

VIDEO

BASE CRANICA

APPROCCIO TRANSCANALARE TRANSPROMONTORIALE ENDOSCOPICO: CASO CLINICO DI NEURINOMA DEL VESTIBOLO	02
TRATTAMENTO ENDOSCOPICO TRANSNASALE DI FISTOLA RINOLIQUORALE SPONTANEA DELLA LAMINA CRIBROSA IN QUADRO DI EMPTY SELLA SYNDROME	03
RIPARAZIONE DI FISTOLA RINOLIQUORALE PER VIA ENDOSCOPICA CON TECNICA MULTILAYER	04
NEURECTOMIA VESTIBOLARE MEDIANTE APPROCCIO ENDOSCOPICO TRANSCANALARE TRANSVESTIBOLARE	05
VOLUMINOSA NEOFORMAZIONE DEL BASICRANIO LATERALE ESTESA AL CLIVUS: QUALE APPROCCIO BIOPTICO?	06

LARINGOLOGIA

APPLICAZIONI DELL'ESOSCOPIO 3D VITOM NELLA MICROCHIRURGIA DELLA LARINGE	07
---	----

NUOVE TECNOLOGIE

ABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DEL MICROCARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE A BASSO RISCHIO	08
---	----

ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA

COMPARTMENTAL SURGERY IN TONGUE TUMORS: ANATOMICAL-FOCUSED DESCRIPTION OF THE SURGICAL TECHNIQUE	09
APPROCCIO TRANSORALE ANATOMICO-GUIDATO AL CARCINOMA LIGUALE IN STADIO PRECOCE	10
XANTOASTROCITOMA PLEOMORFO DELLA REGIONE SOPRASELLARE	11

ORL PEDIATRICA

RIPARAZIONE DI UN CLEFT LARINGEO DI I TIPO IN ESOSCOPIA 3D 4K	12
---	----

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE UDIVA

UN CASO COMPLESSO DI RECIDIVA DI COLESTEATOMA TRATTATO PER VIA ENDOSCOPICA ESCLUSIVA.	13
IMPIANTO COCLEARE CON PETROSECTOMIA SUBTOTALE ED OBLITERAZIONE DELL'ORECCHIO MEDIO IN PAZIENTE AFFETTA DA OSTEOGENESI IMPERFETTA	14
FISSITÀ DEL MARTELLO A SEGUITO DI STAPEDOPLASTICA	15
POSIZIONAMENTO DI IMPIANTO COCLEARE PER VIA SOVRAMEATALE ENDOSCOPICA ASSISTITA IN PAZIENTE CON SINDROME DI CHARGE	16
IL TRAINING NELLA CHIRURGIA OTOLOGICA: OSSICULOPLASTY PROJECT	17
PESTROSECTOMIA SUBTOTALE IN RECIDIVA COMPLESSA DI COLESTEATOMA DELL'ORECCHIO MEDIO	18

RINOLOGIA E CHIRURGIA PLASTICA FACCIALE

APPROCCIO MINIVASIVO ENDOSCOPICAMENTE ASSISTITO PER L'ASPORTAZIONE DEGLI OSTEOMI DELL'OSSO FRONTALE	19
ANALISI E TRATTAMENTO DEL NASO TORTO POST TRAUMATICO	20

BASE CRANICA**TITOLO: APPROCCIO TRANSCANALARE TRANSPROMONTORIALE ENDOSCOPICO: CASO CLINICO DI NEURINOMA DEL VESTIBOLO****SPEAKER 1**

NOME: Federica

COGNOME: Spina

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA -
POLICLINICO UNIVERSITARIO DI MODENA

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: BASE CRANICA**

RAZIONALE: L'obiettivo di questa presentazione è quello di illustrare un caso di schwannoma limitato al vestibolo trattato chirurgicamente mediante un approccio endoscopico transcanale transpromontoriale.

MATERIALI E METODI: Riportiamo il caso di una paziente di 57 anni con diagnosi radiologica di schwannoma del vestibolo. Al momento della prima diagnosi la paziente non presentava una significativa compromissione dell'udito, al contrario la sintomatologia si riduceva ad una lieve instabilità posturale. Alla Risonanza Magnetica di follow-up a circa 2 anni dalla prima diagnosi, le dimensioni della lesione apparivano stabili, tuttavia l'udito della paziente aveva subito un importante deterioramento e l'instabilità diventata invalidante. Si candidava pertanto la paziente ad exeresi della lesione per via endoscopica transcanale transpromontoriale. Questo approccio infatti è riservato a pazienti con non-serviceable hearing e in cui la lesione interessa il vestibolo, la coclea e il condotto uditivo interno ma non si estende nell'angolo pontocerebellare. Prevede un'ampia canalplastica, la rimozione della catena ossiculare, la fresatura del promontorio e l'accesso al vestibolo ed al condotto uditivo interno, ed infine l'obliterazione della cavità con tessuto adiposo e la chiusura del condotto uditivo esterno a cul di sacco. Questo approccio permette l'exeresi della lesione con ottimo controllo visivo del nervo facciale nel suo tratto intracanalare e timpanico.

RISULTATI: Non si sono presentate complicanze intra nè post-operatorie, in particolare non si è assistito a paralisi post-operatoria del nervo facciale. All'ultimo follow-up la paziente riferisce una completa risoluzione della sintomatologia vertiginosa.

CONCLUSIONI: L'approccio endoscopico transcanale transpromontoriale è da tenere in considerazione per neurinomi di piccole dimensioni limitate all'orecchio interno e al condotto uditivo interno che richiedano trattamento chirurgico per sintomi invalidanti laddove l'udito sia già stato compromesso.

BASE CRANICA**TITOLO: TRATTAMENTO ENDOSCOPICO TRANSNASALE DI FISTOLA RINOLIQUORALE SPONTANEA DELLA LAMINA CRIBROSA IN QUADRO DI EMPTY SELLA SYNDROME****SPEAKER 1**

NOME: Giulia

COGNOME: Gobbo

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Università degli Studi di Verona

STATO: ITALIA

Specializzando

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: BASE CRANICA**

RAZIONALE: La fistola rinoliquorale rappresenta una comunicazione tra lo spazio subaracnoideo intracranico e la fossa nasale, che richiede un trattamento tempestivo per l'alto tasso di complicanze. Ad oggi, l'approccio endoscopico endonasale è considerato il gold standard per il trattamento delle fistole rinoliquorali, ed è associato a tassi di successo superiori al 90%, ridotta morbilità e ottimo risultato ricostruttivo rispetto agli approcci open, grazie al miglior campo visivo ed alla maggiore esposizione chirurgica, resa possibile da una visione magnificata. La tecnica endoscopica è più adatta a fistole di natura iatrogena o spontanea e per piccoli difetti localizzati a livello del seno sfenoidale, della lamina cribrosa o dell'etmoide.

MATERIALI E METODI: Presentiamo il caso di una paziente giunta alla Nostra attenzione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona per rinorrea continua ad acqua di roccia e cefalea frontale. Alla TC e RMN si riscontrava fistola rinoliquorale, localizzata a livello della lamina cribrosa di destra in corrispondenza del terzo anteriore del bulbo olfattorio, ed accidentale riscontro di empty sella primaria, associata a normofunzione ipofisaria. Esclusa la possibilità di ipertensione endocranica, si è proceduto a riparazione endoscopica transnasale del difetto mediante tecnica multilayer, con Lyoplant in underlay ed innesto mucopericondrale del turbinato medio in overlay.

RISULTATI: Abbiamo ottenuto completa chiusura del difetto e la paziente è stata sottoposta a follow-up clinico-radiologico. A distanza di due anni la ricostruzione risulta ben integrata, senza evidenza di recidive.

CONCLUSIONI: L'approccio transnasale endoscopico è al giorno d'oggi considerato il gold standard nel trattamento delle fistole rinoliquorali; esso è associato a ridotti tempi chirurgici e rapido recupero post-operatorio, con bassi tassi di complicanze e ottimi risultati a lungo termine. L'approccio endoscopico non può tuttavia sostituirsi ad un approccio open in casi complessi, ma può rivelarsi un valido supporto nelle tecniche combinate.

BASE CRANICA**TITOLO: RIPARAZIONE DI FISTOLA RINOLIQUORALE PER VIA ENDOSCOPICA CON TECNICA MULTILAYER****SPEAKER 1**

NOME: Andrea

COGNOME: Tondo

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): AOU Sassari, UOC Otorinolaringoiatria, Sassari.

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: BASE CRANICA**

RAZIONALE: La tecnica di chirurgia endoscopica di riparazione di fistola rinoliquorale consiste nell'individuazione del leakage di liquido cefalorachidiano a livello della cavità nasale con ausilio di mezzo tracciante previa esecuzione di ESS (endoscopic sinus surgery) e nella successiva plastica del difetto mediante l'utilizzo di materiali sia autologhi che eterologhi. Questo approccio consente una rapida ed efficace risoluzione della patologia con una minore invasività, laddove possibile, rispetto ad altre tipologie di accesso chirurgico.

MATERIALI E METODI: Paziente di sesso femminile, 62 anni, BMI >30, anamnesi negativa per traumi cranio-facciali, non sottoposta a precedenti interventi chirurgici e non affetta da altre patologie correlate. E' giunta alla nostra osservazione per rinorrea presente da 5 mesi. La valutazione preoperatoria con ausilio di endoscopia nasale con ottica rigida 0° ha evidenziato la presenza di secrezione acquosa limpida localizzata nella fossa nasale sinistra, in assenza di evidenti soluzioni di continuità a livello del tetto delle cavità nasali e senza ulteriori segni e/o sintomi. All'imaging preoperatorio (TC ed RM cranio-encefalo e massiccio-facciale) quadro di assottigliamento delle lamelle ossee a livello del basicranio medialmente alla lamina dei cornetti.

RISULTATI: La paziente è stata sottoposta a intervento di ESS sinistra e riparazione di fistola rinoliquorale per via endoscopica con tecnica a tre strati (con applicazione di adipe autologo, colla di fibrina Tisseel 4ml, membrana Lyoplast Onlay e strato mucosale autologo) previo posizionamento di derivazione lombare esterna in collaborazione con l'equipe Neurochirurgica ed iniezione di mezzo tracciante (Fluoresceina). La degenza è stata di 10 giorni. Alla rimozione del tampone nasale in quarta GPO (giornata post-operatoria) si osservava la completa risoluzione del quadro di rinorrea, confermata ai successivi controlli clinici e strumentali dopo rimozione della DSE (derivazione spinale esterna). Negativa inoltre la TC cranio-encefalo eseguita in trentesima GPO.

CONCLUSIONI: La tecnica chirurgica endoscopica di plastica di fistola rinoliquorale è una valida soluzione per il trattamento delle lesioni traumatiche e spontanee che coinvolgono il tetto della cavità nasale. La riparazione di difetti ossei ampi può essere conseguita mediante un approccio con tecnica multilayer con applicazione di diversi materiali biologici. L'intervento per via endoscopica consente un decorso post-operatorio breve e con un numero ridotto di complicanze.

BASE CRANICA**TITOLO: NEURECTOMIA VESTIBOLARE MEDIANTE APPROCCIO ENDOSCOPICO TRANSCANALARE TRANSVESTIBOLARE****SPEAKER 1**

NOME: Maria

COGNOME: Rosini

AFFILIAZIONE: Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: BASE CRANICA**

RAZIONALE: descrivere la tecnica chirurgica endoscopica di neurectomia vestibolare con approccio transcanalare transvestibolare

MATERIALI E METODI: una paziente di 57 anni, affetta da Malattia di Meniere non responsiva ai trattamenti conservativi e al trattamento iniettivo intratimpanico, è stata presa in carico presso il servizio di Otorinolaringoiatria del Policlinico di Modena. La paziente presentava attacchi debilitanti ricorrenti di vertigine e i controlli audiometrici mostravano una ipoacusia neurosensoriale di grado profondo persistente. Alla luce del quadro clinico e in accordo con la paziente si è optato per una neurectomia vestibolare con approccio endoscopico transcanalare transvestibolare. Durante l'intervento è stato posizionato un elettrodo "dummy" a livello cocleare per consentire un eventuale futuro posizionamento di impianto cocleare.

RISULTATI: l'intervento è stato eseguito con successo tecnico. Non si sono verificate complicanze intraoperatorie. Le TC di controllo eseguite 6 ore e 5 giorni dopo l'intervento chirurgico non hanno evidenziato complicanze. Il decorso post-operatorio è stato regolare. La dimissione è avvenuta in quinta giornata post-operatoria. A 6 mesi di distanza la paziente riferisce la scomparsa degli episodi vertiginosi.

CONCLUSIONI: l'approccio endoscopico transcanalare transvestibolare per la sezione dei nervi vestibolari offre i vantaggi di una mininvasività, dell'assenza della craniotomia e della manipolazione cerebrale e di una breve degenza ospedaliera. La preservazione della coclea e del nervo cocleare consente il posizionamento di un impianto cocleare, contestuale o differito. È un approccio sicuro ed efficace, che può essere proposto ai pazienti affetti da Malattia di Meniere non responsiva a trattamenti meno invasivi, con attacchi vertiginosi debilitanti e ipoacusia neurosensoriale di grado profondo.

BASE CRANICA**TITOLO: VOLUMINOSA NEOFORMAZIONE DEL BASICRANIO LATERALE ESTESA AL CLIVUS: QUALE APPROCCIO BIOPTICO?****SPEAKER 1**

NOME: Costanza

COGNOME: Galloni

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Università di Modena e Reggio Emilia – Policlinico di Modena

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: BASE CRANICA**

RAZIONALE: Il basicranio, e il clivus in particolare, può essere interessato da un'ampia gamma di patologie: infiammatorie, infettive e neoplastiche, benigne e maligne. La gestione di queste lesioni richiede una conoscenza approfondita dell'estrema complessità anatomica di questa regione.

L'imaging è fondamentale nella formulazione di una diagnosi, oltre a fornire preziose informazioni relativamente all'estensione della lesione e ai suoi rapporti con le molteplici strutture neurovascolari che si trovano a questo livello. Il sintomo principale, infatti, oltre alla cefalea, è rappresentato dai deficit dei nervi cranici, compressi o infiltrati dalla lesione.

MATERIALI E METODI: Il video presentato verterà sul caso clinico di un paziente affetto da una voluminosa neoformazione a carico del basicranio laterale destro estesa al clivus, che si è manifestata clinicamente con deficit di multipli nervi cranici bilateralmente (V, IX, X, XI e XII a destra e III, IV e VI a sinistra).

Nel corso del video verranno mostrati la clinica del paziente, l'imaging, l'approccio chirurgico scelto per l'esecuzione dei prelievi biotipici, l'aspetto istopatologico della lesione e il management terapeutico.

RISULTATI: Verranno confrontati i possibili approcci chirurgici per l'esecuzione di biopsie diagnostiche in caso di neoformazioni del basicranio: endoscopici transnasali (transplanum, transellare, transclivale, transpterigoideo), fossa cranica media e infracocleare.

CONCLUSIONI: Il basicranio rappresenta una sede estremamente ostica per l'esecuzione di biopsie. A fronte della vasta molteplicità di possibili lesioni che possono interessarlo, è necessario scegliere un approccio biotipico che garantisca una quantità di tessuto sufficiente al patologo per la formulazione di una diagnosi. È mandatorio che casi come quello presentato vengano centralizzati in ospedali di terzo livello, dove vi siano chirurghi esperti nella patologia del basicranio con una buona padronanza dei differenti approcci chirurgici possibili.

TITOLO: APPLICAZIONI DELL'ESOSCOPIO 3D VITOM NELLA MICROCHIRURGIA DELLA LARINGE**SPEAKER 1**

NOME: Claudio

COGNOME: Montuori

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Dipartimento Testa collo e organi di senso

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: LARINGOLOGIA**

RAZIONALE: (minuscolo) *: La tecnologia con esoscopio tridimensionale è diventata sempre più popolare nella chirurgia testa-collo, con risultati preliminari molto promettenti. Tra questi, l'esoscopio 3D VITOM®, un sistema video introdotto dall'azienda Karl Storz Endoskope (Germany) combina la tecnologia tridimensionale con una risoluzione in 4K HD. La sua utilità pratica è stata analizzata con una serie di vantaggi: il campo di visuale aumentato, l'ergonomia, l'alta definizione dei dettagli anatomici e la qualità dell'immagine 3D. Queste caratteristiche sono particolarmente adatte alla microchirurgia laringea, sia per i pazienti adulti che pediatrici.

MATERIALI E METODI: (minuscolo) *: In questo video vi presentiamo il caso clinico di una paziente di 83 anni, con storia di carcinoma squamoso scarsamente differenziato (G3) della laringe glottica stadiata cT2 N0 M0, trattato con radioterapia esclusiva tra marzo e aprile 2021. Il paziente ha proseguito i regolari controlli di follow-up, ma durante una visita 18 mesi dopo in fibrorinolaringoscopia è stata evidenziata un'area leucoplasica a livello del piano glottico. Questa area è stata sottoposta a biopsia con esame istologico compatibile con recidiva di carcinoma squamoso; il paziente è stato poi sottoposto a RM, stadiata come rcT1aN0

RISULTATI: (minuscolo) *: Il caso è stato discusso al board multidisciplinare del nostro centro ed è stata posta indicazione a intervento chirurgico. Il paziente è andato incontro a intervento di cordectomia tramite microlaringoscopia, con intento di radicalità.

CONCLUSIONI: (minuscolo) *: Va sottolineato che l'indicazione alla chirurgia conservativa dopo trattamento RT o CHT non è scelta semplice. In questo caso, le piccole dimensioni del tumore unite alla buona esposizione del piano glottico ci hanno fatto optare per questa particolare strategia di trattamento.

NUOVE TECNOLOGIE**TITOLO: ABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DEL MICROCARCINOMA PAPILLARE DELLA TIROIDE A BASSO RISCHIO****SPEAKER 1**

NOME: Luca

COGNOME: Canali

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Humanitas University, Pieve Emanuele (MI)

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: Ablazione con Radiofrequenza nella patologia tiroidea**

RAZIONALE: I tumori papillari della tiroide di dimensioni inferiori a 10mm sono definiti dalla WHO “microcarcinomi papillari della tiroide” (mPTC). Questi tumori maligni presentano un bassissimo rischio per il paziente, con una disease-specific survival di oltre il 99% a 10 anni. Nonostante ciò, le attuali linee guida suggeriscono come prima linea di trattamento l’asportazione mediante emitiroidectomia. Tuttavia, la soluzione chirurgica porta con sé un tasso di comorbidità e costi significativi. Per questa ragione recentemente nuovi approcci terapeutici sono stati proposti come alternativa alla chirurgia, in particolare la Sorveglianza Attiva e l’Ablazione a Radiofrequenza. L’obiettivo di questa presentazione è di illustrare due casi clinici di pazienti con mPTC trattati con Ablazione a Radiofrequenza (con video delle procedure) discutendo la fattibilità e la sicurezza di tale metodica.

MATERIALI E METODI: Sono stati esaminati due casi di pazienti con mPTC unifocale che, rifiutando l’intervento chirurgico, sono stati trattati con Ablazione a Radiofrequenza e seguiti per un anno. In aggiunta, è stata condotta una revisione della letteratura sull’argomento.

RISULTATI: Entrambi i pazienti hanno raggiunto un buon controllo di malattia ed una buona soddisfazione generale dalla procedura. Secondo i dati in letteratura la quasi totalità dei pazienti con mPTC sottoposti ad Ablazione a Radiofrequenza raggiungono un completo controllo di malattia, raggiungendo un’efficacia comparabile a quella della chirurgia.

CONCLUSIONI: Nonostante i diversi limiti della metodica, l’Ablazione a Radiofrequenza emerge come una tecnica sicura ed efficace nel trattamento dei mPTC a basso rischio e può proporsi come alternativa alla chirurgia in pazienti selezionati. Futuri studi sono necessari per capire quali pazienti possono beneficiare maggiormente da questo tipo di trattamento.

ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA**TITOLO: COMPARTMENTAL SURGERY IN TONGUE TUMORS: ANATOMICAL-FOCUSED DESCRIPTION OF THE SURGICAL TECHNIQUE****SPEAKER 1**

NOME: Guglielmo

COGNOME: Ronzani

Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Testa-Collo, AOUI Verona, Verona

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA**

RAZIONALE: La tecnica chirurgica tradizionale per i tumori del cavo orale deve prevedere la rimozione della lesione con margini di tessuto sano libero da patologia, che variano in letteratura tra 1 e 2 cm. Tuttavia l'anatomia tridimensionale della lingua complica la sicurezza dei margini chirurgici e inoltre il comportamento biologico dei carcinomi della lingua e della pelvi orale è spesso poco prevedibile in virtù della complessa anatomia derivante dai rapporti tra fibre muscolari intrinseche ed estrinseche e dalla presenza di una ricca rete nervosa, vascolare e linfatica. Per tali motivi una neoformazione del cavo orale può sfuggire oltre i limiti macroscopicamente visibili e può pertanto non essere delimitabile con sicurezza, inficiando l'efficacia del trattamento. Sulla base di queste considerazioni si è sviluppata la chirurgia compartimentale (CS) come alternativa alle consolidate resezioni transorali per il trattamento dei tumori della lingua mobile e della pelvi orale. Il concetto alla base della CS è la rimozione del tumore en-bloc con i linfonodi del collo e il cosiddetto tratto T-N, tenendo presenti tutti i possibili percorsi anatomici di diffusione del tumore.

MATERIALI E METODI: Gli autori hanno eseguito una dissezione anatomica su cadavere iniettato, documentando la procedura mediante telecamera HD-4k, con lo scopo di descrivere gli steps chirurgici dell'approccio compartimentale e di illustrare l'anatomia che ne guida la dissezione.

RISULTATI: Nella dissezione step-by-step vengono mostrate le strutture anatomiche e i dettagli sui punti cardine della chirurgia compartimentale al fine di condividere questa procedura, in particolare a beneficio dei chirurghi più giovani. Nello specifico, nei vari passaggi chirurgici sono raffigurati ed evidenziati gli elementi fondamentali: la corretta identificazione dello spazio anatomico tra tumore e linfonodi (tratto T-N), le relazioni spaziali dei muscoli estrinseci della lingua e i fasci vascolo-nervosi della pelvi orale.

CONCLUSIONI: Lo scopo del presente video è descrivere l'anatomia della lingua e del pavimento orale e presentare la procedura chirurgica compartimentale step-by-step, mettendone in evidenza il potenziale nel controllo di tutte le possibili vie di diffusione tumorale.

ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA**TITOLO: APPROCCIO TRANSORALE ANATOMICO-GUIDATO AL CARCINOMA LIGUALE IN STADIO PRECOCE****SPEAKER 1**

NOME: Sandra

COGNOME: Gazzini

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Università degli Studi di Verona, Verona

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: ONCOLOGIA**

RAZIONALE: Il gold standard del trattamento del carcinoma squamocellulare della lingua in stadio precoce (cT1/T2 N0) è rappresentato dall'asportazione transorale ad ampi margini, poiché la positività dei margini di resezione è associata ad aumentato rischio di recidiva loco-regionale. In letteratura tuttavia non c'è accordo sull'ampiezza dei margini, potendo essi variare dai 5 mm fino ai 2 cm nei diversi studi.

Alcuni autori descrivono un rischio non trascurabile di recidiva post-chirurgica della neoplasia a livello dei linfonodi del tratto T-N, ovvero quella zona costituita da tessuto lasso, strutture nervose, vascolari e ghiandolari, che connette il tumore primitivo con i linfonodi cervicali omolaterali. Questa regione non viene esplorata nella chirurgia transorale tradizionale.

MATERIALI E METODI: Presentiamo un video di un approccio chirurgico transorale ai tumori della lingua in stadio precoce. La tecnica che proponiamo prevede una dissezione anatomica in senso caudo-craniale, partendo cioè dall'identificazione delle strutture della pelvi orale e successivo approccio alla neoplasia a partire dal suo margine profondo.

Vengono mostrati i vari steps chirurgici e le strutture anatomiche incontrate ed identificate nelle diverse fasi dell'intervento. In particolare vengono evidenziati la legatura dei rami dell'arteria linguale che vascolarizzano la neoformazione, al fine di ridurre il sanguinamento intra- e post-operatorio, l'identificazione dei muscoli estrinseci della lingua e l'asportazione del tumore, con valutazione dei margini di infiltrazione profonda.

RISULTATI: Questa tecnica chirurgica ha il vantaggio di essere fondata sull'identificazione della strutture anatomiche e pertanto risulta standardizzata e riproducibile.

È associata a riduzione del rischio di emorragie dall'arteria linguale o dai suoi rami, poiché essi vengono identificati e legati nei primi steps chirurgici.

Inoltre prevede lo studio del tratto T-N, che può essere sede di metastasi occulte.

CONCLUSIONI: Questa tecnica chirurgica relativamente recente di asportazione transorale di neoplasie della lingua ha mostrato risultati promettenti in termini di outcomes sia oncologici che funzionali. Ulteriori studi su campioni di dimensioni maggiori saranno tuttavia necessari al fine di validare questa tecnica.

ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA**TITOLO: XANTOASTROCITOMA PLEOMORFO DELLA REGIONE SOPRASELLARE****SPEAKER 1**

NOME: Nicola

COGNOME: Cornale

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): OTORINOLARINGOIATRIA DI VERONA

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: ONCOLOGIA TESTA E COLLO E CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA**

RAZIONALE: Lo xantoastrocitoma pleomorfo (PXA) è una neoplasia astrocitica rara che si manifesta tipicamente in bambini e giovani adulti. La localizzazione più comune è a livello degli emisferi cerebrali, in posizione superficiale. Riportiamo un caso di una ragazza dell'età di 19 anni giunta all'attenzione medica per insorgenza di cefalea ingravescente ed emianopsia omonima sinistra.

La risonanza magnetica eseguita ha documentato una voluminosa lesione del basicranio, a doppia componente solida sellare-soprasellare. La lesione inglobava antero-lateralmente i seni cavernosi, i sifoni carotidei, ipofisi ed il peduncolo, deformando il chiasma ottico.

MATERIALI E METODI: La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico combinato neurochirurgico - otorinolaringoiatrico per asportazione trans-sfenoidale della porzione intra chiasmatica ed in fossa posteriore di lesione espansiva sellare/ parasellare. In un secondo tempo ha eseguito una craniotomia fronto-temporale destra per asportazione parziale della voluminosa lesione. Per la comparsa di idrocefalo si è reso necessario eseguire una derivazione ventricolo-peritoneale. La ragazza è stata in seguito nuovamente ricoverata per stato comatoso successivo a crisi epilettiche. Gli esami radiologici eseguiti per peggioramento del quadro neurologico hanno dimostrato lesioni ischemiche cerebrali iperacute come da emorragia subaracnoidea del circolo posteriore.

RISULTATI: L'esame istologico è risultato positivo per neoplasia gliale compatibile con xantoastrocitoma pleomorfo (grado 2 CNS WHO 2021).

CONCLUSIONI: Lo PXA è un tumore raro che rappresenta meno dell'1% di tutte le neoplasie astrocitiche e comunemente ha una prognosi relativamente favorevole. L'origine di quest'ultimo a livello della regione sellare è molto rara. In una review datata 2016, venivano segnalati solo cinque pazienti di questo tipo. Lo scopo di questo video è di illustrare le procedure per la rimozione di questo tipo di tumori. Il video del caso clinico in questione rappresenta uno spunto di riflessione per analizzare la rarità di questo tipo di lesioni.

TITOLO: RIPARAZIONE DI UN CLEFT LARINGEO DI I TIPO IN ESOSCOPIA 3D 4K**SPEAKER 1**

NOME: Michele

COGNOME: Gaffuri

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): SC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

STATO: ITALIA

COAUTORI: DAVIDE TOSINI, GIULIA BUCCICHINI, LUDOVICA BATTILOCCHI, LORENZO CAVALERI, SIMONA NERI, LORENZO PIGNATARO

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: ORL PEDIATRICA**

RAZIONALE: Il cleft laringeo è una rara malformazione congenita che consiste in un solco mucoso situato a livello della regione interaritenoidica che si estende verso il basso coinvolgendo anche la pars membranacea della trachea nei casi più gravi, mettendo in comunicazione le vie aeree con l'esofago. Si classifica in quattro tipi secondo il grading di Benjamin e Inglis. I sintomi principali sono il distress respiratorio e la disfagia associati a tosse e, nei casi più severi, a broncopneumoniti ricorrenti. Il trattamento del cleft di tipo I e II è basato sulla laringoplastica posteriore in microscopia/endoscopia con l'utilizzo di laser CO2 e posizionamento di punti di sutura a chiusura del solco mucoso.

MATERIALI E METODI: Scopo di questo video 3D è descrivere il caso di una paziente di 6 anni, peso 29 kg, affetta da tosse cronica e broncopneumonite ricorrente; alla valutazione endoscopica e radiologica è stato diagnosticato un cleft laringeo di I tipo, e la paziente è stata sottoposta a laringoplastica posteriore con laser CO2 ultrapulsato in esoscopia 3D 4K in respiro spontaneo. Il video 3D mostra le differenti fasi dell'intervento chirurgico e mette in evidenza vantaggi tecnici derivanti dall'utilizzo di questa nuova metodica.

RISULTATI: Il tempo chirurgico è stato di 60 minuti. Nessuna complicanza è stata riscontrata durante la procedura e la paziente è stata trasferita in Terapia Intensiva per un monitoraggio clinico di 24 ore. La paziente è stata dimessa dopo 3 giorni dalla procedura chirurgica. Al follow-up clinico (a tre mesi) la paziente era asintomatica.

CONCLUSIONI: La chirurgia del cleft laringeo in età pediatrica può oggi avvalersi di nuove tecnologie tra le quali l'esoscopia 3D 4K che permette di trattare in modo sicuro ed efficace questa patologia.

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE UDITIVA

TITOLO: UN CASO COMPLESSO DI RECIDIVA DI COLESTEATOMA TRATTATO PER VIA ENDOSCOPICA ESCLUSIVA**SPEAKER 1**

NOME: Leonardo

COGNOME: Roncadi

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): A.O.U. di Modena, Ospedale Policlinico, Modena

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: OTOLOGIA E RIABILITAZIONE UDITIVA**

RAZIONALE: L'utilizzo di ottiche rigide per la diagnosi e la terapia chirurgica della patologia dell'orecchio medio si sta diffondendo sempre di più da un decennio a questa parte.

Per quanto riguarda la patologia colesteatomatosa dell'orecchio medio l'utilizzo esclusivo dell'endoscopio risulta utile ed efficace nei casi di colesteatoma che si localizzano a livello della cassa del timpano.

METODI: Il caso in esame riguarda un paziente affetto da recidiva di colesteatoma sinistro a matrice infiltrante con coinvolgimento meso-epitimpanico, deiscenza del canale del facciale ed erosione ossea del braccio ampollare del canale semicircolare laterale, il quale è stato trattato con approccio endoscopico esclusivo.

Tale approccio ha consentito, in modo mini-invasivo, di riparare il difetto del canale semicircolare laterale e di asportare tutta la patologia visibilmente presente, utilizzando anche ausili visivi come i filtri "SPECTRA-A" e "SPECTRA-B" della Storz™.

RISULTATI: Nel post-operatorio non si evidenziavano cali della trasmissione per via ossea e non si assisteva a deficit del VII nervo cranico.

L'intervento è recente, quindi non sono in nostro possesso i dati sulla funzionalità uditiva a distanza e il follow-up radiologico.

CONCLUSIONI: In mani esperte l'approccio endoscopico esclusivo può essere utilizzato anche per i casi più "challenge" in modo sicuro ed efficace, garantendo una visione diretta del campo chirurgico e consentendo l'utilizzo di particolari filtri che risultano utili nell'evidenziare residui di patologia ove l'occhio umano non è in grado di percepirli.

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE UDITIVA**TITOLO: IMPIANTO COCLEARE CON PETROSECTOMIA SUBTOTALE ED OBLITERAZIONE DELL'O-RECCHIO MEDIO IN PAZIENTE AFFETTA DA OSTEOGENESI IMPERFETTA****SPEAKER**

NOME: Anna

COGNOME: Laghi

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Dipartimento di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale dell'Università degli Studi di Cagliari

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO 2D**TOPIC: IMPIANTO COCLEARE**

RAZIONALE: L'osteogenesi imperfetta è una patologia del tessuto connettivo caratterizzata da un deficit nella sintesi del collagene di tipo I. Nel 42-58% dei pazienti affetti da osteogenesi imperfetta si rileva un'ipoacusia inizialmente nella maggior parte dei casi di tipo prevalentemente trasmissivo che col tempo tende ad evolvere in neurosensoriale. La riabilitazione chirurgica della sordità di questi pazienti può risultare complessa per le alterazioni ossee causate dalla patologia.

MATERIALI E METODI: Il caso clinico riguarda una paziente di 50 anni affetta da osteogenesi imperfetta che ha sviluppato progressivamente una ipoacusia profonda sinistra riabilitata con protesi acustica ed anacusia destra. Il work-up diagnostico preoperatorio con TC e RMN senza mezzo di contrasto con sequenze multiplanari pesate in DWI, T2 e T1 e specifiche CISS T2 ha mostrato importanti alterazioni anatomiche della rocca petrosa ma il canale cocleare appariva sufficientemente integro. Dopo opportuno counselling, la paziente è stata sottoposta ad intervento di posizionamento di impianto cocleare all'orecchio destro.

RISULTATI: È stato posizionato un impianto cocleare Cochlear Implant CI612 Contour Advance (Cochlear®) in anestesia generale sotto visione del microscopio operatorio. L'impedenza e l'autoNRT intraoperatorie e la TC delle rocche petrose eseguita in prima giornata postoperatoria hanno confermato il corretto posizionamento e l'integrità dell'impianto cocleare. L'impianto cocleare è stato attivato dopo un mese. All'esame audiometrico in campo libero con impianto cocleare destro eseguito tre mesi dopo l'intervento la PAM è di 30 db. Attualmente la paziente non ha lamentato disturbi o complicanze legate alla procedura.

CONCLUSIONI: L'impianto cocleare rappresenta una valida opzione terapeutica nei pazienti affetti da osteogenesi imperfetta con grave deficit acustico neurosensoriale non suscettibile di riabilitazione protesica.

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE UDIVIVA

TITOLO: FISSITA' DEL MARTELLO COME ESITO DI STAPEDOPLASTICA**SPEAKER 1**

NOME: Luca

COGNOME: Cerritelli

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Azienda Universitario-Ospedaliera di Ferrara

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: STAPEDOPLASTICA DI REVISIONE**

RAZIONALE: (minuscolo) *: La chirurgia di revisione negli interventi di stapedoplastica rappresenta una sfida per gli otochirurghi. Le cause principali di fallimento chirurgico sono rappresentate da problematiche legate alla dimensione della protesi (troppo corta), esiti fibrotici anomali, otosclerosi obliterante, all'ancoraggio della stessa (erosione, frattura o lussazione del processo lungo dell'incudine), platinotomia incompleta o non corretta, fissità del martello con calcificazione del legamento timpanomalleolare anteriore.

MATERIALI E METODI: (minuscolo) *: Case report di una paziente di 46 anni con otosclerosi bilaterale, sottoposta a stapedoplastica sinistra nel 2017. Dopo un iniziale periodo di recupero dell'air-bone gap a sinistra, era andata incontro a nuovo peggioramento uditivo con ripresentazione di air-bone gap a sinistra.

RISULTATI: (minuscolo) *: La revisione chirurgica ha evidenziato una fissità completa della catena ossicolare legata ad una fusione tra il collo del martello e lo scutum. Questa calcificazione era verosimilmente l'esito della deposizione di materiale osseo dal precedente intervento a seguito dell'atticotomia. Tale situazione è stata gestita in microscopia con approccio transcanalare, si è proceduto a fresatura della calcificazione e a ripetuti lavaggi, con mobilizzazione dell'intera catena. La protesi precedentemente apposta era in sede e appariva mobile a fine intervento.

Il risultato audiometrico postoperatorio è stata la risoluzione dell'air-bone gap.

CONCLUSIONI: (minuscolo) *: Abbiamo descritto un caso di calcificazione della testa del martello in sede non usualmente descritta in letteratura. Solitamente la fissità del martello interessa infatti il legamento timpanomalleolare anteriore e tuttora è dibattuto se questo rappresenti l'esito di un ulteriore focolaio otospongiotico in pazienti con otosclerosi. In questo caso invece è stata probabilmente l'esito di materiale osseo depositato a seguito dell'atticotomia eseguita con curette.

Lo scopo di questa comunicazione è quella di sottolineare l'importanza della rimozione della polvere d'osso e dei residui di atticotomia per evitare successive ossificazioni che possono vanificare il risultato di una stapedoplastica, peraltro eseguita correttamente.

*Il totale complessivo dei testi inseriti in questi quattro campi non dovrà superare i 2400 caratteri.

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE Uditiva**TITOLO: POSIZIONAMENTO DI IMPIANTO COCLEARE PER VIA SOVRAMEATALE ENDOSCOPICA ASSISTITA IN PAZIENTE CON SINDROME DI CHARGE****SPEAKER 1**

NOME: Elena

COGNOME: Mogini

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena e Reggio Emilia

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: OTOLOGIA E RIABILITAZIONE Uditiva**

RAZIONALE: L'intervento di impianto cocleare è una procedura ormai standardizzata, sicura e di agevole esecuzione grazie a step chirurgici ben consolidati. La tecnica più comune prevede l'esecuzione della mastoideotomia e successiva timpanotomia posteriore con l'ausilio del microscopio. Tuttavia, in specifiche condizioni anatomiche sfavorevoli, come nel caso di patologie malformative, la visualizzazione della nicchia della finestra rotonda e il conseguente corretto posizionamento dell'array possono risultare difficoltosi. In particolare nelle malformazioni congenite sono frequenti le alterazioni del decorso del tratto timpanico del nervo facciale e l'assenza del canale osseo di copertura del nervo stesso, con elevato rischio di lesione associata durante la procedura. L'ausilio dell'endoscopia, in casi selezionati, permette un ottimo controllo del nervo facciale (anche in casi con condizioni anatomiche difficili), un orientamento anatomico appropriato dell'orecchio medio e l'esecuzione di una cocleostomia diretta in sicurezza. Nel video proposto vedremo il caso di un bambino con patologia malformativa congenita auricolare, sottoposto a intervento di posizionamento di impianto cocleare per via sovrameatale endoscopica assistita.

MATERIALI E METODI: Paziente con Sindrome di CHARGE e decorso anomalo del tratto timpanico del nervo facciale, il quale risultava deiscendente e posizionato al di sotto della staffa e sopra il promontorio, oscurando la nicchia della finestra rotonda. Pertanto, dato l'elevato rischio di danno al nervo facciale, l'intervento è stato eseguito per via sovrameatale endoscopica assistita. Un primo step endoscopico ha permesso la visualizzazione della conformazione anatomica della cavità timpanica e l'esecuzione della cocleostomia promontoriale in sicurezza. Nel successivo tempo microscopico retroauricolare si procedeva a posizionamento dell'array attraverso l'attico nel mesotimpano e quindi nella cocleostomia precedentemente creata per via endoscopica.

RISULTATI: : il paziente nel post-operatorio ha mostrato beneficio uditivo misurato attraverso audiometria di routine e test di percezione del linguaggio, con impianto cocleare ben posizionato; non deficit del facciale post-operatori.

CONCLUSIONI: l'ausilio dell'endoscopio nell'intervento di impianto cocleare in casi selezionati malformativi, permette una migliore visualizzazione e un miglior controllo delle strutture promontoriali e del nervo facciale, riducendo i rischi di complicanze.

TITOLO: IL TRAINING NELLA CHIRURGIA OTOLOGICA: OSSICULOPLASTY PROJECT**SPEAKER 1**

NOME: Arianna

COGNOME: Burato

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy.

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: ORECCHIO (OSSICULOPLASTICHE)**

RAZIONALE: L'obiettivo principale è illustrare differenti tecniche di ossiculoplastica (OPL), eseguite mediante l'utilizzo di frese e modellini 3D di rocche petrose e incudini. Questi video sono stati realizzati a scopo didattico nel corso di simulazioni appositamente allestite per neofiti nell'ambito della chirurgia dell'orecchio. Riteniamo che il training step-by-step sia indispensabile per un corretto approccio a questo tipo di chirurgia.

MATERIALI E METODI: Sono stati realizzati dei video illustrativi per l'esecuzione di ossiculoplastiche con differenti tecniche (ad esempio incudine rimodellata autologa o testa del martello rimodellata secondo tecniche di ossiculoplastica parziale o totale) eseguibili dapprima su modellini 3D di incudini ottenute mediante l'ausilio dell'ingegneria clinica del nostro istituto (Sant'Orsola-Malpighi, di Bologna). 40 specializzandi hanno vissuto l'esperienza di simulazione, applicando le differenti tecniche di OPL a modellini di incudini 3x e 1x, con successivo posizionamento dell'ossicino rimodellato su rocca 3D mediante ausilio di microscopio e endoscopio. Sono stati somministrati dei questionari di valutazione dell'esperienza ad ogni partecipante.

RISULTATI: Da questa esperienza sono stati ricavati dati salienti riguardanti l'utilità del training in ambito otologico: circa il 95% degli specializzandi coinvolti ha ritenuto l'esperienza potenzialmente utile nella successiva pratica clinica, il 97% ha giudicato i video e la simulazione simile al setting real-life, con livello di fedeltà anatomica, feedback tattile con gli strumenti e riproducibilità chirurgica elevato (media dell'8.5 su una scala di 10 punti).

CONCLUSIONI: Il training chirurgico mediante simulazioni è una tecnica ancora in fase di sviluppo, ma che sta acquisendo sempre più importanza negli ultimi anni. L'integrazione di tecniche di ingegneria clinica e l'allestimento di laboratori organizzati nell'ambito di chirurgie complesse come quella otologica, riteniamo sia un tassello fondamentale per il bagaglio culturale e di esperienze pratiche da cui il giovane chirurgo potrà ricavare vantaggio al fine di accrescere la propria expertise.

OTOLOGIA E RIABILITAZIONE Uditiva

TITOLO: PETROSECTOMIA SUBTOTALE IN RECIDIVA COMPLESSA DI COLESTEATOMA DELL'ORECCHIO MEDIO.

SPEAKER 1

NOME: Giovanni

COGNOME: Pepe

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO

TOPIC: OTOLOGIA

RAZIONALE: (minuscolo) *: illustrare la gestione chirurgica mediante video intraoperatorio di un colesteatoma recidivante dell'orecchio medio.

MATERIALI E METODI: (minuscolo) *: contributo video.

RISULTATI: (minuscolo) *: caso clinico di colesteatoma recidivante dell'orecchio medio, complesso, ed in contatto col nervo facciale, la tuba di Eustachio ed il bulbo della giugulare.

CONCLUSIONI: (minuscolo) *: la petrosectomia subtotale permette di approcciare in maniera più sicura casi complessi di colesteatoma dell'orecchio medio, soprattutto in pazienti pluri-operati, con miglior visualizzazione ed illuminazione del campo chirurgico ed ottenendo l'esclusione dell'orecchio medio dall'ambiente esterno mediante la chiusura del condotto uditivo esterno.

RINOLOGIA E CHIRURGIA PLASTICA FACCIALE

TITOLO: APPROCCIO MINIVASIVO ENDOSCOPICAMENTE ASSISTITO PER L'ASPORTAZIONE DEGLI OSTEOMI DELL'OSSO FRONTALE

SPEAKER 1

NOME: Ingrid

COGNOME: Raponi

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): ASL FROSINONE, UNIVERSITA' SAPIENZA DI ROMA, OSPEDALE MEYER DI FIRENZE

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO

TOPIC: RINOLOGIA E CHIRURGIA PLASTICA FACCIALE

RAZIONALE: I tumori ossei benigni dell'osso frontale possono essere trattati con la chirurgia endoscopica, riducendo al minimo le complicazioni postoperatorie associate all'approccio coronale e garantendo risultati più funzionali ed estetici.

MATERIALI E METODI: Attraverso piccole incisioni a un centimetro dietro l'attaccatura dei capelli è possibile rimuovere osteomi del tavolo esterno dell'osso frontale.

RISULTATI: Questa tecnica chirurgica ,pubblicata dagli autori nel 2020, è stata utilizzata in 5 pazienti. La tecnica endoscopica. La tecnica endoscopica ha offerto una buona illuminazione e una eccellente magnificazione; ha permesso una dissezione anatomica sicura, un sanguinamento minimo, evitando cicatrici visibili. Non sono state rilevate complicazioni come ematoma e edema.

CONCLUSIONI: Sulla base dei risultati ottenuti con la tecnica endoscopica, alla luce dei vantaggi rispetto agli approcci chirurgici convenzionali, questa potrebbe rappresentare il trattamento chirurgico di prima linea dei tumori ossei benigni dell'area frontale.

RINOLOGIA E CHIRURGIA PLASTICA FACCIALE**TITOLO: ANALISI E TRATTAMENTO DEL NASO TORTO POST TRAUMATICO****SPEAKER 1**

NOME: Patrizia

COGNOME: Schiavon

AFFILIAZIONE (ISTITUTO E CITTÀ): Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, IRCCS, Bologna

STATO: ITALIA

TIPOLOGIA: VIDEO**TOPIC: LARINGOLOGIA**

RAZIONALE: La correzione di un naso torto è una delle anomalie più comuni dei pazienti che ricorrono all'intervento di rinosettoplastica. Il naso torto è spesso conseguente a un trauma o a un precedente intervento chirurgico. Nei pazienti con questa deformità sono tipicamente presenti problemi sia estetici che funzionali. La rinoplastica per la correzione del naso torto rappresenta una sfida per il chirurgo rinologo perché sono comunemente coinvolte più strutture nasali, sia esterne che interne. Una deformità settale importante è quasi sempre una componente dei nasi gravemente deviati. La deviazione settale infatti è inserita in una deformità complessa della piramide nasale in cui può essere deformata a C o a S o completamente deviata rispetto alla linea mediana. Il naso torto è il risultato di forze estrinseche e intrinseche che producono una distorsione delle strutture nasali e una deviazione nasale. La deformità è dovuta ad asimmetrie dei rapporti tra le strutture nasali osteocartilaginee e il setto nasale oltre che da contratture cicatriziali.

MATERIALI E METODI: Con questo lavoro presentiamo un caso clinico di naso torto trattato mediante rinoplastica con approccio aperto. La struttura osteocartilaginea può essere modificata e ricostituita sotto diretta visualizzazione, ottenendo una correzione più prevedibile del naso torto.

RISULTATI: L'intervento di rinosettoplastica per correzione del naso torto del paziente presentato ha permesso di raggiungere risultati soddisfacenti sia dal punto di vista funzionale che estetico.

CONCLUSIONI: L'obiettivo della chirurgia è quello di ricostruire il setto, le aree valvolari e correggere le asimmetrie. In questo tipo di intervento vanno integrate manovre ricostruttive funzionali con tecniche di camouflage per la correzione estetica. In questa ottica l'intervento non è una procedura "standard" ma deve andare a correggere puntualmente ogni deformità post traumatica estetica e funzionale.