

# EVOLUȚIA PAREZEI POSTOPERATORII A NERVULUI FACIAL DUPĂ NEURORAFIE ȘI VITAMINOTERAPIE ÎNTR-UN CAZ DE TUMORĂ WARTHIN GIGANTĂ

ELENA-MARIA MICOIU<sup>1</sup>, RADU IOAN NEACȘU<sup>2</sup>, DAN SABĂU<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, <sup>2</sup>Spitalul Militar de Urgență Sibiu

**Cuvinte cheie:** tumora Warthin, parotidectomie, nervul facial, neurorafie

**Rezumat:** Recuperarea funcțională a unui ram nervos după o leziune de natură chirurgicală este variabilă ca timp și grad de vindecare. Este prezentat un caz de tumoră Warthin de mari dimensiuni, extinsă în întreaga lojă parotidiană și spațiul parafaringian ce a implicat o abordare diagnostică și terapeutică specială. Lezarea intraoperatorie a uneia din ramurile nervului facial, ce a necesitat reparația imediată prin neurorafie, a fost urmată de recuperare funcțională cvasicompletă după o perioadă de dispensarizare de circa 1 an.

**Keywords:** Warthin tumour, parotidectomy, facial nerve, neurorrhaphy

**Abstract:** Functional recovery of a nervous branch after an injury of surgical nature varies in terms of healing time and degree. A case with large dimension Warthin tumour extended in the whole parotid bed and the parapharyngeal space is presented, involving a special diagnosis and therapy approach. The intrasurgery injury of one of the facial nerve branches, asking for immediate repair through neurorrhaphy, was followed by quasi complete functional repair after a year of directly observed therapy.

## INTRODUCERE

Tumora Warthin (chistadenolimfomul papilar) este o tumoră benignă cu caracter pseudochistic a glandelor salivare, care afectează exclusiv parotidele (1), localizată frecvent în lobul superficial al glandei parotide. (2) Are o prevalență de 5-10% dintre tumorile de parotidă (1), și apare mai frecvent la bărbați, în decada a 6-a de vârstă. Chistadenolimfomul este o tumoră bine delimitată, nedureroasă și cu o evoluție lentă (3), ce recidivează rar după extirpare completă (1), iar o transformare malignă este mai puțin probabilă. (4) Eponimul de tumoră Warthin derivă de la cercetarea efectuată de Aldrin Scott Warthin în 1929 în SUA pe primele două cazuri de chistadenolimfom papilar. (5)

Tratamentul de elecție pentru tumora Warthin este chirurgical, dar spre deosebire de celelalte tumori benigne parotidiene (de ex. adenom pleomorf, adenom monomorf, oncocitom etc.) la care se indică ablația tumorii împreună cu tot lobul glandular în care s-a dezvoltat, în cazul chistadenomului papilar este suficientă simpla enucleere. (1)

Deși simpla enucleere a tumorii comportă riscuri operatorii mai mici, în unele cazuri (de exemplu tumori de mari dimensiuni) intervenția chirurgicală poate avea un grad sporit de dificultate, în special în ceea ce privește conservarea nervului facial.

În general, în tumorile benigne parotidiene este contraindicată biopsia incizională datorită: cicatricilor ce pot îngreuna intervenția chirurgicală de parotidectomie, riscului diseminării celulelor tumorale, riscului lezării nervului facial sau a unor vase din loja parotidiană (vena retromandibulară, artera carotidă externă), și a riscului crescut de apariție a unei fistule salivare. (1) Totuși în unele cazuri se poate efectua biopsia tumorii înaintea intervenției de parotidectomie, respectiv în cazurile în care tumora este abordabilă la nivelul unor planuri superficiale și dacă se suspicionează un tip histopatologic malign.

Prezentăm un caz de tumoră Warthin gigantă

selecționat din baza de date a Compartimentului Chirurgie Oro-Maxilo-Facială al Spitalului Militar de Urgență Sibiu, cuprinzând cazurile de tumori parotidiene operate în intervalul mai 2012 - iunie 2014. Pacienții cuprinși în această bază de date au fost monitorizați în ceea ce privește evoluția parezei postoperatorii a nervului facial sub diverse terapii adjuvante. Pentru evaluarea gradului parezei postoperatorii a nervului facial s-a utilizat scala House-Brackmann (6) revizuită de Facial Nerve Disorders Committee în 2009 (7), adaptată pentru fiecare ramură principală a nervului facial. Scala House-Brackmann de evaluare globală a funcției nervului facial cuprinde 6 grade (tabelul nr. 1). (8)

Pentru evaluarea clinică, pacienții trebuie să: ridice sprâncenele (ramura temporală), închidă ochii strâns (ramura zigomatică), încrețească nasul, buzele (ramura bucală), să deschidă gura și să-și arate dinții (ramura marginală a mandibulei). (8)

Această scală de evaluare a funcției nervului facial s-a aplicat și în cazul de față la care a fost prezentă pareza uneia din ramurile principale a nervului facial.

**Tabelul nr. 1. Sistemul de gradare a parezei periferice a nervului facial după House și Brackmann (1985) (8)**

Grad	Descriere	Caracterizare	Funcție estimată
I	Normal	funcție normală simetrică în toate zonele	100%
II	Ușor	ușoară slăbire observabilă numai la o inspecție apropiată; închiderea completă a fantei palpebrale cu efort minim; ușoară asimetrie a zămbetului cu efort maxim; absența contracturii sau a spasmului	80%
III	Moderat	slăbire evidentă, dar care nu modifică relieful facial în repaus; este posibil să nu poată ridica sprâncena; închiderea completă a fantei palpebrale și mișcări	60%

<sup>1</sup>Autor corespondent: Micoiu Elena-Maria, Str. Mesteacănului, Nr. 9, Sibiu, România, E-mail: elenamicoiu@yahoo.com, Tel: +40766 437638  
 Articol intrat în redacție în 14.08.2014 și acceptat spre publicare în 01.10.2014  
 ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2014;2(4):53-55

## ASPECTE CLINICE

		puternice dar asimetrice ale gurii cu efort maxim; spasm evident	
IV	Moderat - Sever	deformare evidentă, slăbire musculară; incapacitatea de a ridica sprânceana; închiderea incompletă a fantei palpebrale și asimetria gurii cu efort maxim; spasm sever	40%
V	Sever	mișcare ușor perceptibilă; închidere incompletă a fantei palpebrale, ușoară mișcare a colțului gurii; contractură și spasm de obicei absent	20%
VI	Total	fără mișcare, pierderea tonusului, fără contractură sau spasm	0%

### PREZENTARE DE CAZ

Pacientul B. D., de 62 ani din Sibiu, s-a prezentat în Compartimentul Chirurgie Oro-Maxilo-Facială al Spitalului Militar de Urgență Sibiu, în luna mai 2013 pentru o tumoră latero-faringiană dreaptă cu debut în urmă cu aproximativ 2 ani. Pacientul acuză deformarea nedureroasă a regiunii parotidiene și a vălului palatin pe partea dreaptă, cu creștere lentă asociată în ultima perioadă cu tulburări de deglutiție, fonație și respirație.

Examenul clinic cervicofacial și endooral relevă prezența unei formațiuni tumorale voluminoase (diametru estimativ 7x8 cm) ce deformează relieful regiunii parotideo-subangulomandibulare dr. și în același timp bombează în peretele lateral al orofaringelui și în palatul moale, lueta fiind deviată spre stânga cu ~1,5 cm. La palpate bimanuală endo-orală tumora este nedureroasă, de consistență moale-elastică, bine delimitată în suprafață, dar fixată în profunzime, fără a se putea preciza exact limitele. Clinic se evidențiază de asemenea un ganglion cu diametrul 1,5 cm subangulomandibular dr. mobil, elastic, nedureros.

**Figura nr. 1. Aspect preoperator - tumefacție în regiunea parotidiană dreaptă (cazistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



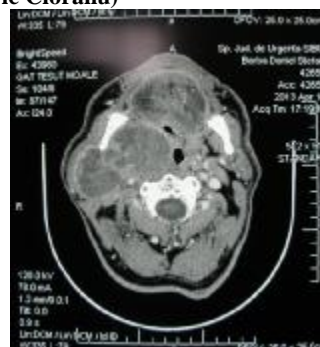
**Figura nr. 2. Aspect preoperator endooral, tumora bombează în orofaringe și hemivălul palatin drept (cazistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



Având în vedere dimensiunea mare a tumorii și interesarea spațiului laterofaringian, s-a indicat examen imagistic (CT) pentru detalierea diagnosticului topografic. (figura nr. 3) Acesta a evidențiat o tumoră bine delimitată în regiunea parotidiană extinsă în spațiul parafaringian drept; adenopatii latero-cervicale profunde drepte cu diametrul de până la 1,7 cm. În vederea diagnosticului s-a efectuat de asemenea

biopsia incizională a tumorii prin abord endooral, de la nivelul vălului palatin, ce a evidențiat chistadenolimfom papilar.

**Figura nr. 3. Imagine CT preoperator (cazistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



Datorită dimensiunii mari a tumorii ce interesa întreaga lojă parotidiană, extinsă și în spațiul parafaringian drept, s-a decis intervenția chirurgicală de ablație a tumorii prin parotidectomie subtotală cu conservarea nervului facial. Deși pentru tumorile parafaringiene se indică frecvent un abord chirurgical transmandibular, uneori mixt endo-oral, în acest caz s-a reușit ablația tumorii prin lărgirea abordului parotidian obișnuit de tip Redon în regiunea laterocervicală, respectiv în triunghiul carotic. Acest abord a permis ligatura arterei carotide externe la emergența din furca mușchilor stilieni. Pântecul posterior al mușchiului digastric a fost secționat, pentru facilitarea abordului.

**Figura nr. 4. Aspect intraoperator, normă laterală dreaptă. Se secționează pântecul posterior al mușchiului digastric (cazistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



Disecția nervului facial nu a fost posibilă în sens anterograd (de la trunchi spre ramuri) datorită volumului tumorii. S-au identificat astfel întâi ramurile principale ale n. facial situat în contact cu capsula tumorii, în plan superficial față de aceasta, apoi s-a efectuat enuclearea tumorii.

**Figura nr. 5. Aspect intraoperator normă laterală dreaptă. Plagă post excizie tumoră (cazistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



## ASPECTE CLINICE

În profunzime, tumora prezenta raport intim cu mușchii prevertebrali, stilieni, pterigoidieni, vena jugulară internă, elemente anatomice ce au fost conservate în cursul disecției. Datorită raportului apropiat, tensionat prin distensia tisulară a r. marginal a mandibulei al n. facial cu capsula tumorii, acesta este secționat în cursul disecției, necesitând neurorafie imediată.

**Figura nr. 6. Aspect intraoperator normă laterală dreaptă. Neurorafia r. marginal al mandibulei al n. facial (cazuistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



Enuclearea tumorii a fost completată cu extirparea acinilor glandulari adiacenți ai lobului superior și profund ai glandei.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu excepția parezei evidente imediat postoperator a n. facial evaluată la gr. IV pentru r. marginal a mandibulei (conform scalei House-Brackmann adaptată).

**Figura nr. 7a, 7b Aspect postoperator la 7 zile - pareza r. marginal al mandibulei al n. facial – mai evidentă în acest caz la mișcarea de brigittare (fuguirea buzelor) (figura nr. 7a) față de mișcarea de zâmbit (figura nr. 7b) (cazuistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



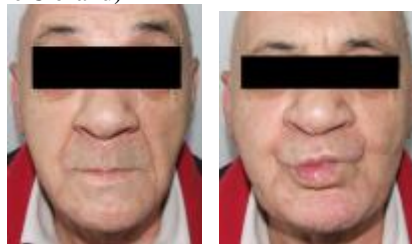
Pacientului i s-a recomandat vitaminoterapie complex B - 1 cură de 1 săptămână, apoi a fost monitorizat timp de 1 an. La 6 luni postoperator, clinic nu prezintă niciun semn de recidivă tumorală, iar pareza r. marginal al mandibulei a fost reevaluată la gr. III.

**Figura nr. 8. Aspect postoperator la 6 luni (cazuistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



La 1 an postoperator, pacientul de asemenea nu prezintă semne de recidivă tumorală, iar pareza n. facial s-a remis cvasicomplet, fiind evaluată la gr. I conform scalei House-Brackmann adaptată.

**Figurile nr. 9 și 10. Aspect postoperator la 1 an. Se observă remisiunea cvasicompletă a parezei r. marginal al mandibulei al nervului facial (cazuistica Prof. Univ. Dr. Viorel Ibric Cioranu)**



### CONCLUZII

Cazul expus a prezentat mai multe particularități anatomoclinice, diagnostice și terapeutice, o parte favorabile, altele nefavorabile pentru managementul chirurgical. Deși tumora a prezentat dimensiuni foarte mari, bombând în peretele orofaringian, acest lucru a permis prelevarea unei biopsii incizionale pe cale endoorală, fără riscul afectării n. facial. Caracterul benign al tumorii Warthin cu indicație terapeutică uzuală de enucleere chirurgicală, a permis utilizarea ca abord chirurgical pentru spațiul parafaringian a abordului parotidian lărgit. Dimensiunea mare a tumorii nu a permis identificarea trunchiului nervului facial la intrarea în loja parotidiană, după tehnica uzuală, identificarea nervului facial fiind posibilă în prima parte a operației doar la nivelul ramurilor. Acest lucru, ca și raportul intim al n. cu capsula tumorii, a favorizat secționarea accidentală a unui r. al nervului facial ce a necesitat neurorafie. Pe de altă parte, constatăm evoluția favorabilă, spre recuperare cvasicompletă a funcției nervului facial supus neurorafiei după circa 1 an, timp în care pacientul a urmat doar 1 cură de 7 zile de vitaminoterapie complex B.

### REFERINȚE

1. Bucur A, Vila NC, Lowry J, Acero J. Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială” vol. II. Ed. Q Med Publishing, București; 2009. p. 748,758,763.
2. Fodor D, Pop S, Maniu A, Cosgaria M. Gray scale and Doppler ultrasonography of the benign tumours of the parotid gland (pleomorphic adenoma and Warthin's tumour)”, Medical Ultrasonography 2010;12(3):238-244.
3. Mandel L, Tomkoria. Case Report- Differentiating HIV-1 Parotid Cysts from Papillary Cystadenoma Lymphamatosum; 2000 JADA:772.
4. Ibric-Cioranu V, Ibric-Cioranu S, Făgețan I, Neacșu R, Petrescu Seceleanu V, Roman A, Rusu M. Chirurgie oro-maxilo-facială, Ed. Universității Lucian Blaga din Sibiu, Sibiu; 2012. p.160.
5. Batori M, Mariotta G, Giovannone G, Casella G, Casella MC. Warthin's tumor of parotid gland: treatment of a retroneural lesion by enucleation, European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2002;6:105-111.
6. Hassanein K, Muhammad E. Facial Nerve Dysfunction Following Conservative Primary Parotid Surgery Egyptian Journal of Surgery 2006;25(1).
7. Lee HY, Park MS, Byun JY, Chung JH, Na SY, Yeo SG. Agreement between the Facial Nerve Grading System 2.0 the House – Brackmann Grading System in Patients with Bell Palsy. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology 2013;6(3):135-139.
8. Scheller K, Scheller C. Nimodipine promotes regeneration of peripheral facial nerve function after traumatic injury following maxillofacial surgery: An off label pilot-study. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 2012;40:427-34.