GRUPPO OTOLOGICO

1983

OTITE MEDIA CRONICA SEMPLICE E COLESTEATOMATOSA

29121 *PIACENZA* - Via Emmanueli, 42
Tel. 0523/754362 - Fax 0523/453708

00149 *ROMA* - Via S. Pantaleo Campano, 4
Tel. 06/65741786 - Fax 06/6530540

e-mail: gruppo.otologico@gruppootologico.it
www.gruppootologico.it

GRUPPO OTOLOGICO

L'OTITE MEDIA CRONICA

L'otite media cronica è stata individuata come la causa del Suo problema auricolare. La presenza o meno dei sintomi è in relazione al fatto che la malattia è in fase attiva o meno, da un eventuale interessamento dell'osso mastoideo e dalla presenza o meno di una perforazione timpanica. Da ciò ne può conseguire un'otorrea (fuoriuscita di materiale dall'orecchio anche male odorante), una ipoacusia (diminuizione dell'udito), degli acufeni (ronzii, fischi, pulsazioni), vertigini, dolori e raramente paralisi del nervo facciale.

FUNZIONI DELL'ORECCHIO NORMALE

L'orecchio viene diviso in 3 parti: l'orecchio esterno, l'orecchio medio e l'orecchio interno. Ogni parte ha la sua funzione. Le onde sonore vengono convogliate dall'orecchio esterno ed attraverso il condotto uditivo esterno giungono alla membrana timpanica che trasmette le vibrazioni ai 3 ossicini presenti nell'orecchio medio (martello, incudine e staffa). Attraverso la coclea (orecchio interno) le vibrazioni vengono trasformate in impulsi elettrici che tramite il nervo acustico raggiungono il cervello.

IPOACUSIA (PERDITA DELL'UDITO)

Esistono diversi tipi di sordità; se il problema riguarda l'orecchio esterno e/o l'orecchio medio si parla di sordità trasmissiva, se, invece, il problema riguarda l'orecchio interno si parla di sordità di percezione (neurosensoriale). Quando la lesione interessa sia l'orecchio medio che quello interno si può avere una sordità mista.

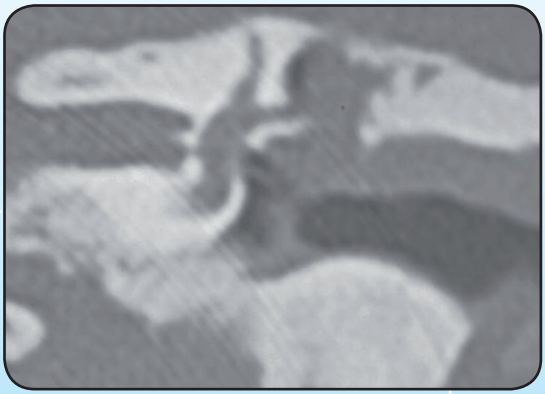
INFEZIONI DELL'ORECCHIO MEDIO

Qualsiasi malattia che interessi la membrana timpanica o gli ossicini può causare una perdita uditiva se interferisce con i meccanismi di trasmissione del suono. La perdita uditiva può essere una conseguenza di una perforazione della membrana timpanica o di una distruzione parziale o totale della catena ossiculare.
In seguito ad una infezione dell'orecchio la membrana timpanica può perforarsi; tale perforazione si può chiudere anche spontaneamente, ma se questo non avviene potrebbe subentrare una perdita uditiva, spesso associata a dei rumori ed ad un'otorrea costante o intermittente.

COLESTEATOMA

Una particolare forma di otite cronica è il colesteatoma, che consiste in una cisti di pelle desquamata che si accumula nell'orecchio medio e nell'osso situato posteriormente ad esso (mastoide). Tale cisti se non asportata continua ad ingrandirsi distruggendo tutte le strutture circostanti. I primi ad essere interessati sono solitamente gli ossicini, ma col tempo possono essere coinvolti l'orecchio interno, il nervo facciale con successiva paralisi facciale, con rischi potenziali di perdita totale dell'udito, vertigini invalidanti (fistole dei canali semicircolari, vedi figura), meningite ed ascesso cerebrale (interruzione del tegmen timpani e propagazione dell'infezione al cervello, vedi figura). In caso di colesteatoma il trattamento medico fornisce un miglioramento solo temporaneo della malattia, che per essere completamente risolta va rimossa chirurgicamente. Di fronte ad un caso di colesteatoma il primo obiettivo dell'intervento chirurgico è quello di ottenere un orecchio sano ed asciutto, mentre passa in secondo piano il problema uditivo.

GRUPPO OTOLOGICO



FISTOLA DEL CANALE SEMICIRCOLARE LATERALE

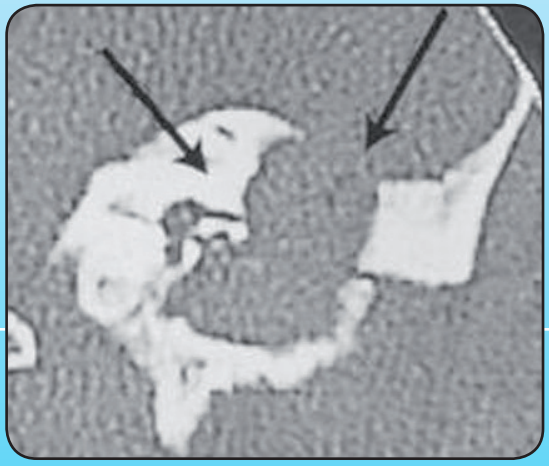


IMMAGINE TC DI COLESTEATOMA CHE HA PROVOCATO L'EROSIONE DEL TEGMEN TIMPANI (ERNIA MENINGO ENCEFALICA) E L'EROSIONE DEL CANALE SEMICIRCOLARE LATERALE

PRECAUZIONI

In presenza di un'otite media cronica semplice o di un colesteatoma va evitata assolutamente l'introduzione di acqua nel condotto uditivo esterno, in quanto questo comporta frequentemente l'instaurarsi od il riacutizzarsi di un processo infettivo. In caso di raffreddori bisogna soffiare il naso, lentamente ed una narice per volta, per evitare il propagarsi dell'infezione all'orecchio medio tramite la tuba di Eustachio. Le secrezioni auricolari devono essere asciugate spesso e le gocce auricolari devono essere applicate secondo prescrizione medica.

TRATTAMENTO MEDICO

Il trattamento medico spesso è in grado di far regredire temporaneamente l'otorrea. Tale trattamento consiste principalmente nella pulizia accurata dell'orecchio (aspirazione delle secrezioni e lavaggi con soluzione alcoolica di acido borico al 2%) ed a volte nell'applicazione locale di gocce auricolari a base di antibiotici. Raramente sarà necessario assumere antibiotici per via orale od intramuscolare.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

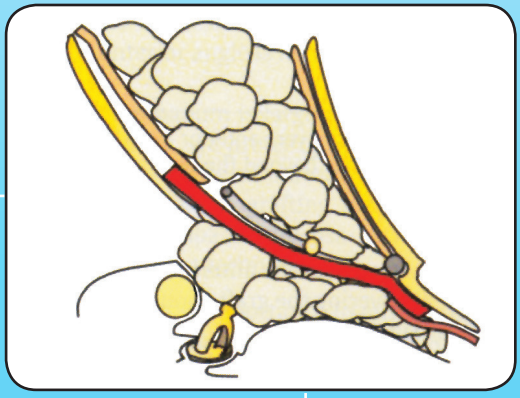
Per tanti anni il trattamento chirurgico dell'otite cronica è stato rivolto soprattutto al controllo ed alla prevenzione delle possibili complicanze. Attualmente il progredire delle tecniche ha reso possibile, nella maggior parte dei casi, anche la ricostruzione del meccanismo uditivo. Tale chirurgia, generalmente, viene eseguita presso il nostro Centro, in anestesia locale; tranne che nei bambini o in casi particolari.

GRUPPO OTOLOGICO

In alcuni casi è possibile intervenire attraverso il condotto uditivo esterno, più frequentemente è necessario praticare un'incisione cutanea a livello del solco retroauricolare. Per la riparazione della membrana timpanica la nostra preferenza va ad un tessuto prelevato dal paziente stesso (fascia del muscolo temporale) attraverso la stessa incisione chirurgica. Gli ossicini erosi possono essere rimodellati ed usati per la ricostruzione della catena ossiculare; quando completamente assenti od inutilizzabili vanno sostituiti da protesi o da cartilagine.
Talvolta, per evitare la formazione di tessuto cicatriziale, può essere lasciata una lamina di materiale plastico (Silastic) all'interno dell'orecchio.
In alcuni casi si rende necessario eseguire l'intervento in 2 tempi, a distanza di 6-12 mesi l'uno dall'altro.
Nel corso del primo tempo solitamente si rimuove la malattia e si ricostruisce la membrana timpanica, mentre durante il secondo si controlla che non siano rimasti residui di patologia e si provvede alla ricostruzione della catena ossiculare. Spesso tra i 2 tempi si può verificare un ulteriore peggioramento uditivo dovuto alla completa assenza della catena ossiculare. In genere questi interventi richiedono 2-3 giorni di ricovero e 7-10 giorni di convalescenza. La guarigione avviene nella maggior parte dei casi in 6-8 settimane. Il miglioramento uditivo definitivo è solitamente valutabile 2-3 mesi dopo l'intervento.

MIRINGOPLASTICA (RICOSTRUZIONE DELLA MEMBRANA TIMPANICA)

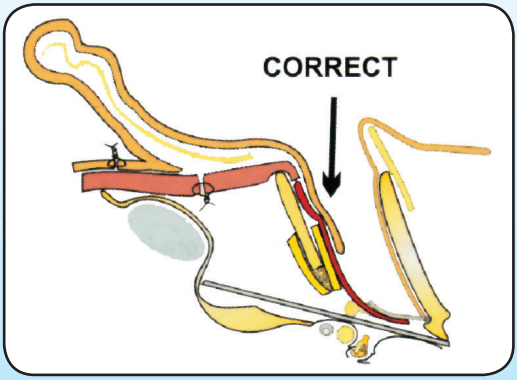
Nei casi di otiti ricorrenti o di traumi, la perforazione della membrana timpanica può non rimarginarsi completamente; ne consegue, pertanto, un'ipoacusia di grado variabile nonostante la catena ossiculare intatta. La miringoplastica consiste nella ricostruzione della sola membrana timpanica con il duplice scopo di proteggere l'orecchio medio dall'ambiente esterno e di recuperare la sordità di trasmissione.
Nella maggior parte dei casi gli interventi possono essere eseguiti in anestesia locale.
In alcuni casi è possibile intervenire attraverso il condotto uditivo esterno, più frequentemente è necessario praticare un'incisione cutanea a livello del solco retroauricolare. Per la riparazione della membrana timpanica la nostra preferenza va ad un tessuto prelevato dal paziente stesso (fascia del muscolo temporale) attraverso la stessa incisione chirurgica.



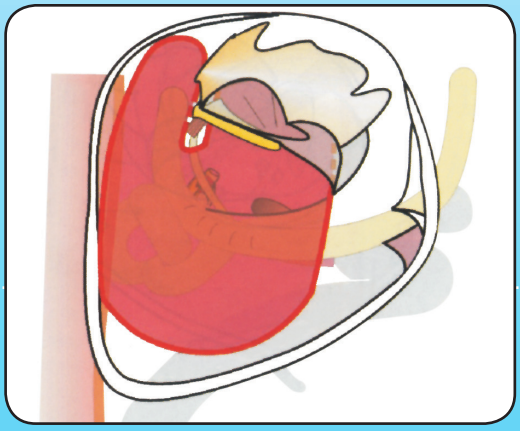
DISEGNO DI MIRINGOPLASTICA ESEGUITA TRAMITE TECNICA UNDERLAY

TIMPANOPLASTICA

Nella timpanoplastica oltre a riparare la membrana timpanica viene ricostruita anche la catena degli ossicini, danneggiata dalla malattia.
Può essere necessaria l'apertura della mastoide. Ne esistono 2 tipi principali, la timpanoplastica chiusa e la timpanoplastica aperta.
Nella TIMPANOPLASTICA CHIUSA viene rispettata l'anatomia dell'orecchio medio, aprendo la mastoide ma lasciando integra la parete posteriore del condotto uditivo esterno. Richiede quasi sempre l'esecuzione di 2 tempi chirurgici. Le indicazioni per questo tipo di tecnica sono: otite colesteatomatosa nei bambini e nei pazienti che presentano una mastoide molto pneumatizzata, presenza di colesteatoma mesotimpanico, colesteatomi che hanno causato solo una minima erosione epitimpanico.
Nella TIMPANOPLASTICA APERTA invece la parete posteriore del condotto uditivo esterno viene abbattuta, creando così una sola cavità comprendente condotto uditivo e mastoide e ricostruendo un piccolo orecchio medio. Per garantire una sufficiente areazione di tale cavità è necessario allargare anche l'orifizio esterno del condotto (plastica della conca) (vedi figure). Viene utilizzata quasi esclusivamente nei casi di colesteatoma, in quanto garantisce una maggior sicurezza nei riguardi delle recidive. Anche con questa tecnica, a volte, risulta necessario eseguire 2 tempi chirurgici a distanza di 6-12 mesi l'uno dall'altro.
Nel corso del primo tempo solitamente si rimuove la malattia e si ricostruisce la membrana timpanica, mentre durante il secondo si controlla che non siano rimasti residui di patologia e si provvede alla ricostruzione della catena ossiculare.
Spesso tra i 2 tempi si può verificare un ulteriore peggioramento uditivo dovuto alla completa assenza della catena.



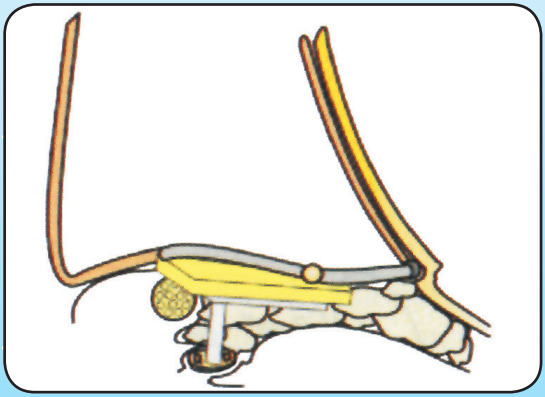
DISEGNO DI TIMPANOPLASTICA TECNICA CHIUSA



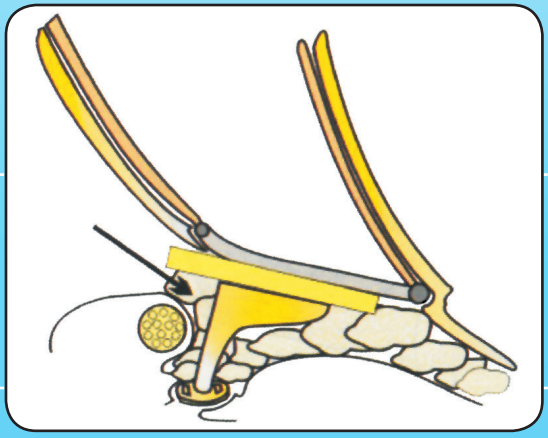
DISEGNO DI TIMPANOPLASTICA TECNICA APERTA

SECONDO TEMPO DI TIMPANOPLASTICA

Questo intervento serve a controllare che non siano rimasti residui di patologia ed a ripristinare il meccanismo uditivo. In molti casi può essere eseguito per via endocanalare (senza bisogno di praticare alcun taglio esterno).

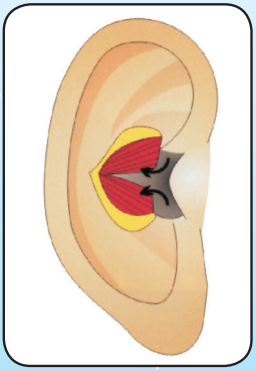


II TEMPO
TIMPANOPLASTICA
APERTA



II TEMPO
TIMPANOPLASTICA
CHIUSA

ESEMPI DI PLASTICA DELLA CONCA



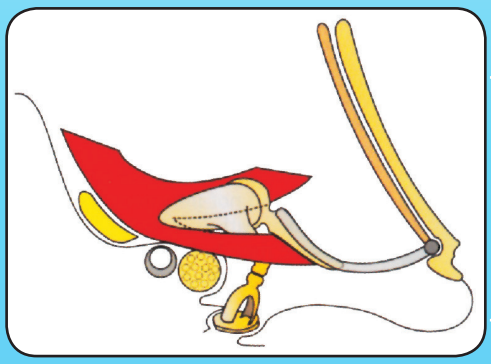
RADICALE

Lo scopo di questo intervento è unicamente l'exeresi dell'infezione, senza prendere in considerazione l'udito. E' generalmente riservato a pazienti con livelli uditivi preoperatori molto bassi, persone anziane o particolari estensioni della patologia. A differenza della timpanoplastica aperta non viene eseguita alcuna ricostruzione e si lascia che la pelle ricopra tutta la cavità risultante. In quei pazienti con un discreto udito, quando possibile, si cerca di rimuovere la patologia senza toccare ciò che è rimasto della catena ossiculare e della membrana timpanica si parla, quindi, di RADICALE CONSERVATIVA.

TECNICA DI BONDY MODIFICATA

Questa tecnica viene adoperata in alcuni casi particolari, quando il colesteatoma invade solo la mastoide o quando si è in presenza di un colesteatoma epitimpanico (vedi figura), laterale alla catena degli ossicini, con un udito preoperatorio normale. In questi casi un solo intervento può risolvere il problema del paziente.

IMMAGINE TC (PROIEZIONE CORONALE) DI COLESTEATOMA EPITIMPANICO LATERALE ALLA CATENA OSSICULARE



DISEGNO DI TECNICA DI BONDY MODIFICATA

OBLITERAZIONE DELL'ORECCHIO MEDIO

Nei casi con sordità totale preoperatoria e con diffusione massiva del colesteatoma alla rocca petrosa, l'exeresi della patologia può essere seguita da una completa obliterazione e chiusura dell'orecchio, in modo che questo non dia più alcun problema nel futuro. Come materiale di obliterazione è usato un pezzetto di grasso addominale.

RISCHI CHIRURGICI

1. Infezione: il 5% dei pazienti potrebbe avere dei problemi infettivi dopo l'intervento con una eventuale riperforazione del neotimpano.
2. Perforazione: in circa il 5% dei casi.
3. Peggioramento dell'udito: si verifica nell'1-2% dei casi. In casi rarissimi si può avere una sordità totale definitiva dal lato operato.
4. Vertigini: comuni i primi giorni, raramente di lunga durata.
5. Acufeni: un loro peggioramento è possibile in circa l'1% dei casi. L'intervento non offre alcuna garanzia riguardo la loro scomparsa!
6. Paralisi di metà faccia: talvolta è indotta dall'anestetico locale e regredisce in alcune ore. Si verifica raramente a distanza dell'intervento per un edema del nervo facciale e regredisce con terapia medica.
   Estremamente rara la possibilità di un danneggiamento chirurgico del nervo.
7. Disturbi del gusto: comuni nei primi 2 mesi, di solito scompaiono spontaneamente.
8. Ematoma.
9. Pericondrite: in rarissimi casi un'infezione dei tessuti cartilaginei può causare malformazioni del padiglione auricolare.

Se l'intervento richiede un'apertura della mastoide, complicanze rarissime sono la fuoriuscita di liquido cerebrale, la meningite e l'ascesso cerebrale.

GRUPPO OTOLOGICO

DISTURBI POSTOPERATORI

- Sensazione di liquido nell'orecchio: frequentissima i primi giorni.
- Disturbi del gusto e secchezza della bocca: possono manifestarsi per alcune settimane dopo l'intervento. In una piccolissima percentuale di casi possono restare per sempre.
- Ronzii o rumori nell'orecchio interessato: se presenti prima dell'intervento potrebbero non scomparire. Se l'udito dovesse peggiorare, il ronzio può persistere o peggiorare.
- Perdita di sensibilità del padiglione: frequente in caso di incisione retroauricolare; può durare fino a 4-6 mesi.
- Dolori durante la masticazione: frequenti quando è necessario modellare la parete anteriore del condotto. Scompaiono spontaneamente in 1-2 mesi.

PRECAUZIONI POSTOPERATORIE

L'unica importante precauzione dopo l'intervento consiste nell'evitare di far entrare acqua nel condotto uditivo.
È anche consigliabile soffiare il naso delicatamente, starnutire a bocca aperta e non guidare l'auto per 3-4 giorni.
Non esistono controindicazioni per viaggiare in auto, treno od aereo.

CONSIDERAZIONI GENERALI

Se nel Suo caso l'intervento non è urgente, è consigliabile eseguire controlli periodici soprattutto se si ha dell'otorrea. Se dovesse insorgere del dolore in zona auricolare, un'aumentata secrezione, vertigini o paresi facciale, bisogna contattare immediatamente il medico.
È buona norma informare il chirurgo di malattie preesistenti o in corso di trattamento, onde valutare un eventuale nesso patologico e concordare il trattamento terapeutico più idoneo.

- **DOTT. MARIO SANNA**
  Sassari - Via Amendola, 65
  tel. 079237766 - mario.sanna@gruppootologico.it

- **DOTT. ABDELKADER TAIBAH**
  _ Chiavari (GE) - c/o Villa Ravenna - Via Nino Bixio, 12 -
  tel. 0185324777
  _ Parma - Strada Baganzola, 29 - 43100 - tel. 0521989297
  abdel.taibah@gruppootologico.it

- **DOTT. ALESSANDRA RUSSO**
  Sulmona (AQ) - Viale Costanza, 1
  tel. 086452714 - alessandra.russo@gruppootologico.it

- **DOTT. FERNANDO MANCINI**
  Torino - Corso Stati Uniti, 39 - tel. 0115089275 - info@orl.it

- **DOTT. ANTONIO CARUSO**
  Palermo - Via Gabriele D'Annunzio, 29
  tel. 3495253048 - antonio.caruso@gruppootologico.it

- **DOTT. ENRICO PICCIRILLO**
  Lamezia Terme (CZ) - Via I Maggio (2 ª traversa)
  tel. 096822066 (ore 8.30 - 11.00) - Cell. 3356533258
  enrico.piccirillo@gruppootologico.it

- **DOTT. LORENZO LAUDA**
  Napoli - Via Vannella Gaetani, 22
  tel. 0812471185 - Fax 0812471343 - Cell. 3382492123
  lorenzo.lauda@gruppootologico.it

- **DOTT. ANNA LISA GIANNUZZI**
  _ Quercegrossa (SI) - Via del Chianti Classico, 17 - tel. 3333055371
  _ Melendugno (LE) - Studi Medici RECA - Via San Foca, 13/15 - tel. 3333055371
  al.giannuzzi@gruppootologico.it

GONG communication