

# CONSIDERAȚII ASUPRA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL OTOMASTOIDITEI

## *Considerations concerning the surgical treatment of otomastoiditis*

**Dr. Laura Buruiană, Prof. Dr. T. Ataman**

*Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. „Prof. Dr. D. Hociotă”, București*

### REZUMAT

Autorii trec în revistă principalele procedee chirurgicale utilizate în tratamentul supurațiilor procesului mastoidian. Se clarifică indicațiile evidărilor parțiale și a evidărilor totale.

**Cuvinte cheie:** mastoidă, supurațiile mastoidei, evidările parțiale și totale, indicațiile operatorii

### ABSTRACT

The authors make a review of the main surgical procedures utilized in the treatment of the suppurative lesions of the mastoid process. They clarify the indications of the partial and radical mastoidectomies.

**Key words:** mastoid process, suppurative lesions of the mastoid process, partial and radical mastoidectomies, operative indications

Evoluția istorică a trepanărilor otologice ale osului temporal beneficiază de o percepție diferită de la o epocă la alta.

Există procedee care se practică, de regulă, pentru că și-au dovedit valoarea prin proba timpului, dar există și o modificare a opticii asupra patologiei supurate a mastoidei.

De dragul originalității cu orice preț, se fac redefiniri bombastice, eludându-se experiența clasicii. Aceasta nu este o discuție de salon, ci are implicații profunde în atitudinea operatorie, indicația operatorie, dar și în malpraxis.

Apariția și extinderea malpraxisului s-a dovedit a fi o frână în progresul chirurgical, dar în același timp, este și un examen sever asupra valorii diverselor tehnici chirurgicale.

Vom redefini unele entități otologice și apoi vom trece în revistă tipurile de intervenții chirurgicale în otomastoidită.

**Otomastoidita acută** este o entitate patologică caracterizată prin empiem mastoidian cu liza septurilor intercelulare și constituind un osteoflegmon mastoidian.

Pentru constituirea acestor leziuni este necesară trecerea unui interval de timp de circa 21 de zile.

Otomastoidita acută are manifestări violente generale (febră mare, stare generală alterată, astenie, adinamie) și locale (durere retroauriculară, hemi-cranie, proeminența unghiului posterosuperior cu infiltrat inflamator, stenozare de conduct, colectare retroauriculară).

Otomastoidita acută are mai multe forme clinice:

- otomastoidita copilului;
- otomastoidita vârstnicului (cu evoluție clinică ștersă);
- mastoidita însoțită de paramastoidite (cervicală Bezold, jugodigastrică Mouret, temporo-zigomatică, osteomielița scuamoasă);
- otomastoidita mascată (de antibioterapie).

Principiul de tratament în otomastoidita acută este drenajul otomastoidian (*ubi pus ubi evacuo*) și, firește, antibioterapie masivă.

Antromastoidectomia este intervenția de elecție în otomastoidita acută și va fi asociată, după caz, cu

Adresa de corespondență:

Dr. Laura Buruiană, Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. „Prof. Dr. D. Hociotă”, Str. Mihai Cioranu Nr. 21, București

deschiderea colecțiilor temporozigomatice, jugodi-gastrice și cervicale.

Totuși, otomastoidita acută complicată (cu paralizie de facial, labirintită, tromboflebită și așa mai departe) are indicația de evidare totală petromastoidiană.

Trebuie menționat că leziunile numai ale mucoasei, reversibile sub antibioterapie și cu o durată de câteva zile, reprezintă așa-numita reacție mastoidiană sau mastoidism (aspectul clinic fiind de remisie spectaculară în 24-48 de ore, sub antibioterapie).

Drenajul larg și antibioterapia corectă reprezintă cei doi piloni esențiali ai terapiei otomastoiditei, care nu se exclud, ci se completează.

**Otomastoidita supurată cronică** reprezintă afectarea cronică inflamatorie a procesului mastoidian, care depășește 3 luni, care are local leziuni de osteită, osteonecroză, granulom și/sau colesteatom, iar din punct de vedere general are o evoluție mută, asimptomatică, și anume: bolnavul nu are febră, nu are dureri, are o stare generală bună, iar local este prezentă numai otoreea.

Otomastoidita supurată cronică, prezintă local, mastoidian, o erodare, o geodă, o osteită evolutivă și poate prezenta și osteoză condensantă.

Există forme clinice deosebite de otomastoidită supurată cronică și anume: otomastoidita localizată, otomastoidita extinsă, otomastoidita pseudotumorală, otomastoidita osifiantă.

În otomastoidita supurată cronică, indicația operatorie este relaționată direct cu extinderea leziunilor.

În leziuni limitate se practică așa-numitele evidări parțiale (antroaditoaticotomii, cu păstrarea sau rezecția cadrului timpanal).

Afecțiunile supurate ale urechii medii sunt direct corelate, ca frecvență și gravitate, cu starea socială și cu asistența medicală a unei populații.

S-a observat că în perioadele de cataclisme naturale sau sociale, când nivelul de viață economic și medical scade, crește numărul de afecțiuni supurate ale urechii medii, precum și frecvența de apariție a complicațiilor lor.

De aceea, unii autori au propus luarea în considerație a frecvenței supurațiilor ca indice de sănătate.

Așa se explică faptul că în țările dezvoltate a scăzut numărul de supurații otice aproape până la dispariție.

Așa se explică și faptul că în ultimele decenii ale secolului trecut entitatea de otomastoidita acută nu mai apare în tratatele de specialitate. De aici și schimbarea opticii în această patologie.

Explorarea imagistică preoperatorie este deosebit de valoroasă în stabilirea tacticii operatorii.

Antroaditoaticotomia cu aticotomie posterioară și păstrarea cadrului timpanal – procedeul Heath – are indicație în leziuni limitate antromastoidiene și atical extern și posterior.

Antroaditoaticotomia cu aticotomie totală și păstrarea cadrului timpanal – procedeul Bondy – are indicații în leziuni ce cuprind și atica externă și anterioară.

Timpanotomia posterioară Janssen a fost indicată inițial pentru colesteatomul retrotimpanic în triunghiul lui Donaldson (2% dintre cazuri, după unii autori). În momentul de față procedeul este frecvent utilizat pentru implantul cohlear.

Antroaditoaticotomia cu rezecția parțială a cadrului timpanal și incudectomie se indică în leziuni colesteatomatoase sau granuloase și afectează perețele intern al aticei posterioare interne.

Antroaditoaticotomia cu rezecția parțială a cadrului timpanal, incudectomie și rezecția capului ciocanului se indică în leziuni colesteatomatoase ce prind atica anterioară internă (foseta Andreea și Guerrier).

Evidările parțiale se indică în leziuni limitate, iar autorii moderni le denumesc „modified mastoidectomy“.

Evidarea totală („radical mastoidectomy“) se indică în leziuni extinse antromastoidiene, cu liza lanțului osicular sau în orice mastoidită complicată.

Diferența între evidările parțiale și cele totale constă nu numai în tipurile de rezecție osoasă, ci și în faptul că în evidările parțiale nu se practică plastia de conduct, în timp ce în evidările totale obligatoriu se practică și plastia de conduct.

Principial, evidarea totală petromastoidiană constă în ablația leziunilor și antrostomia transmeatală, pentru a asigura un abord direct asupra leziunilor.

În nomenclatura anglo-saxonă, „canal-up“ și „canal-down“ definesc evidările totale și, respectiv, pe cele parțiale.

Otomastoidita supurată cronică poate avea leziuni limitate, poate fi extinsă sau se poate reacutiza.

Am observat în clinică un fapt deosebit de important, și anume că nu întotdeauna există o proporționalitate directă între extinderea leziunii și riscul complicațiilor, în sensul că există otomastoidite supurate cronice cu leziuni minime antrale, dar cu complicații grave endocraniene, letale chiar. Și invers, leziuni masive, care evoluează zeci de ani, dar care nu se complică. De aici și atitudinea

corectă de a asana toate focarele otomastoidiene și a nu conta pe posibilitatea recuperării spontane sau sub tratament medicamentos.

Din observațiile clinice ale cicatrizărilor spontane după supurațiile otice, Wullstein și Zöllner au stabilit cele cinci tipuri de timpanoplastie.

Tot așa, și în supurațiile otice, observarea clinică și intraoperatorie a evoluției leziunilor, în special colesteatomatoase, a dus la imaginarea unor procedee chirurgicale.

Se poate spune, ca o butadă, că primul chirurg otolog al urechii a fost colesteatomul prin evidările spontane.

Evidarea totală se poate efectua prin mai multe procedee, procedeul utilizat fiind în funcție de gradul de lezare produs de procesul patologic.

Didactic, clasificăm procedeele de evidare în:

- procedee transcorticale;
- procedee transmeatale;
- procedeul mixt.

*Procedeele transcorticale* sunt cele mai utilizate (în circa 70% dintre cazurile operabile). Cele mai cunoscute procedee transcorticale sunt:

- procedeul Schwartze (1873) este cel mai des utilizat;
- procedeul Stacke (1891) nu se mai practică și a fost înlocuit de procedeul Lempert;
- procedeul Wolf (1877) indicat în fistula Gelle;

- procedeul Hautant (1928) este o manieră în efectuarea procedeului Schwartze, puțin utilizată.

*Procedeul transmeatal* – Lempert (1922) este un procedeul indicat în procidența durală, procidența sinusală și anomalii de facial.

*Calea combinată* Ataman (1981) depășește indicația inflamatorie și este utilizată și în tumori de ureche medie și în chirurgia nervului facial.

Unii autori moderni, bazați pe eficiența antibioticoterapiei, propun asocierea evidării cu timpul reconstructiv. Deși această atitudine este spectaculară, este riscantă pentru pacient și poate cauza probleme de malpraxis.

Problema nu este nouă, ea a fost larg dezbătută de clasicii cofochirurgiei încă din anii '50-'60 ai secolului XX.

În supurație, atitudinea corectă este utilizarea de „open cavity“, de la principiul chirurgiei supurațiilor, de asigurare a unui drenaj, pentru așa-numita „safe ear“.

„Closed cavity“, adică asocierea timpului de eradicare cu timpul reconstructiv, este o atitudine plină de riscuri.

Se pune problema dacă avem dreptul să eludăm experiența clasică și să mizăm pe spectaculos, numai de dragul originalității cu orice preț.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Arteni V.** – Chirurgie otorinolaringologică, Ed. Medicală, București, 1957
2. **Ataman T.** – Comentariu asupra trepanărilor otologice ale osului temporal, ORL, 1992, 1,30-50
3. **Ataman T.** – Cofochirurgia, Ed. Tehnică, București, 1999
4. **Aubry M. și col.** – Chirurgie cervico-faciale et otorhinolaryngologique, Masson Ed., Paris, 1966
5. **Schucknecht H.F.** – Pathology of the Ear, ed. a II-a, Lea and Fabiger, Philadelphia, 1993.
6. **Shambaugh G.E.** – Surgery of the Ear, ed. a II-a, Saunders Comp. Philadelphia, 1967