

IPERTROFIA DEI TURBINATI

Trattamento dei turbinati

I turbinati sono delle strutture che si trovano all'interno di ciascuna delle fosse nasali, sono strutture ossee rivestite di mucosa ipervascolarizzata. La loro funzione nell'ambito della normale fisiologia nasale consiste nel condizionamento (umidificazione, riscaldamento e depurazione) dell'aria che respiriamo al fine di migliorare gli scambi gassosi. In genere si hanno 3 turbinati per fossa nasale: inferiore, medio e superiore, in alcuni soggetti esiste un quarto turbinato, il supremo.

I turbinati che condizionano maggiormente il flusso di aria sono gli inferiori ed i medi. Alcuni soggetti presentano un aumento del loro volume (ipertrofia) che impedisce la normale respirazione nasale; il paziente, in questo caso, riferisce ostruzione nasale mono o bilaterale con respirazione a bocca aperta, conseguente secchezza delle fauci, rinorrea e possibile russamento notturno (bisogna considerare che il russamento potrebbe avere altre diverse cause).

Tra le maggiori cause di ipertrofia dei turbinati abbiamo le riniti allergiche e quelle da ipereattività nasale aspecifica; le prime, sono sostenute da allergie che possono essere stagionali o perenni ed il paziente riferisce ostruzione respiratoria, starnuti, fuoriuscita di materiale sieroso (rinorrea), prurito e bruciori; le seconde, quelle da ipereattività nasale aspecifica, sono legate ad una reazione simil allergica con una sintomatologia non molto differente da quella allergica caratterizzata per lo più da ostruzione nasale e rinorrea. In questo caso il paziente può riferire dei disturbi in base al caldo od al freddo, in base a variazione di posizione o di umidità, in base allo stato emozionale o anche al fumo di sigarette.

Terapia

Dopo un'attenta valutazione clinica del paziente ed avendo accertato le cause dei disturbi riferiti è possibile trattare l'ipertrofia dei turbinati inferiori riducendone le dimensioni.

Diverse tecniche chirurgiche sono state utilizzate per la riduzione dei turbinati inferiori; esse vanno dai trattamenti più tradizionali in anestesia generale come la turbinectomia parziale, la mucotomia inferiore o lo svuotamento sottomucoso.

Negli ultimi anni sono state introdotte nuove tecniche meno invasive che prevedono l'impiego del laser o di radiofrequenze.

Presso il nostro centro, da qualche anno, utilizziamo il COBLATION SURGERY SYSTEM che si prefigge di creare una decongestione sottomucosa attraverso dei tunnels praticati all'interno del turbinato, in modo tale da creare una retrazione della mucosa stessa, lasciandola integra esternamente, con l'obiettivo di aumentare lo spazio respiratorio.

L'intervento si esegue in regime di day hospital in anestesia locale (anestesia da contatto con eventuale infiltrazione del turbinato stesso), in sala operatoria al fine di avere un controllo continuo dei parametri vitali e con l'assistenza del medico anestesista. Non è, assolutamente, necessario effettuare alcun tamponamento nasale nel post-operatorio, la durata del trattamento è di pochi minuti ed il paziente può tornare al più presto alle proprie occupazioni. Risulta necessario un controllo dopo circa un mese.

I risultati sono soddisfacenti e si aggirano intorno all'80%, con un minimo impegno da parte del paziente. È, comunque, possibile ripetere dopo un determinato periodo il trattamento se i risultati ottenuti non sono soddisfacenti.

LA POLIPOSIS NASALE

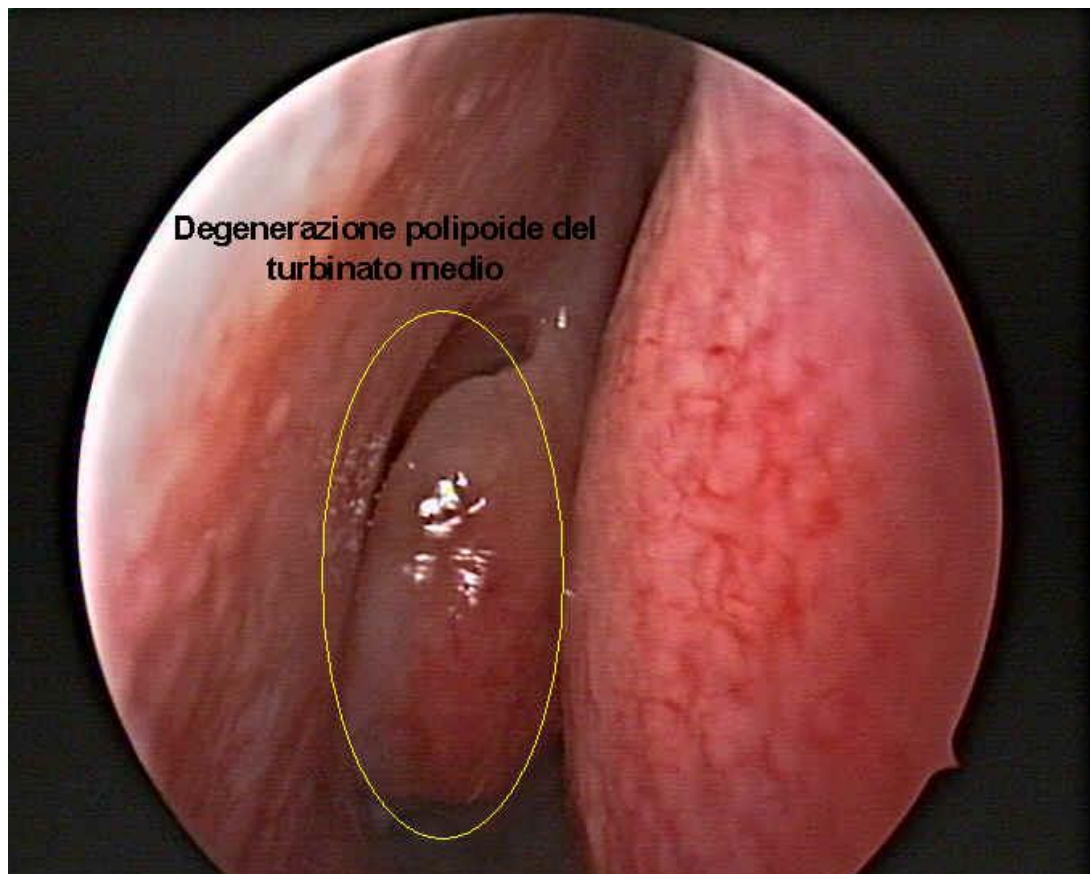
- [DEFINIZIONE DI POLIPOSIS NASALE](#)
- [TRATTAMENTO](#)
- [COMPLICANZE CHIRURGICHE](#)

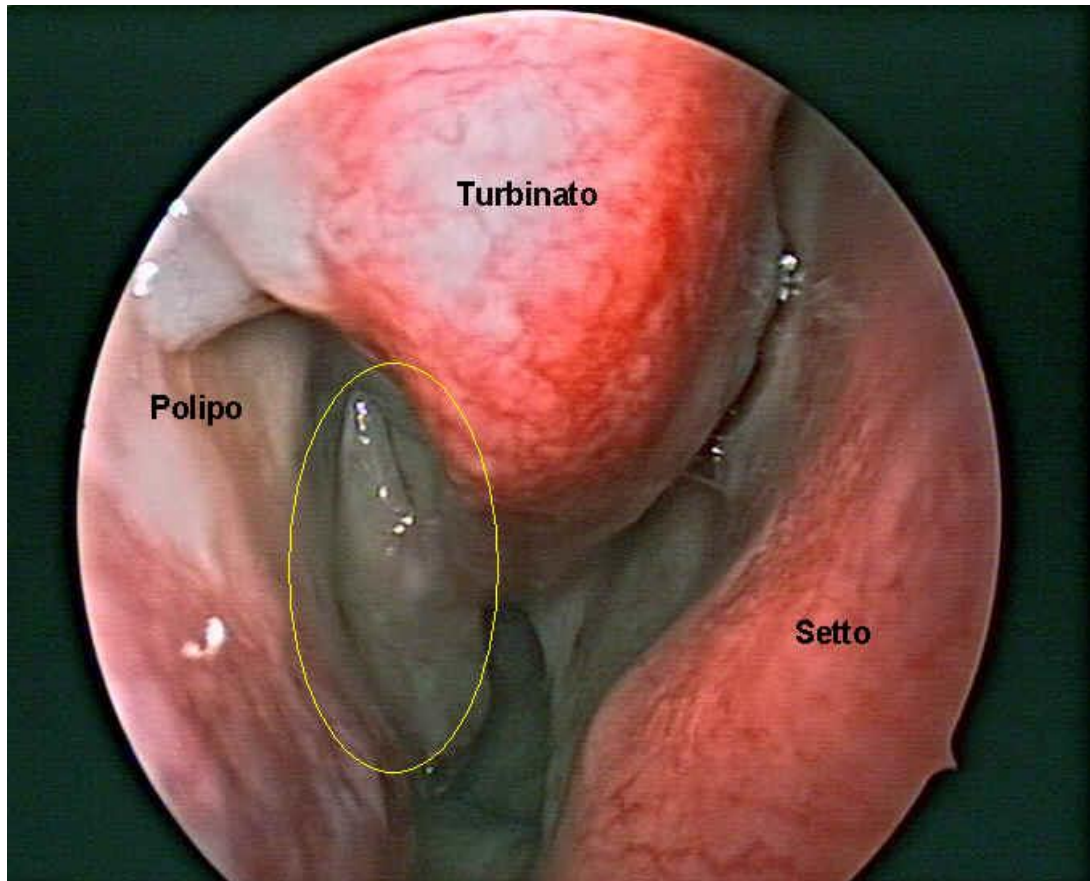
DEFINIZIONE DI POLIPOSIS NASALE

La poliposi nasale è una malattia che si riscontra nel 1–4% della popolazione. Tale incidenza aumenta notevolmente se vengono presi in considerazione alcuni gruppi di persone con diverse patologie nasali.

I polipi nasali derivano da un edema (processo infiammatorio) della mucosa che riveste la parete alta delle fosse nasali. Da questa area, denominata etmoide anteriore, originano i polipi che tendono ad espandersi e quindi ad ostruire le cellule etmoidali, i seni paranasali (mascellare, frontale, ed in qualche caso sfenoidale) e le fosse nasali.

La prima manifestazione dei polipi è un ispessimento diffuso o circoscritto associato ad un rigonfiamento della mucosa. Se i fattori eziologici continuano ad agire, il passaggio successivo è la formazione di un'area mucosa alterata, a base ampia, più o meno definita, dalla quale si sviluppano i polipi. L'aspetto di queste neoformazioni è di solito traslucido, di consistenza molle e colore giallastro (fig.1, fig2), anche se non mancano variazioni in relazione al tipo di paziente ed all'estensione della patologia.





La diagnosi viene effettuata dallo specialista otorinolaringoiatra durante la visita ambulatoriale che deve essere effettuata con l'endoscopia nasale. Questa metodica strumentale è necessaria per una corretta valutazione della patologia ed inoltre, se l'endoscopio viene collegato ad una telecamera ed a un monitor, consente al medico di illustrare con chiarezza il quadro clinico al paziente. Per valutare l'estensione e la gravità della poliposi nasale è necessaria la Tomografia Computerizzata (TC) che consente di analizzare in dettaglio le strutture anatomiche coinvolte dalla patologia.

I sintomi di questa malattia sono respirazione nasale ostruita, cefalea fronto-orbitaria con sensazione di pienezza o di pressione tra gli occhi, fuoriuscita di secrezioni limpide o giallastre dal naso (rinorrea) ed una riduzione parziale o totale dell'olfatto (iposmia/anosmia).

TRATTAMENTO

La cura della poliposi nasale prevede cicli di terapia medica associata ad un trattamento chirurgico. La terapia medica è basata sulla somministrazione di farmaci cortisonici per via locale (gocce e spray nasali) e quando possibile per via sistemica (orale o intramuscolare). Vi sono infatti alcuni pazienti, come ad esempio le persone affette da diabete, da ipertensione arteriosa o da ulcera gastro-duodenale, nei quali la somministrazione di cortisonici per via sistemica deve essere effettuata con attenzione e comunque sotto controllo medico. Molto utili sono anche cicli di terapia antibiotica (di solito macrolidi o penicilline) per via orale. Nei casi di sovrainfezione fungina vengono associati cicli di farmaci antimicotici per via orale. Ma vi sono molti casi in cui la terapia medica non è sufficiente a risolvere il quadro sintomatologico e quindi si rende necessario intervenire chirurgicamente. Attualmente le metodiche più utilizzate per la rimozione dei polipi nasali prevedono l'impiego dell'endoscopia nasale associata a strumenti quali il microdebrider o il laser che consentono di eseguire l'intervento in maniera molto accurata.

Presso il Gruppo Otologico vengono eseguiti di routine interventi in endoscopia sotto il controllo di una sofisticata telecamera collegata ad un monitor ad alta risoluzione.

Deve essere sottolineato che anche nei casi in cui i polipi nasali siano stati rimossi completamente, il paziente deve essere sottoposto a periodici controlli post-operatori soprattutto nei mesi successivi all'intervento; sono inoltre necessarie terapie locali con gocce spray nasali al fine di ottenere una guarigione più lunga e duratura.

Nonostante attraverso la chirurgia endoscopica siano stati conseguiti notevoli miglioramenti nella terapia di questa patologia, l'incidenza delle recidive è ancora molto elevata. Il paziente deve essere quindi informato sull'eventualità che i polipi nasali possano riformarsi. Inoltre gli interventi chirurgici con l'endoscopia devono essere eseguiti in centri specializzati e con esperienza poiché i seni paranasali sono localizzati in vicinanza ad importanti strutture anatomiche come l'organo della vista (globo oculare e nervo ottico) e la parte anteriore del cervello (lobo frontale).

COMPLICANZE CHIRURGICHE

Le complicanze possono essere distinte in minori e gravi. Le prime sono: la formazione di ponti fibrosi (sinechie) nella cavità chirurgica ed il restringimento dell'ostio (apertura) dei seni paranasali che favoriscono le recidive della patologia. Altre complicanze minori sono le lesioni della parete interna della cavità orbitaria che possono causare enfisema orbitario (raccolte di aria intorno all'occhio), oppure diplopia temporanea (visione sdoppiata) e le emorragie post-operatorie che possono richiedere un ulteriore intervento oppure un più stipato tamponamento nasale. Molto rara è la lesione diretta del dotto naso-lacrimale che può determinare incremento della lacrimazione; generalmente questo problema si risolve spontaneamente nell'arco di qualche giorno.

Le complicanze gravi sono la fistola rino-liquorale (perdita di liquido cefalo-rachidiano dal cervello alle cavità nasali) che se non trattata può causare meningite o pneumoencefalo, l'emorragia orbitaria che può determinare perdita transitoria del visus o cecità e la lesione diretta di uno o di entrambi i nervi ottici che determina cecità permanente.

SINUSITE

La sinusite è una infiammazione acuta o cronica dei seni paranasali, cavità del massiccio facciale e della base cranica che comunicano con le fosse nasali.

I seni paranasali sono: i seni mascellari, i seni frontali, i seni sfenoidali e le cellule etmoidali anteriori e posteriori; sono rivestiti da mucosa di tipo respiratorio che normalmente secreta muco che viene drenato mediante il trasporto muco-ciliare verso le fosse nasali.

La causa principale che determina l'insorgenza della sinusite è la riduzione o il completo blocco della ventilazione, cioè dell'ingresso dell'aria nella cavità che avviene nel corso della respirazione, alterando la fisiologia della mucosa sinusale e favorendo la stasi delle secrezioni e la conseguente sovrainfezione microbica. Poiché i seni paranasali comunicano con le fosse nasali attraverso piccoli orifizi chiamati osti, è sufficiente una lieve riduzione delle loro dimensioni per alterare la ventilazione ed il drenaggio. Tale ostruzione può essere causata da diversi fattori, il più frequente è l'infiammazione della mucosa nasale di natura infettiva (virale o batterica) o allergica.

Esistono anche alterazioni anatomiche delle strutture nasali che comportano la riduzione del passaggio dell'aria e l'arresto del drenaggio delle secrezioni; tali alterazioni rappresentano delle varianti anatomiche dei turbinati medi, del setto o delle cellule etmoidali che generalmente non danno segno della loro presenza, ma in determinate condizioni favoriscono la comparsa di sinusite: speroni del setto nasale, turbinati medi ipertrofici, bollosi o con curvatura paradossa, cellule etmoidali iperipneumatizzate. L'ostruzione degli osti può anche essere determinata da neoformazioni delle cavità nasali come i polipi.

I punti chiave nell'anatomia delle fosse nasali dove generalmente risiede la causa delle sinusiti sono due: il complesso ostio-meatale nel meato medio, dove si aprono i seni frontali, i seni mascellari e le cellule dell'etmoide anteriore; ed il recesso sfeno-etmoidale, dove drenano i seni sfenoidali e le cellule dell'etmoide posteriore.

Le sinusiti possono avere un'origine virale, la più frequente, batterica o fungina. Generalmente sono secondarie ad una rinite acuta (raffreddore) o cronica (allergica o ipertrofica), per tale motivo sarebbe più corretto usare il termine di rino-sinusite, tranne nel caso della sinusite mascellare odontogena, derivante da una patologia dei denti.

Sintomi

I sintomi della sinusite variano nel caso di quadro acuto o cronico. Nella sinusite acuta il dolore localizzato spesso in corrispondenza del seno interessato dalla patologia è il sintomo predominante: cefalea frontale, dolore al volto o alla radice del naso e all'orbita, sono presenti anche ostruzione nasale e rinorrea, la febbre è segno di un peggioramento del quadro. Il processo infiammatorio può estendersi a strutture e organi adiacenti come l'orbita.

La sinusite cronica invece ha sintomi più sfumati ma di lunga durata, comunemente vengono riferiti un senso di pesantezza alla fronte o all'occhio e lateralmente al naso alternati alla comparsa di sensazione dolorosa.

Diagnosi

La diagnosi della sinusite si basa sui sintomi e su dati clinico-strumentali. L'esame delle fosse nasali con fibre ottiche eseguito in ambulatorio, prima e dopo decongestione nasale, mostra l'aspetto della mucosa, l'eventuale presenza e le caratteristiche delle secrezioni e la presenza di polipi o altre alterazioni anatomiche. È possibile effettuare anche l'esame colturale delle secrezioni al fine di determinare la natura dell'agente microbico, riservandolo comunque nelle forme resistenti alle terapie. L'esame radiologico TC del massiccio facciale è utile

per localizzare con precisione la sede e l'estensione della patologia ed evidenziare le strutture eventualmente responsabili; è opportuno eseguire la TC dopo un ciclo di terapia medica al fine di avere una stima corretta dell'entità della patologia che può essere alterata dalla presenza di secrezioni (fig 1, 2, e 3).



fig.1

TC in sezione coronale: presenza di tessuto flogistico in regione periorbitaria ed etmoidale anteriore.

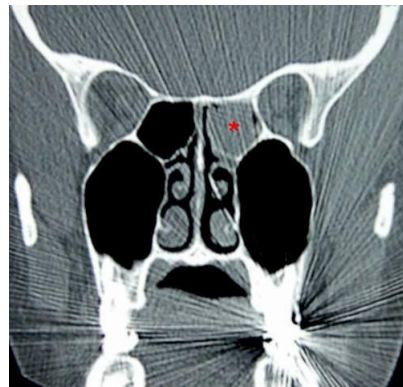


fig.2

L'etmoide posteriore è occupato da tessuto infiammatorio e secrezione.

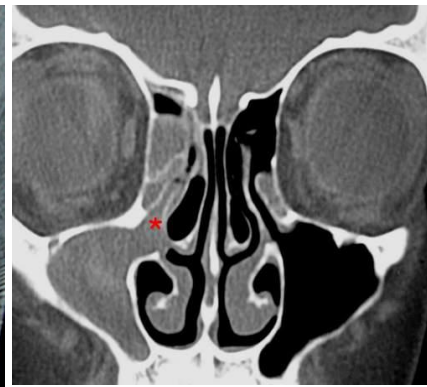


fig.3

Turbinato medio bolloso che crea una disventilazione del meato medio con conseguente sinusite etmoidale anteriore e mascellare.

Terapia

La terapia delle sinusiti può essere medica nelle prime fasi (generalmente nelle forme acute è risolutiva) ed eventualmente chirurgica. La terapia medica prevede cicli di antibiotici ad ampio spettro associati a cortisonici sistemici con dosi scalari e decongestionanti nasali topici, eventualmente antistaminici nel caso di patologia allergica. Nel caso di forme micotiche, favorite dall'abuso di decongestionanti nasali a base di cortisonici è utile l'uso di antimicotici sistemici.

La terapia chirurgica invece è utile nelle forme croniche e nei casi di complicati dall'estensione della malattia. Ha come obiettivo principale la correzione delle alterazioni anatomiche, l'apertura degli osti naturali eventualmente ostruiti ed il drenaggio delle secrezioni accumulate nelle cavità sinusali.

La chirurgia delle sinusiti viene eseguita per via endoscopica attraverso le fosse nasali. In questo modo è possibile eseguire correzioni mirate che consentono il recupero della normale funzione dei seni paranasali rispettando la fisiologia e la funzione delle strutture nasali; è per questi motivi che viene chiamata F.E.S.S. (Functional Endoscopic Sinus Surgery) che significa proprio chirurgia endoscopica funzionale dei seni paranasali. Questo tipo di chirurgia comporta, generalmente, una breve degenza essendo funzionale e poco invasiva.

DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE

Anatomia del setto nasale

Il setto nasale rappresenta la parete mediale di ciascuna fossa nasale.

Le componenti fondamentali del setto nasale sono rappresentate dalla cartilagine quadrangolare, dalla lamina perpendicolare dell'etmoide, e dal vomere.

La lamina quadrangolare supero-posteriormente si ispessisce e si unisce solidamente con la lamina perpendicolare dell'etmoide realizzandosi così una continuità osteo-cartilaginea. Il margine infero-posteriore si ancora solidamente nel solco del vomere e termina posteriormente con un prolungamento caudale. Il margine antero-superiore della lamina quadrangolare si unisce, al suo estremo cefalico, con l'estremità caudale della sutura mediana delle ossa proprie del naso. La lamina perpendicolare dell'etmoide è una struttura ossea che si articola nel terzo posteriore con il margine anteriore del vomere e con i 2/3 anteriori si unisce al margine superiore della cartilagine quadrangolare. Anteriormente è in relazione con le ossa nasali.

Il vomere costituisce la porzione ossea posteriore ed inferiore del setto.

Anteriormente, nei 2/3 superiori, si unisce alla lamina perpendicolare dell'etmoide, e nel terzo inferiore con la cartilagine settale. Inferiormente si unisce con le creste nasali dell'osso mascellare e dell'osso palatino.

Deformità del setto nasale

Nell'adulto il setto nasale non è mai perfettamente rettilineo e mediano, ma presenta sovente ispessimenti e descrive curve ed angolature che danno origine a quelle manifestazioni obiettive genericamente definite come deformità del setto nasale.

Le deformità del setto vanno distinte in deformità cartilaginee, ossee, ed osteo-cartilaginee. Un'ulteriore deformità particolarmente frequente nel neonato è rappresentata dalla lussazione del setto, nella quale il setto cartilagineo si presenta lussato rispetto alla doccia ossea nella quale corre normalmente. In rari casi è possibile apprezzare porzioni cartilaginee soprannumerarie, definite cartilagini parasettali, legate alla persistenza di una porzione della capsula cartilaginea dell'embrione.

I diversi quadri obiettivi della così detta deviazione del setto nasale si associano frequentemente al palato ogivale: entrambe le manifestazioni sarebbero espressione di fattori costituzionali.

Nella grande maggioranza dei casi le deviazioni settali hanno origine traumatica, ed in buona percentuale sono conseguenza di traumi da parto o di traumi infantili anche lievi e spesso dimenticati ed ignorati. Molti casi sarebbero da mettere in relazione con la non corretta posizione del feto nella vita intrauterina, con conseguente compressione del naso e della mascella.

Sintomatologia

La sintomatologia soggettiva è legata soprattutto all'ostruzione respiratoria nasale uni- o bilaterale, dovuta da un lato alla deviazione del setto, e dall'altro lato alla ipertrofia compensatoria dei turbinati. Il flusso respiratorio nasale risulterà alterato, concentrato in una piccola area della mucosa, con conseguente evaporazione del muco nasale e formazione di croste, il cui allontanamento può essere accompagnato da piccole emorragie. L'azione protettiva del muco nasale verrà a mancare in alcune aree, con conseguente maggiore suscettibilità alle infezioni. La pressione esercitata dal setto sulle terminazioni nervose contenute nella mucosa nasale può provocare fenomeni algici.

Diagnosi

Un'attenta raccolta dei dati relativi alla sintomatologia clinica del paziente, assieme ai dati rilevati con un esame rino-endoscopico e rinomanometrico, sono necessari al fine di valutare l'eventuale indicazione chirurgica.

Con l'ausilio di fibre ottiche oggi è possibile effettuare un esame endoscopico, ed apprezzare in dettaglio l'anatomia del setto nasale, eventualmente documentandola fotograficamente.

L'esame rinomanometrico ci consente invece di valutare oggettivamente l'andamento dei flussi inspiratorio ed espiratorio nasale, e delle resistenze presenti all'interno delle fosse nasali.

Il confronto dei dati rinomanometrici e delle immagini endoscopiche nasali pre e post-operatorie ci consentirà di dimostrare il miglioramento dell'anatomia e della funzionalità respiratoria nasale.

Terapia

La terapia delle deviazioni settali è chirurgica. La settoplastica effettuata seguendo la tecnica chirurgica ideata da Cottle rappresenta ancora oggi il metodo chirurgico più completo e perfezionato, consentendo di ottenere sistematicamente degli eccellenti risultati qualunque sia la deformità da trattare. L'intervento inizia con l'incisione della mucosa e del pericondrio di un lato, a livello del margine inferiore della cartilagine quadrangolare. Si procede quindi allo scollamento sottopericondrale creando una sorta di tasca o tunnel laterale che può estendersi per tutta la lunghezza del setto cartilagineo e osseo. Giunti a questo punto, se ci si trova in presenza di ostacoli importanti, quali esiti cicatriziali, fratture o malformazioni che impediscono di proseguire, si avverte la necessità di allargare il campo operatorio e di trovare una via di aggressione che rimanga sempre sotto il controllo della vista. Procederemo quindi allo scollamento sottoperiosteale della mucosa del pavimento delle fosse nasali, creando un tunnel inferiore, da unire al tunnel laterale già effettuato, per ottenere un più ampio campo operatorio.

Si procederà quindi all'effettuazione di una condrotomia inferiore e posteriore tagliando la cartilagine quadrangolare rasente al vomere e all'etmoide, in modo tale da liberarla dalle deformazioni ossee inferiori e posteriori. Sarà a questo punto ben visibile la porzione ossea del setto che se deviata sarà rimossa.

Le deviazioni minori della cartilagine quadrangolare saranno risolte andando a rimuovere la porzione cartilaginea coinvolta, o ad indebolirla con tagli trasversali per correggerne la curvatura. Nei casi di deviazione settale importante si può procedere alla rimozione completa del setto cartilagineo, al suo modellamento, e alla sua riposizione e fissazione con punti. A fine intervento le fosse nasali sono tamponate con un tampone per narice da rimuovere dopo circa 48 ore.