

DESPRE TUMORILE GLOMERULULUI CAROTIDIAN IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

Zoltán Naftali, Endre Méra, Odön Balogh

Glomerulul carotidian e o formație de mărirea și forma unui bob de grâu, situată la bifurcația arterei carotide comune. Tumorile de origine glomerulo-carotidiană constituie unul din aspectele sale în patologie.

Primul caz de tumoare glomerulo-carotidiană a fost relatat de *Marchand* în 1891. Această tumoare aproape exclusiv unilaterală apare de obicei la bărbații și femeile de vîrstă mijlocie.

Cele mai multe tumori sînt benigne, iar tabloul lor histologic seamănă cu structura normală a organului. Cu toate că se dezvoltă foarte lent, tumorile benigne sînt urmate și ele de consecințe grave, deoarece aderă și comprimă formațiile anatomice învecinate.

Tumorile maligne ale glomerulului carotidian sînt mult mai rare. În general acestea sînt chiar de la început maligne, dar uneori în faza inițială de dezvoltare sînt benigne și nu devin maligne decît mai tîrziu.

Tumoarea glomerulului carotidian se situează în triunghiul carotidian între cartilajul tireoidean și unghiul mandibulei, înaintea marginii anterioare a mușchiului sternocleidomastoidian.

De obicei are o formă ovoidă, cu diametrul mare vertical. Mărirea aceea a unui ou de porumbel sau de găină, suprafața e netedă, la palpare e consistentă, dar nedureroasă. Nu creează aderențe la piele și numai rareori la mușchiul sternocleidomastoidian.

Nu participă la mișcările de deglutiție, e deplasabilă puțin în sens lateral, însă în sens vertical nu. De obicei transmite pulsația arterelor cervicale, dar cînd ajunge la dimensiuni mai mari, pulsația încetează din cauza comprimării carotidei comune.

Tumorile mai mari au drept urmare bombarea peretelui laringelui, al traheei sau al faringelui, provocînd greutatea de deglutiție și de respirație. Din cauza comprimării nervului recurent, nervului hipoglos sau a lanțului simpatic cervical, pot să survină răgușeală, tulburări de vorbire, atrofie linguală sau sindromul lui Horner.

Diagnosticul maladiei nu e greu de stabilit, dar din cauza rarității lui, nu e recunoscut decît întîmplător, înainte de efectuarea intervenției chirurgicale. Tratatamentul nu poate fi decît chirurgical, deoarece cel medicamentos sau radioterapeutic este complet ineficace. Atîta timp cît tumoarea e mică și nu cauzează

acuze, poate fi ușor extirpată. În schimb dacă a creat aderențe cu formațiunile învecinate, operația e mult mai grea și mai riscantă, deoarece înălțurarea tumorii e imposibilă fără lezarea nervilor, a carotidei comune sau a ramurilor ei. În aceste cazuri, mortalitatea operatorie e de 40—42%, iar dintre bolnavii rămași în viață, 65% prezintă acuze postoperatorii care de cele mai multe ori constituie sechele ireversibile (hemiplegie sau consecințe ale leziunilor trunchiurilor nervoase). Cu ocazia extirpării tumorilor mai mari trebuie să se procedeze la ligaturarea art. carotide comune sau a ramificațiilor ei, respectiv la extirparea lor parțială. Ligatura concomitentă a arterei carotide comune și a ramurilor cauzează o anemie cerebrală gravă. Ligaturarea sub bulb a carotidei comune e relativ mai puțin periculoasă, deoarece prin carotida externă pornește circulația sanguină retrogradă spre carotida internă. Când trebuie să ligaturăm art. carotidă internă sau toate trei arterele, avem două căi posibile din punctul de vedere al circulației sanguine colaterale. Prima este art. oftalmică, iar a doua — mai importantă — poligonul arterial al lui Willis. În cazul obliterării uneia din carotidele interne, circulația colaterală care pornește prin poligonul arterial de o structură corespunzătoare descrierii clasice, poate să asigure fluxul necesar creierului. Pe de altă parte, în cca. 36% a cazurilor art. comunicantă posterioară sau lipsește, sau e atât de subțire încât nici nu poate fi luată în considerare din punctul de vedere al circulației colaterale. (Szabó). Firește în asemenea cazuri, ligaturarea arterelor cauzează o encefalomalacie gravă, de obicei mortală. Dacă rezecția parțială a arterelor e inevitabilă, se pot aplica mai multe procedee chirurgicale. Soluția optimă ar fi suturarea bonturilor arterei rezecate, operație care nu a reușit pînă acum decît în două cazuri, lui *Enderlen* și lui *Schmidt*. Când rezecția se efectuează deasupra bifurcației carotidei, bonturile carotidei interne și externe se pot sutura. În cea mai mare parte a cazurilor însă, nici aceasta nu se poate executa. Defectul arterial poate fi remediat cu ajutorul unui fragment de venă proprie sau de arteră conservată așa cum se recomandă în cazul rezecției aneurismelor arterei carotide comune. (Ghițescu). Nu avem nici o informație despre faptul că aceste procedee ar fi fost aplicate pînă acum în cazul extirpării tumorii glomerulo-carotidiene.

În condițiile prezente, procedul chirurgical care a dat cele mai bune rezultate e operația în două ședințe, preconizată de Jordan. Cu ocazia primei ședințe operatorul se orientează asupra raporturilor tumorii, și în măsura în care extirparea nu se poate face fără lezarea arterelor, carotida e ligaturată neașteptat deasupra tumorii, iar plaga se închide. Capătul firului de ligatură se fixează deasupra unui sul de tifon situat pe plagă, iar artera nu va fi ligaturată complet decît după stringerea treptată în citeva zile a firului, dacă nu survin simptome de anemie cerebrală gravă. Extirparea tumorii se efectuează cu ocazia celei de a doua ședințe.

La prima intervenție arterele se pot ligatura cu titlu de încercare. În asemenea cazuri, prin examenul fundului de ochi se poate urmări bine isc'emia ce survine în momentul ligaturării. Uneori ischemia dispare repede, semn că circulația colaterală corespunzătoare există. În acest caz, operația se poate efectua într-o singură ședință. În măsura în care ischemia fundului de ochi nu dispare nici sub efectul picăturilor de nitrat de amil, care pot să suprimă spasmul arterial ce survine eventual în momentul ligaturării, relaxăm ligaturarea și efectuăm operația în două ședințe.

În unele cazuri simptomele anemiei cerebrale grave nu apar în momentul ligaturării ci cu 1—6 zile mai târziu, de cele mai multe ori în ziua a doua. Tulburările tardive de circulație sînt cauzate de trombul ce apare în bontul distal al arterei ligaturate și care extinzîndu-se ascendent, provoacă ischemia unor teritorii din ce în ce mai mari.

În literatura în limba maghiară, există trei cazuri de tumoare a glomerulului carotidian, comunicate de *Makara*, *Schmidt* și *Gidro*.

Bolnavul nostru M. Z. în vîrsta de 39 de ani s-a internat în clinica la 21. XI 1950. În 1943 a observat, de partea dreaptă a gîtului, un nodul nedureros de mărimea unei alune, fără să-i cauzeze nici un fel de acuză. În primăvara anului 1950, nodulul începe să se dezvolte rapid, bolnavul răgușește, are greutăți de respirație și simte dureri intense în dantura maxilarului inferior drept. În septembrie 1950 se internează într-un alt spital, unde i se execută o operație, și se constată că tumoarea e aderentă cu carotida comună, neputîndu-se extirpa fără rezecția parțială a acesteia. De aceea se face numai o biopsie, se leagă ușor cu un fir de mătase carotida comună sub tumoare, capătul firului e tras în afara plăgii, strîngîndu-se zilnic din ce în ce mai mult. Examenul histopatologic pune în evidență caracterul benign al tumorii. După operație, pe obrazul drept apare o ușoară pareză facială, dar alte acuze nu se mai constată.

La internarea în clinica noastră, pe partea dreaptă a gîtului, între cartilajul tiroidean și unghiul mandibular se vede o tumoare de mărimea unui pumn de copil, deasupra căreia se observă o cicatrice operatorie lungă de 10 cm. La palpare tumoarea e consistentă, suprafața puțin mamelonată, sub cicatricea operatorie e aderentă atît cu pielea cit și cu mușchiul sternocleidomastoidian.

Lateral e puțin deplasabilă, în direcție verticală nu. Tumoarea nu transmite pulsație carotidei, examenul radiologic arată că tumoarea împinge esofagul puțin la stînga, iar examenul O.R.L. stabilește paralizia nervului recurent drept.

Operația am executat-o sub anestezie locală (prof. M. Mătyás) făcînd o incizie lungă de cca 10 cm deasupra marginii anterioare a mușchiului sternocleidomastoidian cu excizia vechii cicatrice operatorii. Am ligaturat carotida comună și deasupra tumorii; apoi tumoarea de o mărime de cca 6x4 cm, aderentă cu formațiunile învecinate, a fost extirpată cu mari greutăți împreună cu segmentul corespunzător al carotidei comune. (Fig. 1.) Diagnostic histopatologic: tumoare benignă a glomerulului carotidian. (Fig. 2.)

După operație starea generală a bolnavului e satisfăcătoare. La 36 ore după intervenție starea bolnavului se înrăutățește brusc, survine o excitație psihomotrică. Urmată de pierderea pentru cîteva minute a cunoștinței, de o hemiplegie stîngă, de o hipoestezie — și de o afazie care a durat cîteva ore. Luînd în considerare aceste simptome ne-am gîndit la o embolie cerebrală și de aceea am administrat medicamente anticoagulante. (pelentan). A doua zi starea bolnavului se ameliorează, începe să vorbească, dar paraliziiile persistă. Acestea le tratăm cu masaj și cu mișcări pasive. Încetul cu încetul senzoriul și mișcările revin, începînd de la rădăcinile membrilor, apoi și distal. În ziua de 15 ianuarie 1951 bolnavul părăsește clinica. Nu are greutăți de vorbire și de deglutiție, mersul e aproape normal, dar degetele mîinii stîngi abia îl poate mișca.

Discutarea cazului.

1. Faptul că bolnavul a suportat foarte bine prima intervenție, ne permite să tragem concluzia că circulația colaterală ce s-a format a putut să asigure irigația creierului. A fost totuși o greșeală că în cursul primei intervenții artera a fost ligaturată dedesubtul tumorii, deoarece dacă la a doua intervenție ligaturarea carotidei interne devine necesară, atunci consecințele sînt lăsate pur și simplu la voia întîmplării.

2. În cazul în care simptomele tardive sînt cauzate de extinderea ascendentă a chiagului arterial ce se formează în bontul distal al carotidei, consecințele sînt mai grave și mai ales ireversibile. De aceea presupunem că în cazul nostru trombul ce a apărut în bontul carotidei a cauzat o mică embolie, care înclavîndu-se în artera striolenticulară dreaptă a provocat o hemiplegie stîngă reversibilă.

3. Cînd extirpăm tumoarea glomerulului carotidian trebuie să ne gîndim așadar nu numai la posibilitatea extinderii ascendente a trombului, ci și la pe-

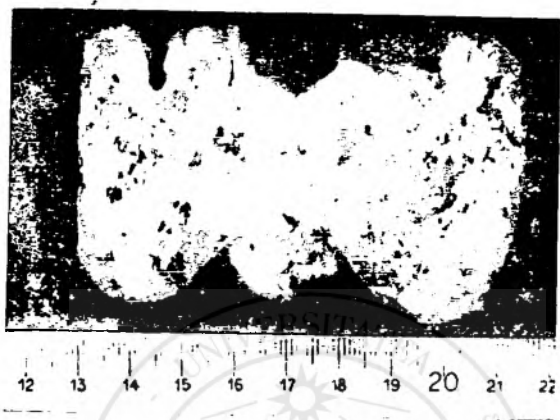


Fig. Nr. 1.

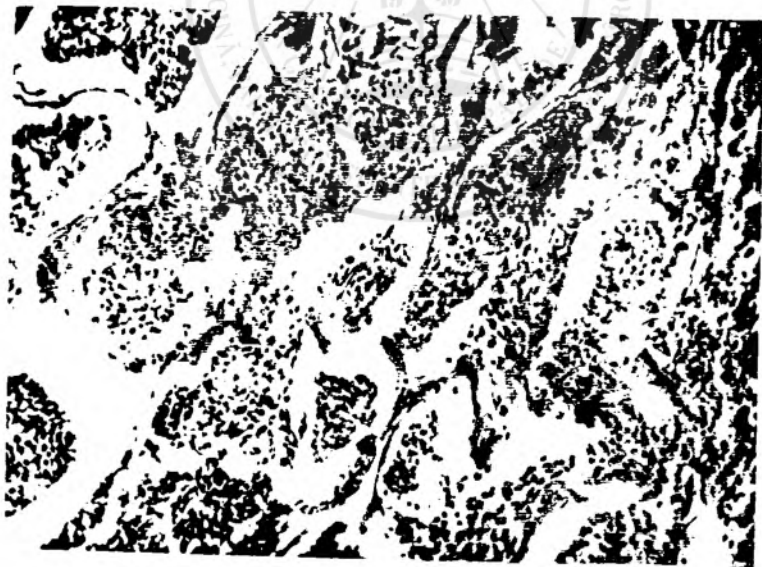


Fig. Nr. 2.

ricolul unei embolii cerebrale. De aceea socotim ca e foarte important să se administreze medicamente anticoagulante care pot să prevină complicațiile ce au survenit și în cazul nostru, puțind avea uneori consecințe fatale.

Sosit la redacție: 23 mai 1958.

Bibliografie

1. GYULA BOTAR: Adatok a glomus caroticum idegeinek szerkezetéhez. Publicațiile institutului de anatomie al Universității din Szeged, caetul 16.; 2. D. DUMITRESCU: Sistemul aortic superior. București 1943, 295–307; 3. LASZLO GIDRO: A paraganglion caroticum daganatának kiirtása. Orvosi Hetilap 1931 Nr. 48.; 4. LUCI-NESCU, REPCIUC, DIACONESCU: Über Glomustumoren. Zentralblatt für Chirurgie, 1941 Nr. 7; 5. D. MAȚOCHEVICI: Contribution à l'étude des tumeurs de la glande carotidienne. These de Bordeaux 1924; 6. MATYAS MATYAS: Fall von Carotisdrüsen-geschwulst, mit besonderer Berücksichtigung der Massnahmen zur Verhütung von Komplikationen nach Carotisunterbindung. Archiv für Klinische Chirurgie 1936, vol. 187; 7. LAJOS SCHMIDT: A glomus caroticum daganatairól. Orvosi Hetilap 1939 Nr. 31; 8. ENDRE SZABÓ: Az arteria carotis communis lekötéséről. Orvosok lapja 1946, Nr. 12; 9. WOSNESSENSKIJ: Ref. Zentralorgan für Chirurgie volum 31; 10. K. HOLCHER: Carotistumor. Zentralblatt für Chirurgie 1951, Nr. 22

