

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTURILOR BRONHIALE CERVICALE

Constantin Clim – doctor în medicină, cercetător șt. coordonator¹,
Ina Popa – medic-rezident²

¹Laboratorul științific tumori cap/gât și microchirurgie, IMSP Institutul Oncologic,

²Catedra Hematologie, Oncologie și Radioterapie Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

nulika87@yahoo.com, tel. 068045395

Rezumat

Autorii practică abord individual în tratamentul chirurgical al tumorilor chistice cervicale. La înlăturarea chisturilor branhiale de 4-10 cm, după miniincizia tegumentară de 3 cm, conținutul formațiunii este evacuat prin puncție, astfel capsula tumorii se disecă relativ ușor. Chisturile mediane sunt excizate cu includerea în piesa de rezecție a corpului osului hioid cu coarnele mici prin exarticulare. Excizia tumorilor bronhiale cervicale s-a efectuat la 36 de bolnavi cu branhiome și 20 de pacienți cu chist de duct tireoglos (bărbați – 21, femei, 35 cu vârsta de 12–64 de ani) cu rezultate funcționale și cosmetice bune.

Cuvinte-cheie: tratament chirurgical, chist branhial, chist de duct tireoglos

Summary. Surgical treatment of cervical cystic tumors.

The authors practice individual approach in surgical treatment of cervical cystic tumors. The removal of the cyst showed, after miniincision the skin of 3 cm, the fraction of contents 4-10 cm is evacuated through the puncture, and thus facilitates excision tumor capsule. Mediane cysts are excised with the inclusion in the peratorie of the body of hyoid bone by exarticulation. Excision of tumors was carried out in 26 patients with branhiome and 36 patients with mediane Cyst (barbate-21, 35 women with age between 12 and 64 years). Most operations did not affect the functionality and appearance of the cosmetic.

Key words: surgical treatment, branchial cysts, thyroglossal duct cysts

Резюме. Хирургическое лечение кистозных новообразований шеи.

Авторы применяют миниинвазивный хирургический доступ для удаления бронхиогенных кист шеи размером 4-10 см, через разрез кожи над опухолью до 3 см и пункции с эвакуацией содержимого, что облегчает отделение капсулы новообразования от прилегающих анатомических структур. Срединные кисты шеи удаляются с включением в препарат тела подъязычной кости после его экзартикуляции. Методики использованы у 36 больных с бронхиогенными кистами размером 4-10 см и 20 б-х срединными кистами шеи (мужчин – 21, женщин – 35 в возрасте от 12 до 64 лет) с хорошими функциональными и косметическими результатами.

Ключевые слова: хирургическое лечение, бронхиогенная киста, киста щитоподъязычного протока

Introducere. Tumorile chistice cervicale se consideră vestigii ale sistemului embrionar branhial, canalelor thymopharyngeus, tireoglos și sunt relativ rare, dar prezintă un accentuat potențial de malignizare. Forma mai des întâlnită este cea a chisturilor branhiale, mai rar ale canalului tireoglos (Bochdalek). Chistul se definește ca o cavitate patologică cu conținut lichidian sau semisolid, delimitat de o membrană epitelială. Chisturile branhiale mai frecvent sunt localizate de-a lungul mușchiului sternocleidomastoidian și derivă din incluzia epitelială restantă al unui pliu endodermic al arcului branhial. Chisturile congenitale latero-cervicale reprezintă defecte de obliterare a șanțurilor branhiale. Arcurile branhiale (la om 6, din care ultimele două sunt rudimentare) se dezvoltă inegal, mai dezvoltată fiind perechea a II-a. Neîchiderea șanțului branhial al II-lea este numită de clinicieni persistența canalului Rabl. Chisturile laterale au o

origine de obicei din a doua fantă branhială și sunt cele mai frecvente – 95% (1). Chisturile branhiale se împart în patru tipuri (2):

- tipul I – situat la nivelul fasciei superficiale a gâtului, pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian;

- tipul II – situat la nivelul fasciei profunde a gâtului, în raport cu vasele principale cervicale;

- tipul III – dezvoltat în loja fasciculului vascular principal cervical;

- tipul IV – chist în raport cu endofaringele și care se poate dezvolta spre baza craniului.

Chistul branhial are localizare preponderent pre- sau substernocleidomastoidiană, în treimea superioară și medie a acestuia, la nivelul bifurcației carotide comune. Poate fi localizat și periangulomandibular sau, rar, în treimea inferioară a mușchiului sternocleidomastoidian. Chistul are dimensiuni variabile și poate

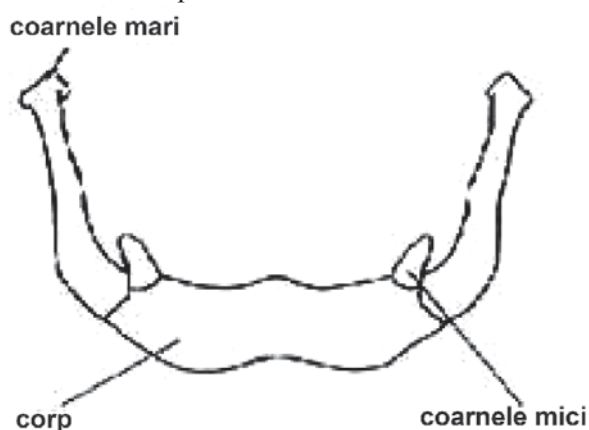
ajunge până la 8-10 cm cu tegumentele acoperitoare nemodificate, dacă nu este inflamată. Chisturile se pot infecta și chiar fistuliza tegumentar. Canalul tireoglos este o formațiune embrionară tranzitorie ce unește baza limbii cu glanda tiroidă [3]. În mod normal acest canal se obliterează complet, iar rămânând permeabil dă naștere unei fistule. Dacă o mică porțiune nu se obliterează, în acest loc se va forma ulterior un chist cu sediul pe linia mediană a gâtului, deasupra cartilajului tiroid, între osul hioid și glanda tiroidă.

Chistul cervical apare în special la tineri, mai des la sexul feminin. Are o perioadă lungă de latență, cu o simptomatologie săracă, apărând ca formațiune tumorală elastică, nereductibilă, dar poate să se dezvolte și rapid. Chisturile mediane sunt puțin mobile, ascensionează odată cu mișcările de deglutiție, nu aderă la tegument dacă nu sunt fistulizate și conțin un lichid mucos, ușor filant. Chistul de dimensiuni medii își are sediul pe linia mediană a gâtului, deasupra cartilajului tiroid, între osul hioid și glanda tiroidă și este relativ fixat la osul hioid prin traiectul său fibros ce se termină în foramen cecum la baza limbii. Diagnosticul clinic al chistului este confirmat prin ecografie cervicală. Având dimensiuni mici și fiind bine tolerat, tratamentul chistului se neglijează adesea până survin complicațiile. Din punct de vedere al prognosticului evoluția e benignă, dar în general fără șanse de vindecare spontană. Problema conversiei maligne la nivelul peretelui chistului (carcinom branhiogen) este contraversată, dar malignizarea trebuie suspectată în cazurile de creștere rapidă cu fixarea la țesuturile adiacente. Tratamentul branhiomelor este chirurgical cu abordul, în trecut, prin incizie verticală, de-a lungul marginii anterioare al mușchiului sternocleidomastoidian, care avea avantajul unui acces mai facil, în schimb cicatricea postoperatorie era inestetică. În cazul chistului median extirparea presupune cervicotomie anterioară cu disecarea planului muscular suprahioidian, mobilizarea formațiunii tumorale cu rezecția osului hioid. Intervenția este recomandabil să se facă înainte de a se produce un puseu inflamator. În caz de supurație acută se practică incizia și drenajul colecției, urmând ca operația radicală să se efectueze la minim 2-3 luni de la stingerea fenomenelor inflamatorii.

Material și metode. În Clinica chirurgie a tumorilor capului și gâtului IMSP Institutul Oncologic am analizat tratamentul aplicat în ultimii ani la 36 de bolnavi cu chisturi branhiale de 4-10 cm și 20 de pacienți cu chist de canal tireoglos de dimensiuni mai mici. Bărbați – 21, femei – 35 cu vârsta de 12 – 64 ani. Abordul chirurgical a fost asigurat, printr-o incizie minimă, astfel încât cicatricea post-

operatorie să fie disimulată într-un pliu natural al pielii gâtului. Pentru extirparea miniinvazivă (incizie tegumentară de 3 cm) a chistului branhiol de dimensiuni mari s-a efectuat punționarea evacuatorie intraoperatorie a formațiunii. După îndepărtarea maximală a conținutului, pentru a-l detensiona și după injectarea intrachistică a soluției de verde de briliant detașarea acestuia de pachetul jugulo-carotidian, iar în porțiunea sa superioară, de perețele lateral al faringelui și de vârful apofizei stiloide devine mai puțin laborioasă. Mobilizarea formațiunii este mai dificilă în cazul chisturilor suprainfectate, care aderă intim la aceste structuri anatomice. Intervenția se încheie cu drenaj și sutura în planuri anatomice. În cazul chistului de canal tireoglos la prezența fistulei s-a efectuat întotdeauna incizia ce circumscrie orificiul fistulos, prelungită orizontal respectând, de obicei, jumătatea distanței între menton și hioid. După decolarea marginilor plăgii și incizia aponevrozei cervicale superficiale apare chistul diferit ca volum, care poate fi situat deasupra sau sub mușchiul milohioidian. Fibrele musculare se secționează orizontal, chistul se decolează cu degetul sau cu un decolator bont, pentru a nu se rupe perețele și să se reverse afară conținutul. În așa cazuri decolarea se face greu și resturile din învelișurile chistului duc la recidivă sau episoade inflamatorii ulterioare. Chistul se disecă la partea sa inferioară unde, deseori, printr-un cordon fibros este atașat piramidei tiroidiene Lalouette. Deseori chistul și fistula tractului tireoglos sunt așezate mai jos, subhioidian, însă traiectul lor ascendent continuă în sus, în conexiune cu corpul hioidului, pentru a ajunge la foramen cecum la baza limbii. Se disecă progresiv tractusul chistului până la marginea inferioară a hioidului sub care aderă la fața profundă a osului sau se angajează transhioidian. Obișnuit traiectul fistulos trece sub osul hioid. În cazul traiectului subhioidian și transhioidian, fragmentul afectat al osului hioid se înlătură, prinzându-l cu o pensă Kocher și trăgându-l ușor înainte și în sus, pentru a elibera de perețele faringelui la nivelul membranei tirohioidiene. După rezecția fragmentului osului hioid, se continuă decolarea porțiunii superioare a tractusului, cu grija de a lega și secționa ramurile venoase, până ce acesta se înfundă spre baza limbii. Cordonul fibros ascendent, cât mai sus posibil, se leagă și se secționează sub ligatură. Pieșa operatorie formată din tractus, fragmentul osului hioid și chist se extirpă în bloc. După hemostază, se suturează vertical planul aponevrotic și muscular cu catgut, ceea ce face să se apropie capetele hioidului. Se instalează drenaj prin aspirație Redon pentru a favoriza eliminarea secrețiilor. Noi evităm secționarea cu o foarfecă Busch a osului hioid de o parte și alta

a tractusului evidențiat, adică evităm rezecția parțială a osului hioid în regiunea mediană pe circa 1 cm recomandată în descrierea acestei operații. Practica ne dovedește dificultatea hemostazei în hemoragiile de lungă durată din marginile rezectate a țesutului spongios al corpului osului hioid. Procedeele de extirpare a hioidului sunt multiple. În Clinica noastră procedeul este deosebit deaceea prezentăm în continuare detaliat aspectele tehnice.



Chist infrahioidian

Osul hioid este constituit din corp și patru coarne. Corpul hioidului are forma de lamă patruleteră, curbată transversal. Fața anterioară este convexă și prezintă o creastă în lungul ei care o împarte în două etaje: superior și inferior. Pe fața anterioară a corpului hioidului se inserează mulți dintre mușchii hioidieni. Fața posterioară a osului, îndreptată spre epiglotă, este concavă și netedă. Coarnele hioidului sunt de două feluri: coarne mari și coarne mici. Coarnele mari sunt două proeminențe lungi care se articulează pe părțile laterale ale corpului și se îndreaptă lateral și înapoi. Ele sunt mai groase la bază și mai subțiri spre vârf, unde se termină cu câte un tubercul care se unesc prin ligamente de apofizele stiloide ale oaselor temporale. Pe fața lor superioară sunt două proeminențe conice mici, care se articulează pe partea superioară a extremităților corpului hioidului și sunt îndreptate în sus și lateral. Pe aceste coarne se inserează mușchi suprahioidieni. În tratamentul chirurgical al chistului de duct tireoglos noi practicăm exarticulația corpului integru al osului hioid cu coarnele mici. Deaceea la

recunoașterea cornului mic al hioidului, care se pune în evidență ușor ca o proeminență conică dură, se trece la înlăturarea porțiunii centrale a osului. Pentru aceasta, după vizualizarea marginii inferioare a corpului hioidului, degetul chirurgului trecut în spatele osului îl ridică și îl separă, de jos în sus, de structurile subdiacente prin secțiuni cu electrobisturiul până la mobilizarea lui. Următorul pas este secționarea capsulei articulației pe marginea proeminenței cornului mic inclus în piesa de rezecție, cu păstrarea cartilajului suprafeței articulare a cornului mare. Corpul hioidului fixat cu o pensă rac se ridică și după secționarea capsulei articulare la capătul opus al osului este eliberat și înlăturat.

Rezultate. Extirpat în totalitate chistul branhiar și chistul median împreună cu corpul osului hioid nu recidivează. Exarticulația corpului osului hioid în tratamentul chistului median este extrem de importantă, reducând practic la zero rata hematoamelor postoperatorii și recidivelor, și deci, eventualelor degenerări maligne. Metodele folosite nu au afectat funcționalitatea și aspectul cosmetic al regiunii operate. Rezultatele tratamentului chirurgical atât cele imediate, cât și cele la distanță în timp sunt foarte bune.

Concluzie. Puncția aspirativă în scop curativ a chistului folosită des în trecut pentru decomprimarea formațiunii nu se recomandă datorită riscului de contaminare septică. Excizia chirurgicală este tratamentul de elecție al tumorilor chistice cervicale. Tratamentul chirurgical provoacă multe probleme atât prin dificultatea intervenției, cât și prin rata înaltă a recidivelor (0,5 – 12%). Metodele propuse prezintă o serie de avantaje estetice și funcționale care exclud etapele multiple în tratamentul radical al tumorilor chistice cervicale.

Bibliografie

1. Lanhman P.D., Wushensky C. *Second brachial cleft cyst mimic: case report*. Am.J.Neuroradiol. 2005;26:1862-1864.
2. Bailey H. *Branchial cysts and other essays on surgical subjects in the facio-cervical region*. London. HK Levis; 1929.
3. Stephanie P. Acierno, M.D., M.P.H., John H.T., Waldhausen, M.D. *Congenital Cervical Cysts, Sinuses and Fistulae*. Otorinolaringol Clin N Am 40 (2007) 161-176.