

7.5.6. Speekselklier tumoren

1. Algemeen

Work – up

Anamnese en klinisch onderzoek

FNAC bij vermoeden maligniteit

Zo geïndiceerd : panendoscopie voor de kleine speekselkliertumoren met biopsienam

Radiologische oppuntstelling

Bij voorkeur NMR-scan voor evaluatie lokale uitgebreidheid (voorkeur boven CT)

(Na MRI) Echo + FNAC bij vermoeden maligniteit

Bij vermoeden maligniteit staging dmv CT hals-thorax

Evt. PETscan bij geavanceerde ziekte/hoggradige tumoren

2. TNM-classificatie: zie 8ste editie UICC Major Salivary Glands

Opmerking : de tumoren van de mineure speekselklieren worden gestaged conform de anatomische site alwaar ze gelokaliseerd zijn (geen aparte staging).

3. Anatomopathologie van speekselkliertumoren

WHO 2017	Malignant tumours		
	Acinic cell carcinoma	8550/3	
	Secretory carcinoma	8502/3	❖ New entities
	Mucoepidermoid carcinoma	8430/3	
	Adenoid cystic carcinoma	8200/3	
	Polymorphous adenocarcinoma	8525/3	❖ Simplification of terminology
	Epithelial-myoepithelial carcinoma	8562/3	
	Clear cell carcinoma	8310/3	❖ Regrouping of rare entities
	Basal cell adenocarcinoma	8147/3	
	Sebaceous adenocarcinoma	8410/3	
	Intraductal carcinoma	8500/2	
	Cystadenocarcinoma	8440/3	
	Adenocarcinoma, NOS	8140/3	
	Salivary duct carcinoma	8500/3	
	Myoepithelial carcinoma	8982/3	
	Carcinoma ex pleomorphic adenoma	8941/3	
	Carcinosarcoma	8980/3	
	Poorly differentiated carcinoma		
	Neuroendocrine and non-neuroendocrine		
	Undifferentiated carcinoma	8020/3	
	Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3	
	Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3	
	Lymphoepithelial carcinoma	8082/3	
	Squamous cell carcinoma	8070/3	
	Oncocytic carcinoma	8290/3	
	Borderline tumour		
	Sialoblastoma	8974/1	

WHO 2017	Benign tumours		
	Pleomorphic adenoma	8940/0	
	Myoepithelioma	8982/0	
	Basal cell adenoma	8147/0	
	Warthin tumour	8561/0	
	Oncocytoma	8290/0	
	Lymphadenoma	8563/0	
	Cystadenoma	8440/0	
	Sialadenoma papilliferum	8406/0	
	Ductal papillomas	8503/0	
	Sebaceous adenoma	8410/0	
	Canalicular adenoma and other ductal adenomas	8149/0	❖ Regrouping of rare entities
	Other epithelial lesions		
	Sclerosing polycystic adenosis		❖ New entities
	Nodular oncocytic hyperplasia		
	Lymphoepithelial lesions		
	Intercalated duct hyperplasia		
	Soft tissue lesions		
	Haemangioma	9120/0	
	Lipoma/sialolipoma	8850/0	
	Nodular fasciitis	8828/0	
	Haematolymphoid tumours		
	Extranodal marginal zone lymphoma of MALT	9699/3	

4. Eerste behandeling

Heelkundige procedure

Primaire tumor : radicale excisie met behoud functie indien mogelijk

Postoperatieve RT: indicaties

- Grote tumoren: pT3 , pT4
- Intermediaire of hoge graad maligniteit
- Adenoïd cystic tumor
- Positieve klieren
- Perineurale of lymfovasculaire invasie
- Marges positief
- Tumorspil

Halsklieren: bij tumoren van de majeure speekselklieren

cN0 : halsevidement in geval van
- Hooggradig
- en/of cT3, cT4

cN+ : halsevidement

bij tumoren van de mineure speekselklieren

halsevidement indien cN+

5. Follow – up

Klinische evaluatie van hoofd en hals:

Jaar 1 : elke 1-3 maanden

Jaar 2 : elke 2-4 maanden

Jaren 3-5 : elke 4-6 maanden

>5 Jaar : om de 12 maanden

Preferentieel Jaarlijks: CT hals-thorax tot +/- 5 jaar na therapie en/of MRI hals/schedelbasis (preferentieel MRI bij adenoïd cystic carcinoma voor perineurale spreiding)

6. Behandeling van recidief en/of metastatische ziekte

Locoregionaal of recidief op afstand, operabel: heelkunde – metastasectomie te overwegen en/of RT; al dan niet in combinatie met systemische therapie

Locoregionaal of recidief op afstand, inoperabel:

Systemische chemotherapie, evt RT, evt. androgeenreceptor therapie indien AR+, evt. trastuzumab bij Her2+, clinical trials of palliatieve zorgen