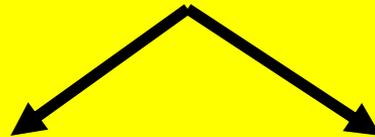


# **TUMORI DELLE GHIANDOLE SALIVARI**

# TUMORI DELLE GHIANDOLE SALIVARI

- Più frequenti nella ghiandola parotide (60%)
- Larga frequenza dei Tumori Misti o Adenomi Pleomorfi  
Nel loro contesto troviamo: tessuti mesenchimali ( mixoide, condroide, mucoide), tessuti epiteliali solitamente con aspetto adenomatoso (dotti, tubuli, acini), da qui il termine “tumore misto”
- Difficile la classificazione istologica universalmente accettata



## ASPETTI ANATOMO CLINICI

- “Natura del tumore”

## ASPETTI TOPOGRAFICI

- Approccio diagnostico
- Terapia



**TUMORI ghiandole  
salivari**

**80%  
PAROTIDE**

**15%  
SOTTOMANDIBOLARE**

**5%  
SOTTOLINGUALE**

**80%  
BENIGNE**

**50%  
BENIGNE**

**20%  
BENIGNE**

## TUMORI BENIGNI

- Adenoma Pleomorfo
- Cistoadenolinfoma ( Tumore di Warthin )
  - Oncocitoma
- Adenoma Monomorfo
- Lesioni Linfoepiteliali

## -TUMORI MALIGNI

- Carcinoma Mucoepidermoide
- Carcinoma Adenoidocistico
  - Adenocarcinoma
- Carcinoma a cellule acinose
  - Tumori maligni misti

(Carcinoma ex adenoma pleomorfo, Carcinosarcoma, Tumori metastatici...)

# NOSTRA CASISTICA

<b>Histologic Type</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No.cases with Neck Nodes</b>	<b>No. (%) of 5-Year Survival</b>
<b>Mucoepiderm. Ca.</b>	<b>26</b>	<b>19,4</b>	<b>2</b>	<b>22 ( 84,6)</b>
<b>Acinic cell Ca.</b>	<b>17</b>	<b>12,7</b>	<b>3</b>	<b>14 (82,3)</b>
<b>Adenoyd cystic Ca.</b>	<b>35</b>	<b>26,1</b>	<b>1</b>	<b>27 (77,1)</b>
<b>Malign. mixed Ca.</b>	<b>9</b>	<b>6,7</b>	<b>2</b>	<b>6 (66,7)</b>
<b>Adenocarcinoma</b>	<b>21</b>	<b>15,7</b>	<b>11</b>	<b>9 (42,9)</b>
<b>Squamous cell Ca.</b>	<b>19</b>	<b>14,2</b>	<b>10</b>	<b>7 (36,8)</b>
<b>Anaplastic Ca.</b>	<b>7</b>	<b>5,2</b>	<b>1</b>	<b>2 (28,6)</b>

# ADENOMA PLEOMORFO



## ADENOMA PLEOMORFO

- 70% dei tumori della parotide ( F:M = 4:1 )
- Tumore epiteliale benigno, origina dalle cellule mioepiteliali
- Più frequenti nella parotide (60%)
- Misti o a prevalenza di una componente
  - Nel loro contesto troviamo: tessuti mesenchimali ( mixoide, condroide, mucoide), tessuti epiteliali solitamente con aspetto adenomatoso (dotti, tubuli, acini), da qui il termine “tumore misto”
- Possibile origine multicentrica
- Accrescimento lento, raggiungono ampie dimensioni
- Consistenza: dura nelle parti condro-fibromatose, cistica nelle aree mixomatose
- MAI SPREMERLO → possibile disseminazione

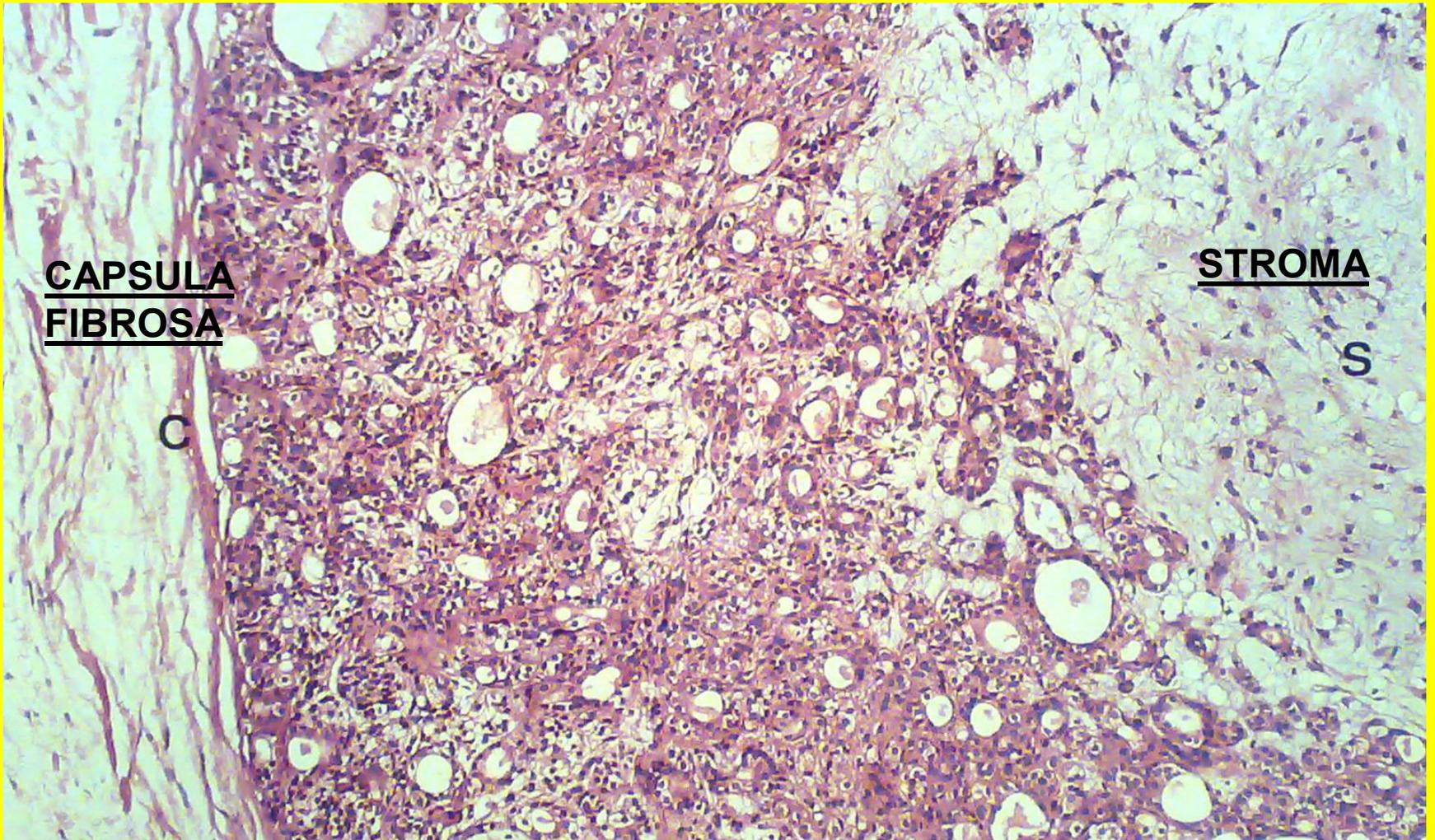
Se formato esclusivamente dalla componente epiteliale ghiandolare, si parla di ADENOMA MONOMORFO (il più frequente è l'Adenoma a cell. Basali , tipico dell'anziano)

- Capsulato, ma con protrusioni (setti) tumorali che spiegano le recidive se non trattato con chirurgia radicale.
- Raramente la componente epiteliale (dopo molti anni) può subire una degenerazione carcinomatosa
- Segni di cancerizzazione: paralisi del faciale, fistolizzazione, cute infiltrata, aumento rapido di volume della neoplasia.

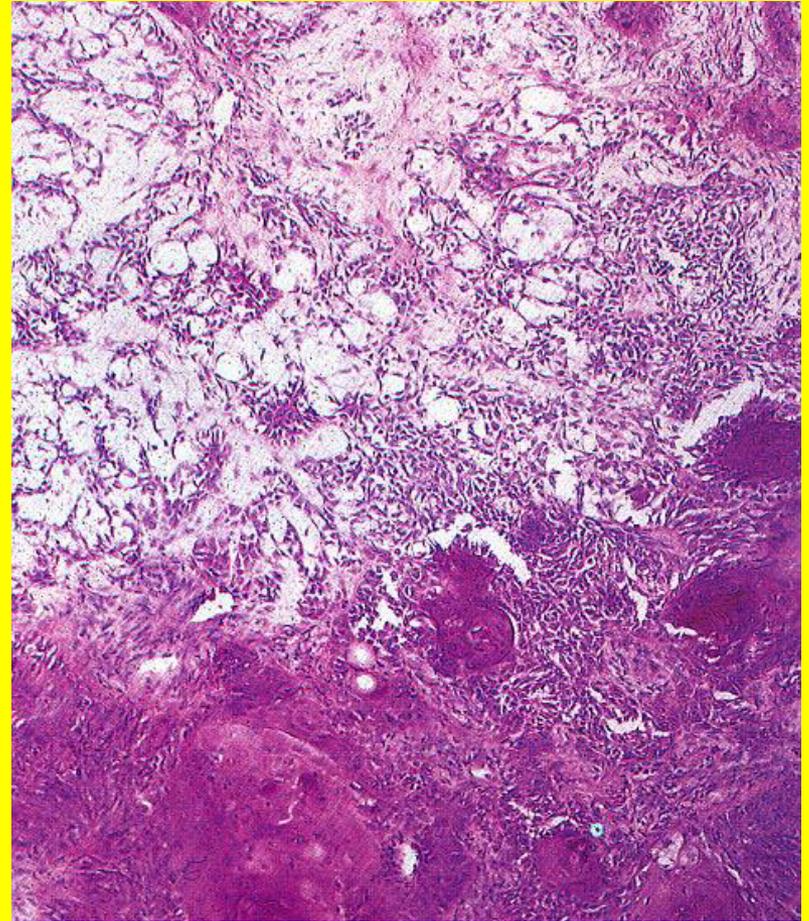
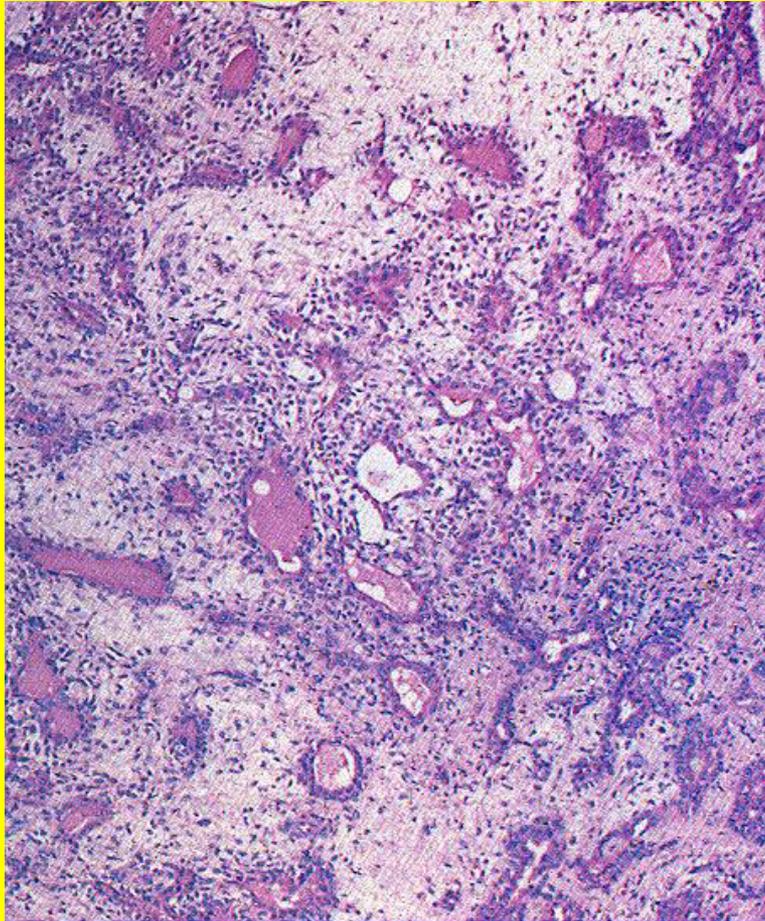
### Terapia:

- NO alla semplice enucleazione
- Parotidectomia TOTALE con conservazione del faciale
- Se origina dal lobo parotideo profondo, può medializzare la tonsilla omolaterale → tumore “a clessidra”

# ADENOMA PLEOMORFO

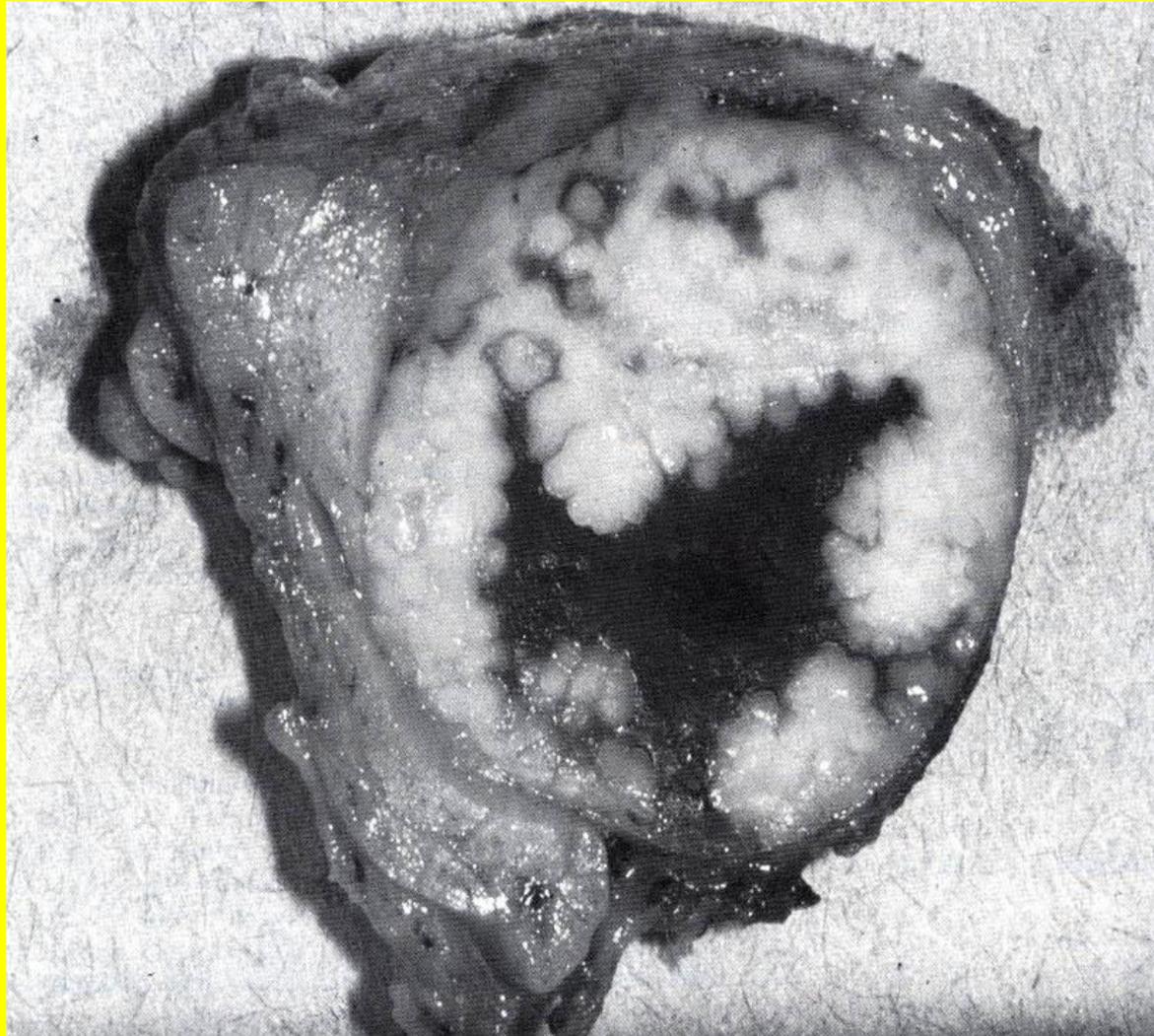


# ADENOMA PLEOMORFO



# CISTOADENOLINFOMA

(Tumore di Warthin)



# CISTOADENOLINFOMA

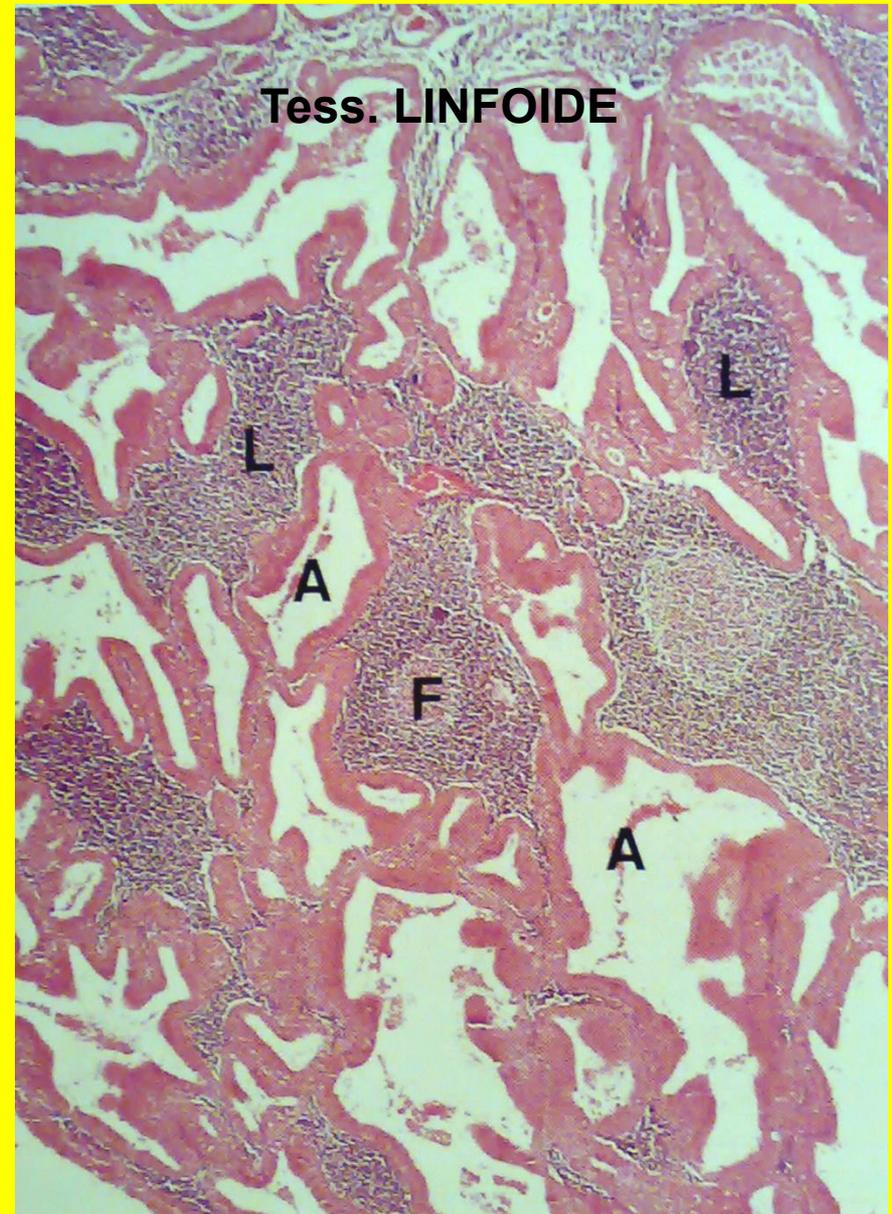
## (Tumore di Warthin)

- Tumore Benigno, il più frequente dopo l'adenoma pleomorfo
- Quasi esclusivo della parotide ( M:F = 5:1 )
- Tessuto linfo-epiteliale, capsulato, spesso superficiale e palpabile
- Può essere multifocale, bilaterale e di ampie dimensioni
- Organizzato in spazi cistici, rivestiti da un doppio strato di cell. epiteliali immerse nello stroma linfoide che contiene centri germinativi
- Le cell. epiteliali hanno un aspetto oncocitario ( molti mitocondri, citoplasma eosinofilo e ricco di granuli), tra queste troviamo cell. mucosecernenti
- Consistenza parenchimatosa se prevale la componente linfoadenomatosa, teso-elastica se prevale la componente cistica
- Unico con adenopatia satellite per componente flogistica
- Accrescimento lento anche se più veloce dell'adenoma pleomorfo
- Terapia: chirurgica, enucleazione o parotidectomia totale.

# CISTOADENOLINFOMA

**A: ACINI  
GHIANDOLARI**

**F : FOLLICOLI  
LINFATICI**



## ALTRI ADENOMI

- RARI
- Più frequenti nella parotide - Misti o a prevalenza di una componente  
Nel loro contesto troviamo: tessuti mesenchimali (mixoide, condroide, mucoide), tessuti epiteliali solitamente con aspetto adenomatoso (dotti, tubuli, acini), da qui il termine “tumore misto”
- Frequenza uguale nei due sessi

Classificazione difficile

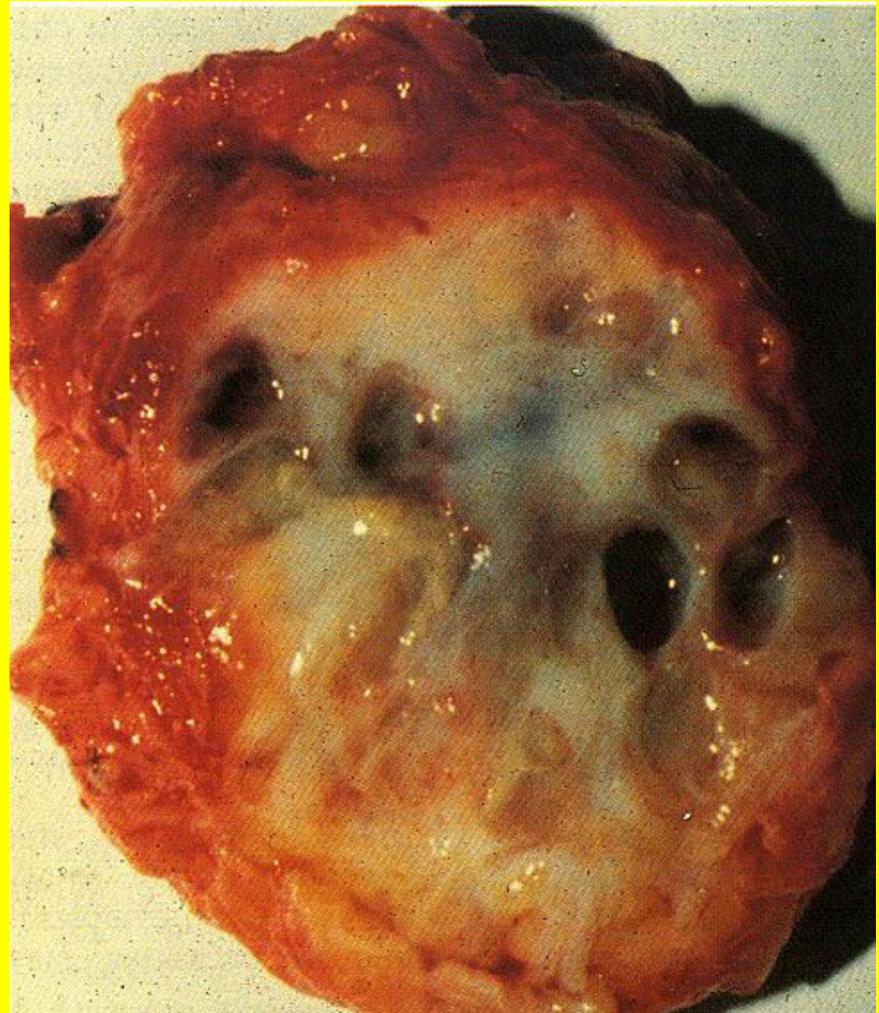


Popolazione cellulare dominante

Architettura normale

# CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

- Tumore solido con spazi cistici
- Solitamente ben circoscritto, parzialmente capsulato o non capsulato



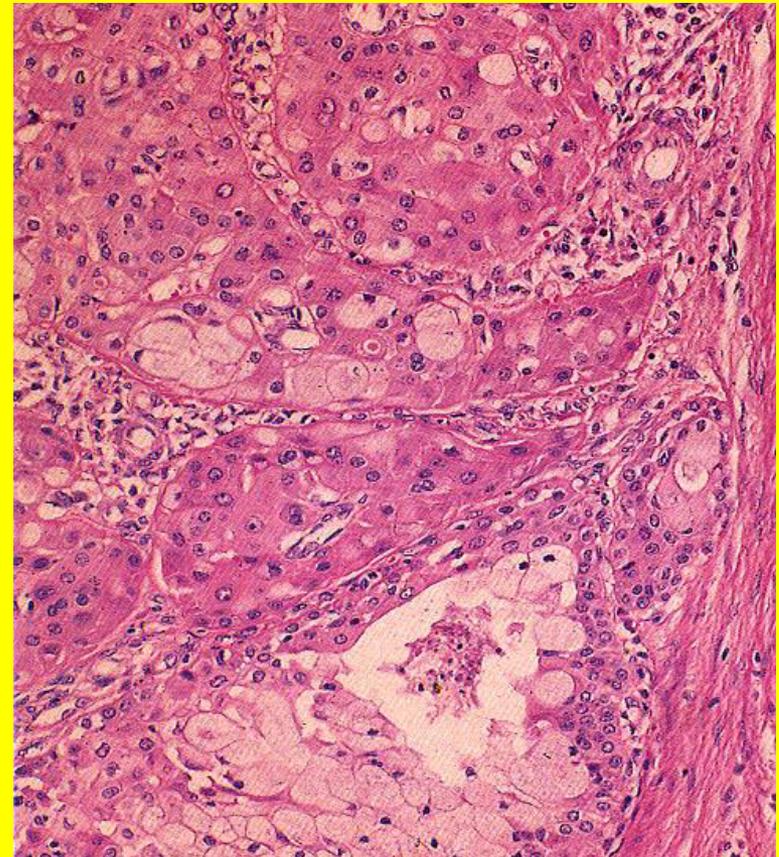
## CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

- Tumore epit. maligno, prevalente nella Parotide, ma anche nelle gh.salivari minori
- Il più comune dei K delle gh.salivari, è correlato alle Radiazioni
- Raggiunge grandi dimensioni, non capsulato, infiltrante
- Organizzato in piccole cisti a contenuto mucoide
- Istologicamente aspetto a cordoni o spazi cistici formati da cell squamose, mucose o intermedie
- In base alle caratteristiche citologiche, i K mucoepidermoidi si suddividono in basso grado (cell mucosecarnenti arrangiate in strutture ghiandolari)
- intermedio
- Ad alto grado di malignità (cell squamose e solo alcune cell mucosecarnenti)
- Metastasi ai lfn del collo
- Terapia: parotidectomia totale

# CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE

## Histology—Low-grade

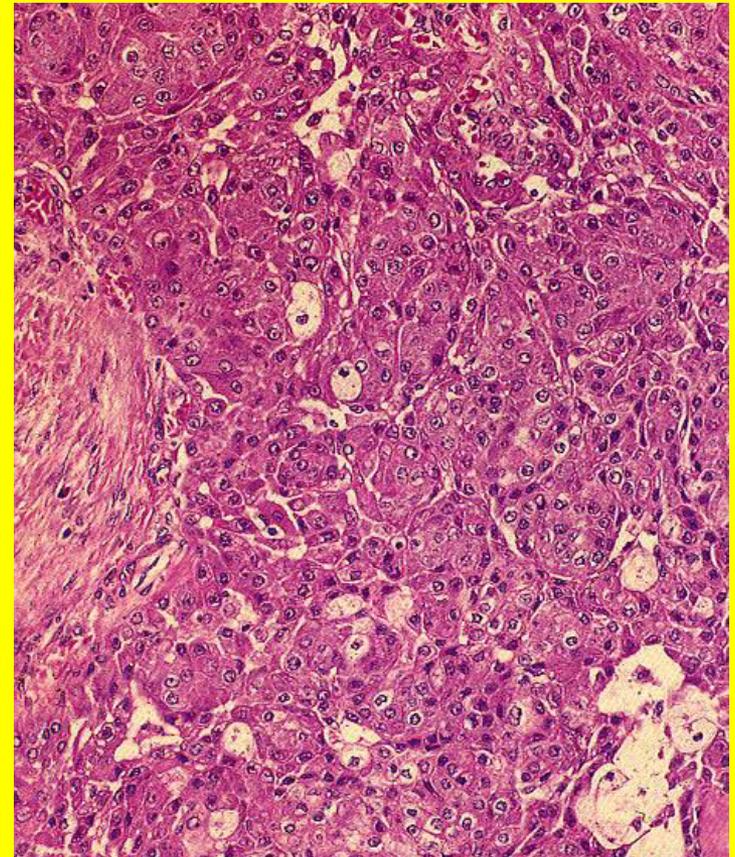
- Mucus cell > epidermoid cells
- Prominent cysts
- Mature cellular elements



# CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

Histology—Intermediate-grade

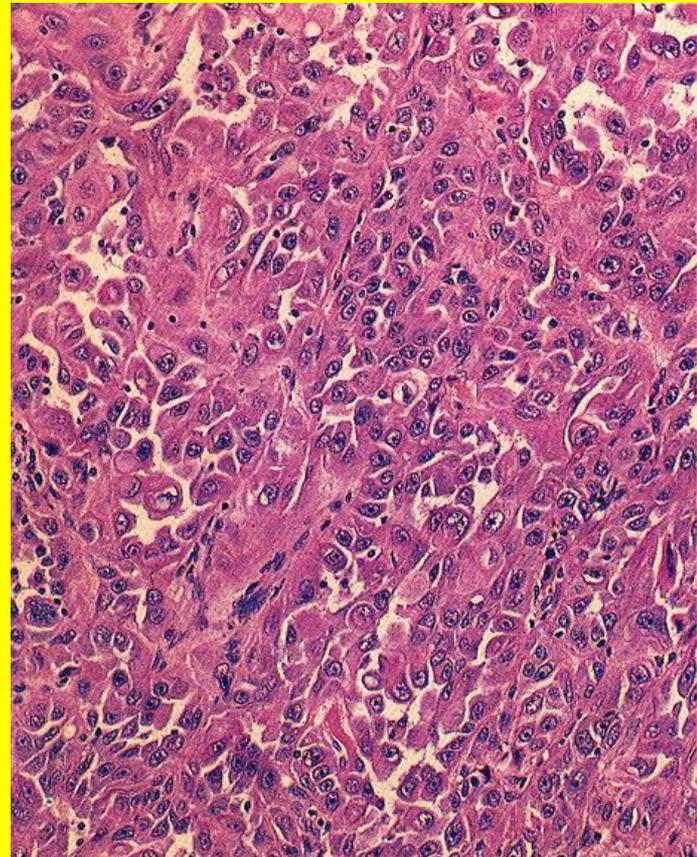
- Mucus = epidermoid
- Fewer and smaller cysts
- Increasing pleomorphism and mitotic figures



# CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

## Histology—High-grade

- Epidermoid > mucus
- Solid tumor cell proliferation



# TUMORE A CELLULE ACINOSE

- Rari, > parotide e < gh sottomandiolare
- Bilaterali e multicentrici
- Lesioni piccole, a volte capsulate
- Cell con citoplasma chiaro, disposizione ghiandolare, follicolare o papillifera
- Scarsa anaplasia, poche mitosi
- Decorso in relazione al grado di pleomorfismo
- Il 10-15% metastatizza ai lfn regionali del collo
- Terapia: chirurgica con parotidectomia totale

## CARCINOMA ADENOIDO – CISTICO

- Ben circoscritto
- Solido, raramente con spazi cistici
- Infiltrante

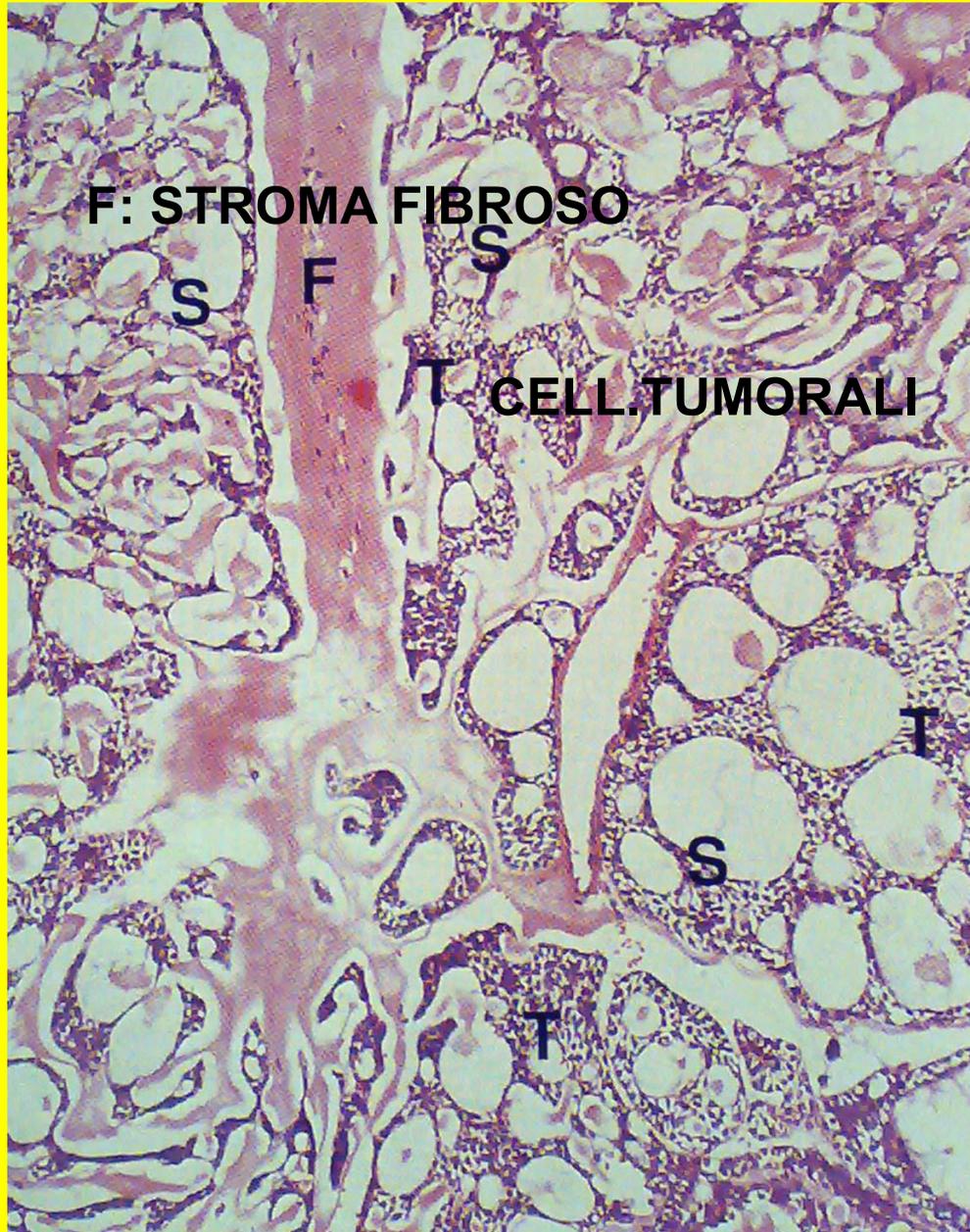


## CARCINOMA ADENOIDO – CISTICO

- Ca epiteliale raro nella parotide, più freq. nella sottomandibolare e gh. sal. minori della mucosa labiale
- Scarsamente capsulato, margini infiltranti
- Istologicamente è composto da piccole cell, nucleo scuro compatto, scarso citoplasma organizzato in strutture tubulari
- Spazi intercellulari ripieni di materiale ialino ( accumulo di membrana basale)
- Invade gli spazi perineurali → DOLORE
- Recidivante
- Disseminazione: ossa, fegato, cervello anche dopo diversi anni dall'escissione

La sopravvivenza a 5 aa è del 75% ma a 15 aa del 15%

# CARCINOMA ADENOIDO - CISTICO



F: STROMA FIBROSO

S

F

S

T CELL. TUMORALI

T

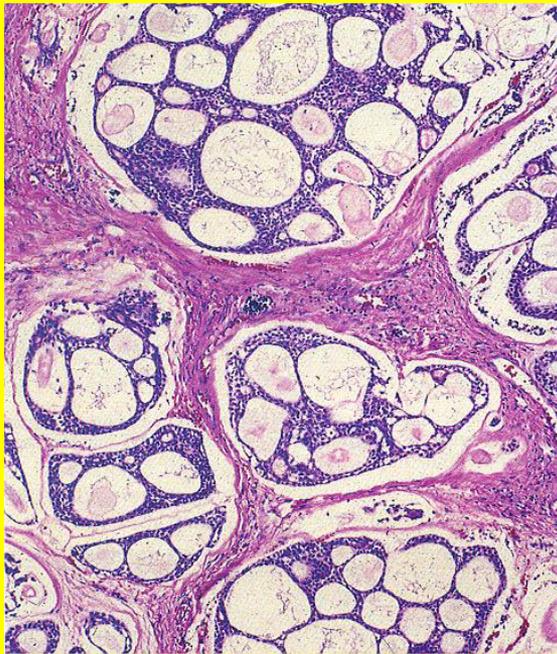
S

T

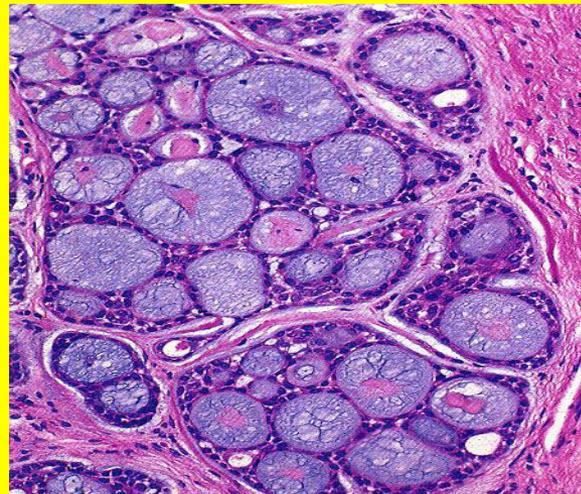
# CARCINOMA ADENOIDO – CISTICO

cribriform pattern

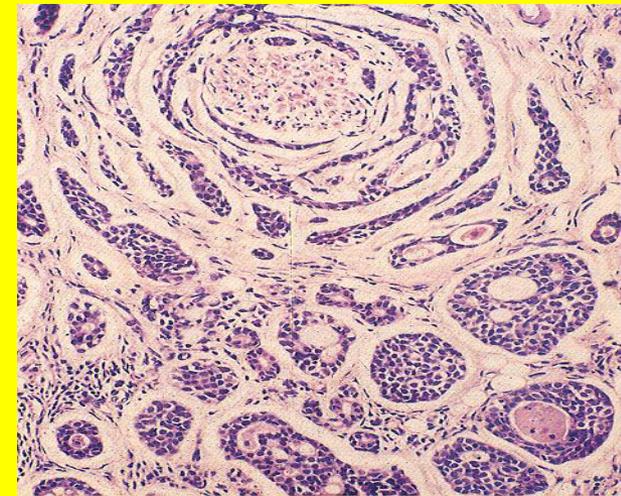
Most common



tubular pattern

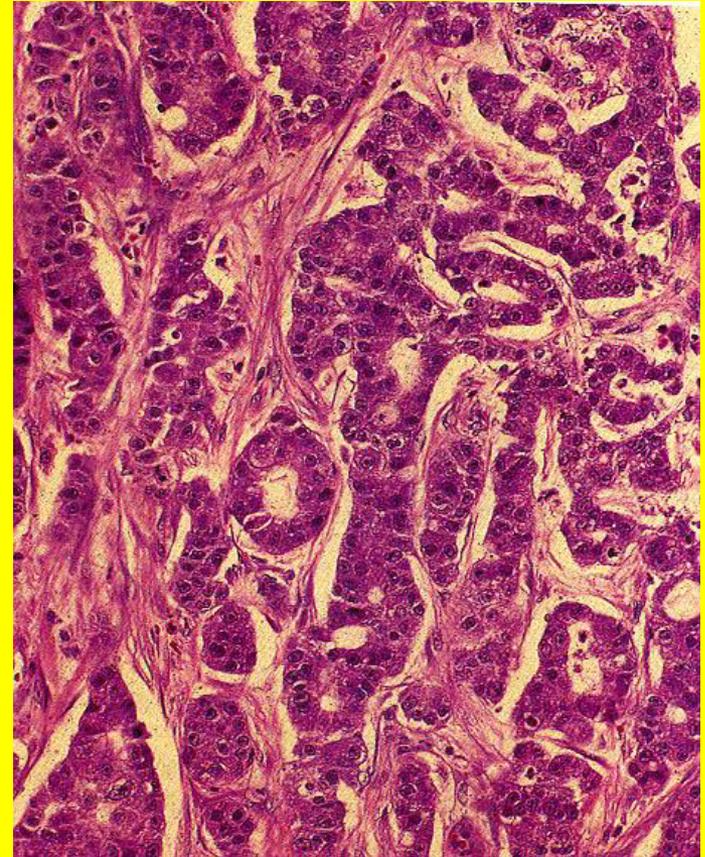


solid pattern



# ADENOCARCINOMA

- Raro
- Tipico dalla 5° all' 8°decade
- F > M
- Nel 25% dei casi alla presentazione dolore e deficit del faciale
- Istologia: tumore eterogeneo, presenza di strutture ghiandolari e assenza di componenti epidermoide
- Trattamento: parotidectomia, dissezione del collo, RT Postoperatoria
- Prognosi:
  - Local recurrence: 51%
  - Regional metastasis: 27%
  - Distant metastasis: 26%
  - 15-year cure rate: Stage I = 67%
  - Stage II = 35%
  - Stage III = 8%



## TUMORI MESENCHIMALI MALIGNI

- Sono estremamente rari
- Fibrosarcomi
- Emangiopericitomi
- Melanomi primitivi
- Linfomi
- Terapia: Radio-chemioterapia o combinata

## TUMORI SECONDARI

Metastasi ai lfn intraparotidei di:

- Carcinomi o melanomi della faccia
- Tumori insorti a livello renale, gastrico, mammario
- Spesso la sede del T primitivo è svelata dall' E.I eseguito dopo asportazione della parotide

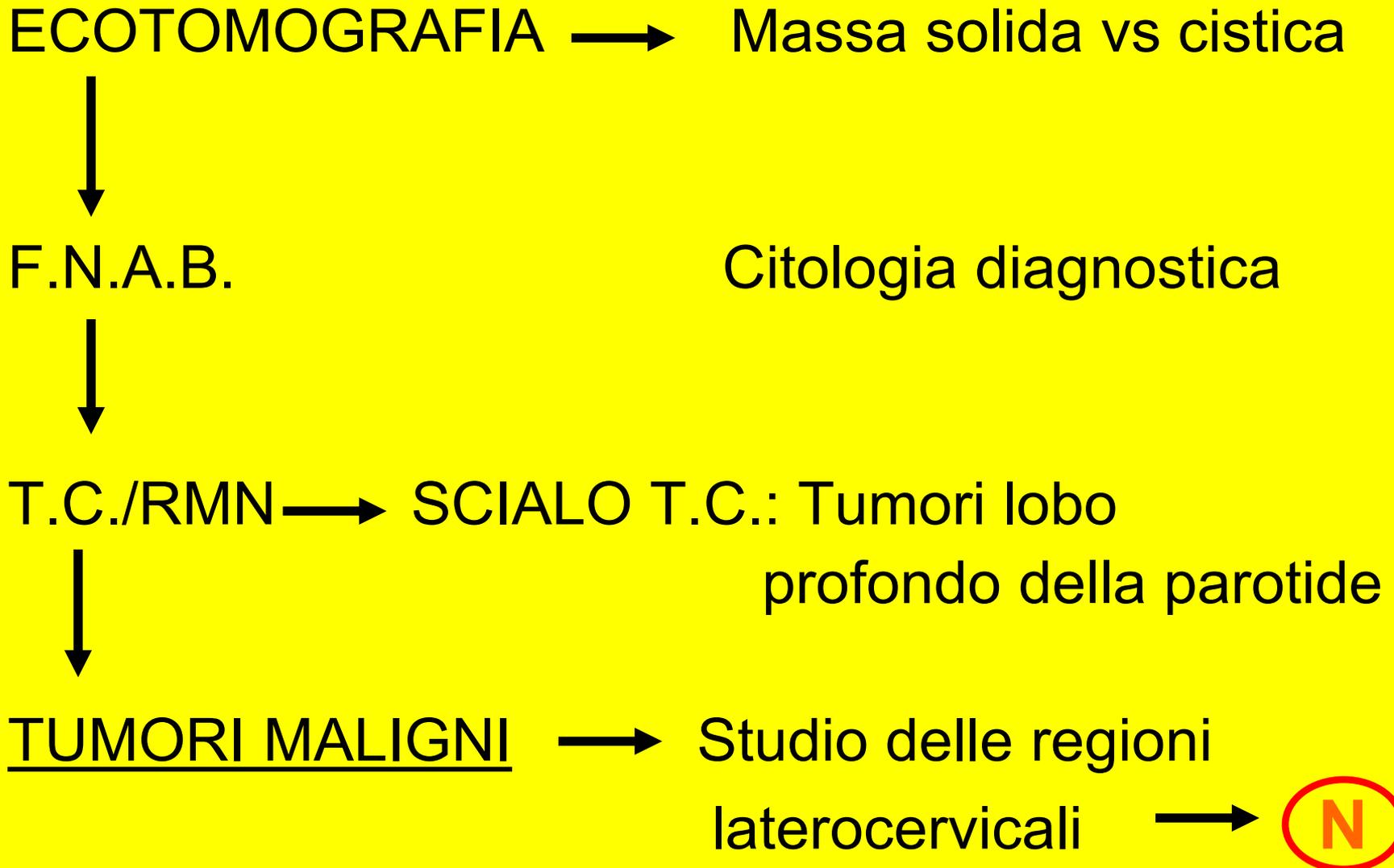
<b>T</b>	<b>Tumore primitivo</b>
Tx	<i>Il tumore primitivo non può essere definito</i>
T0	<i>Non segni del tumore primitivo</i>
Tis	<i>Carcinoma in situ</i>
T1	<i>Tumore di 2 cm o meno nella sua dimensione massima</i>
T2	<i>Tumore superiore a 2 cm, ma inferiore a 4 cm, nella sua dimensione massima</i>
T3	<i>Tumore superiore a 4 cm nella sua dimensione massima</i>
T4	<i>Tumore che invade le strutture adiacenti, per es. attraverso la corticale ossea, i tessuti molli del collo, i muscoli profondi (estrinseci) della lingua</i>

<b>N</b>	<b>Linfonodi regionali</b> I linfonodi della linea mediana sono considerati linfonodi omolaterali
NX	<i>I linfonodi regionali non possono essere definiti</i>
N0	<i>Non metastasi nei linfonodi regionali</i>
N1	<i>Metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima di 3 cm o meno</i>
N2	<i>Metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima di più di 3 cm e non superiore a 6 cm, o in più linfonodi omolaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm, o in linfonodi bilaterali o controlaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm</i>
N2a	<i>Metastasi in un solo linfonodo omolaterale con dimensione massima superiore a 3 cm, ma non superiore a 6 cm</i>
N2b	<i>Metastasi in più linfonodi omolaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm</i>
N2c	<i>Metastasi in linfonodi bilaterali o controlaterali, nessuno con dimensione massima superiore a 6 cm</i>
N3	<i>Metastasi in linfonodo con dimensione massima superiore a 6 cm</i>

# Staging 1997 vs. 2002

SITE	5th EDITION	6th EDITION																																																																																																							
<b>Major Salivary Glands (Parotid, Submandibular, and Sublingual)</b>	<p><b>T3</b> - Tumor having extraparenchymal extension without seventh nerve involvement and/or more than 4 cm, but not more than 6 cm in greatest dimension.</p> <p><b>T4</b> - Tumor invades base of skull, seventh nerve, and/or exceeds 6 cm in greatest dimension.</p> <p><b>T4a</b> - Excluded.</p> <p><b>T4b</b> - Excluded.</p>	<p><i>Summary of Changes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In order to maintain internal consistency of T staging across all sites, the description for T3 has been revised. In addition to tumors having extraparenchymal extension, all tumors larger than 4 cm are considered T3.</li> <li>• T4 lesions have been divided into T4a (resectable) and T4b (unresectable), leading to the division of Stage IV into Stage IVA, Stage IVB, and Stage IVC.</li> </ul> <p><b>T3</b> - Tumor more than 4 cm and/or tumor having extraparenchymal extension.</p> <p><b>T4</b> - Excluded.</p> <p><b>T4a</b> - Tumor invades skin, mandible, ear canal, and/or facial nerve.</p> <p><b>T4b</b> - Tumor invades skull base and/or pterygoid plates and/or encases carotid artery.</p>																																																																																																							
	<table border="0"> <tr> <td>Stage I</td> <td>T1</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T2</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage II</td> <td>T3</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage III</td> <td>T1</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T2</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage IVA</td> <td>T4</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T3</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T4</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Any T</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Any T</td> <td>N3</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Any T</td> <td>Any N</td> <td>M1</td> </tr> </table>	Stage I	T1	N0	M0		T2	N0	M0	Stage II	T3	N0	M0	Stage III	T1	N1	M0		T2	N1	M0	Stage IVA	T4	N0	M0		T3	N1	M0		T4	N1	M0		Any T	N2	M0		Any T	N3	M0		Any T	Any N	M1	<table border="0"> <tr> <td>Stage I</td> <td>T1</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T2</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage II</td> <td>T3</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage III</td> <td>T1</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T2</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T3</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage IVA</td> <td>T4a</td> <td>N0</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T4a</td> <td>N1</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T1</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T2</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T3</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T4a</td> <td>N2</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage IVB</td> <td>T4b</td> <td>Any N</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Any T</td> <td>N3</td> <td>M0</td> </tr> <tr> <td>Stage IVC</td> <td>Any T</td> <td>Any N</td> <td>M1</td> </tr> </table>	Stage I	T1	N0	M0		T2	N0	M0	Stage II	T3	N0	M0	Stage III	T1	N1	M0		T2	N1	M0		T3	N1	M0	Stage IVA	T4a	N0	M0		T4a	N1	M0		T1	N2	M0		T2	N2	M0		T3	N2	M0		T4a	N2	M0	Stage IVB	T4b	Any N	M0		Any T	N3	M0	Stage IVC	Any T	Any N
Stage I	T1	N0	M0																																																																																																						
	T2	N0	M0																																																																																																						
Stage II	T3	N0	M0																																																																																																						
Stage III	T1	N1	M0																																																																																																						
	T2	N1	M0																																																																																																						
Stage IVA	T4	N0	M0																																																																																																						
	T3	N1	M0																																																																																																						
	T4	N1	M0																																																																																																						
	Any T	N2	M0																																																																																																						
	Any T	N3	M0																																																																																																						
	Any T	Any N	M1																																																																																																						
Stage I	T1	N0	M0																																																																																																						
	T2	N0	M0																																																																																																						
Stage II	T3	N0	M0																																																																																																						
Stage III	T1	N1	M0																																																																																																						
	T2	N1	M0																																																																																																						
	T3	N1	M0																																																																																																						
Stage IVA	T4a	N0	M0																																																																																																						
	T4a	N1	M0																																																																																																						
	T1	N2	M0																																																																																																						
	T2	N2	M0																																																																																																						
	T3	N2	M0																																																																																																						
	T4a	N2	M0																																																																																																						
Stage IVB	T4b	Any N	M0																																																																																																						
	Any T	N3	M0																																																																																																						
Stage IVC	Any T	Any N	M1																																																																																																						

# STRATEGIA DIAGNOSTICA



# FNAB

## Fine-Needle Aspiration Biopsy

Accuratezza = 84-97%

Sensibilità = 54-95%

Specificità = 86-100%

# FNAB

## Fine-Needle Aspiration Biopsy

### Pro:

- Sicura e ben tollerata
- Importante per differenziare neoplasie benigne e maligne
- Informazione al paziente
- Pianificazione chirurgica

### Contro:

- Non cambia il trattamento
- Inadeguatezza del campione
- Biopsie multiple
- Prolungamento dei tempi
- Aumento dei costi

# DIAGNOSI DIFFERENZIALE

1. TUMORI SOTTOCUTANEI BENIGNI
2. PAROTIDOSI UNILATERALE/PAROTITE
3. ADENOPATIE INTRA-PAROTIDE  
FLOGISTICHE/NEOPLASTICHE

# STRATEGIE CHIRURGICHE

PAROTIDECTOMIA TOTALE CONSERVATIVA  
(VII n.c.)



Uso del MICROSCOPIO  
OPERATORIO

EVENTUALE SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE  
FUNZIONALE



per tumori maligni epiteliali con  
N o N<sub>0</sub>

# STRATEGIE CHIRURGICHE

## PROBLEMI TOPOGRAFICI

- Presenza del VII n.c.
- Recidive
- Neoplasie del lobo profondo



## SPAZIO PARAFARINGEO

- Approccio chirurgico combinato
  1. **PAROTIDECTOMIA**
  2. **APPROCCIO VELO-PALATINO**

# ESTENSIONE AL NERVO FACIALE

Pedersen et al. 100% mortalità  
Bjorklund & Eneroth 100% mortalità  
Pastore & Pelucchi 73.4% mortalità