

شوانوم عصب فاسیال ایترپاروتید: معرفی دو مورد

*دکتر سید بصیر هاشمی¹، دکتر آیه ترقی²

¹دانشیار،²دستیار گروه گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی شیراز

خلاصه

مقدمه: شوانوم عصب فاسیال در ناحیه پاروتید نادر است. در این مقاله دو مورد شوانوم عصب فاسیال ایترپاروتید معرفی شده است.
گزارش مورد: در این دو مورد، تومور تظاهرات تومور پلئومورفیک آدنوم را تقلید کرده و به صورت یک توده ی بدون علامت ظاهر شده است. علاوه بر آن اختلال عصب فاسیال قبل از عمل یافت نگردید.
نتیجه گیری: جهت تشخیص شوانوم عصب فاسیال توجه دقیق و ضریب شک بالا، لازم است و نمونه برداری با سوزن خیلی کمک کننده نیست. تصمیم برای زرکسیون جراحی مبتنی بر عملکرد عصب فاسیال، وسعت تومور و رضایت بیمار دارد.
واژه های کلیدی: شوانوم، عصب فاسیال، غده ی پاروتید.

مقدمه

اکثر تومورهای پاروتید خوش خیم بوده و منشأ نوروژنیک ندارند. شایع ترین تومورهای اولیه عصب فاسیال شامل شوانوما و به طور کمتر شایع نوروبیروما هستند. شوانوم عصب فاسیال تومور نادری است که رشد آهسته ای دارد. این تومورها از غلاف آکسونال عصب منشأ می گیرند. شوانوم عصب فاسیال در هر دو مسیر اینتراتمپورال یا اکستراتمپورال عصب رخ می دهد (1). اکثر این تومورها اینتراتمپورال هستند، در حالی که 9 درصد آن ها در موقعیت اکستراتمپورال بوده و معمولاً به صورت یک توده ی پاروتید بی علامت تظاهر می یابند). ضایعات نوروژنیک از قبیل شوانوم عصب فاسیال در بیماران با توده ی پاروتید بی علامت، قبل از عمل کمتر مورد تشخیص قرار می گیرند.

شرح بیماران

مورد اول: بیمار یک خانم 55 ساله که با یک توده ی موضعی در ناحیه پره اوریکولار سمت چپ مراجعه کرده است. توده در طول 8 ماه به آهستگی رشد کرده است. این بیمار تاریخچه ای از ضعف، درد یا پرش در ناحیه صورت بیان نداشت. در معاینه به عمل آمده یک توده با قوام لاستیکی، بدون درد، متحرک و مجزا با سایز 3×3 سانتی متر مشخص گردید. عملکرد عصب فاسیال نرمال بود. نمونه برداری با سوزن ظریف (FNA)¹ قبل از عمل آدنوم پلئومورفیک را گزارش کرده بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت، پس از این که فلاپ پوستی بلند شد، ضمن تشریح به سمت سوراخ استیلوماستوئید یک توده با قوام تقریباً لاستیکی و کرم رنگ مشخص گردید که به تنه عصب فاسیال چسبیده بود. برداشتن تومور مشکل بود ولی ضمن حفظ عصب فاسیال، تومور به طور کامل خارج گردید. توده خارج شده به آزمایشگاه آسیب شناسی برای بررسی فرستاده شد که شوانوم عصب فاسیال گزارش گردید.

*آدرس مؤلف مسؤول: ایران، شیراز، بیمارستان خلیلی، گروه گوش، گلو و بینی
تلفن تماس: 0711-6471478 hashemib@yahoo.com

Email:

تاریخ وصول: 87/3/29 تاریخ تاخذ: 87/5/20

¹ - Fine Needle Aspiration

مدت کوتاهی بعد از جراحی، فلجی ناقص در عصب فاسیال اتفاق افتاد، به طوری که پارزی درجه 3 عصب فاسیال طبق طبقه بندی هاووس - براکمن رخ داد.

مورد دوم: بیمار آقای 45 ساله که با تورم پاروتید سمت راست مراجعه کرده بود. او تاریخچه ای از درد یا ضعف صورت نداشت. در معاینه یک توده در ناحیه پاروتید سمت راست مشخص شد. عملکرد عصب فاسیال نرمال بود و نمونه برداری با سوزن ظریف (FNA) مطرح کننده آدنوم پلئومورفیک بود. سی تی اسکن بیمار نیز تورم پاروتید را نشان داد. بیمار در بخش گوش، گلو و بینی برای جراحی تورم بستری گردید. طی جراحی مشاهده شد که تورم به تنه ی اصلی عصب فاسیال چسبیده است و لذا تنه ی اصلی عصب قابل ارزیابی نبود. شاخه های محیطی عصب مشخص گردید و در نهایت تورم به سختی از عصب جدا و برداشته شد. یک توده با قوام لاستیکی تا نرم با حاشیه نامنظم خارج گردید. تورم مورد بررسی هستوپاتولوژیک قرار گرفت که شوانوم عصب فاسیال گزارش گردید بیمار پس از جراحی دچار فلج عصب فاسیال (درجه 4 طبقه بندی هاووس - براکمن). شد که پس از چند ماه به طور نسبی بهبود یافت.

بحث

تورمهای پاروتید عمدتاً خوش خیم بوده و به صورت یک توده پری اوریکولار تظاهر می کنند. آدنوم پلئومورفیک شایع ترین تورم غده ی پاروتید است. هم چنین شایع ترین تورم اولیه عصب فاسیال بوده و شامل شوانوم و نوروفیروما است. شوانوم یک تورم با رشد آهسته است. که به صورت اینتراپاروتید برای اولین بار توسط Ibarz گزارش شد (3). شوانوم عصب فاسیال در هر نقطه ای از ناحیه زاویه بین مخچه و پونز تا شاخه های محیطی آن در ناحیه صورت منشا می گیرد. این تورمهای خوش خیم از غلاف عصب بر می خیزند و اکثر آنها، قسمت اینتراتمپورال عصب فاسیال را درگیر می کنند. تظاهر شوانوم فاسیال در قسمت اینتراتمپورال به صورت پارزی یا فلج پیشرونده عصب است (4،5). یک سوم این تورمها (شوانومها) در سر و گردن رخ می دهند (6).

بروز تورم عصب فاسیال در ناحیه پاروتید بین 0/2 تا 1/5 درصد گزارش شده است (7). در بررسی مقالات، 79 مورد تورم با درگیری قسمت اینتراپاروتید عصب فاسیال گزارش گردیده است (8). معمولاً شوانوم عصب فاسیال در ناحیه اینتراپاروتید به صورت یک توده ی بدون درد تظاهر می کند. تشخیص قبل از عمل تورم در این ناحیه به دلیل شباهت تظاهرات آن با سایر تورمهای پاروتید و شیوع کم تورم مشکل است. اختلال عصب فاسیال این تورم را مطرح می کند هم چنین FNA قبل از عمل معمولاً غیر تشخیصی است. در مرور مقالات فقط در 17/6 درصد از این بیماران طی بررسی سلولی FNA تشخیص شوانوم مشخص گردیده است (8).

اگر چه یافته های تصویر برداری اختصاصی وجود ندارد (9). و ظاهر ماکروسکوپی شوانوماها از سایر تورمهای خوش خیم دیگر واضحاً متفاوت نبوده و اکثراً ظاهر زرد با قوام لاستیکی دارند (10). لیکن تشخیص تورم حین جراحی مهم و لازم است. حرکت عضلات صورت حین عمل جراحی با تحریک الکتریکی توده راهی موثر در تشخیص تورم می باشد (11).

جداکردن تورم از عصب فاسیال معمولاً مشکل است و برداشتن تورم در این ناحیه، عصب را در خطر آسیب قرار می دهد زیرا خارج کردن کامل توده اغلب نیاز به رزکسیون کامل سگمان درگیر عصب دارد (12). در درمان تورم اختلافاً نظر وجود دارد. تعدادی از محققان عقیده دارند که روش جراحی به صورت پیوند عصب در بیمارانی که عملکرد عصب قبل از عمل عملکرد عصب نرمال دارند نتیجه خوبی را به همراه دارد (13،14)، (در حالی که تعدادی دیگر از محققان چنین عقیده ای ندارند. درمان محافظتی فقط در مورد عملکرد عصبی طبیعی کاربرد دارد و این بیماران باید به دقت پی گیری شوند. اگر تورم منجر به فلج فاسیال شود، رزکسیون جراحی لازم است و پیوند با عصب سورال یا آناستوموز عصب فاسیال به هیپوگلو سال ممکن است لازم باشد (8). تابلوی بافت شناسی یک بافت سلولی همونئوپلازیک را نشان می دهد که شامل آنتونی A و B و تعدادی از اجسام Verocay می باشد.

نتیجه گیری

عضلات صورت با تحریک الکتریکی در حین جراحی در شوانوم اینتراپاروتید عصب فاسیال تومور نادری است و تشخیص قبل از عمل آن مشکل بوده و معمولاً FNA خیلی کمک کننده جراحی بستگی به عملکرد عصب فاسیال، وسعت تومور و نیست. لذا توجه دقیق و ضریب شک بالا برای تشخیص توده پاروتیلوژنیک بیمار دارد. مهم است. موقعیت تومور در گیر کننده ی عصب فاسیال در حین پاروتیدکتومی، مطرح کننده ی نوع تومور می باشد. حرکت

References

- 1- Balle VH, Greisen O. Neurilemomas of the facial nerve presenting as parotid tumors. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1984; 93(1): 70-2.
- 2- Forton GE, Moeneclaeu LL, Offeciers FE. Facial nerve neuroma: Report of two cases including histological and radiological imaging studies. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1994; 251(1): 17-22.
- 3- Ibarz PL. [Formas excepcionales de tumores parotideos]. *An Fac Med Montev* 1927; 12(2): 546. (French)
- 4- O'Donoghue GM, Brackman DE, House JW, et al. Neuromas of the facial nerve. *Am J Otol* 1989; 10(1): 49-54.
- 5- Lipkin A, Coker N, Jenkins H, Alford B. Intracranial and intratemporal facial neuroma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 96(1): 71-9.
- 6- Putney FJ, Moran JJ, Thomas GK. Neurogenic tumors of the head and neck. *Laryngoscope* 1964; 74(8): 1037-59.
- 7- Chiang CW, Chang YL, Lou PJ. Multicentricity of intraparotid facial nerve schwannomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110(9): 871-74.
- 8- Marchioni D, Alicandri Ciuffelli M, Presutti L. Intraparotid facial nerve schwannoma: literature review and classification proposal. *J Laryngol Otol* 2007; 121(8): 707-12.
- 9- Ginsberg LE, DeMonte F. Facial nerve schwannoma with middle cranial fossa involvement. *Radiology* 1999; 213(2): 364-8.
- 10- Barnes L, Peel RL, Verbin RS. Tumors of the nervous system. In: Barnes L. (editor). *Surgical pathology of the heads and neck*. New York: Marcel Dekker; 1985: 553, 662-3.
- 11- Rivitik P. Intraoperative diagnosis of facial nerve schwannoma at parotidectomy. *Am J Otol* 2008; 29(2): 126-29.
- 12- Kim JC, Bhattacharjee M, Amedee RG. Facial nerve schwannoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 112(7): 185-87.
- 13- Sullivan MJ, Babyak JW, Kartush JM. Intraparotid facial nerve neurofibroma. *Laryngoscope* 1987; 97: 219-23.
- 14- Fisch U. Management of intratemporal tumors. In: Fisch U (editor). *Surgery. Proceedings 3rd international symposium on facial nerve surgery*. Netherlands: Kugler; 1977: 423-69.