

Ricostruzione delle anomalie congenite del padiglione auricolare

F. Firmin, A. Marchac

L'orecchio, la cui architettura è tridimensionale e complessa, può avere delle forme molto varie. Correggere un'anomalia congenita dell'orecchio esterno significa riprodurre dei rilievi assenti o deformati tenendo conto dell'anatomia normale di un orecchio. In genere, solo l'utilizzo di un sostegno cartilagineo può permettere di riprodurre questi rilievi. A lungo considerata difficile e deludente, la ricostruzione delle orecchie malformate con tessuti autologhi permette, attualmente, di ottenere dei risultati esteticamente soddisfacenti e duraturi, quando è realizzata secondo delle regole e dei principi ben stabiliti. Noi affronteremo in questa sede la ricostruzione auricolare nel quadro delle microtie, ma anche in quello delle piccole anomalie, come in caso di criptotia, di orecchio a cornetta, di orecchio di Stahl e di agenesia del lobulo.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ricostruzione dell'orecchio; Anomalia dell'orecchio; Microtia; Padiglione; Orecchio; Criptotia; Orecchio di Stahl; Orecchio a cornetta; Nagata; Brent

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
Anatomia chirurgica del padiglione auricolare	1
Aspetti clinici delle anomalie del padiglione auricolare	1
■ Tecnica di ricostruzione auricolare in caso di microtia	2
Tecnica di Brent	2
Tecnica di Nagata	2
Tecnica di Firmin	3
Microtie bilaterali	5
Ricostruzioni secondarie	6
Complicanze	6
■ Altre malformazioni congenite: piccole anomalie	7
Orecchio a cornetta	7
Anomalie di elice e scapha	7
Anomalie del lobo	7
Orecchio di Stahl	7
Criptotia	7
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

Anatomia chirurgica del padiglione auricolare

Il padiglione auricolare è costituito da una fibrocartilagine elastica, da un sottile strato di tessuti sottocutanei e dalla cute. I rilievi del padiglione sono molto costanti nella specie umana e le grandi scimmie africane condividono questi rilievi con noi. Essi consentono, infatti, di modulare l'onda sonora in modo che l'orecchio

interno riesca ad analizzare la provenienza del suono. Arrivando da dietro, l'onda è modulata dal complesso elice-antelice, che crea un ritardo di fase rispetto al suono proveniente dal davanti (Fig. 1).

La faccia esterna del padiglione presenta una depressione, la conca, costituita da un muro posteriore e da un pavimento e sul fondo della quale si apre il meato acustico esterno. Essa è sovrastata davanti dal trago e dietro e in basso dall'antitrigo, entrambi separati dall'incisura intertragale. Questi diversi elementi sono circondati in alto e posteriormente dall'antelice, che nasce dell'antitrigo e che si biforca in alto in due rami per formare la fossa triangolare. Al di fuori dell'antelice, si disegna una valle, lo scapha, circondata dall'elice (Fig. 2).

La faccia posteriore è più liscia e, soprattutto, marcata dal muro posteriore della conca. La cute retroauricolare è glabra e sottile e ricopre la fascia mastoidea, che contiene l'arteria auricolare posteriore. Questa emette tre rami destinati alla faccia posteriore del padiglione, ma anche alla faccia anteriore, perforando la fibrocartilagine in quattro punti. I suoi rami si anastomizzano con la rete dell'arteria temporale superficiale^[1,2]. La conoscenza di questa vascolarizzazione è molto importante per ridurre il rischio di necrosi cutanea (Fig. 3).

Aspetti clinici delle anomalie del padiglione auricolare

La correzione della malformazione dell'orecchio esterno può passare in secondo piano, se l'atresia del condotto uditivo è bilaterale, facendo passare in primo piano il problema della funzione uditiva, o quando esistono delle apnee del sonno in cui deve essere valutato il rischio vitale con, in alcuni casi, una chirurgia precoce.

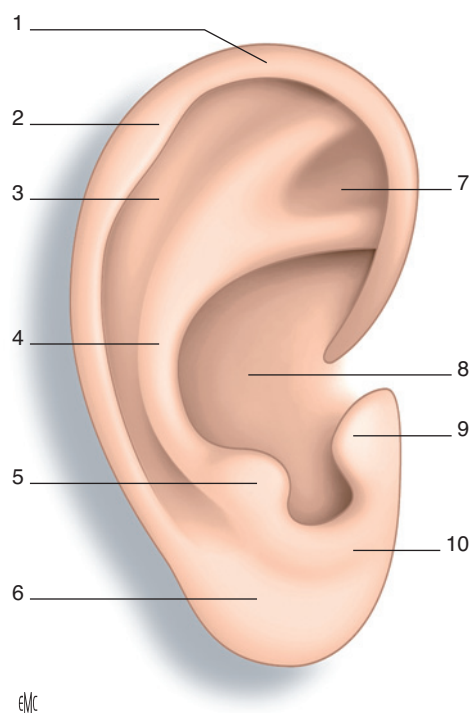


Figura 1. Anatomia normale dell'orecchio. La faccia esterna dell'atrio presenta una depressione, la conca, costituita da un muro posteriore e da un pavimento e sul fondo della quale si apre il meato acustico esterno. Essa è sovrastata in avanti dal trago e dietro e in basso dall'antitrago, entrambi separati dall'incisura intertragale. Questi diversi elementi sono circondati in alto e dietro dall'antelice, che nasce dall'antitrago e si biforca in alto in due rami per formare la fossa triangolare. Al di fuori dell'antelice, si disegna una valle, lo scapha, circondata dall'elice. 1. Elice; 2. tubercolo di Darwin; 3. scapha; 4. antelice; 5. antitrago; 6. lobulo; 7. fossa triangolare; 8. conca; 9. trago; 10. incisura intertragale.

Quando la microtia è uno degli elementi delle malformazioni facciali complesse, queste sono spesso corrette prima dell'età della correzione della microtia.

Quali che siano le circostanze, la forma di un orecchio microtico è molto variabile e senza alcuna correlazione con le circostanze in cui essa è osservata. Noi utilizziamo la classificazione clinica proposta da Nagata [3-5]:

- lobulare: reliquato costituito soprattutto da un lobo più o meno sviluppato, in posizione verticale con più o meno rilievi sovrastanti e un'assenza di condotto uditivo esterno;
- piccola conca: abbozzo di conca con residui più importanti ma che non riproducono i rilievi dell'orecchio;
- concale: con condotto uditivo esterno e, di solito, il trago e dei residui che riproducono alcuni rilievi dell'orecchio.

■ Tecnica di ricostruzione auricolare in caso di microtia

La ricostruzione auricolare è divenuta possibile grazie a Tanzer, che ha posto le fondamenta di questa chirurgia, quindi a Brent, che ha ridotto e sistematizzato i vari tempi operatori [6-11]. Nagata ha offerto un importante contributo riducendo il numero di tempi operatori da quattro a due [3].

Tecnica di Brent

La tecnica classica di Brent comporta quattro tempi operatori:

- inserzione di uno scheletro di cartilagine costale sotto la cute retroauricolare;
- trasposizione del lobulo;
- costruzione del trago utilizzando un innesto composto da cute e da fibrocartilagine prelevata sul muro posteriore della conca opposta;
- scollamento dell'orecchio sfruttando dei tessuti di copertura per permettere un innesto di cute totale prelevata sulla faccia interna del braccio o nella plica inguinale.

Tecnica di Nagata

La tecnica di Nagata comporta solo due tempi in quanto, fin dal primo tempo, il lobulo è trasposto sullo scheletro di cartilagine

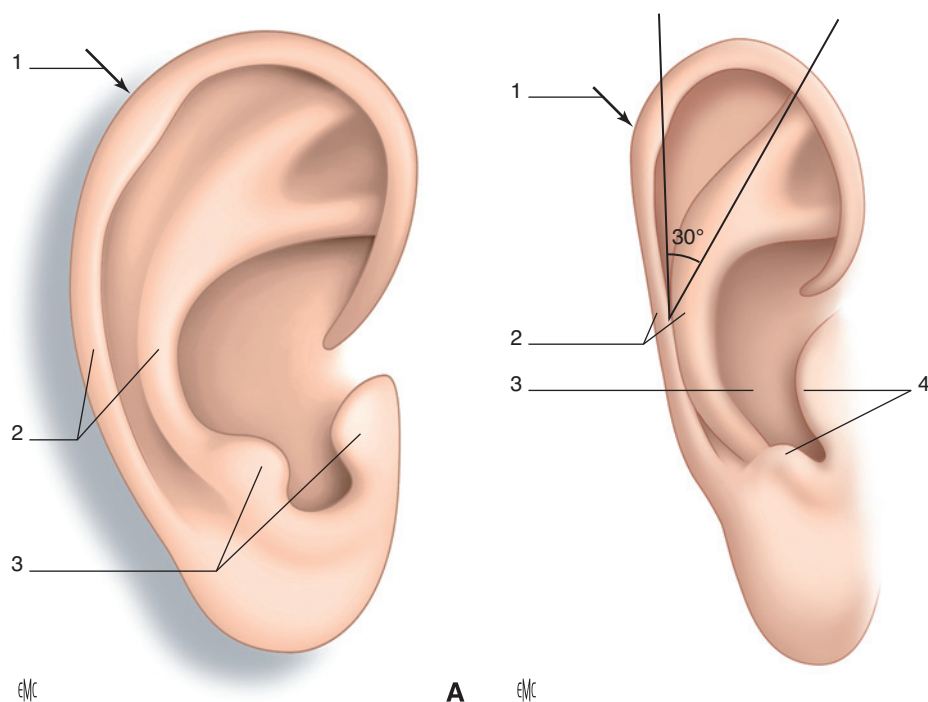


Figura 2. Punti chiave del rilievo dell'orecchio.

A. Il punto dell'elice più proiettato è situato a livello della freccia, a livello del tubercolo di Darwin (1). La cima dell'antelice è situata allo stesso livello dell'elice (2) e il trago è alla stessa altezza dell'antitrago (3).

B. Vista di profilo, la sommità dell'antelice è situata allo stesso livello dell'elice (1) e il trago è alla stessa altezza dell'antitrago (4). La pendenza discendente della porzione superiore dell'antelice forma un angolo di 30° con l'elice (2). 3. muro della conca.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109588>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109588>

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