

# ASPECTE IMPONDERABILE ÎN CHIRURGIA TIMPANOPLASTICĂ

## *Imponderable issues in tympanoplastic surgery*

**Dr. Adelina Mertic<sup>1</sup>, Prof. Dr. Traian Ataman<sup>2</sup>**

*Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București  
IFACF-ORL „Prof. Dr. Hociotă“, București*

### REZUMAT

Intervențiile timpanoplastice sunt – în mare măsură – operații etapizate. Această secvențializare – asupra căreia pacientul trebuie să își exprime acordul în deplină cunoștință de cauză – are rolul de a diminua riscurile și de a crește șansele obținerii unui rezultat final cât mai bun. Acesta reprezintă, însă, suma acțiunilor unor factori multipli, o parte din aceștia aflându-se în afara puterii de control a chirurgului și fiind imposibil de prevăzut în etapa preoperatorie. Acțiunea lor poate duce la eșecul unora din etapele preconizate, pentru redresarea acestora impunându-se, de multe ori, reintervenția.

**Cuvinte cheie:** timpanoplastie, reintervenție, aspecte imprevizibile

### ABSTRACT

Tympanoplastic procedures are – as a general rule – staged surgeries. This approach – that requires an informed consent from the patient – has the role of diminishing the risks and raising the chances for ultimately obtaining the best result. This final result represents, however, the summation of multiple factors' action, a part of them being outside of surgeon's control and unforeseeable before surgery. Their action can lead to failure of one or more of these surgical steps, requiring revision surgery in order to achieve the desired result.

**Key words:** tympanoplasty, revision surgery, unforeseeable factors

În condițiile unei societăți din ce în ce mai exigente, cu standarde în continuă ascensiune, practicarea chirurgiei devine o sarcină din ce în ce mai dificilă. Acest fapt este cu atât mai puternic resimțit în România, în condițiile unei lacune legislative în domeniul malpraxisului și în situația unei permanente agresioni exercitate asupra corpului medical din partea presei și a populației. (1)

Cofochirurgia este o chirurgie „de lux“, a cărei practicare necesită dotare și investiții, atât în explorarea audiologică, cât și în aria chirurgicală. Restabilirea audierii prin procedee chirurgicale este net superioară reabilitării protetice, însă, având în vedere terenul fragil și nesigur pe care se practică aceste intervenții, nu există certitudine în reușita lor. (2) Atât pacientul, cât și medicul, trebuie să își asume riscurile acestor proceduri și, în egală

măsură, să ia în calcul posibilitatea unei eventuale reintervenții.

Timpanoplastia (termen introdus de Wullstein în 1949) – înseamnă orice tip de refacere a sistemului de transmisie miringo-otică. (2) Au fost descrise 5 tipuri de timpanoplastii, având grade de complexitate și dificultate progresiv crescânde.

De multe ori, aceste intervenții se execută etapizat, încercându-se astfel eliminarea riscurilor pe care le-ar presupune un singur act chirurgical.

Menționăm că etapele acestor proceduri nu trebuie considerate reintervenții (această noțiune presupunând reluarea operației din cauza unui eșec – precoce sau tardiv). (2)

Din păcate, la fiecare timp operator (iar chirurgia timpanoplastică nu face excepție) există o serie de factori „imponderabili“, a căror apariție și acțiune

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

nu poate fi prevăzută, și care pot duce la eșecul intervenției, obligând medicul să reia actul chirurgical în vederea obținerii unui rezultat favorabil.

Vom încerca, în continuare, să identificăm acești factori (responsabili de eșecul procedurilor timpanoplastice) și să punctăm importanța lor în dinamica actului chirurgical.

**Miringoplastia** – sinonimă timpanoplastiei de tip I – presupune refacerea integrității membranei timpanice utilizând o grefă. (2) Succesul său depinde de mai multe categorii de factori:

**Chirurgicali** (aceștia depind în mare măsură de medicul operator), și anume:

- respectarea **indicațiilor, contraindicațiilor** (supurația otică, vârsta, disfuncția tubară) și **condițiilor necesare și obligatorii** (tubă permeabilă, ureche „uscată“ de cel puțin 1-2 ani, pat vascular corespunzător) – pentru ca procedura să aiba șanse de reușită – deci **alegerea momentului operator**. (2)
- alegerea **tehnicii operatorii** („overlay“ sau „underlay“) – (fiecare având avantaje și dezavantaje și predispunând la apariția anumitor complicații). (3)
- calitatea și acuratețea fiecărei etape operatorii.

**Tisulari** – ne referim aici la „terenul“ propriu – de care depinde modalitatea de cicatrizare (predispoziția la fibroză excesivă sau formare de cheloid, comorbiditățile/copatogenitățile bolnavului, aportul sangvin local). Aceștia pot fi eventual estimați de către medic, dar consecințele influenței lor nu pot fi cunoscute exact decât postoperator.

Un element important – care, deși nu poate fi numit „imponderabil“ – se află complet în afara controlului medicului operator – constă în respectarea (sau ignorarea) de către pacient a recomandărilor postoperatorii și la externare (evitarea traumatismelor, a pătrunderii apei în ureche etc.).

**Infecțioși** – este cunoscut faptul că o infecție a urechii externe sau medii poate compromite rezultatul unei miringoplastii – acesta fiind un factor independent de operator sau de pacient, deci – „imponderabil“.

**Disfuncția tubară** – este un factor dificil de apreciat cu exactitate în preoperator; pe de altă parte, o tubă permeabilă la un moment dat poate deveni – în varii contexte – disfuncțională, putând afecta rezultatul pe termen lung al unei miringoplastii/timpanoplastii.

Reintervenția în miringoplastie se practică, de obicei, pentru una din complicațiile pe care le vom enumera în continuare; în timp ce unele dintre acestea pot fi evitate de către medicul operator,

grație experienței în domeniu și efectuării cu minuțiozitate a etapelor operatorii (cum este cazul calibrării pereților osoși ai conductului auditiv extern sau al creării unui unghi corespunzător între membrana timpanică și peretele anterior al conductului), altele pot apărea ca și consecință a acțiunii acelor factori imponderabili, prezentați anterior:

**Reperforarea:** este o complicație ce apare într-un procent destul de mare (10% dintre cazuri) – chiar la autorii experimentați.

**Stenoza conductului auditiv extern** – o altă complicație posibilă după miringoplastie, fiind generată în mare măsură de reacția organismului la agresiunea chirurgicală.

**Lateralizarea** (în care grefa este detașată de mânerul ciocanului) – poate fi atât consecința unei plasări inițiale neadecvate a grefei, cât și rezultatul procesului (activ) de cicatrizare și retracție tisulară postoperatorie.

**Colesteatomul** – este una dintre cele mai serioase complicații ale miringoplastiei; chiar în condițiile unui abord extrem de atent al mânerului ciocanului/marginilor perforației, nu există garanția că un fragment epitelial de mici dimensiuni nu a pătruns în cavitatea timpanică, generând ulterior o perlă colestomatooasă. (4)

## OSICULOPLASTIA

Este definită ca orice tip de columelizare autologă sau heterologă (cu excepția transplantului), din material organic sau anorganic, care înlocuiește parțial sau total unul sau mai multe osișoare. (2) Succesul sau eșecul (și, implicit, posibilitatea reintervenției) în osiculoplastie depind de factori multipli. Pentru schematizare, au fost împărțiți de Black în 5 mari grupe, cu un acronim ușor de reținut: SPITE (engl.). (5)

### S – surgical (chirurgicali)

Acest factor deține, la prima vedere, cel mai mic grad de «imponderabilitate» (sau nesiguranță), deoarece se referă la tehnica operatorie (care poate fi corectă sau defectuoasă) și la alegerea momentului operator – aserțiune valabilă în special în patologia supurată otică, eventual asociată cu colestatom) – elemente care depind în mare măsură de medicul operator. Totuși, chiar și un chirurg experimentat poate întâlni în cursul intervenției aspecte neprevăzute (malformații, deformări posttraumatice sau postinflamatorii ale arhitecturii urechii medii, sângerări abundente inexplicabile etc.), care îl pot obliga să își modifice planul operator inițial, uneori în defavoarea executării cu acuratețe a timpilor chirurgicali preconizați. Rezultatul poate să nu fie,

astfel, pe măsura așteptărilor, aducând în perspectivă o potențială reintervenție.

#### **P – factorii protetici**

Eșecul unei columelizării legat de această categorie de factori poate fi cauzat de:

- **proprietățile intrinseci ale protezei (formă, greutate, dimensiuni)**
- **reacția protezei cu organismul** – de menționat că reacția de cicatrizare este o manieră individuală de a reacționa și depinde de:
  - hemoragia și hematumul postoperator;
  - potența vasculară locală;
  - gradul de traumatizare a mucoperiostului cavotimpanic (2).

Modalitatea de cicatrizare este în afara puterii de control a chirurgului, căpătând astfel un caracter de „imponderabilitate“.

#### **I – infecțioși**

Recurența patologiei supurative oto-mastoidiene este un factor de temut, ce poate semna eșecul unei proceduri timpanoplastice și poate obliga medicul să reintervină (după asanarea focarului infecțios) pentru refacerea sistemului de transmisie. Întrucât nu există garanția că procesul inflamator/infecțios, odată rezolvat la un moment dat, nu va recidiva (în condițiile unei scăderi a imunității sau a expunerii la agenți infecțioși cu virulență crescută) – putem afirma că și această categorie de factori deține – cel puțin parțial – un caracter imponderabil.

#### **T – factorii tisulari**

Implică terenul pacientului (de care – după cum am menționat și în paragraful referitor la mi-ringoplastie – depinde în mod exclusiv modalitatea de cicatrizare). Tot în această categorie includem și patologia lanțului osicular restant (care, consecutiv intervenției inițiale, după un interval de timp, poate suferi fenomene de fixare sau întrerupere, cu compromiterea rezultatului operator). (5)

Nu în ultimul rând, un element-cheie în evoluția ulterioară a unei proceduri timpanoplastice este dat de patologia pentru care s-a intervenit. Statistic vorbind, cel mai mare procent de reintervenții în această chirurgie se întâlnește în cazul otitei medii supurate cronice +/- colesteatom. Explicația rezidă în modificările importante (la nivel osos/vascular/ al regenerării tisulare), generate de patologia supurativă otică. În timp ce patologia malformativă și traumatică nu implică procese activ-evolutive, cu totul alta este situația în cazul supurațiilor/otosclerozei, care presupun activitate/evolutivitate în timp. Acest potențial de reacutizare (otita medie supurată cronică) sau agravare pe parcursul anilor (otoscleroza) fac ca procedeele chirurgicale – oricât de bine executate – să nu poată garanta menținerea rezultatului pe întreaga durată a vieții pacientului, implicând posibilitatea reintervenției.

Cel din urmă factor implicat în evoluția post-operatorie din chirurgia timpanoplastică este **tuba lui Eustachio** (element fundamental necesar funcționalității urechii medii și factor determinant în crearea și menținerea spațiului aeric din urechea medie), despre a cărei importanță am discutat anterior. (2)

Reușita unei timpanoplastii oferă o satisfacție deosebită atât chirurgului (care trăiește „starea de grație“ a unui creator de artă), cât și pacientului, care își recapătă unul dintre simțurile esențiale.

Din păcate, riscurile majore pe care aceste intervenții le implică (paralizie facială, sindrom vestibular, labirintizare etc.), existența și acțiunea multitudinii de factori imponderabili menționați anterior (care pot duce la eșecul operației și, în consecință, la o posibilă acuzație de malpraxis din partea pacientului) fac ca practicarea chirurgiei timpanoplastice să piardă tot mai mult teren în favoarea protezării. (6)

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Cristian Stan – Malpraxisul medical, Ed. Etna, 2009, pag. 11-17
2. Ataman Traian – Cofochirurgia, Ed. Tehnică, București, 1999, pag. 117-134, 180-184, 235-249
3. Ruby R.R.F., MD, Frcsc, Baliagh, R.H. MD – Reconstructive Middle Ear Surgery – Techniques to improve hearing, Canadian Family Physician 1992; 38:2689-2693.
4. Mario Sanna, Abdel Taibah, Alessandra Russo, Fernando Mancini, Hiroshi Sunose – Middle Ear and Mastoid Microsurgery, Thieme Medical Publishers, iulie 2003, pag. 400-416
5. Ravi N. Samy, MD, FACS, Myles L. Pensak, MD, FACS – Revision Ossiculoplasty, *Otolaryngol Clin N Am* 39 (2006) 699-712
6. Ataman T. – Cofochirurgia. Quo vadis?, Revista Medicală Română, 2008, vol. LV, nr. 2, pag. 146-147