

2005

SICMF

SICMF

14-18 June 2005

Editor
Enrico Sesenna

INTERNATIONAL PROCEEDINGS



Tecniche chirurgiche alternative nella rinoplastica post-traumatica

P.F. Galzignato*, L. Guarda-Nardini*, F. Meneghini*,
L. Lancellotti** e G. Ferronato*

**Cattedra e U.O.C. di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università degli Studi di Padova, **UOC Chirurgia Maxillo-Facciale, Villa Maria Cecilia Hospital, Cotignola (RA)*

Riassunto

Le deformità nasali post-traumatiche rappresentano una delle principali cause di richiesta di settorinoplastica correttiva, allo scopo di ripristinare oppure di ricostruire, se necessario, le strutture anatomiche nasali danneggiate quale conseguenza di un evento traumatico. La correzione ottimale di queste deformità, richiede un'attenta e dettagliata analisi pre-operatoria, clinica e fotografica, dei difetti anatomici e la conseguente formulazione di un'adeguata pianificazione chirurgica. A questo proposito, numerose sono le tecniche chirurgiche utilizzate nella riabilitazione morfo-funzionale del naso traumatizzato, in ordine alla necessità correttive o ricostruttive delle singole strutture anatomiche nasali con eventuale ausilio di innesti di materiale autologo od eterologo, ma differenziandosi principalmente sulla base delle vie di accesso endonasale ed esterna. Vengono pertanto discusse ed illustrate, le indicazioni anatomiche, cliniche e terapeutiche legate ai due differenti approcci chirurgici endonasale ed esterno e i risultati ottenuti con le due differenti tecniche.

Introduzione

Se consideriamo che la regione centro-facciale costituisce uno dei centri principali di crescita del terzo medio durante la fase evolutiva, i traumi che interessino tale sede possono condizionare l'insorgenza di deformità nasali tali da richiedere una chirurgia correttiva. Quali cause eziologiche del naso post-traumatico si annoverano i traumi nasali del periodo pre e perinatale, legati a malposizioni uterine nonché a traumi

durante il passaggio nel canale uterino (con dislocazione del setto anteriore 0.93-4%; i traumi infantili (circa il 7% dei traumi dei bambini, spesso associati a traumi centro-facciali); i traumi dell'età adulta dove sulla base di un ampio studio retrospettico di Rohrich, un'ampia percentuale di nasi post-traumatici (circa il 14-50%) richiedono una rinoplastica correttiva. E' intuitivo come le finalità di una rinoplastica correttiva siano di tipo estetico, ma soprattutto di tipo funzionale, spesso la principale richiesta da parte del paziente. Infatti gli ostacoli al fisiologico flusso aereo nasale sono rappresentati (in ordine decrescente di importanza) da restringimenti della valvola nasale interna, da ipertrofia del turbinato inferiore e medio (eventuale presenza di concha bullosa) e in minor misura da deviazioni del setto nasale. Pertanto la rinoplastica correttiva non può prescindere da una rigorosa pianificazione terapeutica che parta da un'esame clinico per definire la morfologia della deformità nasale nelle varie proiezioni, supportato da adeguata documentazione fotografica. Quanto alla valutazione funzionale, per superare i limiti diagnostici di una semplice rinoscopia anteriore, è utile ricorrere ad una videorinoscopia con fibra ottica rigida (0°) per una specifica descrizione delle vie aeree nasali, nonché in casi selezionati alla rinomanometria per una fedele documentazione delle resistenze ai flussi aerei nasali (soprattutto a scopo medico-legale) e in casi selezionati alla diagnostica radiologica con TC (in proiezione assiale e coronale). Conclusa la fase diagnostica e definito il programma terapeutico correttivo della deformità nasale post-traumatica, è fondamentale la scelta dell'accesso chirurgico nasale (open vs. chiuso), fermo restando che l'assioma rinoplastica post-traumatica uguale ad accesso esterno, non è valido sempre e comunque.

Materiali e metodi

Si presenta una casistica di 24 rinoplastiche post-traumatiche su di un totale di 168 eseguite nel periodo 1997-2004, 16 effettuate con accesso chiuso e 8 con accesso transcolumellare. E' stata effettuata un'analisi retrospettica per evidenziare i criteri guida morfologici e funzionali alla base della riabilitazione chirurgica della deformità nasale, in ordine alla programmazione terapeutica e alla scelta dell'accesso chirurgico.

Risultati

Nel complesso si può definire ottimale la riabilitazione morfo-funzionale ottenuta nei pazienti sia in relazione alle differenti opzioni chirurgiche attuate (accessi chirurgici endonasali ed open), sia per la personale soddisfazione da parte dei pazienti stessi per il risultato chirurgico ottenuto. Nel gruppo di pazienti operati con accesso endonasale, in 13 pazienti sono state eseguite le osteotomie nasali (laterali e in 1 caso mediana) con reintervento in un caso di importante "naso torto" secondario a

frattura naso-orbito-etmoidale, per correggere la deviazione residua della piramide nasale; in 9 pazienti sono stati eseguiti innesti di cartilagine autologa (5 da setto nasale, 2 da concha auricolare, 1 da VIII cartilagine costale dx e 1 con cartilagine eterologa) 5 in sede di dorso nasale e 4 in sede columellare (strut). Nel gruppo di pazienti operati con accesso open, sono state effettuate in 7 pazienti le osteotomie nasali laterali per correggere la deviazione della piramide nasale; in 7 pazienti sono stati posizionati innesti di cartilagine autologa (4 da setto nasale, 2 da concha auricolare e 1 da cartilagine costale) in sede columellare (strut), in 4 in sede di valvola nasale interna per allargamento della stessa (spreader grafts); in 1 paziente la correzione della proiezione della punta nasale è stata effettuata semplicemente con il posizionamento di suture interdomali. Non si sono verificate alterazioni della guarigione cutanea in sede di accesso transcolumellare.

Conclusioni

Pertanto possiamo concludere, sulla base della nostra esperienza che nella correzione chirurgica della deformità nasale post-traumatica l'accesso endonasale rappresenta un approccio versatile in ordine alla necessità di eseguire una settoplastica, osteotomie nasali ed innesti a livello del dorso nasale (onlay), viceversa è più indicato un approccio esterno (open) nel caso in cui si renda necessario eseguire una correzione importante della proiezione punta oppure del restringimento della valvola nasale interna con il posizionamento di relativi innesti di cartilagine autologa.

Bibliografia

1. Podoshin L, Gertner R, Fradis M, Berger A. Incidence and treatment of deviation of nasal septum in newborns. *Ear Nose Throat J.* Aug;70(8):485-7.1991.
2. Posnick JC, Wells M, Pron GE. Pediatric facial fractures: evolving patterns of treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* Aug;51(8):836-44, 1993.
3. Rohrich RJ, Adams WP Jr. Nasal fracture management: minimizing secondary nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* Aug;106(2):266-73, 2000.
4. Howard BK, Rohrich RJ. Understanding the nasal airway: principles and practice. *Plast Reconstr Surg.* Mar;109(3):1128-46, 2002.