

Alvise
B

Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale

69° Congresso Nazionale

Roma, 19 - 23 Maggio 1982

*"Auditorium" degli Istituti Biologici
dell'Università Cattolica del S. Cuore*



RIASSUNTI

Verducci Editore

La chirurgia della rinobase **Considerazioni e presentazione di un caso**

G. B. GALIOTO, G. PRECERUTTI, G. BROICH, D. FRESA
(Pavia)

Gli Autori descrivono la via di accesso da loro impiegata per l'approccio radicale chirurgico ad un proceso espansivo interessante la sovrastruttura. Dopo una breve revisione delle tecniche riferite in letteratura si soffermano sull'approccio combinato frontonasale, come descritto inizialmente da Smith, Kloppe, Williams. Tale concetto, l'unico oncologicamente corretto, permette di rivedere l'impostazione curativa di tutta la patologia neoplastica delle fosse nasali, soprattutto se invadente la fossa cranica anteriore (rinobase). Questa via d'approccio prevede una resezione in blocco unico dei tumori della sovrastruttura potendo comprendere i seni frontale, mascellare, etmoidale e parte di quello sfenodale in continuità con la lamina cribrosa e la sovrastante area della fossa cranica anteriore, porzioni dell'orbita e il contenuto delle fosse nasali stesse. La tecnica dell'intervento prevede inizialmente la creazione di un lembo osteoplastico a carico dell'osso frontale. Una dissezione extradurale espone poi tutta la parte intracranica del tumore. In seguito si procede ad incisione cutanea lungo i solchi nasogenieni esponendo le ossa nasali e le zone ossee di giunzione fronto-mascellare e zigomatico-mascellare quando richiesto da ogni singolo caso. L'estensione della demolizione ossea è dipendente dalla estensione del tumore. Il contenuto orbitario verrà sacrificato se invaso dalla massa neoplastica. Si asporta così in blocco il tumore procedendo poi a ricostruzione plastica del pavimento della fossa cranica e, se necessario, della cavità creata dalla maxillectomia e nella quale verrà in seguito introdotta una protesi modellata. L'approccio combinato completa a nostro avviso le vie chirurgiche del massiccio facciale dando una possibilità di aggressione anche per i tumori della sovrastruttura ad invasione endocranica, rispettando i criteri oncologici di resezione in blocco con taglio su margine di tessuto sano, senza manipolazione del tessuto neoplastico. Tale tecnica è stata appunto da noi adottata in un caso di Condrosarcoma di 2° grado della sovrastruttura interessante le due cavità orbitarie, le masse etmoidali, la lamina cribrosa nel contesto della rinobase e con invasione endocranica.

Emangioma capillare dell'orbita: trattamento chirurgico mediante orbitotomia laterale

C. ZATTI, P. BRUSINI
(Udine)

Gli AA., dopo aver passato in rassegna la sintomatologia clinica e gli aspetti istologici dell'emangioma, presentano un caso di emangioma capillare a localizzazione orbitaria.

Un intervento di orbitotomia laterale ha consentito una asportazione completa della neoformazione, che si presentava ben circoscritta.

Vengono discusse le modalità terapeutiche generalmente utilizzate in tale tipo di tumore alla luce della più recente letteratura.

to da una autooscillazione del sistema. Allo scopo di pervenire ad una giustificazione di questa ipotesi viene proposta una schematizzazione del sistema acustico in termini di schemi a blocchi e viene messa in evidenza l'esistenza di vie acustiche che costituiscono un anello di retroazione positiva. Per il soggetto normale questo anello è tale da escludere ogni possibile autooscillazione. Per alterazione di guadagni all'interno dell'anello in un soggetto portatore di acufene nasce una oscillazione la cui frequenza è determinata dai parametri dello stesso sistema. Risulta in tal modo giustificata con una opportuna variazione di guadagno sulle vie efferenti l'estinzione dell'acufene, che alcune volte nella stessa pratica clinica si osserva avvenire anche spontaneamente in alcuni soggetti. È inoltre messa in luce la possibile inadeguatezza di vari mezzi terapeutici impiegati per la scomparsa degli acufeni, come ad esempio quelli basati sulla presentazione di stimoli acustici esterni.

Gli acufeni veri: nuovi approcci terapeutici

G. PRECERUTTI, D. FRESA, G. BROICH,
M. FRANCESCONI, G. SOMENZINI
(Pavia)

Una ricerca condotta presso la clinica O.R.L. di Pavia nel 1979, nell'ambito del "Gruppo di studio sugli acufeni" atta a verificare la proposta della terapia di mascheramento, ci permise di rilevare come su 24 soggetti presentatisi "per acufene" (pari al 6,2% dei pazienti "con acufene" osservati nello stesso periodo) solo 14 presentavano acufene mascherabile, e solo 9 di essi presentavano inibizione residua.

Dei 14 pazienti che presentavano acufene mascherabile, 9 ebbero giovamento con una protesizzazione (6 di questi presentavano inibizione residua, 3 no), un paziente accettò il mascheratore, traendone giovamento soggettivo, i restanti quattro pazienti con acufene mascherabili, più altri 9 che non dichiaravano mascherabilità, rifiutarono con varie motivazioni il mascheratore; in un caso infine, con cofosi post-traumatica non fu possibile un tale approccio terapeutico. Il 59% dei soggetti, dunque, non trasse beneficio da tale approccio terapeutico. Il 59% dei soggetti, dunque, non trasse beneficio da tale approccio terapeutico e solo il 4% trasse beneficio dal mascheratore (7,5% sui 214 pazienti del Gruppo). Essendo inoltre emerso dalla ricerca che alcuni soggetti presentavano tratti psicopatologici netti, in particolare isteria e ipocondria, abbiamo sottoposto a valutazione psicologica e psicofisiologica coloro che non si erano avvantaggiati di terapie classiche, avviandoli quindi ad un trattamento con sedute di Biofeedback training. Tale approccio ha permesso da un lato di ampliare i rilievi psicopatologici già suggeriti da precedenti osservazioni dello stesso "gruppo di ricerca", e da altri autori (in particolare grazie a rilevazioni psicofisiologiche condotte con attrezzature per Biofeedback) dall'altro ha riconfermato il favorevole effetto di una terapia non esclusivamente sintomatica, dimostrando la possibilità di incidere in particolare sul vissuto soggettivo del disturbo, che appare, almeno in una parte dei casi, assumere un elevato grado di responsabilità nel condizionare l'entità della sintomatologia accusata.