

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دوره ۳۲ شماره ۶ بهمن و اسفند ۱۳۸۹ صفحات ۶۶-۷۱

## عوارض پاروتیدکتومی برای تومورهای پاروتید در یک تجربه ۶ ساله

مسعود نادرپور: گروه گوش، حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، نویسنده رابط

E-mail: naderpoorm@yahoo.com

رئوف ملاجوادی: گروه گوش، حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
آرش نظیری: پزشک عمومی

دریافت: ۸۸/۳/۳، پذیرش: ۸۸/۱۱/۲۱

### چکیده

**زمینه و اهداف:** جراحی تومورهای پاروتید همراه با عوارض گوناگونی از قبیل ضعف عصب فاسیال، سندرم تعریق چشایی، مشکلات زیبایی، فیستول، هماتوم بعد عمل و عفونت می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی تجربه یک جراح در مورد پاروتیدکتومی و بررسی عوارض جراحی و مقایسه آن با سایر مطالعات می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۵۰ بیمار با تومور پاروتید که تحت پاروتیدکتومی در یک دوره ۶ ساله (از فروردین ۸۱ لغایت اسفند ۸۶) توسط یک جراح قرار گرفته اند انجام شده و عوارض زودرس و دیررس آنها بررسی شده است.

**یافته‌ها:** در این بررسی ۵۰ بیمار شرکت داشتند که ۲۴ نفر آنها (۴۸٪) مرد و ۲۶ نفر (۵۲٪) زن بودند. در این بررسی ۱۳ بیمار (۷ بیمار با تومور خوش خیم و ۶ بیمار با تومور بدخیم) تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال و سایر بیماران تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند. از نظر فراوانی عوارض بوجود آمده، ۴ بیمار (۸٪) دچار فلج موقت عصب فاسیال، ۶ بیمار (۱۲٪) دچار سندرم تعریق چشایی (Frey's Syndrome)، ۲ بیمار (۴٪) دچار فیستول بزاقی و سیالوسل، ۱ بیمار (۲٪) دچار هماتوم، ۱ بیمار (۲٪) دچار نکروز فلپ شده بودند. عفونت زخم و فلج دائمی عصب فاسیال وجود نداشت. تمام موارد سندرم تعریق چشایی در تومورهای خوش خیم دیده شده بود.

**نتیجه گیری:** علیرغم عدم وجود مانیورینگ عصب فاسیال حین جراحی در این مطالعه، ضعف عصب فاسیال نسبت به سایر تحقیق‌ها کمتر بوده است. بنابراین تکنیک جراحی در کنترل عوارض جراحی از قبیل فلج عصب فاسیال نقش مهمی دارد.

**کلمات کلیدی:** توده‌های پاروتید، پاروتیدکتومی، عوارض جراحی، سندرم تعریق چشایی، فلج عصب فاسیال

### مقدمه

پاروتید ایجاد می‌شود (۱). آدنوم پلوئومورفیک ۸۴ درصد تومورهای خوش خیم و ۴۵ درصد از کل نئوپلاسمهای غدد بزاقی را شامل می‌شود. شایعترین علامت این تومورها وجود توده بدون درد در غده بزاقی بویژه در غده پاروتید می‌باشد. بالاترین شیوع این تومورها در دهه پنجم زندگی بوده و در نزد زنان بیشتر مشاهده

میزان بروز تومورهای خوش خیم و بدخیم غدد بزاقی بین ۸ تا ۴۰ در هر یک میلیون مورد در سال می‌باشد. تومورهای غدد بزاقی معمولاً شیوع پایینی دارند و تنها ۳ تا ۴ درصد کل نئوپلاسمهای سر و گردن را شامل می‌شوند. بیش از نیمی از تومورهای غدد بزاقی خوش خیم بوده و ۷۰ تا ۸۵ درصد در غده

نسخه‌ی ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای بررسی متغیرهای کیفی از آزمون آماری Chi-square استفاده شده است و برای بررسی متغیرهای کمی در بین دو گروه از آزمون آماری Independent T-test بهره گرفتیم. در تحلیل سن افراد در بین عارضه‌های موجود از آزمون آماری تحلیل واریانس‌ها (ANOVA) استفاده نمودیم. در این مطالعه ضریب اطمینان ۹۵ درصد و P value کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## نتایج

از ۵۰ بیمار مورد بررسی در این مطالعه، ۲۴ نفر (۴۸٪) مرد و ۲۶ نفر (۵۲٪) زن بودند. کم‌سن‌ترین فرد با ۱۴ سال و مسن‌ترین فرد با ۷۵ سال سن در این تحقیق حضور داشتند. میانگین سن در کل بیماران برابر  $۴۷/۳۶ \pm ۲/۳$  سال بود. میانگین سن در مردان  $۴۶/۸۳ \pm ۳/۳۸$  و میانگین سن در زنان  $۴۷/۸۵ \pm ۳/۲۲$  سال بود. تفاوت بین دو گروه از نظر سن با P value برابر ۰/۸۲۹ از نظر آماری معنی‌دار نبود. معنی‌دار نبودن اختلاف سن بین این دو گروه باعث می‌شود که بتوان نتایج حاصل از سایر متغیرها را به درستی تفسیر نمود. میانگین سنی در بیماران مبتلا به تومور پاروتید خوش خیم  $۴۸/۱۹ \pm ۲/۴۶$  سال بود و میانگین سنی در بیماران مبتلا به تومور بدخیم  $۴۲/۲۹ \pm ۶/۸۷$  سال بود. با وجود این که اختلاف میانگین بین دو گروه وجود داشت، ولی این اختلاف با P-value برابر ۰/۳۸۱ از نظر آماری معنی‌دار نبود. در این بررسی ۱۳ بیمار (۷ بیمار با تومور خوش خیم و ۶ بیمار با تومور بدخیم) تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال و سایر بیماران تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند. در این بررسی ۴ مورد عارضه ضعیف گذرای عصب فاسیال مشاهده گردید که هر ۴ مورد در بیماران دارای تومور بدخیم ایجاد گردیده بود. در این مطالعه ضعیف دائمی عصب فاسیال ناشی از جراحی مشاهده نگردید (یک مورد فلج کامل و ۳ مورد فلج شاخه‌ای). در این بررسی ۶ مورد سندرم تعریق چشائی مشاهده شد که همه موارد سندرم تعریق چشائی در بیماران دارای تومورهای خوش خیم مشاهده گردیدند. در مورد سایر عوارض و نوع تومور، از دو مورد فیستول و سیالوسل یک مورد تومور از نوع خوش خیم و یک مورد از نوع بدخیم بود. یک مورد نکروز فلپ گزارش شده نیز به دنبال جراحی تومور بدخیم به وجود آمده بود. میانگین سنی افرادی که در این بررسی دارای تومور خوش خیم بودند،  $۴۸/۱۹ \pm ۲/۴۶$  سال و میانگین افرادی که تومور آنها بدخیم گزارش شده بود،  $۴۲/۲۹ \pm ۶/۸۷$  سال گزارش گردیده بود. با وجود این اختلاف، براساس آزمون آماری Independent T-test اختلاف معنی‌داری بین سن و نوع تومور یافت نشد ( $p=۰/۳۸۱$ ). میانگین ۱۳ بیماری که تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال قرار گرفته بودند  $۴۷/۲۲ \pm ۲/۷۰$  سال بود و میانگین ۳۷ بیماری که جراحی پاروتیدکتومی سطحی بر روی آنها انجام گرفته بود،  $۴۷/۷۷ \pm ۲/۶۴$  سال بود. بر اساس آزمون آماری Independent T-test این اختلاف معنی‌دار نبود ( $p=۰/۹۱۸$ ).

می‌شود. عوارض جراحی پاروتید ممکن است حین جراحی یا بعد از جراحی ایجاد شود. عوارض بعد از عمل می‌تواند بلافاصله بعد از جراحی یا بعد از چند روز بروز یابند (۲). اگرچه جراحی غده پاروتید با تکنیکهای پیشرفته همراه شده است ولی عوارض این جراحی اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به متغیر بودن بروز این عوارض در تکنیکها و بررسی‌های مختلف بر آن شدیم تا بروز این عوارض را در بیماران بر حسب نوع ضایعه و نوع جراحی ارزیابی کنیم. هدف از این مطالعه بررسی مجدد تجربیات یک جراح در مورد جراحی پاروتیدکتومی و عوارض بوجود آمده و مقایسه آن با مطالعات مشابه بود.

## مواد و روشها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۵۰ بیمار بدلیل وجود توده در پاروتید با در دست داشتن (FNA) Fine needle aspiration) که از فروردین ۸۱ لغایت اسفند ۸۶ توسط یک جراح عمل شده و نتایج عوارض جراحی بر حسب نوع توده و گسترش جراحی در زمان بستری و پیگیری ۱-۲ ساله در پرسشنامه‌هایی جمع شدند. ما عوارض جراحی روی پاروتید را در بیمارانی که در سالهای ۱۳۸۱ لغایت ۱۳۸۶ توسط یک جراح در دیارتمان گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده بود بلافاصله بعد از عمل در بالین بیمار از جهت عوارض زودرس و متعاقب آن در دوره پیگیری ۱ تا ۲ ساله توسط چک لیست‌ها و تماس تلفنی از نظر عوارض مورد بررسی قرار دادیم. در کل ۶۰ بیمار وارد مطالعه شدند که تحت انواع جراحیهای غده پاروتید بدلیل نئوپلاسمهای خوش خیم و بدخیم و بیماریهای التهابی قرار گرفته بودند. از این تعداد ۱۰ بیمار بدلیل عدم مراجعه و عدم امکان پیگیری از مطالعه خارج شدند. بیماران به دو گروه با بافت شناسی بدخیم و بافت شناسی خوش خیم (شامل تومورهای خوش خیم و بیماریهای التهابی) قرار گرفتند. نوع جراحی روی این بیماران بر حسب محل تومور و جواب نمونه‌های (FNA) Fine needle aspiration) متفاوت بود. جراحی توسط یک جراح انجام گرفته بود و در همه بیماران برش Blair انجام و فلپ در سطح زیر پلاتیسم و زیر فاسیال آپونوروتیک موسکولوکوتائوس بلند شده، بعد از تشریح تنه عصب فاسیال و بر حسب گسترش ضایعه و بافت شناسی آن نوع جراحی انتخاب شده بود. ابزار جمع‌آوری در این بررسی، چک لیستی بود که در آن متغیرهای جنس، سن، جواب پاتولوژی و عوارض بعد از عمل شامل ضعیف عصب فاسیال، فیستول بزاقی و سیالوسل، نکروز فلپ، عفونت، هماتوم زخم و سندرم تعریق چشائی در همه بیماران بررسی و نحوه پاسخ به درمان آنها نیز در دوره پیگیری بررسی و نتایج جمع‌آوری گردید. سپس فراوانی هر یک از عوارض بر حسب نوع بافت شناسی ضایعه، گسترش جراحی آن تعیین گردید. این مطالعه به تایید کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسیده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS

تفاوت بین روش جراحی و نوع عارضه معنی دار نبود ( $p=0/079$ ). در این بررسی از ۴ مورد عارضه ضعف موقت عصب فاسیال ۱ مورد در بیماران دچار تومور خوش خیم و ۳ مورد در بیماران دچار تومور بدخیم روی داده بود در حالی که هر ۶ مورد عارضه سندرم تعریق چشائی در بیماران دچار تومور خوش خیم ایجاد شده بود که این اختلاف براساس آزمون آماری Chi Square کاملاً معنی دار بود ( $p<0/000$ ). از ۳۳ مورد تومور آدنوم پلئومورفیک ۵ مورد دچار سندرم تعریق چشائی و یک مورد دچار سیالوسل و فیستول شده بود. از ۴ مورد بیمار مبتلا به تومور وارتین، ۱ مورد دچار سندرم تعریق چشائی بود. تمامی موارد این سندرم تنها در این دو مورد از تومورهای خوشخیم ملاحظه گردید. از ۴ مورد ضعف موقت عصب فاسیال ۳ مورد به دنبال جراحی تومورهای موکو اپیدرمال و یک مورد به دنبال جراحی آدنوم پلئومورفیک رخ داده بود که این مورد نیز از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/000$ ). همچنین یک مورد نکروز فلپ در جراحی کارسینوم سلول آسینی و یک مورد سیالوسل و فیستول در جراحی اسکواموس سل کارسینوما و یک مورد هماتوم در جراحی آدنوم پلئومورفیک مشاهده گردید. از ۷ مورد بدخیمی که در این بررسی گزارش گردید، ۱ مورد در دهه دوم زندگی، ۲ مورد در دهه چهارم زندگی، ۲ مورد در دهه پنجم زندگی، یک مورد در دهه ششم و

براساس آزمون Oneway ANOVA اختلاف موجود بین میانگین سنی در هر عارضه، معنی دار نبود ( $P=0/289$ ). از ۲۴ بیمار مرد شرکت کننده در این تحقیق، ۲۱ بیمار دارای تومور خوش خیم و ۳ بیمار دارای تومور بدخیم بود و از ۲۶ بیمار زن مورد بررسی، ۲۲ بیمار دارای تومور خوش خیم و ۴ بیمار دارای تومور پاروتید بدخیم بودند که براساس آزمون آماری Fisher's Exact Test ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ( $p=0/547$ ). از ۲۴ بیمار مرد ۶ بیمار تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال و ۱۸ بیمار تحت جراحی پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند و از ۲۶ بیمار زن ۷ بیمار تحت پاروتیدکتومی توتال و ۱۹ بیمار تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفتند. براساس آزمون آماری Chi Square ارتباط معنی داری بین جنسیت و نوع جراحی پاروتیدکتومی وجود نداشت ( $p=0/567$ ). از ۴۳ مورد تومور پاروتید خوش خیم ۷ مورد تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال و ۳۶ مورد تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفته بودند. از ۷ مورد تومور پاروتید بدخیم نیز ۶ مورد تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال و ۱ مورد تحت پاروتیدکتومی سطحی قرار گرفته بود. براساس آزمون آماری Chi Square ارتباط نوع تومور و نوع جراحی کاملاً معنی دار بود ( $p=0/001$ ). از ۳۶ جراحی بدون عارضه، ۲۹ مورد تحت پاروتیدکتومی سطحی و ۷ مورد تحت پاروتیدکتومی توتال قرار گرفته بودند. براساس آزمون آماری Chi Square از نظر آماری

جدول شماره ۱: درصد فراوانی عوارض ایجاد شده بعد از جراحی پاروتیدکتومی

سن (سال)	نوع عمل جراحی		جنس		فراوانی (درصد)	نام عارضه
	پاروتیدکتومی سطحی	پاروتیدکتومی توتال	مرد	زن		
۵۶±۸	۱	۳	۲	۲	۴ (۸)	فلج موقت فاسیال
۵۴±۶	۵	۱	۳	۳	۶ (۱۲)	سندرم تعریق چشائی
۴۴/۹±۲	۱	۱	۲	-	۲ (۴)	فیستول و سیالوسل
۳۰ساله	-	۱	۱	-	۱ (۲)	نکروز فلپ
۷۲ساله	۱	-	۱	-	۱ (۲)	هماتوم

جدول شماره ۲: درصد فراوانی انواع تومور پاروتید برحسب گزارش پاتولوژی

نوع تومور	پاتولوژی	درصد	میانگین سنی (سال)	جنس		نوع عمل جراحی	
				مرد	زن	پاروتیدکتومی سطحی	پاروتیدکتومی توتال
خوش خیم	آدنوم پلئومورفیک	۳۳ (۶۶)	۴۷/۷±۲/۹	۱۵	۱۸	۲۹	۴
	تومور وارتین	۴ (۸)	۴۱±۵/۴	۲	۲	۲	۲
	گرانولوم التهابی	۲ (۴)	۴۳/۵±۵/۵	۱	۱	۲	-
	کیست اپیدرمال	۱ (۱)	۵۷±۱	۲	-	۱	۱
	آدنوم مونومورفیک	۱ (۲)	۵۹	-	۱	۱	-
	ضایعه لنفویپیتلیال	۱ (۲)	۷۴	۱	-	۱	-
بدخیم	کارسینوم موکو اپیدرموئید	۴ (۸)	۴۲±۱۲	۲	۲	۱	۳
	کارسینوم آدنوئید کیستیک	۱ (۲)	۴۱	۱	-	-	۱
	کارسینوم سلولهای آسینی	۱ (۲)	۳۰	-	۱	-	۱
	اسکواموس سل کارسینوما	۱ (۲)	۴۸	-	۱	-	۱

تحقیق فوق همسان بود. در یک بررسی که توسط Heller صورت گرفت شایعترین تومور غدد بزاقی، تومورهای غده پاروتید بودند و شایعترین علامت و شکایت وجود توده بدون درد گزارش گردیده بود (۶). مطالعه ما نیز بر روی تومورهای پاروتید به عنوان شایعترین تومورهای پاروتید بود. در مطالعه ما علائم و شکایات مورد بررسی نگرفته بود اما وجود توده بدون درد شکایت غالب اکثر بیماران مورد مطالعه در تحقیق ما بود. در یک بررسی دیگر که توسط Rodriquez انجام گرفت فراوانی هر یک از مداخلات جراحی در تومورهای پاروتید مورد ارزیابی قرار گرفتند که متداولترین جراحی انجام گرفته در مورد این توده ها، پاروتیدکتومی سطحی بود (۷). در مطالعه ما، از ۵۰ مورد ۱۳ مورد (۲۶٪) تحت جراحی پاروتیدکتومی توتال قرار گرفتند و ۳۷ مورد (۷۴٪) تحت جراحی پاروتیدکتومی سطحی بودند که همانند تحقیق فوق متداولترین جراحی انجام گرفته در تحقیق ما نیز پاروتیدکتومی سطحی بود. در تحقیقی که توسط Reilly و همکاران انجام گرفت، عوارض جراحیهای سرگردن و تومورهای غدد بزاقی مورد بررسی قرار گرفت و عوارض ناشی از این گونه جراحیها به دو دسته عوارض حین جراحی و عوارض بعد از جراحی تقسیم شدند (۸). در مطالعه ما عوارضی که بعد جراحی ایجاد شده بود مشخص شدند که عبارت بودند از: ضعف عصب فاسیال، سندرم تعریق چشائی، سیالوسل، فیستول و نکروز فلپ و هماتوم. خاطر نشان می گردد در این بررسی عفونت و فلج دائمی عصب فاسیال گزارش نگردید. در تحقیقی که توسط Laccourreye صورت پذیرفت، عوارض ناشی از پاروتیدکتومی مشخص گردیدند و در این بررسی نشان داده شد که ۹۰٪ موارد فلج موقت عصب فاسیال در عرض یک ماه و همه موارد در عرض ۶ ماه بهبودی کامل یافتند (۹). در تحقیق ما نیز ۴ مورد ضعف عصب فاسیال گزارش گردید که همه این چهار مورد در پیگیری یک ساله که این بیماران را تحت نظر داشتیم بهبودی کامل داشتند. در بررسی انجام گرفته توسط Kerawela عوارض بوجود آمده بدنبال جراحیهای غده پاروتید مشخص گردیدند. در این تحقیق بروز فلج یا ضعف دائمی یک یا چند شاخه عصب فاسیال ۲ تا ۴ درصد گزارش گردید (۱۰). در تحقیق ما، ۴ مورد (۸٪) ضعف گذرای عصب فاسیال گزارش گردید که در عرض یک سال تمام این موارد بهبود یافتند. در تحقیق ما عارضه فلج دائمی یک یا چند شاخه از عصب فاسیال گزارش نشد. در تحقیق انجام گرفته توسط Moody و همکاران بروز عارضه فیستول بزاقی و سیالوسل به میزان ۵/۱٪ گزارش شد (۱۱). در تحقیق ما، دو مورد (۴٪) عارضه فیستول بزاقی و سیالوسل گزارش گردید که تقریباً با بررسی فوق همخوانی داشت. در تحقیقی که Kerawela صورت گرفت، ضعف موقت و دائمی عصب فاسیال در ۲ تا ۴ درصد موارد گزارش شده بود (۱۰). در مطالعه ما، موردی دال بر فلج دائمی عصب فاسیال گزارش نگردید ولی ۴ مورد ضعف موقت

یک مورد نیز در دهه هفتم قرار داشت. از نظر فراوانی تومورهای خوش خیم نیز به ترتیب در دهه های سنی ششم، چهارم و پنجم قرار داشتند. ۱۴ بیماری که در این بررسی دچار عارضه ناشی از جراحی پاروتیدکتومی شده بودند در یک بازه ۶ ماهه تا یک ساله از نظر بهبود عوارض به وجود آمده مورد بررسی قرار گرفتند. هر ۴ بیمار مبتلا به فلج عصب فاسیال در این مدت بهبودی کامل را داشتند. همچنین سایر عوارض نیز از جمله ۶ مورد سندرم تعریق چشائی و سیالوسل در این مدت بهبودی داشتند و هیچ مورد دال بر عدم بهبودی وجود نداشت.

## بحث

با بررسی تحقیقات مشابه قبلی مشخص گردیده بود که شایعترین دهه سنی برای ابتلا به تومورهای پاروتید، دهه پنجم زندگی می باشد. در مطالعه ما نیز شایعترین دهه سنی، دهه پنجم زندگی بود و میانگین سنی نیز این مساله را به خوبی نشان می داد. البته در این بررسی ارتباط معنی داری بین سن و بروز تومورهای خوش خیم یا بدخیم یافت نشد و همچنین با وجود اینکه در برخی تحقیقات بروز این تومورها را در زنان بیشتر نشان داده بود ولی ما اختلاف معنی داری در این خصوص ملاحظه نکردیم. در مطالعه ای که توسط Patric انجام گرفت، عوارض بوجود آمده بدنبال جراحی پاروتیدکتومی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند و این تحقیق نشان داد با وجود اینکه عوارض ناشی از این جراحی می تواند متعدد باشد ولی بروز هر یک از این عوارض بسیار پائین می باشد (۳). در مطالعه ما نیز با وجود عوارض متعدد نظیر ضعف موقت عصب فاسیال، سیالوسل، فیستول، نکروز فلپ و سندرم تعریق چشائی گزارش گردید، ولی بروز هر یک از این عوارض به تنهایی بسیار پائین بود. به طوری که شایعترین عارضه گزارش شده در این تحقیق ضعف موقت عصب فاسیال با فراوانی ۴ مورد و سندرم تعریق چشائی با فراوانی ۶ مورد بود. در مطالعه ای که توسط Hanna و همکاران صورت گرفت شیوع و فراوانی انواع تومورهای سرگردن مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که تنها ۳ تا ۴ درصد کل نئوپلاسمهای این ناحیه را تومورهای غدد بزاقی شامل می شوند و از این تعداد ۷۰ تا ۸۵ درصد را تومورهای پاروتید تشکیل می دهند که بیش از نیمی از این تومورها نیز خوش خیم هستند (۴). در مطالعه ما از ۵۰ مورد بیمار مبتلا به تومور پاروتید، تنها ۷ مورد یعنی ۱۴٪ بدخیم گزارش شدند که با مطالعه فوق همخوانی داشت. در تحقیقی که Spiro انجام داد مشخص گردید آدنوم پلئومورفیک ۸۴ درصد تومورهای خوش خیم و ۴۵ درصد کل تومورهای غدد بزاقی را شامل می شود (۵). در بررسی انجام گرفته توسط ما، از ۵۰ مورد تومور پاروتید مورد مطالعه، ۳۳ مورد (۶۶٪) کل تومورهای پاروتید را آدنوم پلئومورفیک شامل می شد و همچنین ۴۳ (۸۶٪) مورد از این تومورها را تومورهای خوش خیم پاروتید شامل می شدند که با

در ۵۲/۶٪ موارد مشاهده گردید. در مطالعه ما، همانگونه که اشاره گردید، از ۵۰ بیماری که تحت پاروتیدکتومی قرار گرفتند، ۴ مورد یعنی ۸٪ دچار ضعف موقت عصب فاسیال شدند که این عارضه نیز در مدت ۱ سال به طور کامل از بین رفت. در سه تحقیق جداگانه که توسط Daller، Gleave و MRA انجام شده، درصد بروز فلج دائمی عصب فاسیال به ترتیب عبارت بود از ۱/۴٪، ۱/۳٪ و ۱/۲ درصد (۱۵). در مطالعه ما، گزارشی مبنی بر بروز فلج دائمی عصب فاسیال گزارش نشد و ۴ مورد ضعف موقت نیز در مدت یک سال بهبودی کامل داشتند. شاید توجه قابل قبول در این مورد پیشرفت قابل ملاحظه در تکنیک جراحیها باشد. اختلال عملکرد ناشی از جراحی که باعث درگیری یک، چند یا همه شاخه های عصب فاسیال می گردد به عنوان یک عارضه بعد جراحی در جراحیهای پاروتید به وفور مشاهده میگردد. ضعف موقت عصب فاسیال ممکن است یک یا چند شاخه را درگیر نماید در مطالعات متعدد قبلی این عارضه از ۹/۳٪ تا ۶۴/۶ درصد بروز داشت و فلج دائمی نیز از ۰ تا ۸ درصد در پاروتیدکتومی ها دیده می شد. طبق مطالعات قبلی بیش از ۹۰٪ موارد ضعف موقت عصب فاسیال در مدت یک ماه و تمام موارد در ۶ ماه بهبود یافتند. در مطالعه ما نیز ۸ درصد بیماران دچار ضعف موقت عصب فاسیال شده بودند و همچنین هیچ موردی از فلج دائمی در این بررسی مشاهده نگردید. هر چهار مورد ضعف موقت عصب فاسیال نیز در طول مدت ۶ تا یک سال پیگیری این بیماران بهبودی کامل داشتند.

### نتیجه گیری

مقایسه نتایج این تحقیق با مطالعات مشابه نشان داد که مهمترین فاکتور در کاهش عوارض جراحی پاروتید به خصوص فلج و ضعف عصب فاسیال همان تکنیکهای جراحی می باشد و با بهبود این تکنیکها عوارض ناشی از این جراحیها نیز به طور چشمگیری کاهش می یابد. استفاده از میکروسکوپ در عمل جراحی پاروتید کتومی ضروری نیست. تجربه جراح، وجود دستگاههای مانتورینگ عصب فاسیال حین جراحی از میزان عوارض می کاهد.

عصب فاسیال گزارش گردید که این عارضه نیز در تمام افراد در عرض یک سال بهبود یافتند. در تحقیقی که توسط Wax انجام گرفت، بروز فیستول بزاقی و سیالوسل در حدود ۱۴٪ گزارش گردید. همچنین این مقدار در تحقیق که توسط Yang انجام گرفته بود، ۱۳/۳٪ و در تحقیق Daviad در حدود ۶/۳٪ بود (۱۲). در مطالعه ما همانطور که قبلا نیز اشاره شد ۲ مورد (۴٪) سیالوسل و فیستول بزاقی گزارش گردید که یک مورد آن تومور خوش خیم و یک مورد تومور بدخیم بود. در مطالعه Moody و Daviad بروز عفونت ناحیه جراحی و همچنین عارضه همانوم به ترتیب ۳/۸٪ و ۱/۳٪ بودند. در حالی که در مطالعه ما عارضه عفونت محل جراحی مشاهده نگردید که احتمالاً علت این مساله استفاده از تکنیکهای مناسب و استریل و همچنین مساعد بودن شرایط بیمار برای اجرای جراحی در وی بوده است. همچنین تنها یک مورد همانوم در گزارش ما گزارش شده بود. در تحقیقی که توسط Kuahyama انجام پذیرفت، میزان بروز سندرم تعریق چشائی ۳/۶٪ گزارش شده بود و همچنین در یک تحقیق دیگر که توسط Shelton صورت گرفت میزان بروز این عارضه ۹/۶٪ گزارش شده بود (۱۳). در مطالعه ما، ۶ مورد از بروز این سندرم گزارش گردید که هر شش مورد از این سندرم در بیمارانی که دارای تومور خوش خیم بودند، ایجاد شده بود. با توجه به تحقیقات مشابه میزان بروز این عارضه در تحقیق ما به طور چشمگیری کم بود که شاید یکی از دلایل آن تکنیکهای جراحی باشد. همچنین چون در تحقیق ما این عارضه تنها در تومورهای خوش خیم ایجاد شده بود و آزمونهای آماری ارتباط آماری معنی دار را در این خصوص نشان می داد، شاید خوش خیم بودن تومور بنابر دلایلی این عارضه را تشدید نماید. در تحقیقات مشابه متعدد دیگر نیز بروز این عارضه مورد بررسی قرار گرفته بود که عبارت بودند: از تحقیق Owen با بروز ۱/۱٪ و تحقیق Longdon با بروز ۱/۳٪ که نسبت به تحقیقات دیگر درصد این عارضه کمتر بود (۱۴). درصد بروز سندرم فری در این دو بررسی به مطالعه ما نزدیکی بیشتری داشت که شاید دلیل آن تشابه در تکنیکهای جراحی و آمادگی بیماران به انجام این جراحی بود. در تحقیق Moody فلج دائمی عصب فاسیال و التهاب همراه مشاهده نگردید در حالی که ضعف موقت عصب فاسیال

### References:

- David C, Justin P, Nadin M, Paul K. Parotidectomy: Ten year review of 237 cases at a single institution. *Otolaryngol, Head Neck Sur* 2007; **136**(4): 788-792.
- Yong J, Tong T, Song W, Sun Sh, Tan J. Use of parotid fascia flap to prevent postoperative fistula. *Oral, Med oral, Pathol, Oral Radio* 1999; **87**(12): 673-675.
- Patric J. Neoplasm of the salivary glands. *Head and Neck* 2004; **2**:169-172.
- Hanna E, Lee S, Fan Y, Suen Y. Benign neoplasms of the salivary glands. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 4<sup>th</sup> ed. ELSEVIER MOSBY, 2005; **PP**: 1348-1377.
- Spiro RH. Salivary Neoplasms: Overview of a 35 year experience with 2807 patients. *Head and Neck Surg* 1986; **8**(3): 1777-1787.
- Heller K, Dubner S, Chess Q. Value of fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses in clinical decision-marking. *Am J Surg* 1992; **164**(6): 6667-6670.
- Rodriguez-Bigas M, Sako K, Razack S, Shedd P. Benign parotid tumors: A 24-year experience. *Italic J Surg. Oncol* 1991; **46**(3): 159-161.

8. Reilly J, Myssiorek D. Facial nerve stimulation and post-parotidectomy facial paresis. *Otolaryngol. Head and Neck Surg* 2003; **128**(2): 530-533.
9. Laccurreye H, Jesus A, Cauchois R. Total conservative parotidectomy for primary benign pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Laryngoscope* 1994; **104**: 1487-1494.
10. Krawela C, Aloney J, Stassen LF. Prospective randomized trial of a sternocleidomastoid. *Italic J Maxillofacial* 2008; **40**: 468-472.
11. Moody A, Avery C, Talor J, Langdon J. A comparison of one hundred and fifty consecutive parotidectomies for tumors and inflammatory disease. *Int J Maxillofacial Surg* 1999; **28**: 211-215.
12. Wax M, Tarshish L. Post parotidectomy fistula. *J Otolaryol* 1991; **20**: 10-13.
13. Kuahyama L, Jesus A, Adalberto M. Frey syndrome. A proposal for evaluating severity. *Oral Oncol* 2004; **40**: 501-505.
14. Owen E, Banerjee K, Kissin M, Kark E. Complications of parotid surgery. The need for selectivity. *Br J Surg* 1989; **76**: 1034-1037.
15. MRA Z, Komisar A, Blaugrund M. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors. A multivariate statistical analysis. *Head Neck* 1993; **15**: 147-152.