

ASPECTE IMPONDERABILE ÎN CHIRURGIA STAPEDO-OVALĂ

Imponderable issues in stapes surgery

Dr. Adelina Mertic¹, Prof. Dr. Traian Ataman²

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

²IFACF-ORL „Prof. Dr. Hociotă“, București

REZUMAT

Având în vedere poziționarea anatomică în craniobazis a urechii și concentrarea unor elemente importante (nervul facial, bulbul jugularei, labirintul, canalul carotic) pe un câmp operator foarte îngust, chirurgia stapedo-ovală este, o chirurgie extrem de riscantă. Prezența și acțiunea, în ecuația chirurgicală, a unor factori imponderabili, a căror apariție nu poate fi prevăzută preoperator, adaugă riscuri suplimentare, putând conduce spre un rezultat nefavorabil. Reintervenția se poate impune, în consecință, ca urmare a eșecului operator inițial, de care medicul nu este întotdeauna – și în totalitate – responsabil.

Cuvinte cheie: reintervenție, chirurgie stapedo-ovală, factori imponderabili

ABSTRACT

Stapes surgery is a high risk type of surgery, considering the anatomical relationships of the medium and inner ear to the skull base and the concentration of some important anatomic landmarks (facial nerve, jugular gulf, the labyrinth, carotid canal) in a very narrow surgical field. In this surgical equation, the presence and action of some imponderable factors, which cannot be entirely foreseen before surgery, adds additional risk and might lead to an unfavorable result. Revision surgery is, therefore, a consequence of initial surgical failure – this failure not always being entirely the surgeon's responsibility.

Key words: revision surgery, stapes surgery, imponderable factors

Chirurgia otologică, la fel ca orice altă ramură chirurgicală, este o îmbinare permanentă între știință și artă. Grație noilor metode de investigație a urechii (CT, microscopie operatorii performante) și a îmbunătățirilor tehnice majore recent aduse acestui tip de chirurgie (prin utilizarea laserului și a noilor materiale protetice), s-au ameliorat considerabil performanțele chirurgicale în acest domeniu; însă provocarea pe care o suportă otochirurgul este – și va fi mereu – considerabilă, din mai multe motive:

- fiecare pacient are risc crescut și o gravitate deosebită a afecțiunilor sale. Concentrarea multor formațiuni anatomice importante (nervul facial, canalul carotic, domul jugularei, labi-

rintul) pe un câmp operator foarte îngust fac din cofochirurgie o supraspecializare în care riscurile și pericolele sunt foarte mari. (3).

Orice chirurg se va strădui ca, prin stabilirea unei indicații corecte, prin respectarea contra-indicațiilor și a condițiilor necesare reușitei intervențiilor și, bineînțeles, prin practicarea cu acuratețe a timpilor operatori (adaptându-se permanent la solicitările – potențial schimbătoare – ale câmpului chirurgical) să obțină un rezultat cât mai bun și durabil în timp.

Din păcate, însă, în practică, nu întotdeauna rezultatul este pe măsura așteptărilor și, mai ales, a eforturilor depuse de medicul operator.

Adresa de corespondență:

Dr. Adelina Mertic, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, Bd. Iancu de Hunedoara, Nr. 30-32, București
e-mail: adelina.mertic@gmail.com

La fiecare timp operator există o serie de factori imponderabili, care pot modifica intervenția, dar și rezultatul. (4) Consecințele acțiunii acestor factori pot obliga medicul să reintervină în încercarea de a „salva” – în măsura posibilului – rezultatul operației. Reintervenția în chirurgia stapedo-ovală este o eventualitate despre care pacientul trebuie să fie informat și asupra căreia să își exprime acordul. O reintervenție de urgență, însă, practică pentru apariția unor complicații majore (paralizie de facial, sindrom vestibular, labirintizare) va avea, întotdeauna, un impact emoțional major, atât asupra medicului, cât și asupra pacientului, ducând de multe ori la alterarea relației amiabile existente între cele două părți. (7)

Reintervenția poate fi precoce sau tardivă.

Reintervenția precoce (la circa 2-4 săptămâni de la prima intervenție) survine în complicațiile cofochirurgicale (paralizia de facial, labirintizarea, sindromul vestibular).

Reintervenția tardivă (după luni sau ani) se impune în special pentru reinstalarea surdității de tip transmisie. (2)

Vom prezenta, în continuare, situațiile care impun reluarea actului chirurgical, încercând să detaliem factorii responsabili pentru acestea.

Paralizia facială: se poate instala în circumstanțe variate, începând cu simpla anestezie. (3) De obicei, pacientul este tentat să incrimineze direct operatorul pentru această complicație (extrem de gravă, din păcate, și cu impact major asupra calității vieții pacientului), însă cauzele care o generează pot fi complet independente de voința și acțiunea chirurgului: astfel, paralizia nervului facial se poate instala prin mecanism ischemic (hematom, edem), inflamator (nevrită), traumatizare prin mici eschile osoase și, doar într-un mic procent din cazuri, prin lezarea directă a nervului de către chirurg.

De menționat și că orice reintervenție pe o ureche operată aduce un risc suplimentar de lezare a nervului facial. (Zühlke constată relația între paralizia facială și prima intervenție – 1,6%, iar în reintervenției – 11%; Beker și Matzer – 0,5% și respectiv 4,6%, iar Cobet – 1% și respectiv 2,4%). (2) Acest fapt se explică prin înglobarea facialului în țesutul fibrotic cicatriceal; îndepărtarea acestui țesut în cursul reintervenției aduce cu sine un risc crescut de lezare a nervului.

De remarcat că reacția nervului facial are o notă particulară, pur individuală, existând nerv complet denudat în plagă, fără paralizie, și invers, existând nerv complet conservat în apeductul fallopian, la care se instalează paralizia. (3)

Sindromul vestibular – apărut ca și accident intraoperator, sau ca și complicație postoperatorie (precoce sau tardivă) – poate fi generat de situații ce nu întotdeauna se supun controlului medicului operator.

Astfel: în procedeele de stapedoliză, la crurotomia anterioară se poate fractura accidental și polul anterior al platinei, cu crearea unei fistule transplatinare, sau pot apărea fragmente platinare multiple, balante către labirint. (4) Alunecarea acestora în interiorul labirintului va declanșa, automat, un sindrom vestibular violent – este necesară anestezia generală pentru calmarea pacientului și pentru extragerea corpului străin din labirint, iar dacă acest lucru nu este posibil la momentul respectiv, se va reintervenii ulterior (tot sub anestezie generală). Accidentul menționat mai sus se poate întâlni și în procedeele de platinoliză (House), cu aceleași repercusiuni. Acest lucru (fracturarea dificil de controlat a platinei) se produce deoarece platina stapediană poate avea grosimi și rezistență diferite, acestea neputând fi estimate otomicroscopic, nefiind posibilă aprecierea corectă a grosimii platinei. (4,6)

Uneori există o fragilitate anormală a platinei, care la simpla palpăre se perforază. Modul de spargere a platinei este aleatoriu (în funcție de grosimea nativă a platinei, variația individuală, rezistența țesutului otosclerotic) și nu urmează întotdeauna dorința celui care o practică. (4) Această fragilitate platinară anormală poate fi responsabilă și de crearea unei fistule perilimfactice produse prin perforarea platinei cu vârful tubului de polietilenă sau cu sârma de tantal, în cazul procedurii House.

În situația platinectomiilor, practicarea unei perforații centrale sau marginale poate produce fracturarea necontrolată a platinei, cu eschile balante în labirint.

Un sindrom vestibular postoperator cu ameliorare în decurs de câteva zile este frecvent întâlnit în cazul stapeductomiilor/stapedotomiilor. Persistența sau agravarea acestuia denotă, însă, apariția unei complicații sau suprapunerea cu o altă patologie (vertij paroxistic pozițional benign, sindrom Menière), putând impune reintervenția pentru soluționare. O parte dintre cauzele care generează acest sindrom vestibular pot depinde de experiența și calificarea chirurgului (lungimea columei, aspirația excesivă a perilimfei, frezarea îndelungată a nișei), însă altele (cum este cazul aderențelor utriculo-saculare sau al granulomului post-stapedectomie) sunt independente de voința sau calificarea operatorului.

Labirintizarea (un adevărat „coșmar“, atât pentru medic, cât și pentru pacient) este una dintre complicațiile de temut ce poate apărea în evoluția postoperatorie a chirurgiei stapedo-ovale. Mecanismele apariției sale sunt multiple (majoritatea comune cu cele ale sindromului vestibular). Deși pacientul va fi tentat să incrimineze fără drept de apel tehnica operatorie pentru această complicație (asertiune valabilă în cazul unei deschideri prea îndelungate a fosei ovale, frezării excesive/traumatizării nișei ovale sau înțepării saculei), există o serie de factori imponderabili, independenți de orice acțiune a chirurgului și care pot conduce la această situație:

- mecanismul reflex (chiar pe masa de operație)
- coincidența cu o surditate brusc instalată (virală sau declanșată de actul operator)
- hemolabirintul
- granulomul post-stapedectomie (manifestat uneori ca o surditate brusc instalată). (2,5) În această din urmă situație, reintervenția poate ameliora considerabil evoluția, condiția fiind ca pacientul să accepte un nou act chirurgical, cu riscurile aferente.

În afara acestor trei situații dramatice menționate, reluarea actului chirurgical poate fi impusă și de alte complicații, generate de factori imponderabili, aflați în afara puterii de control a chirurgului:

Ruptura lamboului timpano-meatal: în final, se poate solda cu o mică perforație, care va necesita ulterior miringoplastie pentru refacerea integrității membranei timpanice. Acest incident se poate datora unei atrofii sau fragilizării a lamboului timpano-meatal în zona respectivă (de obicei, în dreptul cadranelor postero-inferior), situație pe care chirurgul nu o poate estima anterior momentului operației. (4)

Hematomul intracavotimpanic – generat de o sângerare abundentă la decolarea lamboului timpano-meatal – poate necesita reintervenție de evacuare, dacă nu se va fi eliminat în timp util pe cale transtubară. Acest fapt se poate datora unei fragilități

vasculare crescute proprii pacientului, imposibil de detectat prin testele uzuale de coagulabilitate.

Stenoza meatală și granulara masivă a inciziei – impun reintervenția pentru soluționare. Aceste două situații depind în mod major de terenul pacientului, modalitatea de cicatrizare postoperatorie fiind independentă de actul chirurgical.

Reinstalarea hipoacuziei de transmisie după un procedeu chirurgical care implică aria stapedo-ovală poate fi consecința unei erori de tehnică chirurgicală, dar, în egală măsură, poate fi rezultatul acțiunii unor factori imponderabili – de multe ori depinzând exclusiv de terenul pacientului și de reacția proprie a organismului acestuia la agresiunea chirurgicală (fibroză, adeziuni, granulom inflamator, necroza apofizei descendente a nicovalei, reinvasie otosclerotică, fibrozarea grefei ovale etc). (8) Reintervenția poate preciza diagnosticul și soluționa – de cele mai multe ori – problema, însă cu riscurile aferente unui nou act operator.

După cum am putut vedea, succesul sau eșecul unei operații nu depind exclusiv de pregătirea tehnică adecvată, experiența chirurgului sau acuratețea efectuării timpilor operatori (acestea fiind însă condiții esențiale pentru asigurarea șanselor de reușită ale unei intervenții).

Există cazuri în care intervenția a fost dificilă și a decurs anevoios și cu toate acestea au o evoluție postoperatorie la distanță excelentă, dar din păcate există și cazul invers, în care acuratețea intervenției a decurs „ca la carte“, iar evoluția postoperatorie a fost dezastruoasă (complicată cu granulom, fistulă transplatinară cu dry labyrinth, cicatrizare defecuoasă etc). (4)

Malpraxisul este o problemă dificil de codificat în cofochirurgie, pentru că evoluția intraoperatorie și postoperatorie este imprevizibilă.

Dar nu numai atât! Pentru a preciza tipul și natura complicației, este necesară „redeschiderea“ urechii. Câți pacienți ar accepta riscurile unei noi intervenții, mai ales după eșecul primeia? Chiar și pentru cofochirurg, o nouă tentativă, numai de dragul unui diagnostic, nu pare deloc atrăgătoare.

BIBLIOGRAFIE

1. Karosi T, Sziklai I. – Etiopathogenesis of otosclerosis, *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2010 Sep;267(9):1337-49
2. Ataman Traian – Cofochirurgia, Ed. Tehnică, București, 1999, pag. 235-249
3. Ataman Traian – Riscurile în chirurgia otologică, *Medica*, 2001, nr. 8, pag. 51-52
4. Ataman T., Daniela Monțescu – Factori imponderabili în chirurgia otosclerozei. *Pagini Medicale Bărladene*, 2009, nr. 132-133, pag. 33-34
5. Ataman T., Rusu Rodica – Granulomul pseudoinflamator – complicație în chirurgia stapedo-ovală, *Revista Română de O.R.L.*, 2002, 24, 2, pag.129-130.
6. Ataman T., Pascu Al., Geană Anca – Dificultăți tehnice în chirurgia otosclerozei, *O.R.L.* 1995, 1-2, 87-88.
7. Ataman T., Geană Anca, Theodor V. – Reintervenții de urgență în chirurgia otosclerozei, *O.R.L.* 1995, 1-2, 93-94.
8. Robert A. Battista, M.D., FACS, Richard J. Wiet, M.D., FACS, Jennifer Joy, M.A. – Revision Stapedectomy, *Otolaryngol Clin N Am*, 39 (2006) 677-697