

PROBLEMI RIPARATIVI ORBITO-PALPEBRALI DOPO EXENTERATIO ORBITAE: RIVESTIMENTO DELLA CAVITÀ ORBITARIA

d'ALESSIO R., FERRARO C., GARZIONE F.

INTRODUZIONE

Il ricorso ad un intervento altamente demolitivo qual'è da considerare l'exenteratio orbitae, giustificato dal quadro patologico che il chirurgo deve affrontare e possibilmente risolvere, una volta deciso deve essere perseguito avendo ben chiari i problemi insiti nella patologia che si vuole curare e quelli connessi alle possibilità ricostruttive.

Se da una parte è fondamentale attenersi ai ben noti principi di radicalità, in particolare nei confronti di processi neoplastici, dall'altra i problemi ricostruttivi che seguiranno troveranno una più facile soluzione se si saranno potute conservare determinate strutture.

La possibilità di conservare la cute e la congiuntiva palpebrale in alcuni tipi di neoplasie non altamente invasive è stata oggi affermata come una possibile pratica da alcuni Autori (Meyer e Zaoli, 1971), sebbene da riservare a casi altamente selezionati (Mustardè, 1980). D'altra parte il coinvolgimento delle strutture ossee e la conseguente necessità di intervenire radicalmente, propongono problemi ricostruttivi non sempre facilmente risolvibili.

TERAPIA DEMOLITIVA. TECNICA

Una volta che siano stati attentamente definiti i limiti del processo neoplastico attraverso esami radiografici e si sia stabilita la even-

tuale compartecipazione delle pareti ossee, l'operazione viene effettuata mediante rimozione in un unico blocco del contenuto orbitario, inclusa la ghiandola e il sacco lacrimale.

Le ossa, qualora siano coinvolte, devono essere portate via assieme al loro rivestimento periosteo.

Si deve effettuare un accurato controllo del sanguinamento evitando in ogni caso, di trombizzare mediante l'uso dell'elettrocoagulatore i vasi ossei, cui potrebbe conseguire necrosi con sequestro ed espulsione degli strati superficiali dell'osso.

Per questo scopo, viceversa, è indicato l'uso di cera da osso.

TERAPIA RICOSTRUTTIVA. TECNICA

Eseguita l'asportazione del contenuto orbitario e delle strutture coinvolte, si pone il problema della ricostruzione di una cavità che possa successivamente accogliere una protesi oculare.

Ciò può essere effettuato, secondo Mustardè, immediatamente mediante prelievo dalla coscia o dalla superficie volare dell'avambraccio di un innesto di cute di spessore intermedio di sufficiente ampiezza da poter tappezzare la cavità cruenta che si è formata.

Il Mustardè insiste inoltre nella attuabilità di questa tecnica anche in quei casi in cui vi sia osso denudato per la ricca vascolarizzazione di questa regione che permetterebbe un facile attecchimento dell'innesto dermo-epidermico. La sottigliezza di questo innesto presenta il vantaggio di permettere un controllo continuo ed immediato delle strutture sottostanti; si eviterebbero, allo stesso tempo, quei problemi di necrosi superficiale che talvolta possono verificarsi in superfici ossee lasciate esposte.

Si possono in queste condizioni altresì evidenziare le eventuali recidive del processo neoplastico.

Queste stesse considerazioni portano il Mustardè a sconsigliare l'uso di lembi cutanei o mio-cutanei che per il loro spessore impedirebbero un controllo visivo così attento e immediato.

Indubbiamente interventi demolitivi di questo genere lasciano cavità difficilmente rivestibili da un semplice innesto cutaneo, ed in questi casi generalmente ci si deve affidare all'uso di lembi che offrano tessuto sufficiente per un'adeguata ricopertura.

La risoluzione dei problemi ricostruttivi dopo exenteratio orbitae allargata alle palpebre o addirittura alle pareti ossee, deve tendere possibilmente a ripristinare da una parte un sacco congiuntivale o più esattamente una cavità che possa accogliere una protesi oculare, e dall'altra a ricostruire due palpebre che tale protesi possano contenere.

A ciò si aggiunge il fattore psicologico di ridonare al paziente un aspetto quanto più vicino possibile a quello che aveva prima dell'intervento. Numerosissimi sono stati i lembi via via proposti dai diversi Autori. Qui ci limiteremo ad accennare ad alcuni di essi che per la loro relativa semplicità di attuazione e per la larga pratica che hanno in questo tipo di chirurgia ben si prestano a soddisfare le esigenze del chirurgo e del paziente.

Bisogna però, prima di addentrarsi nella descrizione di essi, rimarcare un concetto che è alla base di tutta la chirurgia ricostruttiva del volto, e cioè che in tale distretto il chirurgo dovrà sempre tener conto del lato estetico e valutare di volta in volta la tecnica più adatta per un risultato che sia soddisfacente e dal lato funzionale e dal lato formale. È conveniente quindi distinguere le tecniche adoperate per la ricostruzione della palpebra e del fornice inferiore da quelle in uso per il rifacimento della palpebra e del fornice superiore.

Per le prime ricordiamo particolarmente il *lembo genieno alla Mustardè* che consiste nella rotazione di tessuto cutaneo foderato da un innesto condro-mucoso settale o composito dal padiglione auricolare, dalla guancia verso il defectus (Fig. 1).

Un tale tipo di lembo è di facile attuabilità ed esteticamente pregevole.

In alternativa si può ricorrere all'uso di lembi frontali a peduncolo temporale anch'essi foderati da un innesto composto prelevato dal padiglione auricolare; l'uso di questo lembo richiede più tempi di autonomia e il risultato estetico è probabilmente inferiore, dal nostro punto di vista, a quello ottenibile con il lembo genieno.

Vi sono situazioni in cui vi è bisogno, a seguito di grossi interventi demolitivi, di una quantità di tessuto che i lembi locali non possono offrirci se non a prezzo di un notevole danno estetico.

In questi casi i lembi a distanza, come quelli tubulati cervicali o brachiali (alla Tagliacozzi o « all'italiana ») offrono una valida alternativa, compensando largamente, con i risultati che dal loro uso si ottengono, le posizioni scomode cui il paziente è costretto durante



FIG. 1. A) Epitelioma del canto interno e della palpebra inferiore dell'occhio destro. Progettazione di un lembo genieno alla Mustardè per la ricostruzione della palpebra.
B) Dopo aver asportato la neoplasia e ruotato il lembo sul defectus, il risultato funzionale ed estetico appare soddisfacente.

le fasi di autonomizzazione. Per ciò che concerne la ricostruzione della palpebra superiore vale la pena menzionare quelle tecniche che per la loro finezza furono ideate per risolvere problemi ricostruttivi in pazienti con globo oculare integro.

Tali sono ad esempio le metodiche di Culter-Beard per le perdite di sostanza centrali della palpebra e lo « Switch-flap » di Mustardè per i difetti totali. La prima si attua scolpendo un lembo rettangolare a peduncolo caudale nella palpebra inferiore che viene fatto passare sotto il bordo ciliare di detta palpebra e suturato ai margini del difetto della palpebra superiore.

Lo « Switch-flap » consiste nella rotazione di parte della palpebra inferiore su di un peduncolo cutaneo, facendo compiere al lembo stesso un arco di 180° per ricoprire il defectus della palpebra superiore (Fig. 2).

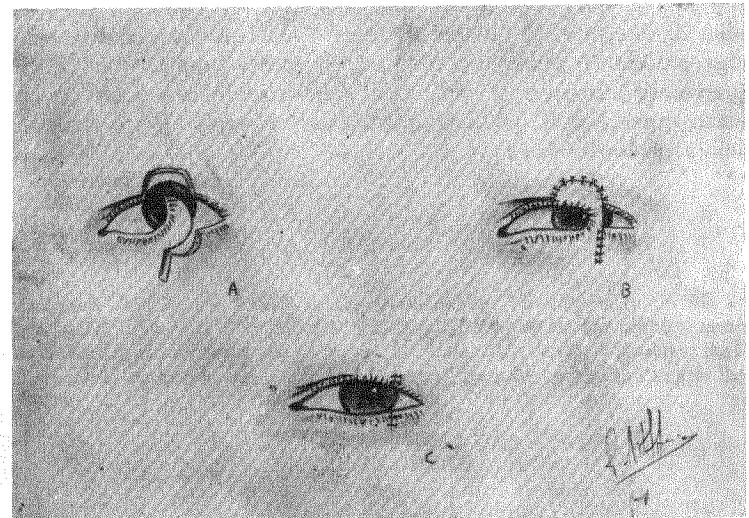


FIG. 2. La « switch flap » di Mustardè. A) Il lembo allestito sulla palpebra inferiore, viene ruotato di 180° per ricoprire il defectus della palpebra superiore. B) Il lembo suturato al defectus e la breccia chiusa per approssimazione diretta. C) Dopo che si sono stabilite le connessioni vascolari tra palpebra superiore e lembo, il peduncolo viene sezionato, completandosi così la ricostruzione tegumentaria.

Sono viceversa di largo impiego i lembi fronto-temporali scolpiti al di sopra del sopracciglio, gli innesti composti di padiglione auricolare e, nelle più vaste perdite di sostanza, i lembi frontali a peduncolo laterale foderati nel loro estremo distale, e quelli sovraorbitari di Fricke o di Meyer e Zaoli, anch'essi variamente foderati nel loro interno.

CONCLUSIONI

Dalla breve disamina di alcune delle tecniche utilizzate per la ricostruzione della cavità orbitaria e dei suoi annessi possiamo affermare che poche regioni del corpo umano si avvalgono di una così grande varietà di metodiche.

Non è stata nostra intenzione discutere sulla validità ed attuabilità di esse, ma solo citarne alcune che nella pratica clinica trovano larga attuazione, evidenziando principalmente i problemi che il chirurgo deve affrontare nel rifacimento di strutture che se da un lato hanno ormai scarso significato funzionale, viceversa attingono moltissimo a quello formale.

RIASSUNTO

Gli Autori affrontano i problemi funzionali ed estetici presenti nella chirurgia ricostruttiva dopo exenteratio-orbitae, descrivendo le tecniche più efficaci per la risoluzione di tali problemi, e cercando di definire per ognuna di esse da un lato le indicazioni ottimali al loro impiego, e, dall'altro, i risultati che dal loro uso si possono conseguire.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ZAOLI, G. e MOTTA, G. *La chirurgia ricostruttiva nel cancro della testa e del collo*. Ed. Piccin, Padova, 113-150, 1980.
- 2) WATSON, J. and McCORMACK, R. M. *Chirurgia Operatoria; Tecniche fondamentali di Chirurgia Plastica*. Verducci Ed.; Roma, 302-303, 1980.
- 3) SCUDERI, G. *Chirurgia Plastica della regione orbitaria*. Ed. Minerva Medica, Bari 1975.
- 4) CONVERSE, J. M. *Reconstructive Plastic Surgery*. W. B. Saunders Company 1977

PROBLEMI RIPARATIVI ORBITO-PALPEBRALI

- 5) MUSTARDE, J. C. *Repair and Reconstruction in the orbital region*. C. Livingston Ed. Edinburgh, 152-163, 1980.
- 6) WYINN and WILLIAMS, D. *Surgical treatment of malignant diseases of the peri-orbital area*. Brit. J. Plast. Surg. 20: 315, 1967.
- 7) REEH, M. J. *Discussion of paper of Smith, B. and Obeir, M. F.: The bridge flap technique for reconstruction of upper lid defects*. Trans. Am. Acad. Ophthalm. Otolaryngol. 71: 897, 1967.
- 8) SCOLARI, E. G. *La terapia radiante in dermatologia correttiva*. Minerva Dermatologica 35, 335, 1960.
- 9) ACTIS, G. e FARALDI, I. *Ricostruzione della palpebra superiore mediante rotazione della palpebra inferiore*. II Riunione della Società Oftalmologica Nord-Oce. Vincent, 1-2 Ottobre 1977. Minerva Oftalmologica, vol. 20, n. 1, pg. 107-110.