

Sialoendoskopi – endoskopi af de store spytkirtler

Dansk Hoved-Hals-Kirurgisk Selskab

Afdelingslæge Niels Wagner & overlæge Christian von Buchwald

Parallelt med den tekniske udvikling inden for endoskopi er der udviklet en ny kommercielt tilgængelig metode til diagnosticering og behandling af patologi i glandulae submandibularis og parotis.

Spytsten i de store spytkirtler og deres udførelsesgange giver generende spytkolikker, hævelse, smerter og ofte bakterielle infektioner. Disse lidelser behandles primært konservativt med indtagelse af sure spiser, massage af spytkirtlen og/eller antibiotika. Ved fortsatte gener kan der foretages kirurgisk åbning af ductus Stenoni eller ductus Whartoni i mundhulen med risiko for stenosedannelse. Sidder stenen langt tilbage foretages der ofte excision af gl. submandibularis med risiko for beskadigelse af ramus marginalis n. facialis, n. lingualis og n. hypoglossus. Parotidektomi udføres sjældent på indikationen sialolithiasis grundet den relativt store risiko for perifer ansigtslammelse og Freys syndrom, og patienterne savner derfor ofte et reelt behandlingstilbud.

Ved excision mistes spytkirtlens funktioner herunder spytksekretionen, som holder munden fugtig og faciliterer synke- og talefunktionen. Enzymer og proteiner i spytet beskytter tænderne mod caries og erosion og nedbryder mad og medikamenter med videre. En del patienter vil umiddelbart være generet af et funktionsstab, oftest i form af mundtørhed efter operationen [1], men generne kan også opstå senere, da spytksekretionen nedsættes yderligere med alderen, samt i forbindelse med en række medicinske sygdomme og brug af medikamina. Det er derfor hensigtsmæssigt at kunne tilbyde patienterne diagnosticering og behandling med en minimalt invasiv teknik, der har få bivirkninger og bevarer spytkirtelfunktionen. Denne mulighed er opstået med sialoendoskopi.

Diagnostisk sialoendoskopi kan teknisk udføres hos de fleste. Formålet er at dokumentere årsagen til patientens spytkirtellidelse. Endoskopien kan foretages i lokal anæstesi. Ind-

grebet indledes med dilatation af papillen indtil det 1,1 mm store semirigide diagnostiske sialoendoskop kan indføres i ductus. Skopet indeholder en kanal til fiberoptikken og en vandingsskanal til irrigering af ductus, så den ikke kollaberer omkring skopet. På skopet er der monteret et kamera, som er forbundet med en skærm. Spytgangene kan ofte efterses helt ud i de tertiære forgreninger, som ligger i selve spytkirtlen. Patologiske fund kan være spytsten, stenoser, inflammation, mucuspropper, polypi eller neoplasi.

Hvis der findes sten eller stenose, kan der udføres interventionel sialoendoskopi, hvor man anvender et 1,3 mm eller 1,6 mm stort treløbet behandlingsskop. Det har en ekstra arbejdskanal, hvorigennem der kan indføres en trådkurv (**Figur 1**) eller tang, laserfibre til fragmentering af større sten og ballondilatatorer.

Indgrebet er kontraindiceret ved akut infektion grundet øget risiko for perforation af ductus eller spredning af infektionen.

Sialoendoskopien blev introduceret på Rigshospitalet i 2004 og er siden taget i anvendelse enkelte steder i Danmark. Metoden er teknisk vanskelig med en lang læringskurve. Det er endnu ikke helt afklaret, hvilken rolle og placering metoden skal have i behandlingen af spytkirtellidelser, men den kan formentlig reducere antallet af ovennævnte kirurgiske indgreb. Langtidsresultater er endnu ikke kendte.

Fra udenlandske centre har man rapporteret om særdeles lovende resultater for diagnostisk og interventionel sialoendoskopi [2], men der er behov for udvikling af en standard til udredning og selektion af patienterne. En international protokol med dansk deltagelse er under udarbejdelse med henblik på sikring af en evidensbaseret behandling.

Korrespondance: *Niels Wagner*, Øre-, næse- og halskirurgisk Klinik F2071, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: Wagner@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Cunning DM, Lipke N, Wax MK. Significance of unilateral submandibular gland excision on salivary flow in noncancer patients. *Laryngoscope* 1998;108:812-5.
2. Marshal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management: the state of the art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:951-6.



Figur 1. Spytsten i ductus Whartoni fjernes med trådkurv.