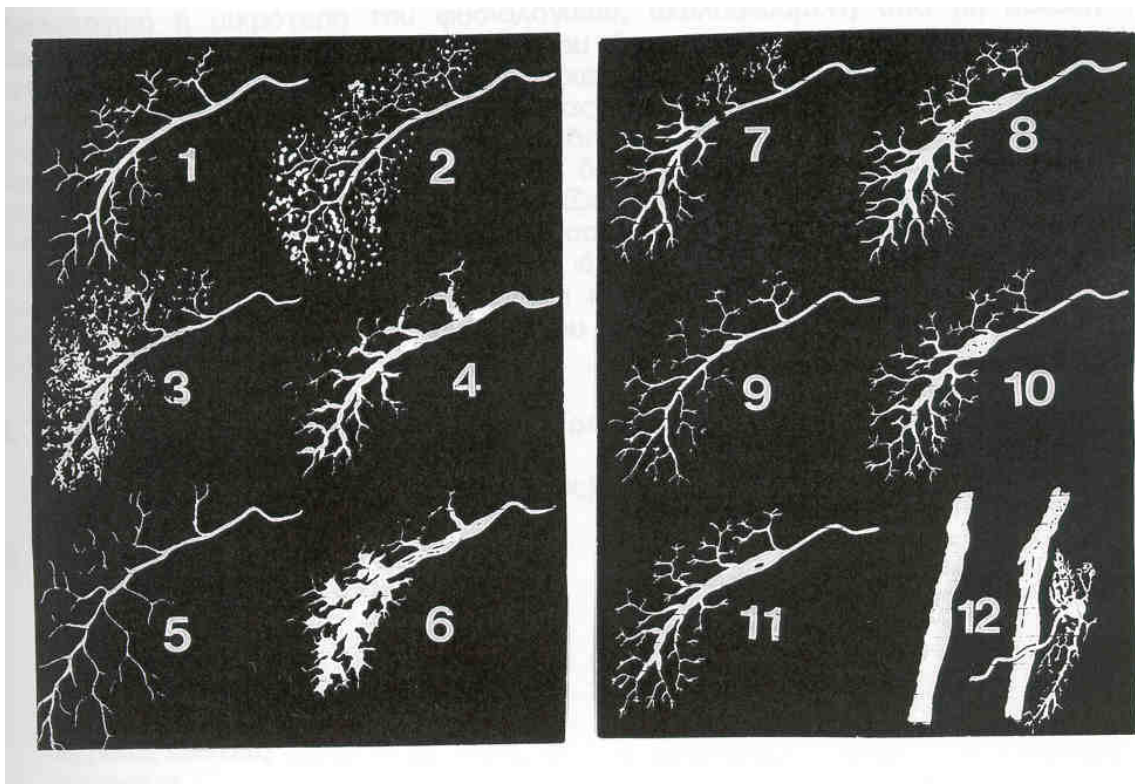
Κλασική Σιελογραφία: Γίνεται με ακτινογραφικό έλεγχο, μετά από έγχυση σκιαγραφικής ουσίας (Lipiodol η Urographin 60%) μετά από καθετηριασμό του αντίστοιχου παρωτιδικού πόρου που μπορεί να γίνει και με τη τεχνική της **Ψηφιακής Σιαλογραφίας** που είναι όμοια με την ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία. Εκτιμάται ή κατάσταση του εκφορητικού δένδρου (διευρύνσεις, στενώσεις λιθίαση κλπ). Επίσης, έμμεσα διαγράφονται όγκοι, κύστες κλπ. (Stanley 1987, (σχήμα 8) Η σιελογραφία, παρ' όλο που έχει μεγάλο ρόλο στις σιελολιθιάσεις και φλεγμονές, δεν φαίνεται να βοηθά στη διάγνωση των παρωτιδικών όγκων (Adam EJ 1983, Stacey-Clear A. 1985).

Ραδιοϊσοτοπική Μελέτη των Παρωτίδων

Η λειτουργικότητα των αδένων εκτιμάται από το **σπινθηρογραφικό έλεγχο**, και γίνεται με ΕΦ έγχυση Τεχνητίου. Ο σπινθηρισμός που καταγράφεται αποκαλύπτει τη λειτουργικότητα των αδένων ή και τμημάτων με διαφορετική λειτουργία στον ίδιο αδένου.

(Stanley 1987) Η σίελος είναι πλούσια σε αρνητικά φορτισμένα ιόντα. Όταν το ραδιοϊσότοπο 99m-TC04-περνά στο διάμεσο ιστό της παρωτίδας ή των άλλων σιελογόνων αδένων ενσωματώνεται στη σίελο πριν εκκριθεί. Κατά την διάρκεια της έκκρισης η σίελος είναι ισοτονική με το αίμα, όμως γίνεται υποτονική από το υγρό που εκκρίνεται από τα κύτταρα εντός του πόρου, έτσι θα περιμέναμε στην ραδιοϊσοτοπική μελέτη οι σιελογόνοι αδένες να απεικονισθούν σαν χαμηλής πρόσληψης περιοχές σε σχέση με την αυξημένη πρόσληψη των γύρω μυών. Όμως, οι σιελογόνοι αδένες διαθέτουν 4 χώρους και έτσι το ραδιοφάρμακο ευρίσκεται συγχρόνως στο αίμα, στον ενδιάμεσο ιστό, στα σιελογόνα κύτταρα και στη σίελο. Αυτό οδηγεί σε διπλάσια συγκέντρωση της ραδιενεργούς ουσίας στον αδένου σε σχέση με τους μύες, που έχουν ραδιοφάρμακο μόνο στα αγγεία, και στον ενδιάμεσο ιστό.

Η ραδιοϊσοτοπική εξέταση των παρωτιδίων είναι δυναμική μελέτη. λαμβάνονται εικόνες κατά τη στιγμή της ένεσης, σε 18 λεπτά μετά την ένεση ερεθίζονται οι σιελογόνοι αδένες με τη βοήθεια λεμονιού ή 2 σταγόνων κιτρικού οξέος στη γλώσσα και συνεχίζονται οι λήψεις. Στα φυσιολογικά άτομα και οι 4 σιελογόνοι αδένες συγκεντρώνουν το ραδιοφάρμακο στον ίδιο ρυθμό και το απεκκρίνουν γρήγορα στο στόμα μετά από τον ερεθισμό με το κιτρικό οξύ. Η ποιοτική ανάλυση του σπινθηρογραφήματος επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση μεταξύ φλεγμονών και αποφρακτικών ασθενειών.



Σχ. 8 Παθολογική Κλασσική Σιελογραφία (JR Moore 1985)

1. Φυσιολογικός παρωτιδικός αδένας
2. Στικτή σιελεκτασία της παιδικής ηλικίας (μικρές περιφερικές κοιλότητες. Οι μεγάλοι πόροι έχουν φυσιολογικό μέγεθος).
3. Στικτή σιελεκτασία σε ασθενείς με σύνδρομο του Sjogren. Σε σύγκριση με τη στικτή σιελεκτασία της παιδικής ηλικίας οι μεγάλοι πόροι είναι ανώμαλοι και κομβολογιοειδείς.
4. Σύνδρομο Sjogren (λοβοειδής απεικόνιση με στένωση στα σημεία διακλάδωσης από μεταπλασία των βλεννογόνων αδένων του επιθηλίου του πόρου)
5. Αραιή σκιαγράφηση των περιφερικών κλάδων σε πρώιμο στάδιο του συνδρόμου του Sjogren.
6. Προχωρημένο στάδιο συνδρόμου του Sjogren με ατροφία του αδένα και έντονα διατεταμένο πόρο
7. Ένα μικρό έλλειμα σκιαγράφησης από λίθο
8. Ένα στάδιο που μπορεί να ακολουθήσει το 7 μόνο που στο 8 ο πόρος του Stensen είναι διατεταμένος και το σκιαγραφικό σχεδόν γεμίζει το έλλειμα
9. Μικρός λίθος περιβαλλόμενος από λεπτή ποσότητα σκιαγραφικού δημιουργεί μια μικρή εξόγκωση
10. Μεγάλος λίθος καλυπτόμενος από σκιαγραφικό με τοπική διάταση του πόρου.
11. Διάταση του πόρου του Stensen και μικρός λίθος που κινείται εντός του πόρου

12. Ακτινογραφία στην περιοχή του παρωτιδικού πόρου: αριστερά χωρίς σιελογραφία, δεξιά με σιελογραφία: μεγάλος παρωτιδικός λίθος.

Αν ένας πόρος είναι αποφραγμένος, η πρόσληψη από τον αδένα μπορεί να είναι φυσιολογική ή μικρότερη του φυσιολογικού, ακολουθούμενη από μη μείωση της πρόσληψης μετά τον ερεθισμό (κάτι που έχουμε στα φυσιολογικά άτομα) αλλά αντιθέτως υπάρχει άθροιση της ραδιενέργειας στον αδένα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται στην περίπτωση υποψίας απόφραξης του πόρου, όταν υπάρχει αντένδειξη σιελογραφίας π.χ. φλεγμονώδεις καταστάσεις ή όταν δεν είναι τεχνικά δυνατός ο καθετηριασμός. Είναι επίσης δυνατή η διαφορική διάγνωση οξείας και χρόνιας σιελοαδενίτιδας. Τέλος, απεικονίζει σαν περιοχές με χαμηλή ραδιενέργεια, όπως, κύστεις, όγκους, αποστήματα, μεταστάσεις και λεμφώματα. Είναι η μέθοδος εκλογής για την έρευνα της ξηροστομίας, όταν η σιελογραφία είναι φυσιολογική στα πρώιμα στάδια του συνδρόμου του Sjogren και Frey. Εδώ η ραδιοϊσοτοπική μελέτη θα δείξει χαμηλή λειτουργία του σιελογόνου αδένα. (Sharp PF 1989 Bohuslavinki KH 1995).

A Φυσιολογική Πρόσληψη Ραδιοϊσοτόπου 99m-TC04 -παρατηρείται σε :

Φυσιολογικούς αδένες
Πολύμορφα αδενώματα (μικτούς όγκους)
Έκτοπους σιελογόνους αδένες

B Παθολογική Πρόσληψη

Χαμηλή πρόσληψη σε:

Σύνδρομο του Sjogren
Σύνδρομο του Frey

Τοπική μείωση της πρόσληψης σε:

Μερικούς Μικτούς όγκους
Μερικές κύστεις
Λέμφωμα
Μεταστάσεις

Διάχυτη αύξηση της πρόσληψης σε:

Παρωτίτιδα
Σιελαδενίτιδα
Σαρκοείδωση

Τοπική αύξηση της πρόσληψης σε:

Σιελαδενίτιδα

Απόστημα

Σιελεκτασία

Απόφραξη του πόρου

Μερικές κύστεις

Αδενολέμφωμα (όγκος του Warthin) (Sharp PF 1989, Bohuslavinki KH 1995).

Το ραδιενεργό Γάλλιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της σαρκοείδωσης. Προσλαμβάνεται από τις παθολογικές εστίες της σαρκοείδωσης, που μπορεί να προσβάλει και την παρωτίδα. (Faller M 1995). Τα σεσημασμένα με Ινδίο-111 μονοκλωνικά αντισώματα αντιδρούν με το καρκινογόνο αντιγόνο. Στη μελέτη του Kairemo KJ 1990 κανένας ασθενής με αρνητική ραδιοϊσοτοπική μελέτη είχε κακοήθεια της παρωτίδας. Επίσης, το 60% από τα περιστατικά με θετικά αποτελέσματα είχαν κακοήθεια. Ραδιοσεσημασμένα λευκά αιμοσφαίρια μπορούν να χορηγηθούν για την εντόπιση αποστημάτων ή μολύνσεων της περιοχής της παρωτίδας. Ο Lustmann J 1994

χρησιμοποίησε το C ANCA για εκτίμηση ενεργούς νόσου στην κοκκιωμάτωση του Wegener.

Το PET (Position Emission Tomography) φαίνεται να μην προσφέρει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη διαφοροδιάγνωση καλοήθων από κακοήθεις όγκους, αφού σε πρόσφατες μελέτες από τον Keyes JW (1994) και McGuirt WF (1995) η ευαισθησία στη διάγνωση κακοήθων όγκων είναι 69% με το PET, 75% με βιοψία με λεπτή βελόνα, 87% με Αξονική, Μαγνητική Τομογραφία και 85% με κλινική εκτίμηση.

Βιοψία με λεπτή βελόνα

Η ευαισθησία της, σε σύγκριση με το τελικό ιστοπαθολογικό αποτέλεσμα, είναι 17,5% για μη νεοπλασματικές νόσους, 32% για καλοήθεις όγκους και 62,5% για κακοήθεις όγκους (Cardillo 1990). Τα καλύτερα αποτελέσματα αναφέρονται από τον Corcione F. 1990, όπου η βιοψία με λεπτή βελόνα βοήθησε στη σωστή διάγνωση στο 94% των περιστατικών. Μια τελευταία εργασία από τον McGuirt NF. 1995 είναι αρκετά απογοητευτική για τη μέθοδο, αφού δίνει μεγαλύτερη ευαισθησία στην κλινική εκτίμηση για κακοήθεια (85%) από την βιοψία με λεπτή βελόνα (75%). Όμως η διαγνωστική αυτή μέθοδος είναι χρήσιμη σ' αρκετές περιπτώσεις οι οποίες θα συζητηθούν στο ειδικό μέρος όπου θα αναλυθούν και οι ακόλουθες εξεταστικές μέθοδοι σε συνδυασμό με τα δικά μας αποτελέσματα:

Υπερηχοτομογραφία, Αξονική Τομογραφία, Μαγνητική Τομογραφία και Αξονική και Μαγνητική Σιελογραφία.

2 ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

2.1 ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η υποτροπιάζουσα επώδυνη διόγκωση του αδένου κατά τη διάρκεια γεύματος, αλλά η πρώτη ένδειξη μπορεί να είναι μια οξεία ή υποξεία φλεγμονή. Κεντρικά της απόφραξης ο παρωτιδικός πόρος είναι διατεταμένος με κατακράτηση εκκρίματος και χρόνια φλεγμονή. Αιτίες απόφραξης είναι οι σιελόλιθοι, στενώσεις του πόρου, οίδημα ή ίνωση της θηλής, εξωγενής πίεση από μάζα ή διήθηση του πόρου από κακοήθη εξεργασία (Bailey, Loves 1981).

2.2 ΣΙΕΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Στους εκφορητικούς πόρους των σιελογόνων αδένων σχηματίζονται λίθοι από εναπόθεση αλάτων ασβεστίου σε κάποιο πυρήνα που αποτελείται από οργανικά υλικά. Τέτοια υλικά μπορεί να είναι αποφολιδωμένα επιθηλιακά κύτταρα, ξένα σώματα, μικρόβια ή προϊόντα αποσύνθεσης των μικροβίων. Μόνο το 10% των σιελολιθιάσεων παρατηρείται στις παρωτίδες, το μεγαλύτερο ποσοστό 83% εμφανίζεται στους υπογνάθιους αδένες και το υπόλοιπο 7% στους υπογλώσσους και στους ελάσσονες σιελογόνους αδένες. Για τη μεγαλύτερη συχνότητα εντόπισης της σιελολιθίασης στους υπογλώσσους αδένες ενοχοποιούνται η αυξημένη πυκνότητα βλεννίνης της σιέλου του υπογνάθιου αδένου, η έντονη κάμψη που εμφανίζει ο εκφορητικός του πόρος, οι αυξημένες πιθανότητες τραυματισμού του στομίου του εκφορητικού του πόρου και η στάση της σιέλου στο έδαφος του στόματος, που ευνοεί την κατακρήμνιση αλάτων (Καρακάσης 1986, Μανωλίδης 1983).

Κλινική εικόνα: Η σιελολιθίαση απαντά σε κάθε ηλικία, αλλά εμφανίζεται συχνότερα σε μεσήλικες. Οι λίθοι, όταν μεγαλώσουν αρκετά ώστε να παρακωλύουν τη ροή της σιέλου, προκαλούν περιοδικά απόφραξη του εκφορητικού πόρου που εκδηλώνεται με τα κλασικά συμπτώματα του σιελικού κωλικού και τη διόγκωση του πάσχοντα αδένου. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε περιόδους αυξημένης ροής σιέλου, όπως συμβαίνει

πριν η κατά τη διάρκεια ενός γεύματος ή ακόμη και μόνο με τη μυρωδιά ή τη γεύση τροφής που διεγείρει την έκκριση σιέλου. Σε κάποιες περιπτώσεις η ροή σιέλου δεν παρεμποδίζεται και τα παραπάνω συμπτώματα δεν παρατηρούνται, παρά μόνον όταν οι λίθοι φθάσουν στα στόμια των εκφορητικών πόρων και τα αποφράξουν. Σε ασυμπτωματικές σιελολιθιάσεις οι λίθοι καμιά φορά ανακαλύπτονται σαν τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, στις οποίες οι λίθοι προκαλώντας στάση στη ροή της σιέλου γίνονται αφορμή ανιούσας λοίμωξης των αδένων, που διαρκεί αρκετές ημέρες και εκδηλώνεται με πόνο και οίδημα. Έτσι, πολλές φορές και μάλιστα συχνότερα στην παρωτίδα η λιθίαση εκδηλώνεται με κλινική εικόνα οξείας φλεγμονής που κατά καιρούς υποτροπιάζει. Οι σιελολιθιάσεις ουδέποτε αποτελούν αιτία ξηροστομίας. (Καρακάσης 1986)

Η διάγνωση της σιελολιθίασης επιβεβαιώνεται ακτινογραφικά και με την ψηλάφηση. Οι ακτινοσκοπικοί λίθοι μπορεί να αναγνωρισθούν σε απλές ακτινογραφίες, ενώ οι ακτινοδιαπερατοί λίθοι εμφανίζουν εικόνα ελλείμματος στις σιελογραφίες. (εικ. 8). Επίσης, οι ακτινοσκοπικοί λίθοι χρειάζονται επιβεβαίωση με σιελογραφία για διαφορική διάγνωση τους από φλεβόλιθους (Moore 1985). Οι λίθοι στον εκφορητικό πόρο της παρωτίδας μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να φανούν σε ακτινογραφία των μαλακών ιστών της παρειάς, που λαμβάνεται σε φιλμ οπισθομυλικής ακτινογραφίας, το οποίο τοποθετείται στην προστομιακή αύλακα, καθώς επίσης και σε οπισθοπρόσθιες προβολές. Η σιελογραφία, όπως αναφέρθηκε, μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη λίθων αλλά συγχρόνως προσφέρει και χρήσιμες πληροφορίες για την ενδοαδενική εντόπιση κάποιων λίθων, καθώς και για τις βλάβες που μπορεί να έχουν προκληθεί στο σιελογόνο αδέν (Καρακάσης 1986). Η πιο συνηθισμένη χαρακτηριστική σιελογραφική εικόνα του σιελόλιθου είναι το ατρακτοειδές σχήμα, που διατείνει τον εκφορητικό πόρο περιβαλλόμενο από ακτινοσκοπικό υλικό (Moore 1985). Όταν οι σιελόλιθοι καταλαμβάνουν όλο τον αυλό του πόρου, πρέπει να γίνεται προσπάθεια για προσπέλαση του σκιαγραφικού και περιφερικά του λίθου, για να αναδεικνύεται καλύτερα η παρουσία του στρογγυλού ελλείμματος του λίθου. Αυτό όμως πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από φυσαλλίδες αέρα ή σιέλο. Μικρός λίθος, λίγο μεγαλύτερος του αυλού του πόρου, μπορεί να καλύπτεται από σκιαγραφικό και να απεικονίζεται σαν σκιαγραφικός κόμβος. Παρόμοια εικόνα όμως μπορεί να δώσει η ελικώση ή γωνίωση του πόρου. Επίσης, μπορεί να υπάρχει διάταση του πόρου κεντρικά του σιελόλιθου και ο σιελόλιθος να μετακινείται εντός του διατεταμένου πόρου και να συμπεριφέρεται σαν βαλβίδα. Οι κινητοί σιελόλιθοι, είναι δύσκολο να αφαιρεθούν χειρουργικά, σε σχέση με τους μή κινητούς που είναι καλύτερα να αφαιρούνται νωρίς πριν ακολουθήσει η διάταση του πόρου, που κάποτε παρουσιάζεται μέσα σε 1 ή 2 μήνες (Moore 1985). Η σιελογραφία αντενδείκνυται σε περιπτώσεις πυόρροιας του πόρου, για αποφυγή επιδείνωσης της ανιούσας λοίμωξης (Καρακάσης 1986, Voshizaki T. 1996). Έχει περιγραφεί η μέθοδος της Λιθοτριψίας (ESWL) για θεραπεία των λίθων των πόρων των μεγάλων σιελογόνων αδένων. Οι μεγάλοι σιελόλιθοι πάνω από 10 χιλ. μπορεί να δημιουργήσουν φαινόμενο Steinstraussen (συσσώρευση κατακερματισμένου λίθου εντός του πόρου), όμως τα συμπτώματα του πόνου και η διόγκωση υποχωρούν (Voshizaki T 1996).

2.3 ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΕΣ

2.3.1 Επιδημική Παρωτίτιδα

Είναι η συχνότερη αιτία παρωτιδικής διόγκωσης. Οφείλεται σε ιό και καταλαμβάνει επιδημικά τη μια ή και τις δυο παρωτίδες. Συνήθως προσβάλλονται παιδιά 6-8 ετών. Ο χρόνος επώασης διαρκεί 21 περίπου ημέρες. Η νόσος εκδηλώνεται με οίδηματώδη, μέτρια επώδυνη διόγκωση του αδένου που συνοδεύεται από μικρή συνήθως πυρετική κίνηση και διαρκεί μια περίπου εβδομάδα (Μανωλίδης 1983). Ετερόπλευρη διόγκωση μιας παρωτίδας μπορεί να εκληφθεί ότι είναι οδοντογενής λοίμωξη ή σιελαδενίτιδα άλλης αιτιολογίας, αλλά όταν η διόγκωση αυτή οφείλεται σε επιδημική παρωτίτιδα, τότε μετά από μια ή δυο μέρες συνήθως εμφανίζεται παρόμοια διόγκωση και στην άλλη πλευρά. Ενίοτε συνοδεύεται από διόγκωση των υπογναθίων, υπογλωσσίων καθώς και των τραχηλικών αδένων (Καρακάσης 1986, Moore 1985). Η νόσος μπορεί να προκαλέσει βαριές επιπλοκές, όπως ορχίτιδα, μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, πάρεση κρανιακών νεύρων, βαρηκοΐα (Μανωλίδης 1983). Μια σπάνια επιπλοκή είναι η νέκρωση των αδένων της υπερώας (Moore 1985).

2.3.2 Παρωτιτίδα σε AIDS από αδενιοϊό, που προκαλεί διόγκωση της παρωτίδας λόγω ανοσοκαταστολής, έχει περιγραφεί από τον Gelfand MS 1994.

2.3.3 Αλλεργική Παρωτιτίδα

Μερικές περιπτώσεις υποτροπιάζουσας διόγκωσης σιελογόνων αδένων μπορεί να είναι αλλεργικής αιτιολογίας. Παιδιά (Katzen 1969) και ενήλικες (Pearson 1961) μπορούν να προσβληθούν, παρ' όλο που είναι σπάνιο άνω των 20 ετών (Banks 1967). Παρατηρείται διόγκωση της παρωτίδας ετερόπλευρος ή αμφοτερόπλευρος, σπάνια επηρεάζονται οι υπογνάθιοι αδένες. Η διόγκωση παρατηρείται συχνά, 2-3 φορές την εβδομάδα, με διάρκεια 1-2 μήνες το χρόνο ακολουθώντας εποχιακά συμβάντα. Συνοδεύονται και με άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις, όπως ρινίτιδα, αγγειονευρωτικό οίδημα, άσθμα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν οίδημα του αδένου αλλά φυσιολογικό παρωτιδικό πόρο. Η εκκρινόμενη βλέννα από τον πόρο περιέχει ηωσινόφιλα (Moore 1985).

2.3.4 Οξεία Σιελαδενίτιδα

Αιτίες οξείας παρωτιτίδας, εκτός από το συνηθισμένο ιό της παρωτιτίδας, είναι άλλοι ιοί, όπως ο Coxsackie A, μη ειδικές βακτηριδιακές φλεγμονές ή πιο σπάνια ακτινομύκωση ή και φυματίωση. Η τελευταία μπορεί να επεκταθεί στην παρωτίδα από μόλυνση των γειτονικών λεμφαδένων. Οι βακτηριακές φλεγμονές προέρχονται από επέκταση φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας μέσω του εκφορητικού πόρου με δύο μηχανισμούς: ή από μείωση της έκκρισης σιέλου (αφυδάτωση, ακτινοθεραπεία, σύνδρομο του Sjogren) ή από μερική απόφραξη της έκκρισης (Bailey and Love's 1981).

2.3.5 Χρόνια Σιελαδενίτιδα (Υποτροπιάζουσα σιελαδενίτιδα)

Ακολουθεί μια οξεία σιελαδενίτιδα ή εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα δυσχέρειας της ροής του σιέλου, όπως σε στενώσεις των πόρων και στις σιελολιθιάσεις. Επίσης σαν επιπλοκή των συνδρόμων της ξηροστομίας (σιελώσεων), όπως του Sjogren Mikulicz. Στην παρωτίδα δημιουργείται τελικά σιελεκτασία με διεύρυνση του εκφορητικού δικτύου που φαίνεται στη σιελογραφία (Μανωλίδης 1983). Αν οι σιελογραφικές αλλοιώσεις περιορίζονται στην πλευρά της φλεγμονής, η πιο πιθανή αιτία της φλεγμονής είναι η απόφραξη, ενώ, αν τα ευρήματα είναι αμφοτερόπλευρα, το σύνδρομο του Sjogren, είναι ο πιο πιθανός προδιαθεσικός παράγοντας, ακόμα κι' αν ο πόνος και η διόγκωση είναι ετερόπλευρα. Όμως, η σιελολιθίαση μπορεί να είναι επιπλοκή του συνδρόμου του Sjogren, λόγω της μειωμένης ροής σιέλου (Bailey and Love's 1981). Έχει περιγραφεί αποφρακτική σιελαδενίτιδα μετά από εναποθέσεις αλάτων χρυσού (Zuazua JC 1996). Στα αρχικά στάδια, λόγω της προϊούσας ατροφίας των αδενοκυψελών και της λεμφοκυτταρικής

διήθησης, στα σιελογραφήματα εμφανίζονται σιελεκτασιακές βλάβες. Αργότερα, λόγω δημιουργίας ινώσεων, παρουσιάζονται και κλινικά αναγνωρίσιμες ινώδεις μάζες. Χαρακτηριστική είναι η σιελογραφική εικόνα της νόσου, που είναι διάστικτη από διευρύνσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται σαν δευτεροπαθείς σιελεκτασίες (Καρακάσης 1986).

2.3.6 Η Υποτροπιάζουσα σιελεκτασία της παιδικής ηλικίας Πρωτοπαθής Σιελεκτασία

Η υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα απαντά σε παιδιά ηλικίας 3 μηνών-10ετών και τότε αναφέρεται σαν πρωτοπαθής σιελεκτασία. Η νόσος πρωτοεμφανίζεται σε ηλικία 4-6 ετών. Χαρακτηριστική σιελογραφική εικόνα της νόσου είναι οι διάστικτες κεντρικές σιελεκτασίες δίκη "χιονοθύελλας", (παρ' όλο που είναι χαρακτηριστικό της υποτροπιάζουσας παρωτίτιδας των παιδιών, μπορεί να συνοδεύει και άλλες παθήσεις), όπως τη νόσο του Sjogren ή μετακτινική παρωτίτιδα. Η νόσος συνήθως αυτοϊάται και σπάνια παραμένει και μετά την ενηλικίωση (Bailey and Love's 1981, Καρακάσης 1986).

2.3.7 Η πυώδης παρωτίτιδα στα παιδιά μπορεί να καταλήξει σε δημιουργία αποστήματος (Nusen Howitz S και Husem H 1995).

2.3.8 Αντιδραστική λεμφαδενίτιδα ή υπερπλασία των λεμφαδένων που παρουσιάζονται σαν υποτροπιάζουσα παρωτιδική διόγκωση (Afify SE 1992).

2.3.9 Τοξοπλάσμωση των έξω ή ενδοπαρωτιδικών λεμφαδένων μπορεί να μιμηθεί όγκο της παρωτίδας (Kiner MN 1991).

2.3.10 Φυματίωση παρωτίδας πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από κακοήθεια του αδένου (Comeche Cerveron 1995).

2.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.4.1 Σύνδρομο του Sjogren

Ανήκει στις ρευματικές παθήσεις και αποτελείται από ποικιλία εκδηλώσεων όπως σύνδρομο των βλεννογόνων, οστεοαρθρικό, δερματικό σύνδρομο και γενικών συμπτωμάτων (Moore JR). Το σύνδρομο του Sjogren ορίζεται από τη συνύπαρξη τριών παθολογικών διαταραχών: την ξηροστομία, την ξηροφθαλμία που οδηγεί σε επιπεφυκίτιδα και τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sjogren 1933, 1951). Σε μικρό ποσοστό ασθενών δεν παρατηρείται η ρευματοειδής αρθρίτιδα, αλλά κάποια άλλη νόσος του συνδετικού ιστού αυτοάνοσης αιτιολογίας όπως είναι ο ερυθρηματώδης λύκος, η πολυμυοσίτιδα ή η οζώδης πολυαρτηρίτιδα (Bloch 1965). Το σύνδρομο του Sjogren παρατηρήθηκε σε 60,8% των ασθενών με CREST (Calcinosis, Raynaud, Esophageal dismobility, Sclerodactyly, Telangiectasia: Ασβεστοποιήσεις, Raynaud, Δυσκινησία οισοφάγου, Σκληροδακτυλία και Τελαγγιεκτασία) (Drossos AA 1991). Όταν το σύνδρομο εμφανίζεται χωρίς τη συνύπαρξη αυτοάνοσου νοσήματος, τότε αναφέρεται σαν νόσος του Mikulicz ή σαν καλοήθης λεμφοεπιθηλιακή βλάβη ή σαν σύνδρομο sicca (Καρακάσης 1986). Είναι επομένως πιθανό ότι η καλοήθης λεμφοεπιθηλιακή βλάβη μπορεί να αποτελεί μια ήπια μορφή τού συνδρόμου του Sjogren, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι οι πάσχοντες από καλοήθεις λεμφοεπιθηλιακές βλάβες θα καταλήξουν σε πλήρη εκδήλωση του συνδρόμου του Sjogren. Πιθανό να είναι δύο μορφές της ίδιας νόσου, που οφείλονται

σε κοινή αλλά μέχρι σήμερα άγνωστη αιτιολογία (Καρακάσης 1986). Ο όρος Mikulicz χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τη διόγκωση των ανάλογων αδένων, που συνοδεύεται από διόγκωση των λεμφαδένων και οφείλεται σε κάποια γενικευμένη νόσο, όπως σε λέμφωμα ή σε φυματίωση. Η χρησιμοποίηση του όρου αυτού προκαλεί σύγχυση και είναι άσκοπη (Καρακάσης 1986). Οι περισσότεροι ασθενείς είναι γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας με ιστορικό ρευματοειδούς αρθρίτιδος. Η διαγνωστική έρευνα ακολουθεί την κλινική εξέταση, τον προσδιορισμό της σιελικής ροής των παρωτίδων, τη σιελογραφία ενός αντιπροσωπευτικά προσβεβλημένου αδένα, το σπινθηρογράφημα και τέλος τη βιοψία ενός από τους ελάσσονες σιελογόνους αδένες.

Η ροή της σιέλου από την παρωτίδα μετρείται με κάλυψη της σιελικής θηλής και ταυτόχρονο γευστικό ερεθισμό με διάλυμα κιτρικού οξέος προς έκκριση σιέλου. Η φυσιολογική τιμή της δοκιμασίας αυτής στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών θεωρείται ότι είναι περίπου 1-2ml ανά λεπτό (Moore 1985). Ροή κάτω των 0,7 ή 0,5ml ανα λεπτό θεωρείται παθολογική. Η κλασική σιελογραφία με έγχυση υδατοδιαλυτής ακτινοσκιερής ουσίας στον εκφορητικό πόρο απεικονίζει κηλιδωτή σιλεκτασία, που είναι το χαρακτηριστικό σιελογραφικό εύρημα στο σύνδρομο του Sjogren. Το σκιαγραφικό υλικό συγκεντρώνεται σε διάσπαρτες μέσα στο παρέγχυμα συλλογές, που δίνουν εικόνα πολύ μικρών κηλίδων ή και μεγάλων σπηλαίων. Οι σχηματισμοί αυτοί θεωρούνται ότι προέρχονται από ρήξεις των εκφορητικών πόρων, που, καθώς έχουν διάφορα μεγέθη, δίνουν κάποτε την εικόνα "χιονοθύελας". Στα σπινθηρογραφήματα η πρόσληψη ραδιενεργού τεχνητίου από τους πάσχοντες σιελογόνους αδένες είναι μειωμένη.

Η βιοψία ενός ελάσσονα σιελογόνου αδένα, που είναι ασφαλέστερη και απλούστερη διαδικασία από τη βιοψία της παρωτίδας, εμφανίζει εστίες λεμφοκυτταρικής διήθησης. Εργαστηριακά, συνοδεύεται με αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών, ευρήματα αναιμίας, αύξηση του τίτλου ανοσοσφαιρινών IgG, IgM και IgA καθώς και με παρουσία του ρευματοειδούς παράγοντα. Επιπλοκή του συνδρόμου του Sjogren είναι η εμφάνιση λεμφώματος στους πάσχοντες σιελογόνους αδένες (Καρακάσης 1986) με 40 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο λεμφώματος σε γυναίκες με σύνδρομο του Sjogren παρά στο φυσιολογικό πληθυσμό (Moutsopoulos 1980). Έχει παρατηρηθεί μείωση της ροής της σιέλου και σύνδρομο του Sjogren σε 6% των περιστατικών με AIDS που φαίνεται να έχει σχέση με τη στοματική μονιλίαση που συνοδεύει αυτούς τους ασθενείς (Mandel 1992). Μεγάλα κυστικά μορφώματα ενίοτε στο σύνδρομο Sjogren μπορεί να μιμηθούν λεμφοεπιθηλιακές κυστικές αλλοιώσεις στο AIDS (Som PM 1995).

2.5 ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ

Μετά από θεραπευτική δόση ακτινοβολίας στους μεγάλους σιελογόνους αδένες προκαλείται οξεία φλεγμονή του αδένα. Εντός 24 ωρών παρατηρείται πρῶιμη εκφύλιση των ορογόνων κυττάρων και τοπική νέκρωση του παρεγχύματος (Kashina et al 1965). Οι πόροι είναι πιο ανθεκτικοί από το παρέγχυμα, επιβιώνουν και πολλαπλασιάζονται. Πιθανόν αναπαράγονται νέα κυψελιδικά κύτταρα απο το τελικό τμήμα των πόρων. Η διόγκωση και ευαισθησία της παρωτίδας παρατηρείται αμέσως μετά την ακτινοβολία και υποχωρεί σε 3-6 ημέρες. Η ξηροστομία παραμένει για αρκετό καιρό και εξαρτάται από τη δόση της ακτινοβολίας. Μερική βελτίωση της λειτουργίας της παρωτίδας μπορεί να παρατηρηθεί μέχρι και μετά από 2 χρόνια. Θεραπευτικές δόσεις ραδιενεργού ιωδίου, όπως αυτή της θεραπείας του καρκίνου του θηροειδούς αδένα, μπορεί να προκαλέσει ακτινική σιελαδενίτιδα που οφείλεται στον τρόπο που το επιθήλιο των πόρων συγκεντρώνει ιώδιο (Rigler and Scanlon 1955).

2.6 ΣΙΕΛΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Ακολουθούν βλάβη του αδένου και καταστροφή των πόρων είτε από τραυματισμό που επεκτείνεται στην επιφάνεια του δέρματος ή του βλεννογόνου είτε ως επιπλοκή χειρουργικής επέμβασης ή κακοήθους εξεργασίας. (Moore 1985).

2.7 ΣΙΕΛΩΣΕΙΣ

Σιελώσεις είναι οι μη νεοπλασματικές και οι μη λοιμώδους αιτιολογίας διογκώσεις των σιελογόνων αδένων (Thackray and Sabin 1972). Δεν υπάρχουν σιελογραφικές αλλοιώσεις εκτός από το μεγάλο μέγεθος των αδένων (Moore 1985).

2.7.1 Διαιτητική Σιέλωση

Κακή διατροφή συνοδεύεται με διογκωση των σιελογόνων αδένων (Gillmarn 1947 Du Plessis 1956) σε γυναίκες, μετά από εντατική μακροχρόνια δίαιτα αδυνατίσματος ή νευρική ανορεξία. Επίσης παρατηρείται σε αλκοολικούς (Mandel L 1997) λόγω ανεπάρκειας σε πρωτεΐνες, και βιταμίνες ή λιπώδη διήθηση. Η συνηθισμένη παχυσαρκία συνοδεύεται με διογκωση των σιελογόνων αδένων, ειδικά των παρωτίδων (Moore 1985).

2.7.2 Ορμονική Σιέλωση

Αμφοτερόπλευρος διογκωση των παρωτίδων παρατηρείται σε διαβητικούς, ειδικά μέσης ηλικίας και ηλικιωμένους παχύσαρκους ασθενείς. Δεν είναι σίγουρο αν η αιτία είναι ο σακχαρώδης διαβήτης ή η παχυσαρκία ή και τα δύο. Διογκωση σιελογόνων αδένων παρατηρείται στην ακρομεγαλία (Thomson 1974, Franke and Seige 1950). Διογκωση παρωτίδων έχει ανακοινωθεί και μετά από ωθηεκτομή (Korp 1953). Παρατηρείται επίσης σε μυξοίδημα από νόσο του Cushing (Καρακάσης 1986).

2.7.3 Φαρμακευτική Σιέλωση

Χρόνια συμπτωματική διογκωση σιελογόνων αδένων παρατηρείται σε ασθενείς μετά από λήψη phenylbutazone, isoproterenol και φαρμάκων για τη θεραπεία της θυρεοτοξίκωσης. Έχει περιγραφεί εκτεταμένη διογκωση μεγάλων και μικρών σιελογόνων αδένων σε ασθενή μετά από θεραπεία με neomercazole. Μεγάλη έκκριση σιέλου και διογκωση σιελογόνων αδένων παρατηρείται και στον ιωδισμό (Iodism) (Moore 1985).

2.8 ΣΑΡΚΟΕΙΔΩΣΗ

Μπορεί να προσβάλει τους σιελογόνους αδένες ή τους συνοδεύοντες λεμφαδένες. Εάν η πάθηση αφορά τους λεμφαδένες, μπορεί να ακολουθήσει επέκταση στους σιελογόνους αδένες. Οι παρωτίδες είναι οι πιο συχνά επηρεαζόμενες και, παρ' όλο που η μια πλευρά επηρεάζεται πριν την άλλη, αμφοτερόπλευρη διογκωση παρουσιάζεται σχεδόν πάντοτε. Η διογκωση είναι διάχυτη και ανώδυνη. Οι δακρυϊκοί και υπογνάθιοι λεμφαδένες μπορεί επίσης να διογκωθούν. Η διαφορική διάγνωση από το σύνδρομο του Sjogren, μπορεί να είναι πολύ δύσκολη, γιατί στη σαρκοείδωση παρουσιάζεται εκτός από τη διογκωση των σιελογόνων αδένων, ξηροστομία, καθώς και κερατοαμφιβληστροειδίτιδα (Moore 1985). Κάποτε η σαρκοείδωση συνοδεύεται με ραγοειδίτιδα, που προσβάλλει την ίριδα και το χοριοειδή χιτώνα, γνωστό σαν σύνδρομο Heerfordt (1909). Τα κρανιακά νεύρα πιθανόν να επηρεασθούν και ειδικά το προσωπικό, που εκδηλώνεται με παράλυση. Η σιελογραφία συνήθως είναι φυσιολογική (Moore 1985).

2.9 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ WEGENER

Μπορεί να προσβάλει τους σιελογόνους αδένες όπου, με την βοήθεια της εξέτασης C-ANCA, υπολογίζεται η δραστηριότητα (activity) της πάθησης (Lustmann J 1994).

2.10 ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ

Πρωτοπαθής νόσος των σιελογόνων αδένων προκαλεί σύνδρομο Sicca (ξηροστομία, ξηροφθαλμία) (Myssiorek D 1992).

2.11 ΠΛΑΣΜΟΚΥΤΩΜΑ

Συμπεριφέρεται σαν όλες τις εξωμυελικές εντοπίσεις της νόσου. Συνοδεύεται με πνευμονική αμυλοείδωση (Kerr PD 1991)

2.12 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ KIMURA: Είναι σπάνια νόσος. Παρατηρείται στους ανατολίτες. Πιστεύεται ότι είναι (immune Mediated inflammatory disorder) αυτοάνοσης φλεγμονώδους αιτιολογίας (Lim WE 1997). Παρουσιάζεται στην κεφαλή, λαιμό, παρωτίδα και λεμφαδένες (Som PM 1992). Οι λεμφαδένες αυτοί προσλαμβάνουν ραδιοϊσότοπα πρώτοι (Lim WE 1997). Η περιφερική ηωσινοφιλία του αίματος είναι ο κανόνας. Κλινικά είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί από κακοήγη όγκο, λέμφωμα, ή αιμαγγείωμα. Αναπτύσσεται ίνωση και σκλήρυνση των ιστών καθώς προχωρεί η νόσος. (Kimura)

2.13 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΛΕΜΦΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Είναι σπάνιες (Duplessis 1958), είναι πιο συχνές σε ασθενείς με συνυπάρχον σύνδρομο του Sjogren (Evans and Cruickshank 1970). Το 10% των ασθενών με ρευματοειδή πολυαρθρίτιδα είχαν καλοήγη λεμφοεπιθηλιακή αλλοίωση. Παρουσιάζεται σε ηλικίες από 2-74 ετών, εκδηλώνεται με πολλαπλές ή μονήρεις αλλοιώσεις και σπάνια συνοδεύεται με το σύνδρομο Sicca (Morgan και Castleman 1953, Bernier και Bhaskar 1958) Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του φυσιολογικού παρεγχύματος με λεμφοειδή ιστό που περιέχει επιθηλιακές νησίδες. Πολλοί συγγραφείς πιστεύουν ότι οι καλοήθειες λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις είναι εκδήλωση της νόσου του Mikulicz και του συνδρόμου του Sjogren (Ferlito 1980). Οι καλοήθειες λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις συνοδεύουν ασθενείς με AIDS. Η πλειονότητα αυτών των αλλοιώσεων, σύμφωνα με τους Kir Shenbaum KJ (1991), Kirshenbaum KJ (1991) και Charnik JJ (1990), περιέχουν συμπαγή τμήματα και δεν μπορούν να αποκαλούνται κυστικά. Το υγρό από τις κύστες που συνοδεύουν το AIDS, περιέχει υψηλά επίπεδα αμυλάσης, λεμφοεπιθηλιακά χαρακτηριστικά και έχει λεμφοειδή ιστολογία παρόμοια με αυτή που βλέπουμε στο AIDS. Η πιθανότητα αυτών των κύστεων να εξελιχθούν σε κακοήθειες είναι 1% και για τις συμπαγείς μάζες 40% (Huang RD 1991). Οι λεμφοεπιθηλιακές κύστες μπορεί να είναι μονόπλευρες (60,8%) ή αμφοτερόπλευρες (38,2%) (Som PM 1995, Som PM Michael D 1998, David E 1989). Μπορεί να συνοδεύονται με παράλυση του προσωπικού νεύρου (Watts J 1996). Η διάγνωση γίνεται με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, γιατί στους ασθενείς αυτούς η ολική παρωτιδεκτομή δεν είναι απαραίτητη (Watts J 1996 Bindou M 1996). Ο Goldstein 1992 εισηγείται ακτινοθεραπεία στους ασθενείς με AIDS και καλοήθειες λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις. Η διαφορική διάγνωση από άλλες κύστες της παρωτίδας και του παραφαρυγγικού χώρου είναι: βραγχιακές κύστες, όγκος του Warthin, κύστες σε σύνδρομο του Sjogren. Όλες έχουν όμοιο μικροοζώδες τοίχωμα (Som PM 1995).

2.14 ΟΓΚΟΙ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

Το 95% των ψηλαφητών αλλοιώσεων της παρωτίδας είναι νεοπλασματικής αιτιολογίας (Eneroth 1971). Οι όγκοι των παρωτίδων αποτελούν το 80% όλων των όγκων των σιελογόνων αδένων, ενώ οι όγκοι των υπογναθίων αδένων το 10% και των υπόλοιπων σιελογόνων αδένων το 10% (Leegaard 1970). 85% των παρωτίδικών όγκων εντοπίζονται

στον κάτω και επιπολής λοβό της παρωτίδας και οι υπόλοιποι καταλαμβάνουν τον άνω και εν τω βάθει λοβό. Οι όγκοι των σιελογόνων αδένων αποτελούν το 3% όλων των νεοπλασμάτων της κεφαλής και του τραχήλου (Bjorklund 1980). Ενώ η πλειονότητα (80%) των παρωτιδικών όγκων είναι καλοήθης, μόνο το 2/3 των όγκων των υπογναθίων και το 1/2 των όγκων των σιελογόνων αδένων της σκληρής υπερώας είναι καλοήθεις. Ο πιο συχνός αγγειακός όγκος της παρωτίδας στα παιδιά είναι το λεμφαγγείωμα και ο πιο συχνός μη αγγειακός όγκος είναι το πολύμορφο αδένωμα (Schuller 1977), ενώ το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα είναι ο πλέον συχνός κακοήθης όγκος. Οι κακοήθεις όγκοι της παρωτίδας συνοδεύονται σ' ένα 12% με παράλυση του προσωπικού νεύρου και 60% των περιστατικών με παράλυση του προσωπικού νεύρου έχουν μεταστάσεις στην παρωτίδα (Conley 1973). Ο πόνος παρουσιάζεται σ' ένα 5,1% των καλοήθων και σ' ένα 6,5% των κακοήθων όγκων της παρωτίδας όμως οι ασθενείς με κακοήθη όγκο και πόνο έχουν χειρότερη πρόγνωση (5ετής επιβίωση 35%) από αυτούς χωρίς πόνο (5ετής επιβίωση 68%) (Eneroth 1972).

2.14.1 Σταδιοποίηση - Κατάταξη

Κλινική σταδιοποίηση Παρωτιδικών όγκων κατά Spiro RH 1975

Στάδιο T1	Στάδιο T2	Σταδιο T3
0-3 εκ. διάμετρος Μονήρης Κινητός	3,1-6εκ. διάμετρος Μονήρης Κινητός ή καθηλωμένος στο δέρμα	6 εκ. ή μεγαλύτερη διάμετρος.
Προσωπικό νεύρο άθικτο	Προσωπικό νεύρο άθικτο	Πολλαπλός όγκος Εξέγκωση Καθηλωμένος στους υποκείμενους ιστούς Δυσλειτουργία προσωπικού νεύρου

TNM Κατάταξη όγκων σιελογόνων αδένων κατά Levitt 1981

Στάδιο I	T1, N0, M0 T2, N0, M0
Στάδιο II	T3, N0, M0
Στάδιο III	T1, N1, M0 T2, N1, M0 T4α, N0, M0 T4β, N0, M0
Στάδιο IV	T3, N1, M0 T4α, N1, M0 T4β, N1, M0 Κάθε T, N και M1

T0 Μη κλινική ένδειξη για πρωτοπαθή όγκο
T1 Όγκος 0,1-2 εκ διάμετρος χωρίς σημαντική τοπική επέκταση.

- T2 Όγκος 2,1-4 εκ διάμετρος χωρίς σημαντική τοπική επέκταση.
 T3 Όγκος 4,1-6 εκ διάμετρος χωρίς σημαντική τοπική επέκταση.
 T4α Όγκος > 6 εκ. διάμετρος χωρίς σημαντική τοπική επέκταση.
 T4β Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με σημαντική τοπική επέκταση.
 N0 Χωρίς λεμφαδενοπάθεια της παρακείμενης περιοχής.
 N1 Με λεμφαδενοπάθεια της παρακείμενης περιοχής.
 Nx Οι λεμφαδένες της παρακείμενης περιοχής δεν εκτιμήθηκαν.
 M0 Χωρίς απομεμακρυσμένες μεταστάσεις.
 M1 Με απομεμακρυσμένες μεταστάσεις όπως σε οστά και πνεύμονες.

Όγκοι Σιελογόνων Αδένων (ταξινόμηση σύμφωνα με Ackerman 1996)

A Επιθηλιακοί Όγκοι

Ταξινόμηση

- α) Όγκοι με στρωματική διαφοροποίηση
 - πολύμορφο αδένωμα (καλοήθεις μικτοί όγκοι)
 - κακοήθης μικτός όγκος
- β) Όγκοι με οξύφιλη (ογκοκυτταρική) διαφοροποίηση
 - οξύφιλο αδένωμα
 - οξύφιλο καρκίνωμα (κακόηθες ογκοκύττωμα)
 - όγκος του Warthin
- γ) Μονόμορφο αδένωμα
 - βασικοκυτταρικό αδένωμα και αδενοκαρκίνωμα
- δ) Όγκοι με σμηγματογόνο διαφοροποίηση (Sebaceous differentiated)
 - σμηγματογόνο αδένωμα
 - σμηγματογόνο λεμφαδένωμα
 - σμηγματογόνο καρκίνωμα
 - σμηγματογόνο λεμφαδενοκαρκίνωμα
- ε) Όγκοι με μυοεπιθηλιακή διαφοροποίηση
 - μυοεπιθηλιώματα
- στ) Όγκοι με διαυγαστική διαφοροποίηση
- ζ) Βλεννοεπιδερμικό καρκίνωμα
- η) Καρκίνωμα απο κύτταρα των λοβίων ή κυψελιδικό (acinic cell carcinoma)
- θ) Αδενοκυστικό καρκίνωμα (adenoid cystic carcinoma)
- ι) Όγκοι του σιελογόνου πόρου
 - θήλωμα
 - καρκίνωμα
- κ) Καρκίνωμα των τελικών πόρων (terminal duct carcinoma)
- λ) Θηλώδες αδενοκαρκίνωμα
- μ) Μαλπιγγιακό καρκίνωμα ή εκ πλακώδους επιθηλίου (squamous cell carcinoma)
- ν) Μικροκυτταρικό καρκίνωμα (small cell Ca)
- ξ) Καρκίνωμα τύπου λεμφοεπιθηλιακού (μεταξύ των Εσκιμών και Κινέζων με οικογενή επινέμηση)

B Κακόηθες Λέμφωμα

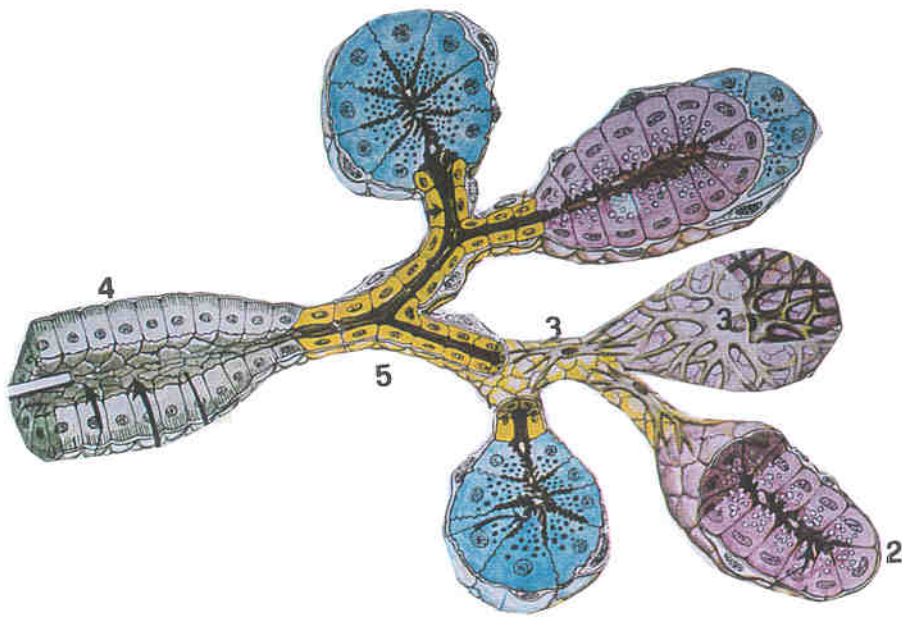
- πλασμοκύττωμα
- Νόσος του Hodgkin

Γ Άλλα Πρωτοπαθή Νεοπλάσματα

- α) Αγγειακά
 - τριχοειδές αιμαγγείωμα
 - αιμαγγειοπερικύττωμα
- β) Λίπωμα
- γ) Σβάνωμα
- δ) Ραβδοκύττωμα
- ε) Εμβύωμα (σιελοβλάστωμα)
- στ) Τεράτωμα
- ζ) Σάρκωμα
- η) Όγκοι απο γιγαντοκύτταρα
- θ) Μεταστατικοί όγκοι
- ι) Καλοήθεις λεμφοεπιθηλιακές κύστεις και αλλοιώσεις με συσχέτιση του HIV
- κ) Νόσος του Mikulicz
- λ) Σύνδρομο του Sjogren

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΟΓΚΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΤΑ REGEZI-BATSAKI 1977

Φυσιολογικός ιστός	Όγκος
Εκφορητικός πόρος	Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου Βλεννοεπιδερμικό καρκίνωμα
Λοβίο	Καρκίνωμα απο κύτταρα των λοβίων Μικτοί όγκοι Μονόμορφο αδένωμα Βλεννοεπιδερμοειδής όγκος
Βλεννοεπιθήλιο	Αδενοκυστικό καρκίνωμα
Γραμμωτός πόρος	Αδενοκαρκίνωμα Ογκοκύττωμα



Σχ.9

ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΤΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ
ΑΔΕΝΩΝ

τόξα - Μεσολόβιος εκφορητικός πόρος

2 - αδένιο

3 - βλενοεπιθηλιακά κύτταρα

4 - γραμμωτοί πόροι

5 - εμβόλιμοι πόροι

ΟΓΚΟΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΕΙΜΕΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΤΑ BATSAKIS JG 1979

Αγγειακοί

Πρωτοπαθές αιμαγγείωμα παρωτίδας
Λεμφαγγείωμα
Αρτηριοφλεβική αναστόμωση (ανεύρυσμα)
Αγγειοσάρκωμα

Λεμφοδίκτυοκυτταρικό σύστημα

Λέμφωμα (πρωτοπαθές-δευτεροπαθές)
Άτυπη λεμφοδίκτυοκυτταρική υπερπλασία (ψευδολέμφωμα)
Ιστιοκυττάρωση
Λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (με ή χωρίς το σύνδρ. του Sjogren)
Καλοήθης αντιδραστική υπερπλασία

Νευρικός ιστός

Νευρίνωμα
Νευρινοσάρκωμα
Νευριλήμμωμα
Τραυματικό νεύρωμα Νευροεπιθηλιακός όγκος (σάρκωμα)
Κοκκιωδοκυτταρικός όγκος
Μηνιγγίωμα

Μυϊκός ιστός

Ραβδομυοσάρκωμα
Ραβδομύωμα
Νεογνικό ραβδομύωμα
Υπερτροφία μασητήρος μυός
Λειομύωμα
Λειομυοσάρκωμα

Ινώδης και ιστοκυτταρικός ιστός

Ινώδης ουλή ή χειλοειδές
Ινοσάρκωμα
Ινομάτωση
Ιστιοκύττωμα και παραλλαγές

2.14.2 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

2.14.2.1 Πολύμορφο Αδένωμα

Αποτελεί το 60-70% όλων των νεοπλασμάτων των μεγάλων σιελογόνων αδένων (Eneroth 1971, Evan 1970, Foote 1953, Thakray 1975). Περίπου το 84% εντοπίζεται στην παρωτίδα και μόνο το 8% στους υπογνάθιους, 6,5% στους μικρούς και 0,5% στους υπογλώσσιους σιελογόνους αδένες (Batsakis 1979, Evans 1970). Αμφοτερό-πλευρος εντόπιση είναι εξαιρετικά σπάνια (Turnbull 1969). Συχνότερο στις γυναίκες και πιο συχνά στην ηλικία των 40-50 και σπάνια σε παιδιά και ηλικιωμένους (Moore 1985).

Χαρακτηριστικό του όγκου είναι η μεγάλη ποικιλία ιστολογικών μορφών σε διάφορες θέσεις, γι' αυτό και η ονομασία "πολύμορφο". Ιστολογικά τα πολύμορφα αδενώματα εμφανίζουν αρθροίσεις μυοεπιθηλιακών και μεσεγγυματικών κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν αδένες, πόρους, λωρίδες ή φύλλα, ενώ οι συνδετικογενείς στρωματικοί ιστοί έχουν εμφάνιση που μοιάζει με ινώδη ιστό ή, λόγω μεταπλάσεων, με μιξώδη ιστό ή με χόνδρο και πολύ σπάνια με οστό ή λίπος (Stanely 1987). Ασβεστοποιήσεις ειδικά σε μεγάλη ηλικία καλοήθων πολύμορφων αδενωμάτων, έχουν περιγραφεί (Harrison JD 1991). Ο όγκος μπορεί να περιβάλλεται από λεπτή κάψα, η οποία συχνά είναι διηθη-μένη από επεκτάσεις των νεοπλασματικών κυττάρων προς αυτήν. Γι' αυτόν το λόγο η περικαψική εκτομή του όγκου, αντί της επιπολής παρωτιδεκτομής, οδηγεί σε υπο-τροπή του πολύμορφου αδενώματος σ' ένα 20-40% των περιστατικών (Moore 1985). Έχουν επίσης περιγραφεί εμφυτεύσεις πολύμορφου αδενώματος στο άνω μέρος του λαιμού, 4 χρόνια μετά από χειρουργική αφαίρεση πολύμορφου αδενώματος παρω-τίδας (Ferlito 1991). Πολύμορφα αδενώματα εντοπισμένα στην επικουρική παρωτίδα διαφέρουν ιστοπαθολογικά από αυτά του κύριου παρωτιδικού αδένου (Horris A 1997).

Όταν είναι πρωτοπαθείς, είναι συνήθως μονήρεις, ενώ μετά την υποτροπή εμφα-νίζονται συνήθως πολλαπλοί. Τα πολύμορφα αδενώματα έχουν καλοήθη συμπε-ριφορά, δηλ. δεν διηθούν το προσωπικό νεύρο και δεν δίνουν μεταστάσεις (Moore 1985, Καρακάσης 1986). Κάποτε μπορεί να αποκτήσουν πολύ μεγάλες διαστάσεις, οπότε εμφανίζονται σαν συμπαγείς, ακίνητοι και λοβώδεις όγκοι. Μετά απο περίοδο 20-30 χρόνων, μερικά πολύμορφα αδενώματα μπορεί ξαφνικά να μεγαλώνουν λόγω εξαλλαγής τους σε καρκίνωμα (Main 1976). Κάποτε είναι δύσκολη η διαφορική διάγν-ωση καλοήθους από κακόηθες πολύμορφο αδένωμα. Τα κριτήρια που βοηθούν στην εκτίμηση της κακοήθειας του όγκου είναι η παρουσία μικρονεκρώσεων, δυστροφικών ασβεστοποιήσεων, άτυπης μίτωσης, εκτεταμένης υαλοειδούς εκφύλισης του όγκου και συμπαγών περιοχών που παρομοιάζονται με λοβώδες καρκίνωμα του μαστού. (Batsakis 1979 και Li Volsi 1977).

2.14.2.2 Αδενολέμφωμα (Όγκος του Warthin)

Αποτελεί το 2-6% όλων των όγκων της παρωτίδας και είναι ο δεύτερος πιο συχνός καλοήθης όγκος των σιελογόνων αδένων. Σχεδόν πάντα εντοπίζεται στην παρωτίδα, παρ' όλο που μπορεί να προέρχεται απο λεμφαδένες έξω η ενδοπαρωτιδικούς (Batsakis 1978 και Bernier 1958). Σ' ένα μεγάλο αριθμό ασθενών παρατηρείται πολλαπλή ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση (Dietert 1975). Στις περιπτώσεις με πολλαπλές πρωτοπαθείς εστίες, κάποτε, μετά την αφαίρεση της πρώτης, είναι δυνατό να μεγεθυνθεί και να γίνει αντιληπτή κάποια άλλη, δίνοντας την εντύπωση υποτροπής (Καρακάσης 1986). Το αδενολέμφωμα παρουσιάζεται σε οποιάδήποτε ηλικία, αλλά όχι στην παιδική, συνήθως δε παρατηρείται σε ασθενείς άνω των 40 ετών με μεγαλύτερη συχνότητα 3:1 (Main 1976) μέχρι και 94% στους άνδρες (Beach 1960). Είναι καλώς αφοριζόμενος, μαλακός και κυστικός και περιέχει κρεμώδες υλικό παρόμοιο με πύο ή νεκρωμένο ιστό (Stanley 1987). Σχετικά με την παθογένεια του όγκου, η επικρατέστερη άποψη δέχεται ότι ο όγκος προέρχεται απο πολλαπλασιασμό των κυττάρων των εκφορητικών πόρων εκτόπων σιελογόνων αδένων εντός των λεμφαδένων, που εντοπίζονται εντός και εκτός του παρεγχύματος της παρωτίδας. Λειτουργικές ανοσοβιολογικές μελέτες σε συνδυασμό με μορφολογικές παρατηρήσεις υποστηρίζουν το γεγονός ότι το λεμφοειδές τμήμα του αδενολεμφώματος προέρχεται από προϋπάρχοντα λεμφαδένα (Howard 1982, Tubbs 1980). Η προέλευση του αδενολεμφώματος από λεμφαδένες δικαιολογεί και τη συχνή εντόπιση του στον κάτω πόλο της παρωτίδας. Ορισμένοι όγκοι ευρίσκονται κάτω από το

ους, επιπροβαλλόμενοι επί του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Τείνουν να είναι επιπολείς και ευκίνητοι, μιμούμενοι κύστη ιδρωτοποιού αδένου (JR Moore 1985). Κακοήθης εξαλλαγή του όγκου έχει ανακοινωθεί μόνο σε 6 περιστατικά στη διεθνή βιβλιογραφία (McClatchen 1982). Το αδενολέμφωμα προσλαμβάνει 99mTcO₄- και ελέγχεται ως θερμός όζος στο σπινθηρογράφημα (Stebher 1968).

2.14.2.3 Μονόμορφα Αδενώματα

Είναι πολύ σπάνια και προέρχονται:

- A.** Από το τελικό τμήμα των πόρων
 1. βασικό αδένωμα
 2. αδένωμα του σιελογόνου πόρου
 3. clear cell αδένωμα

- B.** Από τους τελικούς ή γραμμωτούς πόρους
 1. αδένωμα των σμηγματογόνων πόρων
 2. λεμφαδένωμα των σμηγματογόνων πόρων

- Γ.** Από τους γραμμωτούς πόρους
 1. ογκοκύττωμα
 2. κυσταδενολέμφωμα

- Δ.** Από το κεντρικό τμήμα των πόρων
 1. βλεννώδες αδένωμα
 2. επιδερμοειδές θήλωμα

2.14.2.4 Βασικό αδένωμα

Αποτελεί το 54% όλων των μονόμορφων αδενωμάτων και το 1-3% όλων των όγκων της παρωτίδας (Batsakis 1981 Nagao 1982). Κυρίως παρατηρείται σε γυναίκες άνω των 60 χρόνων, αλλά μπορεί να περιλάβει και όλες τις ηλικίες από 32-87 χρόνων. Οι συνήθεις τόποι εντόπισης των όγκων είναι οι παρωτίδες και οι μικροί σιαλογόνοι αδένες των άνω χειλέων και πιο σπάνια οι υπογνάθιοι σιελογόνοι αδένες (Stanely 1987). Τα βασικά αδενώματα είναι στρογγύλα ή ωοειδή περιβαλλόμενα από κάψα λεπτού ινώδους ιστού. Έχουν γκριζόλευκο χρώμα και σε αρκετές περιπτώσεις κυστικούς σχηματισμούς, που περιέχουν βλεννώδες υγρό στο κέντρο του όγκου.

Γενικά τα μονόμορφα αδενώματα είναι μικρότερα σε μέγεθος από τους μικτούς όγκους, με μέγιστη διάμετρο λιγότερη των 2εκ. Ο ρυθμός υποτροπής του βασικού αδενώματος είναι χαμηλός. Το μεμβρανώδες μονόμορφο αδένωμα, όμως, έχει διαφορετική συμπεριφορά (3 απο τα 8 περιστατικά παρουσιάζουν υποτροπή).

2.14.2.5 Μυοεπιθηλίωμα

Σπάνιο είδος μονόμορφου αδενώματος, που αναλογεί σε λιγότερο του 1% όλων των όγκων των σιελογόνων αδένων (Karlay 1968), παρουσιάζεται στην 6η δεκαετία. Η κακοήθης μορφή είναι εξαιρετικά σπάνια (Batsakis JG 1981, 1979, Sciubba JJ 1982). Αυτή η παραλλαγή παρατηρείται σαν τμήμα του κακοήθους μικτού όγκου.

2.14.2.6 Ογκοκύττωμα

Ή οξύφιλο αδένωμα αποτελεί λιγότερο από το 1% όλων των όγκων των σιελογόνων αδένων. Συνήθως, επηρεάζονται ασθενείς γύρω στα 72 (Batsakis JG 1979, Johns ME 1977). Το χαρακτηριστικό του ογκοκυττώματος είναι η παρουσία αληθών ογκο-κυττάρων, που

περιέχουν μεγάλο αριθμό μιτοχοντρίων. Συμπαγή ογκοκυτταρικά οζίδια πρέπει να θεωρούνται κακοήθη. Τα καθαρά ογκοκυττώματα σπάνια είναι κακοήθη.

2.14.2.7 Όγκοι Σμηγματογόνων κυττάρων

Σμηγματογόνα κύτταρα υπάρχουν συχνά εντός του φυσιολογικού ιστού των σιελο-γόνων αδένων και σπάνια αναπτύσσουν όγκους, όπως σμηγματογόνα λεμφαδενώματα και αδενώματα (Gnepp 1983).

2.14.2.8 Σμηγματογόνο Λεμφαδένωμα

Είναι καλοήθης όγκος των παρωτίδων. Ο όγκος αποτελείται από σμηγματογόνους αδένες και σωλήνες σε υπόστρωμα λεμφοειδούς ιστού. Παρατηρείται σε γυναίκες μέσης και μεγάλης ηλικίας. Συγκρίνεται με τον όγκο του Warthin και οι δυο όγκοι προέρχονται από τους πόρους των σιελογόνων αδένων κλεισμένων μέσα σε λεμ-φαδένα. Το σμηγματογόνο λεμφαδένωμα προέρχεται από τα μικρά μεσολοβιακά σωληνάκια, ενώ ο όγκος του Warthin από τους ραβδωτούς πόρους (Grepp 1983).

2.14.2.9 Σμηγματογόνο Αδένωμα

Αποτελείται από πολλούς σμηγματογόνους αδένες και μεγάλες κυστικές κοιλότητες. Είναι πολύ σπάνιος όγκος (Gnepp 1983), που ο Batsakis (1979) το θεωρεί μη επιβεβαιωμένη οντότητα.

2.14.2.10 Άλλα Μονόμορφα Αδενώματα

Αδενώματα των πόρων των σιελογόνων αδένων, βλεννώδες αδένωμα, επιδερμοειδές θηλώδες αδένωμα είναι ασυνήθη (Batsakis J G 1981).

2.14.3 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

2.14.3.1 Κακοήθεις Επιθηλιακοί Όγκοι

Υπολογίζεται ότι η συχνότητα των πρωτοπαθών κακοήθων όγκων των σιελογόνων αδένων είναι 10-15% (Eneroth GM 1971, Foote FW 1953, Kolnikem 1977). Η σχέση της συχνότητας των κακοήθων όγκων στους τρεις μεγάλους σιελογόνους αδένες: παρωτίδες, υπογνάθιους και υπογλώσσιους, είναι 40:10:1 αντιστοίχως (Eneroth CM 1971, Scolnik GM 1977). Η πλειονότητα των όγκων των υπογλώσσιων σιελογόνων αδένων είναι κακοήθεις (Rankow RM 1969). Ο πιο συχνός κακοήθης όγκος των παρω-τίδων είναι το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, ακολουθούμενο από τον κακοήθη μεικτό όγκο και το κυψελιδικό καρκίνωμα.

2.14.3.2 Βλεννοεπιδερμοειδές Καρκίνωμα

Προέρχεται από επιθηλιακά κύτταρα των μεσοενδολοβιακών και ενδολοβιακών σιελογόνων πόρων (Batsakis JG 1980 Eversole LR 1971). Περιέχει επιθηλιακά κύτταρα επιδερμοειδούς τύπου που παράγουν βλέννα. Έχουν περιγραφεί πολλαπλές μη συσχετιζόμενες χρωμοσωματικές ανωμαλίες σ' αυτό το είδος του όγκου (Nordkrist A 1992). Είναι πιο συχνό στην 5η δεκαετία, παρόλο που είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος των σιελογόνων αδένων στα παιδιά (Chong GC 1975, Krolls SO 1972). Κυρίως προσβάλλει γυναίκες, 2-4 φορές συχνότερα από τους άνδρες (Healey WV 1970, Spiro RH 1978). 60-70% εντοπίζεται στην παρωτίδα, 15-20% στη στοματική κοιλότητα και 6-10% στους υπογνάθιους αδένες. Πολύ σπάνια εντοπίζεται στο λάρυγγα (έχουν ανακοινωθεί 87 περιστατικά) (Lippert Bus. 1992). Όλοι οι βλεννοεπιδερμοειδείς όγκοι είναι κακοήθεις,

ακόμη δε και η πλέον καλώς διαφοροποιημένη μορφή κάποτε συνοδεύεται με μεταστάσεις (Stanley WC 1987).

Παρόλο που οι χαμηλής κακοήθειας όγκοι ποικίλουν σε μέγεθος, σπάνια υπερβαίνουν τα 3 εκ σε μέγιστη διάμετρο. Οι πιο κακοήθεις τύποι είναι φτωχά περιγεγραμμένοι και διηθούν τους γειτονικούς ιστούς σαν κύριο χαρακτηριστικό τους. Συχνά συνοδεύονται με περινευρική διήθηση και μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Stanley WC 1987). Το ποσοστό υποτροπής του βλεννοεπιδερμοειδούς καρκινώματος είναι μεγάλο, 75% (Stevenson GF 1953) και 30% (Batsakis 1978, 1980). Ο χρόνος επιβίωσης εξαρτάται από τον βαθμό κακοήθειας του όγκου, με 15 χρόνια επιβίωσης για το 48% των ασθενών με χαμηλής κακοήθειας καρκινώματα, σε σύγκριση με το 25% για ασθενείς με υψηλής κακοήθειας καρκινώματα.

2.14.3.3 Καρκινώματα από κύτταρα των λοβίων

Επηρεάζει ασθενείς μέσης και μεγάλης ηλικίας, παρ' όλο που μπορεί να εμφανισθεί σε κάθε ηλικία. Πιο συχνός στις γυναίκες (Oliveira 1992) και συχνά ανευρίσκεται στους σιελογόνους αδένες των παιδιών (Stanley 1987). Σε μερικές περιπτώσεις εντοπίζεται σε έκτοπο ιστό σιελογόνων αδένων σε λεμφαδένες της μέσης ή κάτω αυχενικής περιοχής (Perzin KH 1980), ακόμα και στην τραχεία και ιγμόρεια (Horowitz Z 1994). Ο όγκος προέρχεται από εφεδρικά κύτταρα των τελικών πόρων ή των εμβόλιμων πόρων (πάντα αναπτύσσονται σε πιο ώριμα κυψελιδικά κύτταρα) (Batsakis 1980, 1 + 2). Η παρωτίδα είναι η πρωτοπαθής εστία σε 99% των περιστατικών (Batsakis 1980). Σπάνια εντοπίζεται στους υπογνάθιους αδένες και στη στοματική κοιλότητα. Αποτελεί το 2-4% των παρωτιδικών όγκων και το 17% των καρκίνων της παρωτίδας, είναι δεύτερος σε συχνότητα μετά τον όγκο του Warthin σε αμφοτερόπλευρο εντόπιση, που κειμένεται γύρω στο 3% (Batsakis 1980 (1), Perzin 1979, Spiro RH 1978 Turbull AD 1969). Σαν σύνολο, το καρκίνωμα από κύτταρα των λοβίων συμπεριφέρεται σαν χαμηλής κακοήθειας όγκος, που παρ' όλο που έχει μεγάλη τάση τοπικής υποτροπής, σπάνια έχει μεταστάσεις. (Stanely 87). Από τα 15 περιστατικά μιας πιο πρόσφατης σειράς (Oliveira P 1992), τα 10 είχαν υποτροπή, τα 3 παρουσίασαν μεταστάσεις και ένα κατέληξε σε θάνατο. Δεν βρέθηκε καμιά σχέση της κλινικής παρουσίας του όγκου με το περιεχόμενο DNA. Η θνησιμότητα από τον όγκο αυτό εξαρτάται από το είδος της επέμβασης και εισηγείται τη ριζική παρωτιδεκτομή για αποφυγή της υποτροπής. Ο χρόνος επιβίωσης με πλήρη θεραπεία είναι 76%, 63% και 55% για 5, 10 και 15 χρόνια αντιστοίχως (Spiro RH 1978) ή 76%, 63%, 44% (Perzin RF 1979).

2.14.3.4 Αδενοκυστικό Καρκίνωμα

Είναι ο πλέον συχνός όγκος των υπογναθίων υπογλωσσίων και μικρών σιελογόνων αδένων. Αποτελεί το 14% των όγκων της παρωτίδας και 31% των υπογναθίων (Perzin RH 1978 Spiro RH 1974). Οι πλειονότητα των όγκων παρουσιάζεται στις ηλικίες μεταξύ των 40 μέχρι 70 ετών (Michael L 1987). Οι όγκοι των υπογναθίων αδένων παρατηρούνται κυρίως σε γυναίκες, αλλά στους έκτοπους αδένες δεν έχουν διαφορά συχνότητας ανάμεσα στα δύο φύλα. Η πρωτοπαθής εστία αυτών των όγκων είναι τα εφεδρικά επιθηλιακά κύτταρα στους εμβόλιμους πόρους, που διαφοροποιούνται σε επιθηλιακό και μυοεπιθηλιακό τύπο (Batsakis JG (2) 1980, Ibid 1979). Αν το χειρουργικό παρασκεύασμα είναι μεγάλο, η διάγνωση γίνεται εύκολα, αλλά αν είναι μικρό υπάρχει πρόβλημα στη διαφοροδιάγνωση από μικτούς όγκους, βασικό αδένωμα και διαφοροποιημένο βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα. Σαν κανόνας το αδενοκυστικό καρκίνωμα μεγαλώνει πολύ αργά και επεκτείνεται στους γειτονικούς ιστούς. Αργά στην πορεία του προκαλεί αιματογενείς μεταστάσεις στους πνεύμονες και οστά. Παρατηρούνται κάποτε και

μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Ibid 1979 Bosch 1980). Οι μεταστάσεις στους πνεύμονες, όμως, είναι τρεις φορές συχνότερες από τις μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Crahe 1977). Αυτοί οι όγκοι έχουν μεγάλη τάση να διηθούν τον περινευρικό χώρο και να επεκτείνονται σε μεγάλες αποστάσεις μέσω αυτής της οδού, 59% του αδενοκυστικού καρκινώματος επεκτείνεται στους περινευρικούς ιστούς. Ο χρόνος επιβίωσης με πλήρη θεραπεία (Perzin 1978) είναι για 5, 10, 15 και 20 χρόνια 31%, 18%, 10% και 7% αντιστοίχως (Spiro 1974).

2.14.3.5 Κακοήθεις Μικτοί Ογκοί

Το 75% αυτών των όγκων παρατηρείται στην παρωτίδα και το υπόλοιπο ποσοστό στους υπογνάθιους και μικρούς σιελογόνους αδένες (Livolsi 1977, Spiro 1970). Αποτελούν το 3-12% όλων των όγκων των σιελογόνων αδένων και 2% όλων των όγκων μ' αυτήν την εντόπιση (Spiro 1977). Ασθενείς με κακοήθεις μικτούς όγκους είναι 10-20 χρόνια μεγαλύτεροι από αυτούς με τους καλοήθεις μικτούς όγκους. Είναι πολύ επιθετικοί όγκοι. Το ποσοστό υποτροπής στα 5 ή περισσότερα χρόνια είναι 40-70% και το ποσοστό μεταστάσεων στους γειτονικούς λεμφαδένες είναι 25% και στα απομακρυσμένα όργανα 33% (Beahrs 1957 Moberjer 1968). Ο χρόνος επιβίωσης με πλήρη θεραπεία για 5, 10, 15 χρόνια μετά τη θεραπεία είναι 40%, 24% και 17% αντιστοίχως.

2.14.3.6 Αδενοκαρκίνωμα

Αποτελεί το 4% των όγκων των σιελογόνων αδένων. Υπάρχουν διάφοροι τύποι όπως το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα, το καρκίνωμα του πόρου των σιελογόνων αδένων το intercalated duct καρκίνωμα. Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 2,8% των όγκων της παρωτίδας. Ο (Blank 1971) χωρίζει αυτούς τους όγκους σε διηθητικούς και μη διηθητικούς. Οι ασθενείς με διηθητικό τύπο έχουν σε ποσοστό 20% 20 χρόνια επιβίωσης ενώ με μη διηθητικό τύπο 40%. Το καρκίνωμα του πόρου των σιελογόνων αδένων είναι όμοιο με το λοβιακό καρκίνωμα του μαστού. Αυτοί οι τύποι παρατηρούνται στη μεγάλη ηλικία, κυρίως σε άνδρες, σε αναλογία 3:1. Παρ' όλο που μερικά καρκινώματα των σιελογόνων πόρων αναπτύσσονται και καθυστερούν να δώσουν μεταστάσεις (Ibid 1979, Garlaud 1983, Livolsi 1977), στην πλειονότητα μεγαλώνουν γρήγορα και παρουσιάζουν νωρίς μεταστάσεις στους γειτονικούς λεμφαδένες και πνεύμονες. Το καρκίνωμα του εμβόλιμου πόρου έχει περιγραφεί από το Donath (1972). Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες στην 7η-8η δεκαετία (Corio 1982). Εντοπίζεται κυρίως στην παρωτίδα. Αποτελεί το 0,7% όλων των όγκων των σιελογόνων αδένων και συμπεριφέρεται σαν χαμηλής κακοήθειας όγκος. Το ποσοστό επιβίωσης στα 10 χρόνια είναι 92% και το ποσοστό υποτροπής 60% (Gomer 1982, Corio 1982, Donath 1972).

2.14.3.7 Μη Διαφοροποιημένο Καρκίνωμα

Είναι κακοήθεις επιθηλιακοί όγκοι, που δεν πληρούν τα ιστοπαθολογικά κριτήρια, για να καταταγούν στις άλλες κατηγορίες. Τμήμα αυτών των όγκων μπορεί να είναι καλοήθεις μικροί όγκοι, βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, αδενοκυστικό καρκίνωμα, και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Stanley 1987). Ιστολογικά χωρίζονται σε μικροκυτταρικούς και μεγαλοκυτταρικούς όγκους. Αυτοί οι όγκοι αναλογούν στο 3% όλων των όγκων της παρωτίδας (Nagao 1982). Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικίας 60-70 ετών. Οι μικροκυτταρικοί όγκοι της παρωτίδας έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς του πνεύμονα, με τους οποίους ομοιάζουν ιστοπαθολογικά (C Paramunt R 1994). Το ποσοστό επιβίωσης στα 5 χρόνια είναι 20-30% (Nagao 1982).

2.14.3.8 Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου

Εντοπίζεται συχνότερα στους υπογνάθιους σιελογόνους αδένες. Το 3,5% όλων των όγκων στους υπογνάθιους σιελογόνους αδένες είναι καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου, ενώ στην παρωτίδα είναι μόνο το 0,3%-0,8% (Batsakis 1978, 1977, Conley 1972).

Η διαφορά ποσοστού εντόπισης στους δύο μεγάλους σιελογόνους αδένες οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσοστό απόφραξης των πόρων των υπογναθίων σιελογόνων πόρων (Batsakis 1977, 1978, 1981). Η πλειονότητα των ασθενών με πρωτοπαθές καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου είναι άνω των 60 χρονών. Ιστοπαθολογικά το καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου των σιελογόνων αδένων είναι όπως των άλλων ιστών. Προτού αποφασισθεί η διάγνωση του πρωτοπαθούς καρκινώματος εκ πλακώδους επιθηλίου των σιελογόνων αδένων, πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητα μετάστασης από καρκίνο του δέρματος ή επέκτασης του εκτός των σιελογόνων αδένων (Batsakis 1981 1978, Sprio 1978). Η συνήθης εξέλιξη των όγκων μετά τη θεραπεία είναι η τοπική υποτροπή και οι μεταστάσεις στους γειτονικούς λεμφαδένες.

2.14.3.9 Άλλα καρκινώματα σιελογόνων αδένων

Το σημηματογόνο καρκίνωμα, ο κακοήθης ογκοκυτταρικός όγκος, το λεμφοεπιθηλιακό καρκίνωμα (Thompson MB 1994) και το μυοεπιθηλιακό καρκίνωμα (Dodd LG 1994) απαντώνται σπάνια σαν όγκοι των σιελογόνων αδένων. Το καρκινοσάρκωμα, οι κακοήθεις μικτοί όγκοι και το ραβδομυοσάρκωμα με καρκίνωμα των πόρων (Gandouz Edwards RF 1994) στην πλειονότητα τους ακολουθούν μια επιθετική πορεία (Evans 1970, Gnepp 1983, Johns 1977).

2.14.3.10 Μη επιθηλιακοί όγκοι

Οι καλοήθεις και κακοήθεις μη επιθηλιακοί όγκοι αποτελούν το 5% όλων των νεοπλασμάτων των σιελογόνων αδένων (Skolnik 1977). Προέρχονται από αγγεία, λεμφαγγεία, νεύρα, νευρικά έλυτρα και το συνδετικό ιστό των σιελογόνων αδένων. Τα αγγειώματα, λιπώματα, (Ryn JW 1996, Chikui T 1997) νευρινώματα και αιμαγγειοπερικυττώματα είναι τα πλέον συχνά (Mussarelli 1980, Skolnik 1977, Weitzner 1980). Πολλοί μεσεγγυματικοί όγκοι είναι κακώς περιγεγραμμένοι. Το λίπωμα και νευρίνωμα διηθούν τα διαφράγματα εντός του αδένα. Το σάρκωμα παρατηρείται σ' όλες τις ηλικίες παρ' όλο που είναι πιο συχνό στην ηλικία κάτω των 40 ετών. Περιλαμβάνεται επίσης το ραβδομυοσάρκωμα, ινοϊστιοκύττωμα, ινοσάρκωμα, νευροσάρκωμα και συνοβιοσάρκωμα. Η επιβίωση των ασθενών με σάρκωμα στο στάδιο I είναι 100% στο στάδιο II 70% και στο στάδιο III 47,2% (Clode AL 1991).

2.14.3.11 Πρωτοπαθές κακόηθες λέμφωμα

Είναι σπάνιο: 2 από 589 όγκους παρωτίδας (Batsakis 1981). Από 1467 περιστατικά με μη λεμφαδενική εντόπιση του λεμφώματος, τα 69 εντοπίζονται στους σιελογόνους αδένες, πιο συχνά στην παρωτίδα παρά στους υπογνάθιους αδένες, με αναλογία 5:1 (Freeman 1972). Οι υπογλώσσιοι αδένες σπάνια επηρεάζονται από το λέμφωμα. Η πλειονότητα των ασθενών με λέμφωμα των σιελογόνων αδένων αφορά ηλικίες από 60-70 ετών. (Olby 1979, Freeman 1972, Hyman 1976). Το λέμφωμα των σιελογόνων χρήζει της ίδιας σταδιοποίησης με το λέμφωμα των λεμφαδένων του αυχένα. Το 62,7% των ασθενών με λέμφωμα των σιελογόνων αδένων, είχε εστίες και σε άλλη εντόπιση μακριά από τον αυχένα (Colby 1979). Ο Hyman GA (1976) καθιέρωσε τα επόμενα κριτήρια για τη διάγνωση του πρωτοπαθούς λεμφώματος των σιελογόνων αδένων: (α) Η διόγκωση των σιελογόνων αδένων να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση (β) Ιστολογική απόδειξη ότι το λέμφωμα εντοπίζεται στο παρέγχυμα των σιελογόνων αδένων και όχι στους γειτονικούς λεμφαδένες και (γ) αρχιτεκτονική και κυτταρολογική απόδειξη της κακοήθους φύσης της

δήθησης. Η πλειονότητα των λεμφωμάτων των σιελογόνων αδένων είναι του οζώδους τύπου. Οι πλέον συχνοί τύποι είναι, ο χαμηλά διαφοροποιημένος λεμφοκυτταρικός τύπος, ακολουθούμενος από το διάχυτο μεγαλοκυτταρικό λέμφωμα. Στους σιελογόνους αδένες συναντούνται όλοι οι τύποι του λεμφώματος, εκτός από το λέμφωμα Hodgkins, που είναι εξαιρετικά σπάνιο (Colby 1979, Freeman 1972, Hyman 1976).

2.14.3.12 Μεταστάσεις στους σιελογόνους αδένες

Οι μεταστάσεις στους σιελογόνους αδένες επεκτείνονται μέσω της λεμφικής και αιματογενούς οδού ή κατά συνέχεια ιστού. Η τελευταία αφορά κυρίως τα σαρκώματα από τα οστά του προσώπου ή τον καρκίνο του δέρματος (Jackson 1981). Οι υπογνάθιοι αδένες σπάνια επηρεάζονται, λόγω της έλλειψης ενδοαδενικών λεμφαδένων (Batsakis 1981). Έχουν, όμως, αναφερθεί μεταστάσεις στους υπογνάθιους αδένες από αιματογενή διασπορά σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και μαστού (Batsakis 1981). Από όλους τους όγκους της παρωτίδας, οι μεταστάσεις στην παρωτίδα αποτελούν το 4% (Yarington 1981, Rees 1981, Nichols 1980). Η παρωτίδα περιέχει 20-30 ενδοπαρωτιδικούς λεμφαδένες και πλούσιο δίκτυο από επικοινωνούντα λεμφαγγεία (Conley 1963). Οι περιπαρωτιδικοί λεμφαδένες, γύρω από την εξωτερική επιφάνεια της παρωτίδας επικοινωνούν με τους ενδοπαρωτιδικούς και παροχετεύονται στο αυχενικό δίκτυο. Εφόσον η λέμφος από το δέρμα του κρανίου, προσώπου, έξω ωτός, βλεφάρων και ρινός εκβάλλει στους ενδο και περιπαρωτιδικούς λεμφαδένες, είναι φυσικό το επιδερμοειδές καρκίνωμα του δέρματος και τα μελανώματα αυτών των περιοχών να δίνουν μεταστάσεις στους παρωτιδικούς λεμφαδένες (Stanley 1987). Το 40% των μεταστάσεων στην παρωτίδα οφείλεται σε καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου και το 42% σε μελάνωμα (Conley 1963). Σπάνια η υπερώα, αμυγδαλές και ρινοφάρυγγας είναι οι πρωτοπαθείς εστίες μεταστάσεων στους ενδο και περιπαρωτιδικούς λεμφαδένες (Conley 1972, Nichols 1980). Αιματογενείς μεταστάσεις στις παρωτίδες παρατηρούνται από όργανα κάτωθεν των κλειδών, κυρίως από καρκίνο του πνεύμονα και λιγότερο από καρκίνο του μαστού, νεφρού, γαστρεντερικού σωλήνα (Yarington CT 1981) και προστάτη (Kirkali Z 1995).

2.14.4 ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Σπάνια απαντώνται στα παιδιά, αποτελούν το 5% των όγκων των σιελογόνων αδένων όλων των ηλικιών (Skolnik 1977). Μόνο το 3% απαντάται σε ηλικία κάτω των 16 ετών (Chong 1975) και κυρίως αφορούν την παρωτίδα παρά τους υπογνάθιους σιελογόνους αδένες σε αναλογία 7:1. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι όγκων στα παιδιά είναι οι μικτοί όγκοι, τα αιμαγγειώματα και το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα. Αν αφαιρεθούν οι μεσεγγυματικοί όγκοι, ένα δυσανάλογο μεγάλο ποσοστό 50% των όγκων των σιελογόνων αδένων στα παιδιά είναι κακοήθεις (Casto 1972, Chong 1975, Krolls 1972). Οι επιθηλιακές νεοπλασίες, όπως μικτοί όγκοι, βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα και κυψελιδικό καρκίνωμα, απαντώνται σε μεγαλύτερα παιδιά (Casto 1972, Chang 1975, Krolls 1972).

2.14.4.1 Μικτοί όγκοι (Πολύμορφα αδενώματα)

Είναι οι πλέον συχνοί καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι των σιελογόνων αδένων στα παιδιά, παρ' όλο που είναι σπάνιοι σ' αυτήν την ηλικία. Η βιολογική συμπεριφορά και μορφολογική εμφάνιση αυτών των όγκων στα παιδιά δεν διαφέρει από αυτήν των όγκων των ενηλίκων (Stanley), μόνο που είναι πιο σπάνιοι (Uslu SS 1995). Η εντόπιση των όγκων αυτών στον εν τω βάθει λοβό μπορεί να έχει προέκταση μέχρι και τη στοματική κοιλότητα (Uslu SS 1995).

2.14.4.2 Αιμαγγειώματα

Αποτελούν το 50% των όγκων της παρωτίδας στα νεογέννητα και παιδιά σε σχέση με το 2% των ενηλίκων (George CD 1991). Είναι τα δεύτερα σε συχνότητα, μετά τους μικτούς όγκους, με κύρια προτίμηση την παρωτίδα και αποτελούν το 10% όλων των αιτίων διόγκωσης του παρωτιδικού αδένου (Karlay 1968). Κυρίως απαντώνται σε καυκάσιους θήλεις. Το 88% των περιστατικών παρατηρείται κατά τον 1ο χρόνο της ζωής και τη μέγιστή τους ανάπτυξη την έχουν στην ηλικία των 4-6 μηνών (Massarelli 1980). Τα αιμαγγειώματα εντοπίζονται στη γωνία της γνάθου, μπορεί να είναι καλώς ή κακώς περιγεγραμμένα με επέκταση κάτωθεν της γωνίας της γνάθου προς τον αυχένα και φαίνεται να μεγαλώνουν κατά τη διάρκεια του κλάματος. Συνυπάρχουσα τελαγγειεκτασία ή αιμαγγείωμα στο δέρμα άνωθεν του αιμαγγειώματος της παρωτίδας είναι συχνό και συνοδεύεται με αλλαγή του χρώματος του δέρματος (προς το μπλέ) λόγω του φλεβικού τμήματος του αιμαγγειώματος. Η πλειονότητα των αιμαγγειωμάτων της παρωτίδας είναι μαλακές μάζες, παρ' όλο που μπορούν σε μερικές περιπτώσεις να είναι σκληρές (Stanley 1987). Ο Welch (1969) αναγνώρισε τρεις τύπους αιμαγγειώματος: (α) Το βραδέως αναπτυσσόμενο σπογγώδη σφραγγώδη τύπο, (β) Το πιο γρήγορα αναπτυσσόμενο κυτταρικό τύπο και (γ) Τον τύπο που συμπεριφέρεται σαν αρτηριοφλεβική επικοινωνία και έχει πολύ γρήγορη φάση ανάπτυξης. Περίπου ένα 50% των αιμαγγειωμάτων υποχωρούν αυτόματα, ειδικά κατά το 2ο και 3ο έτος της ζωής (Nussbaum M 1976), παρ' όλο που αυτό αμφισβητείται (Huchzermeyer P 1994). Τα σφραγγώδη αιμαγγειώματα στους ενήλικες συνήθως συνυπάρχουν με λεμφαγγείωμα των ιστών (Morgan M 1997). Γενικά τα αιμαγγειώματα και λεμφαγγειώματα ανευρίσκονται κατά τη γέννηση, αλλά χειρουργούνται αργότερα μετά την ηλικία των 4 ετών (Massarelli 1980). Μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου η υποτροπή είναι σπάνια. Είναι όμως πιο συνήθης η υποτροπή, αν ο όγκος χειρουργηθεί πριν την ηλικία των 4 μηνών (Massarelli 1980, Nussbaum 1976, Welsh 1969).

2.14.4.3 Όγκος του Warthin

Έχουν την ίδια συμπεριφορά με τους όγκους των ενηλίκων και έχουν περιγραφεί και στην παιδική ηλικία (Castro 1972, Chong Krolls 1972).

2.14.4.4 Νεογνική ινομάτωση της παρωτίδας (desmoid)

Είναι ένας από τους όγκους του ινώδους ιστού, χαρακτηρίζεται από την έντονη τοπική διήθηση, χωρίς να συνοδεύεται από περιφερικές μεταστάσεις ή να έχει ιστολογική ένδειξη κακοήθειας, αλλά έχει υψηλό βαθμό τοπικής υποτροπής, όταν δεν γίνει πλήρης αφαίρεση του (Ramanathan RC 1997).

2.14.4.5 Κακοήθεις όγκοι των σιελογόνων αδένων στα παιδιά

Η βιολογική δραστηριότητα των κακοήθων όγκων των σιελογόνων αδένων στα παιδιά δεν διαφέρει από αυτήν των όγκων των ενηλίκων.

Μπορεί να έχουν επιθηλιακή ή μεσεγχυματική προέλευση και ο πιο συνήθης τύπος είναι το βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα, που αποτελεί και το 60-66,6% (Stanely 1987 Fonseca 1991) των κακοήθων όγκων των σιελογόνων αδένων στα παιδιά. Ο βλεννοεπι-δερμοειδής όγκος στα παιδιά φαίνεται να συνοδεύει προηγούμενη λευχαιμία, νευροβλάστωμα, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία (Kaste SC 1994).

2.14.4.6 Επιθηλιακοί όγκοι σιελογόνων αδένων στα παιδιά

Υπάρχει ελαφρά προτίμηση στα θήλεα 1:1,7 και πιο συχνή εντόπιση στην παρωτίδα 70,8%. Από τους 24 όγκους οι 17 είναι καλοήθεις και οι 7 κακοήθεις. Το πολύμορφο αδένωμα είναι το πλέον συχνό (66,6%). Ο βλεννοεπιδερμοειδής όγκος είναι η πλέον

κακοήθης μορφή όγκου, έχει ψηλού βαθμού διαφοροποίηση και ευνοϊκό αποτέλεσμα (Fonseca I 1991).

2.14.4.7 Πρωτοπαθές Νευροβλάστωμα της κεφαλής και λαιμού

Είναι σπάνιο, οι μεταστάσεις νευροβλαστώματος σ' αυτήν την ανατομική περιοχή είναι πιο συχνές σε σχέση με την πρωτοπαθή εντόπιση του (Frank DK 1995).

2.14.4.8 Από τα 27 περιστατικά που ανακοινώθηκαν με **βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα** στα παιδιά, ένα παιδί πέθανε από μεταστάσεις στους αυχενικούς λεμφαδένες και 7 είχαν τοπική υποτροπή (Stanley 1987).

2.14.4.9 Καρκίνωμα από τα κύτταρα των λοβίων

Ο δεύτερος σε συχνότητα κακοήθης όγκος των σιελογόνων αδένων στην παιδική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά του είναι τα ίδια όπως και στους ενήλικες χαμηλής ανάπτυξης, τοπική διήθηση και αργές μεταστάσεις.

2.14.4.10 Αδενοκυστικό καρκίνωμα, αδenoκαρκίνωμα των σιελογόνων αδένων παρατηρείται επίσης στα παιδιά. Ο Kaufman (1963) θεωρεί το μη διαφοροποιημένο τύπο σαν τον πλέον κακοήθη με 55% θνησιμότητα.

2.14.4.11 Κακοήθες λέμφωμα

Είναι σπάνιο στα παιδιά.

Το ραβδομυοσάρκωμα αποτελεί το 83% των **σαρκωμάτων** (Krolls 1972).

2.15 ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ

Μονόπλευρα: όγκος του Warthin, υποτροπή πολύμορφου αδενώματος, λεμφαδενοπάθεια, (αντιδραστική, μεταστατική) λέμφωμα, πρωτοπαθής καρκίνος της παρωτίδας με ενδοπαρωτιδικές μεταστάσεις, λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (AIDS), πολλαπλές κύστεις σε χρόνια αυτοάνοσο σιελαδενίτιδα, φυματίωση (Mancuso MD 1996).

Αμφοτερόπλευρα: όγκος του Warthin, λεμφαδένες, λεμφοεπιθηλιακές αλλοιώσεις (AIDS), πολλαπλές κύστεις σε αυτοάνοσες σιελαδενίτιδες (Mancuso MD 1996, Takahashi M 1997).

2.16 ΜΑΖΕΣ ΠΑΡΑΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ ΠΟΥ ΔΥΝΑΤΟ ΝΑ ΜΙΜΗΘΟΥΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟ ΟΓΚΟ ΤΟΥ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΛΟΒΟΥ

Όγκοι μικρών σιελογόνων αδένων (40-50%)

Νευρογενείς (17-25%)

Παραγαγγλιώματα (10-15%)

Παθολογικοί λεμφαδένες, λιπώδεις μάζες, βραγχιακές κύστεις και άλλα (10-33%) (Som PM 1979, 1984, 1987, Lond CAS 1986, McIlraith De 1963).

Επίσης, η ινωμάτωση του παραφαρυγγικού χώρου στην πλειονότητα της προέρχεται από τον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας και νευροαγγειακό στρώμα (Porter MJ 1994).

Έκτοπο μηνιγγίωμα του λαιμού (Malcas A 1994) και τέλος παραφαρυγγικά αποστήματα από οξεία αμυγδαλίτιδα, οδοντιατρικές παθήσεις, μετατραυματικές καταστάσεις και ξένα σώματα στον έξω ακουστικό πόρο (Jones RL 1997).

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ

Για τη θεραπεία των κακοήθων παρωτιδικών όγκων χρειάζεται χειρουργική αφαίρεση, ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία (Carlos 1998). Η χειρουργική τεχνική εξαρτάται από την εντόπιση και έκταση της παρωτιδικής μάζας. Καλοήθης και χαμηλής κακοήθειας όγκος θεραπεύεται με επιπολής παρωτιδεκτομή, εκτός και αν οι όγκοι εντοπίζονται στον εν τω βάθει λοβό, οπότε χρειάζεται ολική παρωτιδεκτομή.

Ριζική τραχηλική λεμφαδενεκτομή γίνεται στους μεγάλους κακοήθους όγκους. Εάν ο όγκος δεν έχει διηθήσει το προσωπικό νεύρο, γίνεται προσπάθεια διατήρησής του. Σήμερα η συμπληρωματική χημιοθεραπεία, με συνδιασμούς, για τη θεραπεία της κακοήθειας των σιελογόνων αδένων είναι πιο αποτελεσματική παρά τη χρήση ενός μόνο φαρμάκου (Levitt 1981). Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (6000-6500 R) χρειάζεται στις περιπτώσεις με μικροσκοπικό ή μακροσκοπικό υπόλειμμα της νόσου, σε υποτροπή και σε υψηλού βαθμού κακοήθεια ή προχωρημένο στάδιο κακοήθειας (Matsuba HM 1985, Moss WT 1994, Sykes AJ 1995). Για θεραπεία μεταστάσεων, ειδικά από καρκίνο εκ πλακώδους επιθηλίου, η χειρουργική θεραπεία σε συνδιασμό με ακτινοβολία έχει 100% πλήρη έλεγχο της κακοήθειας (Taylor BW 1991). Η δεκάχρονη **επιβίωση** των ασθενών με κακοήθεις όγκους σύμφωνα με τον Pedersen (1987) αφορά το 52% των ασθενών και εξαρτάται: (α) από το στάδιο του παρωτιδικού όγκου (για το στάδιο I η δεκάχρονη επιβίωση είναι 85%, για το στάδιο II 69%, για το στάδιο III 43% και για το στάδιο IV 14%), (β) από την τοπική επέκταση του όγκου όπου η δεκάχρονη επιβίωση είναι 79% για τους ασθενείς χωρίς τοπική επέκταση και 34% για τους ασθενείς με τοπική επέκταση, (γ) από τη διήθηση του προσωπικού νεύρου όπου η δεκάχρονη επιβίωση είναι 0% για τους ασθενείς με διήθηση και 57% χωρίς διήθηση του νεύρου και (δ) από τον βαθμό κακοήθειας του όγκου σε ασθενείς με όγκο χαμηλής ή ενδιάμεσου βαθμού κακοήθειας η δεκάχρονη επιβίωση είναι 69% και με μεγάλου βαθμού κακοήθειας 30%. Μετά την θεραπεία, 45% των ασθενών έχουν θεραπευθεί, αλλά με επιπρόσθετη επέμβαση για τοπική υποτροπή ή συνυπάρχουσα αυχενική λεμφαδενοπάθεια η δεκάχρονη επιβίωση μειώνεται στο 22% (Pederson D 1987).

Οι μη κακοήθεις μάζες αποτελούν το 25% των περιστατικών που χρειάζονται παρωτιδεκτομή. Κατά το Rosen IB (1992) υπάρχει ο τύπος I, που είναι οι μη συμπτωματικές μάζες με διόγκωση της παρωτίδας που έχουν μια μικρή πιθανότητα κακοήθειας και ο τύπος II, που αποτελείται από φλεγμονώδεις παθήσεις με επανηληθμένη υποτροπή του πόνου, αποφρακτικής ή μη αιτιολογίας. Τα 62 περιστατικά αυτής της εργασίας, που είχαν χειρουργηθεί με επιπολής παρωτιδεκτομή για μη κακοήθεια παρωτίδας αφορούσαν περιστατικά μετά από ακτινοβολία, διαβήτη, φυματίωση, σύνδρομο του Sjogren και σαρκοείδωση.

4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΩΤΙΔΕΚΤΟΜΗ

Οι πιο συνηθισμένες αφορούν κάκωση ή παράλυση του προσωπικού νεύρου σύνδρομο Frey's ή σύνδρομο ωτοκροταφικού νεύρου (εξίδρωση του δέρματος στην περιοχή που νευρούται από το ωτοκροταφικό νεύρο μετά από γευστικά ερεθίσματα) και σιελικά συρίγγια (Baleys & Love's 1981). Κατά τον Corcione F (1990) προσωρινή παράλυση του προσωπικού νεύρου παρατηρείται σ' ένα 12,7%, μόνιμη βλάβη στο 17%, σύνδρομο Frey's σ' ένα 10,6% και σιελικά συρίγγια σε 6,38% των περιστατικών μετά από παρωτιδεκτομή.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΠΟΤΙΤΛΟΣ

Προεγχειρητική διάγνωση
των παρωτιδικών μαζών
και η διαγνωστική
αξία της ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ,
ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ,
ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΣΙΕΛΟΓΡΑΦΙΑΣ
ΚΑΙ
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΣΙΕΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο διαχωρισμός του παρωτιδικού αδένου σε εν τω βάθει και επιπολής λοβό, σε σχέση με το επίπεδο της ενδοπαρωτιδικής πορείας του προσωπικού νεύρου, δεν είναι ανατομικός διαχωρισμός, αλλά είναι σημαντικός για τους χειρουργούς, γιατί οι μόνιμες επιπολές παρωτιδικοί όγκοι θεραπεύονται με επιπολής παρωτιδεκτομή οι δε εν τω βάθει χρειάζονται ολική παρωτιδεκτομή. Παρασκευή του προσωπικού νεύρου είναι απαραίτητη και για τις δύο επεμβάσεις. Η δεύτερη επέμβαση, όμως, χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο και συνεπάγεται πολύ περισσότερους κινδύνους για τους ασθενείς (Wittich G.R. 1985). Η προεγχειρητική γνώση της σχέσης του παρωτιδικού όγκου με το προσωπικό νεύρο βοηθά στον καλύτερο προγραμματισμό της επέμβασης καθώς και στην καλύτερη ενημέρωση του ασθενούς για το ποσοστό της πιθανότητας επιπλοκών που θα αντιμετωπίσει.

Πολλοί συγγραφείς προσπάθησαν να απεικονίσουν το προσωπικό νεύρο. Ο Conn (1983) χρησιμοποιώντας 5 πτωματικά παρασκευάσματα ανακοίνωσε ότι, το προσωπικό νεύρο και οι κλάδοι του ευρίσκονται σε ένα οβελιαίο επίπεδο σε σχήμα τόξου σε απόσταση περίπου 8,5 χιλ. από το πλέον οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου. Όταν τοποθετηθεί αυτό το τόξο στην Αξονική Σιελογραφία σε ασθενείς με παρωτιδικούς όγκους, μπορεί να υπολογιστεί η σχέση των όγκων με το προσωπικό νεύρο. Σύμφωνα με τον Curtin H.P. (1983), ο κύριος κλάδος του προσωπικού νεύρου συνήθως ευρίσκεται περιφερικά της οπίσθιας προσωπικής φλέβας και της έξω καρωτίδας. Ο Teresi L.M. (1989) ανακοίνωσε ότι το προσωπικό νεύρο απεικονίζεται στη Μαγνητική Τομογραφία εντός του παρεγχύματος της παρωτίδας σαν μια καμπύλη γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία. Με τη βοήθεια αυτής της γραμμής εντόπιζε τη θέση του παρωτιδικού όγκου σε σχέση με το προσωπικό νεύρο στο 1/3 των περιστατικών. Μετά από ενδοφλέβιο έγχυση γαδολινίου, ο παρωτιδικός αδένος ενισχύεται περισσότερο, με αποτέλεσμα να απεικονίζεται καλύτερα το προσωπικό νεύρο σύμφωνα με το Freling N.S. (1992). Όμως, ο Thibault G.H. (1993), σε μια μελέτη του μετά από έγχυση γαδολινίου εντός του παρωτιδικού πόρου σε 2 πτωματικά παρασκευάσματα και μετά από απεικόνιση τους με Μαγνητική Τομογραφία, κατέληξε ότι η καμπύλη γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα εντός της παρωτίδας ανήκει στον παρωτιδικό πόρο και κλάδους του και όχι στο προσωπικό νεύρο. Ο Lufkin R.B., (1993) αντιδρώντας στη δημοσίευση του Tribault, αμφισβήτησε τα αποτελέσματά του, γιατί πιστεύει ότι τα πτωματικά παρασκευάσματα αλλοιώνονται και δεν είναι αξιόπιστα. Πιστεύει, επίσης, ότι οι γραμμές με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία στο οπίσθιο τμήμα της παρωτίδας πλησίον του βελονομαστοειδούς τμήματος δεν ανήκουν στον παρωτιδικό πόρο αλλά στο προσωπικό νεύρο. Στην εργασία αυτή προσπαθήσαμε να διευκρινίσουμε τη διαφωνία αυτή, ερευνώντας όλες τις γραμμές με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία της Μαγνητικής Τομογραφίας, συγκρίνοντάς τις με την απεικόνιση του παρωτιδικού πόρου και κλάδων του όπως φαίνονται στην Μαγνητική και Αξονική Σιελογραφία.

Συγχρόνως έγινε προσπάθεια αξιολόγησης των διαγνωστικών μεθόδων της Υπερηχοτομογραφίας, Αξονικής Τομογραφίας, Μαγνητικής Τομογραφίας και Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας όσο αφορά την ευαισθησία τους στην απεικόνιση της παρωτιδικής μάζας, τη διαφοροδιάγνωση καλοήθειας από κακοήθειας και την εκτίμηση, κατά πόσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο παρωτιδικός πόρος σαν διαχωριστικό σημείο για το διαχωρισμό των εν τω βάθει από τους επιπολής παρωτιδικούς όγκους. Ερευνήθηκε επίσης, η πιθανότητα απεικόνισης του προσωπικού νεύρου με τις διάφορες αυτές απεικονιστικές μεθόδους.

Μελετήθηκε συγχρόνως, ο τρόπος παρεκτόπισης της οπίσθιας προσωπικής φλέβας και επιπολής κροταφικής αρτηρίας από τις παρωτιδικές μάζες.

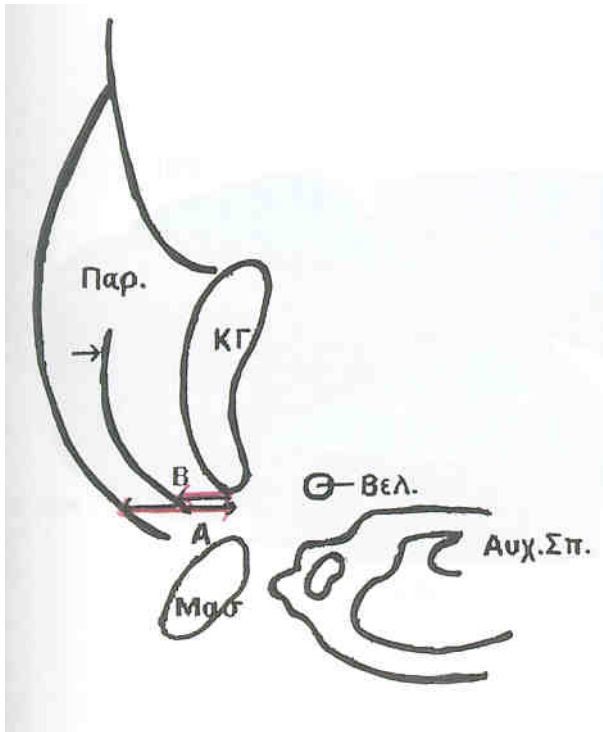
Τέλος, έγινε μελέτη 110 φυσιολογικών παρωτίδων με σκοπό τη σύγκριση της φυσιολογικής θέσης του παρωτιδικού πόρου με τη υποτιθέμενη σταθερή θέση του προσωπικού νεύρου εντός του παρεγχύματος της παρωτίδας (όπως την είχε ήδη αναφέρει ο Conn 1983), για να αξιολογηθεί τυχόν πιθανή σχέση τους.

6. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενείς

Από τον Ιανουάριο του 1988 μέχρι τον Μάρτιο του 1998, 124 συνολικά ασθενείς (136 παθήσεις) ηλικίας 1-83 ετών (μέση ηλικία 46.9), 70 άρρενες (ηλικίας 1-83 ετών, μέση ηλικία 45.8) και 54 θήλεις (ηλικίας 13-81 ετών, μέση ηλικία 47) (γραφ. Παρ. 1), με κλινική εικόνα διόγκωσης της παρωτίδας, ερευνήθηκαν με μια ή με περισσότερες διαγνωστικές απεικονιστικές μεθόδους. Για κάθε ασθενή έχει καταγραφεί το φύλο, η ηλικία, το είδος των διαγνωστικών απεικονιστικών εξετάσεων που υποβλήθηκε, καθώς και η εντόπιση και το μέγεθος της βλάβης. Επίσης, σημειώνεται τυχόν συνοδός λεμφαδενοπάθεια και η τελική ιστοπαθολογική διάγνωση (πιν. 1, γραφ. παρ. 2).

Συγχρόνως είχαν μελετηθεί 100 φυσιολογικές παρωτίδες σε άτομα ηλικίας 1 μέχρι 72 ετών (μέση ηλικία 38,4), 60 θήλεις (ηλικίας 4-69 ετών, μέση ηλικία 38) και 40 αρρένες, ηλικίας 1 μέχρι 72 ετών (μέση ηλικία 39) (πιν.2+3). Έγινε μέτρηση (σχ. 10) της οριζόντιας απόστασης A από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι την έξω επιφάνεια της παρωτίδας και της απόστασης B από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι τον παρωτιδικό πόρο. Προτιμήθηκαν αυτές οι μετρήσεις λόγω του σταθερού ανατομικού σημείου της γωνίας της κάτω γνάθου, γιατί οι μετρήσεις από την έσω επιφάνεια του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας δεν είχαν σταθερό σημείο αναφοράς λόγω των πολλών παραλλαγών και προσεκβολών της παρωτίδας ανάμεσα στα διάφορα γειτονικά ανατομικά μέρη.

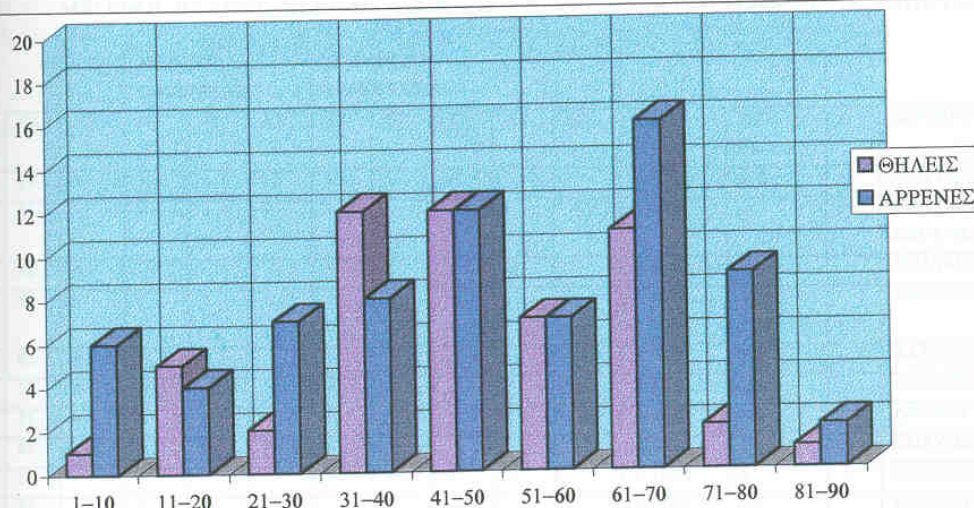


Σχ. 10.

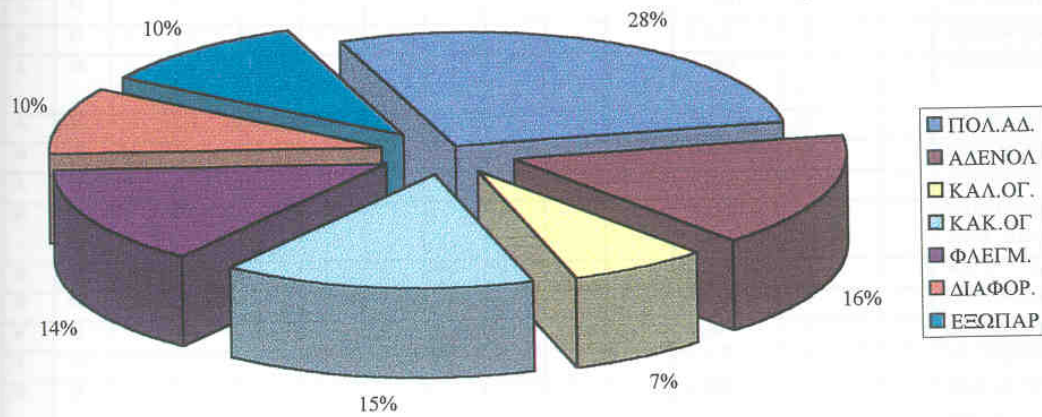
Μέτρηση της οριζόντιας απόστασης (Α) από το οπίσθιο τμήμα της γωνίας της κάτω γνάθου (ΚΓ) μέχρι την έξω επιφάνεια της παρωτίδας και απόστασης (Β) από το οπίσθιο τμήμα της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι τον παρωτιδικό πόρο (τόξο).

Συντμήσεις:

Παρ.= παρωτίδα, Βελ.= Βελονοειδής απόφυση, Αυχ. Σπ.= Αυχενικός Σπόνδυλος,
Μασ.= Μαστοειδής απόφυση.



Γραφ. Παρ. 1 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΕΣ ΜΑΖΕΣ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ



Γραφ. Παρ.2 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ
 (ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ-38, ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΜΑ-22, ΑΛΛΟΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ-9,
 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟ 21, ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ-19, ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-13
 ΚΑΙ ΕΞΩΠΑΡΩΤΙΔΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ-14.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΜΕΘΟΔΟ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ, ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΒΛΑΒΗΣ, ΣΥΝΟΔΟ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ.

ΑΡ	Φ	ΗΛ	ΥΧ	ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ			ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ					ΤΟΠ.	ΜΕΓ (εκ.)	Λ	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
			ΥΧ	ΑΤ	+Σ	ΑΣ	T1	ΠΡ	T2	ΓΔ	ΜΣ				
1.	A	25	+	+	+	+	+	+	+			Δ Κ/Ε	4.5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
2.	A	66	+	+	+	+	+	+	+			Δ Κ/Ε	5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
3.	A	28	+				+	+	+			Α Κ/Ε	1		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
4.	A	46	+	+	+	+						Δ Κ/Ε Α Κ/Ε	1.5 1.2		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
5.	A	62	+	+	+							Α Κ/Ε	1.5		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
6.	A	51	+	+	+		+					Α Κ/Ε	1.5		ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
7.	Θ	51	+	+	+	+	+	+			+	Α Κ/Ε	2.5		ΛΙΠΩΜΑ
8.	A	62	+	+	+	+	+					Α Κ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
9.	A	1,5					+	+	+	+		Δ ΟΛΗ	4	+	ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ
10.	A	83	+	+	+	+						Α Κ/Β	3.5		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ. (ΔΕΡΜΑ)
11.	A	78	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Δ ΟΛΗ	5	+	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ. (ΔΕΡΜΑ)
12.	A	70	+				+	+	+			Δ Κ/Ε	4.5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
13.	A	52	+	+	+	+	+		+			Δ Κ/Ε Α Κ/Ε	2.2 0.5		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
14.	A	60	+	+	+	+	+	+	+			Δ Κ/Ε Α Κ/Ε	2 1.5		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
15.	Θ	50	+				+	+	+			Δ Κ/Ε	3		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
16.	A	58	+	+	+	+	+	+	+			Δ Κ/Ε	2		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
17.	Θ	57	+	+	+	+						Α Κ/Β	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
18.	A	64	+	+	+	+	+		+	+		Δ ΟΛΗ	3		ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
19.	A	42	+	+	+	+						Δ Κ/Ε	1.8		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
20.	A	68	+	+	+	+						Δ Α/Ε Α Α/Ε	1.7 0.7		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
21.	A	61	+	+	+	+						Δ Κ/Ε	1.8		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
22.	Θ	40	+	+	+	+						Α Μ/Ε	0.8		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
23.	A	67	+	+	+	+	+	+	+			Α Κ/Ε	1.5		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
24.	Θ	81	+	+		+						Α Μ/Ε	3		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ. (ΔΕΡΜΑ)
25.	A	43	+	+	+	+	+	+	+			Δ Κ/Ε	1.8		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
26.	Θ	41	+	+	+	+	+					Α Κ/Ε	2.2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
27.	Θ	32	+	+	+	+	+	+	+			Α Α/Ε	1.3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
28.	A	30	+	+		+	+	+	+			Δ Α/Ε	1.5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
29.	Θ	32		+	+		+					Α Μ/Ε	2	+	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
30.	È	64					+					Ä Ê/Ä	1.4		ËÏËÏÏÏÏÏ ÆÆÆÆÆÆÆÆ

31.	Θ	49		+			+	+	+		+	A M/E	2.8		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
32.	A	29	+	+	+	+	+	+	+		+	Δ A/E	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
33.	Θ	40	+						+			Δ K/E	1.5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
34.	A	45	+				+		+			Δ A/E A A/E	2.5 0.8	+	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
35.	Θ	58	+	+		+	+	+	+			Δ A/B	2.4		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
36.	Θ	31		+	+	+	+		+			A M/E	1.3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΠΑΡ.
37.	Θ	27	+	+	+	+						Δ M/E	1 0.6	+	ΕΝΔΟ-ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
38.	A	58		+			+	+	+			Δ M/E	2		ΛΙΠΩΜΑ
39.	A	58					+		+			A A/B Δ A/B	1.2 1		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
40.	A	71		+	+				+			Δ K/E	2		ΛΙΠΩΜΑ
41.	A	47					+		+			Δ K/ΕΣ	6.3		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
42.	A	12					+		+	+		Δ K/B	6.4		ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
43.	Θ	68	+				+		+			A K/ΕΣ	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
44.	A	32	+				+		+			Δ K/E	1.6		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
45.	A	9						+	+			Δ ΟΛΗ	4	+	ΡΑΒΔΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ
46.	A	70					+		+			A	ΠΟΛ	+	ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ
47.	Θ	67					+		+			A K/B	4.5		ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ
48.	A	70							+			A	ΠΟΛ	+	ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ
49.	A	42					+		+			A K/E	2		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
50.	Θ	60	+	+	+	+						A K/B	8	+	ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΜΙΚΤΟΣ ΟΓΚΟΣ
51.	Θ	37	+	+	+	+	+	+	+	+		A A/E	0.8		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
52.	Θ	64	+	+	+	+	+				+	A A/E	2.2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
53.	Θ	42	+	+	+	+	+	+	+		+	A A/E	1		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡ. ΛΕΜΦ.
54.	Θ	45		+		+	+	+	+		+	A A/E	1.5		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡ. ΛΕΜΦ.
55.	A	25	+	+	+	+						A K/E	3.8		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
56.	A	71					+		+			Δ K/E	2.5		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
57.	A	54					+		+			A K/E	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
58.	A	5					+		+			Δ ΟΛΗ	8		ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
59.	A	44					+		+			A ΟΛΗ	2		ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ
60.	A	9	+									Δ A	ΠΟΛ ΠΟΛ	+	ΕΝΔΟ-ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
61.	A	80					+					Δ K/E	1.8		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛ. _ (ΟΥΣ)
62.	A	7						+	+			A	ΠΟΛ	+	ΕΝΔΟ-ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
63.	Θ	21						+	+			A K/E	1.5		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
64.	Θ	13	+				+			+		Δ	ΠΟΛ	+	ΕΝΔΟ+ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
65.	Θ	76		+	+							A K/B	1.5	+	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛ. (ΔΕΡΜΑ)

66.	Θ	49					+	+	+			A Κ/Ε	1		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜ
67.	Θ	13	+	+		+	+	+	+	+		Δ Α/Β	1.9		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜ (ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΗΤΗΡΑ ΜΥΟΣ)
68.	Α	33					+		+			Δ Κ/Ε	2.8 0.8	+	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩ- ΤΙΔΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ
69.	Θ	65			+							Δ Α	ΠΟΛ ΠΟΛ	+	ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ ΕΝΔΟ+ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ
70.	Θ	41					+	+	+	+		Α ΟΛΗ	8.3		ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΙΣΤΟΥ
71.	Α	70					+			+		Α	ΠΟΛ		ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΟ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟ ΠΛΕΓΜΑ
72.	Θ	53					+					Α Κ/Ε	1.8		ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ
73.	Α	30					+	+	+			Δ Κ/Ε	1		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑ- ΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ
74.	Α	32		+	+							Δ Κ/Ε	1		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
75.	Θ	50		+	+							Δ Κ/Ε	2.2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
76.	Α	73		+	+							Α Κ/Ε	4		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
77.	Θ	66		+	+	+	+	+	+		+	Α Α/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
78.	Θ	50	+				+		+		+	Α Κ/Ε	1.3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
79.	Α	65	+									Α	ΠΟΛ		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΑ
80.	Θ	13						+	+			Α	ΠΟΛ	+	ΕΝΔΟ-ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
81.	Α	83		+	+							Δ Μ/Ε	3		ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟ= ΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
82.	Α	74		+	+							Δ Μ/Ε	3		ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟ= ΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
83.	Α	41		+	+							Α Κ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
84.	Θ	35		+	+							Δ Α/Ε	1		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
85.	Θ	31		+	+							Δ Κ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
86.	Α	67	+	+	+							Α Κ/Ε	2		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
87.	Α	22	+	+	+							Α Κ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
88.	Θ	20	+	+	+							Δ Κ/Ε	2.5		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
89.	Α	72		+	+							Δ Κ/Ε	4		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ
90.	Α	50	+				+	+	+	+		Δ Μ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
91.	Α	48	+	+	+							Δ ΚΒ	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
92.	Α	38		+	+							Δ Κ/Ε	3		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
93.	Α	74		+								Α Μ/Ε	3.5		ΛΙΠΩΜΑ
94.	Θ	51	+	+	+							Α Μ/Ε	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.
95.	Θ	61	+		+	+						Α Κ/Ε	3		ΛΙΠΩΜΑ
96.	Θ	75					+			+		Δ Μ/Β	2		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ
97.	Α	70	+	+	+							Δ Μ/Β	4		ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
98.	Θ	66	+	+	+							Δ Α/Ε	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔ.

99.	Θ	68		+		+	+		+		+	A ΟΛΗ	4		ΧΡΟΝΙΑ ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
100.	A	61					+	+	+		+	Δ Α/Ε	4.2		ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟ-ΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
101.	A	52					+	+	+			Δ ΟΛΗ Α ΟΛΗ	4.3 4		ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SJOEGREN
102.	Θ	31		+			+		+			Δ ΟΛΗ Α ΟΛΗ	3.5		ΔΙΑΤΑΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗ
103.	Θ	31		+		+						A ΟΛΗ	3		ΛΙΘΙΑΣΗ ΠΑΡ.ΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ
104.	A	32					+		+			A Κ/Ε	2		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
105.	Θ	62					+		+			A ΟΛΗ	3.5		ΛΙΘΙΑΣΗ ΠΑΡ.ΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ
106.	Θ	70					+					A ΟΛΗ	3.6		ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ
107.	A	31		+								Δ ΟΛΗ	3.8		ΧΡΟΝΙΑ ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ ΣΥΡΙΓΓΙΟ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ
108.	A	36					+	+		+		A ΟΛΗ	3.5		ΔΙΑΤΑΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗ
109.	A	48		+								Δ ΟΛΗ	3.5		ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
110.	Θ	58							+			Δ ΟΛΗ Α ΟΛΗ	4 4.3		ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SJOEGREN
111.	Θ	42							+			A	ΕΞ		ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ
112.	A	39		+					+			Δ	5 ΕΞ		ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
113.	A	10	+				+					A Δ	ΕΞ ΕΞ	+	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΕΞΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
114.	Θ	34		+	+	+						A	6 ΕΞ	+	ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ
115.	A	42				+						Δ	ΕΞ		ΑΡΘΗΡΟΦΛΕΒΩΔΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
116.	Θ	38					+			+		Δ	ΕΞ	+	ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ
117.	Θ	35	+									Δ	ΕΞ		ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ
118.	A	12					+		+			A	ΕΞ	+	ΕΞΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
119.	Θ	17	+	+	+							A	6 ΕΞ		ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ
120.	A	1	+				+	+	+	+		Δ	3 ΕΞ		ΜΥΞΩΜΑ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
121.	Θ	71	+				+		+			Δ	4.2ΕΞ		ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ
122.	Θ	50					+	+	+	+			3.2ΕΞ		ΕΚΤΟΠΟ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΜΑΛΑΚΗΣ ΥΠΕΡΩΑΣ
123.	Θ	46	+				+		+		+	Δ	1 ΕΞ		ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΟΣ ΚΥΣΤΗ
124.	A	18					+		+			A	5 ΕΞ		ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ:

ΑΡ=Αριθμός, Φ=Φύλο, ΗΛ=Ηλικία, ΥΧ=Υπερηχοτομογραφία, ΑΤ=Αξονική Τομογραφία, Τ1=Τ1 ακολουθία, ΠΡ= Ακολουθία Προτωνίων, Τ2=Τ2 ακολουθία, ΓΔ=Με ενδοφλέβια έγχυση Γαδολινίου, ΜΣ=Μαγνητική Σιελογραφία, ΤΟΠ=Τοπογραφία βλάβης, ΜΕΓ=Μέγεθος βλάβης, εκ=εκατοστά, Λ=Συνοδός λεμφαδενοπάθεια. Α=αριστερά, Δ=δεξιά, Α=άνω πόλος της παρωτίτιδας, Κ=κάτω πόλος της παρωτίτιδας, Μ=μεσότητα παρωτίδας, Ε=επιπολής λοβός της παρωτίδας, Β=εν τω βάθει λοβός της παρωτίδας, Εσ=έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου, ΟΛΗ=διάχυτη βλάβη όλης της παρωτίδας, Εξ=εξωπαρωτιδική μάζα, ΠΟΛ=πολλαπλές βλάβες της παρωτίδας

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:**ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ 100 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΩΤΙΔΕΣ (σε χιλ.)**

	ΘΗΛΕΙΣ				ΑΡΡΕΝΕΣ		
	A	B	ΗΛΙΚΙ Α		A	B	ΗΛΙΚΙ Α
1.	30	20	48		14	8	10
2.	20	10	38		20	10	36
3.	18	10	62		16	10	29
4.	21	15	37		18	10	46
5.	13	7	65		22	16	45
6.	18	10	37		13	7	7
7.	20	10	72		32	20	54
8.	22	12	37		10	4	2
9.	13	6	3		20	12	10
10.	20	12	37		20	4	59
11.	13	6	3		20	10	29
12.	20	12	30		32	22	62
13.	16	10	44		34	24	35
14.	32	18	28		15	7	66
15.	26	12	64		28	18	46
16.	22	10	51		23	17	53
17.	20	7	59		19	9	50
18.	20	12	4		24	16	53
19.	15	8	50		24	18	59
20.	24	12	69		12	8	68
21.	25	14	49		25	18	72
22.	10	5	7		22	8	35
23.	25	12	39		30	15	55
24.	22	8	30		24	15	46
25.	23	11	21		21	10	9
26.	22	10	4		20	12	47
27.	18	10	11		34	20	72
28.	20	12	15		32	16	41
29.	22	14	41		26	14	12
30.	20	9	59		40	20	51
31.	18	10	22		16	10	1
32.	16	8	22		13	7	9
33.	30	10	55		20	10	52
34.	21	13	36		24	8	30

35.	18	8	28		20	11	19
36.	16	8	12		27	15	35
37.	13	7	25		28	18	48
38.	28	18	58		18	11	1
39.	13	7	33		20	12	16
40.	18	8	48		22	11	53
41.	22	11	49				
42.	20	18	69				
43.	20	12	44				
44.	14	10	69				
45.	13	6	53				

**ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΠΙΝΑΚΑ 2:
ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ 100 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΩΤΙΔΕΣ (χιλ.)**

	ΘΗΛΕΙΣ			ΑΡΡΕΝΕΣ		
	A	B	ΗΛΙΚΙ A	A	B	ΗΛΙΚΙ A
46.	20	8	54			
47.	20	10	47			
48.	32	14	67			
49.	19	10	41			
50.	16	7	14			
51.	28	2	54			
52.	18	10	31			
53.	20	14	19			
54.	26	18	58			
55.	16	8	11			
56.	18	10	31			
57.	30	23	78			
58.	20	10	27			
59.	19	9	23			
60.	24	10	63			

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:**ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ (χιλ.)**

ΗΛΙΚΙΑ Α	ΘΗΛΕΙΣ		ΑΡΡΕΝΕΣ	
	A	B	A	B
1-10	15.6 (13-20)	7.8 (5-12)	15.6 (10-21)	8.6 (4-12)
11-20	16.8 (10-20)	10.2 (7-14)	22 (20-26)	12.3 (11-14)
21-30	20.1 (13-32)	10.1 (7-18)	22 (20-24)	9 (8-10)
31-40	19.6 (13-25)	11.1 (7-15)	25.7 (20-34)	14.2 (8-24)
41-50	20.7 (15-30)	11.7 (8-20)	23.9 (18-32)	14.2 (9-18)
51-60	21.9 (13-30)	9.8 (2-18)	26.1 (20-40)	14.5 (4-20)
61-70	21.4 (13-32)	11.6 (7-18)	19.7 (12-32)	12.3 (7-22)
71-80	25 (20-30)	16.6 (10-23)	29.5 (25-34)	19 (18-20)

ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ:

A= Απόσταση από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι την έξω επιφάνεια της παρωτίδας.

B = Απόσταση από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι τον κύριο παρωτιδικό πόρο.

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

Ερευνήθηκαν 59 περιστατικά με Υπερηχοτομογραφία, 72 με Αξονική Τομογραφία, 82 με Μαγνητική Τομογραφία, 39 με Αξονική Σιελογραφία και 20 με Μαγνητική Σιελογραφία, 45 με Αξονική ή/και Μαγνητική Σιελογραφία, 14 περιστατικά είχαν συγχρόνως Αξονική και Μαγνητική Σιελογραφία, 17 περιστατικά είχαν σύγχρονως Υπερηχοτομογραφία, Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία και 64 περιστατικά είχαν εξετασθεί με τουλάχιστο 2 από τις άνω μεθόδους. **Η Υπερηχοτομογραφία** έγινε αρχικά με Υπερηχοτομογράφο Aloka SSD 650 με ηχοβολία 7,5MHz και μετά το 1994 με Sigma 44 HVCP της Kontron instruments με ηχοβολία 7,5 MHz. Η εξέταση γινόταν με τον ασθενή σε ύπτια θέση και ελαφρά στροφή της κεφαλής προς την αντίθετη της εξεταζόμενης πλευράς κατεύθυνση. Οι σαρώσεις ελαμβάνοντο σε εγκάρσιες, επιμήκειες και λοξές τομές στην περιοχή της παρωτίδας και περιλάμβανε επίσης τη περιοχή του μασητήρα μυ, τη γωνία της κάτω γνάθου και την τραχηλική χώρα.

Στα 59 περιστατικά, που έγινε έλεγχος με **Υπερηχοτομογραφία**, ερευνήθηκε το περίγραμμα (ομαλό - ανώμαλο), η ηχογένεια (χαμηλή, μικτή, υψηλή) και η ηχοδομή (ομοιογενής-ανομοιογενής) της μάζας. Ερευνήθηκαν οι μάζες, αν τυχόν συνοδεύονταν με ενίσχυση του ήχου περιφερικά της βλάβης. Αξιολογήθηκε επίσης η μέθοδος για την ευαισθησία της στην απεικόνιση της μάζας, στη διαφοροδιάγνωση της κακοήθειας από την καλοήθεια του όγκου, στην ευαισθησία απεικόνισης του παρωτιδικού πόρου, καθώς και στην εντόπιση της μάζας σε σχέση με το προσωπικό νεύρο. Τέλος, ερευνήθηκε κατά πόσο το μέγεθος της βλάβης έχει ρόλο στην απεικόνισή της.

Για την Αξονική Τομογραφία χρησιμοποιήθηκε μηχανήμα της General Electric (GE 9000) και μετά το 1994 και ο Ελικοειδής Αξονικός Τομογράφος Twin II της Elscint. Ελαμβάνοντο τομές με πάχος 5 χιλ και μεσοδιάστημα 4 χιλ. πριν και μετά την ΕΦ χορήγηση 60 κ.ε. Iopromide 300mg/ml. **Η Ελικοειδής Αξονική Τομογραφία** έγινε με collimation 5,5 χιλ. και μεσοδιάστημα 5 χιλ. Pitch 0,7. Οι τομές περιελάμβαναν την περιοχή από 2 εκ άνωθεν του έξω ακουστικού πόρου μέχρι και τη βάση του αυχένα. Για την εκτέλεση της **Αξονικής Σιελογραφίας** εγίνετο έγχυση 0,3-0,5 κ.ε. (αναλόγως της αντίδρασης του ασθενούς στο αίσθημα πίεσης εντός του πόρου) Lipiodol στον παρωτιδικό πόρο του Stensen μέσω μικρού ειδικού καθετήρα του Rabinov (Cook). Επαναλαμβάνοντο οι ίδιες τομές με εντόπιση μόνο στην παρωτίδα. Η φωτογράφιση της Αξονικής Σιελογραφίας έγινε με οστικό αλγόριθμο.

Στα 72 περιστατικά, που εξετάσθηκαν με **Αξονική Τομογραφία**, ελέγχθηκε η πυκνότητα (υπόπυκνη, ισόπυκνη, υπέρπυκνη), η πρόσληψη ή μη σκιαγραφικής ουσίας και το είδος της πρόσληψης στα 56 περιστατικά, που εχορηγήθηκε ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Αξιολογήθηκαν τα ευρήματα, όσο αφορά την ικανότητα απεικόνισης της βλάβης, την πιθανότητα να βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση κακοήθειας από καλοήθεια του όγκου, καθώς και στην εντόπιση της μάζας σε σχέση με τον παρωτιδικό πόρο και το προσωπικό νεύρο.

Η Μαγνητική Τομογραφία γινόταν αρχικά με 0,5 Tesla Gyroscan της Philips. Χρησιμοποιήθηκαν οι Spin Echo (SE) ακολουθίες T1 (TR χρόνος επανάληψης 500 TE χρόνος ηχούς 30), ακολουθία πρωτονίων (TR 1800 TE 30) και T2 ακολουθία (TR 1800 TE 90) με πηνίο κεφαλής σε εγκάρσιες τομές πάχους 6 χιλ., με μεσοδιάστημα 0,6 χιλ. Μετά το 1994, η Μαγνητική Τομογραφία εγίνετο με 1,5 Tesla Gyroscan ACS-NT της Philips. Χρησιμοποιήθηκαν T2WTSE Turbo Spin Echo (Ταχεία SE) ακολουθία (TR 3000 TE 120)

και T1 SE (TR 450 TE 20) ακολουθίες επίσης με πηνίο κεφαλής και ελαμβάνοντο εγκάρσιες τομές πάχους 6 χιλ. με μεσοδιάστημα 0,6 χιλ. Σε 18 περιστατικά λήφθησαν επίσης στεφανιαίες τομές.

Σε 15 περιστατικά εδόθηκε ενδοφλέβια έγχυση Γαδολίνιου (Gd DTPA 0,2mol/kg βάρους) (469mg/ml Gadopentetic acid dimeglumine salt in aqueous solutions (Magnevist, Shering AG-Germany) και λήφθηκαν οι ίδιες τομές με την T1 ακολουθία. Στα 20 περιστατικά με τη **Μαγνητική Σιελογραφία** έγινε ένεση στον πόρο του Stensen 0,3-0,5κ.ε. αδιάλυτου γαδολίνιου μέσω καθετήρα Rabinov. Ο καθετήρας παρέμενε εντός του παρωτιδικού πόρου τόσο στην Αξονική όσο και στη Μαγνητική Σιελογραφία, για να εμποδίσει την έξοδο του σκιαγραφικού από τον πόρο. Στη Μαγνητική Τομογραφία ελαμβάνοντο εγκάρσιες τομές και σε 5 περιπτώσεις οβελιαίες τομές, χρησιμοποιώντας T1 ακολουθία.

Για τα 82 περιστατικά, που μελετήθηκαν με **Μαγνητική Τομογραφία**, έγινε έλεγχος του σήματος της μάζας στην ακολουθία βαρύτητας T1 (72 περιστατικά), T2 (67 περιστατικά) και πυκνότητας πρωτονίων (35 περιστατικά). Ελέγχθηκε το είδος έντασης του σήματος, σε σχέση με την παρωτίδα (χαμηλής, υψηλής ή ίσης έντασης σήμα σε σχέση με την παρωτίδα). Ερευνήθηκε η πιθανότητα ενίσχυσης και το είδος της ενίσχυσης στα 14 περιστατικά που εχορηγήθηκε ενδοφλέβια έγχυση Γαδολίνιου. Αξιολογήθηκε η ευαισθησία της μεθόδου στην απεικόνιση της μάζας, στη διαφορο-διάγνωση καλοήθειας από κακοήθεια και στην εντόπιση της μάζας σε σχέση με τον παρωτιδικό πόρο και το προσωπικό νεύρο.

Στα 39 περιστατικά της **Αξονικής Σιελογραφίας** και στα 20 περιστατικά της **Μαγνητικής Σιελογραφίας**, εκτός του ελέγχου για την ικανότητα της μεθόδου στην απεικόνιση, εντόπιση της βλάβης και διαφοροδιάγνωση καλοήθειας από κακοήθεια, ερευνήθηκε η πιθανότητα, αν ο κύριος παρωτιδικός πόρος θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν διαχωριστικό επίπεδο διάκρισης των εν τω βάθει από τους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους, καθώς και η σχέση του με το προσωπικό νεύρο.

Έγινε επίσης αξιολόγηση της επέκτασης της μάζας έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου και τυχόν παρεκτόπιση των αγγείων (επιπολής κροταφικής αρτηρίας και οπίσθιας προσωπικής φλέβας από τη μάζα). Έγινε σύγκριση, επίσης, των δύο μεθόδων στα 14 περιστατικά που είχαν συγχρόνως Αξονική και Μαγνητική Σιελογραφία, όσο αφορά την απεικόνιση του παρωτιδικού πόρου και κλάδων και τυχόν μετατόπιση τους από την παρωτιδική μάζα. Ερευνήθηκε η καμπύλη γραμμή χαμηλής έντασης σήματος στην T1 ακολουθία εντός του παρωτιδικού παρεγχύματος και έγινε σύγκριση της Μαγνητικής Σιελογραφίας με την Αξονική Σιελογραφία, σε μια προσπάθεια να εκτιμηθεί το γεγονός αν οι γραμμές χαμηλής έντασης σήματος, ιδιαίτερα στο οπίσθιο σημείο της παρωτίδας, αντιστοιχούν στον παρωτιδικό πόρο ή στο προσωπικό νεύρο.

Τέλος, δοκιμάστηκε η τεχνική της Μαγνητικής Σιελογραφίας με την ίδια μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη Μαγνητική Χολαγγειογραφία (βαρύς T2 προσανατολισμός).

8. ΕΥΡΗΜΑΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η τελική ιστοπαθολογική διάγνωση των παθήσεων καταγράφεται στον πιν. 1 και στη γραφ. παρ. 2 και περιλαμβάνει **38 Πολύμορφα Αδενώματα, 22**

Λεμφαδενώματα, (11 μονήρη, 5 αμφοτερόπλευρα, 1 πολλαπλό), **9 άλλους καλοήθεις όγκους** (4 λιπώματα, 3 αιμαγγειώματα, 2 νευρινώματα), **21 κακοήθεις όγκους** [7 καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου από τα οποία τα 4 μεταστατικά από καρκίνο του δέρματος, 3 βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα, 3 αδενοκαρκινώματα, 3 μεταστάσεις (1

από μελάνωμα, 2 από καρκίνο της γλώσσας) 1 αδενοκυστικό καρκίνωμα, 1 ραβδομυοσάρκωμα, 1 κακώθης λέμφωμα, 1 κακώθη μικτό όγκο και 1 λευχαιμία], **19 φλεγμονώδεις βλάβες** (10 φλεγμονές ενδοπαρωτιδικού λεμφαδένα, 7 περιστατικά με ενδο και εξω παρωτιδική λεμφαδενίτιδα και 2 περιστατικά με χρόνια σιελαδενίτιδα, το ένα με συνοδό συρίγγιο, **13 διάφορες παθήσεις** (11 ασθενείς) (όπως 2 περιστατικά με μετακτινική παρωτίτιδα, 1 παρωτίτιδα μετά απο χημειο-θεραπεία, 2 με νόσο του Sjogren (αμφοτερόπλευρος πάθηση), 3 διατάσεις των παρωτιδικών πόρων από περιφερική καλοήγη στένωση του πόρου, 2 λιθιάσεις του παρωτιδικού πόρου και 1 έκτοπο πολύμορφο αδένωμα στη σταφυλή) και τέλος **14 εξωπαρωτιδικά αίτια** με κλινική παρουσίαση μάζας της παρωτίδας (2 βραγχιακές κύστεις, 2 λεμφαδενοπάθειες απο τοξοπλάσμωση, 3 αντιδραστικές λεμφαδενίτιδες με καθαρά εξωπαρωτιδική εντόπιση, 1 μετεγχειρητική ίνωση μετά απο παρωτιδεκτομή, 1 αιμαγγείωμα, 1 αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία, 1 εξωπαρωτιδική λεμφαδενοπάθεια από καρκίνο του ρινοφάρυγγα, 1 μύξωμα της κάτω γνάθου, 1 μετατραυματικό ανεύρυσμα της έσω καρωτίδας μετά από παροχέτευση περιαμυγδαλικού αποστήματος και 1 σμηγματογόνος κύστη).

Η τοπογραφική κατανομή των μαζών παρουσιάζεται στη γραφ. παρ. 3,4,5.

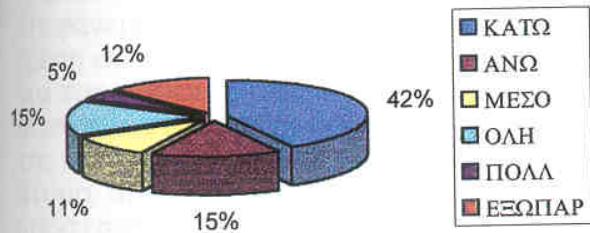
Από τα 136 περιστατικά, τα 66 αφορούσαν στη δεξιά και τα 69 στην αριστερή παρωτιδική χώρα και ένα στη σταφυλή (έκτοπο πολύμορφο αδένωμα). Από τα 135 περιστατικά, τα 121 ήταν ενδοπαρωτιδικά και τα 14 εξωπαρωτιδικά.

Όσο αφορά **τη δεξιά παρωτίδα** (Γραφ. Παρ. 3), 28 βλάβες εντοπιζονταν στον κάτω πόλο, 10 στον άνω πόλο, 7 στη μεσότητα και 10 ήταν διάχυτες σ' όλο το παρέγχυμα της παρωτίδας, 3 ήταν πολλαπλές βλάβες και 8 είχαν εξωπαρωτιδική εντόπιση (γραφ. Παρ. 3). Στον επιπολής λοβό εντοπιζόταν η πλειονότητα (37/45) των μονήρων ενδοπαρωτιδικών βλαβών (γραφ. Παρ.5), ενώ μόνο 7 μάζες κατελάμβαναν τον εν τω βάθει λοβό, 1 επιπολής μάζα του κάτω πόλου είχε επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου, προκαλώντας προς τα έσω μετατόπιση των αγγείων της οπίσθιας προσωπικής φλέβας και επιπολής κροταφικής αρτηρίας. Αναλυτικά, από τις 28 μονήρεις ενδοπαρωτιδικές μάζες του κάτω πόλου της δεξιάς παρωτίδας (Γραφ. Παρ. 5), 25 ήταν επιπολείς, 2 εν τω βάθει και 1 είχε επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Από τις 10 μάζες του άνω πόλου της δεξιάς παρωτίδας, 7 ήταν επιπολείς και 3 εν τω βάθει, ενώ, απο τις 7 μάζες της μεσότητας, οι 5 ήταν επιπολείς και οι 2 εν τω βάθει. Όσον αφορά **την αριστερή παρωτίδα** (γραφ. παρ.4), 29 βλάβες εντοπιζονταν στον κάτω πόλο, 9 στον άνω, 7 στη μεσότητα και 10 σ' όλο το παρέγχυμα της παρωτίδας. 8 ήταν πολλαπλές και 6 είχαν εξωπαρωτιδική εντόπιση. Οι 38 μάζες ήταν στον επιπολής λοβό και οι 6 στον εν τω βάθει και 1 περιστατικό στον κάτω πόλο είχε επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Αναλυτικά, από τις 29 μονήρεις ενδοπαρωτιδικές μάζες του κάτω πόλου, 23 ήταν επιπολείς, 5 εν τω βάθει και 1 επεκτεινόταν έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Από τις 9 μάζες του άνω πόλου της αριστεράς παρωτίδας, 8 ήταν επιπολείς και 1 εν τω βάθει ενώ οι 7 μάζες της μεσότητας ήταν όλες επιπολείς. Από το σύνολο των μονήρων ενδοπαρωτιδικών μαζών **και στις δύο παρωτίδες** 75 μάζες ήταν επιπολείς, 13 εν τω βάθει και 2 επιπολείς με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου (γραφ. παρ.5)

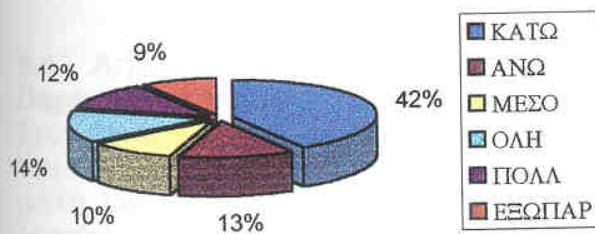
Το μέγεθος της διαμέτρου της μάζας εκυμαίνετο από 0,5 εκ μέχρι 8 εκ. (μέσο μέγεθος 2,7εκ) και αφορούσε 117 βλάβες. Οι υπόλοιπες 11 ήταν πολλαπλές και οι άλλες 8 διάχυτες εξωγενείς και το μέγεθος της διαμέτρου τους δεν μπορούσε να μετρηθεί (Πιν. 1).

Συνοδός λεμφαδενοπάθεια παρατηρήθηκε σε 20 ασθενείς (Πιν 1). Σε λεμφαδενοπάθειες ατόμων ηλικίας κάτω των 45 ετών, 11 από τα 14 περιστατικά ήταν φλεγμονές

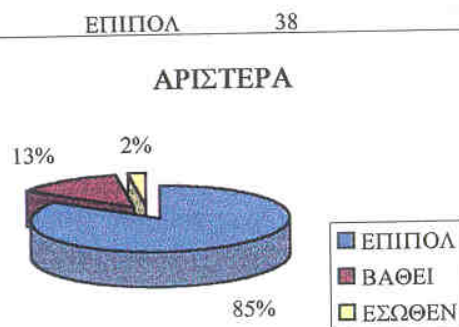
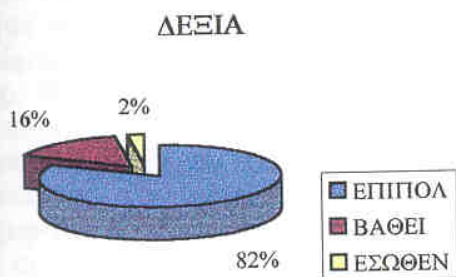
και μόνο τα 3 περιστατικά ήταν κακοήθη ενώ όλες (6/6) οι λεμφαδενοπάθειες ατόμων άνω των 45 ετών ήταν κακοήθεις.



Γραφ. Παρ. 3 ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΔΕΞΙΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ



Γραφ. Παρ. 4 ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΡΙΣΤΕΡΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ



Γραφ. Παρ. 5 ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΟΝΗΡΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ

Αποτελέσματα από τη μελέτη των 100 φυσιολογικών παρωτίδων, 1 μέχρι 72 ετών, μέση ηλικία 38,7 (πιν. 2).

Η απόσταση Α (μεταξύ του οπίσθιου σημείου της γωνίας της κάτω γνάθου και της έξω επιφάνειας της παρωτίδας εκειμένετο για όλα τα φυσιολογικά άτομα από 10-40 χιλ. (μέση απόσταση 21.1 χιλ.), για τα θήλεα από 13-32 χιλ. (μέση απόσταση 20.2 χιλ.) και για του άρρενες από 10-40 χιλ. (μέση απόσταση 22.4 χιλ), 1.3 χιλ μεγαλύτερη από τη μέση απόσταση στα θήλεα. Η απόσταση Β (μεταξύ του οπισθίου σημείου της γωνίας της κάτω γνάθου και του παρωτιδικού πόρου) εκειμένετο για όλα τα φυσιολογικά άτομα από 4-23 χιλ. (μέση απόσταση 11.5 χιλ.), για τα θήλεα απο 5-23 χιλ. (μέση απόσταση 10.6 χιλ.) και για τους άρρενες από 4-24 χιλ. (μέση απόσταση 12.7 χιλ.), 1.2 χιλ. μεγαλύτερη από τη μέση απόσταση στα θήλεα. Η ταξινόμηση των μετρήσεων κατά δεκαετία ηλικίας γίνεται στον πιν. 3 οπου φαίνεται να υπάρχει αύξηση του μεγέθους της παρωτίδας στις μεγάλες ηλικίες καθώς και η απόσταση του παρωτιδικού πόρου από τη γωνία της κάτω γνάθου φαίνεται να μην είναι σταθερή αλλά να μεγαλώνει ανάλογα με το μέγεθος της παρωτίδας.

8.1 Αποτελέσματα Υπερηχογραφικής Μελέτης 58 Περιστατικών με Παρωτιδική Μάζα

Στον πίνακα 4 περιγράφεται ο αριθμός του περιστατικού από τον πίνακα 1, το είδος του περιγράμματος του όγκου (ομαλό ή ανώμαλο), το είδος της ηχογένειας (χαμηλή, μικτή, υψηλή) η ηχοδομή (ομοιογενής ή ανομοιογενής) της μάζας, σημειώνεται με + η ύπαρξη και με - η μη ύπαρξη της οπίσθιας ενίσχυσης του ήχου, το μέγεθος της μάζας και τέλος η ιστοπαθολογία της .

Η Υπερηχοτομογραφία (εικ. 6-17) απεικόνισε όλες τις παρωτιδικές μάζες, ποσοστό ευαισθησίας, ειδικότητας και ακρίβειας 100%. Σ' όλες τις απεικονιστικές μεθόδους δεν υπήρχαν ψευδώς θετικά ή αληθώς αρνητικά περιστατικά, αφού όλα τα περιστατικά μας ήταν παθολογικά. Από τα **25** περιστατικά με **πολύμορφο αδένωμα** (γραφ. παρ.6), τα 14 είχαν μικτή ηχογένεια, ενώ τα υπόλοιπα 11 χαμηλή ηχογένεια, τα 17 είχαν ανομοιογένεια παρεγχύματος, ενώ τα 8 ήταν ομοιογενή. 11 περιστατικά είχαν ανώμαλο και 14 ομαλό περίγραμμα. Από τα **13** περιστατικά με **αδενολέμφωμα** (γραφ. παρ. 7), τα 5 είχαν μικτή, ενώ τα 8 χαμηλή ηχογένεια, 5 είχαν ανομοιογενές και 8 ομοιογενές παρέγχυμα. Τα 12 είχαν ομαλό και μόνο 1 είχε ανώμαλο περίγραμμα. Από την υπερηχογραφική μελέτη **7 κακοήθων όγκων** (γραφ. παρ. 8), όλοι έδειξαν μικτή ηχογένεια. Οι 6 από τους 7 κακοήθεις όγκους είχαν ανομοιογένεια παρεγχύματος και μόνο 1 περιστατικό είχε ομοιογενή υφή. Ανώμαλο περίγραμμα είχαν τα 5 και ομαλό τα υπόλοιπα 2 περιστατικά. Όλοι οι καλοήθεις όγκοι άνω του μεγέθους των 2,2 εκ είχαν ανομοιογένεια παρεγχύματος. Από τις **7 λεμφαδενίτιδες**, οι 5 είχαν ομαλό και οι 2 ανώμαλο περίγραμμα, οι 4 είχαν χαμηλή και οι 3 μικτή ηχογένεια. 5 είχαν ομοιογενές και οι 2 ανομοιογενές παρέγχυμα. Τα **2 λιπώματα** είχαν υψηλή ηχογένεια και ανομοιογενή υφή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΑΡ	ΑΠ	ΠΕΡΙΓΡ.	ΗΧΟΓΕΝ.	ΗΧΟΔΟΜΗ	Π.Ε	ΜΕΓ εκ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
1	1	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	4.5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
2	2	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ (κεντρικά χαμηλή)	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
3	3	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
4	4	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.5 1.2	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
5	5	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.5	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
6	6	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	-	1.5	ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
7	7	ΟΜΑΛΟ	ΥΨΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.5	ΛΙΠΩΜΑ
8	8	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
9	10	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	3.5	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
10	11	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	5	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ.
11	12	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	4.5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
12	13	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.2	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
13	14	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
14	15	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ
15	16	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
16	17	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
17	18	ΑΝΩΜΑΛ.	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	3	ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
18	19	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.8	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
19	20	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.7	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
20	21	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.8	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
21	22	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	0.8	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
22	23	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.5	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
23	24	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	3	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ
24	25	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.8	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
25	26	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
26	27	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
27	28	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
28	32	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
29	33	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1.5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
30	34	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2.5	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
31	35	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.4	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
32	37	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
33	43	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
34	44	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.6	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
35	50	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	8	ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΜΙΚΤΟΣ ΟΓΚΟΣ
36	51	ΑΝΩΜ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	0.8	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
37	52	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
38	53	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΤΙΔΑ
39	55	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3.8	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
40	60	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	Πολ	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
41	64	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜ	+	Πολ	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ

42	67	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.9	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
43	78	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	1.3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
44	79	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	Πολ.	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
45	86	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ

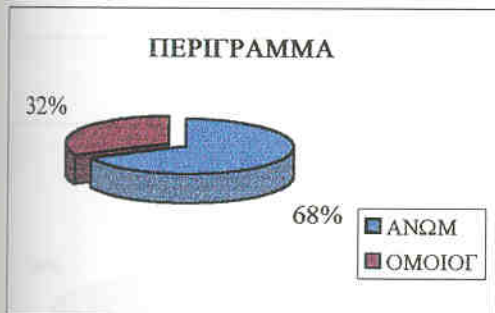
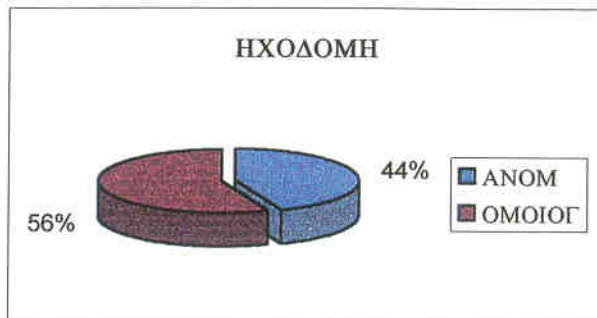
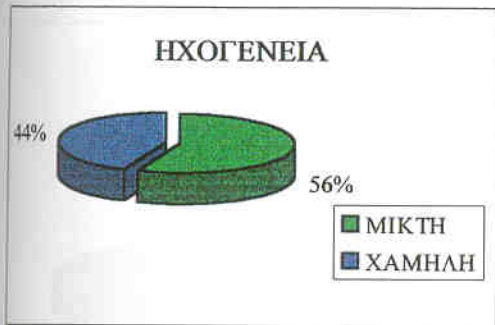
ΣΥΝΕΧΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

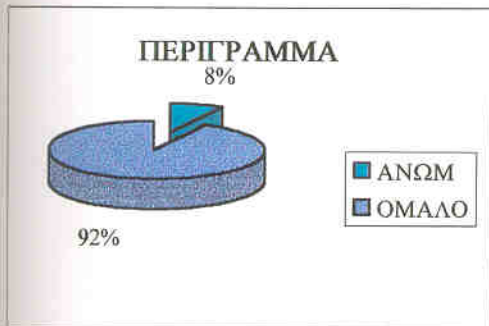
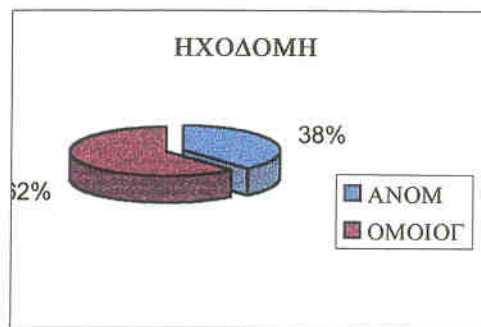
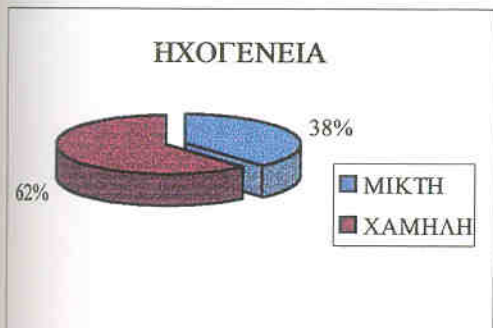
ΑΡ	ΑΠ	ΠΕΡΙΓΡ.	ΗΧΟΓΕΝ.	ΗΧΟΔΟΜΗ	Π.Ε	ΜΕΓ εκ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
46	87	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
47	88	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2.5	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
48	90	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
49	91	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
50	94	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
51	95	ΑΝΩΜΑΛΟ	ΨΗΛΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	+	3	ΛΙΠΩΜΑ
52	97	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	4	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
53	98	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	2	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
54	113	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	Πολ	ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΙΑ
55	117	ΑΝΩΜΑΛΟ			+	Πολ.	ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ
56	119	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	5	ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ
57	120	ΟΜΑΛΟ	ΜΙΚΤΗ	ΑΝΟΜΟΙΟΓ.	-	3	ΜΥΞΩΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
58	121	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	4.2	ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ
59	123	ΟΜΑΛΟ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΜΟΙΟΓ.	+	1	ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΟΣ ΚΥΣΤΗ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ:

Αρ. = Αριθμός, ΑΠ= Αριθμός Περιστατικού από Πίνακα 1, Ηχογέν=Ηχογένεια βλάβης, Ηχοδομή = Ομοιογένεια βλάβης, Ομοιογ = Ομοιογενής υφή, Ανομοιογ = Ανομοιογενής υφή, Π.Ε.= οπισθία ενίσχυση ήχου, Μεγ= Μέγεθος, εκ=εκατοστόμετρα, + = υπάρχει, - = δεν υπάρχει

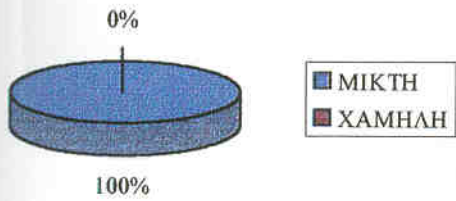


Γραφ. Παρ. 6 ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 25 ΠΟΛΥΜΟΡΦΩΝ ΑΔΕΝΩΜΑΤΩΝ ΟΣΟ ΑΦΟΡΑ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ ΗΧΟΔΟΜΗ ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΑΖΑΣ

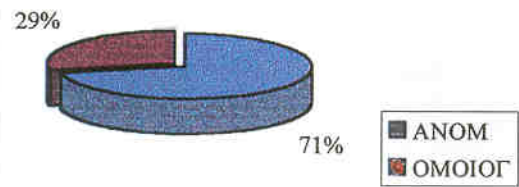


Γραφ. Παρ 7 ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 13 ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ ΟΣΟ ΑΦΟΡΑ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ ΗΧΟΔΟΜΗ ΚΑΙ ΤΥΠΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΑΖΑΣ

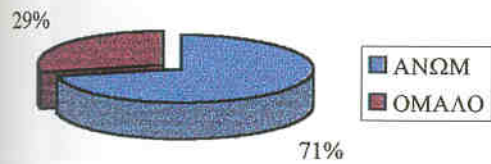
ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ



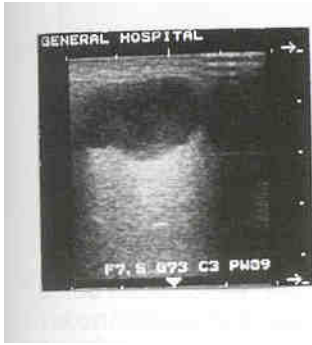
ΗΧΟΔΟΜΗ



ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ



Γραφ. Παρ 8 ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ
7 ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΑΡΩΠΛΙΚΩΝ ΟΓΚΩΝ
ΟΣΟ ΑΦΟΡΑ ΗΧΟΓΕΝΕΙΑ ΗΧΟΔΟΜΗ
ΚΑΙ ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ



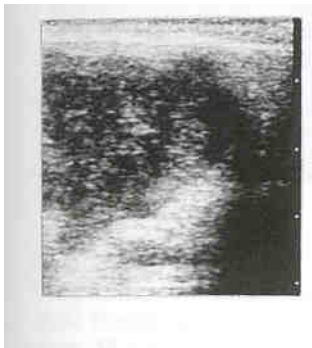
Εικ 6. Αρ. Περ. 31
Πολύμορφο αδένωμα.



Εικ. 7. Αρ. Περ.8
Πολύμορφο αδένωμα.



Εικ.8 Αρ. Περ. 32
Πολύμορφο αδένωμα.



Εικ. 9 Αρ. Περ. 55
Πολύμορφο αδένωμα.



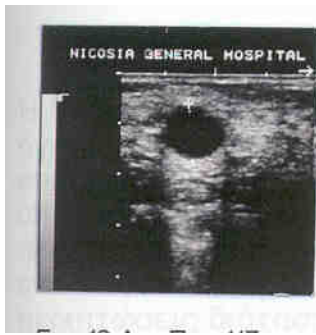
Εικ. 10. Αρ. Περ. 44
Πολύμορφο αδένωμα.



Εικ. 11 Αρ. Περ. 16
Αδενολέμφωμα. Ομαλό
περίγραμμα. Χαμηλή
ηχογένεια και οπίσθια
ενίσχυση του ήχου.

Τα μεγάλα πολύμορφα αδενώματα (εικ.7,8,9,10) έχουν μεγάλη ανομοιογένεια και ανώμαλο περίγραμμα σε σχέση με τα πιο μικρά πολύμορφα αδενώματα (εικ. 6), όμως όλα έχουν οπίσθια ενίσχυση του ήχου.

Η διαφορική διάγνωση με τη βοήθεια της Υπερηχοτομογραφίας μεταξύ καλοήθους και κακοήθους μάζας (εικ 6-16) δεν μπόρεσε να γίνει βάση του είδους του περιγράμματος, ηχοδομής ή ηχογένειας της, παρ' όλο που όλοι οι κακοήθεις όγκοι είχαν μικτή ηχογένεια (7/7), μεγαλύτερο ποσοστό ανομοιογένειας ηχοδομής (6/7) και ανώμαλο περίγραμμα (5/7) σε σύγκριση με τους καλοήθεις όγκους (εικ. 15,16) (γραφ. παρ. 6,7,8). Πολλοί καλοήθεις όγκοι είχαν επίσης ανώμαλο περίγραμμα (κυρίως πολύμορφα αδενώματα μεγάλου μεγέθους). Όμως, η πλειονότητα (12/13) των αδενολεμφωμάτων είχαν ομαλό περίγραμμα (εικ. 11). Το χαρακτηριστικό σημείο όμως, που συνόδευε μόνο τους καλοήθεις όγκους, ήταν η οπίσθια ενίσχυση του ήχου (εικ. 6-11), που δεν συναντήθηκε σε κανένα από τους κακοήθεις όγκους, εκτός από το κακοήθες λέμφωμα. Ενίσχυση του ήχου οπίσθεν της βλάβης είχαν επίσης οι Λεμφαδενίτιδες (εικ. 12-13) και οι κύστεις (βραγχιακή και σμηγματογόνας).



Εικ. 12 Αρ. Περ.117
Διόγκωση ενδοπαρωτιδικού λεμφαδένα από τοξοπλάσμωση. Σημαντική οπίσθια ενίσχυση του ήχου.



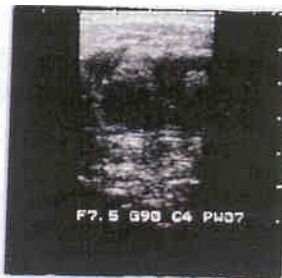
Εικ.13 Αρ. Περ. 51
Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένα. Όχι σημαντική οπίσθια ενίσχυση του ήχου.



Εικ.14 Αρ. Περ. 2
Πολύμορφο αδένωμα με κεντρικό απόστημα, έντονη περιφερική ενίσχυση του ήχου.



Εικ. 15 Αρ. Περ. 6
Αδενοκυστικό καρκίνωμα.
Δεν παρατηρείται οπίσθια ενίσχυση του ήχου στις κακοήθεις μάζες, οι οποίες μπορεί να έχουν ομαλό (εικ. 15) ή ανώμαλο περίγραμμα (εικ. 16).

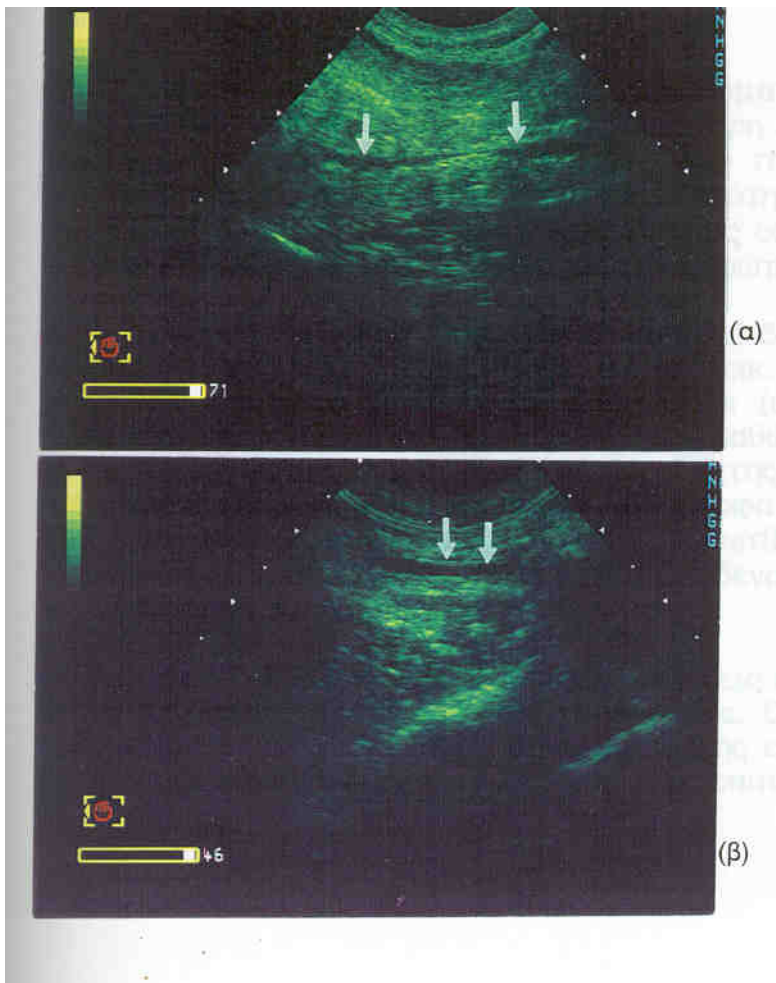


(α)
Εικ.16 Αρ. Περ. 10 (α+β)
Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου, οπίσθια ενίσχυση του ήχου.



(β)

Εικ. 17 Υπερηχοτομογραφία Αρ. Περ. 108
α) οπίσθια προσωπική φλέβα (τόξα)
β) διάταση του παρωτιδικού πόρου (τόξα).



Η Υπερηχοτομογραφία δεν μπόρεσε να αξιολογήσει τους εν τω βάθει παρωτιδικούς όγκους ή την επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου, αλλά στους μικρούς επιπολείς όγκους με εμφανή όρια η μελέτη με Υπερηχοτομογραφία ήταν αρκετή. Η οπίσθια προσωπική φλέβα και επιπολής κροταφική αρτηρία εφαιόντο σ' όλα τα περιστατικά (εικ. 17α). Ο φυσιολογικός παρωτιδικός πόρος, όμως, απεικονίζετο ενίοτε σαν 2 παράλληλες, ηχογενείς γραμμές. Η απεικόνιση του ήταν εύκολη στις περιπτώσεις διάτασης του (εικ 17β).

8.2 Αποτελέσματα Μελέτης με Αξονική Τομογραφία 72 Περιστατικών με Παρωτιδική Μάζα

Στον πίνακα 5 περιγράφεται ο αριθμός του περιστατικού από τον πίνακα 1, το είδος της πυκνότητας της μάζας (ισο-υπο-υπέρπυκνη) σημειώνεται με + αν η μάζα ενισχύεται μετά την ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας περισσότερο, με - αν η μάζα ενισχύεται λιγότερο και

με = αν είχε ίση ενίσχυση με την παρωτίδα. Σημειώνονται με + τα περιστατικά που είχαν Αξονική Σιελογραφία, με * αυτά που δεν απεικόνισαν τη μάζα και τέλος η ιστοπαθολογική διάγνωση.

Από το σύνολο των 67 ενδοπαρωτιδικών μαζών, που μελετήθηκαν με αξονική τομογραφία χωρίς την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, μόνο οι 46 είχαν διαφορετική πυκνότητα από την παρωτίδα και ευκρινή απεικόνιση, ποσοστό ευαισθησίας 68,6%, ειδικότητας 100% και ακρίβειας 68,6%. Το υπόλοιπο 31,4% (21/67 περιστατικά) δεν ξεχώριζαν από τη φυσιολογική παρωτίδα, αν εξαιρεθεί η διόγκωση της παρωτίδας που προκαλούσαν ορισμένες μεγάλες μάζες. Με την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, η ευαισθησία της μεθόδου στην απεικόνιση των ενδοπαρωτιδικών μαζών βελτιώθηκε στο 92,8% (52/ 56), η ειδικότητα στο 100% και η ακρίβεια στο 92,8%.

Όσον αφορά τα **28 πολύμορφα αδενώματα**, που ερευνήθηκαν με Αξονική Τομογραφία, τα 11 είχαν ίση, τα 2 μικρότερη και τα 15 μεγαλύτερη πυκνότητα σε σχέση με την παρωτίδα (γραφ. παρ.9). Από τα **13 αδενολεμφώματα**, τα 2 είχαν ίση, τα 2 μικρότερη και τα 7 μεγαλύτερη πυκνότητα σε σχέση με την παρωτίδα (γραφ. παρ.9). Ενώ, από τους **10 κακοήθεις όγκους** οι 3 είχαν ίση, ο ένας μικρότερη και οι 6 μεγαλύτερη πυκνότητα σε σχέση με την παρωτίδα (γραφ. παρ.9).

Παρατηρήθηκε ενίσχυση της μάζας σε 45/56 περιστατικά (80,3%) μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας (εικ. 18,19), δακτυλοειδής ενίσχυση σε 9 καλοήθεις μάζες: 5 πολύμορφα αδενώματα (εικ. 20), 3 αδενολεμφώματα και 1 φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού λεμφαδένα καθώς και σε ένα περιστατικό με μεταστάσεις στους λεμφαδένες από καρκίνο της γλώσσας (εικ. 21). Δεν ενισχύθηκαν 7/56 μάζες (12,5%) (4 λιπώματα, 2 πολύμορφα αδενώματα, 1 φλεγμονή) και είχαν ίση ενίσχυση ή πυκνότητα με την παρωτίδα μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, 4/56 μάζες (7,1%) (2 αδενολεμφώματα, 1 πολύμορφο αδένωμα, και 1 βραγχιακή κύστη).

Η διαφορική διάγνωση καλοήθων από κακοήθεις ή επιπολείς από εν τω βάθει όγκους δεν ήταν δυνατή με την αξονική τομογραφία. Ο παρωτιδικός πόρος απεικονιζόταν πολύ σπάνια (μόνο στις περιπτώσεις μεγάλης εναπόθεσης λίπους στην παρωτίδα) και ο διαχωρισμός των εν τω βάθει από τους επιπολείς όγκους δεν ήταν δυνατός.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΑΡ	ΑΠ	ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ	ΣΚΙΑΓΡ	Α. ΣΙΕΛ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
1	1	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	-	+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
2	2	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	+ (ΔΑΚ)	+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ + ΑΠΟΣΤΗΜΑ
3	4	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	+ (ΔΑΚ)	+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
4	5	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+ (ΔΑΚ)		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
5	6	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	+		ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
6	7	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	-	+	ΛΙΠΩΜΑ
7	8	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+ (ΔΑΚ)	+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
8	10	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
9	11	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
10	13	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
11	14	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
12	16	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	+ ΔΑΚ	+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
13	17	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+ ΔΑΚ	+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
14	18	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
15	19	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ

16	20	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+	*	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
17	21	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
18	22	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+ ΔΑΚ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
19	23	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	=	+		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
20	24	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ		+		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
21	25	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	=	+		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
22	26	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	=	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
23	27	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
24	28	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ		+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
25	29	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	-	+		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
26	31	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ				ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
27	32	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	-	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
28	35	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ		+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
29	36	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
30	37	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
31	38	ΥΠΟΠΥΚΝΗ				ΛΙΠΩΜΑ
32	40	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	-			ΛΙΠΩΜΑ
33	50	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+		ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΜΙΚΤΟΣ ΟΓΚΟΣ
34	51	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+ ΔΑΚΤ	+	*	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
35	52	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
36	53	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+	*	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
37	54	ΙΣΟΠΥΚΝΗ		+		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
38	55	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
39	65		+			ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
40	67	ΙΣΟΠΥΚΝΗ		+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
41	69		+ ΔΑΚΤ			ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ
42	74	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	-			ΛΙΠΩΜΑ
43	75	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
44	76	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
45	77	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
46	81	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+			ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
47	82	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+			ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
48	83	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+ ΔΑΚΤ			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
49	84	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
50	85	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

ΣΥΝΕΧΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

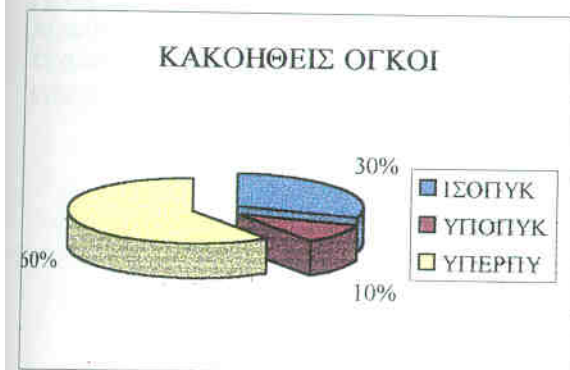
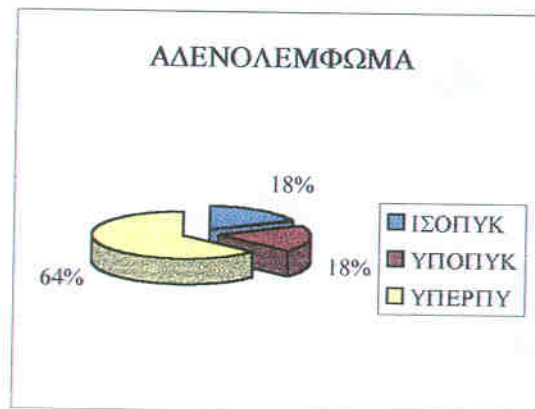
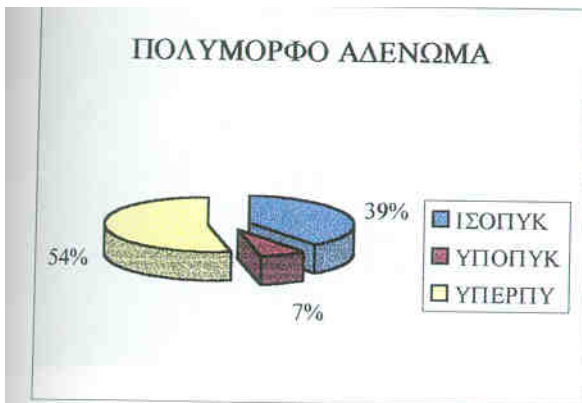
ΑΡ	ΑΠ	ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ	ΣΚΙΑΓΡ	Α. ΣΙΕΛ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
51	86	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
52	87	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
53	88	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
54	89	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+		ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ
55	91	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
56	92	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
57	93	ΥΠΟΠΥΚΝΗ			ΛΙΠΩΜΑ
58	94	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

59	95		-	+	ΛΙΠΩΜΑ
60	97	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+		ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
61	98	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
62	99	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ		+	ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
63	102	ΥΠΟΠΥΚΝΗ			ΔΙΑΤΕΤΑΜΕΝΟΣ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ
64	103	ΙΣΟΠΥΚΝΗ		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
65	105	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ			ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
66	107	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ			ΧΡΟΝΙΑ ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
67	108			+	ΔΙΑΤΑΞΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ
68	109	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ			ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
69	112	ΥΠΕΡΠΥΚΝΗ			ΕΞΩΠΑΡ. ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
70	114	ΙΣΟΠΥΚΝΗ	+	+	ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ
71	115		+		ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
72	119	ΥΠΟΠΥΚΝΗ	=		ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ

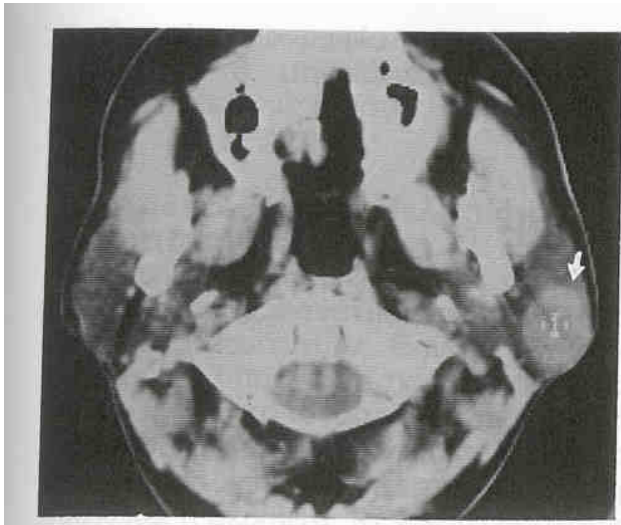
ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

Αρ. = αριθμός, ΑΠ = αριθμός περιστατικού από πίνακα 1, Σκιαγρ. = με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας (+ = ενίσχυση, +ΔΑΚ = δακτυλιοειδής ενίσχυση, - = μη ενίσχυση, = = ίση ενίσχυση με την παρωτίδα

Α. ΣΙΕΛ = αξονική σιελογραφία (+ = έγινε, * = η μέθοδος δεν απεικονίζει τον όγκο)

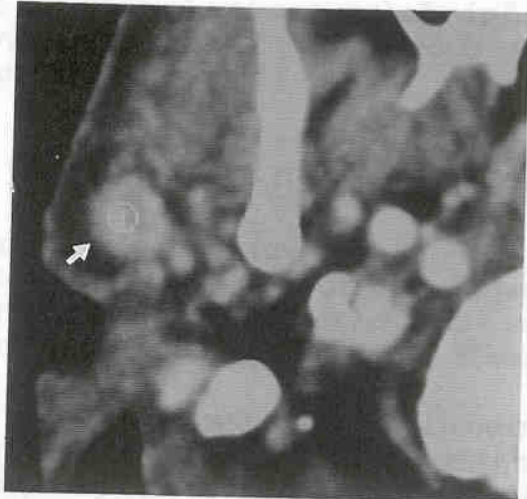


Γραφ. Παρ 9 ΜΕΛΕΤΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΩΝ ΜΑΖΩΝ ΜΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

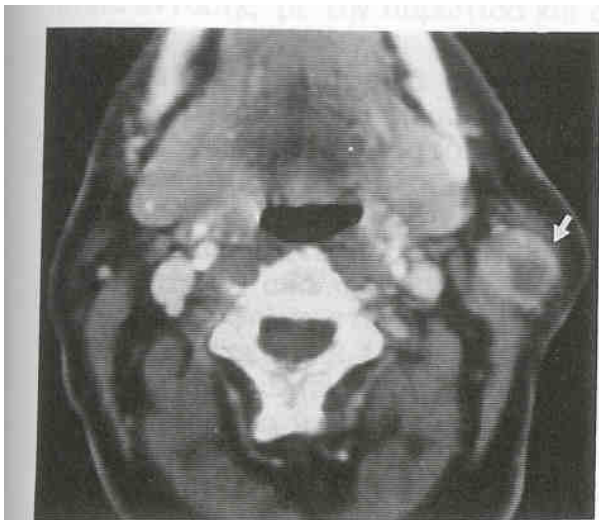


Εικ. 18 Αρ. Περ. 31
Πολύμορφο αδένωμα

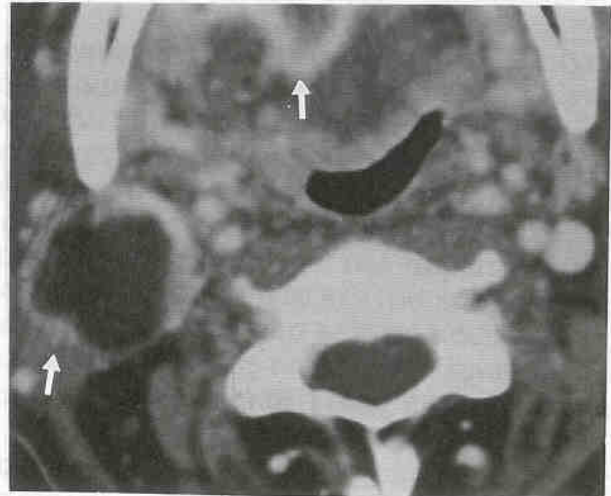
Αξονική Τομογραφία με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας: Οζώδης ενίσχυση του όγκου. Η ενίσχυση είναι μεγαλύτερη από αυτήν της παρωτίδας (τόξο).



Εικ. 19 Αρ. Περ. 74
Πολύμορφο αδένωμα



Εικ. 20 Αρ. Περ. 8
Πολύμορφο αδένωμα
Αξονική Τομογραφία με ΕΦ
έγχυση σκιαγραφικής ουσίας: Δακτυλιοειδής
ενίσχυση του όγκου (τόξο).



Εικ. 21 Αρ. Περ. 69
Μεταστάσεις από καρκίνο της
γλώσσας. Αξονική Τομογραφία με
έγχυση σκιαγραφικής ουσίας:
Δακτυλιοειδής ανώμαλος ενίσχυση της
μάζας της γλώσσας και του
ενδοπαρωτιδικού λεμφαδένα (τόξα).

Η αξονική τομογραφία απεικόνισε σιελόλιθο σε περιστατικό χρόνιας σιελαδενίτιδας που δεν το απεικόνισε η μαγνητική τομογραφία (εικ. 22 α+β) καθώς και αβεστοποιήσεις αιμαγγειώματος της δεξιάς τραχηλικής χώρας (εικ. 23)

8.3 Αποτελέσματα Μελέτης με Μαγνητική Τομογραφία 83 Περιστατικών με Παρωτιδική Μάζα

Τα ευρήματα της Μαγνητικής Τομογραφίας παρουσιάζονται στον πιν. 6., δηλ. ο αριθμός του περιστατικού από τον πίνακα 1 και το είδος του σήματος στην T1, T2 και ακολουθία πρωτονίων. Επίσης, αναφέρεται αν υπήρχε ενίσχυση με Γαδολίνιο με + και με - αν δεν υπήρχε ενίσχυση. Επίσης αν έγινε σιελογραφία με +. Τέλος, αναγράφεται το ιστοπαθολογικό αποτέλεσμα.

Η ευαισθησία της Μαγνητικής Τομογραφίας με την **T1 ακολουθία** στην απεικόνιση της παρωτιδικής μάζας ήταν πολύ υψηλή, ανέρχεται στο 97.2% (70/72) η ειδικότητα 100% και η ακρίβεια 97,2% το υπόλοιπο 2,8% μπορούσε επίσης να απεικονισθεί αλλά με λιγότερη ευκρίνεια λόγω του ίσου περίπου σήματος έντασης του με την φυσιολογική παρωτίδα. Η ευαισθησία της ακολουθίας των **πρωτονίων** για τον ίδιο σκοπό ήταν μόνο 48,5% (17/35), ειδικότητα 100% και η ευκρίνεια 48,5% μια και τα μισά περιστατικά είχαν σήμα ίσης έντασης με την παρωτίδα σ' αυτό το είδος της ακολουθίας. Η **T2 ακολουθία** είχε επίσης υψηλή ευαισθησία στην απεικόνιση της παρωτιδικής μάζας, μ' ένα 94% (63/67) με τις περισσότερες μάζες (57/67, ποσοστό 85%) να απεικονίζονται με υψηλό σήμα έντασης. Το 5,9% (4/67) των όγκων είχαν ίδιο σήμα έντασης με την παρωτίδα και άλλο τόσο ποσοστό είχε χαμηλής έντασης σήμα.

Από τα 24 Πολύμορφα αδενώματα που ερευνήθηκαν με **T1 ακολουθία**: 20 είχαν χαμηλής έντασης σήμα (εικ. 24α), 1 είχε ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα, 2 είχαν χαμηλής έντασης σήμα στο κέντρο και υψηλής έντασης το ένα, και ίσης έντασης με την παρωτίδα, το άλλο, στην περιφέρεια και 1 χαμηλής έντασης σήμα στη περιφέρεια και ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στο κέντρο. **Από τα 10 Αδενολεμφώματα** που ερευνήθηκαν με **T1 ακολουθία**: τα 6 είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία, 1 είχε υψηλής, 1 ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στο κέντρο και υψηλής στην περιφέρεια, 1 υψηλής έντασης σήμα στο κέντρο και χαμηλής στην περιφέρεια και 1 ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στο κέντρο και χαμηλής στην περιφέρεια (εικ. 25). **Από τους 12 Κακοήθεις όγκους** που ερευνήθηκαν με **T1 ακολουθία**: τα 9 είχαν χαμηλής έντασης σήμα, 2 υψηλής και 1 ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα.

Από τις 10 Φλεγμονώδεις μάζες στην **T1 ακολουθία**: είχαν όλες χαμηλής έντασης σήμα. Με την **ακολουθία των πρωτονίων** ερευνήθηκαν **15 πολύμορφα αδενώματα**. Από αυτά 7 είχαν ίσης έντασης σήμα με τη παρωτίδα, 5 υψηλής έντασης σήμα, 1 χαμηλής έντασης σήμα και 2 ίσης έντασης σήμα στο κέντρο και υψηλής στην περιφέρεια. Επίσης, από **5 αδενολεμφώματα** τα 3 είχαν στην **ακολουθία πρωτονίων** ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα, το 1 υψηλής έντασης σήμα και άλλο 1 χαμηλής έντασης σήμα.

Από τα 5 περιστατικά με **κακοήθεις μάζες** 3 είχαν ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στην **ακολουθία των πρωτονίων** και 2 υψηλής έντασης σήμα.

Από τις 6 **φλεγμονώδεις μάζες** 3 είχαν ίσης έντασης σήμα στην **ακολουθία των πρωτονίων** και άλλα 3 υψηλής έντασης σήμα.

Με την **T2 ακολουθία** ερευνήθηκαν **24 πολύμορφα αδενώματα**, από τα οποία 21 είχαν υψηλής έντασης σήμα, 2 πολύ υψηλής έντασης σήμα, και 1 ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στο κέντρο και υψηλής στην περιφέρεια.

ΔΕΙΛΙΑΔΟ 6: ΙΑΔΙΟΕΕΣ ΟΙΙΑΝΑΟΕΑ ΔΑΝΟΕΑΕΕΥΙ ΙΑΕΥΙ ΑΟΝΑΙΑΟΑ

A P	A. Π	T1	ΠΡ	T2.	ΓΑΔ	ΣΙΕΛ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
1.	1	-	=	++	.		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
2.	2	-	+	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
3.	3	-	=	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
4.	6	-					ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
5.	7	+	=		=		ΛΙΠΩΜΑ
6.	8	= κέντρο - περιφ.					ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
7.	9	+	+	+	+		ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ
8.	11	=	=	+	+	+	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙ.
9.	12	-	+	++			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
10.	13	-		-			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
11.	14	-	-	-		+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
12.	14	-	=	+			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
13.	16	- κέντρο + περιφ.	=	++			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
14.	18	-		-	+		ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
15.	23	-	=	++		+	ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
16.	25	+	+	+			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
17.	26	-				+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
18.	27	-	=	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
19.	28	-	=	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
20.	29	-					ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
21.	30	-				+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
22.	31	-	=	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
23.	32	-	+	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
24.	33			+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
25.	34	-		=			ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
26.	35	- κέντρο + περιφ.	= κέντρο + περιφ.	= κέντρο + περιφ.			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
27.	36	-		+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
28.	38	+	+	+			ΛΙΠΩΜΑ
29.	39	+		+			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
30.	40			+			ΛΙΠΩΜΑ
31.	41	-		+			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
32.	42	-		+	+		ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
33.	43	-		+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

34.	44	-		+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
35.	45		+	+			ΡΑΒΔΟΜΥΟΣΑΡΚΩΜΑ
36.	46	-		+			ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
37.	47	-		+			ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ

ΟΔΙΟΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΙΑΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

ΑΡ	Α.Π	T1	ΠΡ	T2.	ΓΑΔ.	ΣΙΕΛ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
38	48			+			ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ
39	49	-		+			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
40	51	-	=	=	+ ΔΑΚ		ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠΑΡΩΤΙΚΟΥ ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
41	52	-				+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
42	53	-	=	+		+	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠ. ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
43	54	-	+	=		+	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΕΝΔΟΠ. ΛΕΜΦΑΔΕΝΑ
44	56	- κέντρο + περιφ.		- κέντρο + περιφ			ΑΔΕΝΟΛΕΜΦΩΜΑ
45	57	-		+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
46	58	- κέντρο + περιφ.		+			ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
47	59	-		+			ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΗ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ
48	61	-					ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ.
49	62		+	+			ΕΝΔΩ ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
50	63		+	+			ΕΝΔΩ ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
51	64	-			+		ΕΝΔΟ ΕΞΩ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
52	66	-	+	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜ
53	67	=	+	+	+		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
54	68	-		+			ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ
55	70	-	=	+	++		ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
56	71	-			+		ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
57	72	-					ΝΕΥΡΙΝΩΜΑ
58	73	-	=	+			ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΠΑΘΕΙΑ
59	77	-	=	+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
60	78	-		+		+	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
61	80		=	+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
62	90	-	-	+	=		ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
63	96	-			-		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΕΚ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘ.
64	99	-		+		+	ΧΡΟΝΙΑ ΣΙΕΛΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
65	100	-	=	+		+	ΒΛΕΝΝΟΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ
66	101	-	-	=			ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SJOGREN
67	102	-		+			ΣΤΕΝΩΣΗ-ΔΙΑΤΑΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ
68	104	-		+			ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
69	105	-		-			ΛΙΘΙΑΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ

70	106	-					ΜΕΤΑΚΤΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΑΡΩΤ.
71	108	-		+			ΣΤΕΝΩΣΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ
72	110			+			ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ SJOGREN
73	111			-			ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Όξινα Αξόνια

Πίνακας 6: Ιατρικό ιστορικό ασθενών με διάφορα είδη παθήσεων του αυτιού και του ρινοφάρυγγα

ΑΡ.	Α.Π.	T1	ΠΡ	T2	ΓΑΔ.	ΣΙΕΛ.	ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
74	112			+			ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΑΙΜΑΓΓΕΙΩΜΑ
75	113	-					ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
76	116	+			+		ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΡΙΝΟΦΑΡΥΓΓΑ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
77	118	-		+			ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΤΙΔΑ
78	120	-	+	+	+		ΜΥΧΩΜΑ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
79	121	-		+			ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΕΣΩ ΚΑΡΩΤΙΔΑΣ
80	122	- κέντρο = περιφ.	= κέντρο + περιφ.	+	+		ΕΚΤΟΠΟ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ
81	123	-		+		+	ΣΜΥΓΜΑΤΟΓΟΝΟΣ ΚΥΣΤΗ
82	124	+		+			ΒΡΑΓΧΙΑΚΗ ΚΥΣΤΗ

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

Αρ. = Αριθμός, Αρ. Περ. = Αριθμός Περιστατικού από πίνακα 1

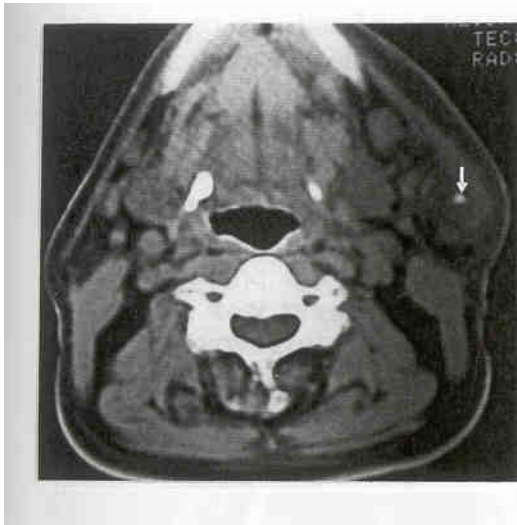
T1 = T1 Ακολουθία, ΠΡ = Ακολουθία Πρωτονίων, T2 = T2 Ακολουθία

ΓΑΔ = με ενίσχυση Γαδολίνιου, ΣΙΕΛ = Μαγνητική Σιελογραφία

(-) = χαμηλής έντασης σήμα, (+) = υψηλής έντασης σήμα

(++) = πολύ υψηλής έντασης σήμα, (=) σήμα ίσης έντασης με την παρωτίδα

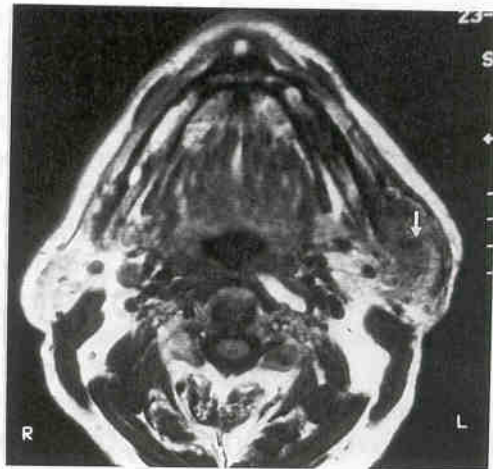
ΓΑΔ(+) = ενίσχυση με σκιαγραφική ουσία, ΓΑΔ(+ΔΑΚ) = Δακτυλιοειδής ενίσχυση με σκιαγραφική ουσία



(α)

Εικ. 22 Αρ. Περ. 99
 Χρόνια Σιελαδενίτιδα αρ. παρωτίδας
 α) Αξονική Τομογραφία
 Ο ενδοπαρωτιδικός σιελόλιθος (τόξο)
 φαίνεται μόνο στην αξονική τομογραφία.

χαμηλή,
 ορισμένα άλλα σημεία



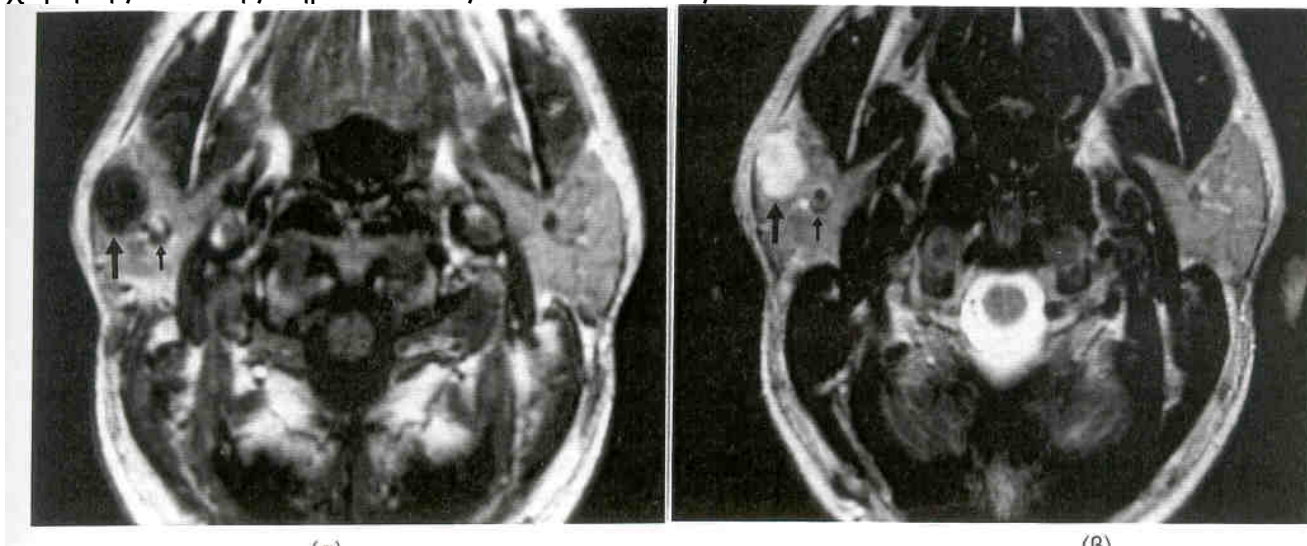
(β)

β) Μαγνητική Τομογραφία
 T1 ακολουθία εγκάρσια τομή
 Χαμηλής έντασης σήμα της αρ.
 παρωτίδας. Ο σιελόλιθος είναι
 μεν ορατός αλλά η ένταση του
 σήματος είναι εξ ίσου
 όπως
 της παθολογικής παρωτίδας.



Εικ. 23 Αρ. Περ. 112
 Αξονική Τομογραφία
 Ασβεστοποιήσεις αιμαγγει-
 -ώματος της δεξιάς τραχηλικής
 χώρας.

Από τα 10 αδενολεμφώματα που ερευνηθήκαν με την T2 ακολουθία: 5 είχαν υψηλής έντασης σήμα, 2 πολύ υψηλής, 2 χαμηλής έντασης σήμα και 1 χαμηλής έντασης σήμα στο κέντρο και υψηλής στην περιφέρεια. Από τις **9 καλοήθεις μάζες**, 7 είχαν υψηλής έντασης και 2 χαμηλής έντασης σήμα. Από τις **10 φλεγμονώδεις μάζες**, 7 είχαν υψηλής έντασης σήμα και 3 ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα. Από τα **23 πολύμορφα αδενώματα**, που ερευνηθήκαν συγχρόνως και με τις δύο T1 και T2 ακολουθίες, τα 18 περιστατικά είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και υψηλής στην T2 ακολουθία (εικ. 24 α+β). Επίσης, από τα **12 πολύμορφα αδενώματα** που ερευνηθήκαν και με τις **3 ακολουθίες T1, T2 και ακολουθία πρωτονίων**, τα 5 είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1, ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα στην ακολουθία των πρωτονίων και υψηλής έντασης σήμα στην T2 ακολουθία. Επίσης, άλλα 5 είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και υψηλής στην T2 και ακολουθία πρωτονίων. Από τα **9 αδενολεμφώματα** που ερευνηθήκαν και με τις **δύο ακολουθίες T1 και T2**, τα 4 είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και υψηλής στην T2 ακολουθία και τα άλλα 2 είχαν χαμηλής έντασης σήμα και στις δύο ακολουθίες.

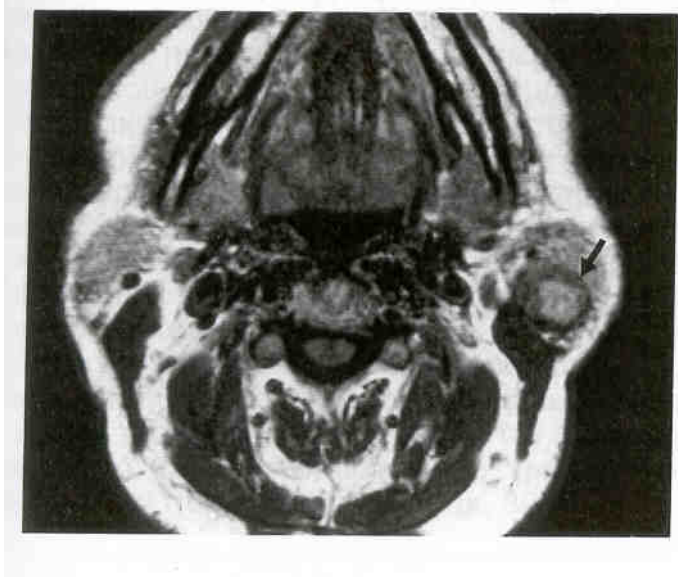


(α)

(β)

Εικ. 24 (α) Αρ. Περ. 44

α) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία. Εγκάρσια τομή. Το πολύμορφο αδένωμα απεικονίζεται με χαμηλής έντασης σήμα. Οπίσθια προσωπική φλέβα (μικρό τόξο) β) Μαγνητική Τομογραφία T2 ακολουθία. Εγκάρσια τομή. Πολύμορφο αδένωμα δεξιάς παρωτίδας με υψηλής έντασης σήμα.



Εικ. 25 Αρ. Περ. 8

Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία.

Εγκάρσια τομή. Πολύμορφο αδένωμα της αριστερής παρωτίδας με ίσης έντασης σήμα με την παρωτίδα, αλλά με χαμηλής έντασης σήμα στην περιφέρεια (τόξο).

Ενδοφλεβια **έγχυση Γαδολίνιου** εδόθηκε σε 15 περιστατικά (6 κακοήθεις όγκους, 6 καλοήθεις όγκους και 3 φλεγμονές). Όλες οι βλάβες ενισχύθηκαν περισσότερο από την παρωτίδα, εκτός από ένα λίπωμα, ένα πολύμορφο αδένωμα και ένα καρκίνο εκ πλακώδους επιθηλίου που είχαν ίδια ενίσχυση με την φυσιολογική παρωτίδα.

Δακτυλιοειδής ενίσχυση παρατηρήθηκε σε μια φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένα.

Τα αποτελέσματα όσο αφορά τη διαφοροδιάγνωση καλοήθειας-κακοήθειας και διαχωρισμό εν τω βάθει από επιπολείς όγκους θα αναφερθούν στα αποτελέσματα, Αξονικής-Μαγνητικής σιελογραφίας.

8.4 Αποτελέσματα Μελέτης με Αξονική και Μαγνητική Σιελογραφία

Τα ευρήματα της Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας παρουσιάζονται στον πιν.7. (ο αριθμός του περιστατικού απο πίνακα 1, ο τρόπος παρεκτόπισης των περιφερικών πόρων και κυρίου παρωτιδικού πόρου, σημειώνεται με + αν υπήρχε η διείσδυση Lipiodol στην μάζα, οι αξονικές σιελογραφίες που δεν απεικόνισαν την μάζα και τέλος αναφέρεται η ιστοπαθολογική διάγνωση.

Η Αξονική Σιελογραφία και Μαγνητική Σιελογραφία απεικόνισαν τον παρωτιδικό πόρο σε όλα τα περιστατικά 45/45 (100% ευαισθησία), ακόμα και στα 4/39 περιστατικά (10,2%) που η αξονική σιελογραφία ήταν χαμηλής ποιότητας από τεχνικής άποψης. Η Μαγνητική Σιελογραφία απεικόνισε συγχρόνως και όλους τους παρωτιδικούς όγκους, ποσοστό ευαισθησίας ειδικότητας και ακρίβειας 100%.

Η Αξονική Σιελογραφία απεικόνισε την ενδοπαρωτιδική μάζα με ποσοστό ευαισθησίας 89,7% (35/39 περιστατικά), ειδικότητα 100% και ακρίβεια 89,7%. Στα 10,2% (4/39 περιστατικά) η βλάβη δεν μπόρεσε να απεικονισθεί, είτε λόγω του μικρού μεγέθους της μάζας, είτε λόγω του μεγάλου μεγέθους (σαν φυσιολογική παραλλαγή) των κλάδων του παρωτιδικού πόρου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται artifacts από την παρουσία

μεγάλης ποσότητας Lipiodol εντός των πόρων αυτών, κάτι που δεν συνόδευε την ενδοπαρωτιδική έγχυση Γαδολινίου.

Η ενδοπαρωτιδική καμπύλη γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα απεικονίζετο στη βαρυτητας T1 ακολουθία σ' ένα 84% (εικ. 26) στις φυσιολογικές παρωτίδες και σ' ένα 69% στην παθολογική πλευρά. Στην ακολουθία των πρωτονίων η γραμμή αυτή απεικονίζετο σ' ένα 60% της φυσιολογικής και 30% της παθολογικής παρωτίδας, ενώ στη T2 ακολουθία ο φυσιολογικός παρωτιδικός πόρος σχεδόν δεν απεικονίζετο. Οι διατεταμένοι παρωτιδικοί πόροι απεικονίζονταν καλύτερα (και στις δύο ακολουθίες) από τους μή διατεμένους πόρους (εικ. 27). Μετά από την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας στον παρωτιδικό πόρο και λήψη T1 ακολουθίας (Μαγνητική Σιελογραφία) σε εγκάρσια τομή, η καμπύλη αυτή γραμμή απεικονίζετο με πιο χαμηλής έντασης σήμα, με μεγαλύτερη ευκρίνεια και εύρος και με ανάδειξη περισσότερων κλάδων σε σχέση με την απεικόνιση της πριν την έγχυση του γαδολινίου στον παρωτιδικό πόρο. Επίσης, ακολούθησε σχετική αύξηση της έντασης του σήματος του παρεγχύματος της παρωτίδας που αύξησε ακόμα περισσότερο τη διαφορά σήματος μεταξύ του παρωτιδικού πόρου και του παρεγχύματος της παρωτίδας (εικ. 28,29,30,31,32). Σε 14 περιστατικά οι σιελογραφίες έγιναν συγχρόνως και με τις δύο μεθόδους (Αξονική και Μαγνητική) οι οποίες απεικόνισαν τον παρωτιδικό πόρο με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όσο αφορά την ανατομική του θέση εντός της παρωτίδας, το μέγεθος, τις διακλαδώσεις του και την τυχόν παρεκτόπιση του από την μάζα, παρόλο που η Αξονική Σιελογραφία είχε καλύτερη διακριτική ευκρίνεια από την Μαγνητική στην απεικόνιση των κλάδων του παρωτιδικού πόρου. (εικ. 30,31,32). Αυτό απέδειξε ότι, η καμπύλη γραμμή και οι κλάδοι χαμηλής έντασης σήματος στην T1 ακολουθία αντιστοιχούν στον παρωτιδικό πόρο και στους κλάδους του και όχι στο προσωπικό νεύρο, όπως επιστεύετο μέχρι σήμερα. Επίσης, είχαν σκιαγραφηθεί με Lipiodol όλοι οι κλάδοι εντός της παρωτίδας στην περιοχή της εξόδου του προσωπικού νεύρου, δίπλα από το βελονομαστοειδές τρήμα αποδεικνύοντας ότι και αυτοί οι κλάδοι ανήκαν στον παρωτιδικό πόρο (εικ. 30,31,32).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΣΙΕΛΟΓΡΑΦΙΑ										
		ΑΞΟΝΙΚΗ			ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ					
		ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΗ			ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΗ					
Αρ	Α.Π.	Περιφερικών κλάδων Παρ. Π.	Κύριου Παρ. Π.	Διείσδυση Lipiodol στη μάζα	Περιφερικών κλάδων Παρ. Π.	Κύριου Παρ.Π	Θέση όγκου σε σχέση με Παρ. Π.	Είδος μάζας	Διήθηση πόρου από μάζα	
1.	1	Έξω	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-	
2.	2	Έξω	-	+	Περιφερική	-	κάτω επιπολής	καλοήθης απόστημα	-	
3.	3				-	-	κάτω επιπολής	καλοήθης	-	
4.	4	πρόσθια	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-	
5.	7	πρόσθια	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-	
6.	8	πρόσθια	άνω	+	πρόσθια	άνω	κάτω επιπολής	καλοήθης	-	

7.	10	πρόσθια	-	-			κάτω εν τω βάθει	κακοήθης	-
8.	11	-	-	+	-	-	όλη η παρωτίδα	κακοήθης	+ συρίγγιο
9.	13	πρόσθια	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
10.	14	Έξω πρόσθια	-	-	Περιφερική πρόσθια	-	κάτω επιπολής	καλοήθης	-
11.	16	Έξω	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
12.	17	Έξω	-	-			κάτω εν τω βάθει	καλοήθης	-
13.	18	-	-	-			όλη η παρωτίδα	καλοήθης	+
14.	19	Έξω	-	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
15.	20	- *	- *	- *			άνω επιπολής	καλοήθης	-
16.	21	- *	- *	- *			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
17.	22	-	-	-			μέσο επιπολής	καλοήθης	-
18.	23	-	-	-	-	-	κάτω επιπολής	κακοήθης	-
19.	24	έσω	έσω	+			μέσο επιπολής	κακοήθης	-
20.	25	πρόσθια	πρόσθια	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
21.	26	πρόσθια	πρόσθια	-	πρόσθια	πρόσθια	κάτω επιπολής	καλοήθης	-
22.	27	-	-	-	-	-	άνω επιπολής	καλοήθης	-
23.	28	έσω	-	+	έσω	-	άνω επιπολής	φλεγμονή	-
24.	30				-	-	κάτω επιπολής	καλοήθης	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συνέχεια

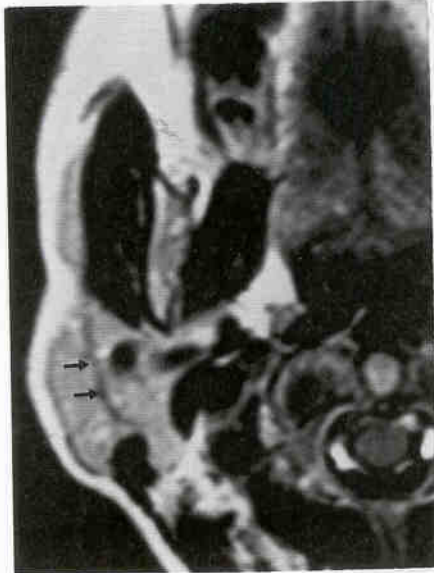
ΣΙΕΛΟΓΡΑΦΙΑ									
		ΑΞΟΝΙΚΗ			ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ				
		ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΗ			ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΗ				
Αρ	Α.Π.	Περιφερικώ ν κλάδων Παρ. Π.	Κύριου Παρ. Π.	Διείσδυση Lipiodol στη μάζα	Περιφερικώ ν κλάδων Παρ. Π.	Κύριου Παρ.Π	Θέση όγκου σε σχέση με Παρ. Π.	Είδος μάζας	Διήθηση πόρου από μάζα
25.	31				έσω	-	μέσο επιπολής	καλοήθης	-
26.	32	κυκλική	κάτω έσω	-	κυκλική	κάτω έσω	άνω επιπολής	καλοήθης	-

27.	35	κυκλική	έξω	+			άνω εν τω βάθει	καλοήθης	-
28.	36	-	-	-			επικουρική παρωτίδα	καλοήθης	-
29.	37	έξω	-	+			μέσο επιπολής	φλεγμονή	-
30.	50	έξω	-	-			κάτω εν τω βάθει	κακοήθης	-
31.	51	- *	- *	-			άνω επιπολής	φλεγμονή	-
32.	52	κυκλική κάτω	κάτω	+	κυκλική κάτω	κάτω	άνω επιπολής	καλοήθης	-
33.	53	- *	- *	-	-	-	άνω επιπολής	φλεγμονή	-
34.	54	κυκλική	-	-	κυκλική	-	άνω επιπολής	καλοήθης	-
35.	55	κυκλική άνω	άνω	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
36.	67	έξω	-	+			άνω εν τω βάθει (εντός μασητήρα μύος)	καλοήθης	-
37.	77	κάτω	κάτω	-	κάτω	κάτω	άνω επιπολής	καλοήθης	-
38.	78				-	-	κάτω επιπολής	καλοήθης	-
39.	95	κυκλική	άνω	-			κάτω επιπολής	καλοήθης	-
40.	99	-	-	-	-	-	όλη	φλεγμονή	+
41.	100				πρόσθια	-	άνω επιπολής	κακοήθης	+
42.	103	-	-	-				Λιθίαση παρ. πορ.	-
43.	108	-	-	-				στένωση παρ. πορ.	-
44.	114	-	-	-			εξωγενής	φλεγμονή	-
45.	123				-	-	εξωγενής	σμηγματογόνος κύστη	-

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ:

Αρ = Αριθμός, Α.Π. = Αριθμός περιστατικού, Παρ. Π = Παρωτιδικός πόρος

* = Ο όγκος δεν απεικονίζεται



(α)



(β)

Εικ. 26

α) T1 ακολουθία (εγκάρσια τομή) φυσιολογικής δεξιάς παρωτίδας. Ο παρωτιδικός πόρος (τόξα) απεικονίζεται σαν καμπύλη γραμμή με σήμα χαμηλής έντασης. β) T2 ακολουθία (εγκάρσια τομή). Ο παρωτιδικός πόρος (τόξα) απεικονίζεται με σήμα υψηλής έντασης

Ο κύριος παρωτιδικός πόρος, σύμφωνα με την Αξονική ή και Μαγνητική Σειλογραφία (πιν. 7), παρεκτοπίζεται από τις παρωτιδικές μάζες ως εξής: σε 35/45 (77%) περιστατικά δεν υπήρχε καθόλου παρεκτόπισή του (εικ. 33,34,35), σε 3 περιστατικά υπήρχε παρεκτόπιση προς τα άνω, σε άλλα 3 προς τα κάτω (εικ. 37)(σε ένα περιστατικό είχε συγχρόνως και προς τα έσω παρεκτόπιση), σε 1 άλλο προς τα έσω (εικ. 38), σε άλλα 2 έμπροσθεν και σε 1 προς τα έξω.

Όσο αφορά τους περιφερικούς κλάδους, σε 18/45 περιστατικά (40%) δεν είχαν παρεκτόπιση τους από τη μάζα. Υπήρχε περιφερική προς τα έξω παρεκτόπιση σε 9/45 περιστατικά (εικ. 39,40), πρόσθια παρεκτόπιση σε 7, κυκλική παρεκτόπιση σε 7 (εικ. 32), και προς τα έσω σε άλλα 3 περιστατικά (εικ. 41). Οι 3/5 εν τω βάθει παρωτιδικοί όγκοι είχαν εντόπιση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου παρεκτοπίζοντας τους κλάδους του παρωτιδικού πόρου, χωρίς να παρεκτοπίζουν τον κύριο παρωτιδικό πόρο (εικ. 35) ή τα αγγεία (οπίσθια προσωπική φλέβα και επιπολής κροταφική αρτηρία), ένα περιστατικό είχε εντόπιση στο μασητήρα μυ αρχόμενο από το γειτονικό προς το μυ τμήμα της παρωτίδας χωρίς παρεκτόπιση του κύριου παρωτιδικού πόρου (εικ. 42) και άλλο ένα περιστατικό στον άνω πόλο προκάλεσε προς τα έξω παρεκτόπιση του παρωτιδικού πόρου. Η έσω, πρόσθια, άνω και κάτω παρεκτόπιση του κύριου παρωτιδικού πόρου συνόδευε μόνο επιπολείς παρωτιδικούς όγκους. Η Αξονική Σειλογραφία ήταν σημαντική

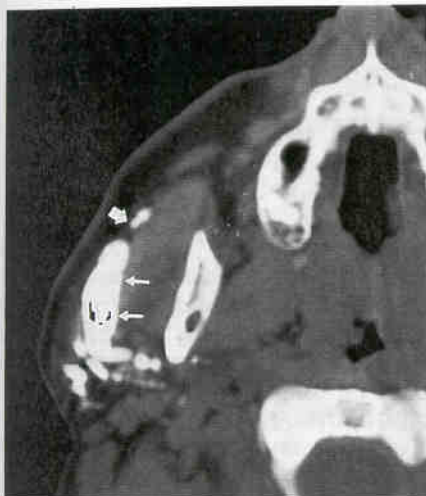
στη διάγνωση του όγκου της επικουρικής παρωτίδας (εικ. 43) όσο αφορά την διάκριση του όγκου από τυχόν παθολογία του παρωτιδικού πόρου.



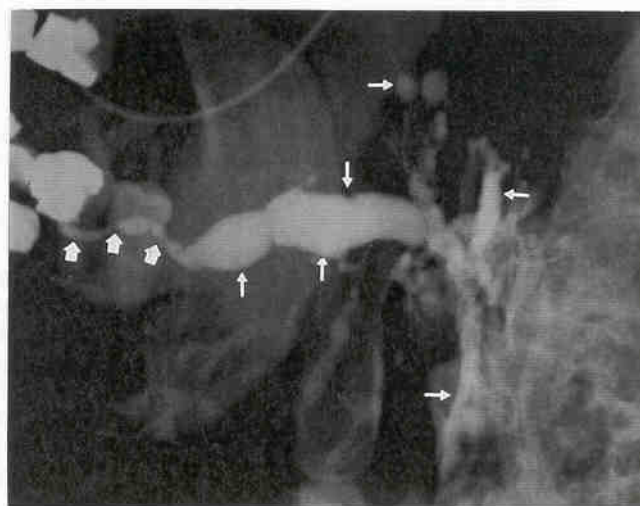
(α)



(β)



(γ)



(δ)

Εικ. 27 Αρ. Περ. 102

Διάταση δεξιού παρωτιδικού πόρου (λεπτά τόξα) από στένωση του τελικού τμήματος του πόρου φλεγμονώδους αιτιολογίας (παχύ τόξο).

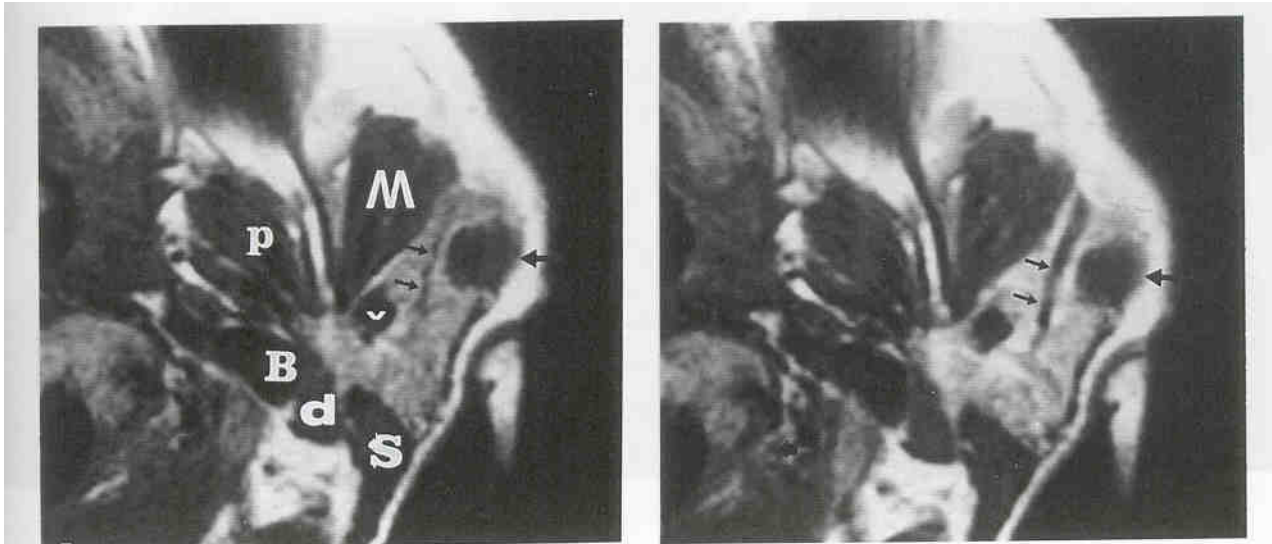
α) T1 ακολουθία εγκάρσια τομή: (απεικονίζει το διατεταμένο πόρο με σήμα χαμηλής έντασης

β) T2 ακολουθία εγκάρσια τομή: απεικονίζει το διατεταμένο πόρο με σήμα υψηλής έντασης

γ) Αξονική Σιελογραφία εγκάρσια τομή: στένωση του τελικού τμήματος του πόρου και διάταση του πόρου και κλάδων του που απεικονίζονται καλύτερα από τη Μαγνητική Τομογραφία. Τα χαμηλής πυκνότητας

σημεία εντός του πόρου οφείλονται σε μικρές φυσαλλίδες αέρα μετά την έγχυση του σκιαγραφικού εντός του πόρου.

δ) Κλασσική Σιελογραφία του ίδιου περιστατικού με καλύτερη απεικονιστική ευκρίνεια της στένωσης και διάταση του κύριου παρωτιδικού πόρου και των κλάδων του.



(α)

(β)

Εικ. 28 Αρ. Περ. 78

Πολύμορφο αδένωμα του επιπολής λοβού της παρωτίδας (μεγάλο τόξο)

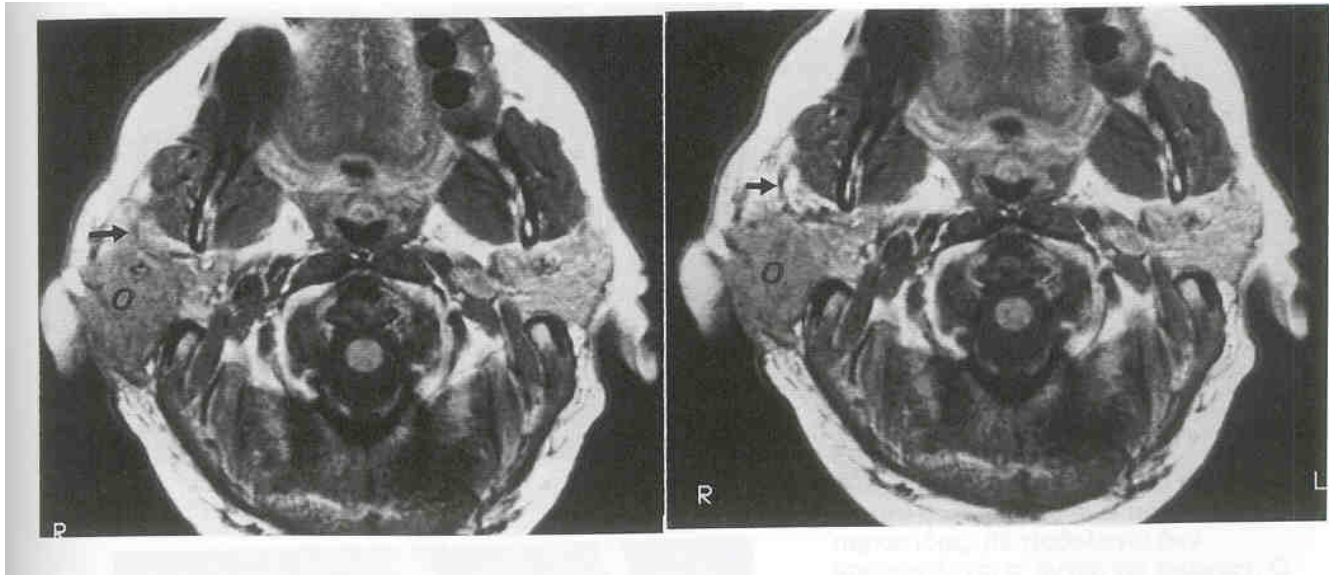
α) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία. Εγκάρσια τομή: παρωτιδικός πόρος (μικρά τόξα)

M= μασητήρας μύς, P= έσω πτερυγοειδής μύς, S= στερνοκλειδομαστοειδής μύς, d= διγάστρορας μύς, B= βελονοφαρυγγικός - βελονοειδής - βελονογλωσσικός μύς, v= οπίσθια προσωπική φλέβα.

β) Μαγνητική Σιελογραφία. Μετά από την έγχυση 0,5ml γαδολινίου εντός του παρωτιδικού πόρου, ο πόρος απεικονίζεται με μεγαλύτερο εύρος και χαμηλότερο σήμα έντασης η δε παρωτίδα με αύξηση της έντασης σήματος σε σχέση με την εικόνα (α) πριν την έγχυση σκιαγραφικού με αποτέλεσμα την αύξηση της αντίθεσης έντασης σήματος μεταξύ παρωτιδικού πόρου / μάζας και παρωτιδικού παρεγχύματος.

Διείσδυση του Lipiodol εντός της μάζας (πιν. 7), όπως το απεικόνισε η Αξονική Σιελογραφία (Εικ.33,35,39,40,41), φάνηκε σε 9 περιστατικά, από τα οποία 4 ήταν κακοήθεις όγκοι, 2 καλοήθεις όγκοι, 2 φλεγμονώδεις μάζες και ένα κεντρικό απόστημα σε πολύμορφο αδένωμα (εικ. 40).

Διήθηση του κύριου παρωτιδικού πόρου παρατηρήθηκε σε 4 περιστατικά, 3 κακοήθεις όγκους (εικ. 44) και μια φλεγμονώδη μάζα (εικ. 45). Διήθηση του υποδορίου λίπους συνόδευε κακοήθεις όγκους και φλεγμονώδεις μάζες (εικ 44,45,46,53,54). Διήθηση του προσωπικού νεύρου παρατηρήθηκε, σύμφωνα με την κλινική εικόνα, σε 6 περιστατικά (Αρ. Περ. 6,7,11,24,89 και 96) από τα οποία το περιστατικό Νο. 11 είχε συγχρόνως πολύ εκτεταμένη διήθηση του παρωτιδικού πόρου με δημιουργία συριγγίου μεταξύ παρωτιδικού πόρου και δέρματος, καθώς και σοβαρή εξέλκωση του δέρματος και των γειτονικών ιστών (εικ. 44).



(α)

(β)

Εικ. 29 Αρ. Περ. 100

Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα δεξιάς παρωτίδας.

α) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία. Εγκάρσια τομή: Ο όγκος (ο) διηθεί το υποδόριο λίπος και το μεγαλύτερο μέρος της παρωτίδας μέχρι τον παρωτιδικό πόρο (τόξο) ο οποίος μόλις διακρίνεται.

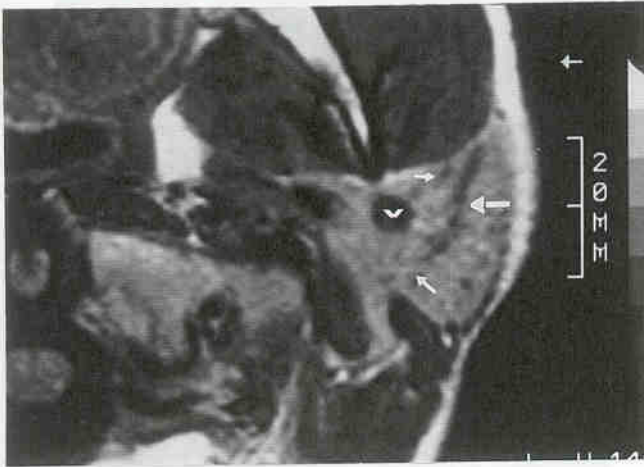
β) Αξονική Σιελογραφία: Ο παρωτιδικός πόρος (τόξο) και τα όρια όγκου (ο) διακρίνονται καλύτερα

Αποκοπή και έλλειψη πλήρωσης των περιφερικών κλάδων του παρωτιδικού πόρου στην περιοχή του όγκου παρατηρήθηκε στους κακοήθεις όγκους (εικ. 35), ενώ απλή παρεκτόπιση χωρίς καταστροφή των περιφερικών κλάδων παρατηρήθηκε στους καλοήθεις όγκους (εικ. 34). Τα πιο πάνω ευρήματα εκτιμήθηκαν μόνο στην Αξονική Σιελογραφία, λόγω της υψηλότερης ευκρίνειας στην απεικόνιση των περιφερικών παρωτιδικών πόρων σε σύγκριση με την Μαγνητική Σιελογραφία. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι η έγχυση Γαδολινίου εντός των παρωτιδικών πόρων ήταν πολύ ασφαλής, αφού δεν προκάλεσε καμιά αντίδραση, εκτός από ελαφρό αίσθημα πίεσης εντός της παρωτίδας, σε αντίθεση με την έγχυση της Ιωδιούχου σκιαγραφικής ουσίας που προκάλεσε ερεθισμό της παρωτίδας σε μερικές περιπτώσεις που προηγήθηκε μικρού βαθμού εξαγγείωση.

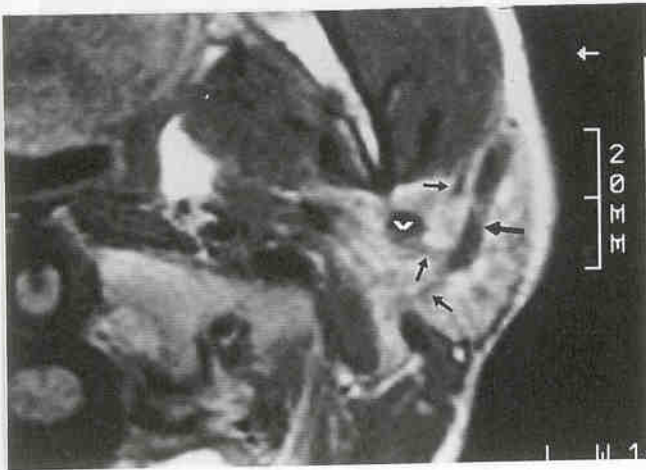
Το προσωπικό νεύρο δεν μπόρεσε να απεικονισθεί με καμιά απεικονιστική μέθοδο (Υπερηχοτομογραφία, Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία, Αξονική ή Μαγνητική Σιελογραφία). Σε μερικά περιστατικά όμως της Αξονικής Σιελογραφίας παρατηρήθηκε ένα γραμμωτό καμπυλόγραμμο έλλειμμα πλήρωσης, που πιθανό να αντιστοιχεί στο προσωπικό νεύρο (εικ. 47).

Δοκιμάσαμε τη μέθοδο της Μαγνητικής Σιελογραφίας για απεικόνιση των παρωτιδικών πόρων χωρίς τη χρήση σκιαγραφικής ουσίας (με βαρύ T2), με ενθαρρυντικά

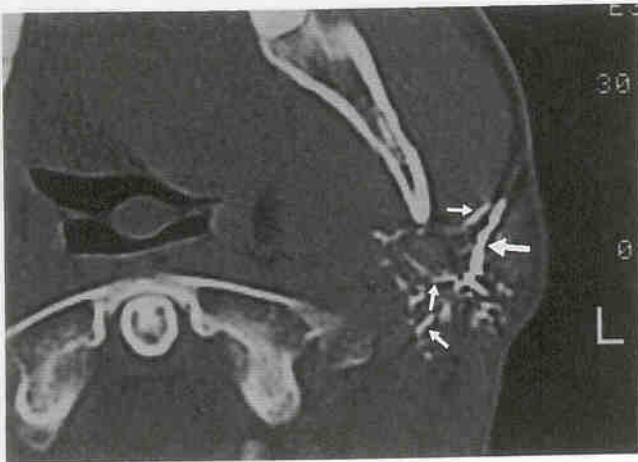
αποτελέσματα (εικ. 48) κατά την απεικόνιση του διατεταμένου παρωτιδικού πόρου.
Σίγουρα όμως η τεχνική αυτή χρειάζεται βελτίωση.



(a)



(b)



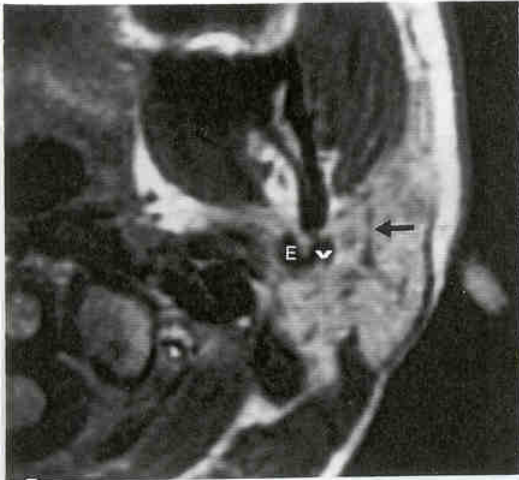
(γ)

(α) Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένου στον επιπολής λοβό του άνω πόλου της παρωτίδας. (Η παθολογία δεν απεικονίζεται σ' αυτές τις εικόνες). Ο κύριος παρωτιδικός πόρος (μεγάλα τόξα) και κλάδοι (μικρά τόξα) ν= οπίσθια προσωπική φλέβα.

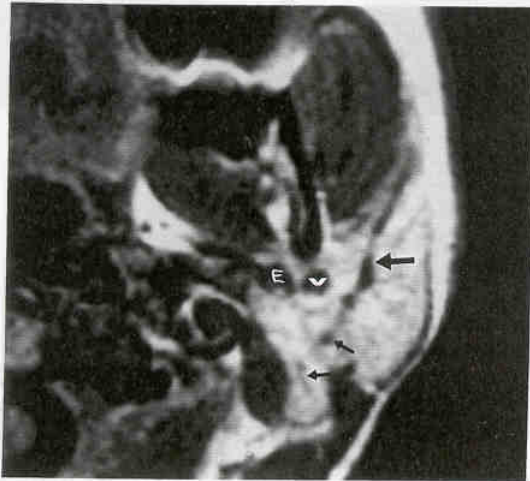
α) Απλή Μαγνητική Τομογραφία εγκάρσια τομή

β) Μαγνητική Σειλογραφία. Μεγαλύτερο εύρος και χαμηλότερο σήμα έντασης των πόρων και αύξηση σήματος έντασης παρωτιδικού παρεγχύματος σε σχέση με την εικόνα (α).

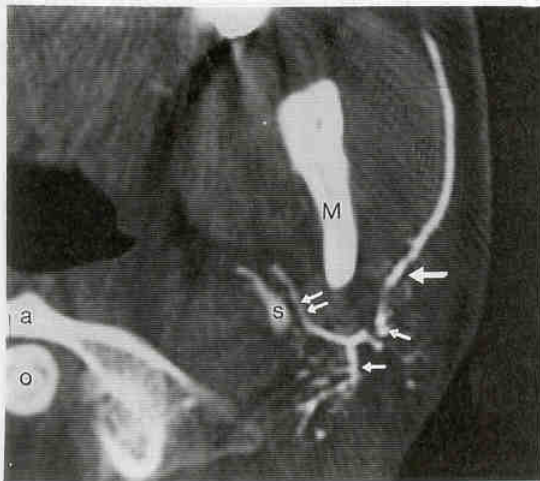
γ) Αξονική Τομογραφία: καλύτερη απεικονιστική ευκρίνεια των κλάδων του παρωτιδικού πόρου σε σύγκριση με τη Μαγνητική Σειλογραφία. Ακόμα και στο οπίσθιο τμήμα της παρωτίδας στην περιοχή πλησίον του βελονομαστοειδούς (β) τμήματος, οι γραμμές χαμηλής έντασης στη Μαγνητική Τομογραφία αντιστοιχούν σε κλάδους του παρωτιδικού πόρου.



(a)



(β)



(γ)

(α) (Η παθολογία δεν απεικονίζεται σ' αυτές τις εικόνες)

Παρωτιδικός πόρος (μεγάλα τόξα) και κλάδοι (μικρά τόξα)

E= επιπολής κροταφική αρτηρία

v= οπίσθια προσωπική φλέβα

M= κάτω γνάθος

S= βελονοειδής απόφυση

a= 1ος αυχενικός σπόνδυλος

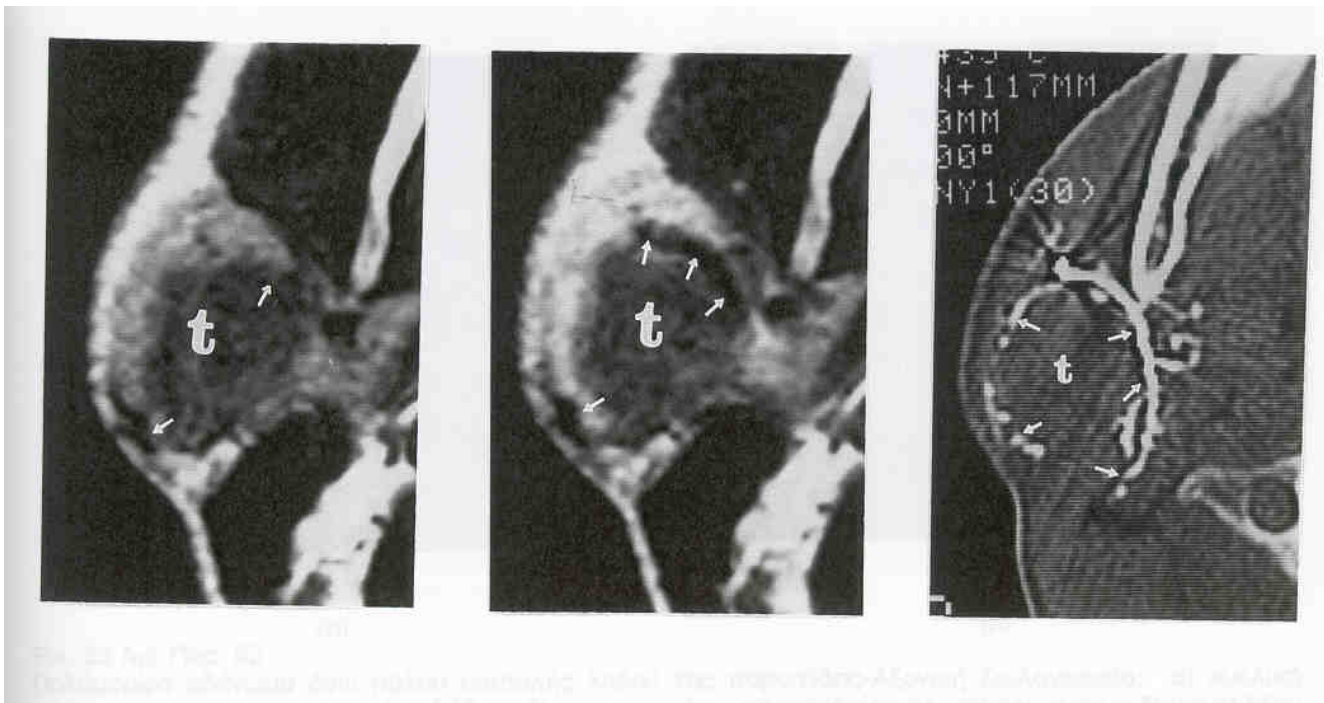
o= οδοντοειδής απόφυση 2ου αυχενικού σπονδύλου

α) Απλή Μαγνητική τομογραφία, T1 ακολουθία εγκάρσια τομή

β) Μαγνητική Σιελογραφία

γ) Αξονική Σιελογραφία

Κλάδος του παρωτιδικού πόρου επεκτείνεται μέχρι την βελονοειδή απόφυση (δύο μικρά τόξα) στην περιοχή πλησίον της εξόδου του προσωπικού νεύρου.



(α)

(β)

(γ)

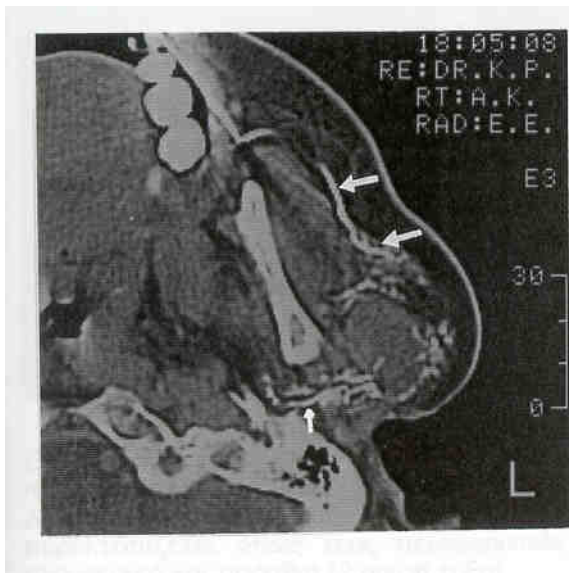
Εικ. 32 Αρ. Περ. 32

Πολύμορφο αδένωμα στον επιπολής λοβό της δεξιάς παρωτίδας.

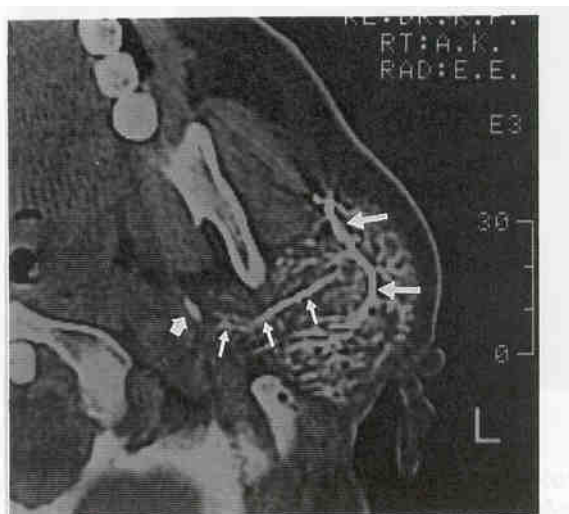
α) απλή Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία. Εγκάρσια τομή: Όγκος (t). Ο παρωτιδικός πόρος (τόξα) δεν διακρίνεται καθαρά

β) Μαγνητική Σιελογραφία. Ο παρωτιδικός πόρος (τόξα) και η προς τα έσω και κάτω παρεκτόπιση του από τον όγκο (o). Αύξηση του σήματος έντασης του παρεγχύματος της φυσιολογικής παρωτίδας.

γ) Αξονική Σιελογραφία. Αποδεικνύει ότι οι καμπύλες γραμμές χαμηλού σήματος στην T1 ακολουθία ανήκουν στον παρωτιδικό πόρο και κλάδους του, εφόσον πληρούνται με σκιαγραφικό που χορηγείται στον παρωτιδικό πόρο. Οι περιφερικοί κλάδοι του παρωτιδικού πόρου παρεκτοπίζονται κυκλικά χωρίς διείσδυση Lipiodol εντός του όγκου, απεικονίζονται δε με μεγαλύτερη ευκρίνεια στην Αξονική Σιελογραφία παρά στη Μαγνητική Σιελογραφία



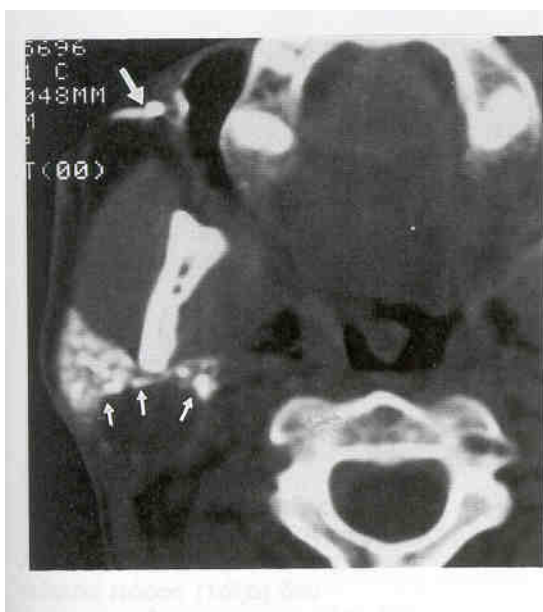
(a)



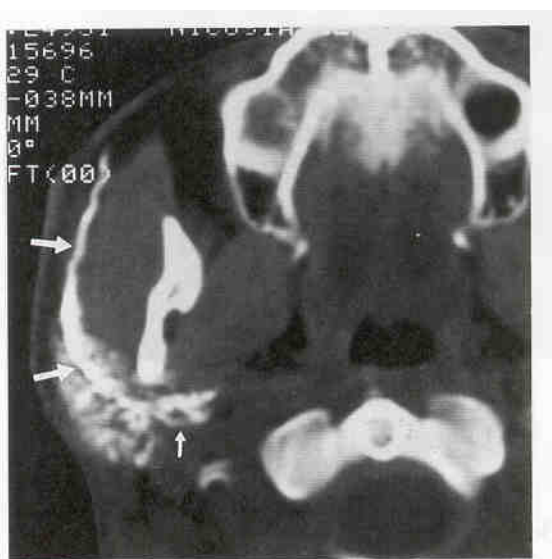
(β)

Εικ. 33 Αρ. Περ. 52

Πολύμορφο αδένωμα άνω πόλου επιπολής λοβού της παρωτίδας-Αξονική Σιελογραφία: α) κυκλική παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων β) προς τα κάτω παρεκτόπιση του κύριου παρωτιδικού κλάδου (τόξα). Κλάδος του παρωτιδικού πόρου ίσης διαμέτρου με τον κύριο παρωτιδικό πόρο, που ανήκει στον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας (μικρά τόξα) με επέκτασή του προς τη βελονοειδή απόφυση (χοντρό τόξο), περιοχή εξόδου προσωπικού νεύρου.



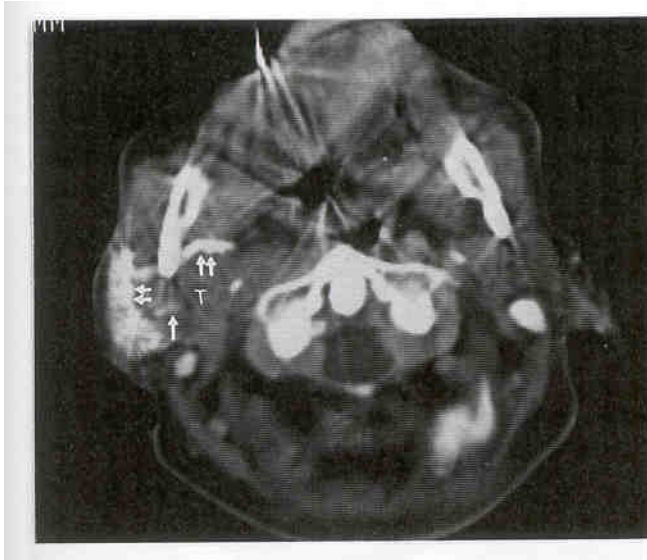
(a)



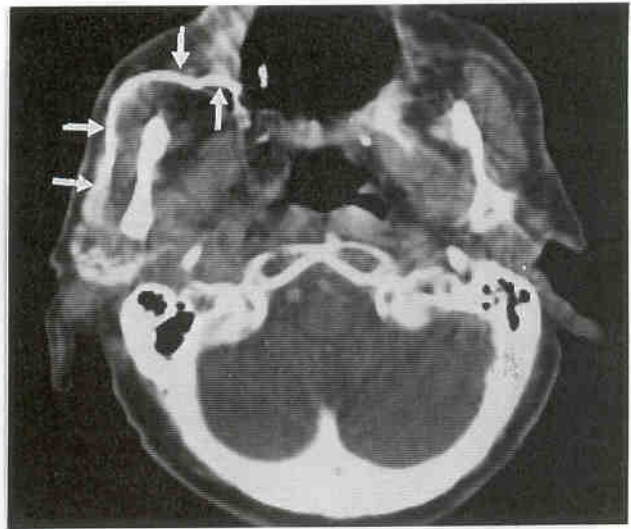
(β)

Εικ. 34 Αρ. Περ. 4

Αδενολέμφωμα του κάτω πόλου του επιπολής λοβού της παρωτίδας (α) πρόσθια παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων (μικρά τόξα) (β) καμιά παρεκτόπιση του κύριου παρωτιδικού πόρου (μεγάλα τόξα).



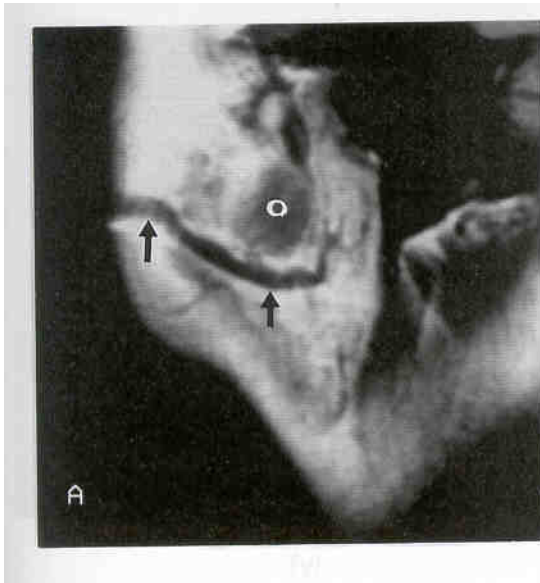
(α)



(β)

Εικ. 35 Αρ. Περ. 10

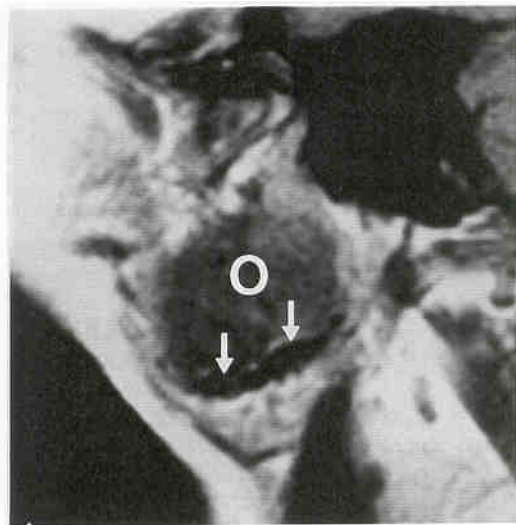
Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας - Αξονική Σιελογραφία: Διείσδυση Lipiodol (μικρό τόξο) στον όγκο (Τ). Ο κύριος παρωτιδικός πόρος (τόξα μεγάλα) δεν παρεκτοπίζεται όπως τους περιφερικούς κλάδους του εν τω βάθει λοβού που παρεκτοπίζονται περιφερικά και πρόσθια (2 μικρά τόξα).



A

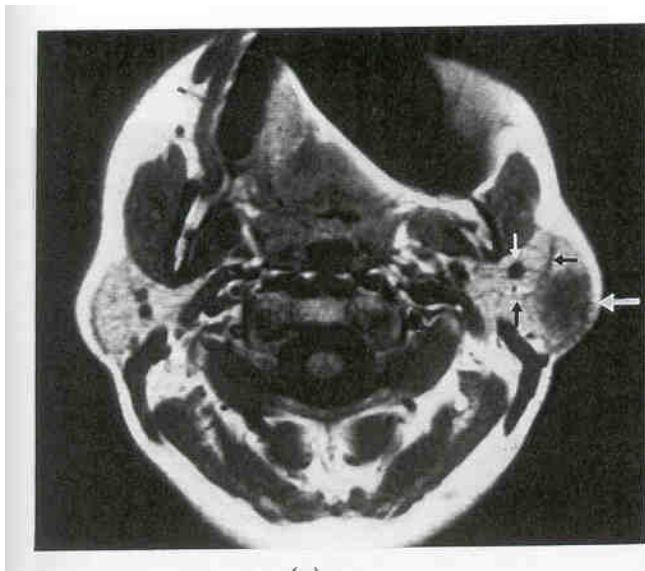
Εικ. 36 Αρ. Περ. 54

Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένα. Μαγνητική Σιελογραφία
Λοξή οβελιαία τομή: Ο παρωτιδικός πόρος (τόξα) δεν τη μάζα (ο).

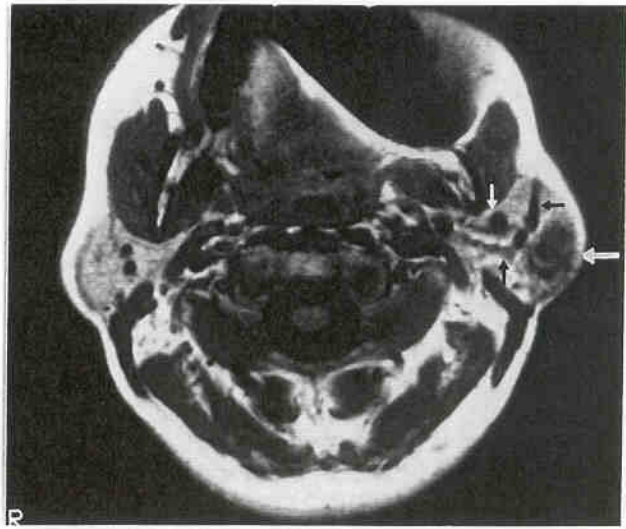


Εικ. 37 Αρ. Περ. 77

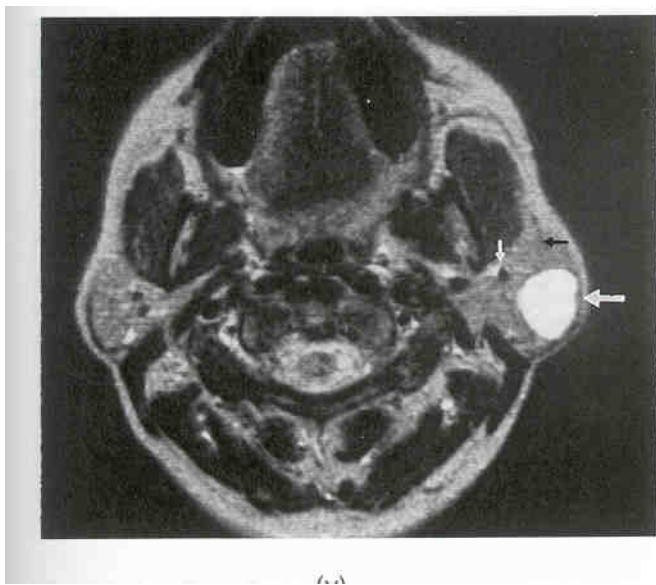
Πολύμορφο αδένωμα
Μαγνητική Σιελογραφία. Λοξή οβελιαία τομή: Προς τα κάτω παρεκτόπιση του κύριου παρεκτοπίζεται απο παρωτιδικού πόρου (τόξα) από τον όγκο (ο).



(α)



(β)



Εικ. 38 Αρ. Περ. 31

Πολύμορφο αδένωμα του επιπολής λοβού της παρωτίδας.

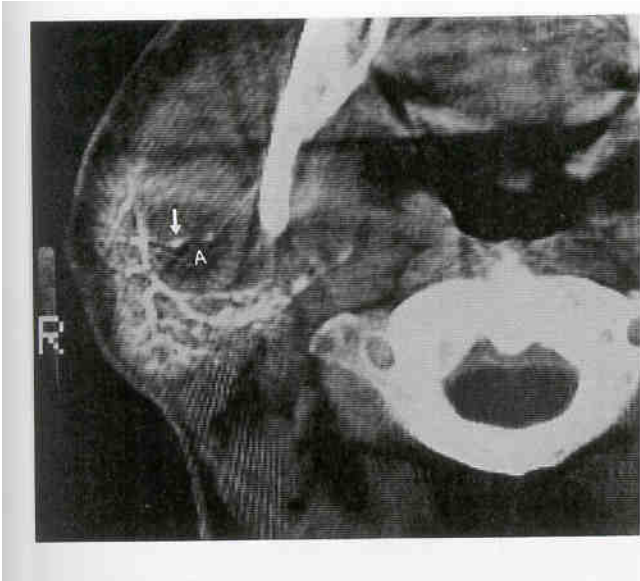
α) Απλή μαγνητική τομογραφία T1 ακολουθία, εγκάρσια τομή. Ο όγκος με σήμα χαμηλής έντασης παρεκτοπίζει ελαφρά προς τα έσω τον παρωτιδικό πόρο (μικρά μαύρα τόξα). Οπίσθια (γ) προσωπική φλέβα (μικρό άσπρο τόξο)

β) Μαγνητική Σιελογραφία - εγκάρσια τομή: Ο παρωτιδικός πόρος απεικονίζεται με μεγαλύτερο εύρος και ευκρίνεια σε σχέση με την εικ. (α)

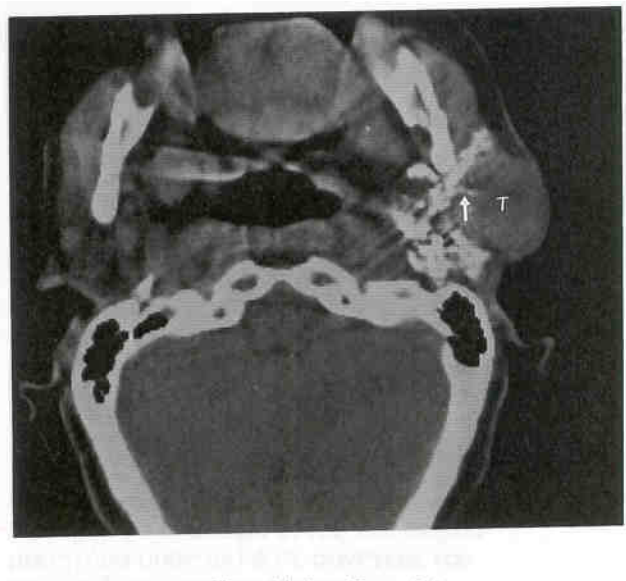
γ) Μαγνητική Τομογραφία T2 ακολουθία, εγκάρσια τομή. Ο όγκος (μεγάλο τόξο) απεικονίζεται με σήμα υψηλής έντασης και ο παρωτιδικός πόρος μόλις διακρίνεται σ' αυτήν την ακολουθία. Η οπίσθια προσωπική φλέβα (μικρό άσπρο τόξο).



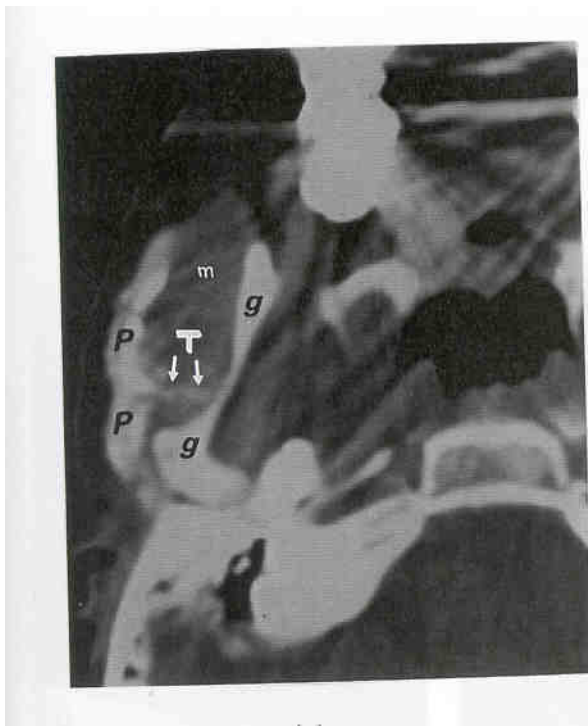
Εικ. 39 Αρ. Περ. 8
 Πολύμορφο αδένωμα Αξονική Σιελογραφία
 Φαίνεται να υπάρχει διείσδυση του σκιαγραφικού εντός του αδενώματος.



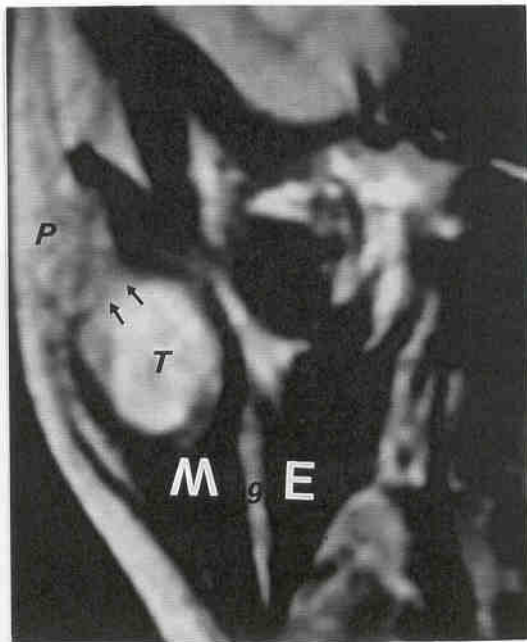
Εικ. 40. Αρ. Περ. 2
 Πολύμορφο αδένωμα με κεντρικό
 απόστημα. Αξονική Σιελογραφία:
 διείσδυση Lipiodol (τόξο) εντός του



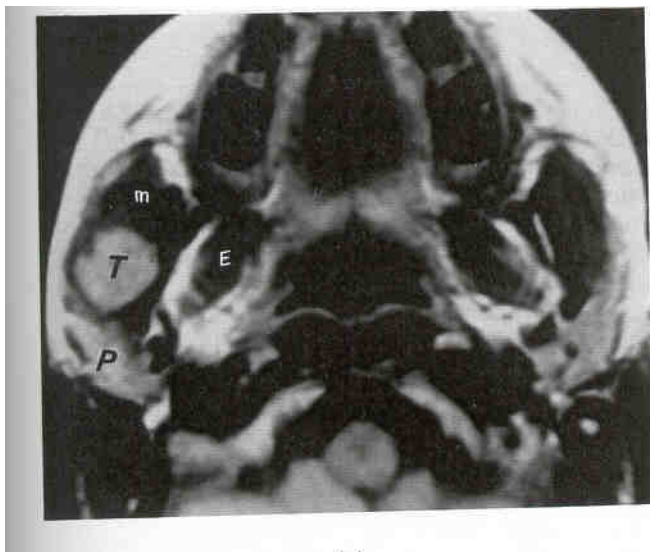
Εικ. 41 Αρ. Περ. 24
 Καρκίνωμα εκ πλακώδους
 επιθηλίου-Αξονική Σιελογραφία
 Διείσδυση Lipiodol (τόξο) εντός αποστήματος (A).
 του όγκου (T).



(α)



(β)



Εικ. 42 Αρ. Περ. 67

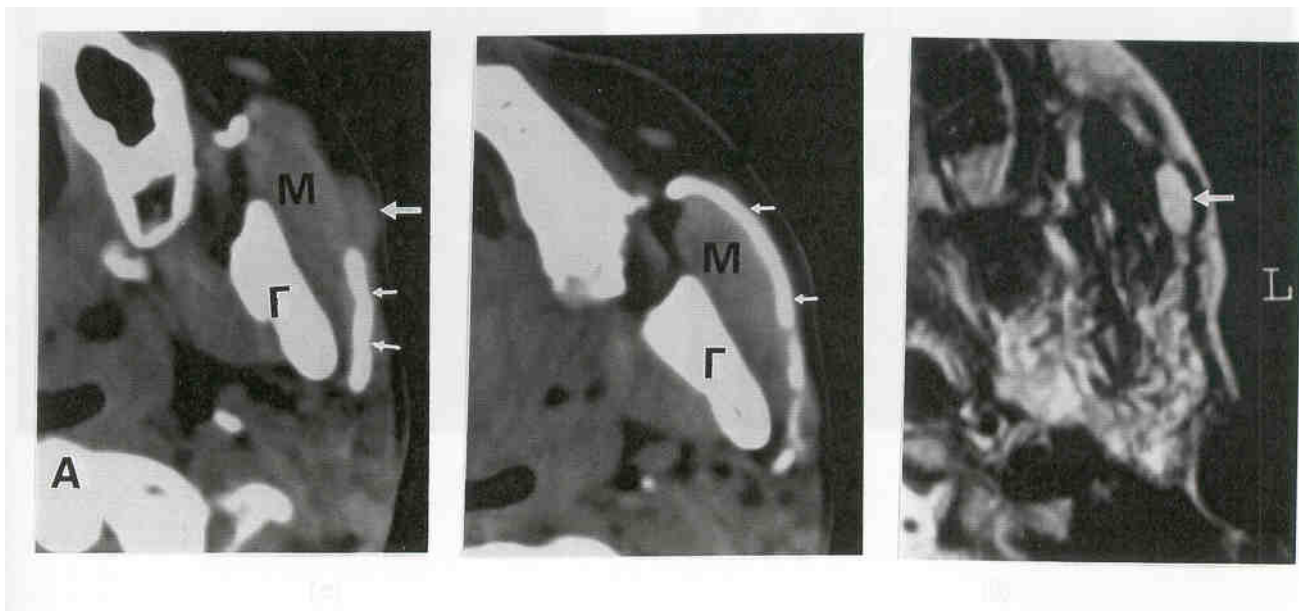
Πολύμορφο αδένωμα εντός του δεξιού μασητήρα μύος αλλά σε συνέχεια του παρωτιδικού παρεγχύματος.

α) Αξονική Σιελογραφία: μικρός κλάδος του παρωτιδικού πόρου (τόξα) όπισθεν του όγκου (Τ)

(γ) β) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία με ΕΦ έγχυση σκιαγραφικού στεφανιαία και

γ) εγκάρσια τομή. Η καθαρή σχέση (μικρά τόξα) όγκου (Τ) με την παρωτίδα (Ρ) είναι εμφανής.

Μ=μασητήρας μύς, Ε = έσω πτερυγοειδής μύς, γ = άτω γνάθος.



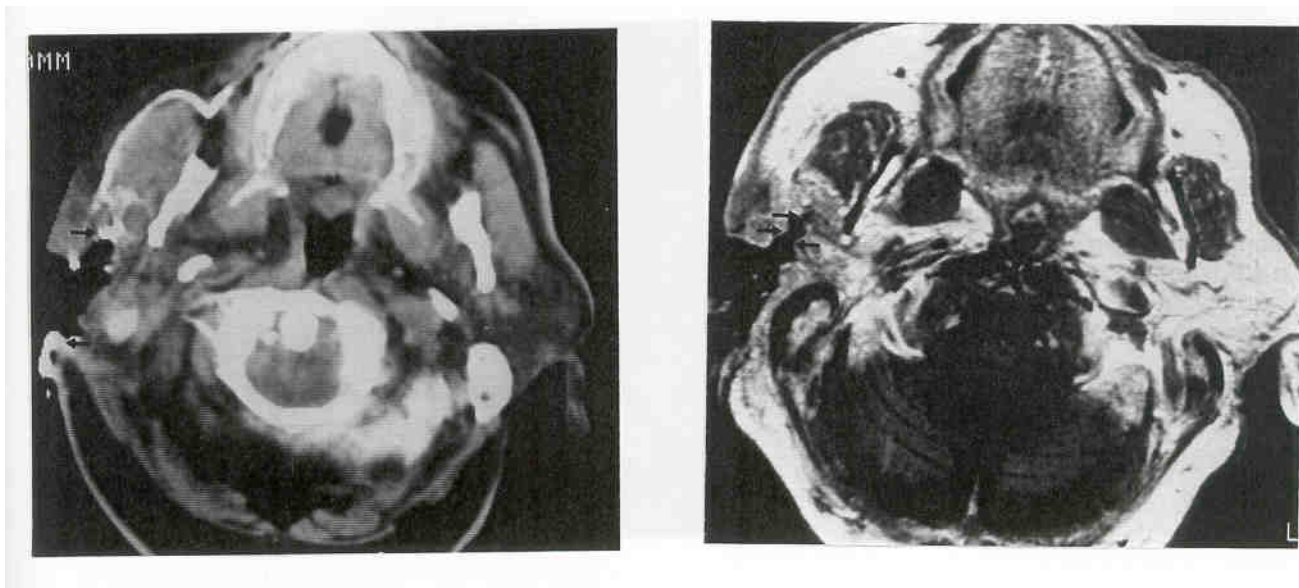
(α)

(β)

(γ)

Εικ. 43 Αρ. Περ. 36

α) Πολύμορφο αδένωμα επικουρικής παρωτίδας. Αξονική Σιελογραφία. Όγκος (μεγάλο τόξο), παρωτιδικός πόρος (μικρά τόξα) Μ= μασητήρας μυς, Γ= κάτω γνάθος, Α= 1ος αυχενικός σπόνδυλος
 β) Αξονική Σιελογραφία στο επίπεδο του παρωτιδικού πόρου. Φαίνεται καθαρά ότι η μάζα ευρίσκεται εκτός του κύριου παρωτιδικού πόρου. γ) Μαγνητική Τομογραφία T2 ακολουθία. Εγκάρσιες τομές: Ο όγκος (τόξο) απεικονίζεται με σήμα υψηλής έντασης.



(α)

(β)

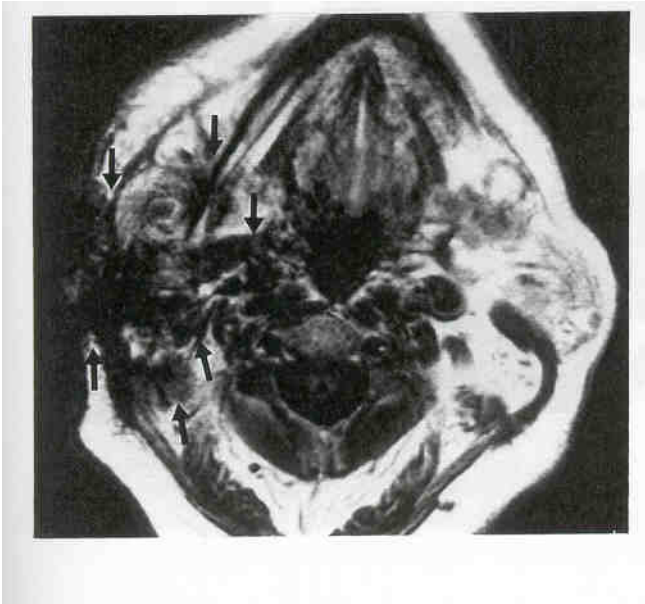
Εικ. 44 Αρ. Περ. 11

Καρκίνος εκ πλακώδους επιθηλίου (μεταστάσεις από πρωτοπαθή εστία στο δέρμα):

α) Αξονική Σιελογραφία: εξέλκωση παρωτίδας, δέρματος και παρωτιδικού πόρου με συρίγγιο δεξιάς παρωτίδας και διαφυγή του Lipiodol (τόξα)

β) Μαγνητική Σιελογραφία: εκτεταμένη διήθηση-εξέλκωση του δέρματος της δεξιάς παρωτίδας και παρωτιδικού πόρου - συρίγγιο (τόξο). Η διαφυγή του γαδολίνιου δεν είναι ορατή

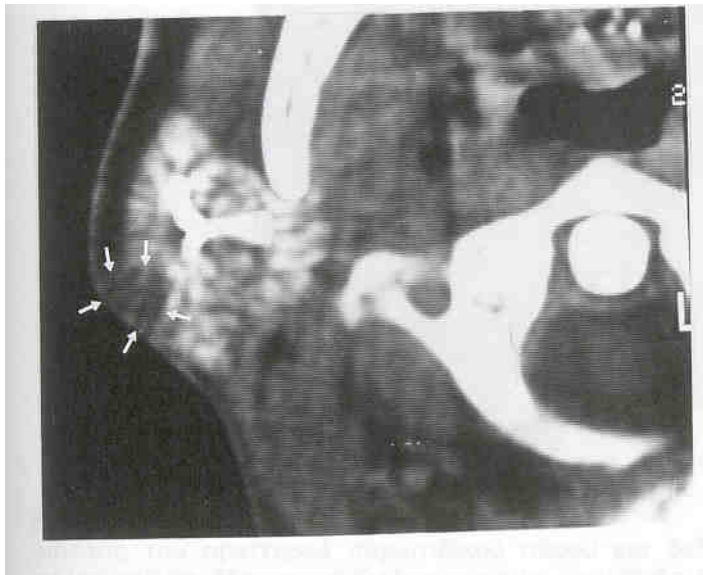
γ) Μαγνητική Τομογραφία εγκάρσια τομή - T1 ακολουθία: σήμα χαμηλής έντασης στις περιοχές διήθησης της δεξιάς παρωτίδας από τον όγκο, συμπεριλαμβανομένου του δέρματος, υποδορίου λίπους, επιπολής και εν τω βάθει λοβού, των μυών όπισθεν της παρωτίδας (στερνοκλειδομαστοειδής, διγαστορας, επιμήκης κεφαλικός, σπληνιοειδής κεφαλικός και άνω λοξός κεφαλικός μυς) έσωθεν της παρωτίδας (βελονοφαρυγγικός, βελονοϋοειδής, βελονογλωσσικός) και έμπροσθεν της παρωτίδας (μασητήρας μυς) καθώς και της γωνίας της κάτω γνάθου.



(γ)

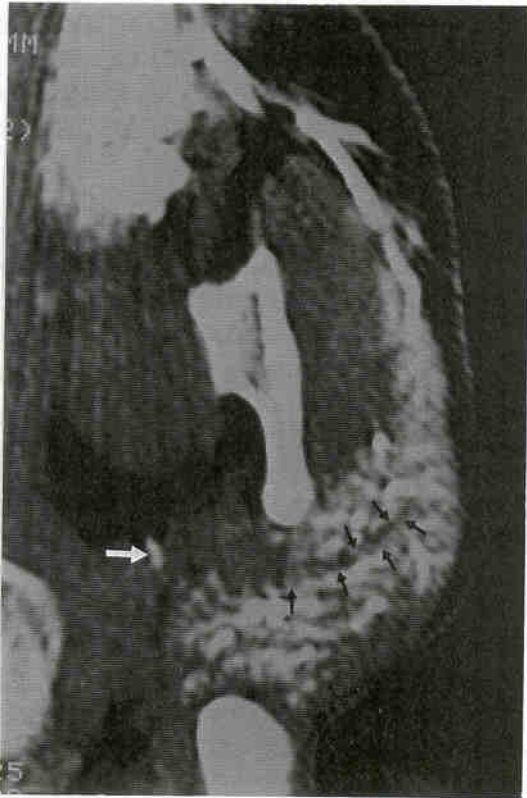


Χρόνια σιελαδενίτιδα δεξιού παρωτιδικού αδένου με ανάπτυξη συριγγίου. Αξονική Τομογραφία: Διόγκωση δεξιάς παρωτίδας, φλεγμονώδης διήθηση του υποδορίου λίπους σε διάφορα σημεία (τόξα).



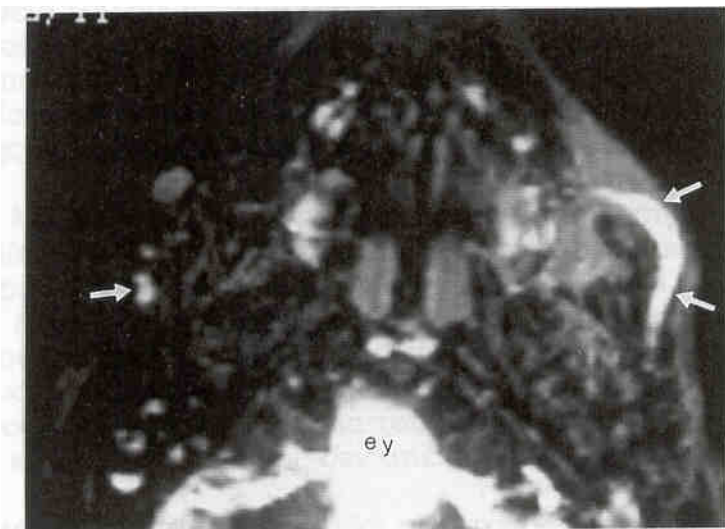
Εικ. 46 Αρ. Περ. 107

Φλεγμονή δεξιού ενδοπαρωτιδικού αδένου. Αξονική Σιελογραφία: Έλλειμμα σκιαγράφησης στην περιφέρεια του αδένου και μικρή αύξηση της πυκνότητας του γειτονικού υποδορίου λίπους (τόξα).



Εικ. 47 Αρ. Περ. 51

Τομή σε άλλο επίπεδο από τη φλεγμονή του ενδοπαρωτιδικού λεμφαδένα. Αξονική Σιελογραφία: Το έλλειμμα πλήρωσης (μαύρα τόξα) πιθανό να αντιστοιχεί στο προσωπικό νεύρο, άσπρο τόξο = βελονοειδής απόφυση.



Εικ. 48 Αρ. Περ. 107

Διάταση του αριστερού παρωτιδικού πόρου και δεξιά επιπολής παρωτιδεκτομή μετά από χρόνια σιελαδενίτιδα. Μαγνητική Σιελογραφία με τη μέθοδο της Μαγνητικής Χολαγγειογραφίας χωρίς έγχυση

σκιαγραφικής, ουσίας (βαρύ T2), που καταστέλλει το σήμα από τους γύρω ιστούς και συγχρόνως ενισχύει το σήμα των υγρών. Διάταση αριστερού παρωτιδικού πόρου (τόξα), υπολείμματα δεξιού παρωτιδικού πόρου, (e.y) εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Η διαφορική διάγνωση καλοήθειας από κακοήθεια δεν μπόρεσε να γίνει βάσει της έντασης σήματος της Μαγνητικής Τομογραφίας. Όμως, ορισμένοι όγκοι, όπως τα λιπώματα, είχαν χαρακτηριστικό σήμα έντασης όμοιο με το λίπος στην Μαγνητική Τομογραφία (εικ. 49) καθώς και στην Αξονική Τομογραφία (εικ. 50). Τα αιμαγγειώματα (εικ. 51,52) είχαν επίσης χαρακτηριστικό πολύ υψηλής έντασης σήμα, με σημεία έλλειψης σήματος λόγω παρουσίας αγγείων ή αβεστοποιήσεων.

Το είδος του περιγράμματος του όγκου δεν μπόρεσε να διαφοροδιαγνώσει τους καλοήθεις από τους κακοήθεις όγκους, αφού κακοήθεις όγκοι είχαν ομαλό περίγραμμα (εικ.53) ενώ καθαρά καλοήθεις όγκοι (ειδικά μεγάλου μεγέθους) είχαν ανώμαλο περίγραμμα συμπεριλαμβανομένου και του λιπώματος (εικ. 49). Σημεία, όπως διήθηση υποδορίου λίπους (εικ. 29,44,53,54) γειτονικών μυών (εικ. 44,54), παραφαρυγγικού χώρου (εικ.44, 54) και οστών από τη μάζα καθώς και συρίγγια (εικ. 44) ή συνοδός λεμφαδενοπάθεια, ειδικά σε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών, ήταν σημεία κακοήθειας, παρ'όλο που ενίοτε συνόδευαν και φλεγμονώδεις καταστάσεις (εικ. 45,46). Η διήθηση του υποδόριου λίπους και των γειτονικών ιστών της παρωτίδας απεικονίζετο καλύτερα με τη Μαγνητική Τομογραφία. Η Μαγνητική Τομογραφία, λόγω της καλύτερης διακριτικής της ικανότητας, διέκρινε τις μεταστάσεις από όγκο της παρωτίδας στην περιοχή του βραγχιακού πλέγματος από υποτροπή αδενοκαρκινώματος (εικ. 55). Επίσης, η Μαγνητική Σιελογραφία διέκρινε καλύτερα από την Αξονική Τομογραφία την επέκταση της μάζας του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας στον παραφαρυγγικό χώρο (εικ. 44,54,56,57,58), καθώς και τη σχέση της μεγάλου μεγέθους μάζας του κάτω λοβού της παρωτίδας με την οπίσθια προσωπική φλέβα (εικ. 59,60). Η Μαγνητική Τομογραφία εντόπισε καλύτερα τον όγκο εντός του δεξιού μασητήρα μύος καθώς και τη στενή σχέση του με την παρωτίδα, κάτι που η Αξονική Σιελογραφία δεν απεικόνισε (εικ. 42).

Στις περιπτώσεις του συνδρόμου του Sjogren απεικόνισε διάχυτη αύξηση του σήματος εντός των παθολογικών παρωτίδων και την αραιή απεικόνιση των κλάδων του παρωτιδικού πόρου (εικ. 61) στις δε περιπτώσεις της μετακτινικής ή μετά από χημειοθεραπεία παρωτίτιδας απεικόνισε την παθολογική παρωτίδα διογκωμένη και με διάχυτο υψηλής έντασης σήμα του παρεγχύματος και στις δυο ακολουθίες (εικ. 62).

Ο ρόλος της Μαγνητικής Τομογραφίας ήταν επίσης σημαντικός στη διάγνωση 10 εξωπαρωτιδικών παθήσεων και ειδικά των 2 αγγειακών και το σημαντικό χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, που ήταν αναγκαία στην Αξονική Τομογραφία (εικ. 63,64,65,66). Η Μαγνητική Τομογραφία διέκρινε εύκολα τους ενδοπαρωτιδικούς και εξωπαρωτιδικούς αδένες στις λεμφαδενοπάθειες (εικ. 67,68). Η T2 ακολουθία διέκρινε τη φυσιολογική παρωτίδα από το πολύμορφο αδένωμα, το απόστημα εντός του αδενώματος, καθώς και το οίδημα του μασητήρα μύος πλησίον του αποστήματος, ευρήματα που καμιά άλλη μέθοδος δεν απεικόνισε (εικ. 69).

Η διαφορική διάγνωση των εν τω βάθει από τους επιπολείς όγκους μπόρεσε να γίνει στα περιστατικά που απεικονίζονταν συγχρόνως ο παρωτιδικός όγκος και ο πόρος. Η Μαγνητική Σιελογραφία ανέδειξε 100% ευαισθησία στην απεικόνιση του όγκου και 100% ευαισθησία στην απεικόνιση του πόρου, η Αξονική Σιελογραφία 89,7% και 100% και η Μαγνητική Τομογραφία 97,2% και 69% αντίστοιχα. Στον πίνακα 8 γίνεται σύγκριση της

ικανότητας των 6 απεικονιστικών μεθόδων και στον πίνακα 9 αναφέρονται τα αποτελέσματα άλλων συγγραφέων.

Πίνακας 8.

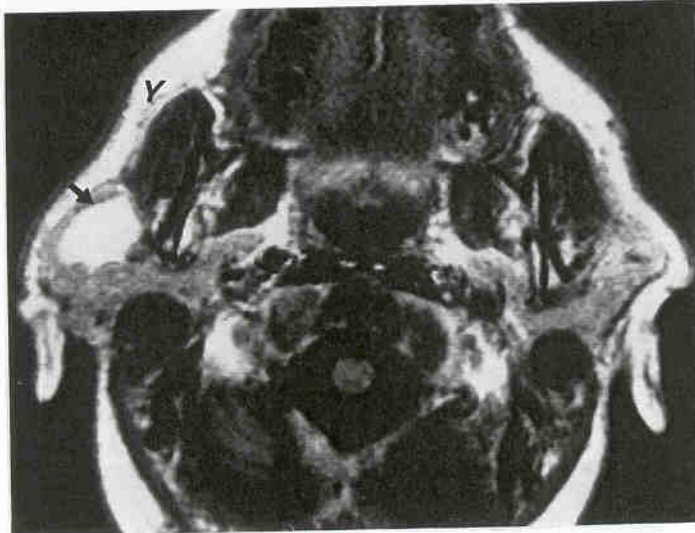
Συγκριτική αξιολόγηση της διαγνωστικής ευαισθησίας - ειδικότητας - ακρίβειας των 6 διαφορετικών διαγνωστικών μεθόδων απεικόνισης των παρωτιδικών μαζών

Είδος διαγνωστικής εξέτασης	Ευαισθησία	Ειδικότητα	Ακρίβεια
Υπερηχοτομογραφία	100% 59/59	100%	100%
Αξονική Τομογραφία χωρίς σκιαγραφική ουσία	68,6% 46/67	100%	68,6%
Αξονική Τομογραφία με σκιαγραφική ουσία	92,8% 52/56	100%	92,8%
Μαγνητική Τομογραφία (T1)	97,2% 70/72	100%	97,2%
Μαγνητική Τομογραφία (T2)	94% 63/67	100%	94%
Μαγνητική Τομογραφία (Πρωτ.)	48,5% 17/35	100%	48,5%
Αξονική Σιελογραφία	89,7% 35/39	100%	89.7% ---
Μαγνητική Σιελογραφία	100% 20/20	100%	100%

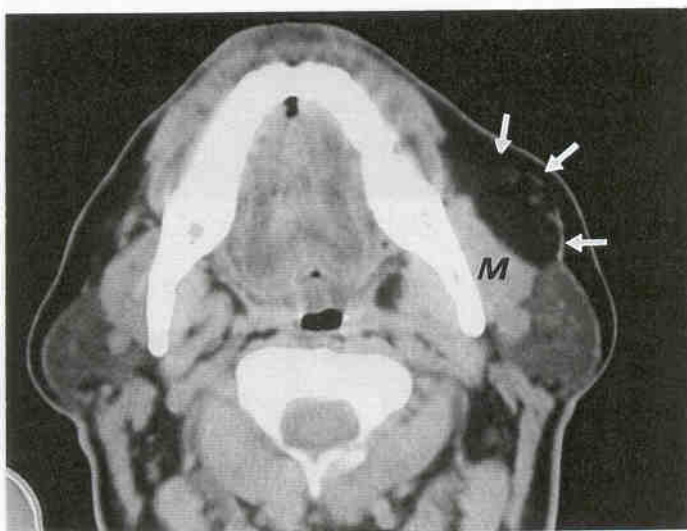
Πίνακας 9.

Αποτελέσματα άλλων ερευνητικών εργασιών όσον αφορά την ικανότητα απεικόνισης των παρωτιδικών όγκων

Υπερηχοτομογραφία	100% Whyte AM 1987, 100% Bradley MJ 1991
Αξονική Τομογραφία	95,2% Bradley MJ 1991
Αξονική Σιελογραφία	82% Smith 1987
Μαγνητική Τομογραφία	100% (T1 ακολουθία) Schlakman B 1993, 87%, 97% (2 σειρές) Freling NJM 1992

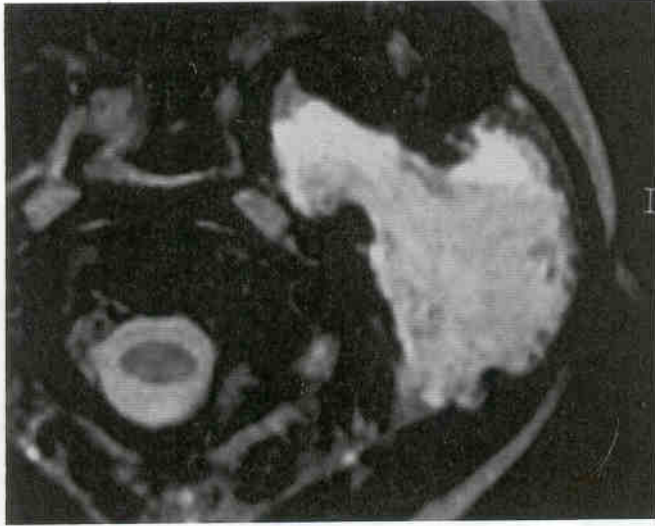


Εικ. 49 Αρ. Περ. 40
Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία, εγκάρσια τομή: Λίπωμα δεξιάς παρωτίδας (τόξο) με σήμα υψηλής έντασης ίσο με το Υποδόριο λίπος (Υ) και ανώμαλο περίγραμμα



Εικ. 50 Αρ. Περ. 93
Αξονική Τομογραφία. Λίπωμα του προσθίου χείλους της αριστερής παρωτίδας (τόξα) με πολύ χαμηλή πυκνότητα ίση με το υποδόριο λίπος προκαλεί εντύπωμα στην έξω επιφάνεια του αριστερού μασητήρα μύος (M)

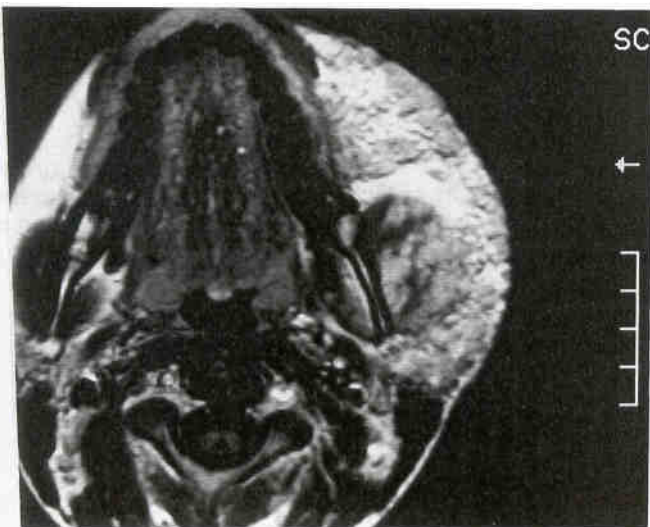
(α)



(β)

Εικ. 51 Αρ. Περ.42

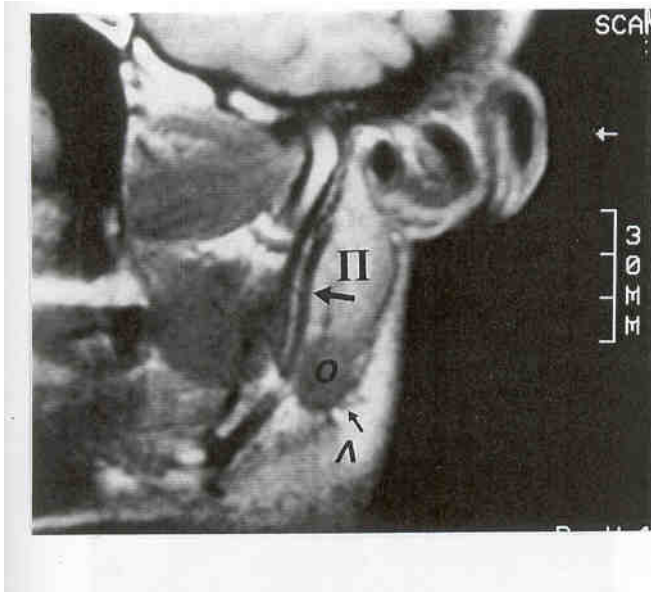
α+β) Μαγνητική Τομογραφία T2 ακολουθία, εγκάρσια τομή: Αιμαγγείωμα αριστερής παρωτίδας καταλαμβάνει τον επιπολής και τον εν τω βάθει λοβό με σήμα πολύ υψηλής έντασης και διάσπαρτα σημεία έλλειψης σήματος (αγγεία και ασβεστοποιήσεις



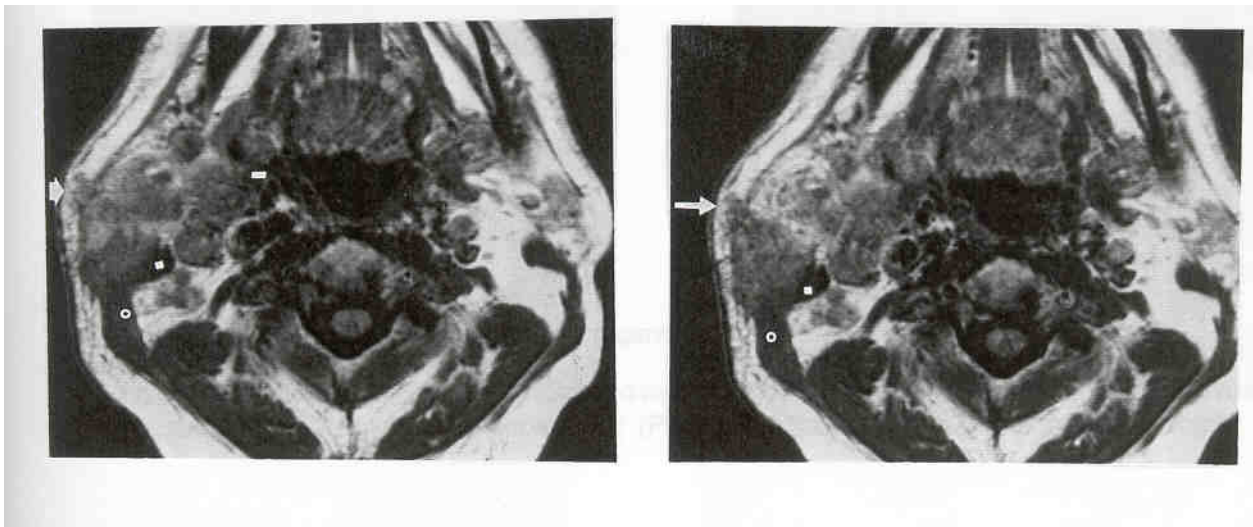
Εικ. 52 Αρ. Περ. 70

Μαγνητική Τομογραφία ,T1 ακολουθία,εγκάρσια τομή: Αιμαγγείωμα αριστερής κατάληξη του υποδόριου λίπους και του αριστερού μασητήρα μύος

παρωτίδας, με



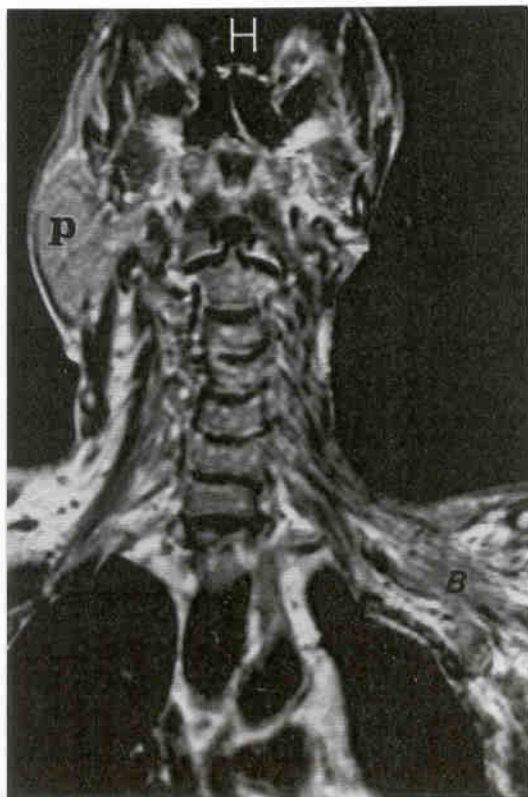
Εικ. 53 Αρ. Περ.
 Αδενοκυστικό καρκίνωμα αριστερής παρωτίδας. Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία. Οβελιαία τομή: κάτω γνάθος(μεγάλο τόξο) π=παρωτίδα, ο=όγκος. Ομαλά όρια με κατά τόπους ασαφопоίηση της παρυφής που υποδηλεί διήθηση (λεπτό τόξο) του υποδορίου λίπους (λ)



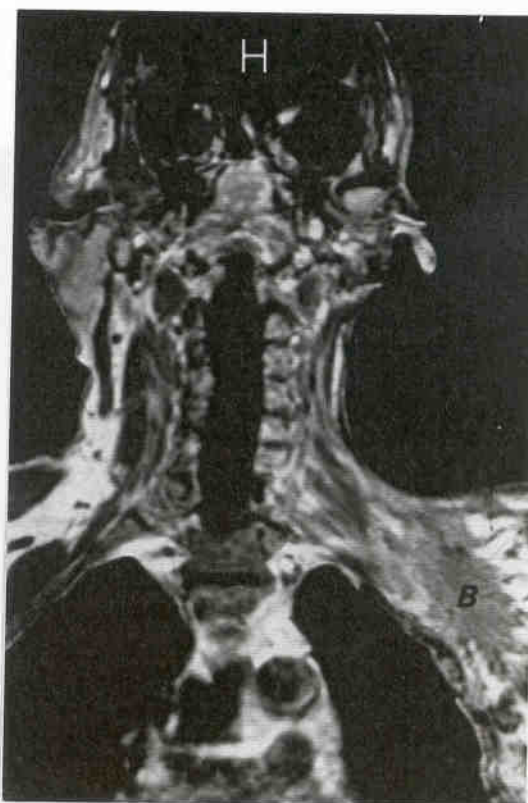
(α)

(β)

Εικ. 54 Αρ. Περ. 100
 Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα δεξιάς παρωτίδας α+β) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία
 Εγκάρσιες τομές: Ο όγκος διηθεί το υποδόριο λίπος (τόξο), στερνοκλειδομαστοειδή (0), διγάζτορα μυ () και παραφαρυγγικό χώρο (): χαρακτηριστικά κακοήθειας



(α)



(β)

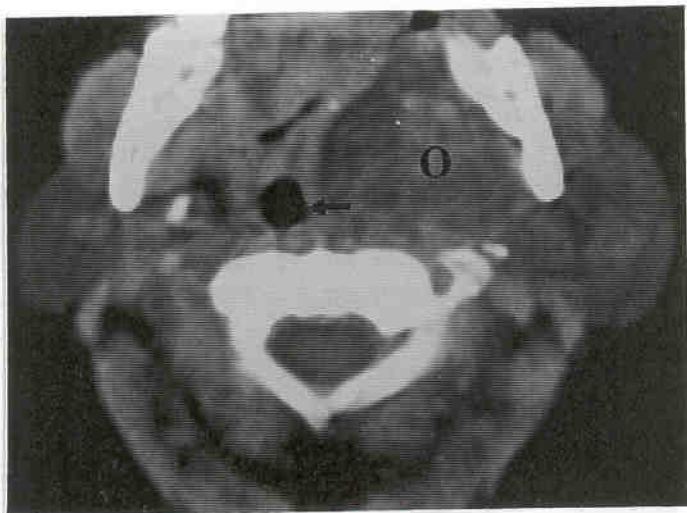
Εικ. 55 Αρ. Περ. 71

α+β) Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία - Στεφανιαίες τομές .

Αριστερή ολική παρωτιδεκτομή.

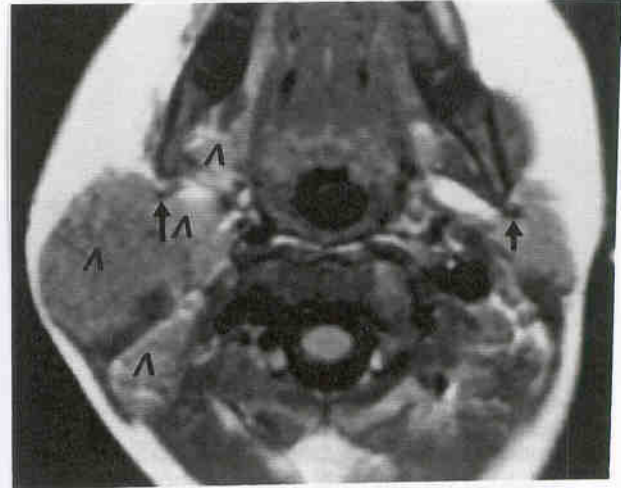
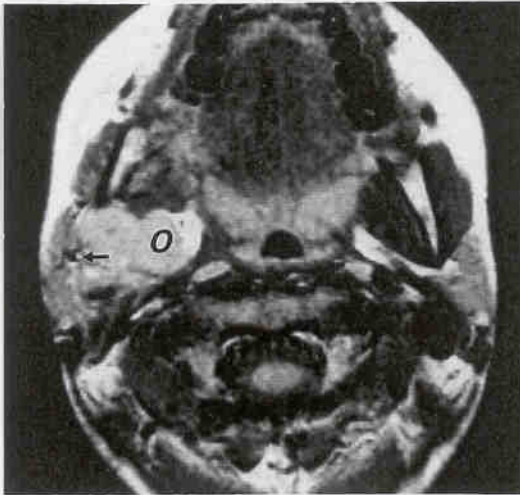
Υποτροπή αδενοκαρκινώματος με μεταστάσεις στην περιοχή του αριστερού βραγχιακού πλέγματος (B)

Αντιρροπιστική διόγκωση της δεξιάς παρωτίδας (P) λόγω της αριστερής ολικής παρωτιδεκτομής



Εικ. 56 Αρ. Περ. 50

Κακοήθης μικτός όγκος (Ο) του εν τω βάθει λοβού της αριστερής παρωτίδας. Αξονική Τομογραφία:Παρεκτόπιση του φάρυγγα (τόξο) προς τα δεξιά από τον όγκο. Ο όγκος όμως δεν διακρίνεται από τους γύρω ιστούς, αφού απεικονίζεται με τη ίδια πυκνότητα όπως η παρωτίδα

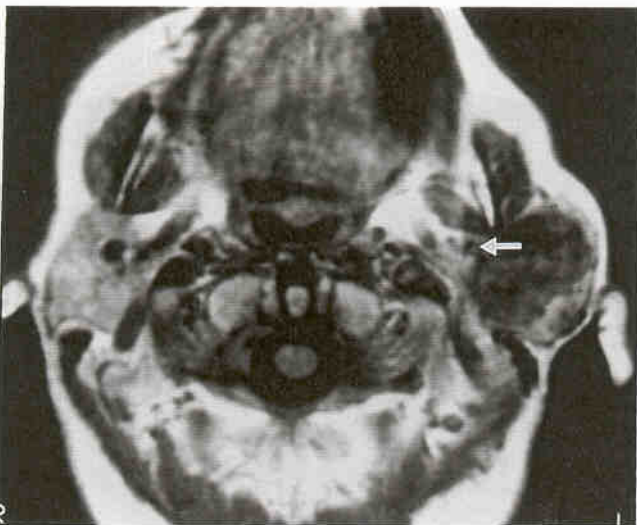


Εικ. 57 Αρ. Περ. 45

Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία
Εγκάρσια τομή: Ραβδομυοσάρκωμα (Ο) του εν
βάθει λοβου της δεξιάς παρωτίδας, μετα-
τόπιση της οπίσθιας προσωπικής φλέβας προς
τα έξω (τόξο). Διαφορετικό σήμα έντασης της
μάζας από τους γύρω ιστούς.

Εικ. 58 Αρ. Περ. 9

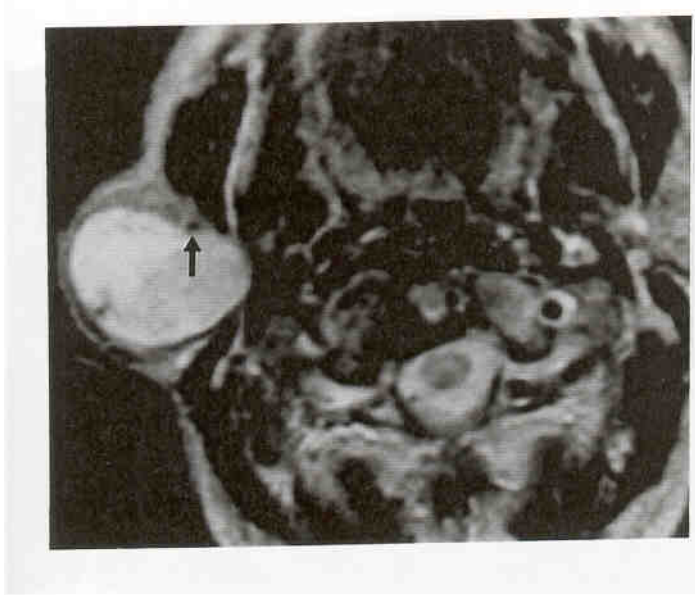
Μαγνητική Τομογραφία T1 ακολουθία
Εγκάρσια τομή: Λευχαιμία (Λ),διάχυτη τω
διήθηση της παρωτίδας, επιπολής και εν
τω βάθει λοβού καθώς και των γειτονικών
λεμφαδένων. Η οπίσθια προσωπική
φλέβα δεν παρεκτοπίζεται (τόξο)



Εικ. 59 Αρ. Περ. 77

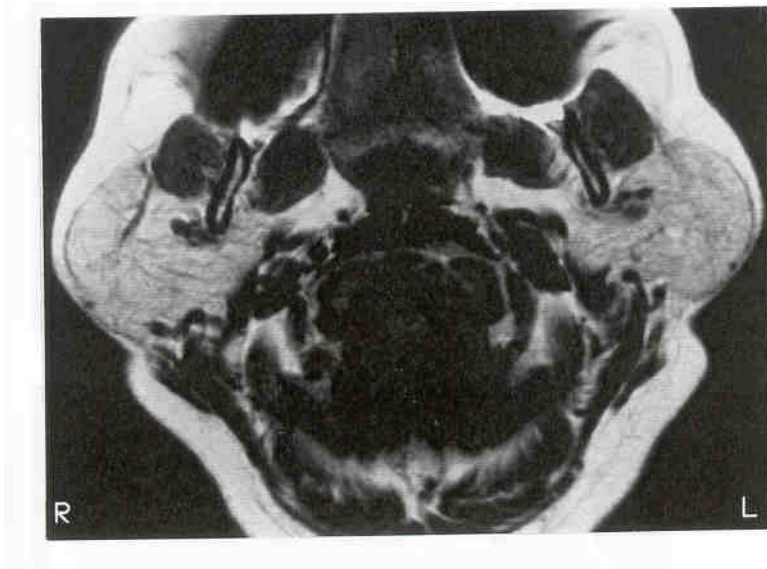
T1 ακολουθία Μαγνητική Τομογραφία

Εγκάρσια τομή: Μεγάλο πολύμορφο αδένωμα μεγέθους 3εκ. στον κάτω πόλο του επιπολής λοβού της αριστερής παρωτίδας με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Παρεκτοπίζει προς τα έσω την οπίσθια προσωπική φλέβα (τόξο)



Εικ. 60 Αρ. Περ. 12

T2 ακολουθία Μαγνητική Τομογραφία Εγκάρσια τομή. Μεγάλο πολύμορφο αδένωμα μεγέθους 4,5εκ. του κάτω πόλου του επιπολής λοβού της δεξιάς παρωτίδας με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Η οπίσθια προσωπική φλέβα παρεκτοπίζεται μπροστά (τόξο)



Εικ. 61 Αρ. Περ. 110

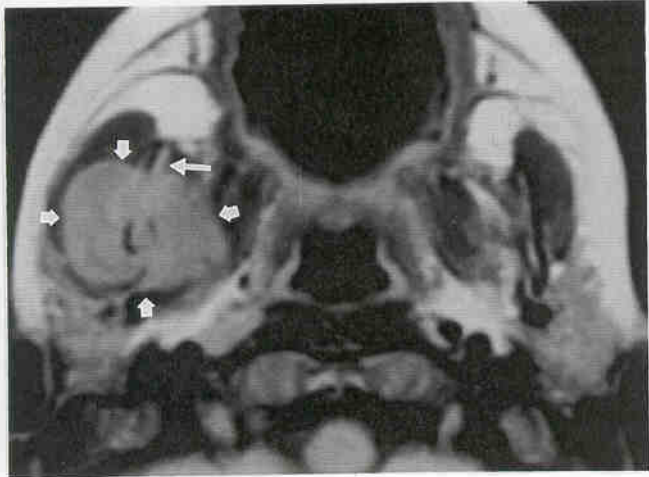
Νόσος του Sjogren. T1 ακολουθία Μαγνητικής Τομογραφίας-εγκάρσια τομή: Διόγκωση των παρωτίδων και διάχυτη αύξηση έντασης σήματος λόγω της εναπόθεσης λίπους που χαρακτηρίζει αυτήν την πάθηση.



Εικ. 62 Αρ. Περ. 5

Μετακτινική αριστερή παρωτίτιδα, T1 ακολουθία Μαγνητική Τομογραφία, εγκάρσια τομή: Ελαφρά διόγκωση και διάχυτη αύξηση της έντασης του σήματος της παρωτίδας, του υποδόριου και παραφαρυγγικού λίπους, καθώς και ελαφρά αύξηση της έντασης του σήματος του αριστερού μασητήρα μυός σε σχέση με το δεξιό.

ΕΞΩΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ



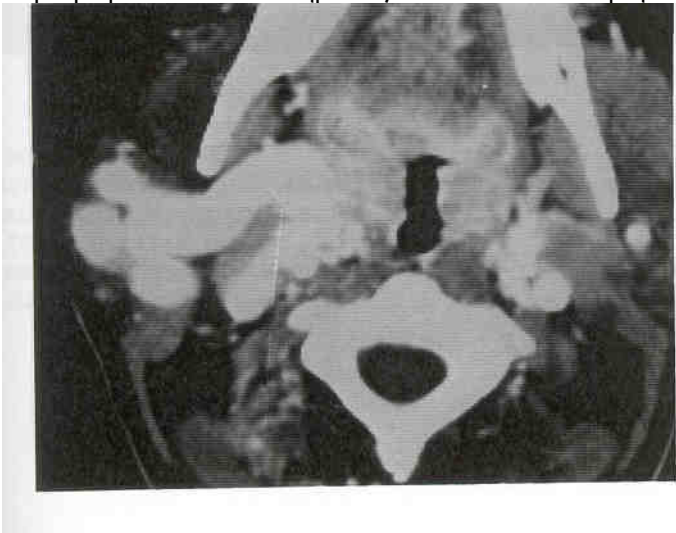
Εικ. 63 Αρ. Περ. 120

Μύξωμα (χοντρά τόξα) δεξιάς κάτω γνάθου (μεγάλο τόξο) που μιμείται κλινικά όγκο δεξιάς παρωτίδας. T1 ακολουθία με ΕΦ εγχυση γαδολινίου, εγκάρσια τομή.



Εικ. 64 Αρ. Περ. 121

Ψευδοανεύρυσμα (χοντρό τόξο) της δεξιάς έσω καρωτίδας (μεγάλο τόξο) μετά από παροχέτευση περιαμυγαλικού αποστήματος T1 ακολουθία Μαγνητικής Τομογραφίας, Στεφανιαία τομή.



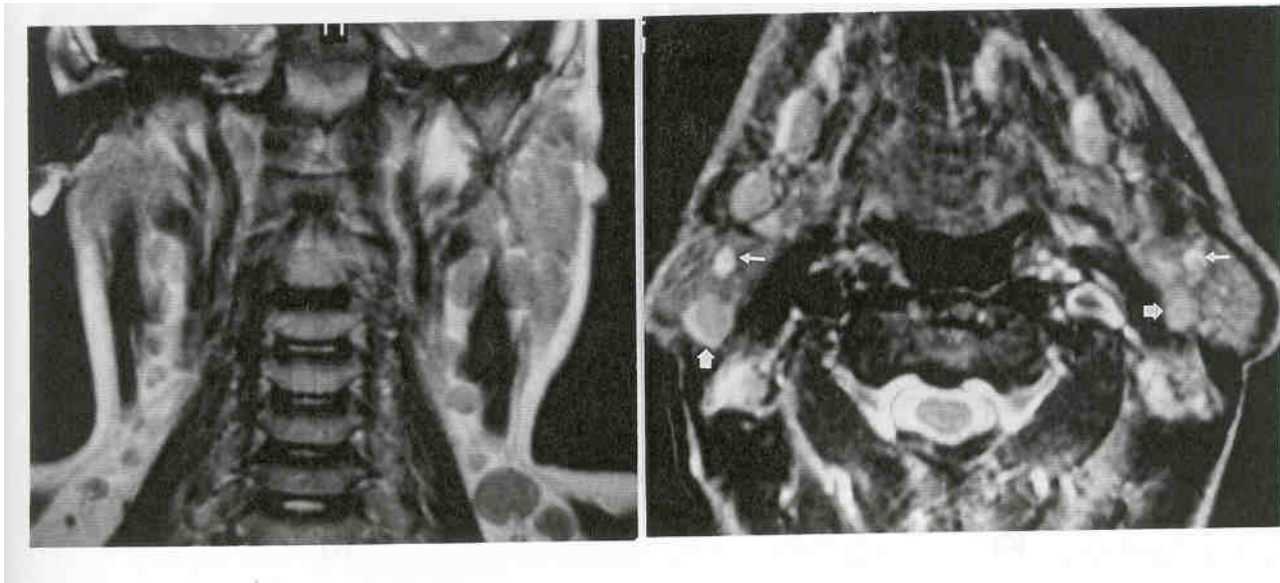
Εικ. 65 Αρ. Περ. 115

Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία στην περιοχή της δεξιάς παρωτίδας. Αξονική Τομογραφία μετά από ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού.



Εικ. 66 Αρ. Περ. 122

Έκτοπο πολύμορφο αδένωμα σταφυλής ή καλύτερα πολύμορφο αδένωμα μικρού σιελογόνου αδένου σταφυλής. T1 ακολουθία με ΕΦέγχυση γαδολινίου, οβελιαία τομή (τόξα) G=γλώσσα.

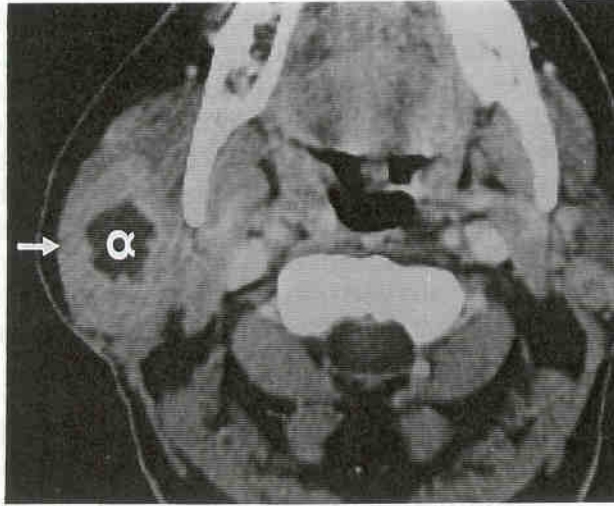


Εικ. 67 Αρ. Περ. 118

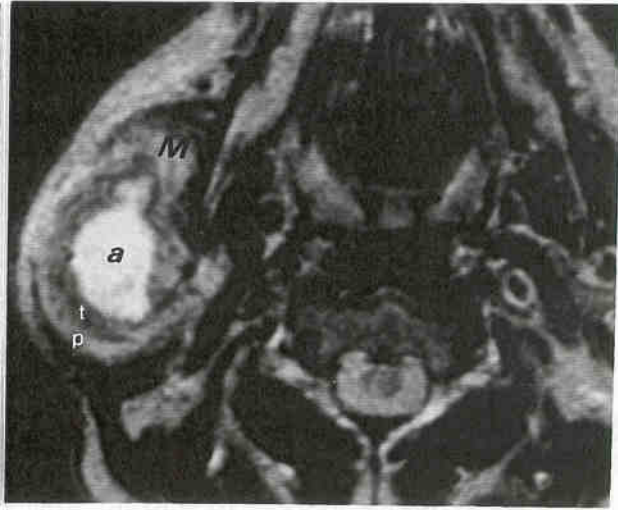
Αντιδραστική λεμφαδενίτιδα. T1 ακολουθία Μαγνητικής Τομογραφίας Στεφανιαία τομή αυχένα: διόγκωση τραχηλικών και περιπαρωτιδικών λεμφαδένων.

Εικ. 68 Αρ. Περ. 48

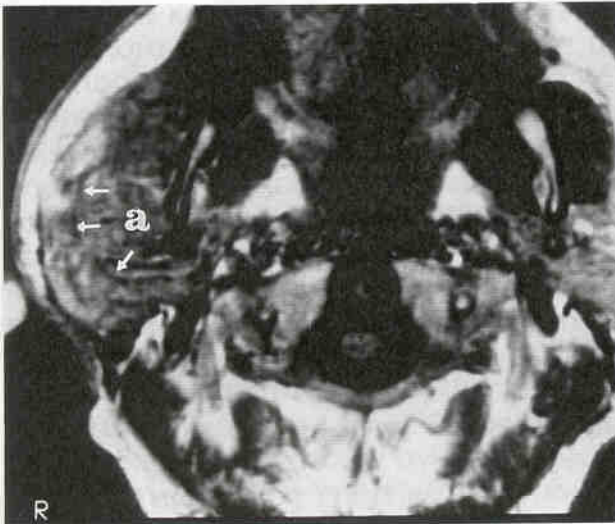
Κακήθες μελάνωμα. T2 ακολουθία Μαγνητικής Τομογραφίας Εγκάρσια τομή:διόγκωση ενδοπαρωτιδικών (παχύ τόξο) και εξωπαρωτιδικών λεμφαδένων. Με λεπτό τόξο σημειώνεται η οπίσθια προσωπική φλέβα



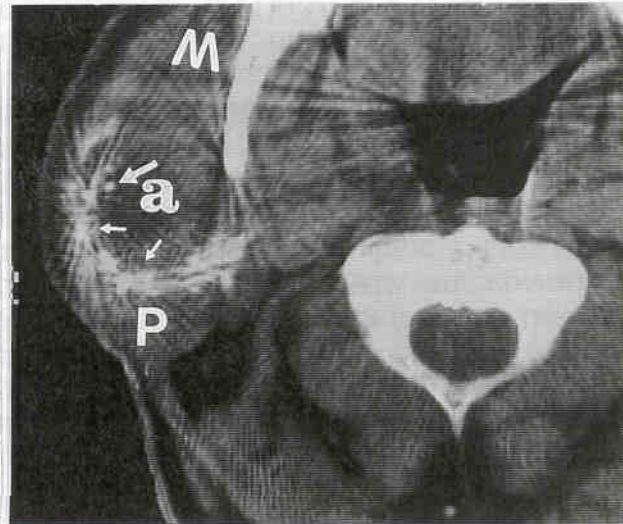
(α)



(β)



(γ)



(δ)

Εικ. 69 Αρ. Περ. 2

Απόστημα εντός πολύμορφου αδενώματος δεξιάς παρωτίδας.

α) Αξονική Τομογραφία με ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας: διακρίνεται το απόστημα (α) όχι όμως ο όγκος και η φυσιολογική παρωτίδα β) T2 ακολουθία Μαγνητικής Τομογραφίας: διακρίνει το κεντρικό απόστημα από το πολύμορφο αδένωμα (t), τη φυσιολογική παρωτίδα (P), την επέκταση του οιδήματος και τη διόγκωση του μαστήρα μύος (M) πλησίον της βλάβης, ευρήματα που οι άλλες μέθοδοι δεν μπόρεσαν να

ξεχωρίσουν. γ) Μαγνητική Σιελογραφία: παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων των παρωτιδικών πόρων (τόξα) από απόστημα και όγκο (α) δ) Αξονική Σιελογραφία: παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων (μικρά τόξα) από το απόστημα και όγκο (α) καθώς και διείσδυση του Lipiodol εντός του αποστήματος (μεγάλο τόξο).

9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο ρόλος του ακτινολόγου στην έρευνα της παρωτιδικής μάζας είναι: (α) να καθορίσει αν η μάζα ευρίσκεται ενδο-ή εξωπαρωτιδικά, (β) αν είναι ενδοπαρωτιδική, να καθορίσει τη σχέση της με το προσωπικό νεύρο (επιπολής ή εν τω βάθει) και (γ) να αποφασίσει αν η μάζα έχει σημεία κακοήθειας. (Mancuso AA 1996) Οι τρεις αυτοί στόχοι είναι εξ ίσου σημαντικοί αφού ειδικά οι δύο πρώτοι μπορούν να αλλάξουν τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Σ' ένα 30% των θεωρουμένων παρωτιδικών μαζών η παθολογία είναι εξωπαρωτιδική (Mancuso AA 1996). Το ποσοστό εξαρτάται από τη εμπειρία του παραπέμποντος κλινικού ιατρού (Mancuso AA 1996). Στη δική μας σειρά η εξωπαρωτιδική παθολογία ήταν μόνο 10%.

9.1 Ο Ρόλος της Υπερηχοτομογραφίας στην έρευνα των Παρωτιδικών Μαζών

Η Υπερηχοτομογραφία είναι η πλέον ευαίσθητη μέθοδος στην απεικόνιση της παρωτιδικής αλλοίωσης περιλαμβανομένης και μικρού μεγέθους βλάβης. Σ' όλες τις ανακοινώσεις η Υπερηχοτομογραφία φαίνεται να έχει μεγάλη ευαισθησία στην απεικόνιση των παρωτιδικών αλλοιώσεων σε κάτι που συμφωνεί και η δική μας σειρά με ευαισθησία 100%. Ο Wittich GR (1985) και Rinast E (1991) και Bradley (1991) έχουν 100% ευαισθησία στην Υπερηχοτομογραφία όσο αφορά την απεικόνιση των παρωτιδικών αλλοιώσεων συγκρινόμενη με την αξονική και ψηφιακή σιελογραφία που έχουν 81% και 70% ευαισθησία αντίστοιχα. Ο Bradley MJ (1991) αναφέρει μεγαλύτερη ευαισθησία της Υπερηχοτομογραφίας από την Αξονική τομογραφία στην απεικόνιση των παρωτιδικών μαζών με διάμετρο κάτω από 5 χιλ. και ότι η Υπερηχοτομογραφία μπορεί να διαφοροδιαγνώσει ενδοπαρωτιδικές από εξωπαρωτιδικές μάζες. Συμφωνούμε με τον Freling NJ (1994) που πιστεύει ότι για τους μικρούς επιπολείς παρωτιδικούς όγκους δεν χρειάζεται άλλη εξέταση από την Υπερηχοτομογραφία καθώς και με τους Isaza M (1989), Firat MM (1991) και Whyte AM (1987) που πιστεύουν ότι η Υπερηχοτομογραφία πρέπει να είναι η πρώτη μέθοδος μελέτης των παρωτιδικών μαζών. Η Υπερηχοτομογραφία επίσης επιτρέπει την απεικόνιση όλων των ενδοπαρωτιδικών λίθων και το 59% των λίθων του παρωτιδικού πόρου. Οι τελευταίοι συνοδεύονται με διόγκωση της παρωτίδας στο 94% και διάταση του πόρου στο 61% των περιπτώσεων (Angelelli G 1990). Ο Murray ME (1996) πιστεύει ότι σε μια παρωτιδική διόγκωση αν η Υπερηχοτομογραφία απεικονίσει φυσιολογικό παρέγχυμα παρωτίδας ή παρωτιδικό όγκο, η ψηφιακή σιελογραφία δεν είναι απαραίτητη. Είναι όμως αναγκαία αν η Υπερηχοτομογραφία απεικονίσει διάταση του παρωτιδικού πόρου και λίθους. Επίσης ο Kessler A 1995 πιστεύει ότι η Υπερηχοτομογραφία είναι η πλέον κατάλληλη για την εξέταση ηλικιωμένων ασθενών με σιελολιθίαση και οξύ επεισόδιο.

Όσο αφορά την εκτίμηση της ιστοπαθολογίας του όγκου με Υπερηχοτομογραφία ο Wittich GR (1985) βρήκε όλους του όγκους λιγότερο ηχογενείς σε σχέση με την παρωτίδα, ειδικά το αδενολέμφωμα, εύρημα που συμφωνεί με τα δικά μας αποτελέσματα. Επίσης εισηγείται ότι η χαμηλή ηχογένεια (σχεδόν κυστική εικόνα) του αδενολεμφώματος οφείλεται στην παχύρρευστη βλέννα του κυστικού τμήματος του όγκου. Αν ο όγκος αυτός μελετηθεί με ηχοβολέα μεγαλύτερης συχνότητας (10 MHz) απεικονίζονται διαφράγματα εντός του όγκου τα οποία και χαρακτηρίζουν το αδενολέμφωμα.

Ο ρόλος της Υπερηχοτομογραφίας στη διαφορική διάγνωση καλοήθων από κακοήθεις όγκους φαίνεται να είναι σημαντικός. Στη δική μας σειρά όλοι οι κακοήθεις όγκοι (εκτός του κακοήθους λεμφώματος) δεν συνοδεύονταν από οπίσθια ενίσχυση του ήχου εύρημα που συνόδευε όλους του καλοήθεις όγκους. Τα αποτελέσματα μας φαίνεται να συμφωνούν με τον Ohyachi W (1992) που βρίσκει την εξασθένηση του ήχου να είναι μεγαλύτερη στους κακοήθεις από τους καλοήθεις όγκους. Όμως κυστικές αλλοιώσεις εντός των όγκων όπως στα καρκινώματα των λοβίων (Jones AO 1997) μπορούν να ενισχύσουν τον ήχο περιφερικά. Όλοι οι κακοήθεις όγκοι της δικής μας σειράς είχαν μικτή ηχογένεια.

Οι καλοήθεις όγκοι δεν μπορούν να διαφοροδιαγνωσθούν μεταξύ τους παρ' όλο που όλα τα αδενολεμφώματα έχουν ομαλό περίγραμμα κάτι όμως που έχουν και τα 14/25 πολύμορφα αδενώματα. Τα λιπώματα επίσης φαίνονται να είναι υποηχογενή 8/9 (Chikui T 1997), ενώ τα 2 της δικής μας σειράς ήταν υπερηχογενή. Οι, De Vita S (1992), Kawamura (1990), Rocha G (1994) και Puterman M (1994) στηριζόμενοι στην ανομοιογένεια του παρεγχύματος της παρωτίδας πέτυχαν να διαγνώσουν το σύνδρομο του Sjogren.

Τη διαφορική διάγνωση των επιπολεις από τους εν τω βάθει παρωτιδικούς όγκους ο Bradley MJ (1990) πιστεύει ότι μπορεί να την πετύχει με μεγάλη ακρίβεια χρησιμοποιώντας τον παρωτιδικό πόρο σαν διαχωριστικό επίπεδο έτσι όπως απεικονίζεται στην Υπερηχοτομογραφία. Στη δική μας σειρά αυτή η παρατήρηση δεν μπόρεσε να αξιολογηθεί γιατί ο ηχοβολέας 10 MHz δεν ήταν διαθέσιμος και με τον 7,5 MHz ηχοβολέα δεν μπορέσαμε να απεικονίσουμε το φυσιολογικό παρωτιδικό πόρο, ειδικά όταν ήταν συμπιεσμένος από τον όγκο. Η **Doppler έγχρωμη Υπερηχοτομογραφία** έχει χρησιμοποιηθεί πρόσφατα από τον Aluffi P (1997) για την εκτίμηση της αγγείωσης εντός και γύρω από τον παρωτιδικό όγκο σε μια προσπάθεια αναγνώρισης πιθανής κακοήθειας. Έντονη αιμάτωση εντός και γύρω από τον όγκο παρατηρήθηκε μόνο σε κακοήθεις και φλεγμονώδεις μάζες ενώ οι καλοήθεις όγκοι δεν είχαν σχεδόν καθόλου αιμάτωση εκτός από ελάχιστη στην περιφέρεια, όπως τα πολύμορφα αδενώματα και αδενολεμφώματα. Ο Arijji Y (1998) επίσης εκτιμά την κακοήθεια των αυχενικών λεμφαδένων με τη βοήθεια της **Power Doppler Υπερηχοτομογραφίας** και παρατηρεί ότι η κακοήθης μεταστατική διήθηση των λεμφαδένων χαρακτηρίζεται από αυξημένη αγγειακή ροή στη περιφέρεια του παρεγχύματος του αδένου, απουσία αγγειακής ροής στην πύλη και μεγαλύτερη του 0,65 σχέση εγκάρσιας-επιμήκου διαμέτρου του αδένου. Η παρουσία τουλάχιστον 2 από τα άνω κριτήρια προσδίδει ευαισθησία 100% στη διάγνωση κακοήθους διήθησης του λεμφαδένα.

Η Υπερηχοτομογραφία παρά τη μεγάλη της ευαισθησία στην απεικόνιση, εντόπιση και αξιολόγηση της κακοήθειας του όγκου έχει τα εξής μειονεκτήματα: Δεν μπορεί να απεικονίσει παθολογίες όπισθεν της γωνίας της κάτω γνάθου ή στον εν τω βάθει παρωτιδικό λοβό και παραφαρυγγικό χώρο λόγω της ακουστικής σκιάς της γωνίας της κάτω γνάθου (Whyte AM 1987, Bradley MJ 1991, Freling NJ 1994). Παρ' όλα αυτά δεν παύει να θεωρείται η πρώτη απεικονιστική μέθοδος μελέτης των παρωτιδικών βλαβών. Οι άλλες ακόλουθες απεικονιστικές μέθοδοι ακολουθούν όταν η παθολογία ευρίσκεται εκτός των ανατομικών ορίων της υπερηχοτομογραφικής δυνατότητας και εκτίμησης.

9.2 Ο Ρόλος της Αξονικής Τομογραφίας στην έρευνα των Παρωτιδικών Μαζών

Η Αξονική Τομογραφία φαίνεται να έχει κάπως μειωμένη ευαισθησία στην απεικόνιση των παρωτιδικών όγκων, 68,6% χωρίς και 92,8% με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας

σε σχέση με την Υπερηχοτομογραφία και τη Μαγνητική Τομογραφία που έχουν ευαισθησία 100% και 97,2% αντίστοιχα, όμως φαίνεται να έχει ορισμένα πλεονεκτήματα έναντι των άλλων μεθόδων τα οποία αξιολογούν και άλλοι συγγραφείς. Whyte AM 1987, Fekux WK 1988, Bradlen MJ 1991, Klonowski S 1991, Spencer J 1991, Martin N 1992, Krief O 1992, Hozoustz SW 1994, Frelins NJ 1994, Shevi WC 1994, Mishell AD 1996. Η Αξονική Τομογραφία θεωρείται καλύτερη από τη Μαγνητική Τομογραφία στην αξιολόγηση φλεγμονών της παρωτίδας γιατί απεικονίζει καλύτερα τους λίθους, τις ασβεστοποιήσεις και τη διάταση του παρωτιδικού πόρου και θεωρείται η μέθοδος εκλογής για τη μελέτη αυτών των παθήσεων (Casselman SW 1987).

Ο Mighell AJ (1996) εισηγείται την Αξονική Τομογραφία για την απεικόνιση του ασβεστίου στις σμηγματογόνους κύστες και ο Spencer J (1991) για την οστική εναπόθεση στα πολύμορφα αδενώματα. Ο Shen WC 1994 επίσης αναφέρεται στο ρόλο της Αξονικής Τομογραφίας στα σμηγματογόνα αδενώματα που περιέχουν ινώδες στρώμα και λιπώδεις κυστικές περιοχές (-65 HU) που μερικές από αυτές μπορεί να υποστούν ρήξη. Η Αξονική Τομογραφία απεικονίζει τη διαφυγή του λιπώδους αυτού υλικού στον παραφαρυγγικό χώρο. Επίσης είναι σημαντικός ο ρόλος της στην απεικόνιση της πνευμοπαρωτίτιδας: Φυσαλλίδες και περιοχές με αέρα στους πόρους και το παρέγχυμα της παρωτίδας είναι σημεία που είναι παθογνωμονικά για τη διάγνωση της πάθησης αυτής (Krief O 1992). Οι όγκοι της παρωτίδας με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου και οι όγκοι στον εν τω βάθει παρωτιδικό λοβό που είναι δύσκολο να μελετηθούν με την Υπερηχοτομογραφία εκτιμούνται πιο αποτελεσματικά με την Αξονική Τομογραφία (Whyte AM 1987, Bradley MJ 1991 Klonowski S (1991). Ο Silver AR (1996) και Takahashi M (1991) εισηγούνται περιοδικό έλεγχο μετεγχειρητικά με Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία της περιοχής του παρωτιδικού όγκου για να αποκλείσουν πιθανή υποτροπή. Επίσης οι εγκάρσιες και στεφανιαίες υψηλής ευκρίνειας τομές της Αξονικής Τομογραφίας είναι χρήσιμες για την απεικόνιση της περιοχής της πορείας του προσωπικού νεύρου εντός του κροταφικού οστού και για καλύτερη απεικόνιση του βελονομαστοειδούς τμήματος (Mancuso AA 1996). Στις περιπτώσεις νευρινώματος του προσωπικού νεύρου η Αξονική Τομογραφία είναι η πλέον κατάλληλη για την απεικόνιση της διήθησης του λιθοειδούς οστού και της περιοχής του έσω ωτός (Martin N 1992, Freling NJ 1994) Το επιτυμπανικό χολοστεάτωμα μπορεί να επηρεάσει το προσωπικό νεύρο σε διάφορες ανατομικές θέσεις. Η πιο συχνή θέση συμπίεσης του προσωπικού νεύρου, είναι το μέσο ους, όπου υψηλής ευκρίνειας Αξονική Τομογραφία μπορεί να απεικονίσει την παθολογία του γύρω οστού (Fekux WK 1988). Ο Horoustz SW (1994) περιγράφει κακοήθειες της παρωτίδας ή του κροταφικού οστού που μπορεί να αλληλοδιηθηθούν. Τα 45% των περιστατικών με πρωτοπαθή κακοήθεια του κροταφικού οστού είχαν διήθηση της παρωτίδας και όλα τα περιστατικά με δευτεροπαθή διήθηση του κροταφικού οστού από καρκίνο της παρωτίδας είχαν διήθηση της μαστοειδούς απόφυσης, του έξω ακουστικού πόρου και του μέσου ωτός. Η μελέτη αυτών των περιστατικών με Αξονική Τομογραφία σε οστικό παράθυρο είναι σημαντική.

Ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας και η σάρωση με λεπτές εγκάρσιες συνεχείς τομές με **Ελικοειδή Αξονικό Τομογράφο** και ακολούθως ανασύνθεση της εικόνας σε πολλαπλά επίπεδα δίνει εξαιρετικές απεικονίσεις του λιθοειδούς οστού (σε οστικό παράθυρο) αλλά και της παρωτίδας, ειδικά για φλεγμονώδεις παθήσεις που μπορούν να απεικονίσουν καλύτερα τυχόν απόστημα. (Mancuso AA 1996) Ο ρόλος της ενδοφλέβιας έγχυσης σκιαγραφικού και οι δυναμικές λήψεις με Αξονική Τομογραφία στα παραγαγγλιώματα τονίζεται από τον Som PM (1988). Η δακτυλιοειδής ανώμαλη ενίσχυση των παρωτιδικών αλλοιώσεων με κεντρική νέκρωση μπορεί να οφείλεται και σε φυματίωση. Στη δική μας σειρά η δακτυλιοειδής ενίσχυση συνόδευε κυρίως καλοήθειες

όγκους. Πολύ ανώμαλη δακτυλιοειδής ενίσχυση συναντήθηκε σε κακοήθεις μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Bhargava S 1996). Ο Arigi Y (1988) μελέτησε την πυκνότητα των φυσιολογικών παρωτίδων, χωρίς και με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με τη βοήθεια της Αξονικής Τομογραφίας. Δεν βρήκε σημαντική διαφορά πυκνότητας ανάμεσα στις δύο πλευρές. Υπήρξε όμως διαφορά ανάμεσα στην πυκνότητα της παρωτίδας και των υπογναθίων αδένων. Το πιο σημαντικό είναι η μείωση της πυκνότητας της παρωτίδας με την πάροδο του χρόνου μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Άνω των 40 ετών δεν υπήρχε διαφορά πυκνότητας. Η μείωση της πυκνότητας με την αύξηση της ηλικίας οφείλεται στην εναπόθεση λίπους (Arigi Y 1998), κάτι που υποστηρίζουν και άλλοι συγγραφείς. Ο Drummond JR (1995) υποστηρίζει ότι αυξάνεται το ινολιπώδες υπόστρωμα της παρωτίδας με την πάροδο του χρόνου. Σε μια δε ιστολογική μελέτη της επιπολής παρωτίδας από τον Drummond Y (1998) φάνηκε ότι αυξάνεται η εναποθεση λίπους με την πάροδο της ηλικίας. Οι διαβητικοί και παχύσαρκοι επίσης φαίνεται να έχουν παρωτίδες με πολύ χαμηλή πυκνότητα του παρεγχύματος λόγω της μεγάλης εναπόθεσης λίπους (Arigi Y 1998).

9.3 Ο Ρόλος της Μαγνητικής Τομογραφίας στη μελέτη των Παρωτιδικών Μαζών
Η Μαγνητική Τομογραφία ήταν η πλέον ακριβής μέθοδος για τη μελέτη των παρωτιδικών μαζών όχι μόνο των επιπολεις (όπως στην Υπερηχοτομογραφία) αλλά και των εν τω βάθει αλλοιώσεων. Η ανωτερότητα της Μαγνητικής Τομογραφίας όσο αφορά τη διάκριση ιστών έχει περιγραφεί από αρκετούς συγγραφείς (Lufkin R 1986, Mandenblatt SM 1987, Teresi LM 1987, Som PM 1988 & 1989, Trape M 1991, Bourjot P 1991, Tom BM 1991, Traxter M 1991, Martin N 1992, Sigal 1992, Grevers G 1992, Frelling NJM 1992, Minami M 1993, Schlakman B 1993, Horowitz SW 1994, Joe Vincent 1994, Batsotti JB 1994, Kahn JL 1996).

Ο Μαγνητικός Τομογράφος έχει σημαντικό ρόλο στον παραφαρυγγικό χώρο όπου μπορεί να διαφοροδιαγνώσει όγκους του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας ή όγκους των μικρών σιελογόνων αδένων από παραγαγγλιώματα και ξεχωρίζει καλύτερα από τον Αξονικό Τομογράφο το λίπος μεταξύ του εξωπαρωτιδικού όγκου και της παρωτίδας. (Som PM 1988, 1991). Επίσης, λόγω καλύτερης απεικόνισης της έσω καρωτίδας, η μετατόπιση της προς τα εμπροσθεν από τα παραγαγγλιώματα και προς τα πίσω από τους όγκους των μικρών σιελογόνων αδένων είναι ευδιάκριτη. Ο Traxter M (1991) πιστεύει ότι ο Μαγνητικός Τομογράφος συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της Υπερηχοτομογραφίας και της Αξονικής Τομογραφίας. Είναι η καλύτερη μέθοδος για τη διάγνωση μη ψηλαφητών παρωτιδικών όγκων στην παρουσία παράλυσης του προσωπικού νεύρου. (Dean A 1990, Sclalani AP 1994) Τα μεταλλικά artifacts που μειώνουν την απεικονιστική αξία στην Αξονική Τομογραφία δημιουργούν λιγότερη αλλοίωση της εικόνας στη Μαγνητική Τομογραφία προκαλώντας μόνο ένα τοπικό σημείο έλλειψης σήματος (Mandebblatt SM 1987). Η T1 είναι η πλέον ευαίσθητη ακολουθία στην απεικόνιση της παρωτιδικής μάζας (Schlakman B 1993), συμπέρασμα που βγαίνει και από τη δική μας μελέτη, με ποσοστό ευαισθησίας 97,2%.

Εφ' όσον έχει διαγνωσθεί η ενδοπαρωτιδική θέση του όγκου και η σχέση του με τον παρωτιδικό πόρο, απομένει να αποφασισθεί αν ο όγκος είναι κακοήθης ή καλοήθης, γι' αυτό υπάρχουν διάφορες εισηγήσεις από Som PM (1988), Swatz JD 1989, Kishenbaum (1991), Frelling JN (1992), Minami M (1993) και Joe VQ (1994). Η Μαγνητική τομογραφία είναι μέθοδος εκλογής για τη μελέτη των παρωτιδικών κακοήθων όγκων. Ειδικά το ρόλο της Μαγνητικής Τομογραφίας στη διάγνωση του αδενοκαρκινώματος, της υποτροπής του και της πιθανής επέκτασης του στον πτερυγοφαρυγγικό και υποαμυγδαλικό χώρο περιγράφει ο Trappe M (1991), ενώ το ρόλο της στην ενδοκρανιακή επέκταση, την

περινευρική και οστική διήθηση περιγράφει ο Sigal R (1992). Η Μαγνητική Τομογραφία σύμφωνα με τους Horowitz SW (1994) Huchzermeyer P (1994) και Horowitz SW (1994) πλεονεκτεί στην απεικόνιση των ορίων των μαλακών ιστών, της διήθησης των μυών, της ενδοκρανιακής επέκτασης των όγκων και της ενθυλάκωσης των αγγείων. Ο Teresi LM (1987) πίστευε ότι τα ασαφή όρια του όγκου όπως φαίνονται στη Μαγνητική Τομογραφία είναι σημείο κακοήθειας, παρ' όλο που δεν είναι εντελώς αξιόπιστο. Η διήθηση του προσωπικού νεύρου παρ' όλο που χαρακτήριζε τους κακοήθεις όγκους στα δικά μας περιστατικά, σύμφωνα με τους Curray AJ (1996), Andrews JC (1989), Felix W (1988), Elahi MM (1995) and Tayaraji SM (1997) συναντάται και σε άλλες καταστάσεις όπως σε καλοήθεις όγκους ή φλεγμονές. Φαίνεται σύμφωνα με τον Som PM (1989) ότι το χαμηλό σήμα στην T1 και T2 ακολουθία είναι σημείο κακοήθειας λόγω της απουσίας ορρώδους και βλεννώδους υλικού και παρουσίας αυξημένης μίτωσης. Ο Sigal R (1992) επίσης πιστεύει ότι όγκοι με χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και T2 ακολουθία αντιστοιχούν σε συμπαγή όγκο με μεγάλη κυτταροβρίθεια και κακή πρόγνωση. Την ίδια απεικόνιση όμως, με τους πολύ κακοήθεις όγκους μπορεί να έχει και η φλεγμονή.

Ο Minami M (1993) συγκρίνοντας την απεικόνιση του Μαγνητικού Τομογράφου και την ιστολογική εικόνα των αδενολεμφωμάτων βρίσκει ότι η κάψα που υπάρχει ιστολογικά σ' όλα τα αδενολεμφώματα δεν απεικονίζεται στη Μαγνητική Τομογραφία, όμως φαίνονται λεπτές γραμμώσεις χαμηλής έντασης σήματος στην T1 ακολουθία εντός των όγκων που αντιστοιχούν σε ινώδη ιστό. Οι μικρές εστίες υψηλής έντασης σήματος στην T1 ακολουθία αντιστοιχούν σε κυστικές περιοχές των όγκων που περιέχουν χοληστερόλη. Το ενδιαμέσης έντασης σήμα στην T2 ακολουθία αντιστοιχεί σε πλούσιο επιθηλιακό ιστό ενώ το αυξημένης έντασης σήμα στην T2 ακολουθία σε κυστικές αλλοιώσεις και εισηγείται ότι αμφοτερόπλευροι πολλαπλοί όγκοι καλώς περιγεγραμμένοι με ενδιαμέσης έντασης σήμα στην T1 και T2 ακολουθία και περιοχή με υψηλής έντασης σήμα στην T1 είναι χαρακτηριστικά των αδενολεμφωμάτων παρ' όλο που δεν είναι παθογνωμονικό. Στη δική μας σειρά τα αδενολεμφώματα στην πλειοψηφία τους είχαν χαμηλής έντασης σήμα στην T1 και υψηλής στην T2 ακολουθία. Κάψα δεν απεικονίσθηκε παρ' όλο που μερικά είχαν διαφορετικής έντασης σήμα (υψηλής ή χαμηλής) στο κέντρο σε σχέση με την περιφέρεια. Ο Takashima S (1996) εισηγήθηκε το Magnetization Transfer Ratio (MTR) στη διάκριση κακοήθων από καλοήθεις όγκους, συγκεκριμένα της σχέσης MTR μάζας/μυός η οποία φαίνεται μικρότερη στους κακοήθεις όγκους, μεγαλύτερη στους καλοήθεις όγκους και πολύ μεγάλη στο σύνδρομο του Sjogren (κακοήθεις όγκοι 0.41 ± 0.14 ($0.29-0.70$), καλοήθεις όγκοι 0.52 ± 0.24 ($0.29-1.28$), φλεγμονώδεις μάζες 0.56 ± 0.06 ($0.49-0.63$) και το σύνδρομο του Sjogren 0.86 ± 0.41 ($0.40-1.45$). Ο Freling NJM 1992 όμως ερευνώντας με Μαγνητική Τομογραφία 116 παρωτιδικές μάζες, εκ των οποίων 30 κακοήθεις, παρατήρησε ότι το περίγραμμα του όγκου, η δομή του και η ένταση του σήματος δεν είναι σημαντικοί παράγοντες για τη διάκριση της κακοήθειας των όγκων, εισηγείται όμως, όπως και εμείς, σαν σημεία κακοήθειας τη διήθηση από τον όγκο των εν τω βάθει ιστών του παραφαρυγγικού χώρου, των μυών και των οστών. Η διήθηση του υποδορίου λίπους παρατηρείται στους κακοήθεις όγκους αλλά και στις φλεγμονώδεις καταστάσεις. Η Μαγνητική Τομογραφία είναι χρήσιμη στην απεικόνιση των παρωτιδικών όγκων αλλά δεν είναι αξιόπιστη στη διάκριση της ιστοπαθολογίας της βλάβης. Τα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν με τα δικά μας και του Sakai O (1996).

Ο Takashimas S (1991) εισηγείται τη Μαγνητική Τομογραφία για τη μελέτη του συνδρόμου του Sjogren σαν μέθοδο εκλογής. Απεικονίζεται ανομοιογένεια του παρεγχύματος της παρωτίδας "δίκην αλατοπίπερου", στα αρχικά στάδια όμως υπάρχει ομοιογένεια. Χρησιμοποιήθηκε η ακολουθία STIR με καταστολή λίπους και η Αξονική Τομογραφία σε 33

ασθενείς με σύνδρομο του Sjogren και αναλύθηκε η εναπόθεση λίπους στις παρωτίδες και τους υπογνάθιους λεμφαδένες. Κατέληξε δε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει πρώιμη εναπόθεση λίπους στους μεγάλους σιελογόνους αδένες, χαρακτηριστικό του συνδρόμου του Sjogren.

Ο Grevers παρατηρεί ότι στην αμφοτερόπλευρο σιελαδενίτιδα υπάρχει διήθηση των παρωτίδων με ομοιογενή ένταση σήματος στη Μαγνητική Τομογραφία, ενώ στις πυώδεις παρωτίτιδες υπάρχει διόγκωση χωρίς αλλαγή του σήματος έντασης. Επίσης στη χρόνια υποτροπιάζουσα παρωτίτιδα και μετακτινική παρωτίτιδα υπάρχει ανομοιογένεια και αύξηση της έντασης του σήματος στην T2 ακολουθία.

Η χορήγηση ενδοφλέβιας έγχυσης γαδολινίου δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη κατά τον Schlakman B (1993). Όμως ο Joe Vincent (1994) πιστεύει ότι με την ενδοφλέβια έγχυση γαδολινίου μπορούμε να διαφοροδιαγνώσουμε τα αδενολεμφώματα, τις λεμφοεπιθηλιακές κύστεις, τους νεκρωμένους λεμφαδένες και μάζες που δεν ενισχύονται από τις υπόλοιπες παθολογίες στις οποίες υπάρχει ενίσχυση (με σκιαγραφική ουσία). Αν οι μάζες που παρουσιάζουν σκιαγραφική ενίσχυση συνοδεύονται και από διήθηση των μυών και των γειτονικών ιστών θα οφείλονται σε καρκίνωμα ειδικά αν έχουν χαμηλής ή ενδιάμεσης έντασης σήμα στην T2 και περινευρική επέκταση του όγκου με παράλυση του προσωπικού νεύρου. Αν δεν υπάρχουν όλα αυτά τα σημεία και υπάρχει σήμα υψηλής έντασης με ορατή κάψα στην T2 ακολουθία στις μάζες που παρουσιάζουν ενίσχυση, το πιθανότερο είναι να οφείλονται σε πολύμορφα αδενώματα που η διάγνωση ενισχύεται ακόμα περισσότερο αν περιέχουν ασβεστοποιήσεις στην απεικόνιση με Αξονική Τομογραφία. Στη δική μας σειρά, λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών στα οποία έγινε ενδοφλέβια έγχυση Γαδολινίου, δεν μπόρεσε να αξιολογηθεί η χρησιμότητα ή όχι της χορήγησης σκιαγραφικής ουσίας. Όμως φαίνεται να έχουν περίπου τον ίδιο τρόπο πρόσληψης με το ιωδιούχο σκιαγραφικό που χορηγήθηκε στον Αξονικό Τομογράφο όπου και βελτίωσε κατά πολύ τη διαγνωστική αξία της μεθόδου. Τέλος ο Vogl TJ (1990) εισηγείται την ενδοφλέβια έγχυση γαδολινίου για τη διαφορική διάγνωση ινώδους ιστού από τυχόν κακοήγη υποτροπή, όπου η τελευταία ενισχύεται πολύ έντονα.

Η διαφοροδιάγνωση καλοήθειας-κακοήθειας δεν φαίνεται να είναι τόσο απλή. Ιστολογικά καλοήθεις όγκοι έχουν απεικονιστικά σημεία κακοήθειας όπως οι καλοήθεις μικτοί όγκοι (ειδικά μεγάλοι μεγέθους πολύμορφα αδενώματα), ενώ κακοηθέστατοι όγκοι απεικονίζονται με ομαλό περίγραμμα (όπως οι βλεννοεπιδερμοειδείς όγκοι). Τα εσωτερικά χαρακτηριστικά του όγκου δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμα γιατί συχνά υπάρχει η νέκρωση στο κέντρο των ενδοπαρωτιδικών λεμφαδένων (Mancuso AA 1996). Συγχρόνως το αδενολέμφωμα, ένας καθαρά καλοήθης όγκος και το πολύμορφο αδένωμα έχουν συχνά κεντρική κυστική νέκρωση. Η κλινική εικόνα συγχρόνως με την απεικονιστική παρουσία του όγκου μπορεί να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση της ιστοπαθολογίας των όγκων, όπως π.χ. σ' ένα ηλικιωμένο ασθενή με κυστικό όγκο στην ουρά (κάτω πόλο) της παρωτίδας είναι πολύ πιθανό ο όγκος αυτός να οφείλεται σε λεμφαδένωμα, σ' ένα νέο άτομο όμως είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται σε πολύμορφο αδένωμα, επίσης σ' ένα ασθενή με γνωστό καρκίνο του δέρματος το πιο πιθανό είναι να οφείλεται σε μεταστάσεις εντός των ενδοπαρωτιδικών λεμφαδένων. (Mancuso AA 1996)

9.4 Ο Ρόλος της Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας στην απεικόνιση των Παρωτιδικών Μαζών

Η Κλασική Σιελογραφία δεν έχει κανένα ρόλο στο χειρισμό και διάγνωση των παρωτιδικών όγκων (Adnam EJ 1983, Stacey Clear A 1985). **Η Αξονική Σιελογραφία** (Jom PM 1979, Rice DH 1980, Carter BL 1981, Stone DN 1981, Kassel EE 1982, Sone SH

1982, Smith JRC 1987, Hansson LG 1988) έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη των παρωτιδικών όγκων και ειδικά για το διαχωρισμό των εν τω βάθει από τους επιπολείς όγκους από τον Smith JRC (1987), και Conn (1983). Η χρήση υδατοδιαλυτού σκιαγραφικού θεωρείται πιο ασφαλής από τη χρήση λιποδιαλυτού υλικού όπως είναι το Lipiodol. Όμως η απεικονιστική ευκρίνεια είναι ανώτερη με την χρήση του Lipiodol, γι' αυτό στη δική μας σειρά χρησιμοποιήθηκε το Lipiodol χωρίς κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Είναι σημαντικό να αποφευχθεί η εξαγγείωση που συμβαίνει λόγω υπερβολικής πίεσης από την έγχυση εντός του παρωτιδικού πόρου που οδηγεί σε ρήξη των μικρών παρωτιδικών κλάδων με διαφυγή της σκιαγραφικής ουσίας εντός του παρεγχύματος. Η διαφυγή των ιωδιούχων σκευασμάτων, λιποδιαλυτών ή υδατοδιαλυτών ακόμα και μη ιονικών, προκαλεί πάντοτε κάποιο ερεθισμό της παρωτίδας, κάτι που δεν συμβαίνει με τυχόν εξαγγείωση του γαδολινίου. Είναι σημαντικό να σταματά η έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας μόλις ο ασθενής αισθανθεί την παραμικρή πίεση στην περιοχή της παρωτίδας κατά τη διάρκεια της έγχυσης. Η Αξονική Σιελογραφία, παρ' όλη τη χαμηλή ευαισθησία της στην απεικόνιση των μικρών παρωτιδικών όγκων, απεικονίζει τέλεια τον παρωτιδικό πόρο και κλάδους καθώς και τη σχέση τους με τον παρωτιδικό όγκο, στις περιπτώσεις φυσικά που απεικονίζεται ο όγκος.

Ο Hansson LG (1988) πιστεύει ότι η Αξονική Σιελογραφία μπορεί να διακρίνει τους κακοήθεις όγκους στις περιπτώσεις που υπάρχει κατακερματισμός των πόρων με είσοδο του σκιαγραφικού εντός του παρεγχύματος του όγκου και επίσης όταν υπάρχει παρεκτόπιση των κλάδων του παρωτιδικού πόρου με έλλειψη σκιαγράφησης τους, ενώ στους καλοήθεις όγκους έχουμε μόνο απλή καμπυλόγραμμη παρεκτόπιση των πόρων. Αυτό συμφωνεί με τα δικά μας αποτελέσματα, όμως διείσδυση της σκιαγραφικής ουσίας στο παρέγχυμα της μάζας συναντήσαμε στην δική μας σειρά και σε φλεγμονές καθώς και σε καλοήθεις όγκους.

Η Αξονική Σιελογραφία φαίνεται επίσης να έχει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των όγκων της επικουρικής παρωτίδας. Όπως είναι γνωστό ο ζυγωματικός και ο βηκνητικός κλάδος του προσωπικού νεύρου επεκτείνεται πάνω από την επικουρική παρωτίδα. Η σωστή διάγνωση των όγκων της επικουρικής παρωτίδας είναι σημαντική για την αποφυγή τραυματισμού των κλάδων αυτών του προσωπικού νεύρου ή την αποφυγή της δημιουργίας συριγγίου από τραυματισμό του παρωτιδικού πόρου (Horris A 1997) που βρίσκεται ακριβώς κάτωθεν του όγκου. Η Αξονική Τομογραφία κατά τον Guillaumondegui (1975) μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη εκτίμηση του στόχου της ακτινοθεραπείας. Η ευαισθησία της Αξονικής Τομογραφίας στην απεικόνιση των παρωτιδικών όγκων είναι 68,6% και ανεβαίνει στο 92,8% μετά από ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, όμως η ενίσχυση του όγκου με σκιαγραφική ουσία μετά την ενδοφλέβια έγχυση υποχωρεί γρήγορα με αποτέλεσμα η σκιαγραφική ουσία να μην παραμένει αρκετό χρόνο τόσο όσο χρειάζεται για να γίνει η εντόπιση του όγκου για την ακτινοθεραπεία. Στην Αξονική Σιελογραφία όμως, ειδικά αν παραμείνει το σωληνάκι του Rabinov εντός του παρωτιδικού πόρου, το σκιαγραφικό παραμένει όσο χρόνο χρειασθεί για την ακριβή εντόπιση της μάζας. Σ' αυτό το χώρο η Αξονική Σιελογραφία πιστεύουμε να πλεονεκτεί παρ' όλο που έχει λιγότερη ευαισθησία στην εντόπιση των παρωτιδικών όγκων από την Αξονική Τομογραφία με ΕΦ έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Επίσης η Αξονική Σιελογραφία εκτιμά καλύτερα την παραφαρυγγική επέκταση του όγκου σύμφωνα με τον Hansson LG (1988). Η Αξονική Σιελογραφία και η Αξονική Συριγγογραφία σύμφωνα με τον Moon KW (1995) είναι η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση του συγγενούς συριγγίου από έκτοπο επικουρικό παρωτιδικό αδένα (Moon KW 1995).

Η Μαγνητική Σιελογραφία με έγχυση γαδολινίου στον παρωτιδικό πόρο χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη δική μας σειρά σε ασθενείς και από τον Thibault F (1993) σε πτωματική παρωτίδα όπου ο συγγραφέας προσπάθησε να αποδείξει ότι η γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα εντός της παρωτίδας δεν ανήκει στο προσωπικό νεύρο αλλά στον παρωτιδικό πόρο. Ο Thibault δοκίμασε διάφορα διαλύματα (1/100, 1/250, 1/500, 1/1000 0,5 mmol/L) γαδολινίου για να βρεί το ιδανικό διάλυμα των 1/500 για την καλύτερη ενίσχυση του παρωτιδικού πόρου. Όμως η έγχυση διαλυμένου γαδολινίου εντός του παρωτιδικού πόρου δίνει υψηλής έντασης σήμα στην T1 ακολουθία όπως περίπου δίνει και η φυσιολογική παρωτίδα λόγω της λιπώδους υφής της, γεγονός που μειώνει σημαντικά την αντίθεση έντασης σήματος μεταξύ παρωτιδικού πόρου και παρωτίδας. Η έγχυση αδιάλυτου γαδολινίου που χρησιμοποιήθηκε στη δική μας σειρά, έδωσε τη μεγαλύτερη δυνατή διαφορά έντασης σήματος μεταξύ του παρωτιδικού πόρου και του παρεγχύματος της παρωτίδας στην T1 ακολουθία, γιατί μετά την έγχυση η ένταση του σήματος του εντός του παρωτιδικού πόρου μειώθηκε ακόμα περισσότερο ενώ η ένταση του σήματος του παρεγχύματος της παρωτίδας αυξήθηκε. Η ιδανική ποσότητα για να αποφευχθεί η εξαγγείωση του φαρμάκου είναι 0,5-1ml σύμφωνα με τον Thibault, φυσικά αυτό αφορούσε πτωματικά παρασκευάσματα, ενώ στους ασθενείς μας, έγχυση πάνω από 0,5ml προκαλούσε αίσθημα μεγάλης πίεσης εντός της παρωτίδας καθώς και μεγάλη ενίσχυση της έντασης του σήματος του παρεγχύματος της παρωτίδας κάτι που πρέπει να οφείλετο σε ελαφρά εξαγγείωση του γαδολινίου. Φαίνεται ότι μετά την έγχυση του αδιάλυτου γαδολινίου στον παρωτιδικό πόρο, η μικρή φυσιολογική ποσότητα σιέλου εντός του πόρου απωθείται προς τους μικρούς κεντρικούς κλάδους και το παρωτιδικό παρέγχυμα και το μεν αδιάλυτο γαδολίνιο, καταλαμβάνει τον κύριο παρωτιδικό πόρο και κύριους κλάδους χωρίς να αραιώνεται από τη σιέλο, δίνοντας έτσι χαμηλής έντασης σήμα στους πόρους αυτούς ενώ στους πιο μικρούς κεντρικούς κλάδους και παρωτιδικό παρέγχυμα, αυξάνεται η ένταση του σήματος. Αυτό πιθανό να οφείλεται στην αραιώση του γαδολινίου από τη σιέλο καθώς και σε μικρή πιθανή εξαγγείωση του γαδολινίου στον εξωκυτταρικό χώρο. Ο παρωτιδικός πόρος στα φυσιολογικά περιστατικά απεικονίζεται στην απλή T1 ακολουθία σ' ένα 84% των περιστατικών. Αυτό το ποσοστό μειώνεται στα 69% στην παρουσία παρωτιδικών όγκων λόγω πίεσης του πόρου. Χρησιμοποιώντας τον παρωτιδικό πόρο σαν διαχωριστικό επίπεδο, με τη βοήθεια της Μαγνητικής Τομογραφίας μπορεί να διαφοροδιαγνωσθούν οι επιπολείς παρωτιδικοί όγκοι από τους εν τω βάθει, αφού πολλές παλαιότερες μελέτες για το σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν την καμπύλη αυτή γραμμή του παρωτιδικού πόρου σαν διαχωριστικό σημείο, εκλαμβάνοντας την σαν το προσωπικό νεύρο (Teresi LM 1989, Freling NS 1992), με αρκετή επιτυχία, στις περιπτώσεις φυσικά, που κατάφεραν να απεικονίσουν τον παρωτιδικό πόρο.

Με τη βοήθεια της **Αξονικής ή Μαγνητικής Σιελογραφίας** αυξάνουμε το ποσοστό απεικόνισης του παρωτιδικού πόρου στο 100%. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η Μαγνητική Σιελογραφία έχει ευαισθησία 100% όχι μόνο στην απεικόνιση των παρωτιδικών πόρων αλλά και των όγκων το γεγονός αυτό την αξιολογεί σαν την καλύτερη μέθοδο για τη διάγνωση και εντόπιση της παρωτιδικής μάζας. Φυσικά και η Αξονική Σιελογραφία έχει μεγάλη ευαισθησία στην απεικόνιση των παρωτιδικών όγκων, αν και μικρότερη της Μαγνητικής Σιελογραφίας, παρ'όλο που η Αξονική Σιελογραφία φαίνεται να απεικονίζει με μεγαλύτερη ευκρίνεια τους παρωτιδικούς πόρους και κλάδους λόγω της καλύτερης διακριτικής της ικανότητας.

Όσο αφορά τον τρόπο παρεκτόπισης των πόρων από την εν τω βάθει ή επιπολής μάζα, φαίνεται ότι η παρεκτόπιση περιφερικών κλάδων δεν έχει ιδιαίτερη σημασία για το διαχωρισμό αυτό. Το πιο σημαντικό είναι ο τρόπος παρεκτόπισης του κύριου

παρωτιδικού πόρου παρόλο που σ' ένα 76% δεν παρεκτοπίζεται. Σ' αυτά τα περιστατικά χωρίς παρεκτόπιση του πόρου η θέση του όγκου εκτιμάται ανάλογα από την θέση του σε σχέση με τον πόρο, έσωθεν για τους εν τω βάθει όγκους και έξωθεν του πόρου για τους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους. Λογικά οι επιπολείς όγκοι πρέπει να παρεκτοπίζουν τον παρωτιδικό πόρο προς τα έσω και οι εν τω βάθει προς τα έξω. Όμως αυτό φαίνεται να ισχύει για τους όγκους που βρίσκονται ακριβώς πλησίον (κεντρικά ή περιφερικά) του πόρου στην περιοχή της μεσότητας της παρωτίδας, εντόπιση που αποτελούσε μόνο ένα μικρό ποσοστό 10% (14/136) των παρωτιδικών όγκων, καθώς και στον άνω πόλο (που βρίσκεται πολύ πλησίον του παρωτιδικού πόρου), εντόπιση που αποτελούσε ποσοστό 14% (19/136). Η πλειονότητα των παρωτιδικών όγκων εντοπίζετο στον κάτω πόλο (41,9%) (57/136). Το μεγαλύτερο ποσοστό των επιπολείς όγκων του κάτω πόλου δεν παρεκτόπιζαν τον πόρο και ήταν όλοι επιπολείς όγκοι ακόμα κι' αν επεκτεινόταν έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Αυτοί οι όγκοι παρεκτόπιζαν την επιπολής κροταφική αρτηρία και οπίσθια προσωπική φλέβα προς τα έσω ή και πρόσθια. Όγκοι εντοπισμένοι στον εν τω βάθει λοβό του κάτω πόλου της παρωτίδας προκαλούν ελλιπή σκιαγράφιση και ατροφία ή "τεντωμα" των κλάδων του παρωτιδικού πόρου στην περιοχή έσωθεν της γωνίας της, κάτω γνάθου. (Smith JG 1987). Πλάγια παρεκτόπιση των παρωτιδικών πόρων συνοδεύε το 50% των εν τω βάθει όγκων της παρωτίδας στη σειρά του Smith JG (1987) ενώ στην δική μας σειρά όλοι οι όγκοι έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου στον εν τω βάθει λοβό δεν παρεκτόπιζαν καθόλου τον κύριο παρωτιδικό πόρο αλλά μόνο τους μικρούς κλάδους (πλάγια ή μπρόσθια), ορισμένοι όμως παρεκτόπιζαν τα αγγεία (οπίσθια προσωπική φλέβα και επιπολής κροταφική αρτηρία) προς τα έξω.

Το ενδοπαρωτιδικό τμήμα του προσωπικού νεύρου φαίνεται να μην απεικονίζεται με τις μέχρι τώρα διαθέσιμες διαγνωστικές απεικονιστικές μεθόδους. Η χρησιμοποίηση του κύριου παρωτιδικού πόρου σαν διαχωριστικό επίπεδο φαίνεται να βοηθά σ' αυτό το διαχωρισμό. Ο παρωτιδικός πόρος απεικονίζεται σ' ένα μεγάλο ποσοστό στη Μαγνητική Τομογραφία στην T1 ακολουθία (84% στις φυσιολογικές και 69% στις παθολογικές παρωτίδες) και στην υψηλής ευκρίνειας Υπερηχοτομογραφία. Στα περιστατικά που δεν απεικονίζεται, η Αξονική ή Μαγνητική Σιελογραφία μπορούν να βοηθήσουν για το διαχωρισμό των εν τω βάθει από τους επιπολείς όγκους (οι τελευταίοι αποτελούν και την πλειονότητα 80-90% Batsakis 1979). Οι επεμβάσεις για όγκους στον κάτω πόλο (ουρά) της παρωτίδας συνοδεύονται με λιγότερο κίνδυνο τραυματισμού του προσωπικού νεύρου, παρ' όλο που μπορεί να επηρεάσουν τον επιχείλιο, κάτω γναθικό και αυχενικό κλάδο του προσωπικού νεύρου. Γι' αυτό δεν πρέπει να περιγράφεται ο όγκος μόνο σαν εν τω βάθει ή επιπολής αλλά και να τονίζεται και η κεφαλοουραία του σχέση με το προσωπικό νεύρο (παρωτιδικό πόρο). Όγκοι του κάτω πόλου, ακόμα κι αν ευρίσκονται εν μέρει έσωθεν του οβελιαίου επιπέδου του παρωτιδικού πόρου, χρειάζονται μόνο επιπολής παρωτιδεκτομή (Smith S RG 1987) γιατί το προσωπικό νεύρο ευρίσκεται άνωθεν της βλάβης.

Αν χρησιμοποιηθεί το τόξο του Conn που αντιστοιχεί στο προσωπικό νεύρο και σύμφωνα με τον Conn απέχει σταθερά 8,5 χιλ. από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου, οι εν τω βάθει όγκοι πρέπει να ευρίσκονται εντός αυτής της απόστασης εισηγείται ο Smith JG (1987). Όμως ο Hansson LG (1988) πιστεύει ότι αυτό το σημείο αναφοράς δεν βοηθά τους χειρουργούς στη σωστή εντόπιση της παρωτιδικής μάζας. Αυτό συμφωνεί με τα δικά μας συμπεράσματα γιατί πιστεύουμε ότι αυτό το σημείο δεν είναι σταθερό. Από τη μελέτη της φυσιολογικής θέσης του παρωτιδικού πόρου προκύπτει ότι η απόσταση του πόρου μεγαλώνει ανάλογα με το μέγεθος της παρωτίδας και κάτι ανάλογο πιθανό να συμβαίνει με το προσωπικό νεύρο. Δεν υπάρχουν άλλες ανατομικές μελέτες, εκτός από αυτή του Conn, για να αξιολογηθεί αν η ενδοπαρωτιδική πορεία του προσωπικού νεύρου

έχει παρόμοιες διακυμάνσεις. Το πιο πιθανό είναι ότι η απόσταση αυτή θα αλλάζει ανάλογα με το μέγεθος της παρωτίδας, κάτι όμως που χρειάζεται περισσότερες ανατομικές μελέτες για να το αποδείξουν. Παρόλο που η ανατομική θέση του παρωτιδικού πόρου και του προσωπικού νεύρου δεν συμπίπτει, φαίνεται ότι μπορεί ο παρωτιδικός πόρος να χρησιμοποιηθεί σαν διαχωριστικό επίπεδο. Ενώ το προσωπικό νεύρο έχει τις διακλαδώσεις του στο πρόσθιο τμήμα της παρωτίδας και ο παρωτιδικός πόρος στο οπίσθιο, φαίνεται ότι ο κύριος παρωτιδικός πόρος και το προσωπικό νεύρο πριν τις διακλαδώσεις τους συμπίπτουν κάπως ανατομικά στην περιοχή κοντά στην γωνία της κάτω γνάθου εκεί που έγιναν οι μετρήσεις της δικής μας φυσιολογικής σειράς και του Conh. Αυτό φαίνεται να είναι και το πιο σημαντικό ανατομικό σημείο για τον διαχωρισμό των παρωτιδικών όγκων σε επιπολείς και εν τω βάθει.

Από τη δική μας εμπειρία φαίνεται ότι: Η προς τα έσω, πρόσθια, άνω και κάτω παρεκτόπιση του κύριου παρωτιδικού πόρου οφείλεται σε επιπολείς όγκους, ενώ η προς τα έξω σε εν τω βάθει όγκους. Όγκοι του κάτω πόλου της παρωτίδας, ακόμα και με επέκταση έσωθεν του οβελιαίου επιπέδου του παρωτιδικού πόρου και της γωνίας της κάτω γνάθου, κυρίως αν παρεκτοπίζουν τα αγγεία (οπίσθια προσωπική φλέβα και επιπολής κροταφική αρτηρία) έσωθεν η έμπροσθεν είναι επιπολείς όγκοι. Όγκοι στον εν τω βάθει λοβό της παρωτίδας, έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου, μπορεί και να μην παρεκτοπίζουν τον παρωτιδικό πόρο και τα αγγεία ή κάποτε να παρεκτοπίζουν τα αγγεία περιφερικά. Εισδοχή Lipiodol εντός του όγκου, αλλοιώσεις, διακοπή και κατακερματισμός πόρων καθώς και διήθηση γειτονικών ιστών συνοδεύουν κυρίως κακοήθεις όγκους και ενίοτε φλεγμονές.

9.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Υπάρχουν όμως πολλά άλλα ανατομικά σημεία κατά τον Mancuso AA (1996) τα οποία έχουν μεγάλη σημασία για την εντόπιση του προσωπικού νεύρου αρχίζοντας από το **κανάλι του προσωπικού νεύρου, το βελονομαστοειδές τρήμα, το λίπος κάτωθεν του τρήματος, την αύλακα του διγύστορα μυός, το κεντρικό τμήμα του οπίσθιου διγύστορα μυός** το σημείο του **τράγου** όπου τυπικά το προσωπικό νεύρο ευρίσκεται σε απόσταση 10 χιλ. κάτω και 10 χιλ. έσω από αυτό το σημείο, **την επιπολής κροταφική αρτηρία** και την **οπίσθια προσωπική φλέβα**. Το προσωπικό νεύρο ευρίσκεται τυπικά πλάγια από τη φλέβα. Δεν είναι σημαντικό να απεικονισθεί το νεύρο αλλά είναι σημαντικό να εντοπισθούν όλα αυτά τα σημεία κατά τον Mancuso AA (1996). Στη δική μας μελέτη όμως όλα τα άνω σημεία δεν είχαν τόσο σημαντικό ρόλο στην εντόπιση του προσωπικού νεύρου, το πιο σημαντικό ανατομικό σημείο όμως εκτός από τον παρωτιδικό πόρο ήταν η γωνία της κάτω γνάθου και τα δύο αγγεία (η επιπολής κροταφική αρτηρία και η οπίσθια προσωπική φλέβα). Τα αγγεία αυτά παρεκτοπίζοντο προς τα έσω και πρόσθια στους μεγάλους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους του κάτω πόλου, και είχαν μερική προς τα έξω ή καθόλου παρεκτόπιση από τους εν τω βάθει όγκους της παρωτίδας.

Στην μελέτη μας χρησιμοποιήθηκαν περισσότερες από 1 ή 2 διαγνωστικές απεικονιστικές μέθοδοι για την έρευνα των παρωτιδικών μαζών με σκοπό την εκτίμηση της διαγνωστικής τους ικανότητας. Όμως αυτό δεν είναι απαραίτητο για εξετάσεις ρουτίνας και παραθέτουμε, τον Αλγόριθμο 1 για την επιλογή της κατάλληλης απεικονιστικής μεθόδου για την έρευνα της παρωτίδας στηριζόμενοι σε δικές μας (πιν. 8) και άλλες (πίν. 9) εμπειρίες,

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ 1: ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΑΣ

Πρώτη εξέταση: Υπερηχοτομογραφία

Διάχυτη βλάβη
ή φυσιολογική
παρωτίδα

Διάταση πόρου
Λίθος

Όγκος

Ραδιοϊσοτοπική μελέτη

Διαφορική διάγνωση
οξείας-χρόνιας
σιελαδενίτιδας,
ποιοτική ανάλυση
για διαφορική
διάγνωση μεταξύ
φλεγμονών και
αποφρακτικών
ασθενειών,
Διάγνωση σύνδρομο
του Sjogren κλπ

Απουσία
φλεγμονής

Κλασσική Σιελογραφία

Με φλεγμονή
Αξονική Τομογραφία
χωρίς και με ΕΦ έγχυση
σκιαγραφικής ουσίας

Επιπολής,
μικρός, με
σαφή όρια

Μεγάλος,
με
ασαφή
όρια και
εντόπιση

Μαγνητική Σιελογραφία
με τη μέθοδο της
Μαγνητικής Χολαγγειογραφίας
ή
Ραδιοϊσοτοπική μελέτη

Δεν
χρειάζεται
άλλη
μελέτη

Μαγνητ. Τομογρ.

αν η
εντόπιση ή
επέκταση δεν
απεικονίζονται
καθαρά

Αξονική Σιελογραφία

Μαγνητική ή

9.6 Ο Ρόλος της Βιοψίας με λεπτή βελόνα στην έρευνα της παθολογίας της Παρωτίδας

Η **βιοψία** με λεπτή βελόνα είναι ένας άλλος τρόπος για τη διαφοροδιάγνωση καλοήθειας από κακοήθεια. Σε μια σειρά από 40 περιστατικά που έγιναν σε συνεργασία με το Γναθοχειρουργικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας (αλλά δεν αναλύονται στην εργασία μας αυτή) τα αποτελέσματα ήταν αρκετά καλά ως προς τη διαφορική διάγνωση καλοήθειας από κακοήθεια αλλά όχι ικανοποιητικά για τη διαφοροδιάγνωση του είδους του όγκου. Υπάρχουν διάφορες απόψεις για αυτή τη μέθοδο. Ο Αλγόριθμος Νο. 2 αναλύει τις ενδείξεις και αντενδείξεις της μεθόδου. Σε μερικά Ινστιτούτα, η βιοψία με λεπτή βελόνα είναι η πρώτη ένδειξη για την εκτίμηση των παρωτιδικών όγκων, όμως εμείς, καθώς και ο Mancuso AA (1996) πιστεύουμε ότι είναι ένα επιπλέον βήμα στις περισσότερες περιπτώσεις γιατί γνωρίζοντας την ιστοπαθολογία δεν αλλάζει η χειρουργική προσπέλαση. Είναι χρήσιμη για την επιβεβαίωση ενός όγκου του Warthin σε ηλικιωμένους ή υψηλού κινδύνου για γενική αναισθησία ασθενείς, για να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση. Επίσης για την επιβεβαίωση όγκου μεγάλης κακοήθειας, όπου η Μαγνητική ή η Αξονική Τομογραφία απεικονίζουν επέκταση του όγκου πέραν των ορίων που επιτρέπουν χειρουργική εξαίρεση, με απώτερο σκοπό να ενημερωθεί ο ασθενής για τη μεγάλη πιθανότητα τραυματισμού του προσωπικού νεύρου.

9.7 Ο Ρόλος των απεικονιστικών μεθόδων στη περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου

Η έρευνα με Μαγνητική Τομογραφία για την περιφερική παράλυση (Bell palsy) του προσωπικού νεύρου που μπορεί και να οφείλεται σε παρωτιδικό όγκο γίνεται σε 6 εβδομάδες από την έναρξη της παθολογίας γιατί σ' αυτό το διάστημα υποχωρούν τα συμπτώματα σ' ένα 85-90% των περιστατικών. (Mancuso AA 1996) Τα υπόλοιπα χρειάζονται έρευνα. Ο αλγόριθμος 3 υποδεικνύει τις ανατομικές περιοχές έρευνας.

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ 2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ ΜΕ ΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΑ

1. Μάζα καθαρά επιπολής ή κάτω πόλου
2. Προσωπικό νεύρο δεν γειτνιάζει με την μάζα
3. Τα εν τω βάθει όρια του όγκου είναι σαφή
4. Μη σφύζουσα μάζα

1. Μάζα άνω πόλου
2. Προσωπικό νεύρο σε κίνδυνο
3. Ασαφή έσω όρια μάζας
4. Σφύζουσα μάζα

Αξονική ή Μαγνητική Τομογρ.

Ενδοπαρωτιδική εντόπιση
Μή κακοήθης επιπολής

Ενδοπαρωτιδική κακοήθης και ή εν τω βάθει

Εξωγενής

Βιοψία με λεπτή βελόνα

Παρακολούθηση

Διάγνωση

Επιπολής παρωτιδεκτομή

Βιοψία με λεπτή βελόνα

Άλλες απεικονιστικές

μεθόδους

μέθοδοι (Αγγειογραφία)

Ιστοπαθολογική διάγνωση

Ολική Παρωτιδεκτομή

ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ 3: ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ Ή ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ

Τοπογραφική Έρευνα

Στέλεχος
Γεφυροπαρεγκεφαλιδική γωνία
Έσω ακουστικός πόρος

Ενδολιθοειδής
Έξωλιθοειδής πέραν του βελονομαστοειδούς τρήματος

Υψηλής ευκρίνειας Μαγνητική Τομογραφία

Υψηλής Ευκρίνειας Μαγνητική Τομογρ.

για οπίσθιο βόθρο και
λιθοειδές οστούν

λιθοειδούς οστού και
και παρωτίδας

θετικό

αρνητικό

θετικό

αρνητικό

εξέταση παρωτίδας

θετικό

αρνητικό

έρευνα
έξω-ένδο
λιθοειδές οστούν

Παρακολούθηση

Παρακολούθηση

Έρευνα
στελέχους,
γεφυροπα-
ρεγκεφαλι-
δικής γωνίας
και έσω
ακουστικού
πόρου

9.8 Το μέλλον των Διαγνωστικών Απεικονιστικών Μεθόδων στη Διάγνωση των Παρωτιδικών Μαζών

Ο ρόλος της Υπερηχοτομογραφίας σ' αυτό το χώρο θα αναβαθμισθεί με τη βοήθεια της καλύτερης τεχνολογίας και θα προσφέρει μεγαλύτερη ευκρίνεια όσο αφορά την απεικόνιση των παρωτιδικών πόρων και λίθων καθώς και καλύτερη μελέτη των χαρακτηριστικών της μάζας.

Η Αξονική Τομογραφία σίγουρα με τις πιο δυνατές λυχνίες που κατασκευάζονται τώρα και την καλύτερη τεχνολογία θα βελτιώσει και την ευκρίνεια της εικόνας και την έκταση κάλυψης της παθολογίας. Θα μπορεί να λαμβάνονται πολύ λεπτές τομές σε μεγαλύτερη έκταση απο αυτή που καλύπτεται σήμερα με αποτέλεσμα εξετάσεις, όπως η Αξονική Σιελογραφία, να έχουν μεγαλύτερο ρόλο στην τρισδιάστατη τους μορφή, όσον αφορά την απεικόνιση των παρωτιδικών μαζών και την ακριβή θέση τους εντός της παρωτίδας. Ειδικά η αξία του συνδυασμού του Ultrafast Αξονικού με τρισδιάστατη ανασύνθεση της Αξονικής Σιελογραφίας σε όγκους που δεν απεικονίζονται με Μαγνητική Τομογραφία τονίζεται από τον Szolar DH (1996) που πιστεύει στην υπεροχή αυτής της μεθόδου όσο αφορά την ενδοπαρωτιδική εντόπιση του όγκου και την διήθηση των γύρω ιστών. Επίσης η μέθοδος αυτή είναι πολύ ανώτερη της απλής Αξονικής Σιελογραφίας όσο αφορά την ανατομική λεπτομέρεια και τα παθολογικά ευρήματα.

Υψηλής ευκρίνειας μέθοδος της Μαγνητικής Τομογραφίας για καλύτερη διάκριση των ιστών έχει ανακοινωθεί από τον Dialiana Th. (1997), όπου χρησιμοποιώντας μια νέα τεχνική (3DFT-Three dimensional fourier transform gradient echo) υψηλής ευκρίνειας Μαγνητική Τομογραφία, κατάφερε να απεικονίσει το προσωπικό νεύρο ακολουθώντας το από τη θέση της εξόδου του από το βελονομαστοειδές τρήμα μέχρι το σημείο της οπισθίας προσωπικής φλέβας σ' ένα 72% των περιστατικών. Το απεικόνισε σαν μια λεπτή γραμμή με χαμηλής έντασης σήμα μέχρι το σημείο της οπισθίας προσωπικής φλέβας όμως δεν κατάφερε να απεικονίσει την ενδοπαρωτιδική του πορεία. Για την

τεχνική αυτή χρησιμοποίησε καμπύλη ανασύνθεση της εικόνας ακολουθώντας την γραμμή χαμηλής εντασης σήματος εντός της παρωτίδας που θεώρησε ως προσωπικό νεύρο. Αυτή η μέθοδος όμως είχε πολλά artifacts από την ροή των καρωτίδων και δεν έγινε καμιά επιβεβαίωση των ευρημάτων, ούτε με πτωματικό παρασκεύασμα, όπως στη σειρά του Thibault, ούτε με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας στον παρωτιδικό πόρο, όπως στη δική μας μελέτη. Επίσης δεν κατάφερε να απεικονίσει την ενδοπαρωτιδική πορεία του νεύρου που είναι η πιο σημαντική. Από τις απεικονίσεις της μελέτης αυτής, το προσωπικό νεύρο φαίνεται να απεικονίζεται στις περιπτώσεις που περιβάλλεται με λίπος στην περιοχή της εξόδου του από το βελονομαστοειδές τρήμα μέχρι και το σημείο της οπίσθιας προσωπικής φλέβας. Αυτό όμως το σημείο απεικόνισης του προσωπικού νεύρου δεν έχει κλινική σημασία για την εντόπιση των όγκων της παρωτίδας και πιθανόν θα χρειασθούν άλλου είδους τεχνικές από τις υπάρχουσες για να μπορέσουμε να διακρίνουμε το προσωπικό νεύρο εντός του παρωτιδικού παρεγχύματος.

Η μέθοδος της Μαγνητικής Σιελογραφίας που γίνεται χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με την ίδια μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη Μαγνητική Χολαγγειογραφία. (Μακρύ T2 για καταστολή του σήματος των γύρω ιστών και ενίσχυση του σήματος του υγρού εντός των πόρων), φαίνεται να βελτιώνεται συνεχώς. Πρόσφατα μια μελέτη από τον Murakami (1998) περιγράφει νέα τεχνική Μαγνητικής Σιελογραφίας με τη ακολουθία Half Fourier Acquisition Single Shot Turbo Spin-Echo (HASTE). Με τη μέθοδο αυτή απεικονίζεται ο κύριος παρωτιδικός, υπογνάθιος πόρος και κλάδοι στην πλειονότητα των περιστατικών. Το μειονέκτημα της μεθόδου ήταν η φτωχή απεικόνιση των μικρών κλάδων. Η μέθοδος αυτή θα μπορούσε να βελτιωθεί ακόμη περισσότερο με ειδικά επιφανειακά πηνία βελτιωμένης τεχνολογίας σε σημείο που να μπορέσει να αντικαταστήσει την κλασική ή ψηφιακή σιελογραφία ειδικά στα στάδια της οξείας φλεγμονής όπου αντενδείκνυται η έγχυση σκιαγραφικής ουσίας στον πόρο.

10. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο πρώτος σκοπός της εργασίας μας ήταν να υπολογισθεί η ευαισθησία των μεθόδων της Υπερηχοτομογραφίας, Αξονικής Τομογραφίας, Μαγνητικής Τομογραφίας, Αξονικής και Μαγνητικής Σιελογραφίας κατά την απεικόνιση των παρωτιδικών όγκων και στη διαφορική διάγνωση καλοήθων από κακοήθεις όγκους. Ο δεύτερος σκοπός ήταν να ερευνηθεί η πιθανότητα απεικόνισης του προσωπικού νεύρου και του παρωτιδικού πόρου εντός του παρεγχύματος του παρωτιδικού αδένου και η διαφοροδιάγνωση των εν τω βάθει από τους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους σε σχέση με το προσωπικό νεύρο και τον παρωτιδικό πόρο χρησιμοποιώντας τις πιο πάνω απεικονιστικές μεθόδους.

Μέθοδος-Ασθενείς: Ερευνήθηκαν 124 ασθενείς (σύνολο 136 περιστατικά) με υποψία όγκου της παρωτίδας 70 αρρένες και 54 θήλεις, 1-83 ετών (μέση ηλικία 46,9 ετών), 59 περιστατικά με Υπερηχοτομογραφία, 72 με Αξονική Τομογραφία, 83 με Μαγνητική Τομογραφία, 39 με Αξονική Σιελογραφία, 20 με Μαγνητική Σιελογραφία και 14 με Αξονική και Μαγνητική Σιελογραφία. Το μέγεθος της βλάβης ήταν 0,5-8 εκ. (μέσος όρος 2,7 εκ.) Η πιο συχνή εντόπιση των παρωτιδικών όγκων ήταν ο κάτω πόλος της παρωτίδας (42%). Όλα τα περιστατικά υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση με τις ακόλουθες ιστοπαθολογικές διαγνώσεις: 69 καλοήθεις όγκοι (38 πολύμορφα αδενώματα, 22 αδενολεμφώματα, 9 άλλοι καλοήθεις όγκοι) 21 κακοήθεις όγκοι (7 καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου, 3 βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα, 3 αδενοκαρκινώματα, 3 μεταστάσεις, 1 κακώθης λέμφωμα, 1 αδενοκυστικό καρκίνωμα, 1 ραβδομυοσάρκωμα, 1 κακοήθης μικτός όγκος και 1 λευχαιμία), 19 φλεγμονώδεις μάζες, 13 άλλες

παθολογίες και 14 εξωπαρωτιδικές μάζες. Έγιναν επίσης μετρήσεις σε 100 φυσιολογικές παρωτίδες.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η ευαισθησία και η ακρίβεια της Υπερηχοτομογραφίας στην απεικόνιση της ενδοπαρωτιδικής μάζας ήταν 100%, της Αξονικής Τομογραφίας χωρίς ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού 68,6% και με σκιαγραφικό 92,8%, της Μαγνητικής Τομογραφίας με T1 ακολουθία 97,2%, της Αξονικής Σιελογραφίας 89,7% και της Μαγνητικής Σιελογραφίας 100%. Η ειδικότητα όλων των μεθόδων ήταν 100%. Η διαφορική διάγνωση των καλοήθων από τους κακοήθεις όγκους με τη βοήθεια των απεικονιστικών κριτηρίων, όπως ηχογένεια, πυκνότητα, ένταση του σήματος, δομή του παρεγχύματος και περίγραμμα της μάζας, δεν ήταν δυνατή. Όμως η οπίσθια ενίσχυση του ήχου όπως φαίνεται στην Υπερηχοτομογραφία συνόδευε μόνο καλοήθεις όγκους και το λέμφωμα αλλά όχι τους κακοήθεις όγκους. Ανώμαλο περίγραμμα είχαν οι κακοήθεις αλλά και οι μεγάλοι μεγέθους καλοήθεις όγκοι. Η πλειονότητα (92%) όμως των λεμφαδενομάτων είχε ομαλό περίγραμμα και ομοιογενές παρέγχυμα 62%. Εισδοχή του Lipiodol εντός της μάζας, όπως φαίνεται με την Αξονική Σιελογραφία, συνόδευε κυρίως κακοήθεις όγκους και μερικές φορές φλεγμονώδεις μάζες και καλοήθεις όγκους. Η συνοδός λεμφαδενοπάθεια στους ασθενείς άνω των 45 ετών ήταν κακοήθους αιτιολογίας σ' όλα τα περιστατικά σε αντίθεση με τους ασθενείς κάτω των 45 ετών που στην πλειονότητα τους οι παθολογικοί λεμφαδένες ήταν φλεγμονώδους αιτιολογίας. Η διήθηση του υποδορίου λίπους και των γειτονικών μυών χαρακτήριζε μόνο κακοήθεις όγκους παρ' όλο που όμοια ευρήματα συνόδευαν και φλεγμονώδεις καταστάσεις. Η καμπύλη γραμμή χαμηλής έντασης σήματος στην T1 ακολουθία της Μαγνητικής Τομογραφίας απεικονίστηκε στο 84% των φυσιολογικών παρωτίδων και στο 69% των περιστατικών με παρωτιδικό όγκο. Μετά την έγχυση γαδολινίου εντός του παρωτιδικού πόρου (Μαγνητική Τομογραφία) και την Αξονική Σιελογραφία που ακολούθησε αποδείχτηκε ότι αυτή η γραμμή ανήκει στον παρωτιδικό πόρο και όχι στο προσωπικό νεύρο κάτι που επιστεύετο μέχρι σήμερα. Το προσωπικό νεύρο δεν έγινε κατορθωτό να απεικονισθεί με καμία μέθοδο. Χρησιμοποιώντας όμως τον κύριο παρωτιδικό πόρο σαν διαχωριστικό επίπεδο διαχωρίσαμε τους εν τω βάθει από τους επιπολείς παρωτιδικούς όγκους.

Το φυσιολογικό μέγεθος της παρωτίδας (εγκάρσια διάμετρος από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου μέχρι την εξωτερική επιφάνεια της παρωτίδας) ήταν 10-40χιλ. (μέσος όρος 21,1 χιλ. εκ) και η απόσταση του παρωτιδικού πόρου από το οπίσθιο σημείο της γωνίας της κάτω γνάθου δεν ήταν σταθερή αλλά αυξάνετο ανάλογα με το μέγεθος της παρωτίδας από 4-23 χιλ. (μέσος όρος 11,5 χιλ.). Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ενδοπαρωτιδική θέση του προσωπικού νεύρου επίσης πιθανό να έχει παρόμοιες διακυμάνσεις.

11. SUMMARY

The first aim of our study was to estimate the sensitivity of the US, CT, MR imaging, CT Sialography and MR Sialography in the detection of parotid lesions and differentiation of the malignant from the benign masses. The second aim was to explore the possibility of delineation of the facial nerve and the parotid duct within the parotid gland and to differentiate between deep and superficial parotid lesions in relationship to the facial nerve and parotid duct using all the above imaging diagnostic methods.

We examined 124 patients (136 cases) with clinically suspected parotid lesions, 70 males and 54 females, 1-83 years old (mean 46,9 years old). From these, 59 cases underwent US, 72

CT, 82 MR imaging, 39 CT Sialography, 20 MR Sialography and 14 cases underwent CT and MR Sialography. The size of the parotid lesions was 0,5-8 cm (mean 2,7 cm) and their commonest location was the inferior pole (42%).

In addition the normal values of 100 parotid glands were measured. All cases underwent surgery and the histologic diagnosis was obtained: 69 benign lesions (38 pleomorphic adenomas, 22 adenolymphoma, 9 other benign tumors, 21 malignant tumors (7 squamous cell Ca, 3 mucoepidermoid, 3 adenocarcinoma, 3 metastatic deposits, 1 malignant lymphoma, 1 adenocystic Ca, 1 rbdomyosarcoma, 1 malignant mixed tumor and 1 leukaemia), 19 inflammatory masses, 13 other pathologies and 14 extraparotid lesions.

The sensitivity of US in the detection of the parotid lesion was 100%, of CT without IV Contrast injection 68,6% and with contrast 92,8%, of MR T1 weighted imaging 97,2%, of CT Sialography 89,7% and of MR Sialography 100%. The specificity of all methods was 100%

The differentiation of the malignant from the benign lesions using imaging criteria such as echogenicity, density, signal intensity, homogeneity and outline of the mass was not possible. Distal enhancement of the echos on US was shown only with benign lesions and lymphoma but not with malignant tumors. The irregular outline was seen with malignant but also with large benign tumors. The majority of lymphadenomas (92%) however showed well defined outline and in 62% homogenous parenchyma.

Insertions of Lipiodol within the lesions on CT Sialography was demonstrated with malignant but also with inflammatory and benign masses. Associated lymphadenopathy in older than 45 years old patients was malignant in all cases, where in the majority of the younger than 45 years old patients was inflammatory in origin. Infiltration of the subcutaneous fat and regional muscles was seen mainly with malignant tumors, however similar findings were shown also with inflammatory processes. The low intensity curvilinear structures seen on T1 weighted MR images (shown in 84% of the normal and 69% of the cases with parotids tumors) were delineated better after the intraductal gadolinium injection (MR Sialography) and proved to represent parotid ducts on CT Sialography. The facial nerve itself was indistinguishable from the parotid gland in all our imaging methods.

However, using the main parotid duct as a landmark we tried to distinguish the deep from the superficial parotid lesions in relationship to the facial nerve in the cases we delineated both the parotid duct and tumor. The way of displacement of the main parotid duct (but not the parotid duct branches) was helpful in this differentiation. In the 76% of the intraparotid tumors without displacement of the main parotid duct, lesions medially to the parotid duct plane were deep lesions and lesions lateral to the parotid duct were superficial. In the 24% of the intraparotid lesions with displacement of the parotid duct by the lesion, the medial, anterior, posterior, upwards and downwards displacement of the parotid duct was shown with superficial lobe lesions and the lateral displacement with deep lobe lesions.

Deep lesions beyond the mandibular angle were not involving the main parotid duct but were displacing the vessels (retromandibular vein and superficial temporal artery) laterally.

However superficial lesions within the lower pole of the parotid gland inspite their extension beyond the mandibular angle they were not involving the main parotid duct but they displaced the above vessels anteriorly or and medially.

The normal size of the parotid gland was 10-40 mm (measured from the posterior point of the mandibular angle to the outer surface of the parotid gland) (mean 21,1 mm). The distance of the parotid duct from the posterior aspect of the mandibular angle was

4-23 mm (mean 11,5 mm). This distance was increasing according to the size of the parotid gland suggesting the possibility of similar variation of the position of the facial nerve within the parotid gland .

12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ackerman LV, Rosai J: Major and minor salivary glands. Surgical pathology ed, 5, p,515 St . Louis, MO. CV Mosby, 1974
2. Ackerman LV, Rosai J: Major and minor salivary glands. Surgical Pathology ed. 8, 1996
3. Adam EJ., Wilson SA., Corcoran MD. et al. The value of parotid sialography: British Journal of Surgery 70, 108-110 1983
4. Afify SE, Maynard JD: Tumors of the accessory lobe of the parotid gland. Postgrad, Med J. 1992 Jun; 68 (800): 461-2
5. Alufii P, Fonio N, Gandini G, et al: (Doppler-color ultrasonography in the diagnosis of parotid tumors). Acta Otorhinolaryngol Ital. 1997 Feb; 17 (1): 52-7
6. Angelelli G., Favia. G., Macarini-L; et al Echography in the study of sialolithiasis. Radiol. Med. Torino 1990 Mar; 79 (3): 220-3
7. Akiner MN, Saatci MR, Yilmaz O, et al: Intraglandular toxoplasmosis lymphadenitis of the parotid gland. J Laryngol. Otol. 1991 Oct; 105 (10): 860-2
8. Andrews J.C., Abemay or E., Alessi D.M. et al. Parotitis and facial nerve dysfunction . Division of head and neck surgery. 1989: 115: 240-242
9. Arijji E., Moriguchi S., Kuroki T., Kanda S. Computed tomography of maxillofacial infection. Dentomaxillofac-Radiol. 1991 Aug; 20 (3): 147-51
10. Arijji Y., Kimura Y., Hayashi N et al. Power Doppler Sonography of cervical lymph nodes in patient's with head and neck cancer. AJNR Feb. 1998 Vol. 19 N2 303-307
11. Bailey & Love's Short practice of surgery 18 Edition Revised by A J Harding Rains and H David Ritchie, 1981
12. Banks P. Hypersensitivity and drug reactions involving the parotid gland. British Journal of Oral Surgery 5, 60-7, 1967
13. Batsakis JG. Tumors of the head and neck 2nd Edition. Baltimore, Williams & Wilkins Co. 1981
14. Batsakis JG, Regezi JA: The pathology of head and neck tumors: Salivary glands Part 1. Head Neck Surg 1:59, 1978
15. Batsakis JG, Regezi JA, Block D: The pathology of head and neck tumors: Salivary glands, Part 3. Head Neck Surg. 1:260, 1979.

16. Batsakis JG,: Mucoepidermoid and acinous cell carcinomas of salivary tissues. *Ann Otolaryngol* 89:91, 1980
17. Batsakis JG, Brannon RB, Sciubba JJ: Monomorphic adenomas of salivary glands: A histologic study of 96 tumors. *Clin Otolaryngol* 6:129, 1981
18. Batsakis JG, Chinn E, Repola DA: The pathology of head and neck tumors: Salivary glands, Part 2, *Head Neck surg* 1:167, 1978
19. Batsakis JG, Kraemer B, Sciubba JJ: The pathology of the head and neck tumors: The myeloid epithelial cell and its participation in salivary gland neoplasia, Part 17, *Head Neck Surg* 5:222, 1983
20. Batsakis JG, Regezi JA,: Selected controversial lesions of salivary tissues. *Otolaryngol Clin North Am* 10:309, 1977
21. Beahrs O.H., Woolner L.B., Carreth S.V. & Devine K.D. Surgical management of parotid lesions. *American Medical Association Archives of Surgery* 80, 890-904 1960.
22. Beahrs OH, Woolner LB, Kirklin JW, Devine KD: Carcinomatous transformation of mixed tumors of the parotid gland. *Arch Surg* 75:605, 1957
23. Berdal P., Gronas H.E., Mylius E.A. Parotid tumors: clinical and histological aspects. *Acta Otolaryngol* 1979; 263: 160-163
24. Bernier JL, Bhaskar SN: Lymphoepithelial lesions of salivary glands. Histogenesis and classification based on 186 cases. *Cancer* 11:1156, 1958.
25. Bhargava S, Watmough DJ, Chisti FA, et al: Case report: tuberculosis of the parotid gland-diagnosis by CT. *Br J Radiol.* 1996 Dec; 69 (828): 1181-3
26. Bindou M, Brun F, Leroux E, et al: (MRI and CT of parotid diseases in HIV-positive patients) *J Radiol.* 1996 Jul; 77 (7): 483-7
27. Biovklund A, Eneroth CM. Management of parotid gland neoplasms *Am J Otolaryngol.* 1: 155, 1980
28. Blanck JG,: Mucus-producing adenopapillary (nonepidermoid) carcinoma of the parotid glands. *Cancer* 28:676, 1971
29. Bloch K.J., Buchanan W.W., Wohl M.J. & Bunim J.J. Sjogren's syndrome a clinical, pathological and serological study of sixty-two cases. *Medicine* 44, 187-231, 1965.
30. Boat T.F., Cheng P.W., Biochemistry of airway mucus secretions. *Feb Proc* 1980; 39: 3067-3074
31. Bohuslavinski K.H., Brenner E., Tinnemeyer S et al. Quantitative salivary gland scintigraphy derived from 166 normals *Oncol.* 29: 297-305 1995

32. Bourjat P, Veillon F: Current technique for the imaging of the face. J Radiol. 1991 Jun-Jul; 72 (6-7): 355-61
33. Bradley M.J; Ahuja A, Metreweli C. Sonographic evaluation of the parotid ducts: its use in tumour localization. Br.-J- Radiology 1991 Dec; 64(768) 1092-95
34. Bruneton JN, Sicart M, Roux P, et al: Indications for Ultrasonography in parotid pathologies. ROFO 1983; 138:22-24
35. Bosch A, Brandenburg JH, Gilchrist KW: Lymph node metastases in adenoid cystic carcinoma of the submaxillary gland. Cancer 45:2872, 1980
36. Cardillo MR. Salivary gland masses: the diagnostic value of fine-needle aspiration cytology Arch-Anat-Cytol-Pathol. 1990; 38 (1-2): 26-32
37. Carlos A. Perez, Luther W Brandy. Principles and Practice of Radiation Oncology 3rd edition 1998
38. Carter BL, Karmody CS, Blickman JR et al: (1981b) Computed tomography and sialography: II pathology. Journal of Computer Assisted Tomography, 5: 46-53.
39. Casselman JW, Mancuso AA. Major Salivary gland masses comparison of MR Imaging and CT. Radiology 1987; 165:183-189
40. Castro EB, Huvos AG, Strong EW, et al: Tumors of major salivary glands in children. Cancer 29:312, 1972
41. Chapnik JS., Noyek AM., Berris B., et al Parotid gland enlargement in HIV infection: clinical/imaging findings. J-Otolaryngol. 1990 Jun: 19 (3): 189-94
42. Chaphik KN: The controversy of Warthin's tumour. Laryngoscope 1983; 93: 695-716
43. Chikui T, Yonetsu K, Yoshiura K, et al: Imaging findings of lipoma in the orofacial region with CT, US, and MRI. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radio. Endod. 1997 Jul; 84 (1): 88-95
44. Chong GC, Beahrs OH, Chen ML, Hayles AB: Management of parotid gland tumors in infants and children. Mayo Clin Proc 50:279, 1975.
45. Clode AI., Fonseca I., Santos JR., et al Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands: a reappraisal of the influence of tumor differentiation on prognosis. J. Surg. Oncol 1991 Feb; 46 (2): 100-6
46. Colby TV, Dorfman RF: Malignant lymphomas involving the salivary gland. Pathol Annu 14:307, 1979
47. Comeche-Cerveron C, Barona-de-Guzman R, et al: Parotid tuberculosis. Acta Otorrinolaringol Esp. 1995 Sep-Oct; 46 (5): 387-90

48. Conley J, Arena S: Parotid gland as a focus of metastasis. Arch Surg 87:757, 1963
49. Conley J, Meyers E, Cole R: Analysis of 115 patients with tumors of the submandibular gland. Ann Otolaryngol 18:323, 1972
50. Conley J, Haymaker RC Prognosis of malignant tumors of the parotid gland with facial paralysis. Arch Otolaryngol 101: 39, 1975
51. Conn I.G., Wiesenfeld D., Ferguson M.M. The anatomy of the facial nerve in relation to CT Sialography of the parotid gland. British Journal of Radiology. 1983; 56: 901-905
52. Corcione F., Califano L. Treatment of parotid gland tumors Int. Surg. 1990 Jul.-Sept. 75 (3) 171-3
53. Corio RL, Sciubba JJ, Brannon RB, Batsakis JG: Epithelial myoepithelial carcinoma of intercalated duct origin. Oral Surg 53:280, 1982
54. Croce A, Moretti A, Bianchedi M, et al: Carcinoma in ectopic Warthin's tumor: a case study and review of the literature. Acta Otorhinolaryngol Ital. 1996 Dec; 16 (6): 543-9
55. Curran AJ, Malik N, McShane D, et al: Surgical management of lymphangiomas in adults. J Laryngol Otol. 1996 Jun; 110 (6): 586-9
56. Curtin H.P., Wolfe P., Sydermann N. Facial nerve between the stylomastoid foramen and parotid: CT imaging. Radiology 1983; 149: 165-169.
57. Dailiana T., Chakere., Schmalbrock P. et al. High resolution MR of the intraparotid facial nerve and parotid duct. AJNR Am J Neuroradiol. 18: 165-172 Jan. 1997
58. David E., Tunkel. Mark C. Loury et al. Bilateral parotid enlargement in HIV seropositive patients. Laryngoscope 1989; 99: 590-595
59. Dean A, Naval L, Monje-Gil F, et al; Occult tumors of the parotid gland and facial paralysis. A diagnostic problem. Rev, Stomatol, Chir, Maxillofac. 1990; 91(5): 390-4
60. De-Vita S, Lorenzon G, Rossi G et al: Salivary gland echography in primary and secondary Sjogren's syndrome. Clin Exp Rheumatol. 1992 Jul-Aug; 10 (4): 351-6
61. Dietert SE,: Papillary cystadenoma lymphomatosum (Warthin's tumor) in patients in a general hospital over a 24-hour period. Am J Clin Pathol 63:866, 1975
62. Donath K, SeifertG, Schmitz R: Zur Diagnose and Untrastruktur des tubularen Speichelgangcarcinomas. Epithelial-myoepitheliales Schaltstuckcarcinoma. Virchows Arch (Pathol Anat) 356:16, 1972
63. Drossos AA., Penec YL., Elisaf M. et al. Sjogren's syndrome in patients with the CREST variant of progressive systemic scleroderma. J-Rheumatol. 1991 Nov; 18(11): 1685-8
64. Drummond JR, Newton JP, Abel RW: Tomographic measurements of age changes in the human parotid gland. Gerodontology. 1995 Jul; 12 (1): 26-30

65. Du Plessis DJ: The problem of Mikulicz's disease. *A Afr Med J* 32:265, 1958
66. Du Plessis D.J. Parotid enlargement in malnutrition. *South African Medical Journal* 30, 700-3, 1956
67. Elahi MM, Audet N, Rochon L, et al: Intraparotid facial nerve schwannoma. *J Otolaryngol.* 1995 Dec; 24 (6): 364-7
68. Eneroth CM: Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland and the palate region. *Cancer* 27:1415,1971
69. Eneroth CM Facial nerve paralysis A criterion of malignancy in parotid tumors *Arch Otolaryngol* 95: 300, 1972
70. Eneroth CM Salivary gland tumors in the parotid gland submandibular gland and the palate region *Cancer* 27: 1415, 1971
71. Evans RW, Cruickshank AH: *Epithelial Tumors of the Salivary Glands*, Philadelphia, W B Saunders Co 1970
72. Eversole LR: Histogenic classification of salivary tumors. *Arch Pathol* 92:433, 1971
73. Faller M, Purohit A, Kennel N, et al: Systemic sarcoidosis initially presenting as an orbital tumor. *Eur Respir J.* 1995 Mar; 8 (3): 474-6
74. Felix W.K., Chn. Roberk K., Jackler. Anterior epitympahic cholesteatoma with facial paralysis: A characteristic growth patten. *Laryngoscope* 1988; 98:274-279
75. Ferlito A, Baldan M., Andretta M., et al. Implantation of parotid pleomorphic adenoma in the upper neck
ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 1991; 53(3): 165-76
76. Ferlito A, Cattai N: The so-called "benign lymphoepithelial lesion" (Part 1 - explanation of the term and of its synonymous and related terms). *Laryngol Otol* 94:1189, 1980
77. Feyrter F, Zur Frage der Endokrinie des sogenannten Speicheldrusenmischtumors *Dtsch Med. Wochenschr* 86: 335-339, 1961
78. Firat M M, Iyriboz A T, Marsot D K: Echography of the parotid gland. *Ann, Radiol, Paris* 1991; 34(1-2): 118-21
79. Foote FW Jr, Frasel EL: Tumors of the major salivary glands. *Cancer* 6:1065, 1953
80. Fonseca I., Martins AG., Soares J. Epithelial salivary gland tumors of children and adolescents in southern Portugal. A clinicopathologic study of twenty-four cases. *Oral-Surg. Oral Med Oral Pathol.* 1991 Dec: 72 (6): 696-701

81. Franke DK, Ramaswamy G, Tavin E, et al: Poorly differentiated pediatric head and neck neuroblastoma: a diagnostic dilemma (published erratum appears in Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1996 Feb; 34(3): 280)
Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1995 Oct; 33 (2): 103-11
82. Franke H. & Seige K.: Uber Speicheldrusenvergosserungen bei Storungen der innern sekretion. Deutsches Zeitschrift fur Verdauungs-und Stoffrechoelkrankheiten 10, 51-65, 1950
83. Freling NJ, Molenaar WM; Vermey A; et al: Malignant parotid tumors: clinical use of MR imaging and histologic correlation. Radiology, 1992 Dec; 185 (3): 691-696
84. Freeman C, Berg JW, Culter SJ: Occurence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer 29:252, 1972
85. Garland TA, Innes DJ, Fechner RE: Salivary duct carcinoma. Lab Invest 48:28A, 1983
86. George CD, Ng YY, Hall-Griggs MA, et al: Parotid haemangioma in infants: MR imaging at 1.5T. Pediatr. Radiol. 1991; 21 (7): 483-5
87. Gillman J., Gilbert C. & Gillman T. The Bantu salivary gland in chronic malnutrition. South African Journal of Medical Science 12, 99-103, 1947
88. Gnepp DR: Sebaceous neoplasms of salivary gland origin. Pathol Annu 18:71, 1983
89. Goldstein J, Rubin J, Silver C, et al: Radiation therapy as a treatment for benign lymphoepithelial parotid cysts in patients infected with human immunodeficiency virus-1. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1992; 23 (5): 1045-50
90. Gomez L., Luna MA.: Clear cell tumors of the parotid gland. Am J Clin Pathol. 77: 245, 1982
91. Gooding GAW: Gray scale Ultrasound of the parotid gland. AJR 1980; 134: 469-472
92. Goodnight JW, Wang MB, Sercarz JA: Extranodal Rosai-Dorfman disease of the head and neck. Laryngoscope. 1996 Mar; 106 (3 Pt 1): 253-6
93. Grahne B., Lavren C., Holsti LR. Clinical and histological malignancy of adenoid cystic carcinoma, J Laryngol Otol 91: 743, 1977
94. Gray's Anatomy, Williams, Warwick Dyson Bannister 37th Edition 1989
95. Guillamondegui OM, Byers RM, Luna MA et al (1975): Aggressive surgery in treatment for parotid cancer: The role of adjunctive post-operative radiotherapy. AJR, 123: 49-54
96. Hansson L.G., Johansen D.D.S., Biorklund A. CT Sialography and conventional sialography in the evaluatio of parotid gland neoplasms. The journal of laryngology and otology Feb. 1988 Vol. 102. pp 163-168
97. Harrison JD. Ultrastructural observation of calcification in a pleomorphic adenoma of the parotid gland

Ultrastruct pathol. 1991 Mar-April 15 (2): 185-8

98. Healey WV, Perzin KH: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *Cancer* 26:368, 1970.

99. Heertfordt C.F. Uber eine Febris parotidea subchronica an der glandula parotids und der uvea des auges likalisiert und haufig mit Paresen Cerebrospiralen Nerven Kompliziert. *Archiv Fur Ophthalmologie* 70, 254-61, 1909.

100. Howard DR, Bagley C, Batsakis JG: Warthin's tumor. A funtional immunologic study of the lymphoid cell compnent. *Am J Otolaryngol* 3:15, 1982

101. Horii A, Honjo Y, Nose M, et al: Accessory parotid gland tumor: a case report. *Auris Nasus Larynx*. 1997; 24 (1): 105-10

102. Huang RD., Pearlman S., Friedman WH. et al. Benign cystic vs. solid lesions of the parotid gland in HIV patients. *Head-Neck*. 1991 Nov-Dec; 13 (6): 522-7

103. Hung RT, Jindal JR, Clowry LJ, et al: Giant cell carcinoma of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996 Apr; 114 (4): 657-60

104. Hyman GA., Wolf M: Lymphomas of the salivary glands *Am J Clin. Pathol*. 65: 421, 1976

105. Ibid, Part 4. *Head Neck Surg* 1:340, 1979.

106. Isaza M., Ikeozoe J., Morimo S. et al. Computed tomography and Ultrasonography in parotid tumors; *Acta Radiologica* 30 (1989) 11-15

107. JacksonGL, Ballantyne AJ: Role of parotidectomy for skin cancer of the head and neck. *Am J Surg* 142:464, 1981

108. Izumi M, Eguchi K, Nakamura H, et al: Premature fat deposition in the salivary glands associated with Sjogren syndrome: MR and CT evidence. *AJNR Am. J Neuroradiol*. 1997 May; 18(5): 951-8

109. Jani A, Coulson M: Kimura's disease. A typical case of a rare disorder. *West J Med*. 1997 Feb; 166(2): 142-4

110. Jayaraj SM, Levine T, Frosh AC, et al: Ancient schwannoma masquerading as parotid pleomorphic adenoma. *J Laryngol Otol*. 1997 Nov; 111 (11): 1088-90

111. Joe Vincent Q., Wertesson Per Lennart. Tumors of the parotid gland. MR imaging characteristics of various Histologic types *AJR* 163 Aug. 94 433-438

112. Johns ME, Regine JA, Batsakis JG: Oncocytic neoplasms of salivary glands: An ultrastructural study. *Laryngoscope* 87:862, 1977.

113. Jones AO, Lam AH, Martin HC: Acinic cell carcinoma of the parotid in children. *Australas. Radiol*. 1997 Feb; 41 (1): 44-8

114. Jones RL, Chavda SV, Pahor AL: Parapharyngeal abscess secondary to an external auditory meatus foreign body. *J Laryngol Otol.* 1997 Nov; 111 (11): 1086-7
115. Kahn JL, Bourjat P: The peripharyngeal space. Anatomy and normal imaging. *J Radiol.* 1996 Feb; 77 (2): 87-97
116. Καρακάσης Λ.Θ. Μαθήματα Οδοντογναθικής Χειρουργικής Μέρος Γ' 1986
117. Kairemo K.J., Hopsu EV. Imaging of tumours in the parotid region with indium -111 labelled monoclonal antibody reacting with carcinoembryonic antigen. *Acta-Oncol.* 1990; 29 (4) : 539-43
118. Karlan MS, Snyder WH: Salivary gland tumors and sialadenitis in children. *Calif Med* 108:423, 1968.
119. Kashima H.K. Kirkham W.R. & Andrews J.R.: Postirradiation sialadenitis: A study of the clinical features, histopathologic changes and serum enzyme variations following irradiation of human salivary glands. *American Journal of Roentgenology. Radium Therapy and Nuclear Medicine* 94, 271-91, 1965.
120. Kassel EE, (1982b): CT sialography, II parotid masses. *Journal of Otolaryngology, Supplement* 12.
121. Katzen M: Recurrent parotitis in children. *Suid-Afrikaanse Tydskrit vir Chirurgie* 7, 37-42, 1969.
122. Kaufman SC, Stout AP: Tumors of the major salivary glands in children. *Cancer* 16:1317, 1963
123. Kawamura H; Taniguchi N; Itoh K. et al. Salivary gland echography in patients with Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 1990 April. 33(4): 505-10
124. Kerr P.D., Dort J.C. Primary extramedullary plasmocystoma of the salivary glands. *J.Laryngol. Otol.* 1991 Avg.; 105 (8): 687-92
125. Kessler A, Strauss S, Eviatar E, et al: Ultrasonography of an infected parotid gland in an elderly patient: detection of sialolithiasis during the acute attack. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1995 Sep; 104 (9 Pt 1): 736-7
126. Kirkali Z, Koyuncuoglu M, Pabuccuoglu U, et al: Prostatic carcinoma presenting with painless parotid mass. *Urology.* 1995 Sep; 46 (3): 406-7
127. Kirshenbaum KJ, Nadimpalli SR, Friedman M et al: Benign lymphoepithelial parotid tumors in AIDS patients: CT and MR findings in nine cases. *AJNR.* 1991 Mar-Apr; 12 (2): 271-4
128. Klonowski S., Smajkiewicz L., Semczuk B. et al. Use of computerized tomography in topographic diagnosis of salivary gland tumors. *Otolaryngol-Pol.* 1991; 45 (5): 327-32

129. Korp W. (1953) Uber die sogenannte parotischypertrophie. Medizinische Klinik 48, 1325-9, 1953.
130. Krief O., Gomori JM., Gay I. CT of pneumoparotitis Comput-Med-Imaging- Graph. 1992 Jan-Feb; 16(1): 39-41
131. Krolls SO, Trodahl JN, Boyers RC: Salivary gland lesions in children. A survey of 430 cases. Cancer 30:459, 1972.
132. Leegaard T, Lindeman H, Salivary gland tumors: Clinical picture and treatment Acta Otolaryngol 263: 155, 1970
133. Lim WE, Tan NG, Tan KP: Radiological features in a patient with Kimura's disease. Singapore Med J. 1997 Mar; 38 (3): 125-8
134. Lippert BM, Werner JA, Schluter E, et al: Mucoepidermoid cancer of the larynx. Case report and review of the literature. Laryngorhinootologie. 1992 Oct; 71 (10): 495-9
135. Levitt SH., McHugh R.B., Lomez Marino; Clinical staging system for cancer of the salivary gland A retrospective study Cancer 57 2712, 1981
136. LiVolsi C, Perzin KH: Malignant mixed tumor arising in salivary glands. Cancer 39:2209, 1977
137. Lloyd GAS, Phelps P.D. Demonstration of tumors of the parapharyngeal space by magnetic resonance imaging. Br. J Radiol. 1986; 59: 675-683
138. Lufkin RB. responds . Radiology 1993; 188, 705
139. Lufkin R., Teresi L., Wortham D et al. Magnetic resonance imaging of the facial nerve. Normal anatomy and pathology. Acta Radiol. Suppl. Stockh. 1986; 369: 212-4
140. Main J.A.P., Orr J.A., McGurk F.M., McComb R.J. & Mock D (1976) Salivary gland tumours: review of 643 cases. Journal of Oral pathology 5, 88-102, 1976
141. Mancuso AA: Salivary glands in: Som PM Syllabus: a special course in head and neck . Radiology RSNA 1996, 59-64
142. Mandelblatt SM, Braum IF, Davis PC: Parotid Masses: MR Imaging. Radiology 1987; 163:411-414
143. Mandel ID, Barr CE, Turgeon L. Longitudinal study of parotid saliva in HIV-1 infection. J Oral Pathol Med. 1992 May; 21 (5): 209-13
144. Mandel L, Hamele-Bena D: Alcoholic parotid sialadenosis. J Am Dent Assoc. 1997 Oct; 128 (10): 1411-5
145. Martin N., Sterkers O., Mompont D. et al. Facial nerve neuromas: MR imaging Report of four cases. Neuroradiology. 1992; 34(1): 62-7

146. Μανωλίδης Λ.Σ. Επίτομη Ωτορινολαρυγγολογία Παθήσεις ωτών - ρινός- λάρυγγος κεφαλής και τραχήλου Εκδοση 8η 1983
147. Masserelli G, Tanda F, Fois V, Oppia L: Hemangiopericytoma of the parotid gland, Report of a case and review of the literature. *Virchows Arch (Pathol Anat)* 386:81, 1980
148. Matsuba HM, Thawley SE, Devineni VR et al: High-grade malignancies of the parotid gland: Effective use of planned combined surgery and irradiation. *Laryngoscope* 95: 1059, 1985
149. McClatchey KD, Appelblatt NH, Langin JL: Carcinoma in papillary cystadenoma lymphomatosum, *Laryngoscope* 98:98, 1982
150. McGuirt WF, Keyes JW Jr, Greven KM: et al: Preoperative identification of benign versus malignant parotid masses: a comparative study including positron emission tomography. *Laryngoscope*. 1995 Jun; 105 (6): 579-84
151. McIlarth D.C., ReMine W.A. Devine K.D., et al. Tumors of the parapharyngeal region. *Surg. Gynecol. Obstet* 1963; 116: 88-94
152. Michael D., Finfer., Roger A. et al. Cystic parotid lesion in patients at Risk for the AIDS. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1988; 114: 1290-1294
153. Michael L. Adenoid cystic carcinoma In: Michaels L ed. *Ear, nose and throat histopathology*. Heidelberg: Springer-Verlag 1987 183-185
154. Mighell AJ, Stassen LF, Soames JV: Sebaceous carcinoma of the parotid gland (published erratum appears in *Dentomaxillofac Radiol* 1996 Jun; 25(3):167)
155. Minami M., Tanioka H., Oyama K. Warthin Tumor of the parotid gland . MR Pathologic correlation
AJNR 14: 209-214 Jan./Feb. 1993
156. Moberger JG, Eneroth CM: Malignant mixed tumors of the major salivary glands; special reference to the histologic structure in metastasis. *Cancer* 21:1198, 1968
157. Moon WK, Han MH, Kim IO, et al: Congenital fistula from ectopic accessory parotid gland: diagnosis with CT sialography and CT fistulography. *AJNR Am Neuroradiol*. 1995 Apr; 16 (4 Suppl): 997-9
158. Morgan M, Bennet M, Wilson JA: Gavernous lymphangioma in the adult parotid. *J Laryngol. Otol*. 1997 Jun; 111 (6): 590-1
159. Moore J.R. *Surgery of the mouth and jaws* Blackwell Scientific Publications 1985
160. Morgan WS, Castleman B: A clinicopathologic study of "Mikulicz's disease". *Am J Pathol* 29:471, 1953
161. Moss WT: The salivary glands. In Cox JD, ed: *Moss Radiation oncology: Rationale, Technique, Results* ed 7, pp 121-131. St. Louis, MO, Mosby-Year Book 1994

162. Moutsopoulos HM: Sjogren's syndrome (sicca syndrome): Current issues. *Ann Intern Med* 92:212, 1980
163. Murakami R, Baba Y, Nishimuro R: MR Sialography using half-fourier acquisition single-shot turbo spin-echo (HASTE) sequences. *AJNR* 19: 959-961 May 1998
164. Murray ME, Buckenham TM, Joseph AE: The role of ultrasound in screening patient's referred for sialography: a possible protocol. *Clin Otolaryngol.* 1996 Feb; 21 (1): 21-3
165. Myssionek D., Alvi A., Bhuiya T. Primary salivary gland ankyloidosis causing sicca syndrome. *Ann-Otol- Rithmol- Laryngol.* 1992 Jun. 101(6): 487 -90
166. Nagao K, Matsuzaki T, Saiga H et al: Histopathologic studies of basal cell adenoma of the parotid gland. *Cancer* 50:736, 1982
167. Nagao K, Matsuzaki T, Saigatt et al: Histopathologic studies of undifferentiated carcinoma of the parotid gland. *Cancer* 50:1572, 1982
168. Nichols RD, Pinnock LA, Szymanowski RT: Metastasis to parotid nodes. *Laryngoscope* 90:1324, 1980
169. Nishioka T, Shirato H, Arimoto T, et al: Reduction of radiation-induced xerostomia in nasopharyngeal carcinoma using CT simulation with laser patient marking and three-field irradiation technique. *Int J Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1997 Jul 1; 38 (4): 705-12
170. Nordkvist A, Edstrom S, Mark J, et al: Multiple unrelated chromosome abnormalities in a metastatic mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland. *Cancer- Genet- Cytogenet.* 1992 Jul 15; 61 (2): 158-61
171. Nusem-Horowitz S, Wolf M, Coret A, et al: Acute suppurative parotitis and parotid abscess in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1995 May; 32 (2): 123-7
172. Nussbaum M, Tan S, Som ML: Hemangiomas of the salivary glands. *Laryngoscope* 86:1015, 1976
173. Ohyachi N: Ultrasonic study on tissues of parotid tumors--measurement of attenuation of ultrasound within tumors in vivo. *Nippon-Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 1992 Aug; 95(8): 1247-60
174. Oliveira P., Fonseca I., Soares J. Acinic cell carcinoma of the salivary glands. A long term follow-up study of 15 cases. *Eur.-J-Surg-Oncol.* 1992 Feb; 18(1): 7-15
175. Oujilal A, El-Amine-El-Alami M, Jazouli N, et al: Hemangiopericytoma with parotid localization. Apropos of a case. *Ann Otolaryngol Chri Cervicofac.* 1995; 112 (7):350-2
176. Pedersen D, Overgaard J, Sogaard H, et al: Malignant parotid tumors in 110 consecutive patients: treatment results and prognosis. *Laryngoscope.* 1992 Sep; 102 (9): 1064-9
177. Peel RL, Greep DR: Disease of the salivary glands. In Barnes L, ed. *Surgical pathology of the head and neck.* Vol I. New York; Marcel Dekker. 1985; 533-645

178. Perzin KH, Gullane P, Clairmont AC: Adenoid cystic carcinomas arising in salivary glands. *Cancer* 42:265, 1978
179. Perzin KH, LiVolsi VA: Acinic cell carcinoma arising in ectopic salivary gland tissue. *Cancer* 45:967, 1980
180. Perzin KH, LiVolsi VA: Acinic cell carcinomas arising in salivary glands. A clinicopathologic study. *Cancer* 44:1434, 1979
181. Priolo GD, Pappalardo S, Garufi A, et al: Magnetic resonance in the study of the facial nerve: methodological approach and normal anatomy. *Radiol Med Torino*. 1992 Jun; 83 (6): 706-12
182. Pumar JM, Martinez CP, Martinez M, et al: The use of computed tomography in assessing parotid masses. *Acta, Otorrinolaringol Esp*. 1991 May-Jun; 42 (3): 157-9
183. Rabinov CR, Alavi S, Canalis RF, et al: Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland involving the osseous external auditory canal. With a note on the foramen of Huschke. *Ann Otol. Rhinol Laryngol*. 1997 Jul; 106 (7 Pt 1): 589-93
184. Ramanathan RC, Thomas JM: Infantile (desmoid-type) fibromatosis of the parotid gland. *J Laryngol. Otol*. 1997 Jul; 111 (7): 669-70
185. Rankow RM, Mignogna F: Cancer of the sublingual salivary gland. *Am J Surg* 118:790, 1969
186. Rea N, Gentile A, Picarelli P, et al: Warthin's tumor. Description of 2 cases. *Ann Ital Chir*. 1996 Jul-Aug; 67(4): 537-47; discussion 547-8
187. Redondo C, Garcia A, Vazquez F: malignant lymphoepithelial lesion of the parotid gland. *Cancer* 48:289, 1981
188. Regezi J.A. Batsakis J.G. Histogenesis of salivary gland neoplasms *Otolaryngol Clin. North Am*. 10: 300 1977
189. Rees R, Maples M, Lynch JB, Rosenfeld L: Malignant secondary parotid tumors. *South Med J* 74:1050, 1981
190. Rice DH, Mancuso AA, Hanafee WN: (1980) Computerized tomography with simultaneous sialography in evaluating parotid tumors. *Archives of Otolaryngology*. 106: 472-473
191. Rigler R.G. & Scanlon P W: Radiation parotitis from radioactive iodine therapy. *Proceedings of the staff Meetings at the Mayo clinic* 30, 149-53, 1955
192. Rinast E, Gmelin E, Hollands TB: Imaging diagnosis of parotid diseases--a comparison of methods. *Laryngorhinootologie*. 1990 Sep; 69 (9): 460-3

193. Rosen IB McHenry CR, Bedard YC: Surgical treatment in non-neoplastic parotid disease: indications and results. *Can J Surg.* 1992 Oct; 35 (5): 560-4
194. Ryu JW, Lee MC, Myong NH, et al: Lipoma of the parotid gland. *J Korean Med Sci.* 1996 Dec; 11 (6): 522-5
195. Sancipriano JA, Santa-Cruz S, Blanco P, et al: (Bilateral Warthin tumors. Case report and review of literature) *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1996 Mar-Apr; 47 (2):157-9
196. Sakai O, Nakashima N, Takata Y, et al: Acinic Cell carcinoma of the parotid glands:CT and MRI. *Neuroradiology* 1996 Oct; 38 (7): 675-9
197. Schuller D.E. McCabe B.F. Salivary gland neoplasms in children *Otolaryngol Clin North Am.* 10: 399, 1977
198. Sharp PF, Gemmel H.G., Smith F.W. *Practical Nuclear medicine* Oxford University press 1989
199. Schlakman B., Yousem., D.M. MR of intraparotid masses. *AJNR* 14: 1173-1180 Sept./Oct. 1993
200. Sciubba JJ, Brannon RB: Myoepithelioma of salivary glands. *Cancer* 49:562, 1982
201. Sigal R., Monnet O., Thierry De Baere et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: Evaluation with MR Imaging and clinical Pathologic Correlation in 27 Patients *Radiology* 1992; 184: 95-101
202. Silvers AR, Som PM, Brandwein M: Epithelial-myoepithelial carcinoma of the parotid gland. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1996 Mar; 17(3): 560-2
203. Sjogren (1933) Zur Kenntnis der keratoconjunctivitis Sicca *Acta Ophthalmologica* (Suppl. 2) 11, 1-151, 1933
204. Sjogren H Keratoconjunctivitis sicca and the sicca syndrome. Some actual problems. *Transactions of the Ophthalmological Society of Australia* 11, 27-38, 1951
205. Skolnik EM, Friedman M, Becker S et al: Tumors of the major salivary glands. *Laryngoscope* 87:834, 1977
206. Smith RG, King WK, Tagn ERM. et al: Differentiating Tumors of the Deep and Superficial lobes of the Parotid gland by computed Tomography. *Clin Radiology* 1987; 38: 345-349
207. Som PM, Biller HF: The combined CT Sialogram. *Radiology* 1980; 135: 387-390
208. Som PM, Biller HF: The combined CT Sialogram: a technique to differentiate deep lobe parotid tumors from extraparotid pharyngomaxillary space tumors *Ann Otolaryngol* 1979; 88:590-595

209. Som PM, Biller HF. Kimura disease involving parotid gland and cervical nodes: CT and MR findings. *J-Comput-Assist-Tomogr.* 1992 Mar-Apr; 16 (2) : 320-2
210. Som PM, Biller HF: High Grade Malignancies of the parotid gland: Identification with MR Imaging. *Radiology* 1989; 173: 823-826
211. Som P.M., Biller H.F., Lawson W., Sacher M, et al. Parapharyngeal spaces masses: an updated protocol based upon 104 cases. *Radiology* 1984; 153: 149-156
212. Som PM, Brandwein MS, Silvers A: Nodal inclusion cysts of the parotid gland and parapharyngeal space: a discussion of lymphoepithelial, AIDS-related, and branchial cysts, cystic Warthin's tumors, and cysts in Sjogren's syndrome. *Laryngoscope.* 1995 Oct; 105 (10): 1122-8
213. Som P.M., Braun I.F., Shapiro M.D. et al Tumors of the parapharyngeal space and upper neck: MR imaging characteristics. *Radiology* 1987; 164: 823-829
214. Som P.M., Hugh F., Biller: High grade malignancy of the parotid gland. Identification with MR imaging
215. Som P.M., Sacher M., Stollman A.L. et al. Common tumors of the parapharyngeal space: Refined imaging diagnosis *Radiology* 1988; 19; 81-85
216. Som PM, Shugar JMA, Sacher M, et al: Benign and malignant parotid pleomorphic adenomas: CT and MR studies. *J Comput Assist Tomogr* 1988; 12: 65-69.
217. Sone S, Higashihara T, Morimoto S et al: (1982) CT of parotid tumors. *AJNR* 3: 143-147
218. Spencer J, Mason A, Denton K; Ossifying parotid carcinoma ex pleomorphic adenoma: CT findings. *J Comput, Assist, Tomogr.* 1991 May-Jun; 15 (3): 516-8
219. Spiro IJ., Wang CC. Montgomery MW.: Carcinoma of the parotid gland: Analysis of treatment results and patterns of failure after combined surgery and radiation therapy. *Cancer* 71: 2699-2705 1993
220. Spiro R. H. Huvos A.G. Strong E W Cancer of the parotid gland . A clinicopathologic study of 288 primary cases *Am. J. Surg.* 130: 452, 1975
221. Spiro RH, Huvos AG, Berk R, et al: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 367 cases. *Am J Surg* 136:301, 1978
222. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW: Acinic cell carcinoma of salivary origin. A clinicopathologic study of 67 cases. *Cancer* 41:924, 1978
223. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW: Adenoid cystic carcinoma of salivary origin. A clinicopathologic study of 242 cases. *Am J Surg* 128:512, 1974
224. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW: Malignant mixed tumor of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 146 cases. *Cancer* 39:388, 1977

225. Stacey Clear A., Evans R., Kissin M.W., Kark A.E. et al. Sialography does not alter the management of parotid space occupying lesion. *Clinical Radiology* 36, 389-390 1985
226. Stanley W Conthard MD Clinical evaluation of tumors of the salivary glands
Comprehensive Management of head and neck tumors
Stanly E Thawley MD William R, Ranse 1987
227. Stebner F.C. Eyler W.R., Du Saalt L.A. & Block M.A.: Identification of Warthin's tumour by scanning of salivary glands. *American journal of Surgery* 116, 513-17, 1968
228. Stevenson GF, Hazard JB: Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *Cleve Clin Q* 20:445, 1953
229. Stone DN, Mancuso A, Rice D, et al: Parotid CT Sialography. *Radiology* 1980; 138: 393-397
230. Swartz JD, Rothman MI, Marlowe FI, et at: MR imaging of parotid mass lesions: attempts at histopathologic differentiation. *J Comput Assist Tomogr* 1989; 13: 789-796
231. Sykes AJ, Logue JP, Stevin NJ Gupta NK: An analysis of radiotherapy in the management of 104 patients with parotid carcinoma. *Clin Oncol.* 7: 16-20, 1995
232. Szolar DH, Groell R, Braun H, et al: Ultrafast computed tomography and three-dimensional image processing of CT sialography in patients with parotid masses poorly defined by magnetic resonance imaging. *Acta Otolaryngol Stockh.* 1996 Jan; 116(1): 112-8
233. Takasmima, Sowe Sh., Maryyama Y. et al. Magnetization Transfer Analysis of Parotid lesions. *RSNA* 1996
234. Takahashi M, Fujita T Adachi T, et al: (Unilateral multiple tumorous lesions of the parotid gland. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 1997 Sep; 100 (9): 946-51
235. Takahashi M, Kumai M, Kamito T, et al: Clinico-pathological findings of recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Nippon, Jibiinkoka, Gakkai, Kaiho.* 1991 Apr; 94 (4): 489-94
236. Takahashi S, Ueda J, Furukawa T, et al: Kimura disease: CT and MR findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1996 Feb; 17 (2): 382-5
237. Takashima S, Takeuchi N, Morimoto S, et al: MR imaging of Sjogren syndrome correlation with sialography and pathology. *J Comput, Assist, Tomogr.* 1991 May-Jun; 15 (3): 393-400
238. Taylor BW. Jr. Brant TA., Mendenhall N.P. et al. Carcinoma of the skin metastatic to parotid area lymph nodes. *Head-Neck.* 1991 Sep.-Oct; 13 (5): 427-33
239. Teresi LM, Lufkin RB, Wortham DG, et al: Parotid masses: MRI Imaging. *Radiology* 1987-1988; 163: 405-409

240. Thackaray AC, Lucas RB: Tumors of the Major Salivary Glands. Atlas of Tumor Pathology. Series 2. Fasc 10. Washington, DC, Armed Forces Institute of Pathology, 1975
241. Thomson J.A., McCrossan J. & Mason D.K.: Salivary gland enlargement in acromegaly. *Clinical Endocrinology* 3, 1-4, 1974
242. Tom BM, Rao VM, Guglielmo F; Imaging of the parapharyngeal space: anatomy and pathology. *Crit, Rev, Diagn, Imaging.* 1991 31 (3-4): 315-56
243. Traxler M, Hajek P, Solar P, et al: Magnetic resonance in lesions of the parotid gland. *Int, J, Oral, Maxillofac Surg.* 1991 Jun; 20 (3): 170-4
244. Traxler M, Hajek P, Solar P, et al: Magnetic resonance in lesions of the parotid gland. *Int, J Oral, Maxillofac Surg.* 1991 Jun; 20 (3): 170-4
245. Trappe M, Marsot Dupuch K., Le Roux C. Study of salivary glands in 1990 *Ann. Radiol. Paris* 1991 34 (1-2): 98-109
246. Tribault F, Halim Ph, Beln N, et al: Internal Architecture of the parotid gland at MR Imaging: Facial nerve or Ductal system? *Radiology* 1993; 188: 701-704
247. Tubbs RR, Sheibani KS, Weiss RA et al: Immunohistochemistry of Warthin's tumor. *Am J Clin Pathol* 74: 795, 1980
248. Turnbull AD, Frazell EL: Multiple tumors of the major salivary glands. *Am J Surg* 118:787, 1969
249. Uslu SS, Inal E, Ataoglu O, et al: Pleomorphic adenoma of an unusual size in the deep lobe of the parotid gland. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1995 Oct; 33 (2): 163-9
250. Vogl T.J., Dresel S.H.J., Spath M. et al. Parotid gland: Plain and Gadolinium enhanced MR Imaging, *Radiology* 1990; 177:667-674
251. Watts SJ, Turner NO, San-Juan J, et al: Facial paralysis caused by a lymphoepithelial cyst located in the parotid gland. *J Laryngol Otol.* 1996 Aug; 110(8): 799-801
252. Weitzner S: Plexiform neurofibroma of the major salivary glands in children. *Oral Surg* 50:53, 1980
253. Welch K: Presalivary glands. In Mustard WT, Ravitch MM, Synder WH Jr, et al: *Pediatric Surgery.* 2nd ed. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1969
254. Wenig BM, Hitchcock CL, Ellis GL, et al: Metastasizing mixed tumor of salivary glands. A clinicopathologic and flow cytometric analysis. *Am J Surg. Pathol.* 1992 Sep; 16(9): 845-58
255. Whyte AM, Byrne JV: A comparison of Computer Tomography and Ultrasound in the Assessment of Parotid masses. *Clin. Radiology* 1987; 38: 339-343
256. Wittich GR, Scheible WF, Hajek PC: Ultrasonography of the Salivary glands. *Radiol. Clin. North. Am.* 1985; 23:29-37

257. Work W.P. Hybels R.L. A study of tumors of the parapharyngeal space. Laryngoscope 1974; 84: 1748-1754

257. Yarrington CT: Metastatic malignant disease to the parotid gland. Laryngoscope 91:517, 1981

258. Yoshizaki T, Maruyama Y, Motoi I, et al: Clinical evaluation of extracorporeal shock wave lithotripsy for salivary stones. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1996 Jan; 105 (1): 63-7

259. Zuazua JS, de-la-Fuente AM, Rodriguez JC, et al: Obstructive sialadenitis caused by intraparotid deposits of gold salts: a case report. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1996 Jun; 81 (6): 649-51

13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

13.1 ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.

Ταξινόμηση ασθενών κατά φύλο, ηλικία, μέθοδο απεικόνισης, τοπογραφία και μέγεθος βλάβης, συνοδό λεμφαδενοπάθεια και ιστοπαθολογικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 2.

Φυσιολογικές μετρήσεις μεγέθους παρωτίδας και απόστασης παρωτιδικού πόρου από το οπίσθιο τμήμα της γωνίας της κάτω γνάθου.

Πίνακας 3.

Οι ίδιες μετρήσεις του Πίνακα 2 κατά ηλικία.

Πίνακας 4.

Υπερηχοτομογραφία παρωτιδικών μαζών - ευρήματα.

Πίνακας 5.

Αξονική Τομογραφία παρωτιδικών μαζών - ευρήματα.

Πίνακας 6.

Μαγνητική Τομογραφία παρωτιδικών μαζών - ευρήματα.

Πίνακας 7.

Σιαλογραφία (Αξονική - Μαγνητική) παρωτιδικών μαζών - ευρήματα.

Πίνακας 8.

Συγκριτική αξιολόγηση της διαγνωστικής ευαισθησίας, ειδικότητας και ακρίβειας 6 διαφορετικών διαγνωστικών μεθόδων στην εντόπιση των παρωτιδικών μαζών.

Πίνακας 9.

Αποτελέσματα άλλων ερευνητικών εργασιών όσο αφορά την ικανότητα εντόπισης των παρωτιδικών μαζών.

13.2 ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Εγκάρσια διατομή της κεφαλής (στο επίπεδο της παρωτίδας).
2. Σιελογόνοι αδένες.
3. Σχέση παρωτίδας με παρακείμενα αγγεία και μύες.
4. Παρωτίδα - πρόσθια έσω επιφάνεια.
5. Παρωτίδα - οπίσθια έσω επιφάνεια.
6. Προσωπικό νεύρο και οι περιφερικοί κλάδοι του τριδύμου νεύρου.
7. Περιοχή εξόδου προσωπικού νεύρου.
8. Παθολογική Σιελογραφία.
9. Αρχιτεκτονική των σιελογόνων αδένων.
10. Σχεδιάγραμμα για μετρήσεις φυσιολογικής παρωτίδας.

13.3 ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ

1. Κατανομή αριθμού ασθενών με παρωτιδικές μάζες σε συνάρτηση με την ηλικία και το φύλο.
2. Κατανομή παθήσεων της παρωτίδας.
3. Τοπογραφική κατανομή όλων των δεξιών παρωτιδικών μαζών.
4. Τοπογραφική κατανομή όλων των αριστερών παρωτιδικών μαζών.
5. Τοπογραφική κατανομή των μονήρων παρωτιδικών μαζών.
6. Υπερηχοτομογραφική μελέτη 25 πολύμορφων αδενωμάτων.
7. Υπερηχοτομογραφική μελέτη 13 αδενολεμφωμάτων.
8. Υπερηχοτομογραφική μελέτη 7 κακοήθων όγκων.
9. Μελέτη πυκνότητας παρωτιδικών μαζών με αξονικό τομογράφο.

13.4 ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ

1. Επιλογή απεικονιστικής μεθόδου για έρευνα της παθολογίας της παρωτίδας

2. Ενδείξεις βιοψίας της παρωτιδικής μάζας με λεπτή βελόνα
3. Έρευνα με Μαγνητική ή Αξονική Τομογραφία των ασθενών με περιφερική παράλυση του προσωπικού νεύρου.

13.5 ΕΙΚΟΝΕΣ

1. (α+β) Μαγνητική Τομογραφία - Φυσιολογική επικουρική παρωτίδα.
2. (α+β) Οβελιαίες τομές Μαγνητικής Τομογραφίας στην περιοχή της κροταφογναθικής άρθρωσης.
3. Στεφανιαία τομή λιθοειδούς όστου (Αξονική Τομογραφία).
4. Χειρουργικό παρασκεύασμα όγκου παρωτίδας.
5. (α+β) Φυσιολογική Αξονική Σιελογραφία.
- 6-10. Υπερηχοτομογραφία. Πολύμορφου αδένωμα.
11. Υπερηχοτομογραφία. Αδενολέμφωμα.
12. Υπερηχοτομογραφία - Διόγκωση εξωπαρωτιδικού λεμφαδένα από τοξοπλάσμωση.
13. Υπερηχοτομογραφία. Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένου.
14. Υπερηχοτομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με κεντρικό απόστημα.
15. Υπερηχοτομογραφία. Αδενοκυστικό καρκίνωμα.
16. (α+β) Υπερηχοτομογραφία. Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου.
17. (α+β) Υπερηχοτομογραφία. Διάταση του παρωτιδικού πόρου.
- 18+19. Αξονική Τομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με σκιαγραφική ενίσχυση.
20. Αξονική Τομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση.
21. Αξονική Τομογραφία. Ενδοπαρωτιδικές μεταστάσεις από καρκίνο της γλώσσας.
22. (α+β) Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία - Χρόνια σιελαδενίτιδα.
23. Αξονική Τομογραφία. Αιμαγγείωμα της δεξιάς τραχηλικής χώρας.
24. (α+β) Μαγνητική Τομογραφία T1 + T2 ακολουθία. Πολύμορφο αδένωμα.
25. Μαγνητική Τομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με διαφορετικής έντασης σήμα στην περιφέρεια.

26. Μαγνητική Τομογραφία. Παρωτιδικοί πόροι.
27. Μαγνητική Τομογραφία, Αξονική και Κλασική Σιελογραφία. Διάταση των παρωτιδικών πόρων απο στένωση φλεγμονώδους αιτιολογίας.
28. Μαγνητική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα.
29. Μαγνητική Σιελογραφία. Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.
- 30-32. Σύγκριση Μαγνητικής - Αξονικής Τομογραφίας.
33. Αξονική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα άνω πόλου παρωτίδας.
34. Αξονική Σιελογραφία. Αδενολέμφωμα του κάτω πόλου της παρωτίδας με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου.
35. Αξονική Σιελογραφία. Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας.
36. Μαγνητική Σιελογραφία. Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένου.
37. Μαγνητική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με μετατόπιση του πόρου προς τα κάτω.
38. Μαγνητική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με προς τα έσω παρεκτόπιση του παρωτιδικού πόρου.
- 39-40. Αξονική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα με προς τα έξω παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων του παρωτιδικού πόρου.
41. Αξονική Σιελογραφία. Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου με προς τα έσω παρεκτόπιση των περιφερικών κλάδων του παρωτιδικού πόρου.
42. Μαγνητική Τομογραφία και Αξονική Σιελογραφία. Πολύμορφο αδένωμα εντός του μασητήρα μυός.
43. Αξονική Τομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα επικουρικής παρωτίδας
44. Αξονική Σιελογραφία, Μαγνητική Σιελογραφία και Μαγνητική Τομογραφία - Καρκίνος εκ πλακώδους επιθηλίου με συρίγγιο δεξιάς παρωτίδας.
45. Αξονική Τομογραφία. Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένου με διήθηση του υποδορίου λίπους
46. Αξονική Σιελογραφία. Φλεγμονή ενδοπαρωτιδικού αδένου με διήθηση του υποδορίου λίπους.
47. Αξονική Σιελογραφία. Απεικόνιση προσωπικού νεύρου;
48. Μαγνητική Σιελογραφία με την μέθοδο της Μαγνητικής Σιελογραφίας.

49. Μαγνητική Τομογραφία. Λίπωμα.
50. Αξονική Τομογραφία λιπώματος.
51. Μαγνητική Τομογραφία. Αιμαγγείωμα παρωτίδας.
52. Μαγνητική Τομογραφία. Αιμαγγείωμα παρωτίδας και γύρω ιστών.
53. Μαγνητική Τομογραφία. Αδενοκυστικό καρκίνωμα.
54. Μαγνητική Τομογραφία. Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα δεξιάς παρωτίδας.
55. Μαγνητική Τομογραφία. Υποτροπή αδenoκαρκινώματος με μεταστάσεις στο βραγχιακό πλέγμα.
56. Αξονική Τομογραφία. Κακοήθης μικτός όγκος του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας.
57. Μαγνητική Τομογραφία. Ραβδομυοσάρκωμα του εν τω βάθει λοβού της παρωτίδας.
58. Μαγνητική Τομογραφία. Λευχαιμία της παρωτίδας και λεμφαδένων.
- 59-60. Μαγνητική Τομογραφία. Όγκος του κάτω λοβού της παρωτίδας με επέκταση έσωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου.
61. Μαγνητική Τομογραφία. Σύνδρομο του Sjogren.
62. Μαγνητική Τομογραφία. Μετακτινική παρωτίτιδα.
63. Μαγνητική Τομογραφία. Μύξωμα δεξιάς κάτω γνάθου.
64. Μαγνητική Τομογραφία. Μετατραυματικός ψευδοανεύρυσμα δεξιάς έσω παρωτίδας.
65. Αξονική Τομογραφία με ΕΦ έγχυση σκιαγραφικού. Αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία
66. Μαγνητική Τομογραφία. Πολύμορφο αδένωμα σταφυλής.
67. Μαγνητική Τομογραφία. Αντιδραστική λεμφαδενίτιδα.
68. Μαγνητική Τομογραφία. Λεμφαδενοπάθεια από κακοήθες μελάνωμα.
69. Διάφορες απεικονιστικές μέθοδοι. Απόστημα εντός πολύμορφου αδενώματος.

13.6 ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

Αρ. :	Αριθμός
Ασθ.:	Ασθενής
ΑΣ.:	Σιελογραφία με Αξονική Τομογραφία
ΑΤ.:	Αξονική Τομογραφία
ΓΔ.:	Με ενδοφλέβια έγχυση Γαδολίνιου
Γραφ. Παρ.:	Γραφική Παράσταση
Εικ.:	Εικόνα
Εκ.:	Εκατοστά
Ηλ.:	Ηλικία
Λ.:	Συνοδεύουσα Λεμφαδενοπάθεια
Μεγ.:	Μέγεθος
ΣΜΣ.:	Σιελογραφία με Μαγνητικό Συντονισμό
ΜΣ.:	Μαγνητικός Συντονισμός
Πιν.:	Πίνακας
Πρ.:	Ακολουθία Πρωτονίων
+Σ.:	Μαζί με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού
Σχ.:	Σχήμα
Τοπ.:	Τοποθεσία
Τ1.:	Τ1 ακολουθία
Τ2.:	Τ2 ακολουθία
Υχ.:	Υπερηχοτομογραφία
Φυλ.:	Φύλο