

## "DECISION-MAKING NELLA GESTIONE DELLE FISTOLE RINO-LIQUORALI"

**Giovanni Felisati** - A. Dragonetti, M. Cassano

Le lesioni durali della base cranica anteriore rappresentano una evenienza relativamente rara che può presentare un'ampia variabilità di presentazioni cliniche che vanno dalla fistola rinoliquorale evidente alla piccola deiscenza o cicatrice durale senza fistola. Dato che tutte queste situazioni cliniche sono potenzialmente alla base di complicanze anche mortali, tutte le lesioni durali e le fistole rinoliquorali (anche se la liquorrea è occulta) vanno considerate come situazioni cliniche gravi con pericolo per la vita. La meningite batterica rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità in questi pazienti, spesso rappresentando il primo segno clinico della patologia in questione. Tutte queste considerazioni rendono imperativa la pronta diagnosi, localizzazione e riparazione di ogni difetto durale al fine di chiudere qualunque comunicazione con le fosse nasali, cavità potenzialmente infette che possono trasmettere infezioni anche in assenza di una liquorrea evidente. Molteplici eziologie possono essere alla base di lesioni durali che vengono abitualmente classificate come traumatiche, spontanee o iatrogene.

La diagnosi differenziale delle fistole rinoliquorali si pone con altre condizioni patologiche in cui sia presente rinorrea quali forme di rinite vasomotoria, post-traumatiche o da corpo estraneo in cui la secrezione nasale può essere anche monolaterale.

La prima descrizione di una fistola rinoliquorale risale a Galeno nel secondo secolo DC, ma per la prima riparazione bisogna attendere più di 1700 anni con Dandy che eseguì la prima riparazione intracranica. La prima riparazione endonasale endoscopica viene attribuita a Wigand (1981). Da allora tale tecnica si è imposta per la bassa invasività e l'alta incidenza di successi (superiori al 90% in quasi tutte le casistiche). Per contrasto le classiche riparazioni intracraniche di competenza neurochirurgica presentano alta invasività (craniotomia, sollevamento del lobo frontale, lesione dei filuzzi olfattori) e, classicamente, bassa percentuale di successi, posizionata mediamente sul 60% (Senior e coll., 2001). I neurochirurghi tendono ad affermare che, pur in assenza di nuove casistiche pubblicate, le percentuali di successo degli approcci endocranici sono oggi da considerare superiori a quelle classiche in quanto sono migliorate le tecniche di realizzazione della plastica durale. Resta il fatto che l'approccio endocranico è infinitamente più aggressivo di quello endoscopico nasale e, anche nelle migliori mani, dà risultati inferiori. Per tale motivo oggi l'approccio endoscopico nasale si sta imponendo nel trattamento delle fistole evidenti e, come vedremo, assume anche nuovi spazi applicativi.

Argomento dell'intervista sarà il percorso diagnostico e terapeutico da affrontare nel caso vi sia un sospetto clinico di fistola rino-liquorale.

## **“LA FISTOLA RINOLIQUORALE”**

### **A.Dragonetti**

La fistola rinoliquorale è un difetto della rinobase che pone in comunicazione diretta la fossa cranica con le cavità paranasali; fortunatamente non è un evento frequente.

Le fistole possono essere traumatiche e spontanee; tra le traumatiche ovviamente quelle iatrogene in corso di chirurgia endonasale o neurochirurgia del basicranio anteriore, sono tra le più frequenti.

Non rare anche le fistole della fessura olfattoria spontanee nelle donne in età pre e postmenopausale causa riassorbimento per osteoporosi; le dimensioni della fistola possono variare da un semplice difetto osseo puntiforme a deiscenze di alcuni centimetri (ad esempio in resezioni cranifacciali endoscopiche per neoplasie maligne del basicranio).

Già negli anni '80 Wigand ha utilizzato la tecnica endoscopica per la riparazione delle fistole rinoliquorali, tanto da esserne attualmente il trattamento gold standard.

I materiali utilizzati in qualità di lembi riparatori sono solitamente autologhi: cartilagine settale, osso turbinale, mucoperiocondrio settale, mucoperiostio turbinale per i difetti di piccoli e medie dimensioni, la fascia lata in caso di brecce ampie superiori a 2-3 cm o lembi settali rivascolarizzati.

La tecnica prevede come primo step la disepitelizzazione ed eventuale regolarizzazione ossea dei margini del difetto per ottenere una maggiore forza tensioattiva del lembo donatore. Vi sono poi 3 possibili varianti di tecnica a seconda della dimensione fistolosa; se inferiore a 5 mm con tecnica overlay si posiziona il lembo di mucoperiocondrio o mucoperiostio endonasale; se tra 5 mm e 3 cm si inserisce underlay intercranico un frammento di cartilagine o osso e in overlay un lembo di mucoperiocondrio o mucoperiostio endonasale; se superiore a 3 cm si utilizza la fascia lata in triplo stato, ove il primo si posiziona underlay intradurale, il secondo underlay extradurale ma intercranico ed il terzo extracranico overlay endonasale.

Non riteniamo necessario il drenaggio lombare se non in caso di concomitante ipertensione endocranica e/o edema cerebrale; nella nostra casistica il successo di risoluzione al primo intervento è del 89% (17/19) e del 100% (2/2) dopo il secondo tentativo.

Ottima la compliance del paziente dopo trattamento endoscopico con degenza media di 4 gg.