

"GLI INSUCCESSI NELLA CHIRURGIA DELLA STAFFA"

Francesco Galletti - G. Ralli, A. Rinaldi-Ceroni

Gli insuccessi nella chirurgia dell'otosclerosi comprendono insuccessi uditivi ed insuccessi extrauditivi.

Nel primo gruppo distinguiamo insuccessi gravi e non recuperabili (anacusia o grave ipoacusia da sofferenza neurosensoriale traumatica o infettiva) e insuccessi da mancata chiusura o ricomparsa del gap trasmissivo, che possono essere risolti con una chirurgia di revisione.

Insuccesso minore di tipo uditivo può essere considerato il lieve peggioramento neurosensoriale della soglia uditiva limitato alle frequenze acute e l'accentuazione o la comparsa di un acufene.

Nel secondo gruppo ricordiamo l'insorgenza di vertigini persistenti, attribuibili o alla comparsa di fistola labirintica o ad una eccessiva lunghezza del pistone.

Altri gravi insuccessi extrauditivi sono la paralisi del facciale, la sovrainfezione dell'orecchio medio con insorgenza di labirintite o meningite.

Meno grave l'ipogeusia, in genere transitoria, da sezione della corda del timpano. Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo sulla chirurgia di revisione degli ultimi 18 anni, relativo agli insuccessi da ricomparsa o persistenza del gap trasmissivo, escludendo pertanto i casi di insuccesso da insorgenza di ipoacusia neurosensoriale e gli insuccessi extrauditivi; abbiamo descritto i riscontri intraoperatori e i risultati della chirurgia di revisione ed abbiamo rapportato i risultati al riscontro intraoperatorio. Le conclusioni emerse dallo studio sono le seguenti:

- 1) La chirurgia di revisione fornisce risultati, in termini di recupero uditivo, meno soddisfacenti della chirurgia in prima battuta.
- 2) Le probabilità di successo sembrano correlate ai riscontri intraoperatori con recupero inversamente proporzionale alla complessità delle manovre.
- 3) L'utilizzo del laser CO2 nella chirurgia di revisione sembra offrire maggior sicurezza nella riapertura platinare.
- 4) In caso di otosclerosi bilaterale e di persistenza del gap trasmissivo dopo il primo intervento, è meglio operare prima l'orecchio non operato e rioperare il primo orecchio solo dopo essersi assicurati un successo stabile e duraturo sul secondo orecchio.