

**TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PARALIZIILOR PERIFERICE ALE
NERVULUI FACIAL, APĂRUTE FĂRĂ SUPURAȚIA URECHII MEDII
(PARALIZIA FACIAL-REUMATICA A FRIGORE ȘI IDIOPATICA
A NERVULUI FACIAL).**

Török Ferenc

Din punct de vedere otologic paraliziile faciale se împart în două mari categorii :
1. paralizii faciale apărute drept complicații ale supurațiilor urechii medii și 2. paralizii
faciale apărute fără supurația urechii medii.

TOROK F.: TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PARALIZIILOR
FACIALE.



Fig. Nr. 1.



Fig. Nr. 2.

1. In cazul paralizii faciale asociate proceselor purulente ale urechii medii, intilnim intotdeauna supurația urechii medii sau simptomele complicațiilor acesteia. Paralizii faciale instalate ca o complicație a otitei medii purulente se ivesc datorită distrugerii peretului osos al canalului Fallop, în urma căreia nervul suferă o compresiune. In asemenea cazuri, dacă paraliza nu este mai veche de 1—2 zile, funcția nervului facial se restabilește la câteva zile după intervenția chirurgicală (antrotomie, aticoantrotomie) în parte chiar în cursul operației. Dacă paraliza faciala e mai veche de 5—6 zile, sau chiar peste, restabilirea funcției nervului facial va întârzia 1—2 săptămâni. In astfel de cazuri operația va fi completată cu deschiderea canalului facial. Nervul descoperit, este întotdeauna edemațiat și pezintă semnele unei inflamații.

2. Marea majoritate a paralizii faciale o constituie cele instalate fără coafec-tarea casei timpanului. Din punct de vedere etiologic el se poate grupa în trei categorii:

a) Una dintre aceste trei categorii apare legată de zona zoster, i: aceste cazuri concomitent cu paraliza în regiunile nervului trigemen, vag sau glossofaringeal se formează grupuri de vezicule zosteriene (fig. 1, 2).

Uneori această formă a paralizii faciale se prezintă legată de tabloul clinic al așa numitului zoster oticus, cu apariția concomitentă a scăderii mai mult sau mai puțin pronunțate a auzului într-o parte (uneori chiar o surditate completă la una din urechi), sau cu apariția tulburărilor de echilibru uneori chiar cu coexistența acestor două simptome.

In astfel de cazuri, apariția concomitentă a grupurilor de vezicule zosteriene, nu lasă nici o îndoială în privința etiologiei paralizii faciale.

b) Paralizii faciale apărute odată cu așa numitele afecțiuni reumatice, apar în condițiile neafectate ale casei timpanului. In asemenea cazuri paraliza nervului facial e bilaterală, adică apare o diplegie facială (Baumwarth, 1941). In lichidul cefalo-rahidian se poate observa o sporire a elementelor celulare. In aceste cazuri, denumirea de „reumatică“ este acceptabilă doar dacă pe lingă inflamarea nervului facial, intilnim și alte leziuni reumatice.

c) In alte cazuri, etiologia paralizii faciale apărute în condițiile neafectate ale casei timpanului, e necunoscută. Aceste forme sînt numite „a frigore“ sau „idiopatică“. Conform datelor din literatură în unele paralizii faciale apărute fără supurația urechii medii, se poate constata o otită medie catarală. Pe baza acestor considerente mulți au presupus că paraliza nervului este provocată de un exudat inflamator. Acesta s-ar extinde prin continuitate asupra nervului (sub formă de osteită, periostită), prin dehiscențele osoase ale canalului, sau prin canalul osos al anastomozei arterei stilo-mastoi-dene, eventual sub canalul semicircular orizontal, unde mucoasa casei timpanului e situată la o distanță de 1 mm de nervul facial (Gellé).

După cum se știe, zosterul are și o formă care se desfășoară fără erupțiuni (zoster sine erupzione). De aceea există o posibilitate de a considera de natură similară o parte din paralizii faciale cu etiologie necunoscută. Această grupă se caracterizează prin aceea că în majoritatea cazurilor se poate constata un proces otic cataral. După observațiile noastre referitoare la bolile virotice cu erupții (rujeolă, parotidită epidem-că, poliomielită, varicelă, zoster etc.), odată cu apariția erupțiilor, poate fi constată întotdeauna o otită medie catarală de o intensitate diferită.

E cunoscut faptul că paralizii faciale asociate zonei zoster sînt provocate de virusuri. Pe baza acestora putem presupune că și paralizii faciale cu etiologie necunoscută și procesele otice catarale apărute odată cu paralizii, sînt de origină virotică. Spre a elucida această presupunere, am inoculat la animale și embrioane de găină lichid cefalo-rahidian sau endosteu al canalului facial provenit de la bolnavii cu paralizii faciale de etiologie necunoscută. In decursul experiențelor am putut pune în evidență virusuri. Se poate concluda deci, că paralizii faciale „a frigore“, sînt de origine virotică — dupăcum s-a presupus și pe baza desfășurării clinice a bolii.

Paralizii faciale ivite ca o complicație a otitei medii purulente sînt provocate de compresiunea și inflamarea nervului facial. Se poate presupune deci că și paralizii faciale de origină virotică iau naștere printr-un mecanism asemănător. Nervul facial

periferic parcurge un drum lung în regiunea procesului mastoidean într-un canal îngust. După cum se știe în regiunea dominată de procesul inflamator virusul provoacă inflamația nervilor periferici înamifestându-se prin dureri foarte neplăcute în regiunea respectivă. Dacă procesul inflamator atacă un nerv parcurgând un canal îngust, cum ar fi nervul facial, e lesne de înțeles, că tumefierea lui produce o autocomprimare. Așa dar metabolismul nervului se modifică în urma compresiunii și pînă la urmă își încețază funcțiunea. Este demnă de amintit părerea lui Jendrassik, formulată încă în secolul trecut, conțorm careia în asemenea cazuri, periostul canalului îngust se edemiază (periostită) comprimînd nervul și suprimîndu-i funcțiunea. Același fenomen se observa și în cazul nervului optic trecînd prin foramenul său osos.

O parte din paralizările faciale de origine virotică, cedează după cîteva zile, o altă parte însă numai după cîteva săptămîni. Cînd funcțiunea nervului nu s-a restabilit în decurs de 6—8 săptămîni, restabilirea ulterioară este puțin probabilă.

Paralizările faciale care nu cedează unui tratament conservativ, au fost rezolvate de Ballance și Duel (1932) prin decompresiunea nervului de la canalul semicircular orizontal, pînă la foramenul stilo-mastoidean.

Aplicînd această metodă, în 1947 Kettel a reușit să intervie cu succes în 50 de cazuri.

Începînd din noiembrie 1949, noi am executat decompresiunea nervului facial paralizat, presupus de origine virotică, în 40 de cazuri. Indicațiile pentru intervenția chirurgicală au fost următoarele:

1. Am recomandat intervenția chirurgicală în acele cazuri, cînd în urma tratamentului conservativ aplicat timp de 2 luni, nu s-a putut pune în evidență nici o motilitate a mușchilor feței. Paralizația nervului facial a fost totală, nu am constatat excitabilitatea sa nici la curent faradic. În aceste cazuri, în momentul deschiderii canalului facial, am găsit nervii edemațiați în mod deosebit, semnele inflamației fiind perceptibile. În regiunea decomprimată nervul a fost mult mai voluminos, decît lumenul canalului. Am constatat acest fapt la 60% din cazurile operate de noi. 20% din bolnavii supuși decompresiunii nervului facial, pe lingă nervul și endosteul edemațiat, inflamă, au mai prezentat și o osteită și o necroză osoasă în regiunea distală a procesului mastoidean, în apropierea foramenului stilo-mastoidean, leziuni care au atins celulele procesului mastoidean. Rezultatele post-operatorii sînt următoarele: În stare de repaus, asimetria feței nu s-a constatat în nici un caz. Mișcările comisurii labiale și ale fantei palpebrale se executau cu ușurință. Încruntarea frunții însă, deci semnele unei vindecări complete, au apărut doar într-un procent de 10% a cazurilor.

2. Am indicat operația și în cazurile în care mișcările au reapărut pe față, deci semnele ameliorării erau evidente, dar după un timp acest proces de ameliorare s-a oprit. În aceste cazuri contractura facială existentă pînă la operație, a încetat complet după operație. Contractura musculaturii feței e provocată probabil de iritația intracanaliculară.

3. Intervenția chirurgicală este indicată și la persoanele predispușe la recidive, adică în cazurile cînd paralizația facială se repetă de mai multe ori pe aceeași parte. Bolnavii operați, în urma acestei indicații nu au mai recidivat, iar senzația străină de tensiune a încetat după intervenție. În această grupă, mișcările mușchilor feței s-au ameliorat de asemenea simțitor.

Bolnavii au fost pregătiți pentru operație cu cîte 1 cm³ morfină 2%, administrată sub formă de injecții. Pentru anestezia locală am folosit novocaină 1%. După incizia retroauriculară tipică, am eliberat planul mastoidean. Am îndepărtat celulele osoase și lamelele intercelulare ale procesului mastoidean. În cazurile noastre, muco-periostul celulelor mastoide, macroscopic, se prezenta sănătos, cu excepția porțiunii de la vîrf și a canalului facial. După executarea antrocelulotomiei obișnuite, în scopul deschiderii canalului Fallop, ne conducem după canalul semicircular orizontal și după incizura digastrică. Eliberăm nervul facial la punctul său de ieșire din canal, la întîlnirea incizurii digastrice cu peretele osos al canalului auditiv, în dreptul foramenului stilo-mastoidean. Eliberăm apoi pe tot traiectul său canalul Fallop situat între canalul

semicircular orizontal și foramenul stilomastoidean, în peretele osos posterior al canalului auditiv, ciopliind lamelar masivul osos. În timp ce eliberăm nervul, trebuie să urmărim atent coarda timpanului, care întinde suprafața externă a nervului facial în dreptul porțiunii sale mijlocii. Se poate întâmpla ca ea să ajungă mai degrabă la suprafața decît nervul facial, în decursul cioplierii lamelare. Coarda timpanului descoperită ne va servi ca sprijin în ceea ce privește situația nervului facial. În timpul scoaterii nervului facial din canal, constatăm că de pe suprafața anterioară a regiunii situate deasupra coardei timpanului, pornește nervul mușchii scăriței. Cu ocazia eliberării nervului facial, acest nerv se poate luxa cu ușurință din apofiza piramidală.

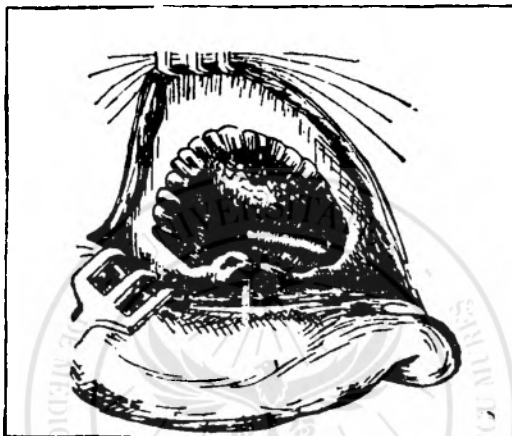


Fig. Nr. 3.

În urma operației, nervul facial eliberat de compresiune, își recîștigă imediat funcția. Apar mișcările fibrilare mărunte în regiunea comisurii labiale și este foarte evidentă închiderea fantei palpebrale. După încheierea operației, funcțiile restabilite regresează într-o anumită măsură, fiind însă pe mai departe mai bune decît înainte de operație. După operație facem toaleta obișnuită a plăgii. Funcția nervului regresează pe mai departe în zilele ce urmează operației. În a 6—10-a zi începe să se restabilească încet funcția nervului în așa măsură, încît devine excitabil la curent faradic. Ameliorarea crescîndă, care începe în a doua, a treia săptămîna, duce spre vindecare completă după cîteva luni.

Notăm gradele diferite de vindecare la care am ajuns prin intervenția chirurgicală, după cum urmează :

- I. Față simetrică în repaus.
- II. Mișcarea comisurii labiale la zîmbet și ris.
- III. Închiderea fantei palpebrale.
- IV. Incrunțarea frunții bine executată.
- V. Prezența mișcărilor asociate.

Din cazurile operate, la 40 am obținut fața simetrică în repaus, comisura bucală s-a mișcat la zîmbet și ris în 36 de cazuri, în 34 de cazuri bolnavii au închis și ochii, în 4 cazuri au incrunțat fruntea. Mișcări asociate am semnalat aproape în toate cazurile, întocmai ca și la marea majoritate a cazurilor operate de Kettel. Face impresia că acest fenomen e strîns legat de distrugerea și regenerarea fibrelor nervoase. Probabil anumite fibre ale segmentului superior, se regenează spre segmentele inferioare, sau aceeași fibră nervoasă e tăiată de o cicatrice minusculă și astfel cu ocazia regenerării,

unul din segmentele bifurcate ale fibrei regenerate ajunge la mușchii care închid ochii, iar alta spre exemplu, la mușchiul zigomatic. Astfel aceeași celulă în urma regenerației patologice trimite excitații nu la fibrele musculare cu funcțiuni similare, ci la fibre cu alte funcțiuni.

Pe baza rezultatelor de pînă acum, putem afirma că în cazul paraliziiilor faciale asociate proceselor otice nepurulente, decompresiunea canalului Fallop, s-a dovedit a da bune rezultate.

Primită la redacție: în 1 aprilie 1956.
