

OBSTRUCTIEVE SIALOADENITIS

Klinisch beeld

Chronische obstructieve sialoadenitis kenmerkt zich door recidiverende, vaak maaltijd-gerelateerde, pijn en zwelling van de glandula parotidea of de glandula submandibularis ('mealtime syndrome'). In het geval van de parotis zijn soms beide speekselklieren aangedaan. Remissies en exacerbaties wisselen elkaar af waarbij de patiënt enkele weken tot maanden klachtenvrij kan zijn. In eerste instantie treden de verschijnselen vooral voor en tijdens de maaltijden op. Na verloop van tijd zijn de zwelling en de pijn vaak continu aanwezig. Na massage van de klier kan uit het ostium van de ductus Stenoni wit vlokkelig speeksel worden verkregen ('snow storm'). Soms wordt de chronisch recidiverende parotitis voorafgegaan door een ernstige episode van een acute (suppuratieve) parotitis. Vermoedelijk heeft de acute ontsteking in een dergelijke situatie schade toegebracht aan het ductale systeem waardoor stenosen zijn ontstaan die de speekselafvoer bemoeilijken en daardoor chronische obstructieklachten kunnen veroorzaken. Een bacteriële ontsteking van de glandula submandibularis manifesteert zich zelden als een acute infectie.

Etiologie

Bij 60% van de patiënten met obstructieklachten wordt één of andere vorm van obstructie van het ductale systeem gevonden. In de overige 40% kan met de huidige diagnostische hulpmiddelen (beeldvormende technieken incl. sialendoscopie) geen oorzaak worden aangetoond. Obstructie wordt veroorzaakt door de aanwezigheid van speekselstenen (60- 70%), stenosen (15-25%), ontsteking van de hoofdductus (5-10%) en overige obstructies zoals anatomische variaties (kinks) (1-3%). Indien een oorzaak wordt gevonden betreft dit in de parotis ongeveer in de helft van de gevallen een speekselsteen en in de andere helft een stenose. Bij de glandula submandibularis betreft het bij een aantoonbare oorzaak meestal (90%) een speekselsteen.

Beeldvormend onderzoek

Bij iedere patiënt met obstructieklachten van de glandula parotidea of de glandula submandibularis wordt geadviseerd beeldvormend onderzoek in te zetten om een oorzaak aan te tonen. De keuze van de beeldvormende techniek wordt vooral bepaald door de in tabel 1 genoemde karakteristieken. Tot op heden werd in eerste instantie veelal gebruik gemaakt van 2D conventionele röntgen en echografie. Het is echter goed daarbij te realiseren dat de sensitiviteit en specificiteit van beide technieken beperkt is. Door de vermoedelijk hoge sensitiviteit en specificiteit, de beperkte stralingsbelasting en de grote mate van toegankelijkheid kan ook de Cone Beam CT-scan voor het opsporen van speekselstenen worden overwogen. Sialografie, al dan niet in combinatie met de Cone Beam CT-scan, is een goede keuze omdat hiermee naast stenen eveneens stenosen kunnen worden aangetoond. Bij verdenking van een stenose/strictuur kan ook een diagnostische sialendoscopie worden verricht. Tijdens de scopie kan dan eventueel gelijk een behandeling plaatsvinden (spoelen, dilatatie, stent).

Beleid

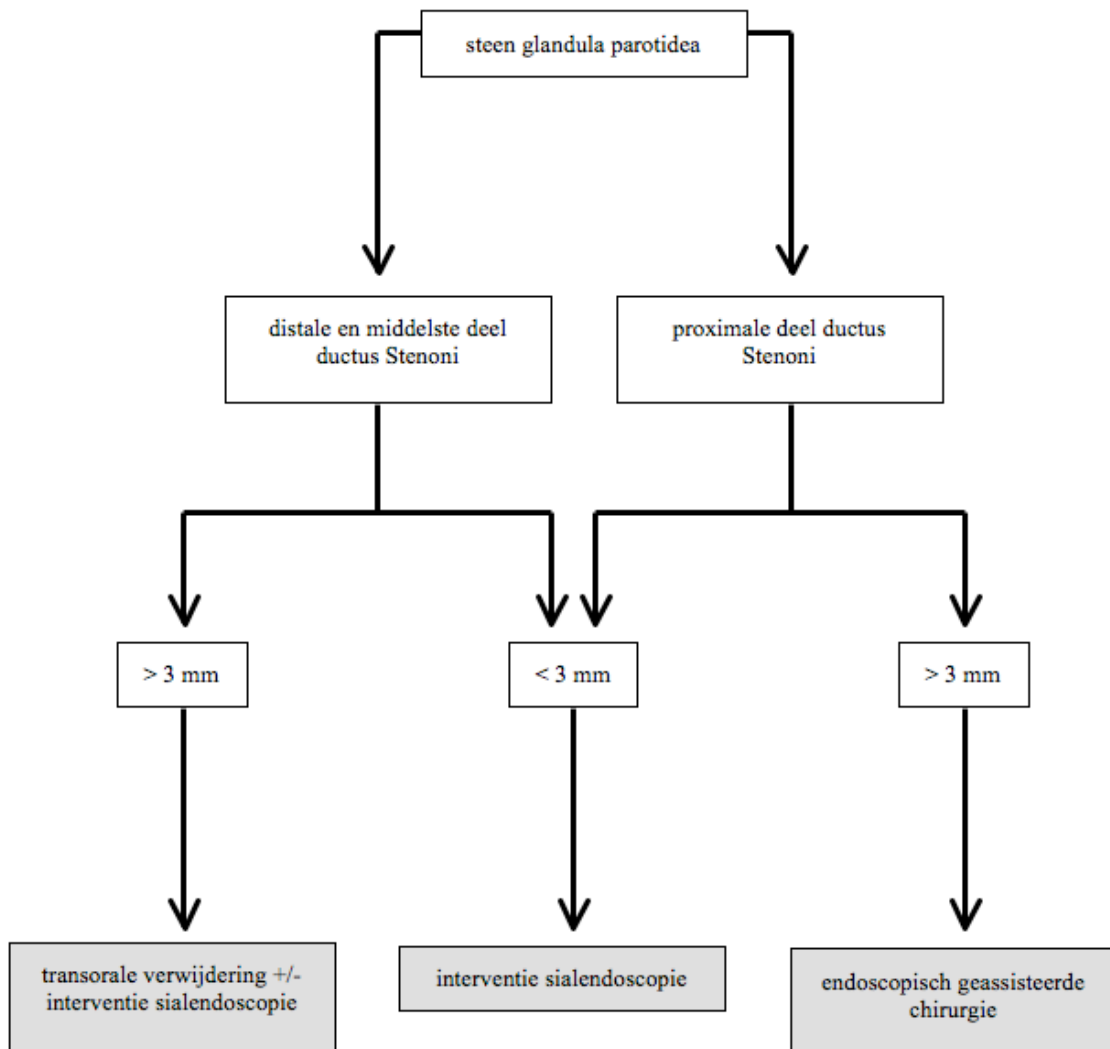
Bij een acute exacerbatie van een chronische ontsteking is de behandeling gericht op pijnstilling en het leeg masseren van de desbetreffende klier. Op indicatie kan antibiotica worden overwogen. Indien met beeldvormend onderzoek geen oorzaak van de obstructieklachten kan worden aangetoond kan volstaan worden met een expectatief beleid bestaande uit mechanische (massage) en chemische (zuur-) stimulatie van de desbetreffende speekselklier. Ook kan in dit stadium, maar zeker bij aanhoudende klachten, een diagnostische sialendoscopie worden overwogen. Spoelen van het ductale systeem tijdens de sialendoscopie leidt vaak reeds tot afname van klachten. Eenzelfde effect kan gezien worden na sialografisch onderzoek. Antibiotische behandeling is niet geïndiceerd.

Voor het beleid bij een met beeldvormend onderzoek aangetoonde speekselsteen wordt voor de glandula parotidea verwezen naar figuur 1 en voor de glandula submandibularis naar figuur 2. Indien met beeldvormend onderzoek de aanwezigheid van een stenose aannemelijk is gemaakt dient interventie sialendoscopie te worden overwogen. Mochten desondanks obstructieklachten persisteren dan rest in sommige gevallen slechts het verwijderen van de speekselklier.

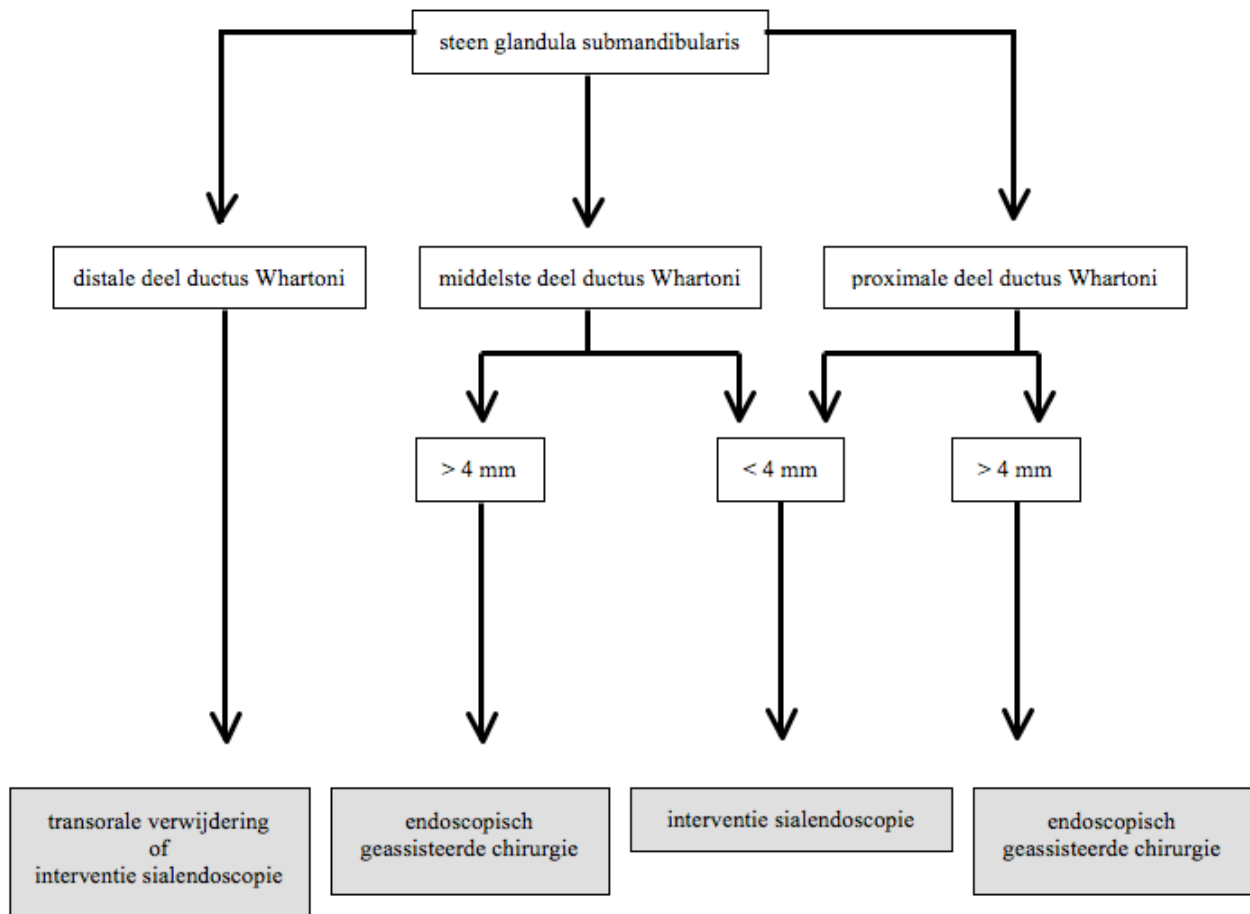
Tabel 1. Voor- en nadelen van de diverse beeldvormende technieken bij het vaststellen van een oorzaak van een obstructieve sialoadenitis (+ = voordeel en - = nadeel).

	stralings belasting	kosten	beschik- baarheid	aantonen stenen	aantonen stenosen
2D röntgen	-	+	+	+/-	-
echografie	+	+	+	+/-	+
MRI	+	--	-	+	-
CT	-	+/-	+/-	+	-
CBCT	-	+	+	+	-
sialografie					
- conventioneel	-	+	+	+	+
- MRI	+	--	-	+	+
- CBCT	-	+	+	+	+

Figuur 1. Beslisboom voor de behandeling van speekselstenen in de glandula parotidea.



Figuur 2. Beslisboom voor de behandeling van speekselstenen in de glandula submandibularis.



Literatuur

- Bradley and Guntinas-Lichius. Salivary gland disorders and diseases: diagnosis and management. 2011 Thieme Verlag. Hoofdstuk 9 en 15.
- Strychowsky JE, Sommer DD, Gupta MK, Cohen N, Nahlieli O. Sialendoscopy for the management of obstructive salivary gland disease: a systematic review and meta-analysis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2012; 138:541-547.
- Rahmati R, Gillespie MB, Eisele DW. Is sialendoscopy an effective treatment for obstructive salivary gland disease? Laryngoscope 2013; 123:1828-1829
- Atienza G, López-Cedrún JL. Management of obstructive salivary disorders by sialendoscopy: a systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg 2015; 53:507-519.