SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

Introduzione clinica con cenni di anatomia e fisiologia

Dr. Giuseppe Ferrulli
Dott.ssa Sara Donvito

Unità di Otorinolaringoiatria, Dipartimento di Chirurgia, AUSL-IRCSS Reggio Emilia, Italy

REGGIO EMILIA, 10 OTTOBRE 2026

DISCLOSURE STATEMENT

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

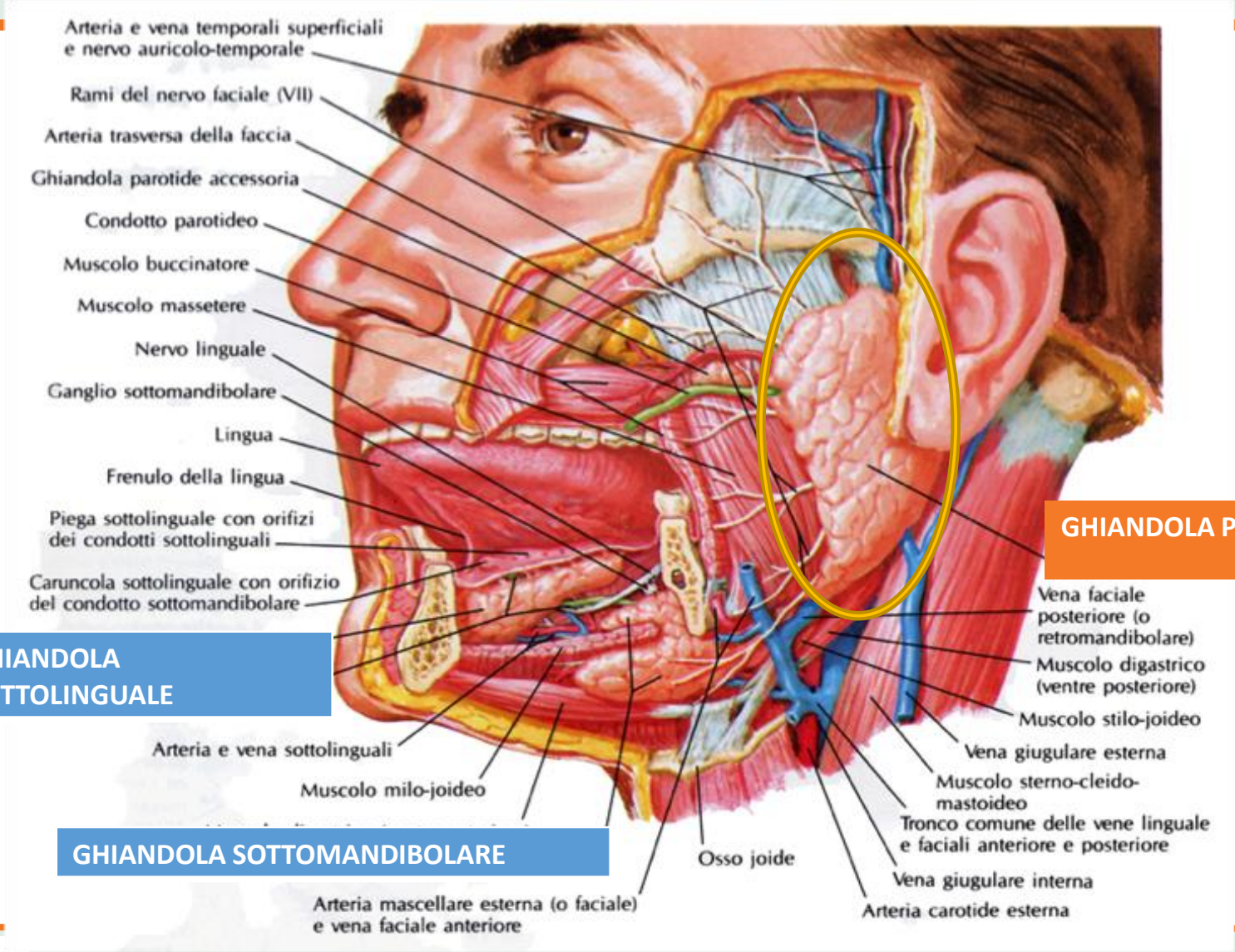


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

GOLOGY REGGIO EMILIA

GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



GHIANDOLA PAROTIDEA

GHIANDOLA SOTTOLINGUALE

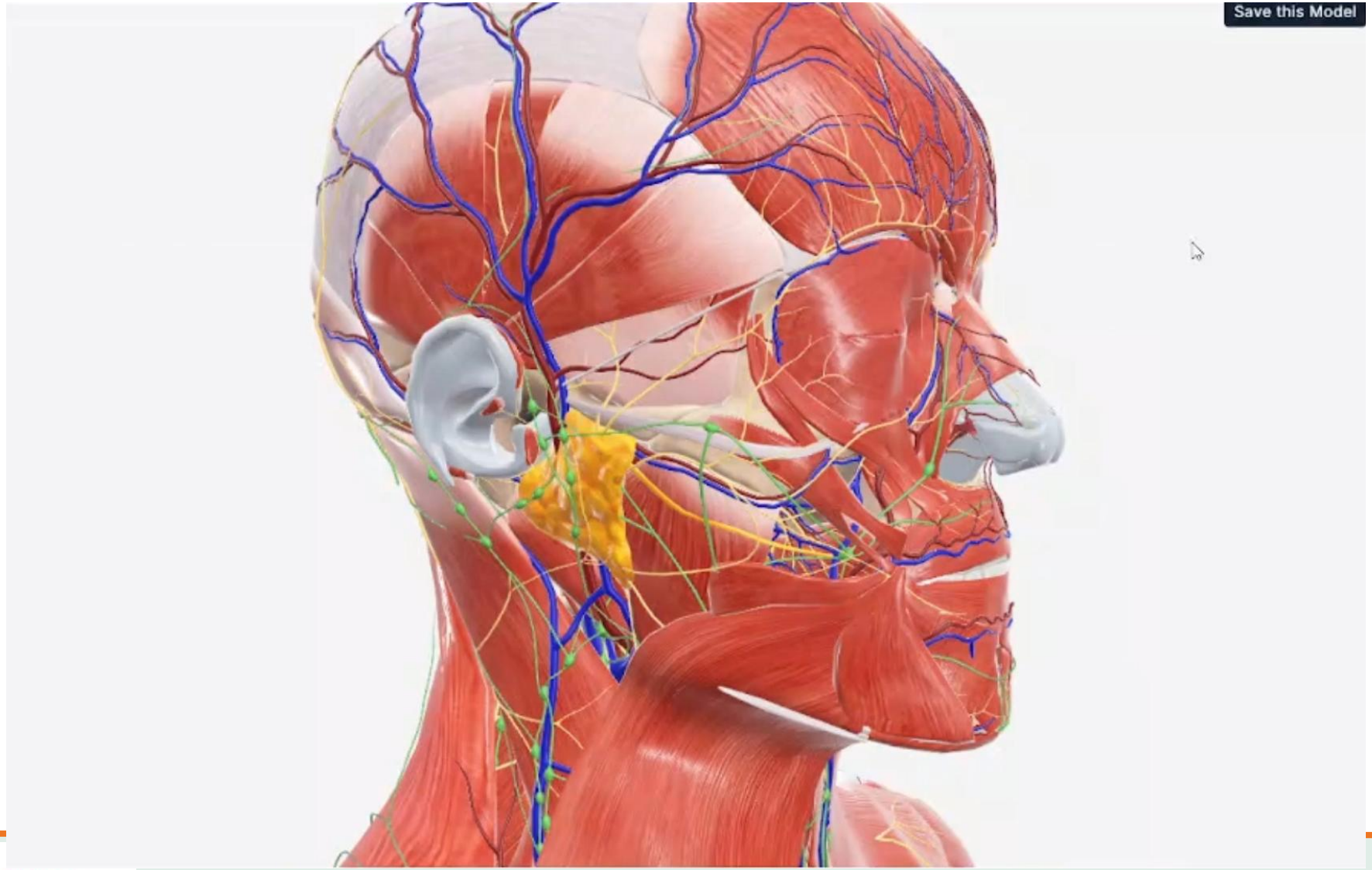
GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

OTOLARYNGOLOGY REGGIO EMILIA

GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

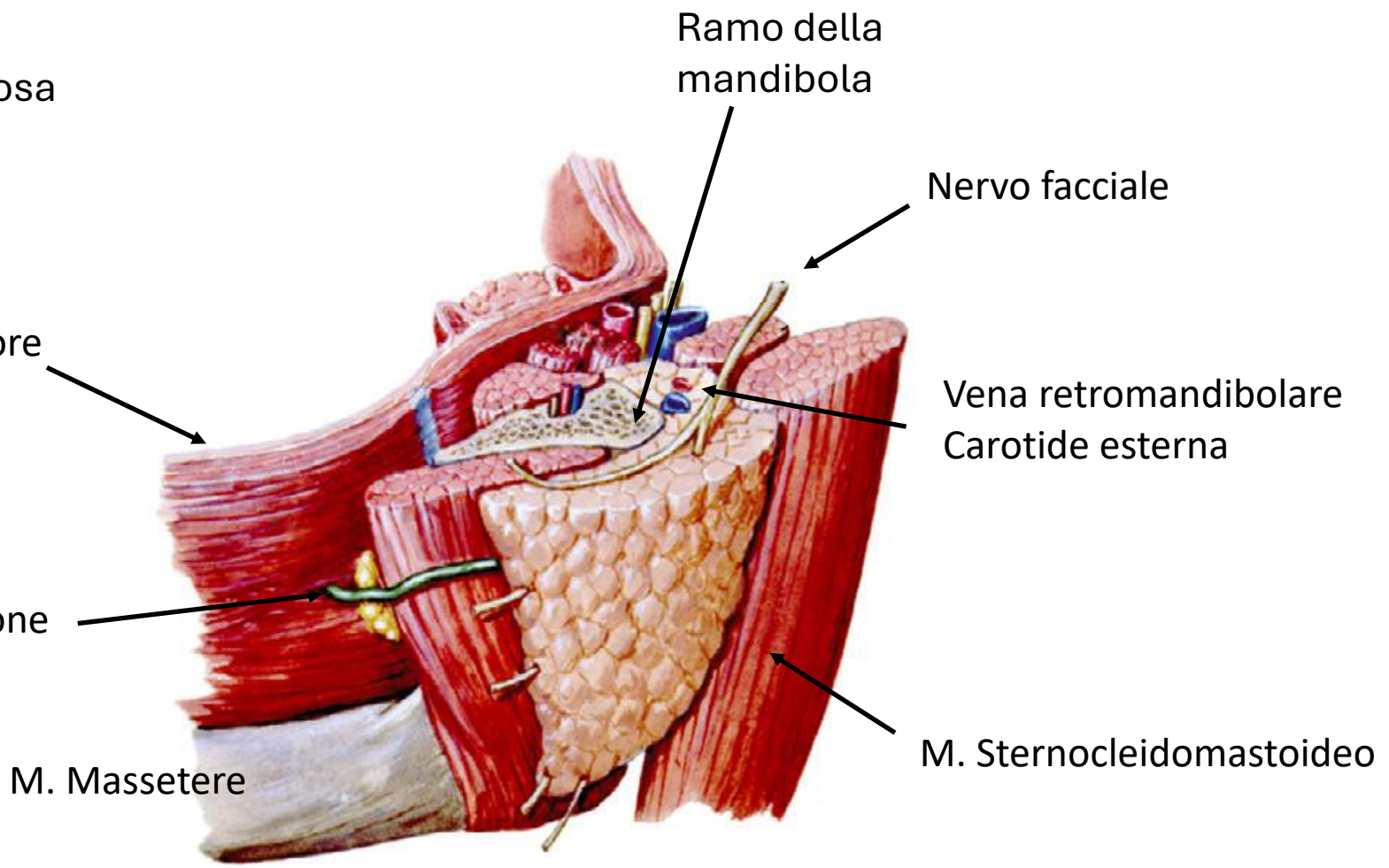


GHIANDOLA PAROTIDEA

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Ha una secrezione prevalentemente sierosa
<u>Presenza di linfonodi intraparotidei</u>

E' attraversata da:
- Nervo Facciale
- Vena retromandibolare
- Arteria carotide esterna



GHIANDOLA PAROTIDEA

Si trova nella loggia parotidea che è delimitata:

I. **Faccia anteriore:** branca montante della mandibola ricoperta dal m. massetere all'esterno e dal m. pterigoideo mediale all'interno;

II. **Faccia posteriore**: processo mastoideo, margine ant. del m. sternocleidomastoideo, ventre posteriore del m. digastrico, v. giugulare interna, a. carotide interna, processo stiloideo, m. stilo-ioideo;

III. **Faccia superiore**: meato acustico esterno fibro-cartilagineo, articolazione temporo-mandibolare;

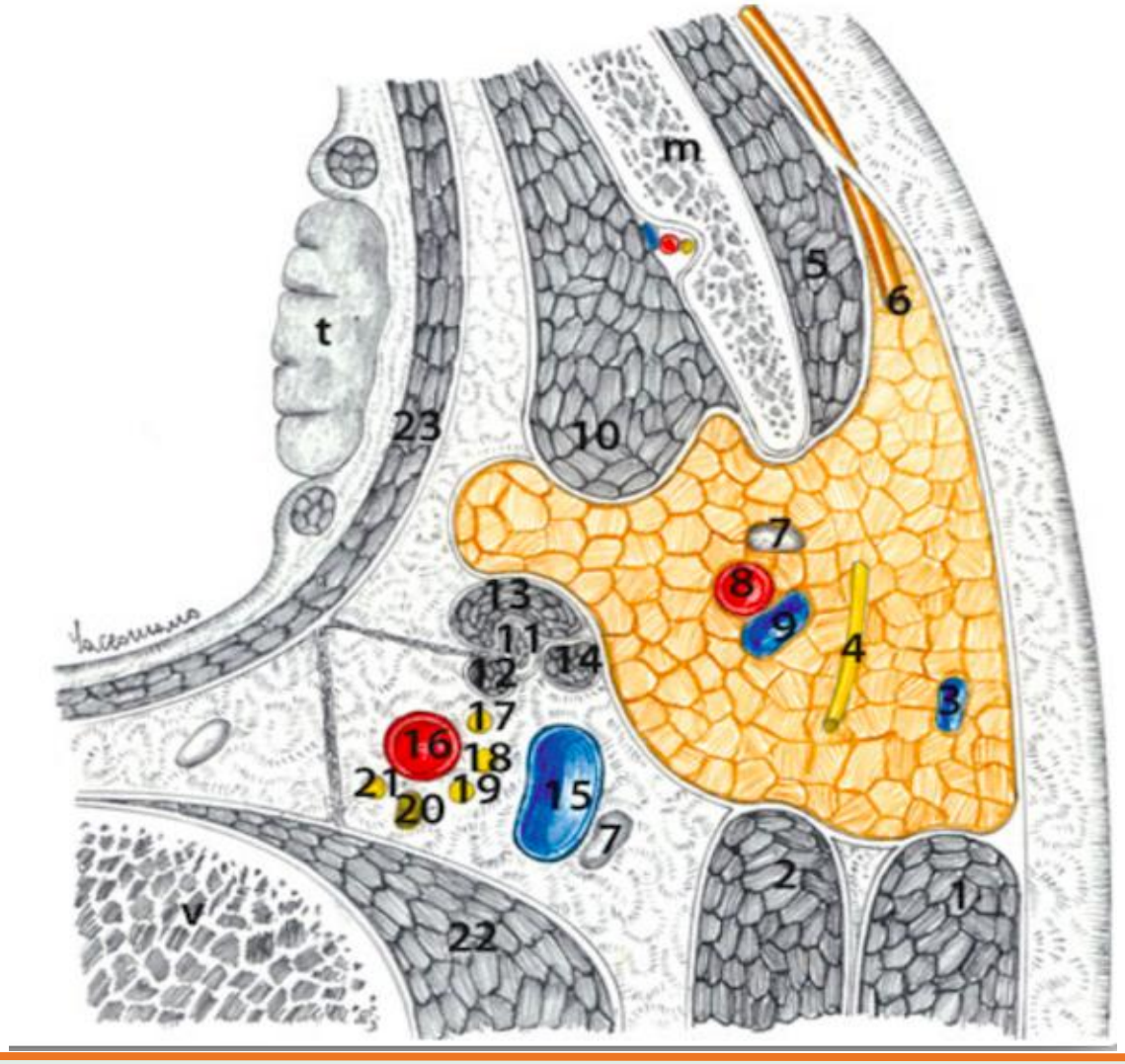
IV. **Faccia inferiore**: fascia parotidea profonda fusa con la superficiale;

V. Faccia mediale: parete laterale della faringe, **spazio parafaringeo;**

VI. **Faccia laterale**: fascia superficiale, sottocute e cute.

SPAZIO PARAFARINGEO

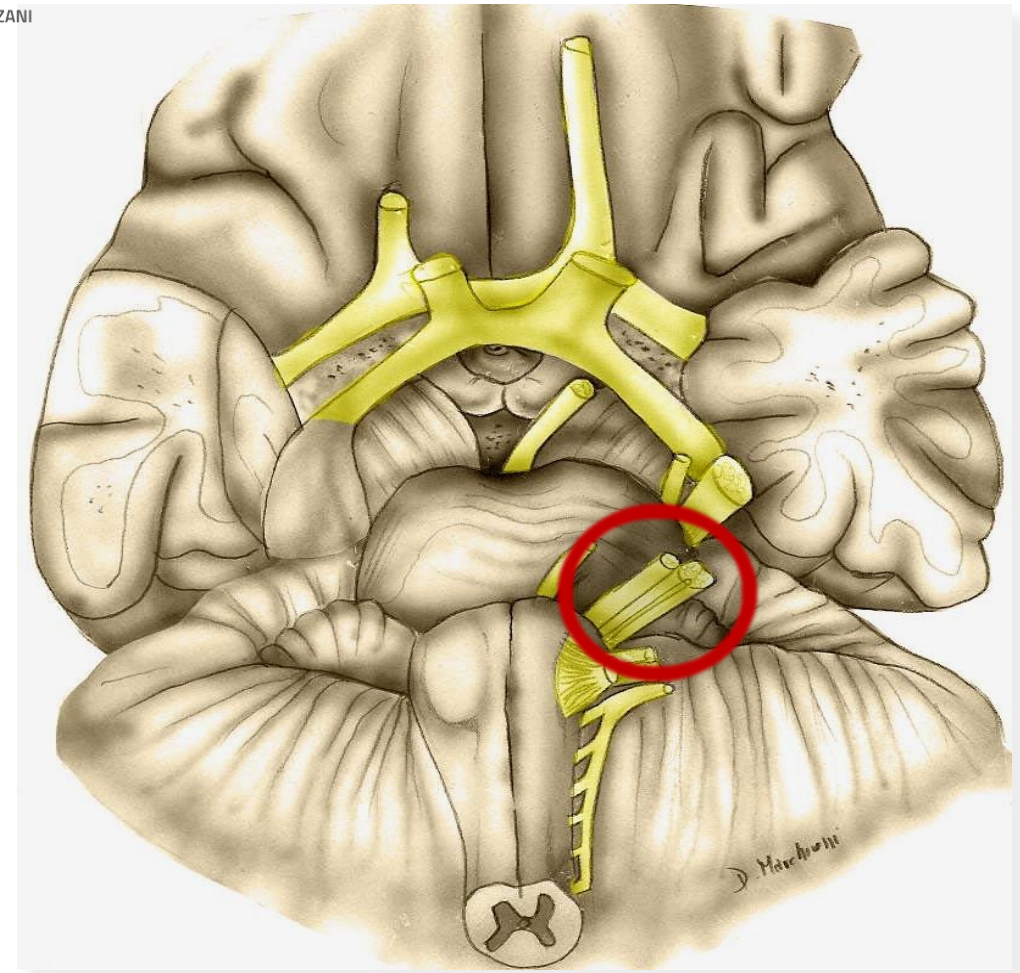
SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



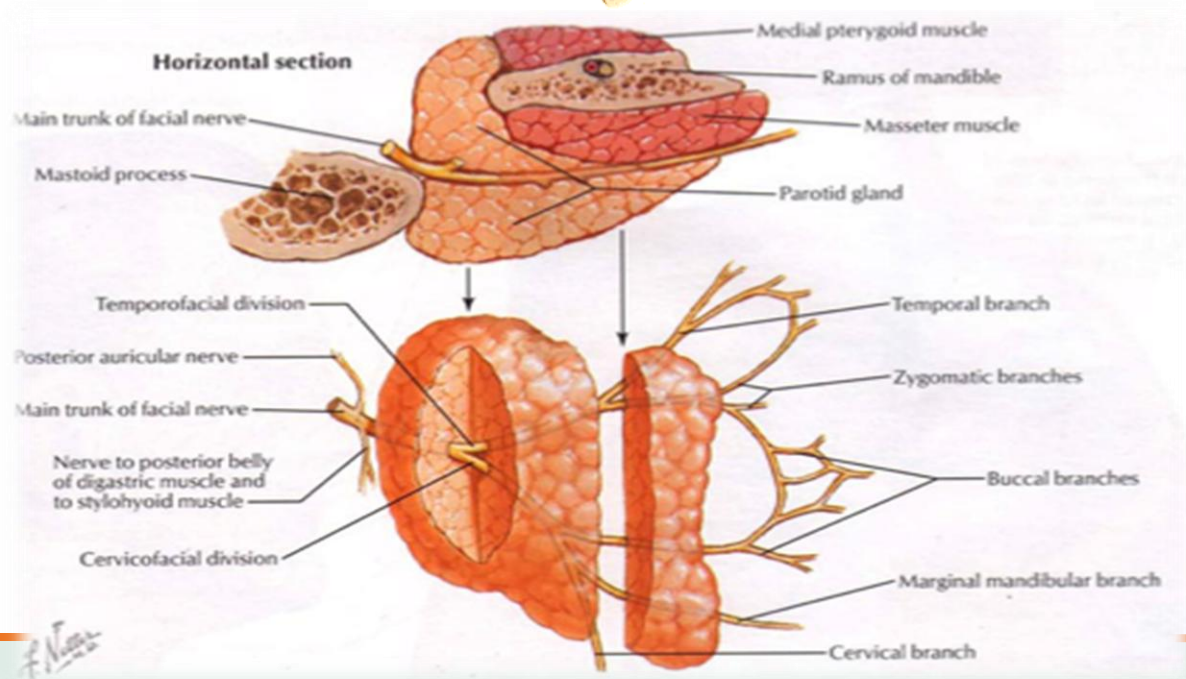
1. M.sternocleiodomastoideo
2. V.posteriore del digastrico
3. V. giugulare esterna
4. N.facciale
5. M. massatere
6. Dotto di Stenone
7. Linfonodi
8. Arteria carotide esterna
9. Vena retromandibolare
10. M.pterigoideo interno
11. Processo Stiloideo
12. M stilofaringeo
13. M. stiloglosso
14. M. stiloioideo
15. V.giugulare interna
16. A. carotide interna
17. N. glossofaringeo
18. N. accessorio
19. N.vago
20. Catena simpatico
21. N. ipoglosso
22. M. prevertebrale
23. M. costrittore superiore faringe

PAROTIDE E NERVO FACCIALE: UN RAPPORTO INTIMO

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI







SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

OTOLARYNGOLOGY REGGIO EMILIA

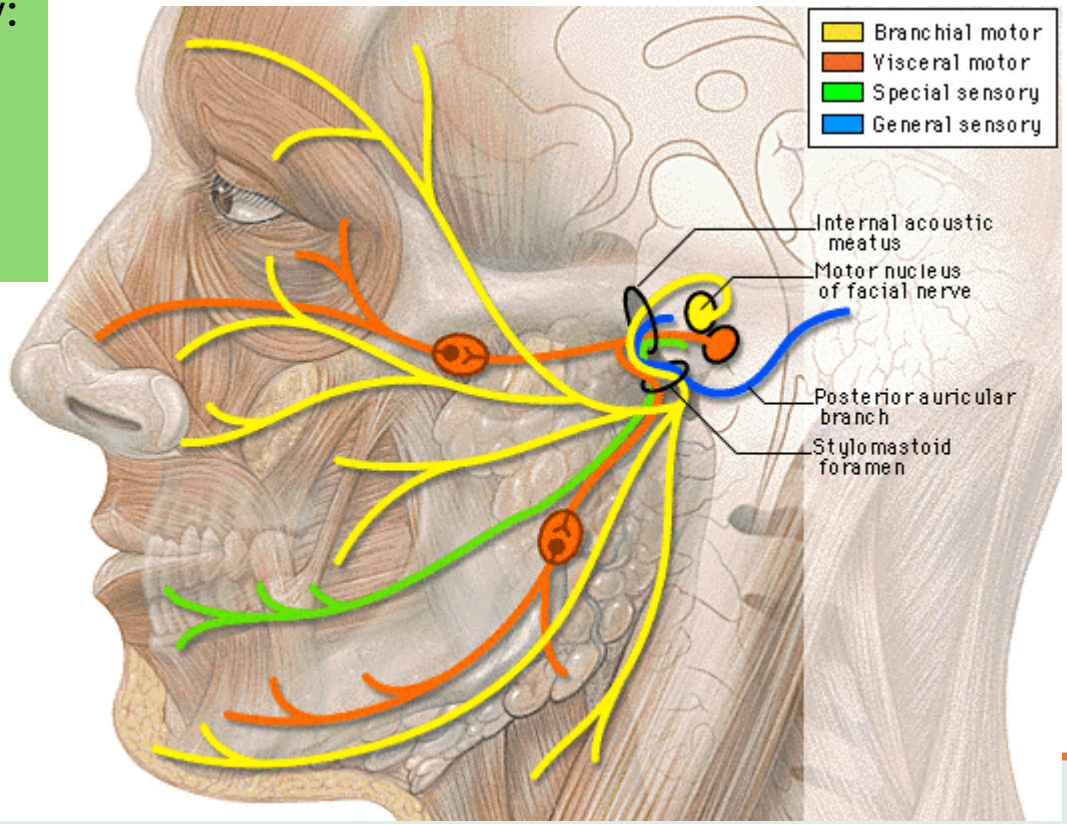
FUNZIONI DEL NERVO FACCIALE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Branchial motors: muscoli pelliciai, ventre posteriore m.digastrcio, m.stiloioideo e m.stapedio

Visceral motor: innervazione parasimpatica delle gh.lacrimali,sottomandibolare, sottolinguale,mucosa di rinofaringe,palato.

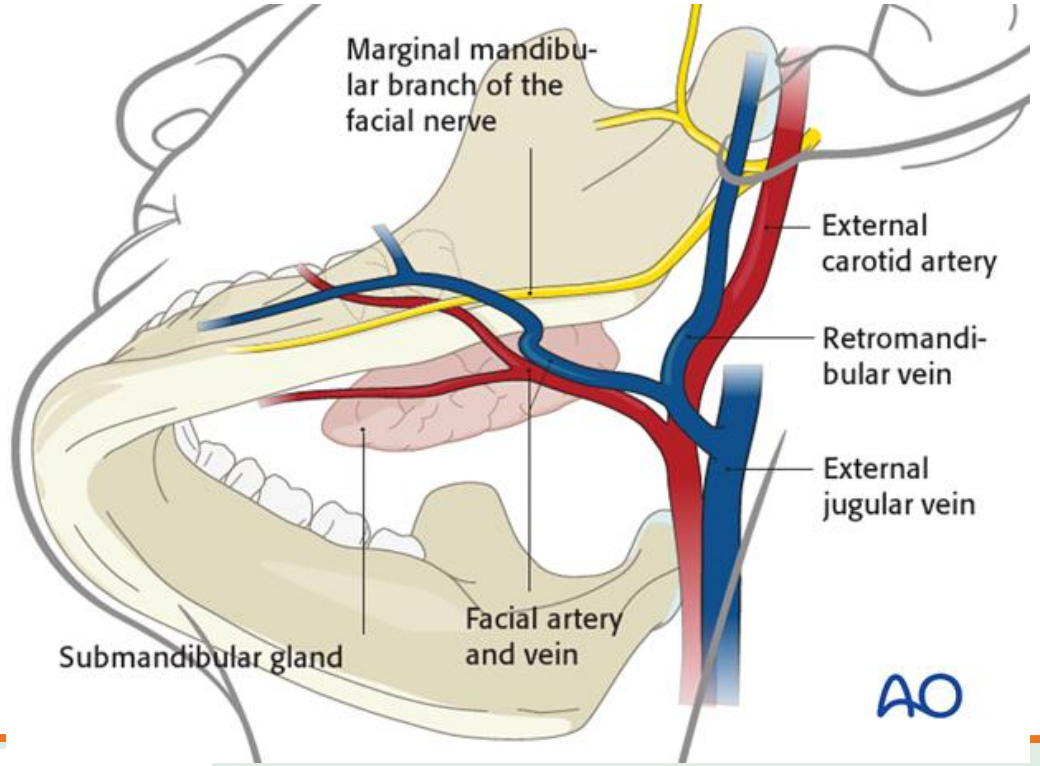
Special sensory: gusto dei 2/3 anteriori della lingua, palato molle e duro.

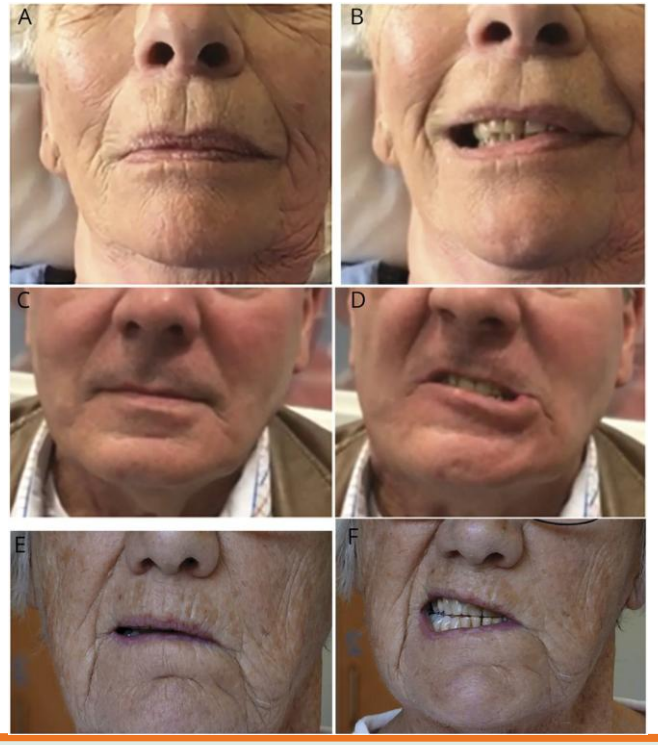


General sensory: innervazione cute della concha auricolare e della zona retroauricolare

NERVO MARGINALIS MANDIBULAES

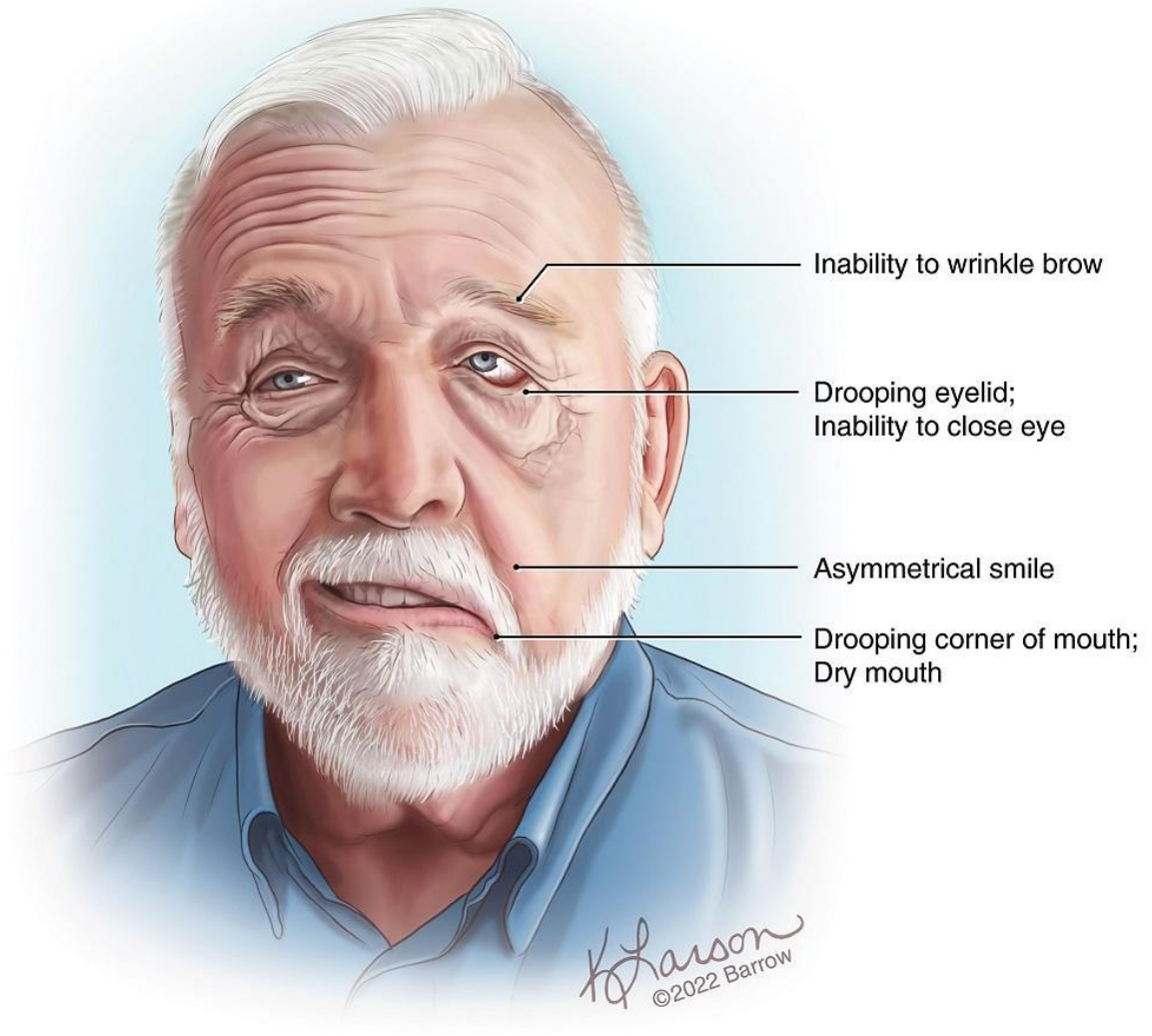
- Muscolo mentale
- Muscolo depressore dell'angolo della bocca
- Muscolo depressore del labbro inferiore





PARALISI DEL NERVO FACCIALE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



Morphological alterations

- Facial asymmetry
- Smoothing of forehead wrinkles
- Drooping of the eyebrow
- Partial coverage of the pupil by the upper eyelid
- Lagophthalmos and ectropion
- Ptosis of the cheek tissues
- Asymmetry of the lip line
- Collapse of the nasal wing
- Smoothing of neck folds

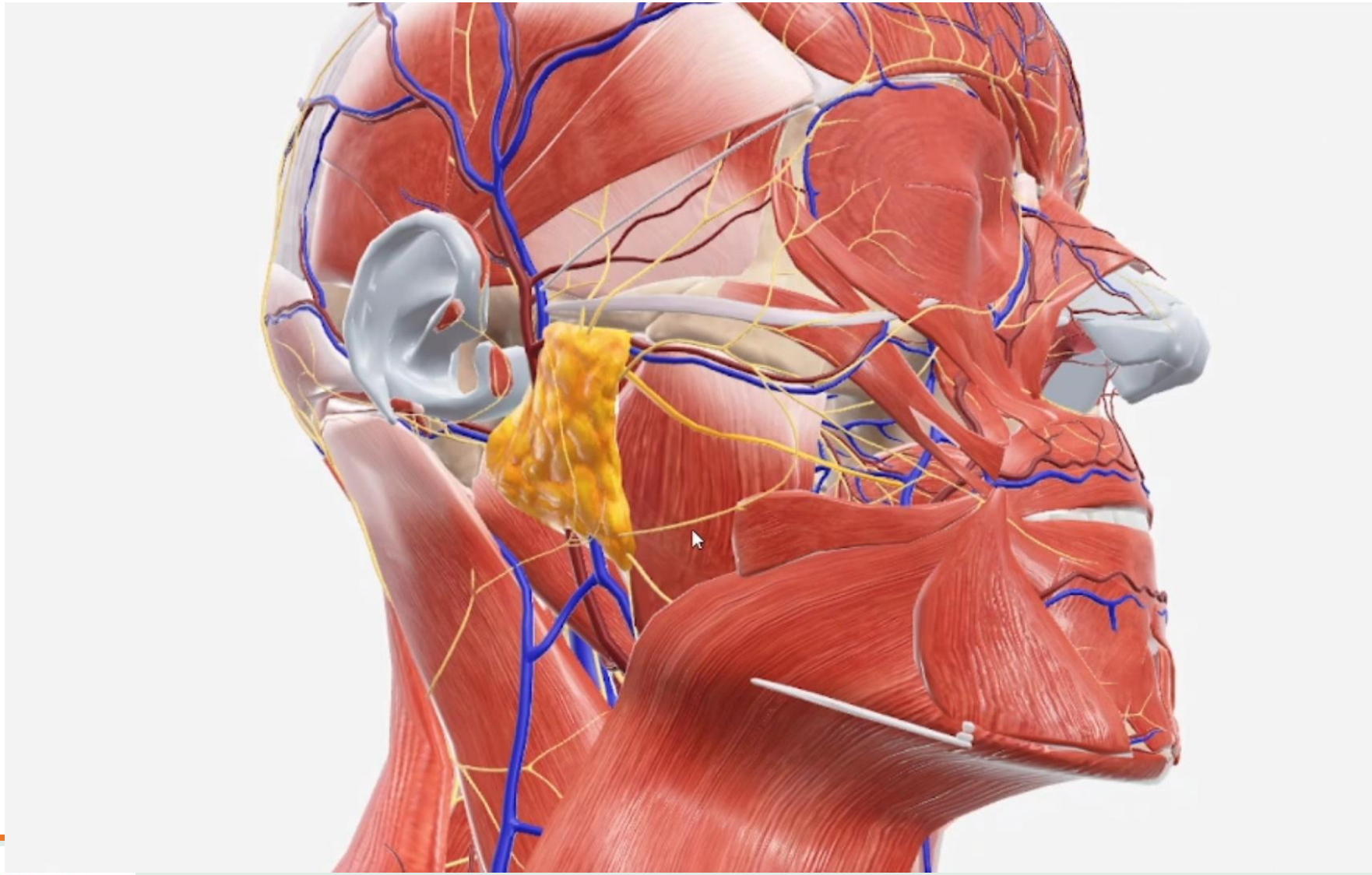
Functional alterations

- Corneal lesions
- Restricted visual field
- Reduced nasal breathing
- Difficulty in speech
- Difficulty in chewing
- Morsicatio buccarum (cheek biting)

Significant psycho-social impact

GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

OTOLARYNGOLOGY REGGIO EMILIA

GHIANDOLA SOTTOMANDIBOLARE

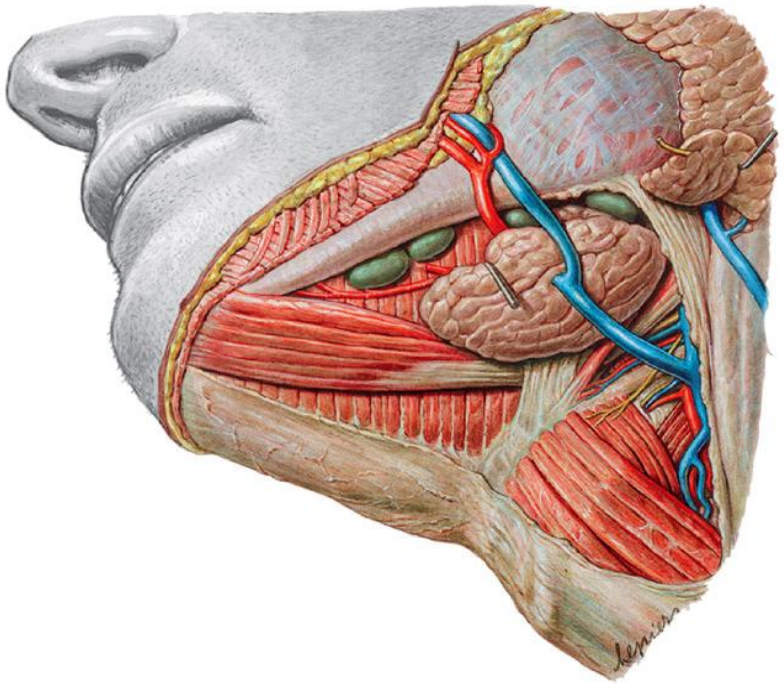
SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

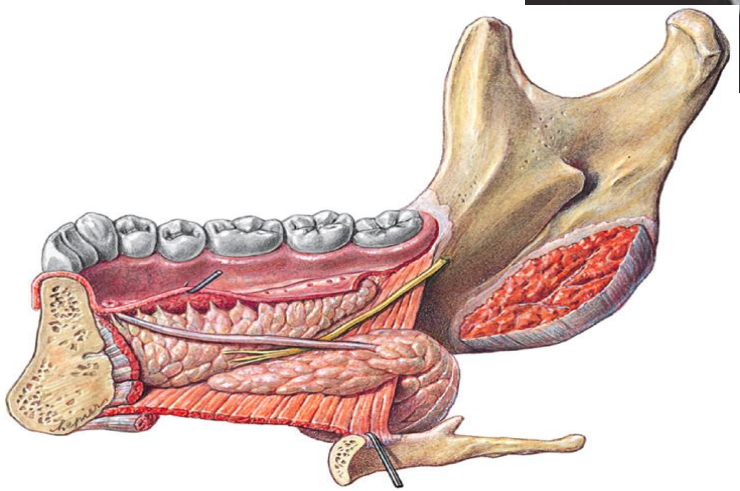
- Localizzata nella loggia sottomandibolare

- Ghiandola di tipo siero-mucoso

- Dotto escretore: dotto di Wharton che si dirige dalla ghiandola in alto e medialmente verso la base del **frenulo linguale** per poi aprirsi all'apice della **caruncola linguale**





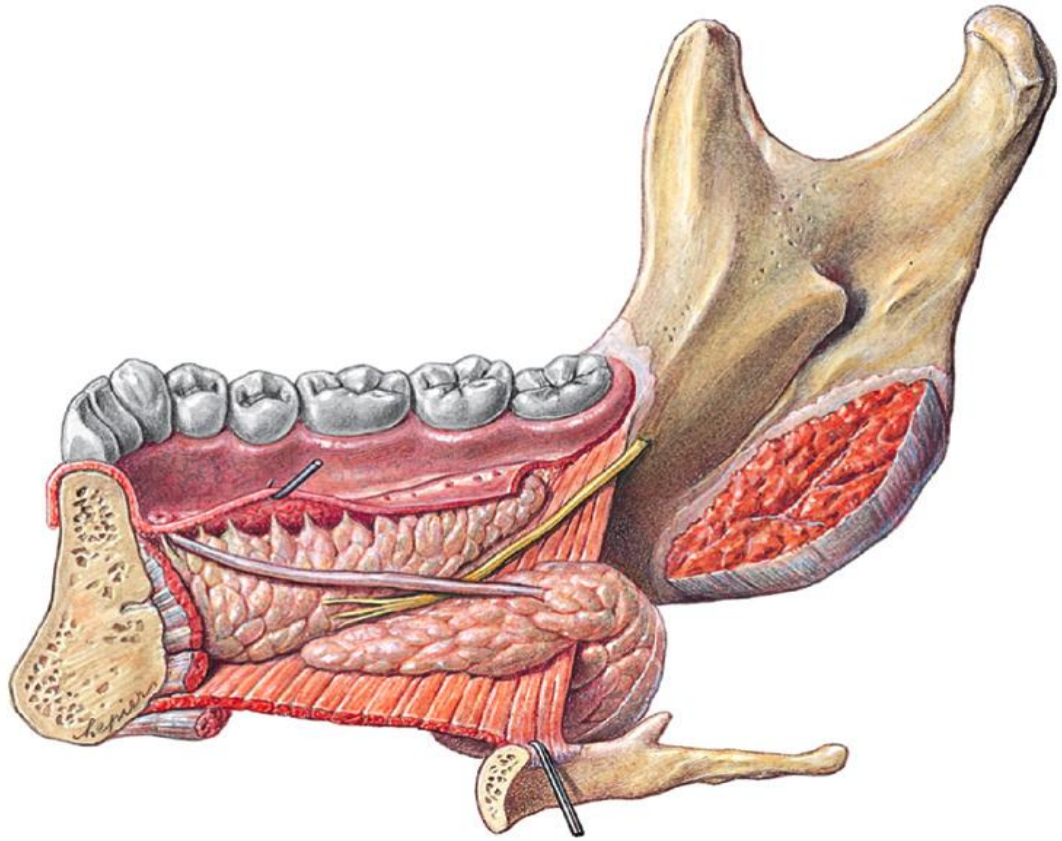


GHIANDOLA SOTTOLINGUALE

- Secrezione prevalentemente mucosa

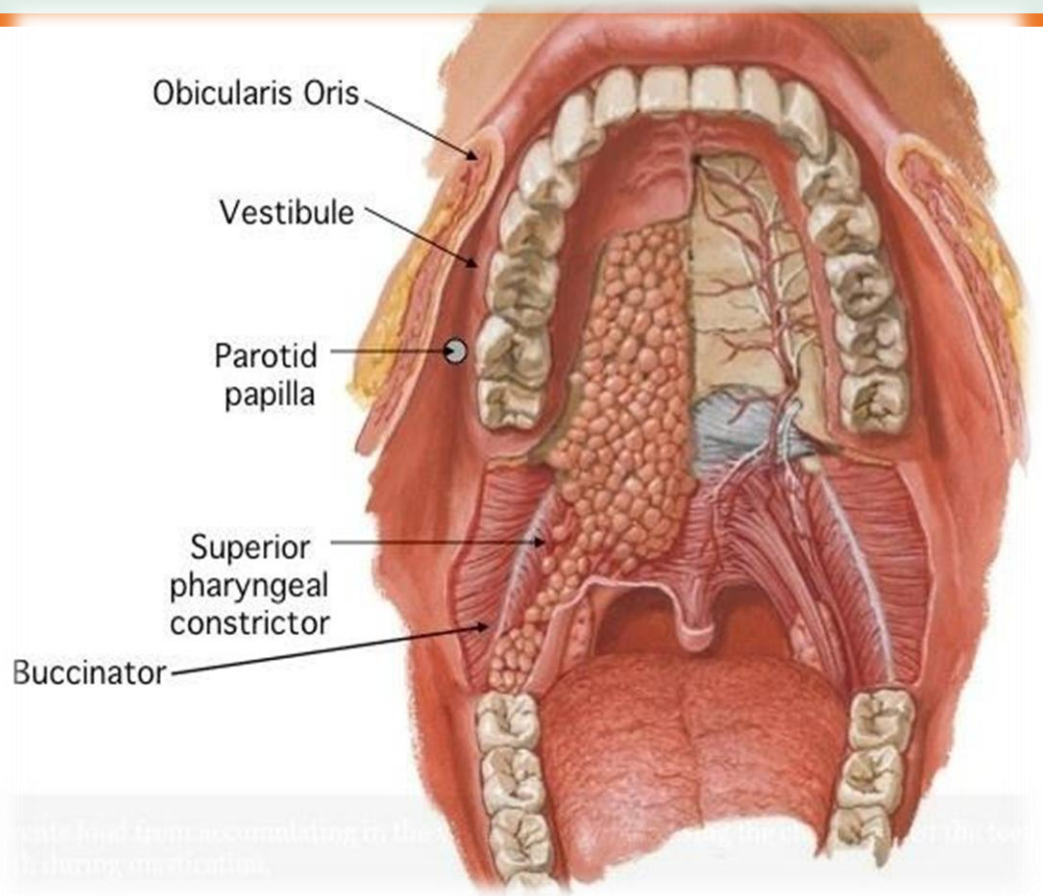
- Formata da una serie di piccole ghiandole raccolte in un unico corpo lungo il perimetro del pavimento della bocca, ai lati del frenulo linguale.

- Ognuna delle parti che la compongono è dotata di un dotto escretore, che confluisce insieme agli altri in un dotto escretore di calibro maggiore chiamto **dotto sottolinguale maggiore o dotto del Bartolini.**



GHIANDOLE SALIVARI MINORI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI



La maggior parte si concentra nella **cavità orale:**

- Linguali
- Palatine (palato molle e parte posteriore del palato duro)
- Labiali
- Buccali (mucosa geniena)

La patologia salivare può originare anche da queste !!

Altre, che non sembrano contribuire alla produzione di saliva, si trovano nella sottomucosa del **rinofaringe**, **seno mascellare**, **epiglottide** e in parte nella **laringe**

INNERVAZIONE

Le ghiandole salivari posseggono duplice innervazione: simpatica e parasimpatica

Parotide:

- **Inn. parasimpatica**: le fibre pregagliari nascono dal **nucleo salivatorio inferior (IX nc)** e raggiungono il gangio otico attraverso il nervo glosso faringeo, il nervo di Jacobson e il n.piccolo petroso superficiale. Da qui le fibre post-gangliari si portano alla parotide attraverso il **nervo auricolo-temporale.**
- **Inn. simpatica**: le fibre pre-gangliari nascono dalla colonna laterale del midollo spinale (T1-T2) e raggiungono il **ganglio cervicale superiore** ;da qui le fibre post-gangliari arrivano alla parotide attraverso il **plesso simpatico della arteria carotide estena**

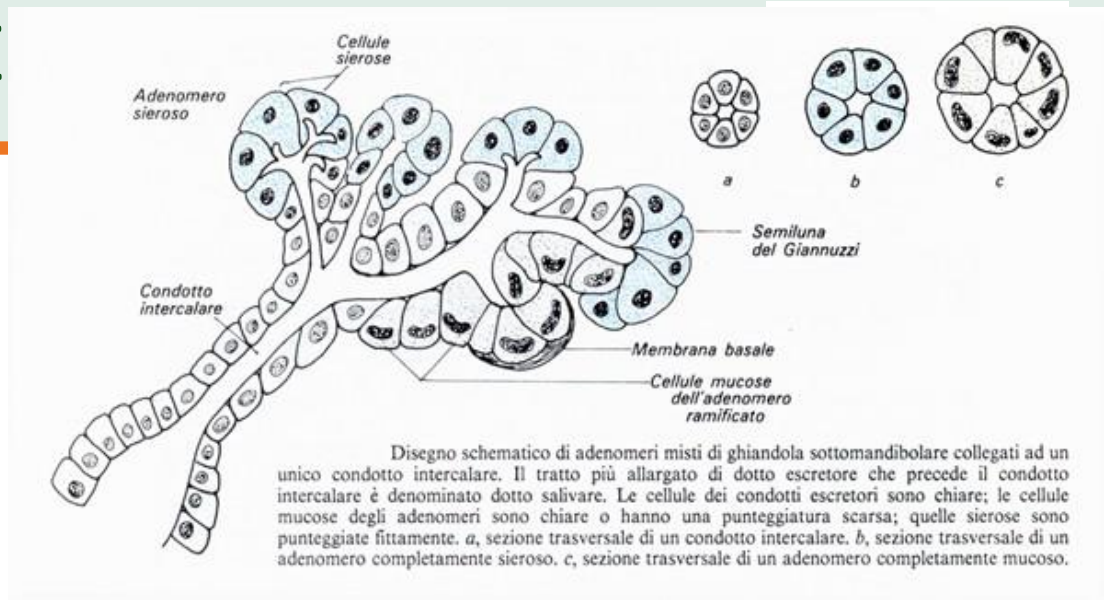
Ghiandola sottomandibolare e sottolinguale:

- **Inn. parasimpatica**: fibre pregagliari nascono dal **nucleo salivatorio superiore (VII nc)**, entrano a far parte del nervo intermedio di Wrisberg e, attraverso la **chorda tympani e il nervo linguale** raggiungono le ghiandole
- **Inn. simpatica**: analoga a quella destinata alla parotide

FUNZIONE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

*Secernere **SALIVA***



Disegno schematico di adenomeri misti di ghiandola sottomandibolare collegati ad un unico condotto intercalare. Il tratto più allargato di dotto escretore che precede il condotto intercalare è denominato dotto salivare. Le cellule dei condotti escretori sono chiare; le cellule mucose degli adenomeri sono chiare o hanno una punteggiatura scarsa; quelle sierose sono punteggiate fittamente. *a*, sezione trasversale di un condotto intercalare. *b*, sezione trasversale di un adenomero completamente sieroso. *c*, sezione trasversale di un adenomero completamente mucoso.

A cosa serve la saliva?

- *Lubrifica* la mucosa del cavo orale
- Facilita *l'articolazione della parola*
- *Funzione gustativa*: facilita il contatto del cibo con le papille gustative
- *Funzione digestiva*: contiene amilasi e lipasi salivare
- *Formazione del bolo:* deglutizione atraumatica
- *Neutralizza sostanze acide*, compresi gli acidi gastrici rigurgitati (tra i sintomi della MRGE, è compresa la **scialorrea**)
- *Funzione antimicrobica :* lisozima, IgA, muramidasi
- Anticariogena: Ca, Cl e Fosfato preservano lo smalto dei denti.

Ghiangole esocrine merocrine o eccrine

Il flusso salivare raggiunge il suo massimo tra i 6 e i 14 anni e decresce dopo i 20.

1-2 L/die;
pH 6- 7,4

99% H20,
proteine,
enzimi,Na,K,H
CO3

GLOSSARIO



Ipersalivazione (o Ptialismo) indica un aumento oggettivo e anomalo della secrezione salivare

La **Scialorrea** indica più propriamente la fuoriuscita o il gocciolamento di saliva dalla bocca (spesso legata a un problema di deglutizione anziché a una produzione eccessiva).



Iposalivazione indica una riduzione oggettiva della secrezione salivare.

La **xerostomia** è la sensazione soggettiva di bocca secca; può esistere anche con flusso salivare normale

N.B. Lo ptialismo deve anche essere distinto dalla Ptialomania, o tic di suzione

ALTERAZIONE DELLA SECREZIONE SALIVARE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Categoria	Scialorrea	Xerostomia
Stati fisiologici	• Frutta acida • Gravidanza • Stimoli olfattivi, visivi • Nausea e vomito	• Ambienti di lavoro polverosi/caldi
Agenti tossici	• Avvelenamento da metalli (es. mercurio)	• Avvelenamento da alimenti (es. funghi)
Farmaci	• Farmaci psicotropici (clozapina) • Acetilcolina • Organofosfati (Parathion) • Morfina • β-bloccanti • Caffeina • Stricnina • Teofillina	• Antiipertensivi • Antidepressivi • Analgesici • Tranquillanti • Diuretici • Chemioterapici • Antistaminici

ALTERAZIONE DELLA SECREZIONE SALIVARE

Alterazioni Salivari su Base Patologica

Scialorrea
Ipersecrezione salivare)

- Stomatiti
- Diabete insipido
- Malattia di Parkinson
- Paralisi cerebrale
- Encefalite
- Sindrome di Sluder
- Cefalea a grappolo
- Miastenia gravis
- Malattia di Wilson
- Rabbia
- Botulismo
- Pellagra
- Sindrome di Down
- Psicosi

Xerostomia
Iposecrezione salivare

- Infezioni
- Sindrome di Sjögren
- Scialoadenite post-radioterapia
- Scialolitiasi
- Alcolismo
- Deficit di Vitamina A
- Ipertiroidismo
- Diabete mellito
- Anemia perniciosa
- Anemia sideropenica
- Achilia gastrica
- Disidratazione
- Uremia
- Coma
- Cachessia e marasma
- Depressione

PTIALISMO E SCIALORREA

Segni e Sintomi

- Fuoriuscita involontaria di saliva dalla bocca (drooling).
- Difficoltà a parlare o a mangiare.
- Irritazione della pelle intorno alle labbra.
- Rischio di inalazione di liquidi nei polmoni (polmonite ab ingestis), specialmente in presenza di problemi di deglutizione severi
- Sensazione di congestione buccale da saliva, confermata dal riempimento rapido del cavo sublinguale durante l'esame clinico. Ne deriva un'astenia muscolare sopraioidea e cervicale che deriva dall'incessante necessità di inghiottire.

Diagnosi

Sialometria: misura il volume e il flusso salivare tramite cateterismo del dotto di Stenone a riposo e dopo stimolazione. flusso di 0,3-2,5 mL/15 minuti è normale a riposo, e di 0,5-10 mL/15 minuti dopo stimolazione con 1 mL di soluzione di acido citrico depositato sulla lingua.
La scintigrafia dinamica, che misura la clearance dei radioisotopi (99mTc e 131I), permette anche di apprezzare il flusso dell'insieme delle ghiandole salivari.

PTIALISMO E SCIALORREA

Gestione e Trattamento

- **Terapia causale:** Curare il disturbo alla base, come il reflusso o l'infezione del cavo orale.
- **Logopedia:** Esercizi mirati per migliorare il controllo della muscolatura orale e la frequenza della deglutizione.
- **Approccio farmacologico:** Uso di farmaci specifici come gli **anticolinergici a effetto atropinico** (cerotto di Scopolamina), agli imipraminici (clomipramina) o alla metoclopramide in caso di patologia digestiva discinetica
- **Tossina botulinica** di tipo A e B nei casi più complessi.



ALTERAZIONE DELLA SECREZIONE SALIVARE

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

Alterazioni Salivari su Base Patologica

Scialorrea
Ipersecrezione salivare)

- Stomatiti
- Diabete insipido
- Malattia di Parkinson
- Paralisi cerebrale
- Encefalite
- Sindrome di Sluder
- Cefalea a grappolo
- Miastenia gravis
- Malattia di Wilson
- Rabbia
- Botulismo
- Pellagra
- Sindrome di Down
- Psicosi

Xerostomia
Iposecrezione salivare

- Infezioni
- Sindrome di Sjögren
- Scialoadenite post-radioterapia
- Scialolitiasi
- Alcolismo
- Deficit di Vitamina A
- Ipertiroidismo
- Diabete mellito
- Anemia perniciosa
- Anemia sideropenica
- Achilia gastrica
- Disidratazione
- Uremia
- Coma
- Cachessia e marasma
- Depressione

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

EZIOPATOGENESI CLINICA

Fattori Infettivi, Infiammatori e Attinici

Scialodeniti

Alterano il microambiente salivare e la vascolarizzazione papillare

Sindrome di Sjögren

La xerostomia marcata impedisce la solubilizzazione dei molecole gustative sui recettori.

Radioterapia Head & Neck

Danno diretto dose-dipendente sui bottoni gustativi e sulle ghiandole salivari.

EZIOPATOGENESI CLINICA

Xerostomia Indotta da Farmaci e Tossine Ambientali

Classe Farmacologica	Esempi di Farmaci	Effetto
Antidepressivi	Amitriptilina, Nortriptilina, Fluoxetina, Sertralina	**Riduzione del flusso salivare per blocco dei recettori muscarinici (azione anticolinergica).**
Antistaminici	Dipenidramina, Clorfenamina, Cetirizina, Loratadina	**Inibizione della produzione di saliva per azione antagonista sui recettori H1 e muscarinici.**
Diuretici	Furosemide, Idroclorotiazide, Spironolattone	**Riduzione del volume salivare per disidratazione sistemica e perdita di elettroliti.**
Anticolinergici	Atropina, Scopolamina, Oxibutinina, Ipratropio bromuro	**Inibizione diretta dei recettori muscarinici M_3 nelle ghiandole salivari, bloccando la secrezione acilica.**



Antidepressivi triciclici possiedono un marcato effetto anticolinergico che inibisce i recettori muscarinici delle ghiandole salivari, riducendo drasticamente il flusso salivare.

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

EZIOPATOGENESI CLINICA

Xerostomia Indotta da Farmaci e Tossine Ambientali

Classe Farmacologica	Esempi di Farmaci	Effetto
ACE Inibitori / ARB	Captopril, Enalapril	**Disgeusia / Ageusia**
Antibiotici	Claritromicina, Metronidazolo	**Gusto Metallico**
Chemioterapici	Cisplatino, Paclitaxel	**Ipogeusia Severe**
Metalli & Tossine	Piombo, Mercurio, Pesticidi	**Gusto Dolce/Metallico**



la polifarmacoterapia è un fattore importante.

EZIOPATOGENESI CLINICA

Invecchiamento, Carenze Micronutrizionali e BMS

Carenza di Zinco & B12

Zinco e B12 causano atrofia delle papille e perdita della rigenerazione cellulare.

Invecchiamento (Presbigeusia)

Soglie percettive elevate e rischio di inappetenza o iper-consumo di sale/zucchero.

Bocca Urente (BMS)

Dolore bruciante e disgeusia in menopausa da disfunzione neuropatica centrale.

XEROSTOMIA

Valutazione

- Revisione completa dei farmaci e delle comorbidità.
- Esame orale per carie, mucosite, fissurazioni, candidosi e quantità/viscosità della saliva.
- Se persistente, severa o associata a xeroftalmia: sialometria e valutazione per Sjögren o altra malattia sistemica; la sensazione soggettiva non sempre riflette il flusso salivare.



XEROSTOMIA

Gestione Clinica e Consigli Comportamentali

La gestione deve correggere, quando possibile, la causa; includere igiene orale rigorosa, stimolazione salivare con gomma senza zucchero o pastiglie non cariogene e sostituti salivari.
Pilocarpina o cevimelina possono essere considerate nei casi persistenti con funzione ghiandolare residua, dopo valutazione delle controindicazioni.

È importante usare dentifricio al fluoro, evitare collutori alcolici, tabacco, eccesso di caffeina e bevande zuccherate/acide, e programmare controlli odontoiatrici regolari: la xerostomia aumenta il rischio di carie, candidosi, alitosi e difficoltà a parlare o deglutire.

Solfato di Zinco
45 mg x3/die per disgeusia da radioterapia.

Saliva Artificiale
Sialogoghi e idratazione per la xerostomia.

Posate Non Metalliche
Uso di plastica o legno contro la percezione metallica.

Cibi Freddi & Spezie
Riduzione degli odori sgradevoli e stimolazione recettoriale.

In Sintesi: Gestione Integrata della Xerostomia

La diagnosi differenziale accurata, l'isolamento dei farmaci responsabili e il supporto micronutrizionale rappresentano i tre pilastri per il ripristino della qualità della vita sensoriale.

INCIDENZA E PREVALENZA PATOLOGIE SALIVARI

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

I principali tumori delle ghiandole salivari costituiscono il 5% dei tumori testa collo in Europa.

I tassi di incidenza mondiali grezzo e aggiustato per età sono 0,69 e 0,57 casi per 100.000 persone all'anno, rispettivamente, con 53.583 nuovi pazienti nel 2020.

In Europa, i tassi di incidenza grezzo e aggiustato per età sono 1,3 e 0,67 casi ogni 100.000 persone per anno, rispettivamente, con 9917 nuovi pazienti nel 2020.

Dati per le gh. salivari minori sono limitati, ma il progetto RARECARENet ha stimato l'incidenza grezza pari a 0,4 casi ogni 100.000 persone nel periodo di diagnosi 2000-2007;

gli SGC minori hanno una leggera predominanza nei maschi e l'incidenza è più alta negli anziani (>65 anni).

ESMO GOOD SCIENCE BETTER MEDICINE BEST PRACTICE

ESMO OPEN SCIENCE FOR OPTIMAL CANCER CARE

SPECIAL ARTICLE

Salivary gland cancer: ESMO—European Reference Network on Rare Adult Solid Cancers (EURACAN) Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up†

C. van Herpen[1,2‡], V. Vander Poorten[2,3,4‡], A. Skalova[2,5‡], C. Terhaard[2,6‡], R. Maroldi[7], A. van Engen[8], B. Baujat[9], L. D. Locati[10], A. D. Jensen[11,12], L. Smeele[13], J. Hardillo[14], V. Costes Martineau[15], A. Trama[16], E. Kinloch[17], C. Even[18,19] & J.-P. Machiels[20,21], on behalf of the ESMO Guidelines Committee*

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

INCIDENZA E PREVALENZA PATOLOGIE SALIVARI

Condizione	Incidenza	Prevalenza
Sjögren primario (pSS / pSjD)	6,92 per 100.000 persone/anno	60,82 per 100.000 abitanti
Tumori maligni delle ghiandole salivari (Globale)	0,69/100.000/anno(cruda); 0,57/100.000/anno (standardizzata per età)	53.583 nuovi pazienti nel 2020
Tumori maligni delle ghiandole salivari (Europa)	1,3/100.000/anno (cruda); 0,67/100.000/anno (standardizzata per età)	9917 nuovi pazienti nel 2020

RUOLO DEL TERRITORIO

IL RICONOSCIMENTO PRECOCE E' FONDAMENTALE

Il primo livello di assistenza rappresenta il vero **filtro diagnostico e strategico**:

- **Identificazione dei "campanelli d'allarme" (*red flags*):** Il medico di medicina generale e il pediatra sono i primi a valutare la comparsa di neoformazioni pre-auricolari o sottomandibolari, asimmetrie facciali, dolore persistente o sintomi di tumefazione post-prandiale.

- **Inquadramento differenziale primario:** Distinguere rapidamente tra patologie flogistico-infettive o litiasiche (spesso acute e dolorose) e forme neoformative (spesso ad esordio indolente e progressivo) evita trattamenti medici prolungati e inefficaci.

- **Prescrizione mirata del primo bilancio strumentale:** L'indicazione tempestiva a un'ecografia del collo con studio color-Doppler consente di confermare la natura della massa (solida vs cistica, intra- vs extra-parenchimale) senza perdere tempo prezioso.

- **Educazione e rassicurazione del paziente:** Un'adeguata comunicazione territoriale riduce l'ansia del paziente e previene sia l'inutile "drifting" tra vari specialisti sia il ritardo nella prenotazione delle visite di secondo livello.

RUOLO DEL TERRITORIO

IL RICONOSCIMENTO PRECOCE E' FONDAMENTALE

Il ritardo nella diagnosi e nel *referral* specialistico porta a complicanze cliniche, chirurgiche e prognostiche rilevanti:

A. Progressione di Neoplasie Maligne

- **Aumento dello stadio tumorale (T):** Lesioni inizialmente circoscritte ed enucleabili possono estendersi ai tessuti circostanti, alla cute o alle strutture ossee adiacenti (VII NC).
- **Aumento del rischio metastatico:** Il ritardo incrementa la probabilità di coinvolgimento linfonodale cervicale e di metastasi a distanza.

B. Maggiore Complessità Chirurgica e Morbidità

- L'intervento per masse voluminose o recidivanti richiede approcci demolitivi più ampi, con necessità di ricostruzioni complesse e un rischio significativamente più alto di lesioni nervose, sindrome di Frey o deficit estetico-funzionali permanenti.

C. Cronicizzazione delle Patologie Ostruttive e Flogistiche

- Nelle scialoadeniti croniche o calcolotiche, il mancato inquadramento precoce causa atrofia parenchimale progressiva, fibrosi ghiandolare e infezioni ricorrenti (scialoadeniti acute sovrapposte), rendendo inefficaci i trattamenti conservativi o mininvasivi (come la scialoendoscopia) e costringendo a interventi di scialectomia demolitiva.

D. Necessità di Terapie Adiuvanti più Aggressive

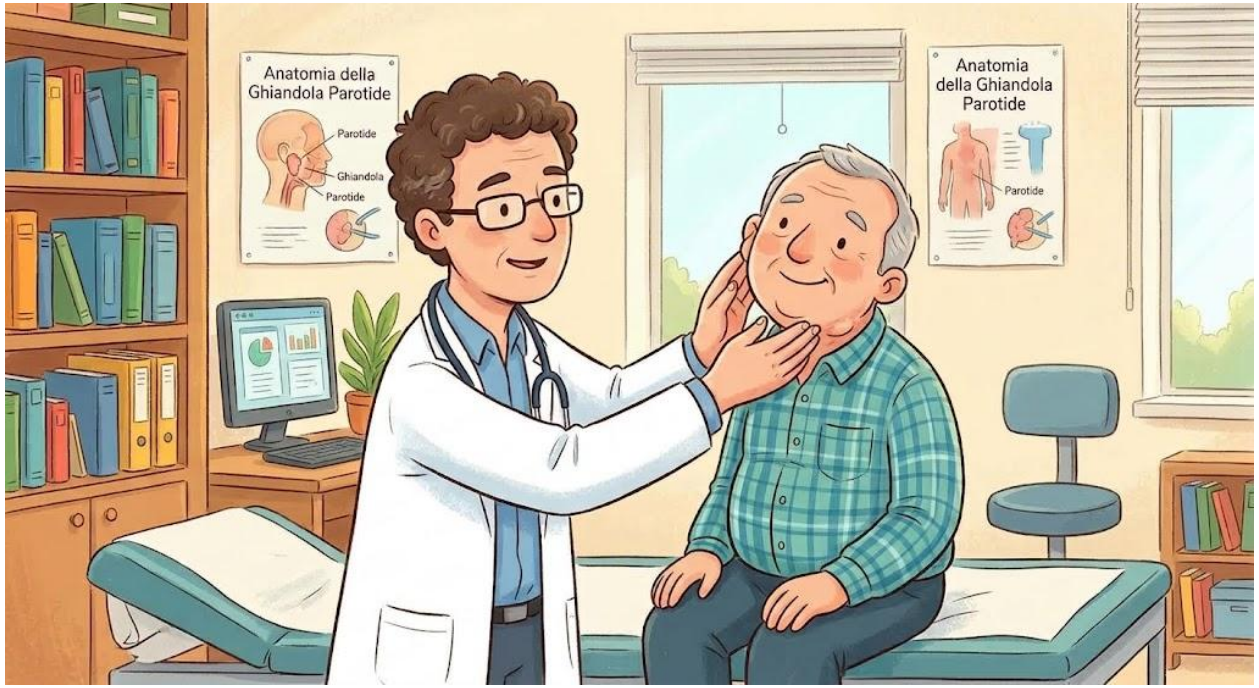
- La diagnosi in fase avanzata trasforma frequentemente casi trattabili con la sola chirurgia in quadri clinici che necessitano di radioterapia posoperatoria o trattamenti integrati, con conseguente aumento della tossicità per il paziente e dei costi per il sistema sanitario.

RUOLO DEL TERRITORIO

SOCIETÀ MEDICA
LAZZARO SPALLANZANI

IL RICONOSCIMENTO PRECOCE E' FONDAMENTALE

Il rafforzamento della **rete di collaborazione tra il territorio e le Unità Operative di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale** è la misura d'elezione per abbattere i tempi di diagnosi: ciò permette al medico di medicina generale di inviare tempestivamente il paziente allo specialista, trasformando il riconoscimento precoce in un effettivo miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita.



SPECIALISTA ON CALL AMSN RE:

0522 / 296350 - 296223
Dalle 11:00 alle 13:00 dal Lunedì al Venerdì

PATOLOGIE DELLE GHIANDOLE SALIVARI: RICONOSCERE, TRATTARE, INVIARE

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!