

Особенности клинической картины и хирургического лечения опухолей
лицевого нерва

Каурова Т.А., Левина М.В., Белов И.Ю., Нечаева А.Ф., Васькова Н.Л.,
Ким А.А., Гуляев Д.А.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург
Каурова Татьяна Анатольевна, Санкт-Петербург, ФГБУ «СЗФМИЦ им.
В.А. Алмазова» Минздрава России, врач-нейрохирург, +79214484199,
kaurova.tatyana@bk.ru

Опухоли лицевого нерва являются крайне редким заболеванием, на его долю приходится только 0,8% от всех опухолей области пирамиды височной кости. Гистологические варианты опухолей лицевого нерва — это шванномы, нейрофибромы и периневриомы. Наиболее часто встречаются шванномы.

Опухоли могут развиваться в любом месте по ходу лицевого нерва: в области мосто-мозжечкового угла, из меатального, лабиринтного, барабанного и сосцевидного сегмента лицевого нерва, а также в области околоушной слюной железы. Исходный рост опухоли и дальнейшее ее распространение определяют клиническую картину заболевания. При росте опухоли в области боковой цистерны моста, а также из меатального сегмента в область средней и задней черепной ямки длительное время отсутствует признаки компрессии лицевого нерва. Рост опухоли в узком костном канале в области лабиринта, барабанной полости, в связи со сдавлением нерва, достаточно быстро вызывает его дисфункцию.

Часто опухоли лицевого нерва сопровождаются нейросенсорной тугоухостью из-за компрессии вестибуло-кохлеарного нерва или проводниковой тугоухости в связи с распространением опухоли на среднее ухо и препятствием работы слуховых косточек.

Интрапаротидные шванномы лицевого нерва встречаются редко, характеризуются медленным ростом, всегда имеют распространение в

область шилососцевидного отверстия, уже на ранних этапах заболевания нарушают проводимость лицевого нерва.

Цель исследования – определить особенности клиники и хирургического лечения опухолей лицевого нерва.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2018 год в отделение нейрохирургии №5 НМИЦ им. В.А. Алмазова пролечено 6 пациентов с диагнозом: опухоль лицевого нерва. Среди пациентов преобладали женщины — 83,3%. Средний возраст пациентов составил 51,7 лет, средняя длительность анамнеза – 12,8 лет. Гистологически в 5 из 6 случаев была верифицирована шваннома Grade I, в 1 случае — нейрофиброма Grade I.

В 5 клинических наблюдениях исходным местом роста опухоли была барабанная часть лицевого нерва, причем в 2 случаях из них опухоль вызывала деструкцию пирамиды височной кости и распространялась в среднюю черепную ямку, а в 1 случае исходным ростом были сосцевидный и барабанный отделы лицевого нерва. В одном случае опухоль росла из лицевого нерва в области боковой цистерны моста.

Начало заболевания во всех случаях – с развития нейросенсорной или кондуктивной тугоухости с последующим частичным (84%) или полным (16%) нарушением функции лицевого нерва. У 2 пациентов наблюдался лицевой гемиспазм. Во всех случаях у пациентов имелась головная боль по сосудисто-оболочечному типу.

Результаты и их обсуждение.

Всем пациентам выполнено хирургическое лечение — микрохирургическое удаление опухоли с использованием нейрофизиологического мониторинга.

Трем пациенткам, с расположением опухоли в пределах барабанной полости, совместно с оториноларингологом в качестве хирургического доступа выполнена антромастотомия и тимпанотомия с дальнейшим удалением опухоли и сохранением цепи слуховых косточек и восстановлением функции звукопроводения уха. В обоих случаях опухоль

инвазировала лицевой нерв, сохранить целостность которого не представлялось возможным. После операции у пациенток полностью восстановился слух, но развился синдром полного нарушения проводимости по лицевому нерву, что в ближайшем послеоперационном периоде потребовало выполнения реиннервации лицевого нерва.

Двум пациенткам выполнено микрохирургическое удаление опухоли из подвисочного доступа с резекцией передней части пирамиды височной кости. У одного из них анатомическая целостность лицевого нерва была сохранена, но его функция была снижена до 3 степени по шкале House-Brackman. В дальнейшем функция лицевого нерва была восстановлена на фоне консервативного лечения. У другой пациентки после операции развилась прозоплегия, что потребовало выполнение реиннервации лицевого нерва.

Пациенту с исходным ростом опухоли из лицевого нерва в области боковой цистерны моста выполнено микрохирургическое удаление опухоли с использованием нейрофизиологического мониторинга, из ретросигмовидного доступа. После операции функция лицевого нерва была снижена до 2 степени по шкале House-Brackman. Прозопарез регрессировал полностью на фоне восстановительного лечения.

Таким образом, наиболее часто исходным местом роста опухоли лицевого нерва является его барабанная часть. Заболевание характеризуется длительным течением, развитием чаще — нейросенсорной. Реже - кондуктивной тугоухости и пареза мимических мышц ипсилатеральной стороны. Хирургическое лечение требует специфического междисциплинарного доступа, который при локализации опухоли в барабанной части является наиболее малотравматичным и функциональным. Также мы предлагаем проведение реиннервации в отсроченном периоде, не позже 1,5-2 месяцев после удаления опухоли.