



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Complications neurovasculaires après chirurgie des paragangliomes du glomus carotidien[☆]



E. Lamblin^{a,*,b}, I. Atallah^{a,b,c}, E. Reyt^{a,b}, S. Schmerber^{a,b}, J.-L. Magne^{b,d}, C.A. Righini^{a,b,c}

^a Unité d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, centre hospitalo-universitaire de Grenoble, 1, avenue du maquis-du-Grésivaudan, 38043 Grenoble cedex 9, France

^b Université Joseph-Fourier, Grenoble 1, BP 53, 38041 Grenoble cedex 9, France

^c Inserm U823, institut Albert-Bonniot, BP 170, 38042 Grenoble cedex 9, France

^d Unité de chirurgie endocrinienne, thoracique et vasculaire, centre hospitalo-universitaire de Grenoble, 1, avenue du maquis-du-Grésivaudan, 38043 Grenoble cedex 9, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Paragangliome du glomus carotidien
 Chirurgie
 Complications neurovasculaires
 Classification de Shamblin

RÉSUMÉ

Objectif. – Cette étude de série de cas rapporte notre expérience dans la prise en charge des paragangliomes du glomus carotidien. L'objectif est de déterminer si la classification de Shamblin ou la taille tumorale sont des facteurs prédictifs de survenue des complications neurovasculaires postopératoires précoces ou tardives.

Matériel et méthode. – Quarante-neuf patients opérés de 54 paragangliomes du glomus carotidien ont été inclus dans cette étude rétrospective sur la période allant de 1980 à 2011. Nous avons recensé les complications neurovasculaires postopératoires précoces (<1 mois) et tardives (séquelles à 18 mois).

Résultats. – Des complications postopératoires précoces sont survenues dans 31 cas ; il s'agissait d'un déficit neurologique crânien dans 30 cas (56 %). Ce déficit était retrouvé dans 83 % des cas lorsque le paragangliome du glomus carotidien était de stade III selon la classification de Shamblin et la taille tumorale significativement plus élevée (4 cm ± 1,4 versus 2,9 cm ± 1,3 ; $p < 0,01$). Un paragangliome du glomus carotidien de stade III selon la classification de Shamblin et de taille > 3,2 cm était un facteur prédictif de survenue de complications neurologiques périphériques précoces. Huit patients (17 %) présentaient un déficit neurologique périphérique permanent, avec des séquelles à 18 mois ; aucun facteur prédictif n'a été identifié.

Conclusion. – L'exérèse chirurgicale des paragangliomes du glomus carotidien est le seul traitement curatif avec une faible morbidité vasculaire. Cependant la survenue d'un déficit neurologique périphérique précoce reste fréquent (56 %), mais temporaire avec 17 % d'atteinte définitive à 18 mois. La classification de Shamblin et la taille tumorale sont des facteurs prédictifs de survenue des complications neurovasculaires postopératoires précoces.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Les paragangliomes sont des tumeurs rares, habituellement bénignes, mais certaines mutations génétiques (SDHB) peuvent être associées à des formes malignes. Ces lésions se développent à partir des cellules du système neuroendocrine diffus, qui se

trouvent depuis la base du crâne jusqu'au plancher pelvien. Les paragangliomes cervicaux représentent 0,6 % des tumeurs de la tête et du cou [1]. Les paragangliomes du glomus carotidien (PGc) sont les tumeurs parasymphatiques les plus fréquentes et surviennent dans 1/30 000 à 1/100 000 cas dans la population générale.

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement curatif des PGc. Il s'agit de tumeurs à croissance lente mais il existe des risques de compression locale et, parfois, de malignité associée [2,3]. Les progrès en génétique, en imagerie (telle que l'angiographie IRM 3D en temps de vol) [4], et les nouvelles techniques chirurgicales ont permis une diminution significative de la mortalité périopératoire (< 1 %) et de la morbidité vasculaire (< 1 % AVC). Cependant, la morbidité neurologique périphérique postopératoire, par atteinte des nerfs crâniens principalement, reste élevée : 14 à 49 % de déficits

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.05.006>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ELamblin@chu-grenoble.fr (E. Lamblin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2016.02.004>

1879-7261/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

précoces [2,3], et 6 à 23 % de déficits persistants, ceux-ci étant reportés uniquement dans quelques études récentes pour une durée médiane de suivi variable de 6 mois à 1 an [5–7].

Il existe cependant d'autres stratégies de traitement telles que la radiothérapie adjuvante, ou exclusive (conventionnelles, stéréotaxiques ou en IMRT), dont les progrès amènent à repenser les stratégies thérapeutiques chez certains patients [8,9].

La classification de Shamblin (Fig. 1), basée sur l'engainement des vaisseaux carotidiens, est corrélée au risque de survenue de lésions vasculaires postopératoires [10,11]. De précédentes études proposent cependant des résultats controversés concernant la relation entre le stade de la classification de Shamblin et le risque de survenue de complications neurologiques périphériques postopératoires [5–7,11,12].

L'objectif de notre étude est de rapporter notre expérience dans la prise en charge des PGc et d'évaluer le risque de survenue des complications neurovasculaires postopératoires précoces et tardives en fonction de la classification de Shamblin et de la taille tumorale.

2. Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude de série de cas incluant tous les patients opérés d'un PGc dans notre centre hospitalo-universitaire entre janvier 1980 et décembre 2011. Les données répertoriées étaient les suivantes : caractéristiques démographiques, données cliniques et paracliniques, prise en charge chirurgicale, complications neurovasculaires postopératoires précoces (< 1 mois) et tardives (> 18 mois), et évolution de la maladie. Les tumeurs étaient classées selon la classification de Shamblin d'après l'imagerie préopératoire (TDM ou IRM). La taille de la tumeur était définie d'après les données anatomopathologiques (mesure dans le plus grand axe).

L'exérèse chirurgicale était réalisée en double équipe avec un chirurgien ORL et un chirurgien vasculaire. Une cervicotomie suffisamment large était réalisée afin de permettre un bon contrôle des éléments vasculo-nerveux. Le repérage des axes carotidiens en distalité et proximalité de la tumeur était réalisé dans un premier temps, puis le repérage des nerfs vague, accessoire et hypoglosse. La dissection était ensuite menée de façon crânio-caudale et sous adventitielle jusqu'au bulbe carotidien qui constitue la zone la plus à risque de déchirure de la bifurcation car c'est à cet endroit que se trouve l'artère du corpuscule [13]. Un geste vasculaire (suture simple, fermeture sur patch, résection anastomose carotidienne ou pontage carotido-carotidien primitive-interne) était associé et réalisé par l'équipe de chirurgie vasculaire lorsque la continuité artérielle était interrompue sous couvert d'héparinothérapie efficace et contrôle hémodynamique. Cela était réalisé soit de façon programmée lorsque la tumeur, volumineuse ou adhérente à l'artère carotide interne (ACI), obligeait à réséquer l'axe carotidien ; soit lors d'une plaie survenant au cours de la dissection. L'exérèse du tissu ganglionnaire adjacent au PGc était réalisée pour tous les patients à partir de 2000.

Nous rapportons les caractéristiques des patients selon des médianes et des écarts interquartiles (EI ; 25^e et 75^e percentiles) pour les variables continues, et selon des pourcentages pour les variables catégorielles. Une analyse univariée a été utilisée pour évaluer si la classification de Shamblin ou la taille tumorale étaient corrélées au risque de survenue des complications neurovasculaires postopératoires. Les données étaient analysées grâce au test de Chi² ou au test exact de Fisher pour les variables catégorielles, et celui de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables continues. Une courbe ROC a été réalisée pour déterminer une valeur seuil de taille tumorale comme facteur prédictif de survenue des complications neurologiques périphériques

Tableau 1

Données démographiques, cliniques et paracliniques préopératoires de la population étudiée.

Variable	Nombre de patients (n = 49)
<i>Population</i>	
Exérèse de PG	54
Âge, années ^a	49 (38,2–57,7)
Sexe féminin	27 (55)
Côté droit	32 (59)
Forme multiple	12 (24)
PG bilatéral	9 (83)
Forme maligne	2 (4)
Suivi, mois ^a	17 (10–67)
<i>Mode de découverte</i>	
Durée des symptômes avant diagnostic (mois) ^a	38 (1–48)
Masse cervicale	36 (67)
Bilan d'extension	7 (13)
Bilan neurovasculaire	7 (13)
Flush	2 (4)
Bilan génétique	1 (2)
<i>Symptômes associés</i>	
Hypertension artérielle	18 (37)
Malaise	10 (20)
Acouphènes	2 (4)
Toux et dysphonie	12 (25)
En rapport avec une atteinte préopératoire du X	3 (25)
<i>Examens complémentaires</i>	
Bilan génétique	14 (29)
Mutation retrouvée	10 (71)
Sur le gène <i>SDHD</i>	7 (70)
Sur le gène <i>SDHB</i>	3 (30)
Dosage des cathécholamines urinaires ou sanguins	38 (78)
Augmentation significative	7 (18)
Augmentation significative et PG sécrétant	4 (11)
Artériographie ou angioscanner	48 (98)
Scanner	32 (65)
IRM	16 (33)
Scintigraphie	16 (33)

Les valeurs entre parenthèses sont des pourcentages sauf indication contraire. PG : paragangliome du glomus carotidien ; X : nerf vague ; SDHD-B : sous-unité D-B de la succinate déshydrogénase ; IRM : imagerie par résonance magnétique.

^a Les valeurs sont des médianes (espaces interquartiles)

postopératoires. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significatif. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 3.0.1.

3. Résultats

3.1. Description de la population

Les caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques des patients sont résumées dans le Tableau 1. Cinquante-quatre exérèses de PGc ont été réalisées chez 49 patients. Dans 36 cas, les patients présentaient une tuméfaction latéro-cervicale depuis une durée médiane de 38 mois avant toute prise en charge médicale (EI, 1–48 mois). La durée médiane de suivi postopératoire était de 17 mois (EI, 10–67 mois). Quarante-trois patients (48 PGc) ont été suivis au moins 18 mois.

L'examen qui a permis de poser le diagnostic dans 98 % des cas était l'artériographie ou l'angioscanner. Cependant, l'échographie ou la cytoponction à l'aiguille fine ont été faites en première intention pour 12 patients. Ceux-ci ont ensuite eu une cervicotomie exploratrice, sans biopsie, et sans complication (10 patients avant 1992, la plupart référés par d'autres centres). Ces patients ont par la suite bénéficié d'une exérèse chirurgicale du PGc dans un second temps après avoir complété le bilan d'imagerie afin de confirmer le diagnostic.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713849>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713849>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)