

# Otite cronica colesteatomatosa.

## Aspetti clinici e terapeutici

P. Bordure, S. Bailleul, O. Malard, R. Wagner

L'otite cronica colesteatomatosa è spesso qualificata come un'otite cronica pericolosa per distinguerla dagli altri tipi di otite cronica. Questa pericolosità è legata alle proprietà osteolitiche e al carattere evolutivo del colesteatoma, potenziale fonte di gravi complicanze. La diagnosi è principalmente clinica e si basa sul riscontro all'esame otoscopico di squame epidermiche a livello dell'orecchio medio. Il trattamento è chirurgico. Consiste nel resecare il colesteatoma e nell'assicurare, in genere, una ricostruzione dell'orecchio. Esistono due tipi di intervento in funzione della conservazione (o della ricostruzione) o meno del condotto osseo: le tecniche conservative (o ricostruttive) del condotto osseo prevedono una mastoidectomia o una masto-anthro-atticotomia con, in genere, una timpanotomia posteriore. Sono le tecniche definite «chiuse» che corrispondono alla canal wall up procedure della letteratura anglosassone; le tecniche con sacrificio del condotto osseo sono le cavità di svuotamento dette, ancora, «timpanoplastiche in tecnica aperta» o canal wall down procedure. La tomografia assiale computerizzata è divenuta quasi indispensabile per la valutazione dell'estensione preoperatoria. È essenziale nel monitoraggio e permette spesso di eliminare un tempo di revisione chirurgica. La risonanza magnetica (RM) permetterà probabilmente nei prossimi anni di aumentare il grado di affidabilità della diagnostica per immagini. L'otoendoscopia rigida ha ridotto in modo significativo il tasso di colesteatomi residui e rende possibile, in casi selezionati, accessi chirurgici mini-invasivi. Mentre fino ad oggi le cavità di svuotamento erano l'unica opzione di fronte alle recidive, le tecniche di riempimento rappresentano una nuova alternativa.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Otite cronica; Colesteatoma; Timpanotomia posteriore; Svuotamento; Riempimento

### Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Definizione</b>	2
■ <b>Patogenesi</b>	2
Teoria della metaplasia	2
Teoria dell'inclusione epidermica	2
Teoria della migrazione laterale	2
Teoria della proliferazione papillare	2
Teoria della retrazione e dell'invaginazione	2
■ <b>Anatomia patologica</b>	2
■ <b>Diagnosi</b>	3
Segni funzionali	3
Esame clinico	3
Forme cliniche	3
Esplorazioni funzionali	6
Imaging preoperatorio	6
■ <b>Complicanze delle otiti croniche colesteatomatose</b>	6
Distruzione degli ossicini	6
Fistola labirintica	6
Paralisi facciale periferica	6
Labirintiti acute	7
Complicanze meningoencefaliche	7
■ <b>Diagnosi differenziale</b>	8

■ <b>Terapia</b>	8
Tecniche chirurgiche	8
Indicazioni	11
Risultati della terapia	12
■ <b>Monitoraggio</b>	13
■ <b>Conclusioni</b>	14

### ■ Introduzione

L'otite cronica colesteatomatosa è spesso qualificata come un'otite cronica pericolosa per distinguerla dalle altre forme di otite cronica. Questa pericolosità è legata alle proprietà osteolitiche e al carattere evolutivo del colesteatoma, che è una potenziale fonte di complicanze gravi (labirintica, paralisi facciale, meningiti e ascesso cerebrale).

La diagnosi è principalmente clinica e si basa sul riscontro otoscopico di squame epidermiche a livello dell'orecchio medio.

A volte la diagnosi è meno evidente ed è necessario il ricorso alla diagnostica per immagini. Il trattamento è chirurgico. Consiste nel resecare il colesteatoma e nel garantire, in genere, una ricostruzione dell'orecchio. Le particolarità evolutive dell'otite colesteatomatosa sono, da una parte le difficoltà di eradicazione completa del colesteatoma, all'origine di colesteatomi residui e, soprattutto, il rischio di recidiva con la formazione di un nuovo colesteatoma, talvolta parecchi anni dopo

l'atto chirurgico iniziale. Ciò porta assai spesso a compromessi tra il voler ridurre al minimo il rischio di recidiva e la conservazione o la riabilitazione funzionale. La recente evoluzione delle tecniche chirurgiche, e particolarmente l'apporto dell'otoendoscopia, e di nuove tecniche di imaging ha permesso di migliorare la gestione terapeutica di questa patologia. Tuttavia, la patogenesi del colesteatoma dell'orecchio medio resta ancora in gran parte misconosciuta: ciò spiega l'assenza di una terapia medica curativa o preventiva efficace.

## ■ Definizione

L'otite cronica colesteatomatosa può essere definita dalla presenza di una matrice epidermica nel contesto dell'orecchio medio, sede di un accumulo di squame per un disturbo della migrazione epidermica [1]. Il termine di «otite» è spesso giustificato dalla presenza di un'inflammatione della mucosa o della matrice epidermica. Il termine di questa entità è esplicito, nella misura in cui esso attira l'attenzione sulla doppia polarità di questa patologia, che associa processo infiammatorio da una parte e malattia dell'epidermide con disturbi della migrazione dall'altra.

Solo il termine di «colesteatoma» può portare a confusione, in particolare con il granuloma colesterinico, che è un'entità molto diversa, perché non è l'aspetto grasso che a volte si osserva nel seno del colesteatoma o alla sua periferia che lo caratterizza, ma la presenza di epidermide [2].

## ■ Patogenesi

L'otite cronica colesteatomatosa è una patologia acquisita, il che la differenzia dal colesteatoma congenito o primario.

Il colesteatoma congenito dell'orecchio medio è molto più raro dell'otite colesteatomatosa [3, 4]. Corrisponde a un'assenza di riassorbimento delle cellule embrionali epidermiche, come sembra aver dimostrato Michaels nel 1986 [5]. Il colesteatoma congenito si sviluppa, in ogni caso all'inizio, dietro una membrana timpanica normale e, in genere, in assenza di una patologia infiammatoria mucosa. Fin dai primi anni di vita, questo colesteatoma ha una grandezza delimitata e occupa di solito il quadrante anterosuperiore della cassa timpanica [3]. In assenza di una diagnosi precoce può manifestarsi molto più tardi nell'adulto con una complicità.

Per l'otite colesteatomatosa acquisita la patogenesi è diversa. Sono state riportate parecchie teorie:

- la metaplasia della mucosa dell'orecchio medio da parte di un processo infiammatorio;
- la teoria dell'inclusione epidermica;
- la teoria della migrazione laterale;
- la proliferazione papillare;
- infine, la teoria della sacca di retrazione.

## Teoria della metaplasia

Le prime osservazioni anatomopatologiche hanno suggerito che il rivestimento dell'orecchio medio sotto l'effetto della flogosi e dell'infezione poteva trasformarsi in epitelio pavimentoso e cheratinizzante, come a livello del tratto respiratorio bronchiale [6]. Questa teoria non ha trovato conferma nei dati sperimentali o clinici. Inoltre, i dati ottenuti da studi di microscopia ottica ed elettronica oppongono formalmente il colesteatoma alla semplice metaplasia malpighiana della mucosa respiratoria. In effetti, uno degli elementi essenziali che caratterizza il colesteatoma è il carattere improvviso di transizione tra l'epidermide del colesteatoma e la mucosa circostante dell'orecchio medio, mentre questo passaggio nella metaplasia è progressivo. D'altra parte, gli studi morfologici microscopici e istochimici confermano la somiglianza tra l'epidermide del colesteatoma e l'epidermide del fondo del condotto uditivo esterno [7-9].

## Teoria dell'inclusione epidermica

L'inclusione epidermica corrisponde all'incarceramento dei frammenti di epidermide nell'orecchio medio a seguito di una

frattura della rocca o di un intervento chirurgico. I colesteatomi post-traumatici rappresentano un'entità clinica particolare, la cui principale caratteristica è una rivelazione clinica tardiva, diversi anni dopo il trauma scatenante. Essi pongono problemi medicolegali, vista la latenza dei sintomi rivelatori [10].

## Teoria della migrazione laterale

Questa teoria si basa sull'osservazione di una migrazione epidermica anomala a partire dai margini di una perforazione timpanica marginale verso le cavità dell'orecchio medio. Questa migrazione può svilupparsi a livello del quadro timpanico, ma anche a contatto con il manico del martello. Essa realizza, in quest'ultimo caso, un aspetto caratteristico di epidermosi malleolare [11]. In casi più rari, questa migrazione epidermica si può sviluppare sui margini di una perforazione non marginale ed evolvere sulla faccia profonda della membrana timpanica residua.

## Teoria della proliferazione papillare

La proliferazione papillare corrisponde a una proliferazione epiteliale profonda che infila il connettivo sottostante e che supera tutto lo spessore della membrana timpanica. Papille epidermiche vanno a formare inclusioni epidermiche nell'orecchio medio, realizzando un vero colesteatoma. Questa teoria si basa su osservazioni di colesteatomi indotti da alcune applicazioni di sostanze irritanti a livello della membrana di Shrapnell in alcuni modelli animali [12].

## Teoria della retrazione e dell'invaginazione

È l'evoluzione di una sacca di retrazione che determina la grande maggioranza dei casi di otite cronica colesteatomatosa [13]. Questa filiazione tra sacca di retrazione e otite colesteatomatosa viene spesso osservata in clinica [14]. Non è raro vedere in un paziente una piccola tasca di retrazione timpanica che evolve progressivamente nel corso degli anni verso un autentico colesteatoma e ciò, a volte, nonostante il posizionamento di aeratori transtimpanici.

L'origine della sacca di retrazione è molto probabilmente multifattoriale. Alla depressione a livello della cassa del timpano causata da una disfunzione tubarica o da un'inflammatione dell'orecchio medio si associa un'alterazione della migrazione epidermica della cute del fondo del condotto uditivo esterno [15]. In effetti, la correzione della depressione timpanica tramite il posizionamento di un aeratore non è sempre sufficiente a fermare l'evoluzione di una sacca di retrazione, prova che la depressione timpanica è una condizione non sufficiente per lo sviluppo di una sacca di retrazione. Il passaggio dalla tasca all'otite colesteatomatosa presenta ancora molte incognite. Rientrano in gioco probabilmente il peggioramento dei disturbi della migrazione epidermica che favorisce l'accumulo di squame e la sovrainfezione e, inoltre, la comparsa di brecce epidermiche che espongono il tessuto connettivo, fonte di gemmazione e di inflammatione favorevole alla proliferazione del colesteatoma [16].

## ■ Anatomia patologica

Macroscopicamente è possibile distinguere tre forme di colesteatoma.

Il colesteatoma a sacco è la forma più comune e frequente nell'adulto. È spesso atticale oppure antroatticale. Forma un sacco tondeggiante di consistenza a «castagna cotta», limitato da una membrana bianca e lucida. Il suo diametro è variabile da qualche millimetro a qualche centimetro.

Questo sacco pieno di detriti epidermici è aperto sul condotto uditivo esterno. L'incisione del colesteatoma a sacco mostra cavità piene di ammassi di cheratina più o meno mescolati a secrezioni purulente. Questo sacco è scollabile dalle pareti ossee sottostanti.

La forma racemosa è una forma meno ben delimitata. Si osservano molte espansioni digitiformi nelle cellule aeree

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109507>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109507>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)