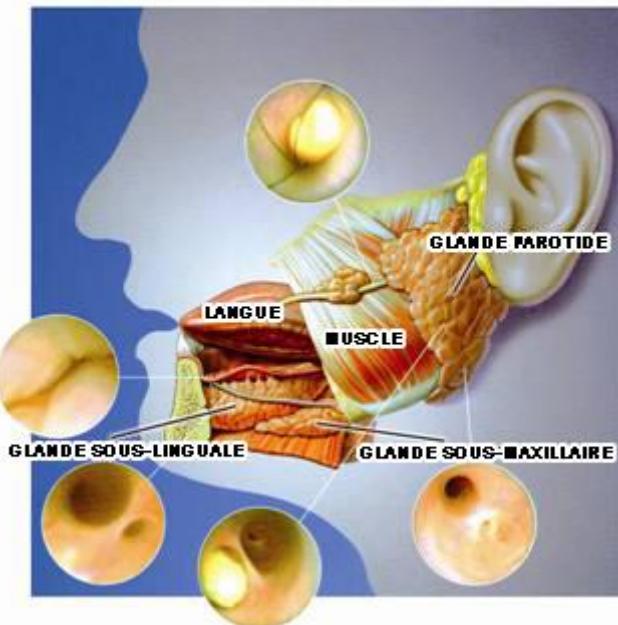


SIALENDOSCOPIA

1 – Introduzione

La sialendoscopia è un esame dei canali delle ghiandole salivarie.

La ghiandola sottomandibolare è situata sotto la parte orizzontale della mandibola. La ghiandola parotide si trova sotto il lobulo dell'orecchio e la parte inferiore del viso. Il ruolo di queste ghiandole è di produrre della saliva che scorre nei canali escretori per vuotarsi nella bocca, sotto la lingua per le ghiandole sottomascellari, accanto al secondo molare per le parotidi.



2 – Indicazione operatoria

I canali salivari possono essere sede di calcoli (sialolitiasi), di restringimento del canale (stenosi) o di processi infiammatori (sialadenite e sialodochite).

Una sialendoscopia può essere indicata in tutte le patologie che impediscono il flusso normale della saliva.

3 – Presa a carico dell'assicurazione malattia

Questo intervento è preso a carico dalla vostra assicurazione malattia di base.

4 – Svolgimento dell'intervento

Eseguita in anestesia locale o generale, la sialendoscopia può essere effettuata sia con scopo diagnostico sia con scopo terapeutico.

La sialendoscopia inizia con una dilatazione dell'orifizio del canale della ghiandola lesa, per permettere

l'introduzione del sialendoscopio. Questo strumento permette l'esplorazione dei canali salivari sotto controllo visivo e quindi la diagnosi, come pure il trattamento delle patologie dei canali. La progressione del sialendoscopio richiede un risciacquo continuo per dilatare i canali.

I **calcoli** di piccole dimensioni possono venire tolti mediante **sonde a cesto** o pinze. I calcoli di grandi dimensioni devono prima venire frammentati (laser, litotripsia) per venire estratti mediante sialendoscopia.

Una **stenosi** può venire trattata con un sialendoscopio più grande (dilatazione sotto controllo ottico) o con un palloncino di dilatazione. Un tubo (stent) viene talvolta introdotto a livello della stenosi e lasciato in loco per qualche settimana.

In caso di infiammazione cronica potrà venire praticato un risciacquo intragliandolare di cortisone e antibiotico. In presenza di casi complessi di calcoli o di stenosi potrà venire preso in considerazione un intervento misto (che associa endoscopia e chirurgia cervico-facciale). In caso di **via d'accesso parotidea i rischi** sono gli stessi di quelli di una parotidectomia (vedi scheda parotidectomia). In caso di via combinata sotto-mascellare può essere necessaria un'incisione del pavimento orale.

5 – Complicazioni possibili dell'intervento

Qualsiasi atto medico e intervento sul corpo umano, anche se effettuato in condizioni di competenza e di sicurezza conformi all'arte e alla regolamentazione in vigore comporta un rischio di complicazioni.

Rischi immediati

La sialendoscopia è un intervento minimamente invasivo. I rischi immediati consistono principalmente in una **tumefazione importante** della ghiandola (nel collo o sulla guancia), molto più raramente in un'infezione o un sanguinamento. Una certa tumefazione della ghiandola operata appare in tutti i casi ; è dovuta al liquido di risciacquo usato durante l'intervento.

Una **perforazione del canale** è la complicazione più frequente. In caso di perforazione parotidea verrà posato un bendaggio compressivo; in caso di perforazione sotto-mascellare può essere eccezionalmente prevista l'ablazione in urgenza della ghiandola se vi è una tumefazione del collo.

Rischi tardivi

I rischi principali sono il **fallimento** della sialendoscopia, sia perchè rimane un frammento di calcolo che ostruisce il canale, sia perchè una stenosi recidiva, sia perchè la ghiandola non è più funzionante e merita ugualmente un'estrazione. Ciò si verifica in meno del 10% dei casi. In rari casi, dopo dissezione del pavimento orale può verificarsi un **mucocele** (tumefazione nel pavimento orale), che richiederà un intervento.

Complicazioni gravi ma eccezionali

Una tumefazione cervicale dovuta a una perforazione può causare l'ablazione della ghiandola in semi-urgenza. Molto eccezionalmente questa tumefazione può provocare un'ostruzione delle vie aeree e richiedere una trachetomia in urgenza

6. Precauzioni da prendere prima dell'intervento

- leggete attentamente questo documento informativo e fate tutte le vostre domande al chirurgo;
- informatevi sulla diagnosi esatta e su eventuali altre modalità di trattamento ;
- consegnate una lista dei medicamenti che prendete regolarmente, in particolare **aspirina, anti-coagulanti ...**,
- non dimenticate di segnalare se avete già presentato manifestazioni allergiche, in particolare medicamentose;
- portate con voi i documenti medici in vostro possesso relativi a questo intervento, in particolare gli esami radiologici;
- una consultazione di anestesia pre-operatoria è obbligatoria. È competenza del medico anestesista rispondere alle vostre domande relative alla sua specialità. Informatevi sui rischi generali nel vostro caso ;
- diverse ore prima dell'anestesia non si può né mangiare né bere. Questo vi sarà precisato dal vostro anestesista e/o dal vostro chirurgo

7. Dopo l'intervento

All'ospedale:

- non appena sarete abbastanza sveglio(a) verrete trasportato(a) nella vostra camera ;
- un bendaggio attorno alla testa e al collo potrebbe venire posato per alcuni giorni ;
- segnalate qualsiasi dolore significativo all'infermiere(a) ; sono a vostra disposizione degli anti-dolorifici ;

- segnalate qualsiasi sensazione di gonfiore all'interno della bocca o se fate fatica a muovere la lingua ;
- l'alimentazione (leggera) può essere ripresa già il giorno dell'operazione, ma deve essere molle e senza acidi;
- assicuratevi di prendere nuovamente i vostri medicamenti abituali. Per i medicamenti come aspirina, anti-coagulanti. Chiedete il parere del vostro chirurgo;
- la durata della degenza può variare da qualche ora a qualche giorno a seconda dell'intervento.

A casa:

- nella settimana successiva all'operazione evitate qualsiasi esercizio o sforzo importante ;
- i fili nella bocca sono riassorbibili, tranne quelli che fissano lo stent e che verranno tolti da 2 a 3 settimane dopo l'intervento ;
- la durata dell'incapacità lavorativa e la frequenza delle visite post-operatorie verranno fissate dal vostro chirurgo ;
- un rapporto medico (lettera di uscita) verrà inviato al vostro medico curante ; potrete chiederne copia.

Contatti_

Tel ospedale:

Tel del medico:

Punti essenziali per il paziente:

Tipo di anestesia :
Durata dell'intervento:
Durata della degenza:
Tempo di ricupero:
Altro :