

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA azienda PER L'assistenza sanitaria 3 Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli	S.O.C. di OTORINOLARINGOIATRIA	data
		SK
		REV. n.
Modello informativo per INTERVENTO di SCIALOENDOSCOPIA DIAGNOSTICA e TERAPEUTICA della GHIANDOLA PAROTIDE		

PREMESSA

L'indicazione all'intervento è rappresentata dalla SCIALOADENITE/SCIALOLITIASI CON RICORRENTE TUMEFUZIONE DELLA REGIONE PAROTIDEA.

La ghiandola parotide è una ghiandola a secrezione sierosa e la scialolitiasi è la più frequente causa di ostruzione del dotto salivare (dotto di Stenone) e causa coliche salivari ricorrenti con tumefazione della ghiandola.

Con la scialoendoscopia diagnostica possono essere accertate anche altre cause di stenosi del dotto, tra le quali le più comuni sono: tappi di fibrina (mucousal flugs), stenosi-Kinkings del dotto, polipi del dotto, diverticoli, fistole, granulomatosi parietale che possono essere causa di parotiti ricorrenti.

I calcoli sono delle concrezioni calcaree calcifiche costituiti da sali e minerali contenuti nella saliva, che precipitano a formare il calcolo. I microcalcoli salivari sono concrezioni sempre calcifiche ma di piccole dimensioni che si trovano all'interno della ghiandola salivare o del suo dotto principale.

MODALITA' DI ESECUZIONE

Circa 20-30 giorni prima dell'esame viene eseguita una piccola papillotomia con marsupializzazione del dotto. Ciò migliora la sintomatologia del paziente perché agevola la fuoriuscita della saliva, permette all'eventuale calcolo di portarsi più a valle e rende agevole il successivo intervento di scialo endoscopia.

Scialoendoscopia diagnostica

Viene eseguita in anestesia locale con sedazione.

Prevede l'utilizzo di uno scialoendoscopio, strumento flessibile, dotato di fibre ottiche e di un canale operativo per l'asportazione del calcolo. Lo strumento utilizzato per la diagnosi presenta un diametro esterno di 1.1 mm ed uno interno di 0.45 mm, mentre quello utilizzato come operativo presenta un diametro esterno di 1.6 mm ed operativo di 0.45 mm.

Lo scialoendoscopio viene inserito all'interno del dotto principale della ghiandola parotide; questa procedura è preceduta da una dilatazione manuale progressiva del dotto fino ad arrivare alle dimensioni tali da permettere il passaggio dello strumento.

Viene visualizzato il dotto principale e le principali diramazioni e si fa un lavaggio dei dotti.

Nel caso si visualizzi un calcolo si passa alla parte terapeutica.

Scialoendoscopia terapeutica

Per lo più viene eseguita in anestesia locale con sedazione. Se l'intervento dovesse divenire doloroso per il paziente e non sopportabile verrà riprogrammata l'asportazione in anestesia generale.

Prevede l'utilizzo di uno scialo endoscopio, strumento flessibile del diametro esterno di 1.1 mm, dotato di fibre ottiche, di un canale operativo per la soluzione acquosa ed uno operativo dove possono passare i microstrumenti necessari all'asportazione del calcolo.

Il diametro medio del dotto della ghiandola parotide (o dotto di Stenone) varia da 1.5 a 0.5 mm a livello del punto di sbocco del dotto in cavo orale.

Il diametro medio dei calcoli varia da 3 a 8 mm (anche > se il diametro principale si estende lungo il dotto) e non può superare di 4-7 mm il diametro del dotto allo sbocco.

Se il diametro del calcolo dovesse essere superiore deve essere fragmentato prima della asportazione.

Una volta che si rinviene un calcolo si tenta l'asportazione tramite l'utilizzo di un "cestello" detto BASKET o di una pinza. Il cestello è uno strumento molto delicato costituito da 4 braccia con un diametro di 0.4 mm. Lo scopo principale del trattamento scialo endoscopico è l'asportazione del calcolo.

Il Basket viene aperto e chiuso a circondare il calcolo che così viene trascinato fuori dal dotto. Se il calcolo dovesse essere di dimensioni troppo grandi per passare tramite il dotto si tenta una frammentazione per poi asportarlo sempre con il "cestello".

POTENZIALI BENEFICI

Permette di risolvere la situazione dolorosa ed infettiva ricorrente e quindi di evitare una successiva trasformazione in quadro di scialoadenite cronica.

Evitando questa trasformazione permette di evitare una successiva asportazione completa della ghiandola salivare.