

LE OTITI E IL PEDIATRA: "PRACTICE ESSENTIALS"
16 novembre 2021, aula virtuale
IRCBG_21096

Le otiti croniche nei bambini

Enrico Muzzi

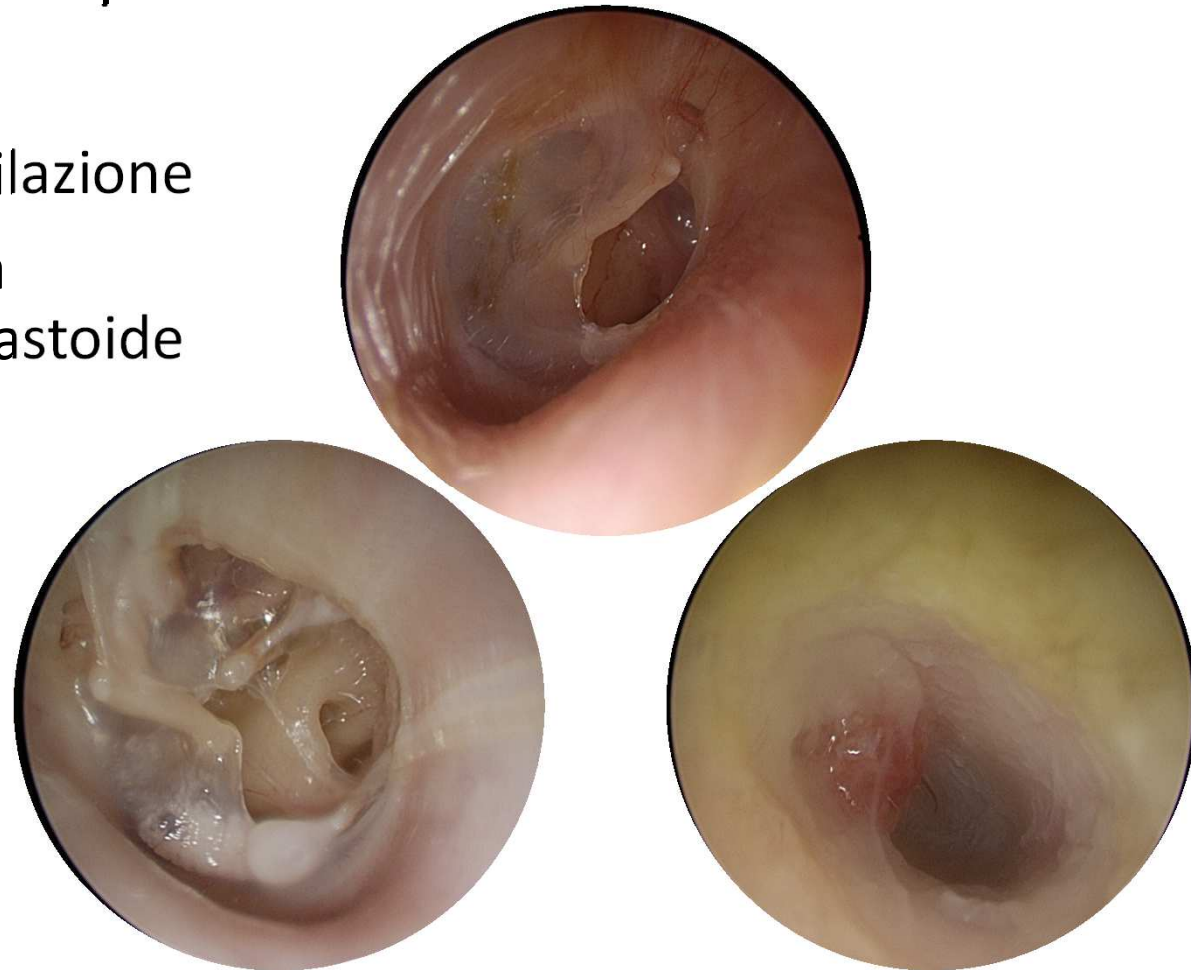
OMC = perforazione della MT/otorrea persistente/patologia specifica

- Traumatica
- Esito di OMA/OMAR + disventilazione
- Colesteatoma o altra patologia specifica di orecchio medio/mastoide

Cassa asciutta/secernente

Situazione audiologica

- VA
- VO



Il timpano

Sede della perforazione:

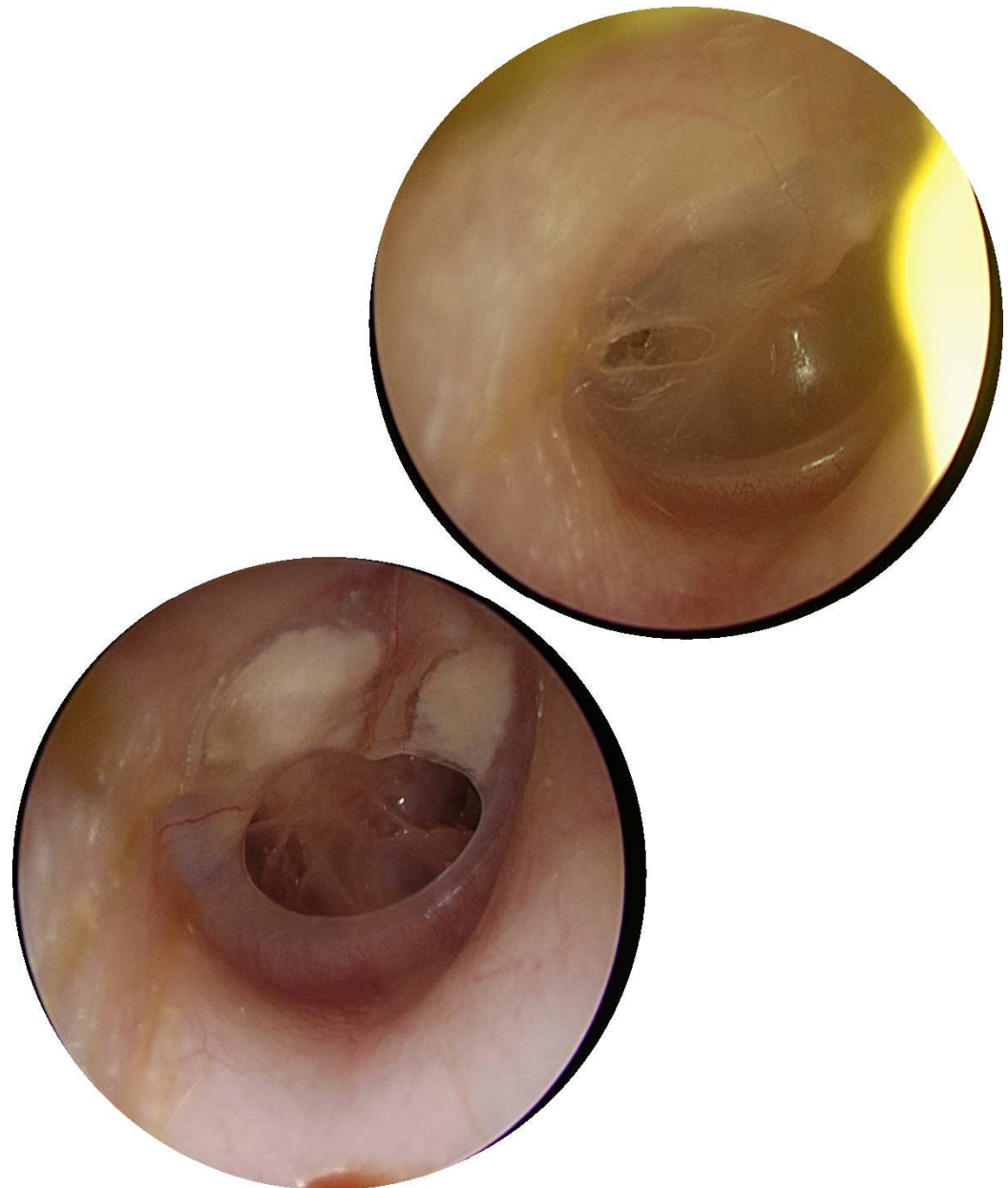
- Area di minor resistenza timpanica
- Disventilazione più o meno grave e selettiva (atelettasia, tasca di retrazione)

Un quadrante = micro/piccola

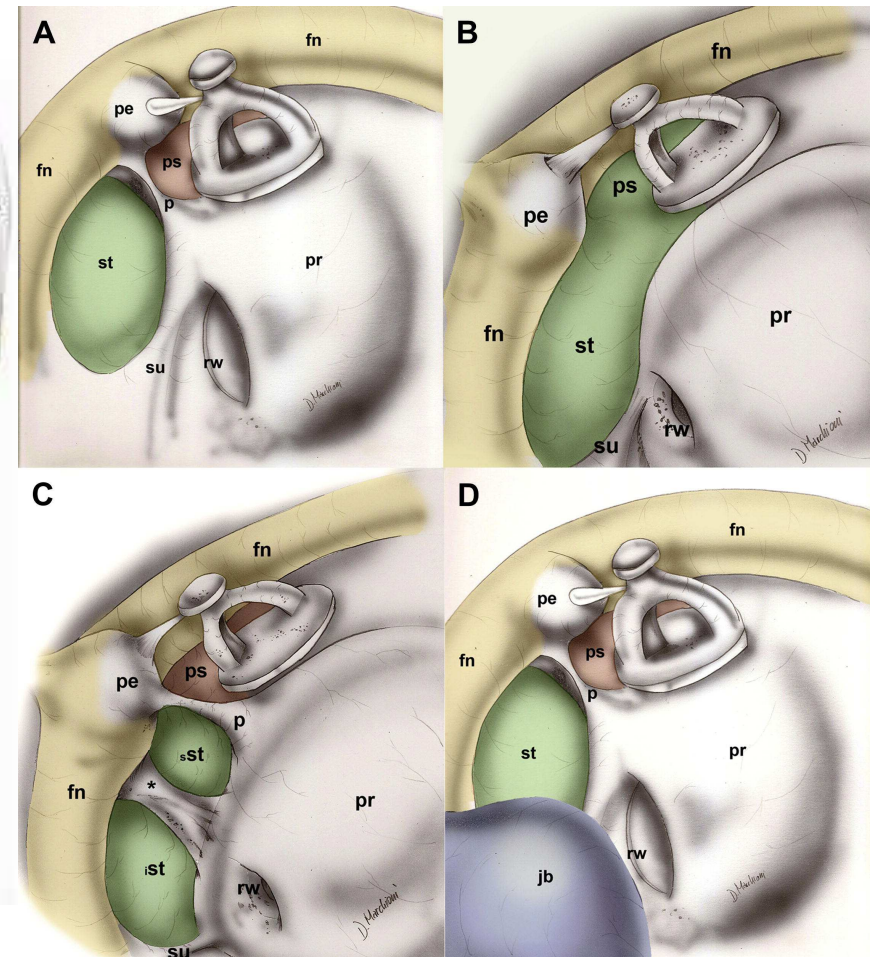
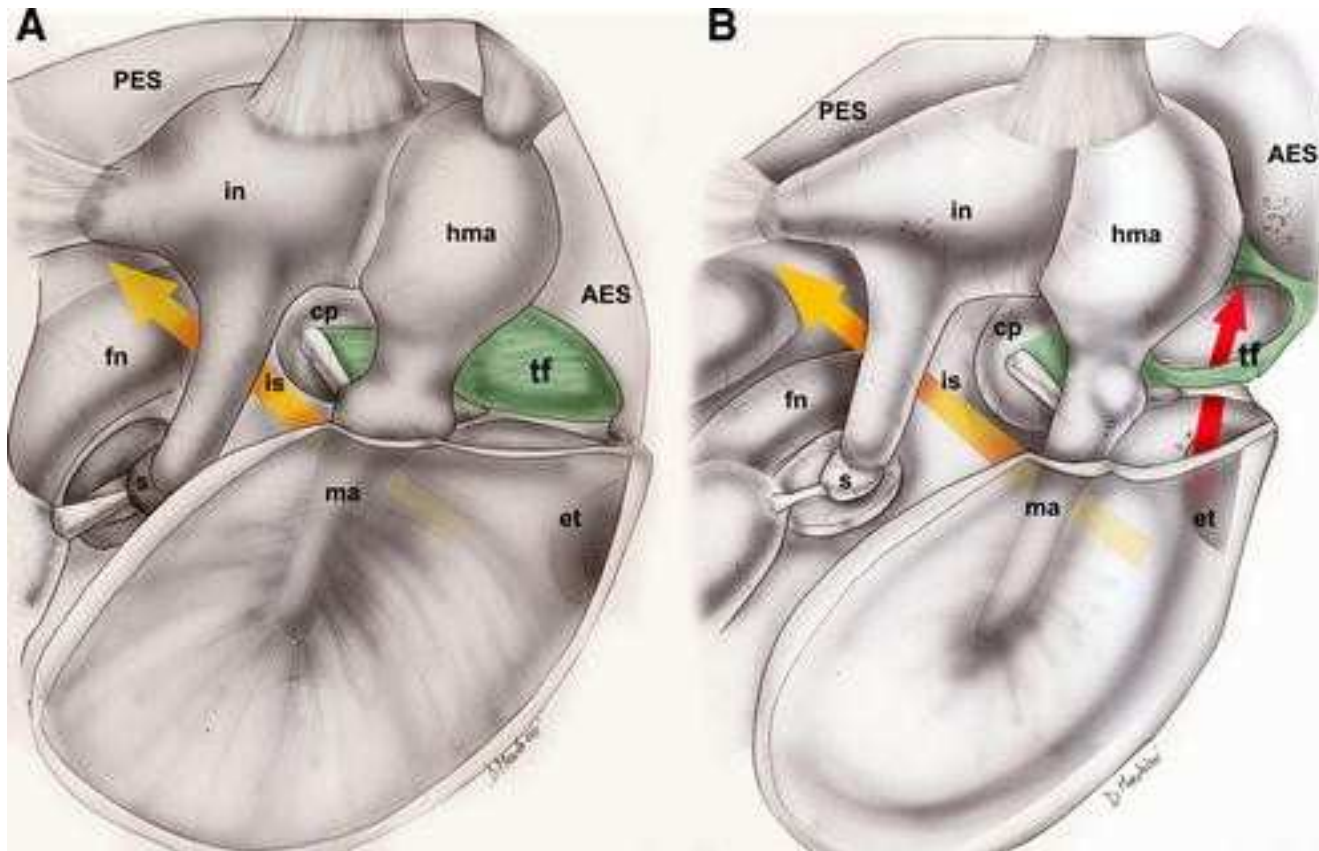
Due quadranti = medie dimensioni

Tre quadranti = ampia

Subtotale

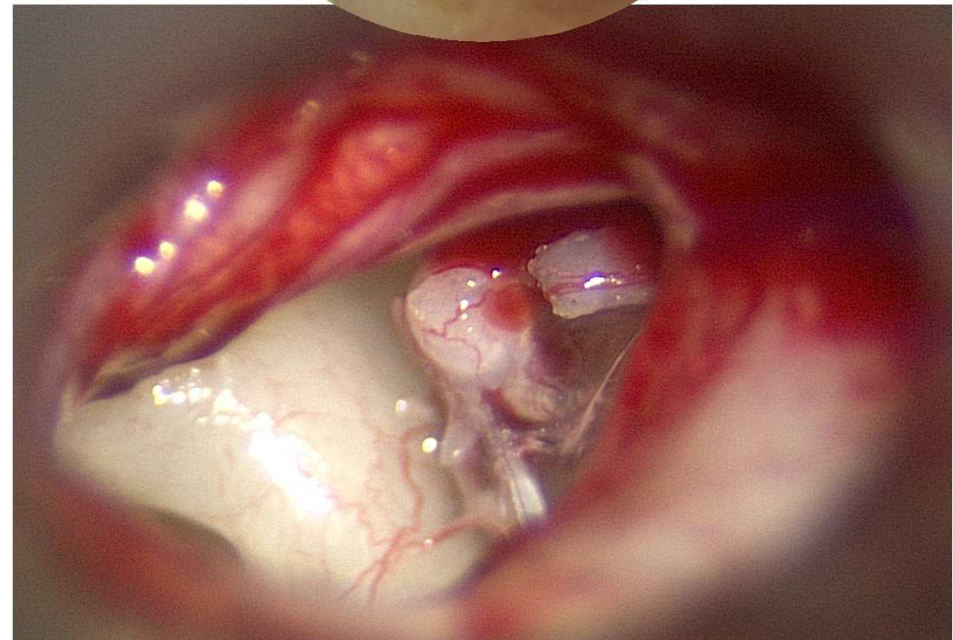
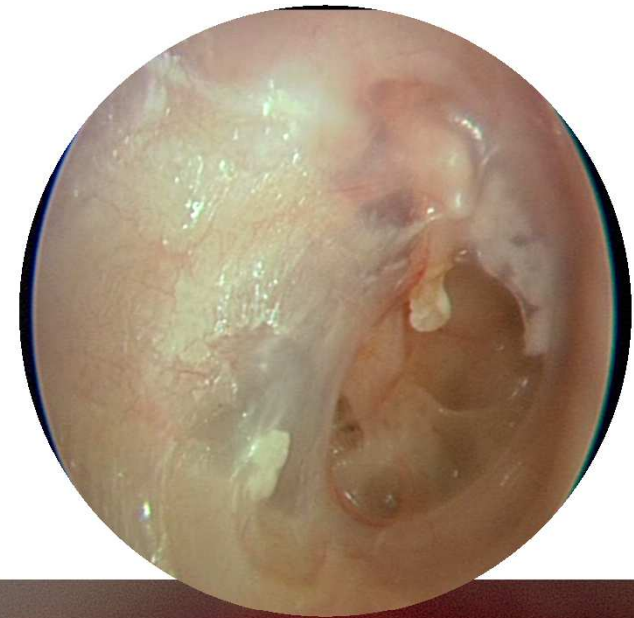


Cosa c'è dietro?



La catena ossicolare

- Esposizione martello
Ipoacusia trasmissiva lieve-moderata
- Erosione incudine
- Erosione sovrastruttura della staffa
- Dislocazione catena
Ipoacusia trasmissiva moderata



Come valutare una perforazione timpanica

Tempi di guarigione spontanea di una perforazione timpanica:
3 settimane/6 mesi

Valutazione ORL con otoendoscopia, audiometria e impedenzometria
(fibroscopia prime vie aeree)

Perforazioni semplici non richiedono accertamenti radiologici

Sospetto di patologia specifica richiede:

- TC senza mdc
- RMN senza mdc

Tecnica chirurgica MPL

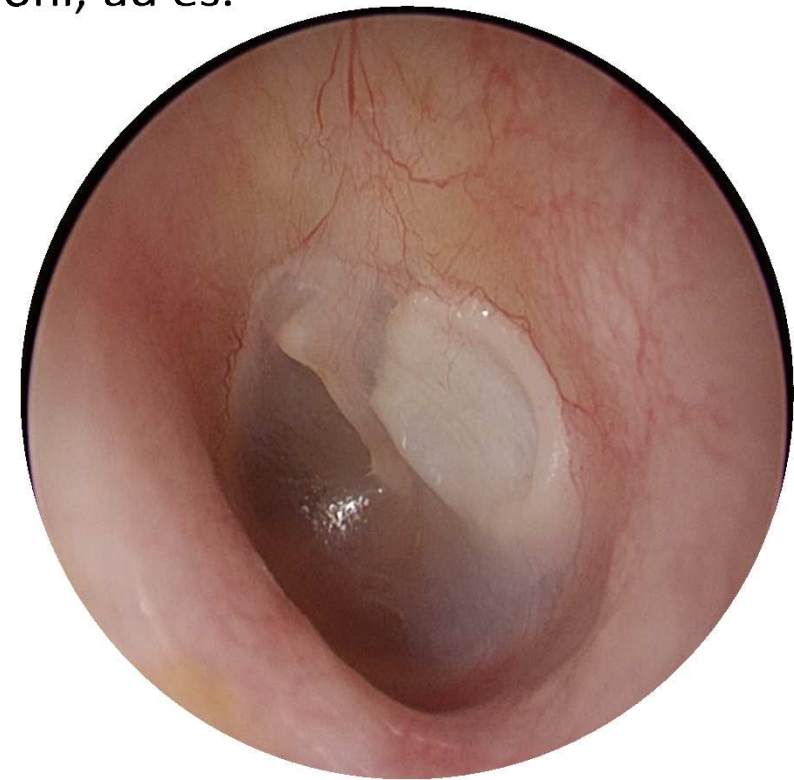
Accesso retroauricolare/endoaurale/transcanalare

Materiale di ricostruzione

- Sintetico (solo per MPL «di minima» o microperforazioni, ad es. Epifilm)
- Autologo
 - Fascia del muscolo temporale
 - Pericondrio tragale
 - Cartilagine conca
 - Cartilagine tragale

Posizionamento del graft

- Underlay
- Overlay
- Onlay
- Inlay

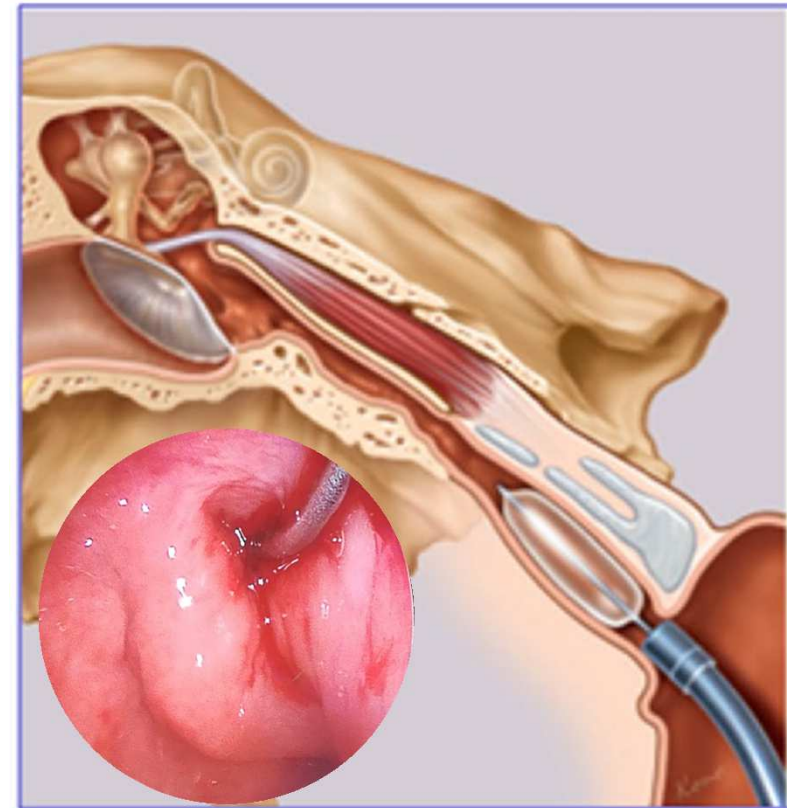


Quando operare le perforazioni semplici

La disventilazione cronica è parafisiologica nel bambino fino ai 6 anni circa e mette a rischio la tenuta del neotimpano

Considerazioni

- Con la MPL ripariamo il timpano ma non la disventilazione
- Perforazione come «drenaggio spontaneo»
- Ruolo del balloon tubarico?
- Tecniche mini-invasive prima dei 6 anni (ad es. in concomitanza con adenoidectomia)



Quando operare i colesteatomi

Il colesteatoma cresce erodendo con la sua prematrice infiammatoria le strutture ossee circostanti (catena ossiculare, limiti ossei dell'orecchio e della mastoide), infettandosi cronicamente e con riacutizzazioni

Aggressività locale individuale e tendenza alle recidive fino a 5 anni dopo l'intervento

Il «second look» può essere sostituito dalla RMN con sequenze DWI (non EPI) e mappa ADC a 12-24 mesi

Può essere necessario stadiare il tempo ricostruttivo



Recidivism of pediatric cholesteatoma

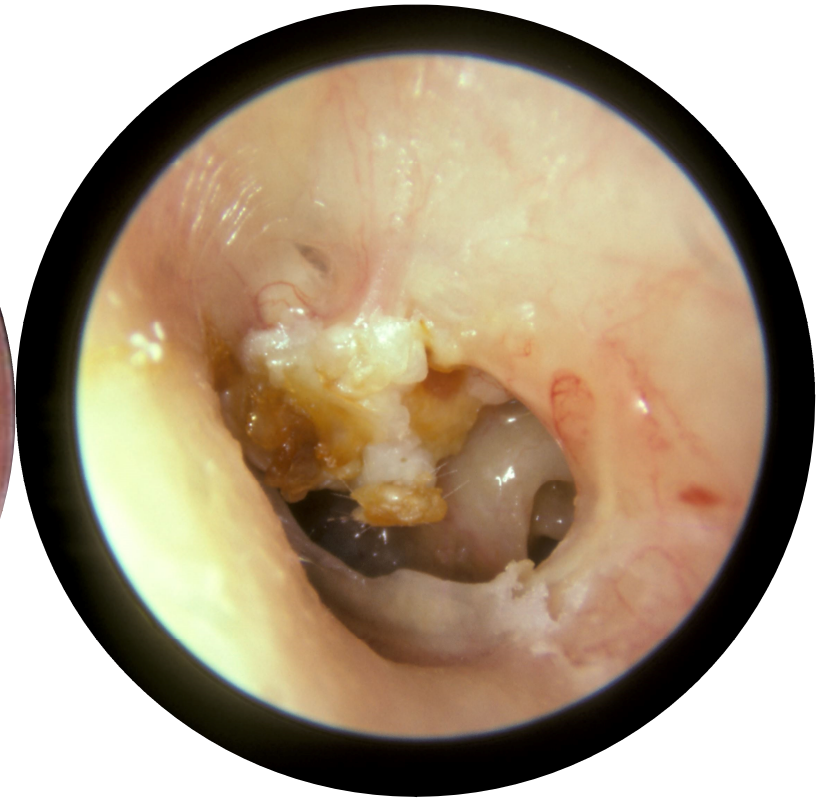
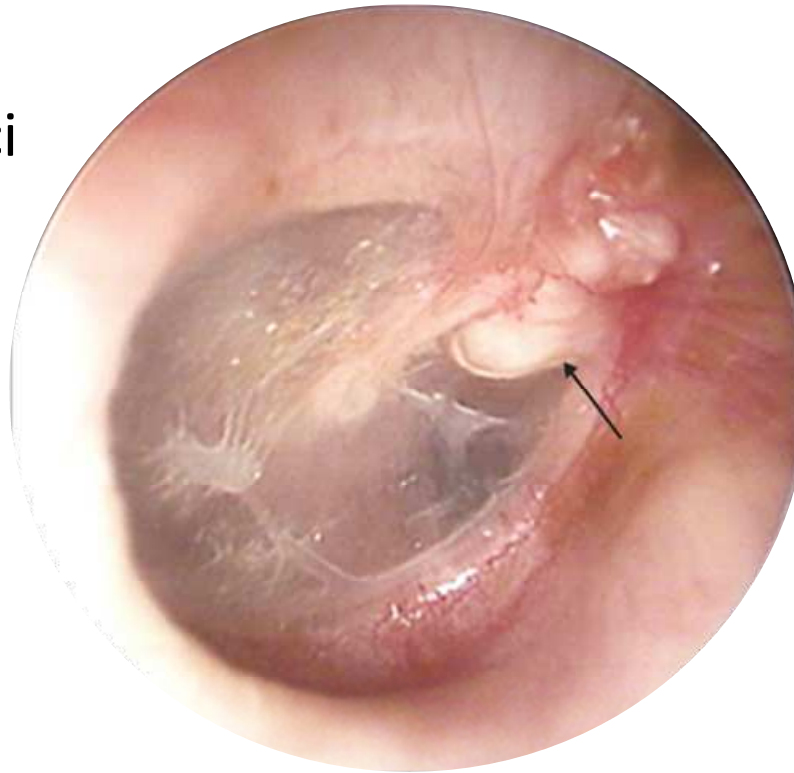
Paper	Country	Ears	Type	Follow up months	Operative technique	Recidivism overall rate %
Farah et al. 2014	Lebanon	26	Acquired	62	73% CWU	54
Visvanathan et al. 2012	Scotland	101	93% acquired	20	56% CWD	25
McRackan et al. 2011	USA	517	Acquired	36	79% CWU	23
De Corso et al. 2006	Italy	60	Acquired	60	CWD	27
Shirazi et al. 2006	USA	106	81% acquired	72	50% CWU	26
Silvola & Palva 1999	Scandinavia	84	Not mentioned	58	60% CWD-BOT	29
Iino et al. 1998	Japan	84	90% acquired	12	CWD-U	67
Stangerup et al. 1998	International	114	Acquired	70	43% TPL	24

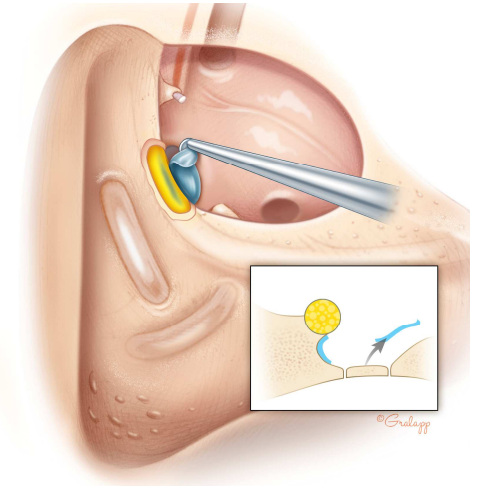
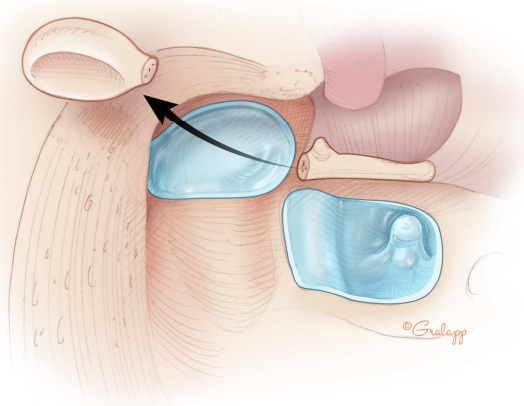
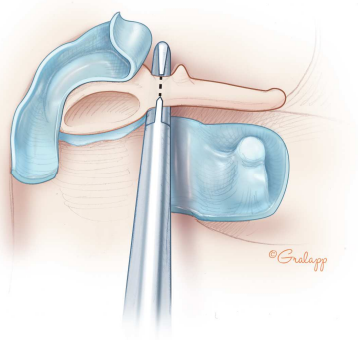
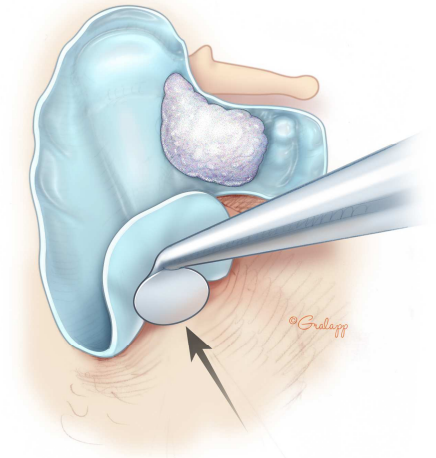
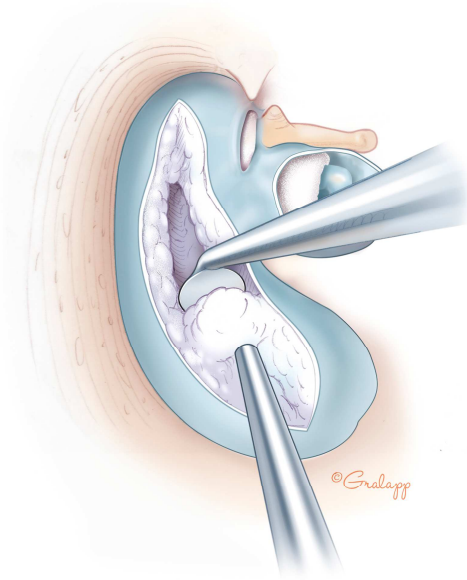
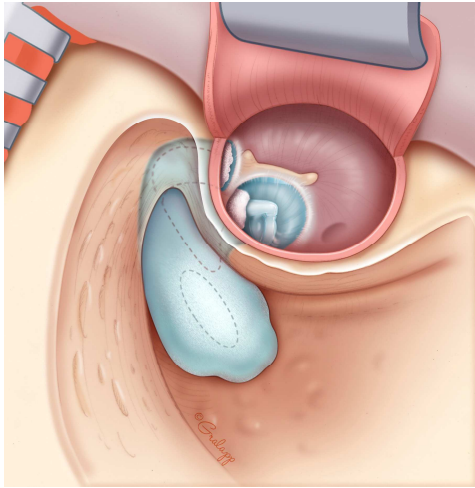
Chirurgia del colesteatoma

Individualizzata: da tecnica inside-out endoscopica, a canal wall up/down, a petrosectomia subtotale

Obiettivi chirurgici

- Safe ear
- Dry ear
- Hearing ear





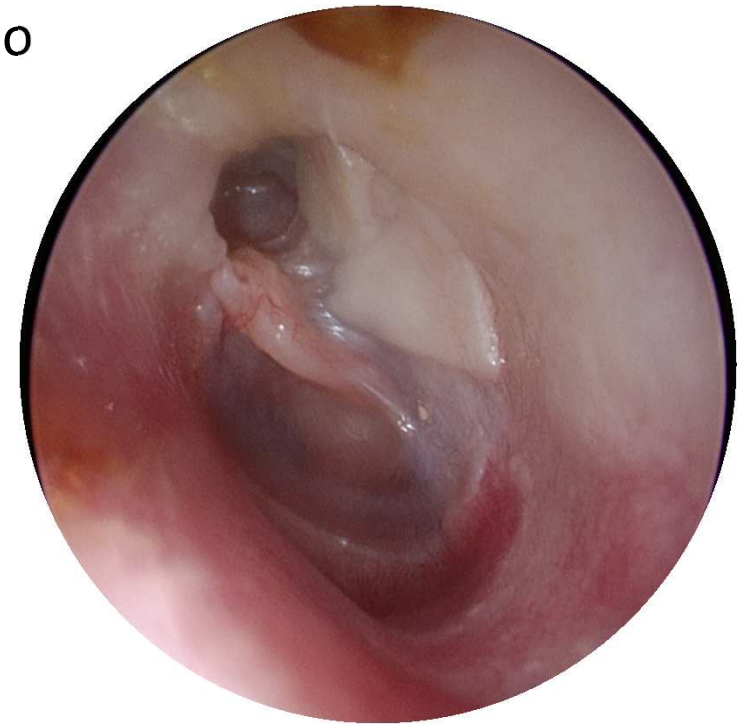
Follow up postchirurgico otologico

7 gg, 21-30gg, 2-3 mesi, 6 mesi, 1 anno, poi semestrali/annuali

Il timpano continua a migliorare per tutto l'anno dopo l'intervento (talvolta con perforazioni transitorie)

10% circa di recidive di perforazione che richiedono revisione

10% delle revisioni richiedono revisione



Ossiculoplastica

Obiettivo chirurgico AB gap < 25 dB a 3 mesi postop.
Soglia per VA \geq 30 dB a 3 mesi postop.

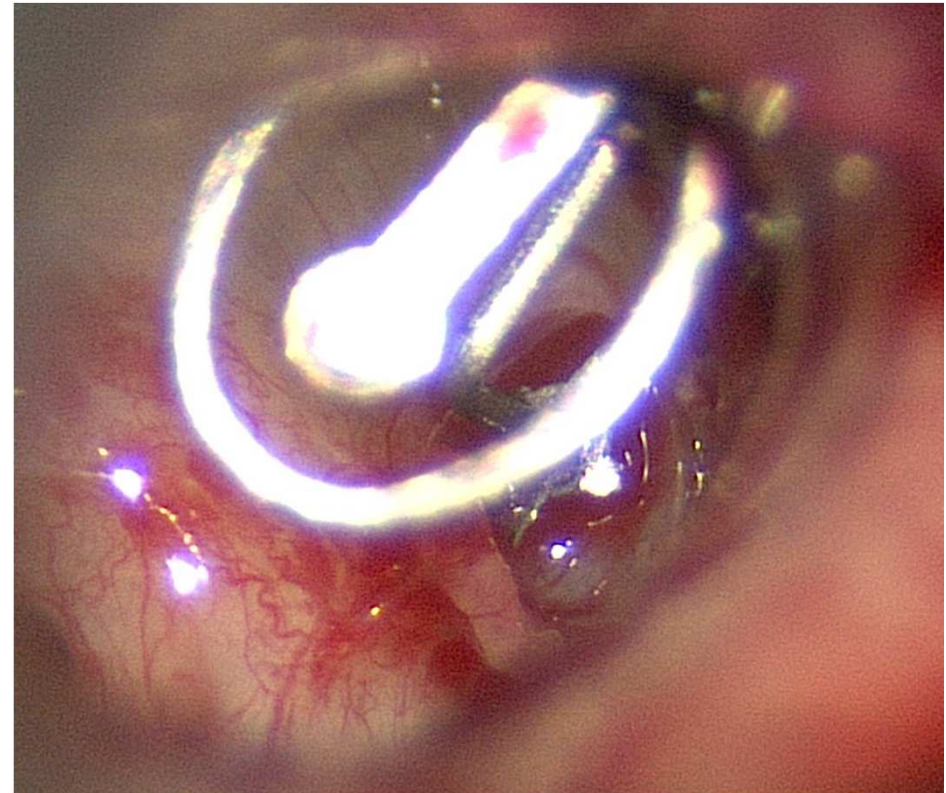
Verifica della motilità e dell'integrità degli ossicini

Staffa integra

- cartilagine concaie o tragale modellata
- incudine rimodellata
- PORP

Sovrastruttura della staffa erosa

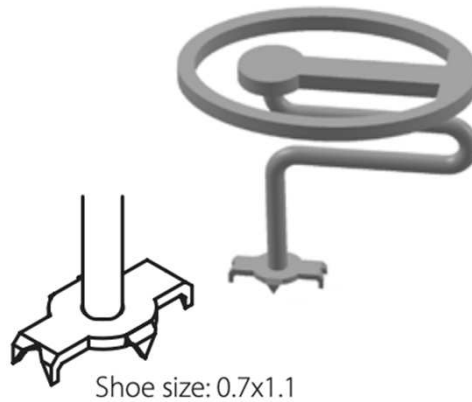
- TORP
 - corticale ossea
 - incudine rimodellata
- + zoccolo di cartilagine se platina erosa





Pediatric OPL - our policy in cholesteatoma

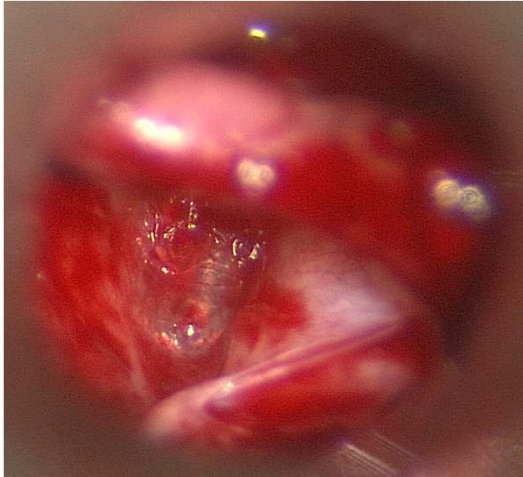
1. Reconstruct whenever the middle ear is clean and aerated
 - no age limits
 - prefer autografts in younger children (cartilage, incus, cortical bone)
 - make it simple and stable
 - cartilage interposition on intact stapes
 - adjustable titanium TORP with nailed shoe



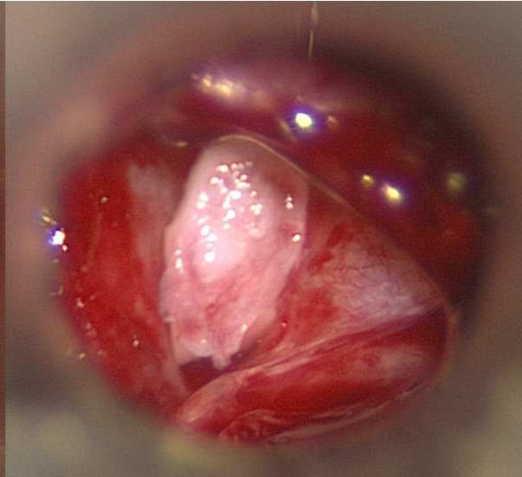
2. Stage if high risk of persistence/recurrence or predictors of poor hearing outcomes
 - large semicircular canal fistula
 - stapes fixation (refer to adult's otologist)
 - inner ear or stapes malformation



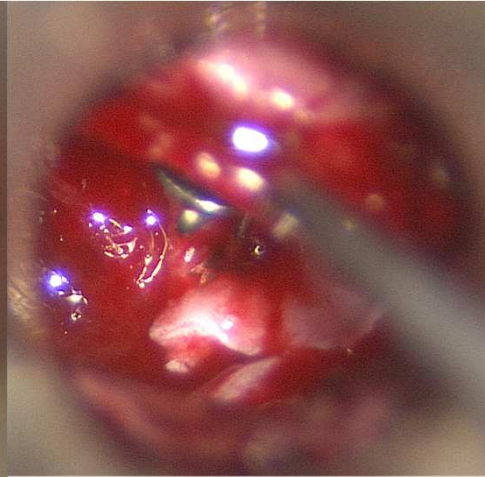
Staged reconstruction after CWU TPL



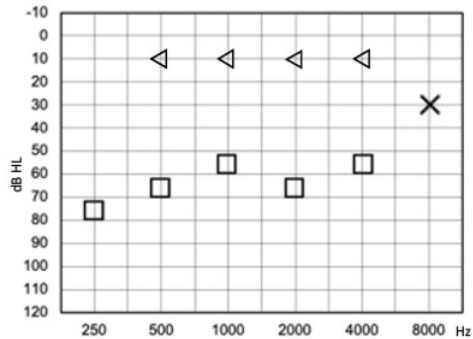
Stapes footplate with membranous appearance



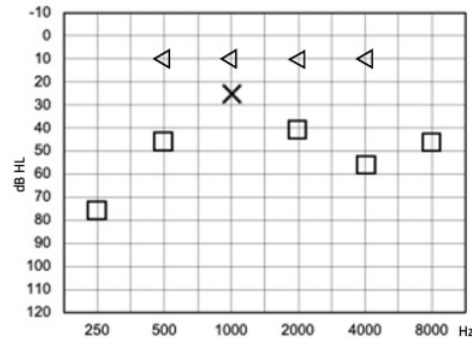
Cartilage shoe with its own perichondrium



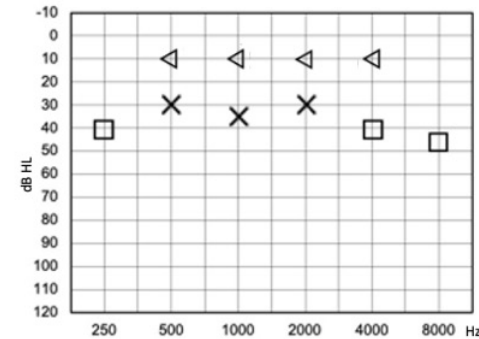
Perichondrium sheet and titanium TORP in place with cartilage graft on top



After CWU TPL



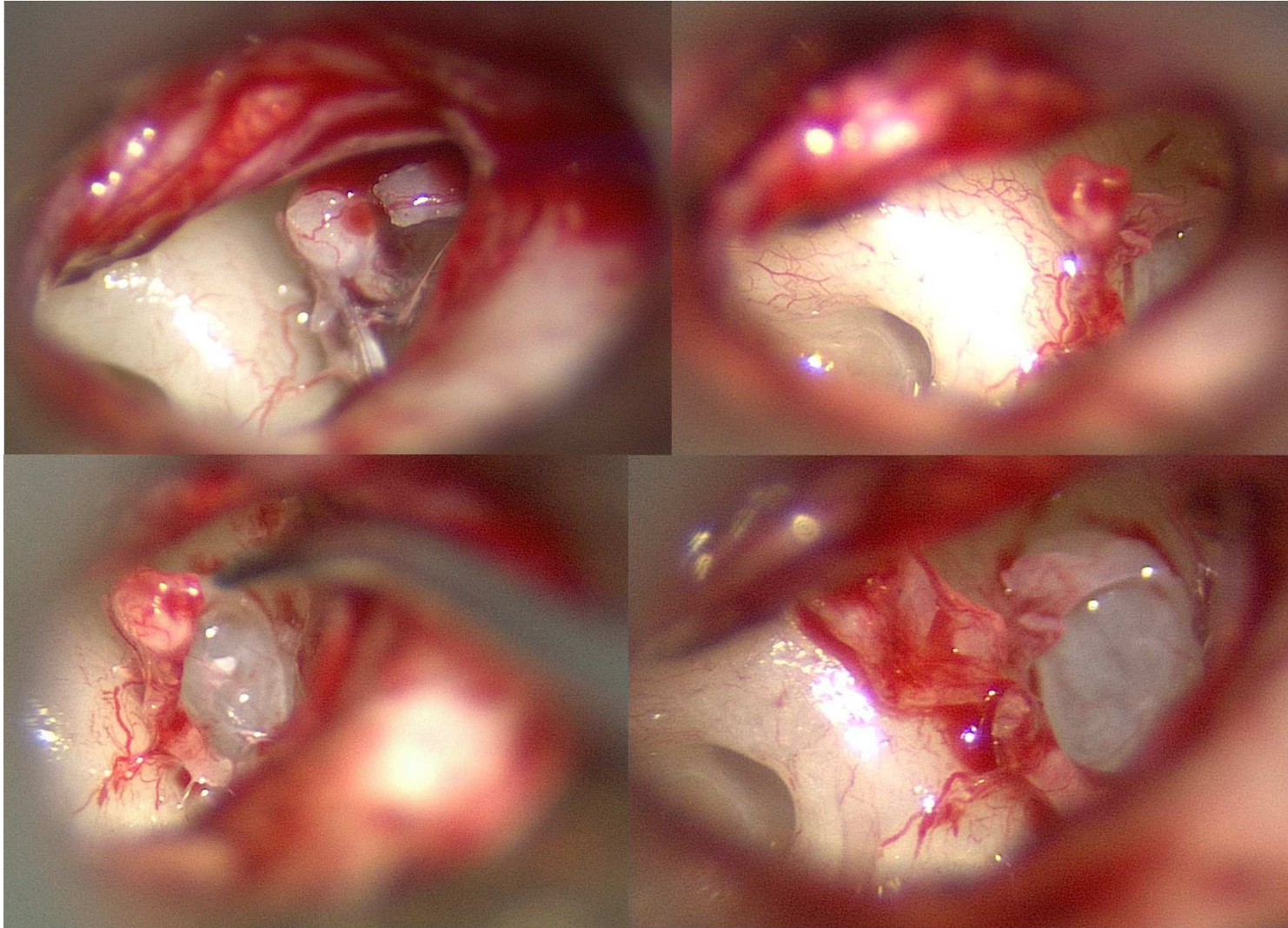
3w postop



3m postop



Traumatic ossicular chain disruption





Traumatic ossicular chain disruption

