

P. Dulguerov, F. Marchal
et W. Lehmann

SYNDROME DE FREY : DIAGNOSTIC, PRÉVENTION ET TRAITEMENT

Une revue de l'anatomie et de la physiopathologie du syndrome de Frey est présentée, ainsi qu'un résumé des diverses techniques pour son évaluation, traitement et prévention. Le syndrome de Frey est le résultat d'une régénération aberrante des fibres parasympathiques, qui au lieu d'innervent la glande parotide, vont innervent les glandes sudoripares de la peau sus-jacente. De nouveaux tests objectifs quantitatifs ont été développés pour évaluer cette «sudation gustative». L'incidence du syndrome de Frey après parotidectomie est d'environ 40 à 50%, si l'on considère l'anamnèse seule et de 90% si un test objectif est employé. Une prévention du syndrome de Frey est possible en insérant des barrières sous-cutanées en fin de parotidectomie. Le traitement au moyen de la toxine botulinique est efficace et sans effets secondaires.

Mots clés: Syndrome de Frey • parotidectomie • régénération aberrante • toxine botulinique • SMAS

FREY SYNDROME: DIAGNOSIS, PREVENTION AND TREATMENT

A review is presented of the relevant anatomy and physiopathology of Frey syndrome. Frey syndrome results from an aberrant regeneration of parasympathetic fibers, normally supplying the parotid gland, towards the eccrine sweat glands of the overlying skin. New objective tests for the evaluation of Frey syndrome are described. The incidence of Frey syndrome is about 40-50% for clinical complaints and 90% when objective tests are used. A prevention method using a subcutaneous implant placed prior to parotidectomy closure is described along with the results in 60 consecutive patients. The treatment of Frey syndrome using botulinum toxin injection is efficacious and devoid of side effects.

Med Hyg 1998; 56: 1972-80

1972

.. le malade s'aperçut que, lorsqu'il mangeait, la moitié gauche de sa face devenait le siège d'une transpiration abondante accompagnée en même temps d'un vif sentiment de chaleur... Il était convaincu que cette transpiration anormale était mise sur le compte d'une trop grande voracité et il en avait honte.

Dans la région qui correspond presque exactement au domaine du nerf auriculotemporal, on observe l'hyperesthésie de tous les modes de sensibilité. Lorsque le malade mange ou bien qu'il suce un bonbon, on note du côté gauche et au bout d'environ 1 à 2 minutes, une rougeur de la face, une élévation de la température locale et une abondante transpiration.

La sueur, apparue d'abord sous forme de grosses gouttelettes, s'écoule après leur fusion en véritables rigoles.

Les mouvements de mastication seuls, sans aliments, ainsi que l'excitation par le toucher de la muqueuse linguale ne provoquent aucun de ces troubles. Par contre, ils apparaissent chaque fois qu'on irrite la partie postérieure de la muqueuse linguale par des excitations gustatives et sans que les mouvements de mastication ou de succion interviennent.

Lucie Frey, 1923¹

En 1923, le Dr Lucie Frey, neurologue à l'Université de Varsovie, publie son article sur le «syndrome du nerf auriculotemporal»¹ qui se caractérise par une transpiration et une rougeur cutanée de la région parotidienne durant les repas. Une fois établie, la transpiration gustative reste inchangée; l'on n'observe pas de résolution spontanée, même après de nombreuses années. L'aspect latéral du visage et la partie supérieure du cou sont impliqués, habituellement dans la région de la parotide. Bien que L. Frey ne soit pas la première à avoir décrit cette symptomatologie,² on lui attribue, outre la description correcte des symptômes, la première explication physiopathologique. Elle a établi la corrélation entre les symptômes et l'innervation de la glande parotide et de la peau de la face, mettant le doigt sur le rôle du système autonome dans ce syndrome.

1. Étiologie

Si le syndrome de Frey survient le plus souvent après parotidectomie, il est aussi observé après d'autres procédures chirurgicales de la région parotidienne, telles que les interventions sur la mandibule, le drainage d'abcès parotidiens ou autres, ainsi que les évidements du cou. Les traumatismes pénétrants et

les fractures mandibulaires sont une autre étiologie plus rare. Enfin, ce syndrome est une conséquence logique de l'ablation ou de lésions de la chaîne sympathique cervicale (voir plus bas).

Souvent dans la littérature de l'ère pré-antibiotique, le syndrome de Frey est décrit comme secondaire à une «parotidite». Une lecture attentive montre que dans la grande majorité de ces publications, ces parotidites étaient compliquées d'abcès qui ont nécessité un drainage chirurgical. Il n'y a aucun cas récent décrit de syndrome de Frey résultant d'une infection parotidienne.³

Des étiologies plus bizarres, quoique aussi explicables par une régénération aberrante, ont été rapportées dans des cas isolés: l'herpès de la branche mandibulaire du trijumeau,⁴ une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux,⁵ ainsi que lors de neuropathie diabétique sévère.⁶

Une transpiration gustative physiologique est parfois présente lors de la prise d'aliments très épicés.⁷ Il est intéressant de relever qu'en décrivant son propre cas de transpiration gustative exagérée, Brown-Séquard⁸ a fait réaliser aux auteurs qui l'ont suivi que le liquide recueilli sur la peau était de la sueur et non de la salive.² Les quelques rares cas pédiatriques décrits ne représentent qu'une variation de cette transpiration physiologique.

2. Anatomie et physiologie

Lors de la prise d'aliments, un arc réflexe entraîne une augmentation de la sécrétion de salive des glandes salivaires majeures, en particulier de la glande parotide. L'arc afferent prend son origine au niveau des papilles gustatives de la cavité buccale et de l'oropharynx. Les neurones afférents se terminent dans le noyau solitaire du tronc cérébral et se projettent dans le noyau salivaire inférieur. Les fibres parasympathiques efférentes pré-ganglionnaires quittent le noyau salivaire inférieur et le tronc cérébral avec le nerf glossopharyngé. Après avoir traversé le foramen jugulaire et les ganglions glossopharyngés supérieurs et inférieurs, les fibres parasympathiques suivent le nerf tympanique (nerf de Jacobson). Le nerf de Jacobson entre dans l'os temporal et traverse le canaliculus tympanique inférieur en direction de la cavité de l'oreille moyenne. Un plexus nerveux est formé sur le promontoire et les fibres parasympathiques, qui n'innervent pas l'oreille moyenne s'unissent pour former le nerf petit pétreux superficiel. Ce nerf quitte l'os tem-

