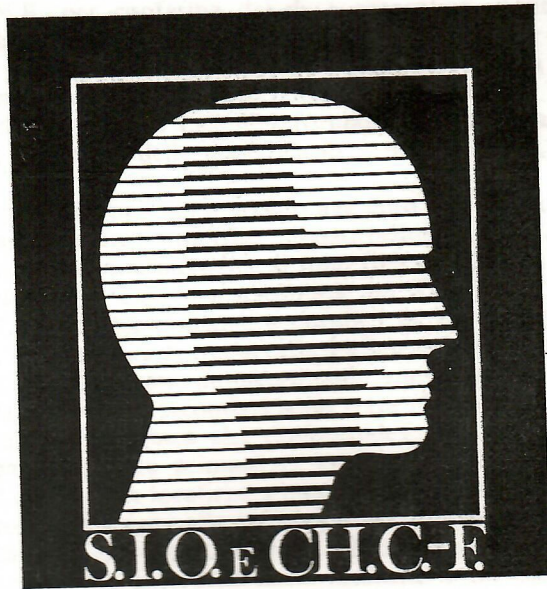


SOCIETÀ ITALIANA
DI OTORINOLARINGOLOGIA
E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE

Presidente prof. Paolo Menzio



LXXVII CONGRESSO NAZIONALE

Stresa, 23-26 Maggio 1990

ATTI
delle Sedute Scientifiche

PACINI EDITORE

43

[Handwritten signature]

nati precedentemente in B minore e si era rilevata la presenza di 59 formazioni modulari solide ipo-aneogene che per localizzazione in rapporto con la tiroide e per caratteristiche ecografiche sia morfologiche che strutturali avevano fatto porre diagnosi di iperplasia ghiandolare paratiroidea. I casi dubbi erano stati sottoposti a F.N.B. per conferma del dato ecografico. Tenendo conto che in un pz. affetto da iperparatiroidismo secondario l'attesa è che tutte e 4 le ghiandole paratiroidi siano iperplastiche mentre in un pz. affetto da iperparatiroidismo primario l'attesa è che solo una ghiandola sia soggetta ad iperplasia il 100% di successo avrebbe messo in luce 139 formazioni ghiandolari. Sui 37 pazienti pz. esaminati la sensibilità della metodica in B mode è stata, nella nostra serie, del 42,4%.

Lo stesso gruppo di pz., cui abbiamo aggiunto due ulteriori casi di iperparatiroidismo primario, è stato sottoposto all'associazione fra esplorazione in B mode e Color Doppler; con questa metodica si sono rilevate 123 formazioni ghiandolari paratiroidi iperplastiche con una sensibilità del 87,2%.

Mediante l'uso dell'esplorazione ecografica in B mode si erano rilevati 11 falsi positivi. L'associazione fra ecografia bidimensionale e Color Doppler non ha dato luogo, fino a questo momento, alla rilevazione di falsi positivi.

Negli iperparatiroidismi secondari sono state riconosciute 60 ghiandole ectopiche sia a localizzazione intra che extratiroidea.

Negli iperparatiroidismi primari, di cui solo 3 già sottoposti ad ecografia in B mode, in 2 casi è stata localizzata una paratiroide in sede ectopica precedentemente non riconosciuta (una alla biforcazione carotidea ed una retrogiugulare); in un caso l'indagine CD ha modificato la rilevazione, già effettuata in B mode, in quanto la formazione precedentemente indicata come paratiroide era invece un nodulo tiroideo con vascolarizzazione capsulare come confermato dalla chirurgia.

Nei due casi osservati solo con l'associazione B Mode/CD Mode si è avuta una completa conferma chirurgica dei risultati ecografici.

CONCLUSIONI

L'abbinamento fra Color Doppler e B Mode sembra essere un decisivo miglioramento della tecnica di indagine ecografica degli iperparatiroidismo, siano essi primari o secondari.

In particolar modo il riconoscimento delle ghiandole paratiroidi ectopiche appare decisamente facilitato.

L'affinamento della tecnica (e l'uso di una sonda endoesofagea per lo studio del mediastino superiore) potrebbe portare ad un ulteriore miglioramento dell'accuratezza diagnostica e ad una riduzione della necessità di conferma biptica dei risultati ecografici, fin'ora molto spesso necessaria, con riduzione della invasività dell'esame.

SCHWANNOMA BENIGNO DEL SIMPATICO CERVICALE IN REGIONE CAROTIDEA: PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO CON LE PROBLEMATICHE CORRELATE E TRATTAMENTO CONSEGUENTE

M. Magnani, G. Broich, G.P. Roffi

Divisione O.R.L. - Ospedale di Cremona (Primario O. Bazzana) U.S.S.L. 51

PREMESSE E GENERALITÀ

I tumori nervosi derivano embriologicamente da tre differenti elementi: a) la placca neurale generatrice del sistema nervoso centrale; b) placca di sensoriali; c) la cresta neurale da cui prenderanno origine i nervi periferici ed i gangli. Nel distretto cervicale si riscontrano: 1) tumori nati dalla fibra nervosa (schwannomi benigni e maligni; neurofibromi Recklinghausen associati e non; neuromi generalmente secondari a traumi chirurgici o contusivi); 2) tumori nati dai gangli (ganglioneuromi benigni; simpatogoniomi maligni e simpatoblastomi maligni); 3) tumori del sistema nervoso centrale (mingiomi eccezionali nella regione cervicale); 4) i paragangliomi.

Gli schwannomi benigni (neurinomi di Verocay o neurilemmomi di Stout) sono i più frequenti tumori nervosi, anche se una buona quota spetta al neurinoma dell'acustico che esula da questo studio. Sul piano macroscopico la lenta evoluzione permette loro di raggiungere una dimensione notevole senza produrre sempre deficit nervosi; di forma arrotondata od ovoidale sono sempre collegati ad un cordone nervoso talvolta macroscopico e non identificabile come elemento anatomico; hanno consistenza dura e fibrosa e sono circondati da una capsula continua che in rari casi contrae delle aderenze con le strutture circostanti. Dal punto di vista macroscopico la capsula presenta uno strato esterno o epinevrio ed uno strato interno o perinevrio, mentre il neurinoma è formato da un sincizio fascicolato multinucleato inquadrato in spazi cilindrici ed avvolto dalla sottilissima membrana fibrillare di Plenck e costituito da cellule allungate mal delimitabili dalle altre; i nuclei formano dei fasci incrociatisi o al contrario paralleli. Questa differenza è stata evidenziata da Antoni che ha distinto due tipi: il tipo A in cui i fasci si orientano in noduli ed il tipo B rappresenta la maturazione evolutiva del tipo A mentre Pietrantonì e Leonardelli negano questa differenza tra A e B rilevando che i due tipi possono coesistere contemporaneamente nello stesso tumore.

ASPETTO CLINICO

Mentre i tumori nervosi del collo ganglionari si sviluppano quasi esclusivamente dal ganglio simpatico cervicale superiore, i tumori nervosi derivati dalla fibra hanno origine variabile: 1) da un grosso tronco nervoso (essenzialmente il X e meno frequentemente V-VII-IX e XII o il connettivo interganglionare del simpatico cervicale oppure i tronchi primari o secondari del plesso branchiale); 2) da una branca collaterale più sottile (nervo laringeo superiore e nervo frenico); 3) a partenza da elementi nervosi molto fini con la conseguente caratteristica macroscopica di un tumore senza continuità con il tessuto nervoso.

Lo spazio retrostiliario (o sottoparotideo posteriore) delimitato dal fascio di Riolo in avanti, dall'alettone del faringe all'interno, dallo sternocleidomastoideo, e dal digastrico all'infuori e dalla fascia prevertebrale all'indietro è un luogo di concentrazione nervosa sicuramente privilegiato. Arrivano infatti in questa regione i quattro ultimi nervi cranici a partire dal foro lacero posteriore e dal canale condiloideo anteriore per incontrare il ganglio cervicale superiore del simpatico e per emettere numerose fibre collaterali. È appunto questa la sede di elezione degli schwannomi benigni della regione cervicale; sono tumori in genere ben delimitabili soprattutto quelli originati da un grosso tronco nervoso. Le fibre nervose corrono intatte da una parte all'altra del tumore che occupa sia una

porzione eccentrica nel nervo sia una porzione centrale; mentre la prima eventualità è favorevole ad un approccio chirurgico conservativo la seconda evenienza obbliga alla sezione nervosa.

I neurinomi si presentano come una tumefazione latero-cervicale cronica; mobile sul piano trasversale ma fissa sul piano verticale in ragione del tragitto abitualmente verticale dei nervi del collo; impongono sempre una diagnosi differenziale con le tumefazioni latero cervicali. La diagnosi di localizzazione nervosa non può essere eseguita mediante la sola semeiotica neurologica in quanto i nervi vicini compressi dal tumore possono presentare segni di sofferenza; a porre la diagnosi sono essenzialmente la radiologia (per i limiti del tumore e per i rapporti con le strutture adiacenti) e la biopsia a cielo aperto per cervicotomia (l'agobiopsia spesso non dà risposte probanti).

CASO CLINICO

Tra gli schwannomi cervicali derivati da un grosso tronco nervoso quello originato dal simpatico cervicale rappresenta una evenienza rara essendo per ordine di frequenza più colpiti il X il VII il IX il V ed il XII. Abbiamo rilevato questa neoplasia in una donna di 34 anni che da oltre un anno presentava tumefazione latero cervicale e mobile lateralmente, a superficie liscia, con modesta dolenzia della popolazione profonda. Nulla di significativo alla laringoscopia, alla rinoscopia ant e post e alla orofaringoscopia, non presenza di macchie brunastre cutanee evocatrici di malattia di Recklinghausen ed assenza di lesioni neurologiche. Nella norma apparivano gli esami ematici, il toxotest, il tine test; l'ecografia parlava di formazione solida di cm 4×2 omogenea a contorni netti e regolari. La TAC del collo ad alta risoluzione parlava di massa ovalare isodensa a margini netti e regolari circondata da un cerchio iperdenso con diametro trasverso di 2,3 cm; maggiori informazioni forniva invece la N.M.R. eseguita con tecnica Spin-Echo con sezioni trasversali e coronali che evidenziava una neoformazione ovalare a margini netti al di sotto dello S.C.M. spostata lateralmente e anteriormente l'asse vascolare con il polo mediale in prossimità delle apofisi trasverse e dei processi articolari di C2 e C3. L'agobiopsia eseguita successivamente non ha fornito diagnosi di certezza evidenziando un quadro aspecifico di fascicoli stromali densamente cellulati con rare cellule di tipo poligonale. La paziente viene quindi sottoposta all'intervento di cervicotomia esploratrice con taglio lungo lo S.C.M. di cui vengono liberati la faccia esterna ed il bordo anteriore; subito al davanti dello S.C.M. si reperta la massa su di cui si individuano dal dietro in avanti la giugulare esterna, il X e la biforcazione carotidea. Dopo aver evidenziato in basso gli elementi del fascio vascolo-nervoso si fa scorrere la carotide ed il X in avanti e la giugulare interna indietro; si scolla e si spinge in alto il XII iniziando ad isolare la neoformazione che ha le dimensioni di una prugna. Si evidenziano quindi due peduncoli uno in alto ed uno in basso che confermano il sospetto di neurinoma del simpatico cervicale; dopo alcuni infruttuosi tentativi di sgusciare la massa rispettando i peduncoli si seziona il polo inferiore e si scolla posteriormente la massa, resecando quindi il peduncolo superiore oltre il piano del digastrico a livello della base cranica. Il decorso post-operatorio è stato regolare; alla paziente è residua una ovvia sindrome di *Claude Bernard Horner*. L'esame istologico ha diagnosticato lo schwannoma benigno capsulato di tipo A con focolai aree edematose e discreta cellularità con cellule fusate disposte a palizzata.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il caso clinico appena descritto ha delle caratteristiche rivelate costantemente in letteratura: la tumefazione cronica latero-cervicale con la caratteristica immobilità sul piano verticale, la negatività degli esami di laboratorio e la semeiotica spesso assente. L'agobiopsia solo raramente da indicazioni provanti, mentre la diagnostica per immagini offre solo delle più utili informazioni circa la caratteristica della massa e dei suoi rapporti con le strutture vicine, asse vascolo-nervoso in particolare. Pertanto è la sola cervicotomia esploratrice che permette il momento diagnostico e successivamente terapeutico. Circa il trattamento è doveroso riconoscere alla chirurgia conservatrice la prima opzione disseccando il tumore dopo aver esposto il tronco nervoso a monte e a valle; questo è però realizzabile nei piccoli tumori a sviluppo eccentrico. Nei grossi tumori si assiste invece frequentemente ad una dissociazione del nervo che rende di conseguenza impossibile la dissezione intra-fascicolare; l'exeresi pura e semplice è quindi l'unica alternativa seguita o mezzo da ricostruzione nervosa. Questa è irrealizzabile quando il polo superiore del tumore lambisce la base cranica.

LE NEOFORMAZIONI INTRINSECHE DELLA GUANCIA

E. Gorini, L. Artesi

Divisione ORL - Ospedale Civile G. Fornaroli - Magenta - USSL n. 72 Lombardia

Il recente riscontro di tumefazioni intrinseche della guancia, ad esclusione quindi della patologia a carico dei rivestimenti interno ed esterno, mucoso e cutaneo, ha spinto gli autori a revisionare la casistica della divisione negli ultimi dieci anni ed a confrontare la propria esperienza, soprattutto in termini di tecnica chirurgica, con quanto è riferito in letteratura. A tale proposito giova ricordare brevemente l'anatomia della regione con le relative implicazioni patologiche. Le guance costituiscono le pareti laterali della bocca e come tali sono delimitate da quattro margini: il margine superiore si attacca al mascellare all'altezza degli apici degli alveoli dentari. Il margine inferiore segue la linea obliqua esterna del corpo della mandibola. In avanti la guancia si confonde con le labbra e la piramide nasale (solco labio-genieno e naso-labiale).

Posteriormente ha come limite il margine anteriore del ramo e del processo coronoide della mandibola. A questo livello i piani superficiali della guancia passano al di fuori della mandibola per confondersi con la regione masseterina, mentre lo strato muscolare più profondo passa all'interno del ramo, per fissarsi al legamento pterigo mascellare: ciò spiega come talora sia difficilmente attribuibile la topodiagnosi di una neoformazione al confine per esempio tra regione della guancia e masseterina. Per quanto riguarda la struttura, esclusi quindi i rivestimenti cutaneo e mucoso, riveste particolare importanza una formazione adiposa contenuta nel tessuto sottocutaneo: trattasi del corpo adiposo o bolla di Bichat, sviluppatissimo nella prima infanzia e posto tra cute e muscolo buccinatorio.

Questo particolare tessuto adiposo si continua con il grasso della regione temporale e con il grasso della fossa zigomatica: anche questa configurazione