

CONSIDERAȚII ASUPRA TRATAMENTULUI VESTIGIILOR EMBRIONARE CERVICOFACIALE

Considerations on congenital malformations of the head and neck

Dr. Monica Muțu, Prof. Dr. T. Ataman

Lucrare efectuată în clinica ORL din IFACF-ORL „Dr. Hociotă”, București

REZUMAT

Autorii prezintă conduita terapeutică pe care clinica noastră o urmează în cazul pacienților care prezintă vestigii embrionare cervicofaciale. Anomaliile branchiale pe care le vom lua în considerație sunt coloboma auris, bursa lui Boyer, chisturile branchiale și chisturile de tract tireoglos. Metoda de tratament de elecție este cea chirurgicală, constând în ablația în întregime a formațiunii. Când apare suprainfecția, se impun temporizarea intervenției chirurgicale și antibioterapia.

Cuvinte cheie: anomalii branchiale, malformații congenitale cervicofaciale, chist de tract tireoglos, CTTG, chisturi branchiale, coloboma auris, bursa lui Boyer

ABSTRACT

The authors present the therapeutic conduct that our clinic applies in the cases of patients with congenital malformations of the head and neck. The branchial malformations that we will consider are coloboma auris, Boyer's bursa, branchial cysts, thyroglossal duct cysts. The main method of treatment is surgery, consisting in total removal of the anomaly. When infection occurs, the delay of the operation and antibiotics are recommended.

Key words: branchial malformations, congenital malformations of the head and neck, thyroglossal duct cysts, TGDC, branchial cysts, coloboma auris, Boyer's bursa

Regiunea cervicofacială este una dintre cele mai complicate structuri pe care le formează embrionul, cu o formă intermediară de dezvoltare specială (aparatură branchial) și contribuții de la toate straturile embrionare (ectoderm, endoderm, mesoderm). Nu sunt rare cazurile în care această regiune prezintă anomalii. Vestigiile embrionare cervicofaciale pe care le vom lua în considerație sunt coloboma auris, bursa lui Boyer, chisturile/ductele branchiale, chisturile/ductele de tract tireoglos Bochdaleck.

Aceste vestigii embrionare au tratament eminemente chirurgical, ce constă în ablația totală a formațiunii respective. În situația suprainfecției, se administrează antibioterapie cu spectru larg, până la ștergerea completă a fenomenelor inflamatorii (după caz, când este necesar, se practică

incizie drenatorie) și numai la minimum 4-6 săptămâni de la dispariția acestora se va practica ablația.

În ceea ce privește investigațiile preoperatorii, pe lângă cele uzuale chirurgicale (hemoleucograma, TS, TC, glicemie, probe hepatice, uree, creatinină, radiografie pulmonară, ECG) se recomandă ecografia cervicală, dar uneori sunt utile și tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară. Scintigrafia tiroidiană este obligatorie la pacienții diagnosticați cu ducte de tract tireoglos Bochdaleck, pentru a descoperi prezența unor eventuale glande tiroide ectopice sau aberante. Puncționarea preoperatorie în scop diagnostic trebuie prescrisă, deoarece nu aduce date diagnostice suplimentare și împietcăză asupra decolării intraoperatorii.

În situația colobomei auris, introducerea în tra-

Adresă de corespondență:

Dr. Monica Muțu, IFACF-ORL „Prof. Dr. Hociotă”, Str. Mihail Ciobanu Nr. 21, Sector 5, București

iectul fistulos a unui colorant (albastru de metilen sau violet de gențiană) cu 24-48 de ore înainte de actul chirurgical poate fi de un real folos în urmărirea prelungirilor și digitațiilor sacului vestigial.

Suprainfectarea vestigiilor embrionare poate ridica probleme intraoperator, în momentul decolării acestora, din cauza fibrozării ulterioare, a friabilității și a sângerării *en nappe*, existând chiar riscul de a rămâne fragmente restante din sacul vestigial.

Ablarea colobomei auris trebuie efectuată obligatoriu sub microscop și cu monitorizarea nervului facial, mai ales când digitațiile sacului vestigial sunt plasate prehelicotragian și apare riscul lezării nervului facial la nivelul glandei parotide și în spațiul Gregoire. Atunci când în antecedentele preoperatorii imediate au existat episoade inflamatorii și o cavitate mare este restantă, cavitatea trebuie drenată câteva zile (3-5 zile), firește, sub acoperire antibioticoterapeutică adecvată. Este de evitat refacerea planurilor profunde în cazul cavităților adânci și se practică numai sutura planurilor superficiale, pentru a evita riscul lezării organelor de vecinătate: glandele parotide, cu riscul apariției unei fistule parotidiene, nervul facial, cu risc de paralizie, artera temporală superficială, a cărei lezare comportă un risc hemoragic important.

Decolarea blândă, cu traumatizare minimă și în totalitate trebuie practică cu deosebită grijă, pentru a evita ruperea sacului colobomei, care este foarte friabil și restanța unor digitații, care pot regenera sacul vestigial. În situația bursii lui Boyer, reminescentă a sinusului cervical Hiss, se va evita de asemenea puncționarea și se va practica de elecție ecografia cervicală.

Prezența bursitei impune antibioterapia, iar în caz de piocel, se impune incizia drenatorie și numai după rezolvarea problemelor inflamatorii se va practica ablația, la aproximativ 4-6 săptămâni.

Se practică cervicotomie orizontală, cu o linie de incizie plasată la distanță egală între osul hioid și cartilajul tiroid, cu o lungime *a demande des lesions*, apoi se decolează cu multă atenție formațiunea chistică situată înaintea membranei hiotiroidiene, în fața spațiului hiotiroepiglotic.

Refacerea strânsă a planurilor este urmată uneori de formarea unui hematom disecant, în evoluția imediată postoperatorie. Cunoaștem un astfel de caz, în care formarea rapidă a unui astfel de hematom a determinat compresiunea organelor cervicale și instalarea insuficienței respiratorii acute și a impus efectuarea traheotomiei de urgență. Gestul a fost salvator, deși a iscat ulterior controversa dacă nu ar fi fost suficientă deschiderea și drenajul cavității. Dar discuția la rece a posteriori nu a luat în considerație

urgența situației, dificultatea intubării și a explorării pentru a decela vasul sangvin care a cedat. Drenajul cu deget de mână, ca regulă pentru primele 24-48 de ore pare a fi un gest înțelept. Ablarea chisturilor branchiale sau a ductelor branchiale cu traiect fistulos extern se practică prin cervicotomie anterolaterală, presternocleidomastoidiană. Decolarea chisturilor și a fistulelor branchiale este delicată, pentru că aceste formațiuni sunt plasate în regiunea jugulocarotică și pot avea prelungiri intercarotidiene. Decolarea de arteră carotidă este categoric un act periculos, atât pentru riscurile vasculare, dar și reflexogen. Suprainfectarea în antecedente poate face extrem de dificilă și laborioasă decolarea. Mai există, spre insatisfacția operatorului, și riscul spargerii chistului chiar în momentele finale ale intervenției.

Trebuie proscrisă tracțiunea formațiunii chistice, atunci când se practică eliberarea de planurile profunde. Cu cât se pătrunde mai profund, cu atât mai delicată și atraumatică trebuie să fie decolarea.

Pledăm pentru drenare ca regulă, postoperator, pentru a avea sub control eventualele sângerări apărute postoperator. Este de evitat folosirea cauterului în scop hemostatic, mai ales în planurile profunde (atât unipolar, cât și bipolar). Sângerarea postoperatorie poate impune ligatura arterei carotide externe. Ablația ductului de tract tireoglos Bochdaleck începe întotdeauna de jos în sus și impune rezecția corpului hioidian de necesitate. Ductul de tract tireoglos poate fi plasat anterior de hioid, transhioidian sau posterior de hioid.

De fiecare dată, se impune rezecția corpului hioidian *au ciel ouvert*, pentru a evita prezența de celule restante, care pot regenera chistul și a avea acces vizual pentru ultima porțiune, între hioid și foramen caecum. Această ultimă porțiune ridică probleme tehnice chirurgicale prin dificultatea abordului și a riscului hemoragic (din artera dorsală ranină), când hemostaza nu poate fi efectuată decât prin ligatura arterei linguale. Din respectiva regiune se poate ajunge uneori în trigonul Beclard sau Pirogoff (situație în care ligatura este foarte dificilă), dar mai clar de abordat în trigonul lui Farabeuf, însă arcadele arteriale sunt alimentate din ambele părți și, prin urmare, riscurile hemoragice rămân prezente. În concepția clasică se considera că prezența vestigiilor embrionare se datorează lipsei de coalescență a foițelor embrionare. Modern, este incriminată absența apoptozei, dar se conturează și elemente ale unei genopatii. În general, tratamentul chirurgical al vestigiilor embrionare cervicofaciale nu ridică probleme deosebite, dar există situații, din fericire rare, care solicită la maxim chirurgical.

BIBLIOGRAFIE

1. **Ataman T** – Tehnici chirurgicale otorinolaringologice, Ed. Sitech, Craiova, 2005
2. **Ataman T** – Otologie, Ed. Tehnică, București, 2002
3. **Ataman T** – Chirurgia otologică, Ed. Științelor Medicale, București, 2002
4. **Ataman T** – Despre chisturile branchiale cervicale, ORL, 3-4, 1994, pag 57-60
5. **Ataman T** – Chisturile branchiale cervicale, Romania Update, 3-4, 1997, pag 273-276
6. **Ataman T** – Coloboma auris, Orizonturi Medicale, 1, 1998, pag 6-8
7. **Ataman T** – Bursa lui Boyer, Romania Update, 4-5, 1998, pag 336-337
8. **Arteni V** – Chirurgie otorinolaringologică. Timpul operator, Ed. Medicală, București, 1957
9. **Aubry M** – Chirurgie cervico-faciale et oto-rhino-laryngologique, Paris, 1966
10. **Combelles R** – Les collaterals et les terminals de la carotide externe, These pour le Doctorat en Medicine, Imprimerie Du Viguier, 1970
11. **Ford G, Evans J** – Branchial cleft and pouch anomalies, *J Laryngol Otol*, 1992, 106, pag 137-143
12. **Gârbea Șt** – Chirurgie ORL, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1974
13. **Olsen K, Maragos N** – First branchial cleft anomalies, *Laryngoscope*, 1980, 90, pag 423-436
14. **Rosal J et al** – Ackerman's Surgical Pathology, 9th Ed, Mosby, 2004
15. **Williams JD, Sclafani AP** – Evaluation and management of the lingual thyroid gland, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1996, 105, pag 312-316