

103° Congresso Nazionale **SIO**
Società Italiana di Otorinolaringologia
e Chirurgia Cervico-Facciale

Roma, 25 - 28 Maggio 2016
Centro Congressi
Sheraton Parco de' Medici

Presidente
ROBERTO FILIPO



- 41.** Indicazioni, Limiti e Prospettive dell'approccio Transorale ai Tumori dello Spazio Parafaringeo: la Nostra Esperienza
P. Bletta, S. Passerini, P. Lomas, A. Bonelli, A.V. Pagliari
- 42.** Fattori Prognostici nella Chirurgia Plastica Ricostruttiva dei Distretti Testa e Collo Mediante Lembi Liberi Microvascolari
O.B. Sambriago, F. Carta, R.L. Tarchi, M. Chichueva, R. Paveschi
- 43.** Big Auricular Tumor
D. Patti, G. Cazzara, R. Fusco, L. Lara, G. Spinato, G. Toroli, L. Lombardi, I. Zanotti, R. Zennaro, R. Spinato
- 44.** Disfonia e Gravidanza Isterica
G. Ricci, S. Pindani, M.C. Crisi, L. Tassi, C. Pellegrino, S. Russo
- 45.** Congenital Muscular Torticollis in Children: Unipolar Z-Plasty Lengthening Method
I. Aydogdu, M.F. Aksey, H. Kilincaslan, S. L. Miracoglu
- 46.** L'utilizzo dell'acido ialuronico Intranasale Nnel Trattamento Post-Chirurgico
W. Livi, G. Mancini, M. Govato
- 47.** Un Caso Raro di Voluminosa Cisti Infundibolare della Regione Temporale
G. Aleo, G. Mattina, S. Galina, R. Speciale
- 48.** Taping Neuromuscolare nella Cura delle Paralisi Periferiche del VII Nervo Cranico: la Nostra Esperienza
G.M. Stogai, J. Pagliari, V. Gambacorta, S. Russo, A. Cimbalò, O. Isidori, C. Giorgelli, G. Ricci
- 49.** Trattamento Endoscopico di Fistola Liquorale Attraverso del Recesso Interattico Carotideo in Esiti di Clipping Aneurisma dell'a.oftalmica
R.F. Mastroianni, M. Rigante, A. Albanese, G. Falutelli
- 50.** Petrous Bone Cholesteatoma: our Recent Experience
L. Sansotiro, N. Nossif, J. Mancini, I.O. Redaelli De Zinis
- 51.** Paresi del VII Nervo Cranico e Ipoacusia Come Sintomi di Esordio della Granulomatosi di Wegener: Case Report
L.M. De Luca, A. Nelsi, F.G. Riu, C. Bozzo, R. Agosti
- 52.** Le Recidive Peristomali: Analisi dei Fattori di Rischio
M. Mespiella, B. Iorio, G. Di Lorenzo, V. Indolfi, M. Ciratino, L. Riccardiello, G. Salerno, M. Iengo
- 53.** Carcinoma Adenoide Cistico del Setto Nasale
A.M. Di Iorio, E. Contore, L. Piro, M. Coppola, M. Iengo
- 54.** Radiological Pitfalls in un Caso Clinico di Carcinoma Papillare della Tiroide
G. Ramaccioni, L. Giorali, M. Abouziem, A. Iaita, M.C. Zanotti, A. Mancini, R. Di Carlo

Carcinoma Adenoido Cistico del Setto Nasale

Antonella Miriam Di Lullo

A. M. Di Lullo; E. Cantone; E. Piro; M. Coppola; M. Iengo

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Unità Operativa Complessa di Otorinolaringoiatria, Università di Napoli "Federico II", Napoli, Italia

Poster

I tumori maligni naso-sinusalì rappresentano meno dell'1% di tutti i tumori e circa il 3% dei tumori delle vie aerodigestive superiori. Di tutti i tumori naso-sinusalì, il Carcinoma Adenoido Cistico (ACC) rappresenta il 5-15% dei casi. Il ACC è un raro tumore maligno delle ghiandole salivari (10%) che interessa soprattutto le ghiandole sottomandibolare e salivari minori, rarissimo nel distretto naso-sinusalè ed in particolare a localizzazione settale. L'ACC presenta un lento accrescimento con tendenza ad invadere gli spazi perineurali con il 50% di rischio di metastasi a distanza entro i 10 anni dall'exeresi. Macroscopicamente appare come una lesione di piccole dimensioni, scarsamente capsulata ed infiltrante mentre microscopicamente può assumere un pattern tubolare, solido o cribriforme che rappresentano un indice di rischio di recidiva e di sopravvivenza: la presenza di più del 30% di crescita solida è associata ad una scarsa sopravvivenza a 5 anni (5%) rispetto a tumori con predominante pattern cribriforme (26%) o tubolare (39%).

Maschio di 59 anni giungeva alla nostra osservazione lamentando ostruzione respiratoria nasale monolaterale. La storia clinica rivelava la presenza di diabete mellito II, esofago di Barrett, ipertensione arteriosa, glaucoma e pregresso intervento di settoplastica con turbinoplastica circa 10 anni addietro.

All'endoscopia nasale si osservava un' ampia perforazione settale, una sinechia turbino-settale sinistra e la presenza di una neoformazione in cavità nasale destra localizzata a ridosso del setto e posteriormente alla perforazione.

La tomografia assiale computerizzata (TC) e la risonanza magnetica (RM) del massiccio facciale con mezzo di contrasto mostravano un ispessimento tissutale in prossimità del setto nella cavità nasale destra con disomogenea impregnazione. Si procedeva pertanto a biopsia della lesione in anestesia locale sotto guida endoscopica, il cui referto istologico diagnosticava un ACC invasivo con pattern di crescita misto (cribriforme, solido e trasecolare) con prevalenza della componente solida. L'immunohistochimica evidenziava una forte positività per pS100, CK, EMA, CEA, e negatività per GFAP.

Successivamente il paziente praticava PET (Tomografia a Emissione di Positroni) - TC total body che evidenziava un modico accumulo di tracciante solo a livello della regione etmoide-nasale destra (SUV 2.6).

Si procedeva pertanto ad exeresi chirurgica della lesione per via endoscopica con ampio margine di escissione libero da malattia al successivo esame istologico. Dopo chirurgia il paziente veniva indirizzato ad adroterapia e ad uno stretto follow up.

L'ACC del setto nasale è estremamente raro e presenta una prognosi infausta rispetto agli altri tumori del distretto testa collo. Generalmente si presenta con sintomi aspecifici quali ostruzione respiratoria nasale, epistassi e sintomi correlati all'invasione delle strutture adiacenti. La vicinanza anatomica del naso a strutture anatomiche quali meningi, orbita e carotide può portare ad una resezione chirurgica inadeguata o ad un'alta morbilità. Altri fattori che influenzano la prognosi sono la

morfologia del tumore, le dimensioni e le metastasi linfonodali. L'escissione chirurgica primaria associata a radioterapia post chirurgica sembra raggiungere il miglior controllo locale di malattia comparata al solo trattamento chirurgico o al solo trattamento radioterapico. L'adroterapia è una forma di radioterapia a fasci esterni che utilizza fasci di particelle elettricamente cariche chiamate adroni. Tale tecnica non sostituisce la radioterapia convenzionale ma si pone come indicazione per tumori radioresistenti e per i tumori in prossimità di organi critici come nel caso di ACC presentato. La ragione fondamentale che giustifica l'uso in radioterapia di fasci di protoni, rispetto alla terapia convenzionale con elettroni e fotoni, è la loro favorevole distribuzione di dose assorbita in profondità. I fasci di protoni presentano una eccezionale capacità di selezione del volume dove si concentra la dose rilasciata, la cui identificazione accurata è oggi ottenibile grazie a diverse tecniche di diagnostica per immagini quali la TC, la RM e la PET.

L'iter diagnostico-terapeutico dell'ACC naso-sinusale a causa della sua rarità, sito, storia clinica non può prescindere da un approfondimento multidisciplinare che veda coinvolto chirurgo ORL, oncoematologo, patologo e radioterapista. Inoltre la necessità di garantire un buon controllo locale della malattia preservando le strutture critiche adiacenti alla neoplasia (nervo ottico, arteria carotide) permette di ritenere che il trattamento con adroterapia associato alla chirurgia sia il connubio ideale per ACC del setto nasale.

Key Words: Carcinoma adenoideocistico, setto nasale, ghiandole salivari minori.