

Chirurgia dei tumori sinusali

A. Moya-Plana, F. Kolb, F. Janot

La chirurgia dei tumori nasosinusal si è evoluta molto negli ultimi 20 anni. In effetti, la chirurgia sinusale endoscopica ha conosciuto progressi importanti, sia in termini di strumentazione chirurgica che di diagnostica per immagini e di anestesia, con conseguente estensione delle sue indicazioni. Così, inizialmente chirurgia funzionale, questa tecnica “mini-invasiva” consente, oggi, il trattamento di patologie tumorali benigne (papilloma invertito in particolare) e quello di tumori maligni nasosinusal (estesioneuroblastoma, adenocarcinoma dell’etmoide, ecc.). L’analisi della letteratura evidenzia una significativa riduzione della morbilità operatoria e un miglioramento della qualità della vita di questi pazienti rispetto alle vie transfacciali. Per quanto riguarda il trattamento dei tumori nasosinusal, diversi studi depongono a favore di una sicurezza oncologica della chirurgia endoscopica per pazienti accuratamente selezionati. L’accesso endoscopico endonasale dei tumori sinusali, tuttavia, è concepibile solo nel rigoroso rispetto delle sue controindicazioni. Le vie transfacciali restano, quindi, un’alternativa terapeutica di elezione quando l’estensione del tumore non consente una resezione endoscopica soddisfacente sul piano oncologico. Lo sviluppo della chirurgia ricostruttiva con lembi liberi microanastomizzati è stato un importante passo avanti nella gestione dei tumori nasosinusal, consentendo exeresi ampie al prezzo di sequele estetiche e funzionali minori. Una precisa analisi preoperatoria della perdita di sostanza del massiccio facciale e delle sue implicazioni funzionali ed estetiche guida la strategia di ricostruzione.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Via transfacciale; Via sottolabiale; Chirurgia endoscopica; Resezione craniofacciale; Ricostruzione

Struttura dell’articolo

■ Introduzione	1
■ Vie sottolabiali	2
Tecnica di Caldwell-Luc: accesso al seno mascellare	2
Tecnica di Rouge-Denker (accesso trans-antro-nasale): accesso alla fossa nasale, al seno mascellare, alla fossa infratemporale e al rinofaringe	2
Tecnica di “degloving”: accesso ampio alle cavità nasosinusal, alle coane, al rinofaringe o al clivus	2
■ Vie transfacciali	2
Via para-latero-nasale	2
Maxillectomia totale	3
Via d’accesso all’orbita: esenterazione orbitaria	4
■ Accesso ai tumori con estensione alla base del cranio: la via sottofrontale di Ravah	5
■ Vie d’accesso endoscopiche	6
Maxillectomia mediana	6
Via transmascellare	7
Via transpterigoidea	8
Via transcribriforme	9
Controindicazioni alla chirurgia endoscopica	9

■ Ricostruzione	9
Introduzione	9
Analisi della perdita di sostanza e classificazione delle perdite di sostanza del piano medio del volto	10
Tecniche di ricostruzione standard	12
Algoritmo decisionale per la ricostruzione del piano medio del volto	13
■ Conclusioni	19

■ Introduzione

La chirurgia dei tumori nasosinusal si è evoluta molto negli ultimi 20 anni. Gli importanti progressi della chirurgia endoscopica, sia in termini di strumentazione chirurgica che di diagnostica per immagini e anestesia, hanno permesso di estendere le sue indicazioni. Così, inizialmente chirurgia funzionale, questa tecnica consente, oggi, il trattamento di patologie tumorali benigne (papilloma invertito in particolare) e quello di tumori maligni nasosinusal (estesioneuroblastoma, adenocarcinoma dell’etmoide, ecc.). L’analisi della letteratura evidenzia

una significativa diminuzione della morbilità operatoria [1-5] e un miglioramento della qualità di vita di questi pazienti [6] rispetto alle vie transfacciali. Per quanto riguarda il trattamento dei cancri nasosinusal, diversi studi depongono a favore della sicurezza oncologica della chirurgia endoscopica per pazienti accuratamente selezionati [3, 4, 7]. Tuttavia, l'approccio endoscopico endonasale può essere concepito solo nel rigoroso rispetto delle sue controindicazioni [8]. Le vie transfacciali restano, quindi, un'alternativa terapeutica di elezione quando l'estensione del tumore non consente una resezione endoscopica in buone condizioni. Lo sviluppo dei lembi liberi microanastomizzati ha contribuito in modo determinante alla gestione dei tumori nasosinusal, consentendo exeresi clinicamente soddisfacenti al prezzo di sequele estetiche e funzionali minori. L'analisi preoperatoria precisa della perdita di sostanza del massiccio facciale e delle sue implicazioni funzionali ed estetiche guiderà la strategia di ricostruzione.

Questo articolo descrive in primo luogo le diverse vie chirurgiche possibili di un tumore nasosinusale (sottolabiale, transfacciale, sottofrontale, endoscopica). Affronta, quindi, la strategia di ricostruzione e le sue modalità.

■ Vie sottolabiali

Tecnica di Caldwell-Luc: accesso al seno mascellare

Dopo infiltrazione del vestibolo superiore con una soluzione adrenalinata, si esegue un'incisione vestibolare (in un tempo, fino a contatto osseo), partendo a filo della fossa canina, parallela e a distanza dal colletto dei denti e continuando lateralmente fino alla consolle maxillomolare. Uno scollamento sottoperiosteo libera la parete anteriore del seno mascellare lateralmente fino alla cresta maxillomolare, superiormente fino al bordo orbitario (reperendo l'orifizio del nervo V₂) e medialmente fino alla parete laterale dell'orifizio piriforme. L'accesso al seno mascellare avviene mediante trapanazione (fresa od osteotomo) eseguita a livello della fossa canina o realizzando un lembo osseo (riposizionato o meno alla fine della procedura) in caso di necessità di un accesso ampio alla cavità sinusale. La chiusura (i cui principi sono comuni a tutte le vie transfacciali) è eseguita per piani con filo riassorbibile e si realizza uno zaffaggio endonasale. Per ridurre al massimo il rischio di enfisema sottocutaneo, gli sforzi di soffiaggio del naso sono vietati per sei settimane.

Tecnica di Rouge-Denker (accesso trans-antro-nasale): accesso alla fossa nasale, al seno mascellare, alla fossa infratemporale e al rinofaringe

Dopo infiltrazione del vestibolo labiale superiore, un'incisione vestibolare tipo Caldwell-Luc è condotta dal pilastro canino controlaterale fino al settore molare omolaterale (classicamente ad ala di gabbiano sul frenulo labiale). Mediante uno scollamento sottoperiosteo si liberano medialmente gli orifizi piriformi e la spina nasale anteriore, lateralmente la faccia laterale del mascellare fino alla cresta maxillomolare e, superiormente, il bordo orbitario (identificazione e conservazione del nervo V₂) (Fig. 1). L'accesso alle cavità nasosinusal sarà reso possibile dalla successiva rimozione ("chirurgia a osso perduto" con scalpello o a motore) della parete anteriore del seno mascellare e della parete laterale dell'orifizio piriforme, quindi dalla resezione della parete inter-sinuso-nasale. Il setto cartilagineo può essere lussato controlateralmente al di fuori della sua rotaia vomeriana per allargare la via d'accesso (è riposizionato alla fine della procedura). La rimozione della parete posteriore del seno mascellare e del rostro vomeriano può consentire l'accesso alle strutture omolaterali più posteriori, ovvero rinofaringe, sfenoide, etmoide posteriore, fossa pterigomascellare e fossa infratemporale.

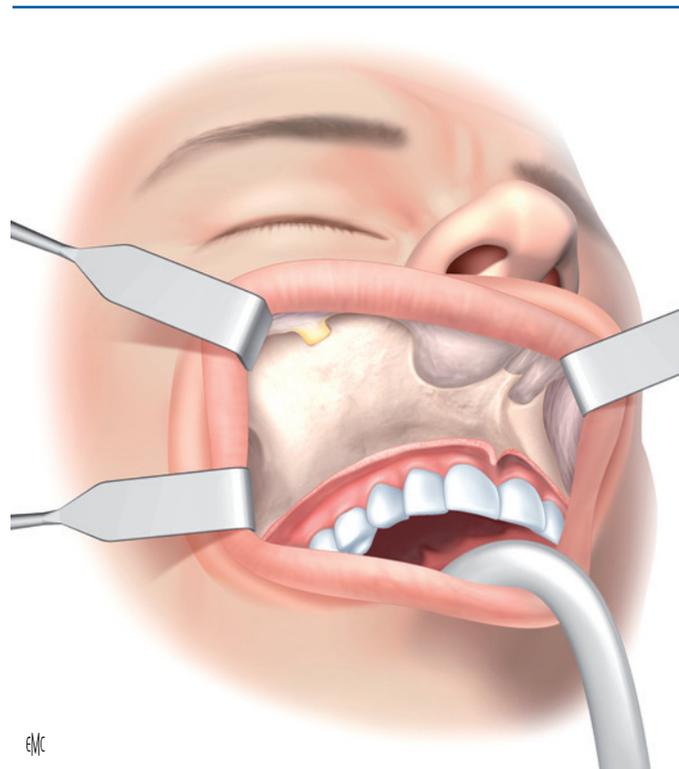


Figura 1. Via d'accesso di Rouge-Denker.

Tecnica di "degloving": accesso ampio alle cavità nasosinusal, alle coane, al rinofaringe o al clivus

Dopo infiltrazione, l'incisione vestibolare superiore è bilaterale, ad ala di gabbiano a livello del frenulo labiale. Lo scollamento sottoperiosteo libera la parete anteriore dei seni mascellari fino all'orlo orbitario e all'emergenza del nervo suborbitario, fino alla cresta maxillomolare e all'interno, liberando gli orifizi piriformi e la spina nasale anteriore. Si realizza, allora, un'incisione inter-setto-columellare bilaterale, proseguendo verso l'alto in sede intercartilaginea nella plica del naso e in basso a livello della mucosa del pavimento nasale. Ciò consente lo scollamento mediano del rivestimento cutaneomuscolare della piramide nasale, se necessario fino alla sutura frontonasale. Si ottiene, allora, un'esposizione completa e ampia del piano medio del volto. L'accesso alle cavità nasosinusal è ottenuto secondo le stesse modalità di una via di Rouge-Denker. Peraltro, in caso di estensione tumorale all'infrastruttura, può essere realizzata una maxillectomia totale secondo le stesse modalità di una via paratero-nasale (PLN) (cfr. infra) (Fig. 2).

Queste vie d'accesso sono sempre meno utilizzate, a vantaggio delle vie d'accesso endoscopiche, a causa del peso della procedura, dello sviluppo di una strumentazione endoscopica efficiente e delle complicanze postoperatorie (dolori/nevralgie del V₂, enfisema sottocutaneo, nasostoma, deformità facciali, ecc.).

■ Vie transfacciali

Via para-latero-nasale

Si tratta dell'accesso al piano medio del volto, classicamente per lesioni invasive del seno mascellare che richiedono una maxillectomia totale. In caso di estensione alla fossa infratemporale, può essere associata una mandibulotomia di esposizione.

La via PLN di Weber-Ferguson (Fig. 3) corrisponde a un'incisione che inizia (dopo infiltrazione con una soluzione adrenalinata) all'altezza del canto interno, realizzata alla giunzione tra faccia laterale del naso e del dorso e continuando nel solco alogenienico e, poi, nasogenienico per contornare l'ala del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805888>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805888>

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