

“Il trattamento chirurgico dell’atresia coanale. Nostra esperienza”

Carmelo Saraniti - C.Dispensa, F.Dispensa, D.Sciandra

L'atresia coanale consiste nella mancata pervietà della fossa nasale a livello della sua porzione posteriore. L'incidenza varia da 1:5000 a 1:8000 a seconda delle casistiche ; il rapporto maschi/femmine è di 1:2; nel 67% dei casi è monolaterale. Nel 90% dei casi è di natura ossea mentre nei rimanenti casi è membranosa o mista. Gli approcci chirurgici descritti sono molteplici: trans-palatina, trans-nasale, combinata trans-nasale e trans-settale.

La scelta della via d'approccio dipende dall'età del paziente, dalla mono o bilateralità della malformazione, dalla composizione e dall'estensione dell'atresia.

Lo scopo della chirurgia è quello di ottenere una canalizzazione stabile delle fosse nasali, di evitare il ristagno di muco, di evitare alterazioni di crescita del complesso cranio-facciale.

La nostra casistica comprende otto casi, osservati dal 1986 al 2000, di età compresa tra 3 e 57 anni (età media: 30 anni). Il tipo di lesione era monolaterale ossea in 5 casi, bilaterale ossea in 1 caso, monolaterale mista in 1 caso, bilaterale mista in 1 caso.

La tecnica chirurgica si è avvalsa in 6 casi di un approccio combinato trans-nasale e trans-settale; in 2 pazienti pediatrici è stato utilizzato solo l'approccio trans-nasale. La nostra tecnica chirurgica prevede: vasocostrizione della mucosa, lussazione verso l'alto del turbinato inferiore per migliorare l'esposizione del campo operatorio, l'incisione della mucosa nasale del piatto atresico, in modo da ottenere un lembo a cerniera laterale. Se viene utilizzata soltanto la via trans-nasale, si inizia con la perforazione dell'atresia a livello della sua porzione infero-mediale e successivamente si asporta il piatto atresico quindi, con ossivora retrograda, la parte posteriore del vomere. Se viene utilizzata anche la via trans-settale, viene eseguita la classica incisione emitrasfissa a destra, la correzione di eventuali deviazioni e la rimozione della parte posteriore del vomere. La mucosa che riveste il setto posteriore viene resecata da entrambi i lati in modo da non lasciare setto scoperto. Il tempo successivo è il riposizionamento del lembo nasale a rivestire la parete laterale della neocoana ed il tamponamento nasale per tre giorni.

Punto chiave di entrambi gli approcci è la demolizione del terzo posteriore del vomere.

Il follow-up è stato minimo di 1 anno e massimo di 15 anni. Nei sei casi trattati con approccio combinato abbiamo osservato: una recidiva; due casi di stenosi parziale di cui uno sintomatico. Nei due casi in cui è stato impiegato l'approccio trans-nasale il controllo a cinque anni ha evidenziato una soddisfacente pervietà della neocoana.