

MEATOCONHOPLASTIA

Meatoconchoplasty

Dr. Laura Buruiană, Prof. Dr. Traian Ataman

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

REZUMAT

Autorii prezintă experiența lor în meatoplastii utilizate în evidarea petromastoidiană. De asemenea, se prezintă și principalele complicații în eșecul creerii meatoplastiei.

Cuvinte cheie: evidarea petromastoidiană; meatoplastia; meatoconchoplastie

ABSTRACT

The authors present their experience concerning the use of meatoplasty in petromastoidian evidation. There are presented as well the main complications in case of failure of meatoplasty.

Key words: radical mastoidectomy; meatoplasty; meatoconchoplasty

Meatoconchoplastia sau meatoplastia transcartilaginoasă reprezintă un timp operator obligatoriu efectuat în tehnicile chirurgicale „deschise” de abordare otomastoidiană și constă în rezecția peretelui posterior al conductului auditiv extern pentru a favoriza aerarea și drenarea suficientă a cavității otomastoidiene obținute intraoperator, iar pe de altă parte favorizează supravegherea cavității otomastoidiene de către chirurgul otolog. (1,5,10,11,12)

Eșecul meatoconchoplastiei determină o aerare insuficientă a cavității otomastoidiene cu recidivă locală, persistența supurației otice postoperator și necesitatea reintervenției.

Studiul procedeelelor de meatoconchoplastie în chirurgia supurațiilor otomastoidiene a plecat de la observația clinică a faptului că nu de puține ori, după o intervenție chirurgicală reușită, de asanare a focarelor infecțioase otomastoidiene, se obține un rezultat postoperator slab datorită apariției unei stenoze sau a unui colaps meatal. (1,5,10)

Distingem la aceste lambouri meatale o porțiune pediculată ce oferă inserție lamboului și o porțiune liberă, ce se va mula pe pereții cavității asigurând punctul de plecare pentru epitelizarea cavității

mastoidiene și, în anumite situații, protejând structuri importante (dura, facial, sinus venos).

Există mai multe procedee de meatoplastie, pentru că există situații variate intraoperator. Atunci când la crearea lamboului meatal este necesară și o rezecție laminară din cartilajul conchal, avem de-a face cu meatoconchoplastia.

Clasificarea procedeelelor de meatoconchoplastie se face în funcție de tipul de abord otomastoidian.

Procedeele de meatoconchoplastie utilizate în abordul retroauricular:

- Meatoconchoplastia tip Körner
- Meatoconchoplastia tip Stacke
- Meatoconchoplastia tip Portmann
- Meatoconchoplastia tip Sheehy
- Meatoconchoplastia tip Fisch
- Meatoconchoplastia tip Panse-Moure
- Meatoconchoplastia tip Zaufal
- Meatoconchoplastia tip Passow

Meatoconchoplastia Körner (2,13)

După abordul retroauricular al mastoidiei se practică două incizii radiare în tegumentul conductului, la orele 6 și 12. Aceste incizii se extind la

Adresa de corespondență:

Dr. Laura Buruiană, Institutul de Fonaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. „Prof. Dr. D. Hociotă”, Str. Mihai Cioranu, nr. 21 București
e-mail: buru_lau@yahoo.com

cartilajul conchal de pe care se decolează țesutul fibros și se excizează și un segment de cartilaj conchal. Lamboul astfel obținut se aplică pe peretele posterior al cavității, fiind utilizat pentru protecția sinusului lateral în cazul în care este denudat.

Noi am folosit, cu mult succes, meatoplastia tip Körner în următoarele circumstanțe:

- decolarea conductului cutanat și crearea unui lambou cu pedicul lateral. Acesta va fi ancorat posterior (firele vor fi scoase în ziua a 12-a postoperator);
- se creează trei labouri distincte: unul superior muscular (mușchiul temporal), un lambou anterior conchal și un lambou posterior aponevrotic. Aceste trei labouri vor fi suturate cu un fir în X sau U și numai apoi se va sutura incizia retroauriculară.

Meatoconchoplastia Stacke (2,14)

Constă în crearea unui lambou meatal cu pedicul superior având două variante de execuție.

Varianta I – folosește un lambou al cărui pedicul are originea în unghiul dorsal și caudal al meatului acustic extern, iar după subțiere lamboul obținut se culcă peste zidul facialului fiind menținut în această poziție prin sutură la marginea palăgii mastoidiene.

Varianta II – folosește un lambou al cărui pedicul provine din unghiul dorsal și superior al conductului auditiv extern, iar după subțiere va fi așezat pe peretele superior al cavității, protejând dura mater. Această meatoplastie se indică în caz de dură dehiscentă, meningocel intracavotimpanic, fistulă de LCR.

Meatoconchoplastia Portmann (1,2,5,10,11,12)

Are două variante de execuție:

- mica plastică – cu trei labouri, fără extragere de cartilaj conchal;
- marea plastică – cu cinci labouri, ce necesită ablație de cartilaj conchal.

În „mica plastică” – se efectuează o incizie circulară la nivelul conductului situată la 0,5 cm în interiorul față de orificiul extern meatal. Această incizie se continuă la extermitatea sa superioară cu o contraincizie verticală situată spre rădăcina helixului și de la extremitatea sa inferioară pornește o altă contraincizie orizontală către posterior. Va rezulta un lambou cvadrangular ce se va subția și plia spre posterior, fixându-l cu două fire de față posterioră a cartilajului conchal.

Restul conductului va fi incizat vertical și vor rezulta alte două labouri, superior și inferior, care

se vor plia tot spre posterior, ducând la o lărgire suficientă a cavității.

În „marea plastică” a lui Portmann, se practică o incizie verticală pe peretele posterior al conductului din profunzime până în conchă și de aici se prelungește în conchă orizontal sau înspre posterior. În continuare la acest nivel se vor practica două contraincizii cu direcție posterosuperioară și, respectiv, posteroinferioară, rezultând în final o incizie în forma literei Y, astfel că la nivelul conchei se vor crea într-o primă etapă trei labouri.

Pentru a separa partea conchală de cea meatală din cele două labouri meatoconchale se vor rezeca din fiecare la limita conchei câte un triunghi de piele de 5-7 mm lărgime și 7-10 mm profunzime, rezultând în final 5 labouri care se vor plia, rezultând în final un drenaj larg mastoidian.

Această meatoplastie se indică în cavitățile foarte mari care impune rezecția largă de cartilaj conchal, dar ea are riscul pericondritei sau condritei, dar și a unui aspect postoperator disgrațios.

Meatoplastia Zaufal

Constă în rezecția totală a peretelui posterior al conductului auditiv extern, atât porțiunea cutanată, cât și cea cartilaginoasă. Este în realitate o meatoablație, nu o meatoplastie.

Se utilizează în conductele înguste sau în cazul stenozării postoperatorii a acestora în cazul unei evidări anterioare.

Mai există și meatoplastiile de tip: **Sheehy, Fish, Panse-Moure și Passow**, care sunt variante sofisticate, prea rar folosite în clinică, ele fiind derivate din procedeele fundamentale.

Procedeele de meatoconchoplastie utilizate în abordul endaural:

- Meatoconchoplastia tip Körner;
- Meatoconchoplastia tip Sourdille;
- Meatoconchoplastia tip Farrior;
- Meatoconchoplastia tip Fleury.

În toate procedeele de meatoconchoplastie, pe lângă inciziile meatale descrise, se va efectua și o rezecție de cartilaj conchal.

Meatoconchoplastia tip Körner (1,2,5,4,13,14,15)

După efectuarea inciziei endaurale de tip Heerman B, se mai adaugă două incizii radiale la orele 6 și 12 și o incizie circumferențială care le unește, rezultând astfel două labouri la nivelul tegumentului peretelui posterior al conductului. Din aceste două labouri, cel situat lateral este lamboul Körner, iar cel situat medial este lamboul Sourdille (care urmează să fie descris ulterior).

Astfel, meatoplastia de tip Körner constă în utilizarea unui lambou pediculat meatal creat pe peretele posterior și reflectat pe acesta, cu porțiunea pediculată către conchă și porțiunea lamboului liber situată medial. Lamboul Körner este împins posterior în cavitate pentru a ghida epitelizarea la acest nivel, fiind utilizată când leziunile se extind către porțiunea postero-inferioară a mastoidei, însă nu atât de mult cât să impună un abord retroauricular.

Această meatoplastie este indicată în cazul sinusului lateral dehiscent sau în cel de risc de fistulă retroauriculară.

Meatoconchoplastia Sourdille (5,13)

Constă în crearea și utilizarea unui lambou timpano-meatal cu pedicul medial.

Se obține din incizia Heerman după cum s-a descris anterior, prin completare cu două incizii radiale și una circumferențială care să le unească, iar cu cât această incizie circumferențială este plasată mai lateral, cu atât lamboul Sourdille este mai mare și lamboul Körner este mai mic.

De asemenea, se mai poate obține prin utilizarea unei incizii de tip Shambaugh sau Lempert. Când se obține un lambou Sourdille mare, și lamboul Körner este absent.

Această meatoplastie este utilă pentru a acoperi nervul facial dehiscent sau o fistulă perilimfatică.

Inițial, Sourdille a creat această meatoplastie pentru practicarea fenestrației (intervenție devenită istorică astăzi).

Meatoconchoplastia Farrow (6,7)

Se obține prin utilizarea unei incizii endaurale de tip Farrow, care este o incizie circumferențială laterală situată la 2-3 mm medial de spina Henle. Se obține astfel un lambou Sourdille și unul Körner cu atât mai mare cu cât se rezeacă o porțiune de cartilaj conchal aferentă.

Avantajul acestui tip de meatoconchoplastie constă în faptul că astfel se creează atât lamboul Sourdille care va acoperi peretele medial al aticiei, cât și lamboul Körner care protejează peretele posterior al cavității.

Meatoconchoplastia Fleury (1,8,9)

Utilizând o incizie endaurală de tip Fleury cu pedicul vascular superior, se va crea un lambou larg

de tip Sourdille, care va putea fi plasat pe zidul facialului și pe peretele medial al cavității.

Utilizată mai rar, acest tip de meatoconchoplastie ajută la formarea unui lambou care favorizeze reepitelizarea porțiunii posterosuperioare a cavității.

DISCUȚII. CONCLUZII

Scopul meatoplastiei și mai ales al meatoconchoplastiei este, pe de o parte, de a realiza un drenaj suficient și o aerare bună a cavității mastoide, iar pe de altă parte de a ghida epitelizarea la nivelul cavității.

Cunoașterea procedurilor de meatoplastie ajută la evitarea apariției stenozei meatoconchale postoperatorii ce va atrage după sine persistența supurației otice și nevoia unei reintervenții.

De asemenea, cunoașterea profundată a acestor procedee poate ajuta la rezolvarea unor incidente sau accidente apărute intraoperator (leziuni la nivelul nervului facial, leziuni ale durei, ale sinusului facial, închiderea unor fistule de LCR, blocarea meningocel intracavotimpanic etc.)

În clinică am utilizat cu mult succes aplicarea de liodură peste fistula de LCR și apoi fixarea unui lambou cu pedicul superior (tip **Stacke** sau **Passow**). (3)

Excizia de cartilaj conchal trebuie făcută cu atenție pentru a păstra poziția normală a pavilionului.

Lambourile create în meatoplastie trebuie subțiate pentru a evita rigiditatea lor, care impiedică asupra cicatrizării și reduc diametrul meatoplastiei.

Principalele complicații care pot apărea în practicarea meatoplastiei sunt: stenoza meatală; cloazona; necroza lamboului meatal; condrita; pericondrita; recidiva; colesteatomul de cavitate de evidare.

Am avut și situații dificile, în care fistulizarea retroauriculară a impus reintervenția operatorie. (4)

În concluzie, meatoplastia și meatoconchoplastia trebuie practicate cu mult discernământ, pentru că eșecul lor înseamnă eșecul întregii intervenții.

BIBLIOGRAFIE

1. **Anghel Elena** – Meatoconchoplastiile în chirurgia supurațiilor otice. Teză de doctorat, UMF Carol Davila, București, 2002
2. **Arteni V.** – Chirurgie otorinolaringologică, Ed. Medicală, București, 1957, 432-460
3. **Ataman T. și col.** – Fistula de LCR, complicație intraoperatorie în chirurgia otomastoidiană, Revista Medicală Națională, 1997, 1, 4, pag. 21-23
4. **Ataman T. și col.** – Fistula gigantică retroauriculară, complicație după antrocelulotomia bilaterală, ORL, 1998, 1-2, pag. 54-55.
5. **Ataman T. și colab.** – Chirurgia otologică, Ed. Științelor Medicale, București, 2005, 279-293
6. **Farrion J.B.** – Incisions in tympanoplasty. Anatomic consideration and indications. *Laryngoscope*, 93, 1983, 1, 75-86
7. **Farrion J.B.** – Sistematized approach to surgery for cholesteatoma. *Arch. otolaryngol.*; 97; 1973, 706-714
8. **Fleury P.** – Techniques chirurgicales de l'oreille, Masson & Cie Editeurs, Paris, 1979, 184-185, 234-304
9. **Fleury P., Basset J.M., Coupep D., Sterkers O., Compere J.F.** – L'aspect local de nos cavités d'évidement: bilan de 225 interventions, *Ann. otolaryngol* (Paris); 96; 1979; 493-507
10. **Portmann G.** – Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique, Masson&Cie, Ed. Paris, 1962, Tome 1, 56-96
11. **Portmann M.** – L'aménagement des cavités en chirurgie tympanoplastique, *Revue de Laryngologie, Otologie-Rhinologie*, nr. 11-12, nov.-dec., 1971, 773-789.
12. **Portmann M.** – Meatoplasty and conchoplasty in cases of open technique, *Laryngoscope*, 93, 1983, 520-522.
13. **Tos M.** – Manual of Middle Ear Surgery, vol. 1: Approaches. Myringoplasty. Ossiculoplasty. Tympanoplasty, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1995
14. **Tos M.** – Manual of Middle Ear Surgery, vol. 2: Mastoid Surgery and Reconstructive Procedures, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1995
15. **Tos M.** – Manual of Middle Ear Surgery, vol. 3: Surgery of the External Auditory Canal, Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1995