

L. BOZZI - D. TUFARELLI - E. SARTARELLI - B. MASI

**CONSERVAZIONE DEL CONDOTTO Uditivo
ESTERNO MEMBRANOSO CON UN TUBO
DI CONTENZIONE ENDOAURALE NEGLI INTERVENTI
DI TIMPANO E MIRINGOPLASTICA**

Estratto da:
IL VALSALVA
Vol. LVII - N. 2 - Giugno 1981



EDIZIONI LUIGI POZZI S.r.l. - ROMA

**CONSERVAZIONE DEL CONDOTTO Uditivo
ESTERNO MEMBRANOSO CON UN TUBO
DI CONTENZIONE ENDOAURALE NEGLI INTERVENTI
DI TIMPANO E MIRINGOPLASTICA**

CONSERVAZIONE DEL CONDOTTO Uditivo ESTERNO MEMBRANOSO CON UN TUBO DI CONTENZIONE ENDOAURALE NEGLI INTERVENTI DI TIMPANO E MIRINGOPLASTICA

L. BOZZI - D. TUFARELLI - E. SARTARELLI - B. MASI

Gli Autori espongono la loro tecnica ed i risultati ottenuti negli interventi di Miringo e Timpanoplastica con conservazione del condotto uditivo esterno membranoso utilizzando un tubo di contenzione endoaurale.

Fin dal 1978 abbiamo intrapreso una serie di tentativi per ottenere, nel corso di interventi di timpanoplastica aperta per processi di otite cronica purulenta, una migliore ricostruzione del condotto uditivo esterno e della nuova membrana timpanica.

Riteniamo, come concetto primo, che l'abbattimento della parete posteriore del condotto uditivo sia basilare per una perfetta visualizzazione dei vari focolai osteitici e per una corretta bonifica di essi. Nella maggior parte dei casi, il processo infiammatorio interessa pressoché tutte le strutture della cassa timpanica: l'epitimpano, le cellule peritubariche, della parete anteriore, la mucosa della parete mediale che, con granulazione o formazioni polipoidi, coinvolge a volte la parete inferiore e posteriore e la staffa, che dovrà quindi essere perfettamente ripulita e resa mobile. Inoltre il processo infiammatorio interessa in genere ampiamente l'aditus ad antrum, la porzione posta al di sopra del canale del facciale, lateralmente al canale semicircolare orizzontale per estendersi infine in quasi tutte le cellule ossee del processo mastoideo.

Tutti questi focolai devono essere rimossi con molta cura e per ottenerlo è importante che essi siano aggredibili attraverso una ampia breccia chirurgica che, a nostro avviso, è possibile realizzare solo con l'abbattimento ampio della parete posteriore ossea del

USL - RM9 Ospedale dell'Addolorata di Roma. Divisione di Otorinolaringoiatria.

condotto uditivo. D'altro canto è molto importante, se si vuole ottenere una buona riuscita dell'intervento di timpanoplastica, che il condotto uditivo esterno conservi la sua forma anatomica.

Ciò permette, inoltre, di disporre di un buon sostegno per la neomembrana timpanica la cui funzione sarà (a seconda dei casi, in unico intervento o in due tempi) anche quella di sostenere la columella interposta tra essa e la staffa, per la ricostruzione di una corretta trasmissione del suono.

I casi da noi trattati sono stati complessivamente 122, tutti studiati dal punto di vista audiologico e radiografico e, per la maggior parte dei casi, operati di primo tempo di timpanoplastica e predisposti ad affrontare il successivo secondo tempo a distanza variabile dai sette ai quattordici mesi. Il materiale utilizzato per il neotimpano è stata sempre l'aponeurosi superficiale del muscolo temporale.

I tempi dell'intervento sono stati quelli classici, costituiti cioè:

I Tempo - Taglio di Wilde allungato in alto, tale da consentire il prelievo di un lembo di fascia del muscolo temporale. Ricerca della cellula antrale e dell'aditus; ampia apertura di tutta la cavità mastoidea e toilette completa e accurata, al microscopio operatorio e con fresa diamantata, delle cellule mastoidee.

II Tempo - Scollamento della cute del condotto esterno della sua inserzione ossea sulla parete posteriore.

III Tempo - Apertura dell'aditus, abbattimento della parete posteriore ossea, toilette e mobilizzazione della staffa.

IV Tempo - Scollamento della restante cute del condotto uditivo esterno ed erniazione di esso in toto all'esterno, mantenuto da una piccola spatola.

V Tempo - Toilette di tutta la cavità dell'orecchio medio secondo i normali canoni chirurgici, in particolare seguendo i suggerimenti forniti dall'indagine radiografica.

VI Tempo - Apposizione della fascia del temporale in maniera tale che abbia punti di appoggio sulla parete inferiore, sulla parete anteriore, su quella superiore e indietro su quella che resta della parete posteriore evitando che il lembo occluda la tuba; si ribatte all'interno il condotto uditivo membranoso, che si sovrappone alla fascia del temporale; si zaffa la cavità mastoidea con gelfoam o dura madre liofilizzata.

TUBICINO DI CONTENZIONE**LARGHEZZA mm.8 - LUNGHEZZA mm.25**

Fig. 1.

VII Tempo - Interposizione di un piccolo lembo di silastic con un peduncolo verso la mastoide fra il neotimpano e la staffa, al fine di evitare processi aderenziali sulla staffa stessa e sui bordi della finestra ovale che renderebbero oltremodo difficoltoso l'eventuale secondo tempo, cioè l'interposizione di columella.

VIII Tempo - Introduzione nel condotto esterno di un piccolo tubo di materiale plastico della lunghezza di 24 mm e del diametro di 8-9 mm con il fondo arrotondato, che viene lasciato in situ per tredici giorni.

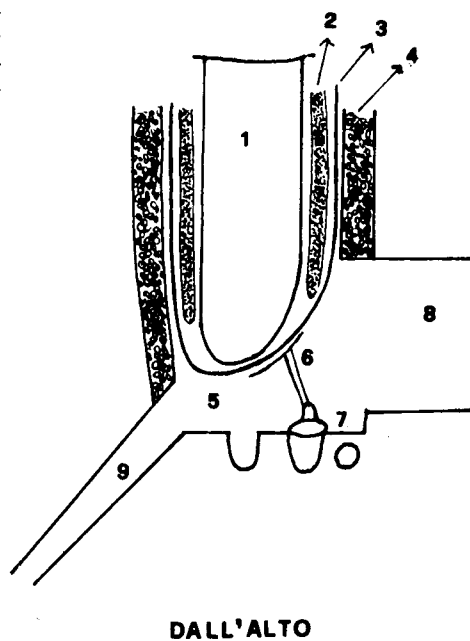
E' questo il tempo valido ed importante della ricostruzione del condotto uditivo e della membrana, in quanto tale tubo consente di mantenere perfettamente pervio e anatomicamente uguale al fisiologico il condotto uditivo esterno, che altrimenti subirebbe deformazioni per esiti e retrazioni cicatriziali.

Dal 13° giorno in poi, e a giorni alterni, si toglie e si pulisce con Betadine soluzione il tubicino e lo si rimette in situ, senza aspirare, toccare o pulire direttamente il condotto al fine di evitare spostamenti della neomembrana. Tali medicazioni si protraggono per 30-40 giorni, dopo di che si può, con molta tranquillità, lasciare libero il condotto uditivo, che manterrà in tal modo, ed in maniera definitiva la forma ad esso imposta dalla apposizione del tubicino di contenzione e si otterrà altresì una membrana timpanica distesa e perfetta.

Fino ad oggi la metodica da noi ideata ha consentito risultati anatomo-funzionali ottimi nel 96,7% dei casi (118 su 122).

Fig. 2. - Timpanoplastica aperta (dall'alto): 1) tubicino di contenzione; 2) cute condotto uditivo esterno; 3) aponeurosi superficiale muscolo temporale; 4) parete posteriore condotto uditivo; 5) cassa timpanica; 6) columella; 7) staffa; 8) mastoide; 9) tuba di Eustachio.

TIMPANOPLASTICA APERTA



DALL'ALTO

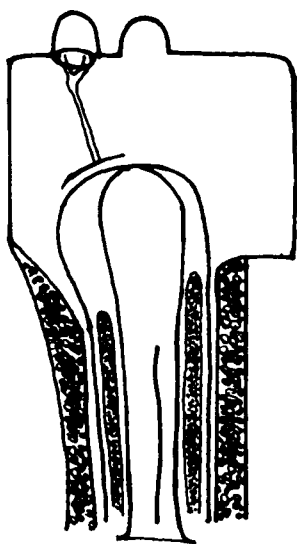


Fig. 3. - Timpanoplastica aperta in antero-posteriore.

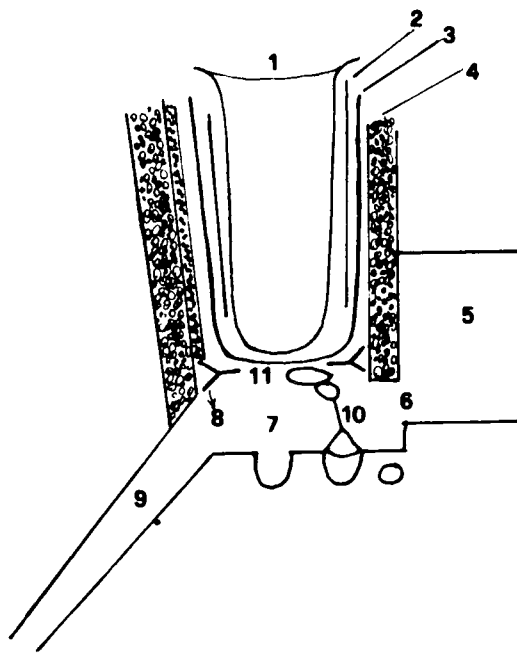


Fig. 3. - Miringoplastica: 1) tubicino di contenzione; 2) cute condotto uditivo esterno; 3) aponeurosi superficiale muscolo temporale; 4) parete posteriore condotto uditivo esterno; 5) mastoide; 6) aditus ad antrum; 7) cassa timpanica; 8) anulus timpanico; 9) tuba di Eustachio; 10) catena degli ossicini; 11) perforazione membrana timpanica.

Abbiamo ottenuto insuccessi nei rari casi (4 su 122 pari al 3,3%) in cui si è avuto lo scollamento della parte anteriore della neomembrana. In questi casi il danno è praticamente irreparabile; la nuova membrana si retrae completamente pur conservando il condotto uditivo esterno la sua nuova conformazione anatomica.

Riteniamo opportuno ricordare che l'applicazione del tubicino di contenzione consente ottimi risultati anche negli interventi di miringoplastica. In tali casi noi ci serviamo della seguente tecnica: taglio retroauricolare di Wilde; prelievo di lembo di fascia del muscolo temporale; scollamento della parete posteriore del condotto sino all'anulus fibroso; per via endoaurale, taglio circolare in prossimità dell'anulus e scollamento ed eversione all'esterno del condotto uditivo membranoso; applicazione attraverso il taglio di Wilde del lembo aponeurotico che viene fatto scorrere sulla rimanente membrana timpanica cruentata in precedenza, sul manico del martello fino alla parete anteriore del condotto osseo; ribattimento della cute del condotto uditivo sulla neomembrana: applicazione di una piccola quantità di gelfoam imbevuto di soluzione fisiologica; apposizione al di sopra di esso del tubo di contenzione.

1
2
3
4
5
6
7

IMPRONTE CONDOTTI UDITIVI ESTERNI

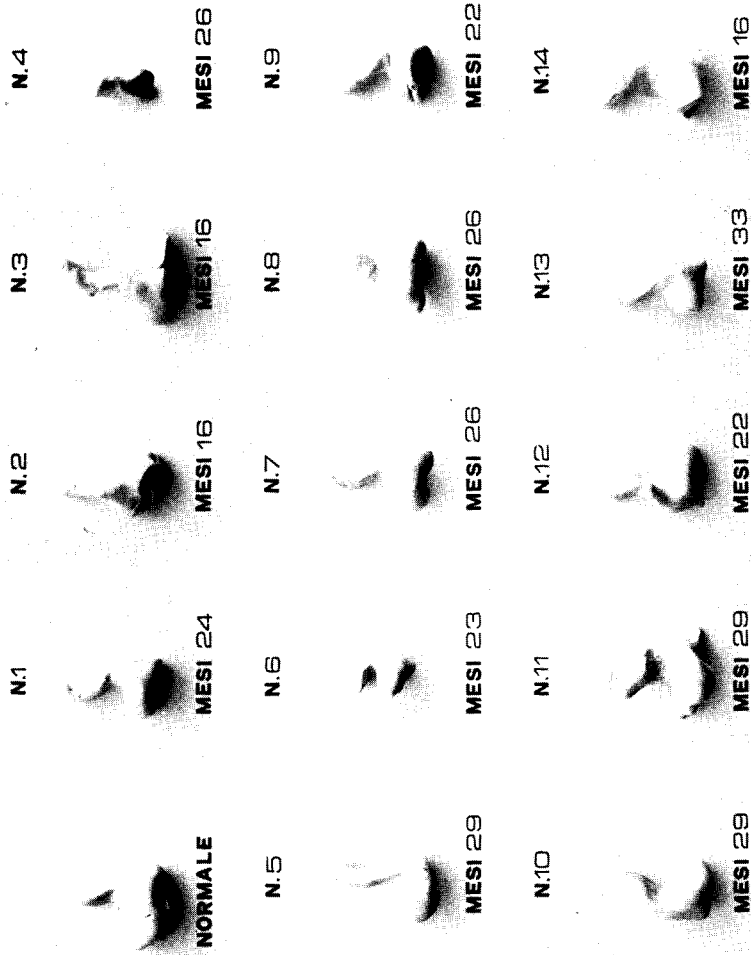


Fig. 5.

Il tubicino viene rimosso solo dopo 30 giorni per la prima medicazione. Le successive vengono fatte ogni due, tre giorni per altri 40-50 giorni.

Il lembo aponeurotico, compresso per tutto questo tempo, aderisce intimamente a ciò che era rimasto della membrana timpanica ed al manico del martello, ripristinandone la funzionalità uditiva e l'aspetto anatomico.

SUMMARY

BOZZI L., TUFARELLI D., SARTARELLI E., MASI B.: *Conservation of the external membranous auditory canal by endoaural tube in tympanoplasty and miringoplasty.*

The AA. explain the technique and the results of « miringo » and « tympanoplasty » operation with outer and membranous auditory canal conservation, utilizing an endaural tube.

BIBLIOGRAFIA

1. Bellucci R. J.: *Basic consideration for success in tympanoplasty.* Arch Oto-laryng., 90, 732, 1969.
2. Portmann M.: *The problem of the cavity in tympanoplastic surgery.* Laryngoscope, 81, 8, 1255, 1971.
3. Sheehy J. L.: *Tympanoplasty with mastoidectomy. A reevaluation.* Laryngoscope, 80, 8, 1212, 1970.
4. Schukuecht H., Olenksiuk S.: *Comments on tympanoplasty.* Laryngoscope, 70, 1157, 1960.
5. Wullstein H.: *Tympanoplasty to-day. Large and small cavities closed Eustachian tube, combined skin-grafts.* Arch. Oto-laryng., 76, 295, 1962.
6. Wullstein H.: *Past and future of tympanoplasty.* Arch. Otolaryng., 78, 371, 1963.
7. Portmann M.: *Les voies d'accès dans la chirurgie tympanoplastique.* Rev. Laryngal., 91, 60, 1970.

Dr. DAVIDE TUFARELLI
Via Manfredi 15
00197 Roma

