

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LAGOFTALMIEI PARALITICE POSTPAROTIDECTOMIE

C. C. Ciocan – Pendefunda, Carmen Vicol, Eugenia Popescu, V. V. Costan
Clinica de Chirurgie Orală și Maxilofacială.
Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa” Iași

SURGICAL TREATMENT OF PARALYTIC LAGOPHTHALMOS AFTER PAROTIDECTOMY (ABSTRACT): Introduction. Long – term facial palsy appears in patients who undergone surgical procedures with the interrupting the continuity of the facial nerve. The resulting lagophthalmos must be treated in order to prevent visual problems. The treatment is complex, consisting in conservative and surgical methods. This study describes the experience of our unit with the use of gold weight implant in the upper eyelid for lagophthalmos. Material and method. We present 5 cases operated in the Oral and Maxillofacial Surgery Department Iași treated using the same technic. In all patients the gold plate was shaped prior to surgical procedures. The implant was inserted between the tarsus and orbicularis muscle. Results. The postparotidectomylagophthalmos was successfully treated in all situations. The scar from upper eyelid was camouflaged. The ocular symptoms disappeared in every case. Discussions. The treatment of lagophthalmos must solve the functional problems of the eye and also the esthetic issue. Nowadays, the most common technic used for the correction of lagophthalmos is the insertion of a gold weight in the upper eyelid. In some cases there are necessary surgical procedures for the ectropion consecutive to facial palsy. Conclusions. This technic with gold implant is safe, cheap and repeatable for the correction of paralytic lagophthalmos. Sometimes we have to perform interventions in the lower eyelid also. The postoperative complications are rare.

KEYWORDS: PARALYTIC LAGOPHTHALMOS, GOLD WEIGHT IMPLANT, PAROTIDECTOMY.

Correspondență: Dr. Cătălin Ciocan, doctorand, UMF Iași, Clinica Chirurgie OMF, Sp. Sf. Spiridon, str. Independenței, nr. 1, 700111, e-mail: catalinciocan2004@yahoo.com*

Introducere

Pareza facială permanentă este adesea întâlnită la pacienții care au fost supuși unor proceduri chirurgicale care au avut drept consecință sacrificarea nervului facial. Lagoftalmia apărută la aceștia trebuie întotdeauna tratată cu scopul de a preveni apariția tulburărilor de vedere [1].

Tratamentul chirurgical al tumorilor maligne de glande parotide presupune adesea sacrificarea nervului facial, în totalitate sau doar a anumitor ramuri, în funcție de situațiile clinice și aprecierea intraoperatorie a chirurgului. Paralizia de nerv facial apare și ca o consecință a unor traumatisme diverse, care la rândul lor pot afecta nervul în totalitate sau doar anumite ramuri. Sunt situații în care infecțiile (Herpes Zooster Oticus – Ramsay Hunt Sindrom, virusul varicelei), sau afecțiunile neurologice (Sindromul Guillaine – Barre, Miastenia Gravis), amiloidoza, etc duc la instalarea lagoftalmiei paralitice [2].

Una dintre complicațiile paraliziei de facial este lagoftalmia, cu imposibilitatea închiderii pleoapei superioare. Acest fapt determină modificări trofice la nivelul corneei și tulburări estetice cu impact asupra integrării socioprofesionale ale pacienților și a calității vieții.

* received date: 07.01.2011

accepted date: 04.05.2011

Tratamentul complicațiilor paraliziei de nerv facial este complex și diferă de la un pacient la altul. Lagoftalmia paralică presupune fie o rezolvare conservatoare, fie chirurgicală. Tratamentul nechirurgical este unul simptomatic, protector, având rolul de a îmbunătăți calitatea vieții pacientului, și constă în umezirea corneei și protejarea acesteia de traumatismele locale. Pacienții pot folosi în acest scop lacrimi artificiale și unguente oftalmice [3] ca și lentile de contact [4]. Tratamentul chirurgical are un istoric bogat, începând încă din 1927 cu Sheehan [5] care folosea principiul gravitației prin inserția unor greutăți la nivelul pleoapei superioare. În 1953 McLaughlin [6] a introdus tarsorafă, care are marele dezavantaj al reducerii câmpului vizual, însoțită de asimetrii ale fantelor palpebrale. Ulterior, Illig [7] în 1958 va utiliza aurul pentru implantarea la nivelul pleoapei superioare, această tehnică fiind standardizată în anii 1980 [8].

Alte metode de corectare a lagoftalmiei au fost folosirea arcurilor palpebrale, apropierea pleoapelor cu ajutorul siliconului sau fascia lata, transferul de mușchi temporal. În 2008 Terzis [9] propune următorul algoritm de tratament al lagoftalmiei paralitice: se începe într-o primă etapă cu folosirea unor grefe nervoase de pe partea controlaterală (ex. nervul mare auricular), urmată de inserția plăcuțelor de aur cu sau fără cantoplastie [10]. Ultima etapă este reanimarea facială cu rol complementar implanturilor palpebrale.

Prezentăm în continuare experiența clinicii pe termen scurt în tratamentul chirurgical al lagoftalmiei paralitice.

MATERIAL ȘI METODĂ

În prezentul studiu au fost introduși un număr de 5 pacienți operați în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilofacială Iași, în perioada 2008 – 2010, care au fost tratați chirurgical prin implantarea unor plăcuțe de aur.

Cazul 1. Bărbat, 58 ani, a fost diagnosticat cu adenopatie intraparotidiană stângă ulcerată, extinsă în conductul auditiv extern, tegument supradiacent și osul temporal consecutiv unui carcinom scuamocelular regiune frontală operat în urmă cu 12 luni într-o altă secție. S-a practicat parotidectomie extinsă cu sacrificarea totală a nervului facial, îndepărtarea urechii, a tegumentului supradiacent tumorii și rezecție parțială os temporal. La 6 luni postoperator a fost corectată lagoftalmia cu ajutorul unei greutăți de aur de 1,2 g. Tot atunci s-a efectuat și tratamentul ectropionului. Pacientul a fost urmărit 12 luni postoperator.

Cazul 2. Bărbat, 63 ani, s-a internat în clinică cu carcinom adenoid chistic glandaparotidă stângă ulcerat la tegument, pentru care a fost efectuată extirparea formațiunii tumorii prin parotidectomie extinsă cu sacrificarea nervului facial, îndepărtarea în bloc a tegumentului supradiacent, evidentă ganglionară supraomohioidiană ipsilaterală.

Plastia defectului cutanat s-a realizat cu lambouri tegumentare de vecinătate. Postoperator pacientul a prezentat paraliză definitivă facială pe stânga, cu lagoftalmie, cheratoconjunctivită și epifora (Fig. 1).

Postoperator a urmat tratament conservator pentru lagoftalmie, cu utilizarea lacrimilor artificiale, unguentelor oftalmice și aplicarea nocturnă a unor benzi adezive pentru închiderea fantei palpebrale. La 6 luni de la îndepărtarea tumorii s-a luat decizia corectării chirurgicale a lagoftalmiei cu ajutorul unei greutăți din aur. Plăcuța de 1,3g, a fost inserată la nivelul pleoapei superioare între tars și mușchiul orbicular (Fig. 2).

În urma procedurii s-a reușit închiderea pleoapei cu corectarea lagoftalmiei (Fig. 3,4) și retrocedarea simptomatologiei oculare.

Caz 3. Bărbat, 65 ani, se internează pentru un carcinom scuamocelular al tegumentului din regiunea maseterină și temporală dreaptă în 1/3 inferioară, extins în glanda parotidă și arcada zigomatică. Tratamentul a constat în excizia formațiunii tumorale, rezecția arcadei zigomatice, parotidectomie totală cu sacrificarea ramului superior al nervului facial; evidare ganglionară submandibulară stângă.



Fig. 1 Aspect postoperator al pacientului cu carcinom glanda parotidă stângă ulcerat-paralizie nerv facial și cu lagofthalmie.

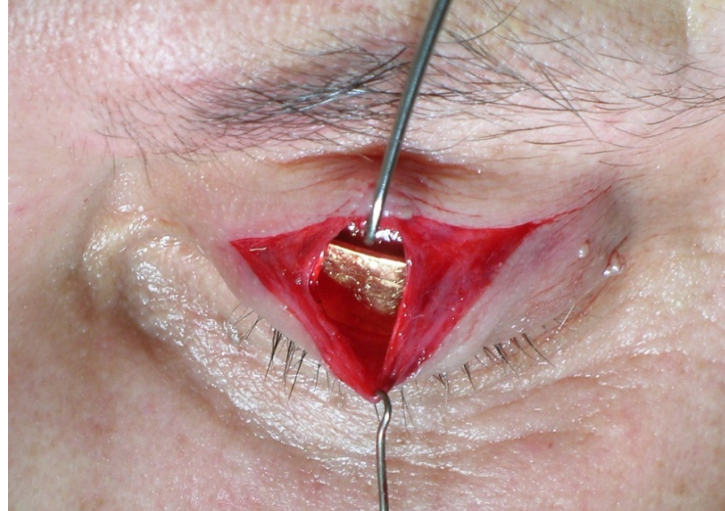


Fig. 2 Aspect intraoperator – plasarea plăcuțeide aur între tars și orbicular



Fig. 3 Corectarea lagofthalmiei, cu prezența plăcuței la nivelul pleoapei



Fig. 4 Aspect postoperator cu închiderea pleoapei

Plastia defectului cutanat s-a realizat cu un lambou fasciocutanat antebrahial stâng liber transferat, anastomozat temino-terminal la vasele faciale. Postoperator a fost efectuată radioterapie. La un an postoperator, bolnavul s-a prezentat cu lagofthalmie și ectropion ipsilateral, precum și cu chertoconjunctivită și epifora.

În prima etapă s-a tratat ectropionul, iar după 2 luni s-a luat decizia tratamentului chirurgical al lagoftalmiei, prin inserarea unei greutăți de aur de 0,9 g în pleoapa superioară, cu obținerea închiderii fantei palpebrale.

Caz 4. Bărbat, 58 ani, internat cu un carcinom scuamocelular regiunea parotidiană stângă cu invazia glandei parotide, a osului malar și maxilarului pentru care s-a efectuat parotidectomie extinsă cu sacrificarea integrală a nervului facial și rezecție parțială a osului malar și maxilar stânga. Postoperator pacientul a beneficiat de radioterapie. Corectarea lagoftalmiei s-a efectuat la 6 luni după radioterapie utilizând o plăcuță din aur de 1g.

Caz 5. Femeie, 67 ani, a fost diagnosticată cu carcinom adenoid chistic parotida dreaptă ce invadează tegumentul supradiacent și osul malar. S-a efectuat parotidectomie extinsă cu sacrificarea integrală a nervului facial, în bloc cu tegumentul infiltrat, cu rezecție parțială os malar și perete anterior al sinusului maxilar drept. Plastia defectului s-a realizat cu lambouri tegumentare de vecinătate. Postoperator a prezentat lagoftalmie și ectropion la nivelul ochiului drept. La 6 luni s-a practicat inserția unei plăcuțe din aur de 0,9g la nivelul pleoapei superioare, concomitent fiind tratat și ectropionul.

La toți pacienții, alegerea greutăților de aur a fost realizată preoperator, fiind determinată greutatea necesară prin lipirea unor machete pe pleoapa superioară. A fost utilizată o greutate cu 0,1g mai mare decât greutatea minimă care determină închiderea maximă a ochiului.

În toate situațiile, plăcuța de aur a fost modelată după forma pleoapei, la nivelul la care a fost plasată, la unirea dintre 1/3 medie și 1/3 internă a ochiului. Ea a fost inserată între tars și mușchiul orbicular printr-o incizie orizontală realizată deasupra limitei superioare a tarsului. La primele 4 cazuri nu s-a fixat plăcuța la tars ducând la deplasarea acesteia la doi din pacienți. La aceștia s-a reintervenit și s-a fixat plăcuța la tars prin două orificii efectuate în implant. La ultimul pacient s-a fixat plăcuța de la început.

În toate cazurile a fost corectată chirurgical lagoftalmia postparotidectomie. Cicatricea postoperatorie palpebrală superioară era insesizabilă. Singurul dezavantaj important al acestei metode este reprezentat de faptul că mecanismul de corecție este gravitațional astfel încât există situații în care ochiul nu se închide când pacientul este la orizontală. Un alt dezavantaj este faptul că în momentul închiderii ochilor se observă conturul plăcuței de aur. Nici un pacient nu a prezentat fenomene inflamatorii. La toți pacienții operați a dispărut simptomatologia oculară, ducând la o îmbunătățire considerabilă a calității vieții, ameliorând și aspectul estetic.

DISCUȚII

Lagoftalmia postparotidectomie necesită un tratament complex, care să se adreseze atât tulburărilor funcționale cu răsunet la nivel ocular, cât și tulburărilor de ordin estetic [11].

La nivel ocular cele mai frecvente complicații sunt determinate de expunerea corneei cu uscarea consecutivă a acesteia [12] inducând modificări trofice ale corneei, cu apariția ulcerărilor și cheratitelor, cu tulburări de vedere care pot merge chiar până la orbire. Pacienții acuză dureri oculare, epifora [13]. Într-un număr însemnat de cazuri apare ectropionul la nivelul pleoapei inferioare însoțit de inflamația și scurtarea ei. Acest fapt face necesară intervenția chirurgicală și la nivelul acesteia [2]. Din punct de vedere estetic este evidentă asimetria facială, care determină probleme de integrare

socioeconomică a acestor pacienți. În unele cazuri, rețracția pleoapei superioare poate fi mascată de dermatocalazisul semnificativ și ptoza arcadei sprâncenare [2].

Tratamentul ideal este de a interveni asupra cauzelor acestor complicații, și anume folosirea grefelor nervoase transfaciale care refac continuitatea nervului facial cu redobândirea funcțiilor acestuia [14]. Grefele pot fi recoltate din marele nerv auricular controlateral, ramuri cutanate periferice din plexul cervical, sau de la nivelul nervului sural [15]. Acest deziderat este uneori greu de atins la pacienții cu paralizie postoparotidectomie datorită dimensiunilor reduse ale bonturilor restante ale ramurilor nervului facial. O altă metodă utilizează arcuri palpebrale, cu avantajul unui proces de clipire mai aproape de normal, dar cu dezavantajul că sunt destul de greu de reglat ceea ce le face greu utilizabile [2].

Actualmente cel mai frecvent se folosesc implanturile de aur inserate la nivelul pleoapei superioare, deoarece acesta este un metal inert, bine suportat de către țesuturi și care are o densitate mare [16]. Unii autori recomandă acoperirea plăcuței din aur cu aponevroza ridicătorului pleoapei, cu rezultate foarte bune și cu limitarea expunerii implantului la nivelul pleoapei [17]. O alternativă la plăcuța de aur, pentru pacienții alergici la acest material, o reprezintă platina, introdusă sub formă de lanțuri ce se adaptează pe suprafața curbă a tarsului [18].

Dimensiunile plăcuței sunt testate preoperator, cu pacientul în șezut. Plăcuța pentru care se va opta în final va fi aceea care determină cea mai bună închidere a pleoapei, dar cu cea mai redusă ptoză [19].

Intervențiile de corecție ale pleoapei inferioare au următoarele scopuri: scurtarea orizontală pentru corectarea ectropionului și inversia punctumului pentru a corecta epifora [19]. În cazul scurtării pleoapei inferioare se poate interveni prin alungirea acesteia cu grefe mucozale din palat. Încă nu există un consens asupra momentului optim pentru implantarea greutății [20].

Dacă pacienții necesită radioterapie postoperatorie, atunci este mai bine să așteptăm cel puțin 6 luni postradioterapie. Între timp, pentru a proteja corneea, se poate efectua tarsorafie temporară [21], ori se poate injecta toxină botulinică în ridicătorul pleoapei. Totuși, Shah practică inserția unei plăcuțe de aur la nivelul pleoapei superioare la 3 – 4 săptămâni postoperator la un pacient cu parotidectomie totală cu sacrificarea nervului facial și care va urma radioterapie [15].

La pacienții care nu sunt supuși radioterapiei, intervenția trebuie efectuată cât mai precoce. Unii autori recomandă implantare plăcuței de aur chiar în momentul efectuării parotidectomiei cu sacrificarea consecutivă a nervului facial [22]. O limitare a acestei atitudini este dată de dificultatea de a stabili greutatea optimă a implantului metalic. Pacienții cu laxitate preexistentă a pleoapei inferioare necesită o intervenție la nivelul acesteia în același timp operator [23].

Postoperator poate să apară o ușoară ptoză a pleoapei superioare, de asemenea, plăcuța poate transpărea la unii pacienți prin mușchiul orbicular subțiat [19]. Uneori exteriorizarea plăcuței prin tegument poate să apară treptat pe parcursul a câtorva luni. În acest caz se va îndepărta implantul și se va reinsera după vindecarea pleoapei [19].

CONCLUZII

Tratamentul lagoftalmiei postparotidectomie prin inserția unei greutăți din aur este o metodă sigură, ieftină și ușor reproductibilă, traumatismul operator fiind minim și ușor acceptat de pacient.

Deseori sunt nevesare intervenții chirurgicale corectoare și asupra pleoapei inferioare.

Singurul dezavantaj important al acestei metode este reprezentat de faptul că mecanismul de corecție este gravitațional astfel încât există situații în care ochiul nu se închide când pacientul este la orizontală. Complicațiile postoperatorii sunt rare.

BIBLIOGRAFIE

1. Pirrello R, D'Arpa S, Moschella F. Static treatment of paralytic lagophthalmos with autogenous tissues. *Aesthetic Plast Surg.* 2007; 31(6):725-31
2. Krieglstein GK, Weinreb RN, Gutthof R, Katowitz JA. *Essentials in Ophthalmology. Oculoplastics and Orbit.* Berlin, ed. Springer, 2006.
3. Jelks GW, Smith B, Bosniak S. The evaluation and management of the eye in facial palsy. *Clin. Plast. Surg.* 1979; 6(3): 397-419.
4. Goren SB, Clemis JD. Care of the eye in facial paralysis. *Arch. Otolaryngol.* 1973; 97(2): 227-228
5. Sheehan JE. *Plastic Surgery of the Orbit.* New York, Macmillan, 1927.
6. McLaughlin CR. Surgical support in permanent paralysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 1953; 11: 302.
7. Illig KM. A new method of lagophthalmos surgery. *Klin. Monatsblätter Augenheilkd. Augenarztl. Fortbild.* 1958; 132: 410 – 411.
8. May M. Gold weight and wire spring implants as alternatives to tarsorrhaphy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 113(6): 656–660.
9. Terzis JK, Kyere SA. Experience with the gold weight and palpebral spring in the management of paralytic lagophthalmos. *Plast. Reconstr. Surg.* 2008; 121(3): 806-815.
10. Choi HY, Hong SE, Lew JM. Long-term comparison of a newly designed gold implant with the conventional implant in facial nerve paralysis. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104(4): 1624-1634.
11. Baheerathan N, Ethunandan M, Ilankovan V. Gold weight implants in the management of paralytic lagophthalmos. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 38(6): 632-636.
12. Jobe RP. A technique for lid loading in the management of the lagophthalmos of facial palsy. *Plast. Reconstr. Surg.* 1974; 53(1): 29.
13. Seiff SR, Chang JS Jr. The staged management of ophthalmic complications of facial nerve palsy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 1993; 9(4): 241-249.
14. Frey M, Giovanoli P, Michaelidou M. Functional upgrading of partially recovered facial palsy by cross-face nerve grafting with distal end-to-side neurotomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006; 117(2): 597–608.
15. Shah J. *Head and Neck Surgery and Oncology.* 3-rd Edition, New York, Mosby 2006.
16. Kao CH, Moe KS. Retrograde weight implantation for correction of lagophthalmos. *Laryngoscope.* 2004; 114(9): 1570 – 1575.
17. Lessa S, Nanci M, Sebastián R, Flores E. Treatment of paralytic lagophthalmos with gold weight implants covered by levator aponeurosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2009; 25(3): 189-193.
18. Berghaus A, Neumann K, Schrom T. The platinum chain: A new upper lid implant for facial paralysis. *Arch. Facial Plast. Surg.* 2003; 5(2): 166-170.
19. Tyers GA, Collin JR. *Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery,* Butterworth-Heinemann, 2007.
20. Snyder MC, Johnson PJ, Moore GF, Ogren FP. Early versus late gold weight implantation for rehabilitation of the paralyzed eyelid. *Laryngoscope.* 2001; 111(12): 2109-2113.
21. Morris LG, Palu RN, DeLacure MD. Modified tarsorrhaphy for management of the eye in facial nerve palsy. *Laryngoscope.* 2006; 116(7): 1293-1295.
22. Razfar A, Afifi AM, Manders EK, Myers EN, Johnson JT, Ferris RL, Deleyiannis FW. Ocular outcomes after gold weight placement and facial nerve resection. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 140(1):82-85.
23. Levine RE, Shapiro JP. Reanimation of the paralyzed eyelid with the enhanced palpebral spring or the gold weight: Modern replacement for tarsorrhaphy. *Facial. Plast. Surg.* 2000; 16(4): 325-336.