

XVII Convegno Annuale



# Società Oftalmologica Triveneta

Presidente Prof. Giovanni Rama

PROGRAMMA E ABSTRACTS

**Padova, 1 Giugno 2001**

*Centro Congressi Sheraton Hotel*

<http://www.sistematicongressi.com/sot2001>

Stefano Fusetti\*, Enzo Emanuelli\*\*, Rosario Marchese Ragona\*\*, Luca Guarda°, Paola Verdecchia°, Giuseppe Ferronato\*, Alberto Staffieri\*\*

\*Cattedra di Chirurgia Maxillofacciale, Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, \*\*Clinica Otorinolaringoiatria, °Clinica Odontoiatrica, °° Clinica Oculistica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Padova

## TRAUMI ORBITARI: TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE

Introduzione: Le fratture del complesso orbito mascellare zigomatico (COMZ) sono le più frequenti fratture facciali, circa il 30 % del totale delle fratture dello scheletro facciale. Le fratture di Lefort II e Lefort III, le fratture del complesso Naso Orbito Etmoidale (NOE) e le fratture fronto-orbitarie, che complessivamente sono circa il 35 % del totale, coinvolgono direttamente le pareti orbitarie. Il protocollo diagnostico delle fratture di COMZ, come di tutte le fratture facciali, deve comprendere un'immediata valutazione della funzione visiva, già da parte del Pronto Soccorso di accoglienza, poiché circa l'1% delle fratture orbitarie sono associate a traumi oculari gravi, che spesso sono irreversibili e comportano la perdita della vista. La diagnosi deve includere una TC del massiccio facciale in proiezione assiale, coronale e sagittale. Il trattamento delle fratture orbitarie oggi consiste nella riduzione aperta con fissazione rigida interna, ed eventuale ricostruzione delle pareti orbitarie con materiale eterologo, ed endoscopia nasale diagnostica e chirurgica nei casi di fratture che coinvolgono anche i seni etmoidali e frontali. Nei casi in cui vi sia la frattura del tetto dell'orbita, vi è quasi sempre la necessità del neurochirurgo per un approccio intracranico.

Materiali e metodi: Tra il Marzo 1999 ed il Gennaio 2001 48 pazienti con fratture che coinvolgevano le pareti orbitarie sono stati visitati presso il Servizio Aggregato di Chirurgia Maxillofacciale dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova. 11 pazienti avevano fratture che non necessitavano di trattamento o hanno rifiutato il trattamento. 36 pazienti sono stati operati per la riduzione e fissazione delle fratture. 13 pazienti avevano fratture di COMZ, 3 avevano fratture di NOE, e 20 avevano una diagnosi di fracasso facciale, cioè una combinazione di fratture di Lefort II o III che coinvolgevano una o più pareti orbitarie. Gli approcci chirurgici alle pareti orbitarie sono stati i seguenti; approccio intraorale nel vestibolo per il pilastro mascellare, approccio transcongiuntivale o subciliare per il margine ed il pavimento orbitario; approccio transpalpebrale superiore o

transsovraciliare per la sutura frontozigomatica o il margine orbitario superiore od il tetto; approccio transcantale mediale per la parete mediale; approccio coronale per le fratture multiple del margine superiore, NOE e della sutura frontozigomatica. Nei casi di ricostruzione delle pareti orbitarie è stato usato un biomateriale in polietilene lineare ad alta densità (Medpore, Porex Surgical Inc.) o fascia temporale eterologa (Tutoplast, Tutogen). Le fratture ossee sono state fissate con microplacche in titanio (Leibinger Micro Plus Fixation System).

Risultati: In un caso di fratture di COMZ è stato necessario un secondo intervento per riosteotomia e riposizionamento dello zigomo per trattare una diplopia associata ad enoftalmo. In 3 casi di approccio subciliare i pazienti hanno lamentato un ectropion cicatriziale che in due casi ha necessitato di correzione chirurgica. 7 pazienti con esiti di fratture facciali multiple hanno lamentato un qualche cambiamento della fisionomia facciale, ma solo uno ha richiesto una correzione estetica con innesto di materiale alloplastico (Medpore, Porex Surgical Inc.) per correggere l'asimmetria degli zigomi. 4 pazienti hanno lamentato lieve diplopia negli sguardi estremi in alcuni settori, non clinicamente significativi. 2 pazienti hanno lamentato un moderato telecanto traumatico non sintomatico. 4 pazienti che avevano subito gravi traumi cranio-facciali, con fratture della fossa cranica anteriore hanno perso la funzione visione da un occhio.

Discussione e conclusioni: L'approccio al paziente con trauma cranio-orbitomaxillofaciale deve includere una rapida ed accurata valutazione della funzione visiva, che dovrebbe iniziare in Pronto Soccorso, per permettere una precoce diagnosi di deficit dell'acuità visiva, di ematomi retrobulbari o diplopia da grave enoftalmo od incarceramento del contenuto orbitario nelle rime di frattura. Nei casi di fratture del canale ottico con calo del visus, è necessaria una rapida diagnosi clinica e radiologica con TC e con Potenziali Evocati Corticali nel caso di pazienti in coma, ed anche se la letteratura non dimostra percentuali elevate o predicabili di ritorno anche parziale del visus dopo decompressione chirurgica e terapia steroidea, il trattamento multidisciplinare è indispensabile per poter offrire il miglior trattamento possibile nei casi di gravi fratture cranio-orbitarie.