



16° Congresso Nazionale AME Joint Meeting with AAACE Italian Chapter

9-12 novembre 2017 Roma



Chirurgia quando e come

Prof. G. Fini - Prof. E. Belli



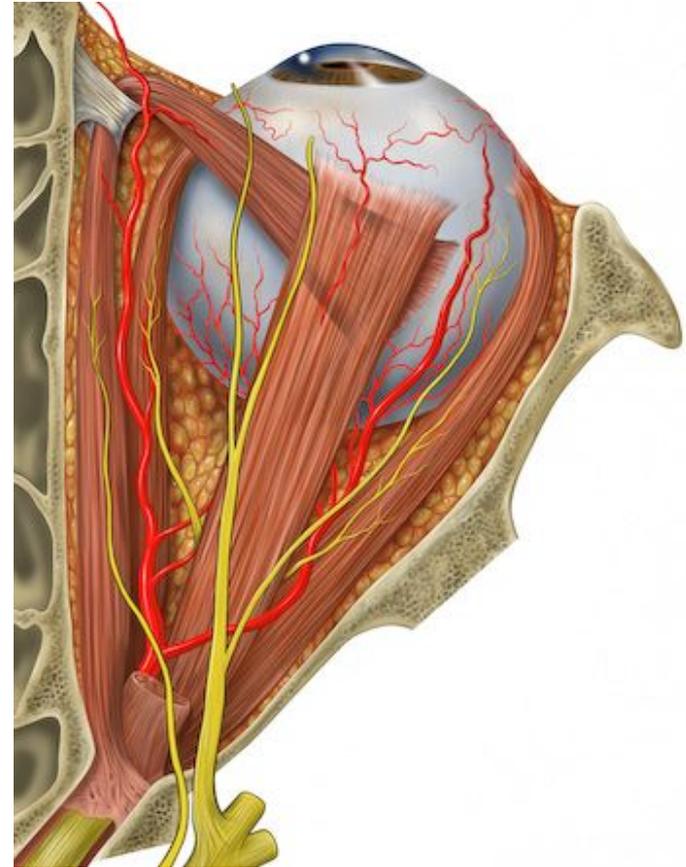
Oftalmopatia di Graves

L'oftalmopatia di Graves rappresenta la più frequente manifestazione extratiroidea della Malattia di Graves.

Colpisce il 40-90% dei soggetti affetti da morbo di Graves.

In Europa la prevalenza si attesta tra lo 0.1 e lo 0.3%.

La prevalenza di fumatori tra i pazienti affetti da malattia di Graves, maggiormente in quelli colpiti dall'oftalmopatia, è più alta rispetto a qualsiasi disordine tiroideo, autoimmune o no.



Rilievi Clinici e Classificazione

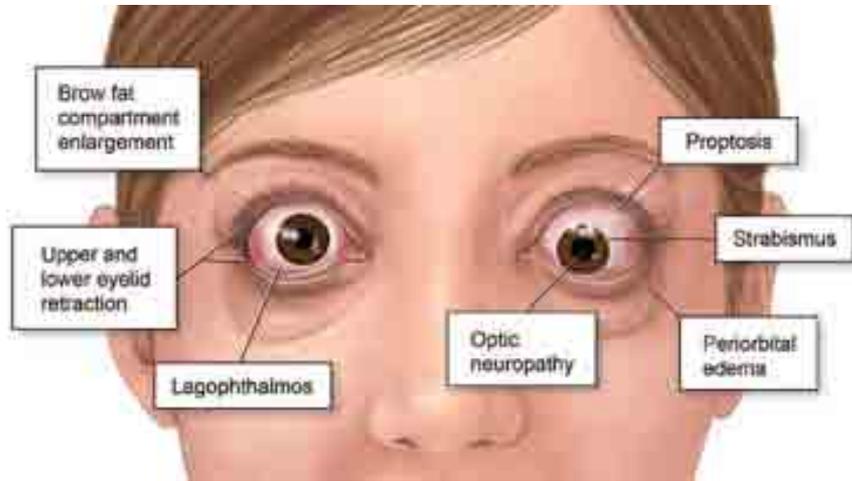
Molte delle manifestazioni cliniche dell'oftalmopatia sono causate dall'aumento del volume dei tessuti molli orbitari che porta ad un aumento della pressione all'interno della cavità ossea inespandibile.

I due più comuni segni dell'oftalmopatia di Graves sono la *retrazione palpebrale superiore* (90%) e la *proptosi* a cui possono associarsi edema palpebrale, congiuntivite, fotofobia, chemosi, lagofalmo, cefalea, dolore retro bulbare, lacrimazione, edema e prolasso della ghiandola lacrimale

Circa il 3-7% dei pazienti affetti da oftalmopatia di Graves mostrano manifestazioni molto gravi a causa dell'esposizione corneale o della neuropatia ottica compressiva.



Rilievi Clinici e Classificazione



La malattia viene quindi classificata come:

- Lieve
- Moderata/Severa
- Con compromissione della vista

È fondamentale differenziare il concetto di **attività** da quello di **severità**; il primo fa riferimento al processo infiammatorio, il secondo invece alla qualità di vita del paziente o al rischio di perdita del visus.

L'**attività** della patologia è valutata attraverso l'utilizzo del CAS (Clinical Activity Score) :

- CAS > 3 *malattia attiva*
- CAS < 3 *malattia inattiva*

Il grado di **severità** viene valutato attraverso:

- Infiammazione dei tessuti molli
- Misurazioni palpebrali
- Proptosi (esoftalmometro di Hertel);
- Motilità oculare
- Integrità corneale
- Neuropatia ottica

Diagnosi e Terapia

L'iter diagnostico nella valutazione dell'oftalmopatia di Graves prevede un approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di oculisti, endocrinologi, radiologi e chirurghi maxillo-facciali:

- Valutazione Oculistico-Ortottica
- Valutazione Endocrinologica
- Valutazione Neuroradiologica
- Valutazione Chirurgica



Le modalità di trattamento e le opzioni terapeutiche sono scelte sulla base dell'attività e della severità della malattia:

1. *Malattia attiva* (CAS > 3): l'obiettivo terapeutico è l'immunosoppressione che può essere attuata con trattamento corticosteroideo sistemico o con l'utilizzo della radioterapia orbitaria.
2. *Malattia inattiva* (CAS < 3): una volta che la malattia ha raggiunto lo stadio di inattività sono numerose le procedure chirurgiche riabilitative disponibili:

▼
Lipectomia

▼
**Decompressione
Ossea**

▼
**Chirurgia
Palpebrale**

▼
**Chirurgia per
lo Strabismo**

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Valutazione Endocrinologica

Valutazione neuroradiologica **TEAM** *Valutazione oculistica*

Valutazione chirurgica

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO

- *Recupero morfo-funzionale*
- *Prevenzione complicanze oculari*
- *Correzione estetica*



EUGOGO

L'EUROPEAN GROUP ON GRAVE'S ORBITOPATHY

LE TECNICHE CHIRURGICHE A DISPOSIZIONE PER LA CORREZIONE DELL'ESOFTALMO SONO 18

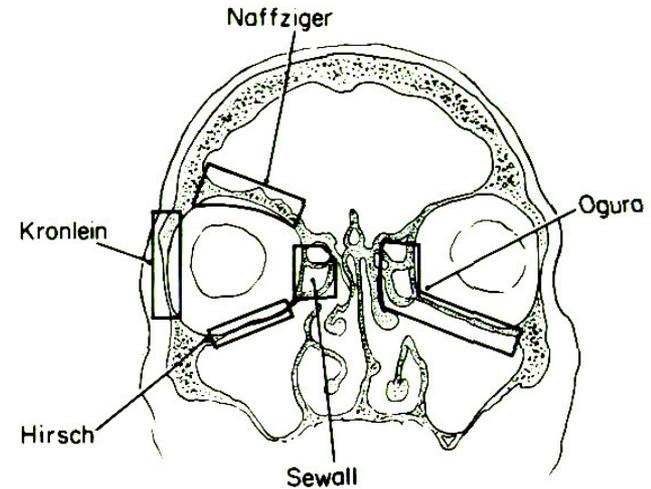
Outcome of orbital decompression for disfiguring proptosis in patients with Graves' orbitopathy using various surgical procedures.
European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO), Mourits MP, Bijl H, Altea MA, Baldeschi L, Boboridis K, Currò N, Dickinson AJ, Eckstein A, Freidel M, Guastella C, Kahaly GJ, Kalmann R, Krassas GE, Lane CM, Lareida J, Marocci C, Marino M, Nardi M, Mohr Ch, Neoh C, Pinchera A, Orgiazzi J, Pitz S, Saeed P, Salvi M, Sellari-Franceschini S, Stahl M, von Arx G, Wiersinga WM.



Decompressione Ossea

Sono 4 le pareti ossee passibili di decompressione:

- il pavimento
- la parete mediale
- la parete laterale
- il tetto

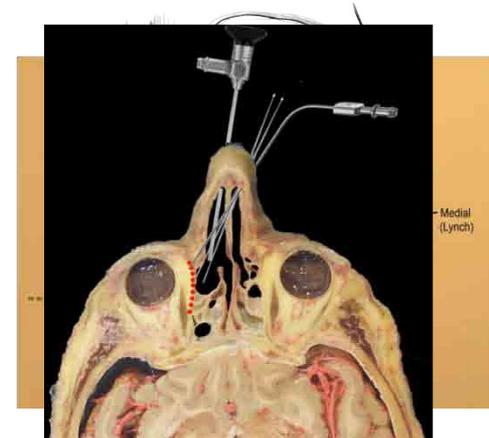


Ognuna di queste può essere abbattuta singolarmente o in combinazione con le altre.

Una delle tecniche più utilizzate è la **decompressione inferomediale a due pareti**, che consiste nell'abbattimento del pavimento e della parete mediale dell'orbita.

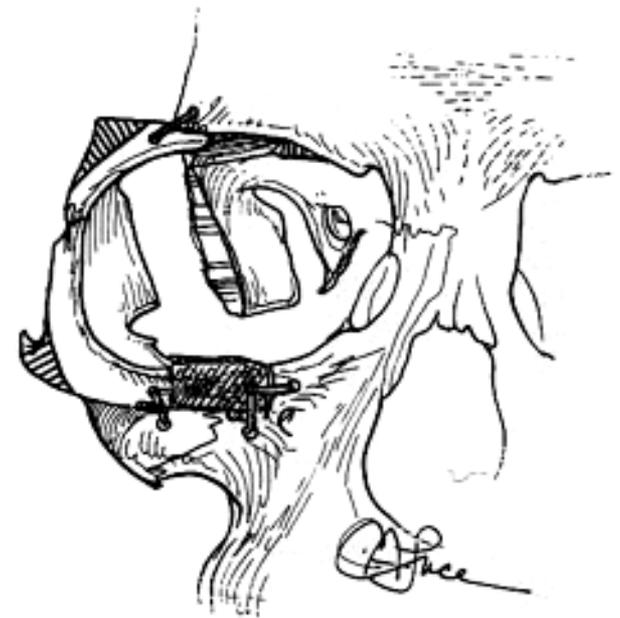
Le vie d'approccio all'orbita per la decompressione sono:

- Transorbitaria (cutanea, congiuntivale, caruncolare)
- Transantrale (secondo Caldwell-Luc)
- Transnasale (endoscopica)



MOBILIZZAZIONE DEI QUADRANTI ORBITARI

Espansione orbitaria



Quando le varie metodiche chirurgiche, prese singolarmente, non sono sufficienti per la correzione della protrusione oculare

COMBINAZIONE

→ ***Lipectomia***

→ ***Decompressione***

→ ***Espansione orbitaria***

NOSTRA ESPERIENZA..

trattamento chirurgico per esoftalmopatia

-ELEZIONE-

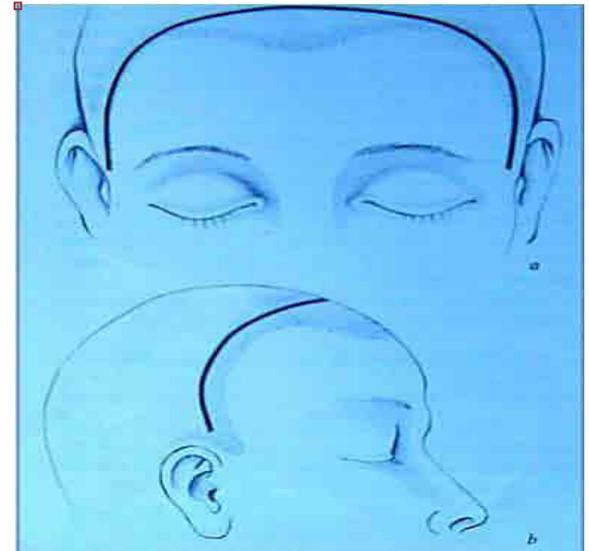
metodiche d'approccio proprie della chirurgia

traumatologica e malformativa quindi ...

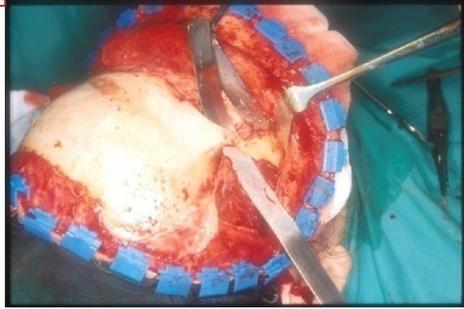
*Incisione bi-coronale +/-
Incisione sottopalpebrale*

Lipectomia

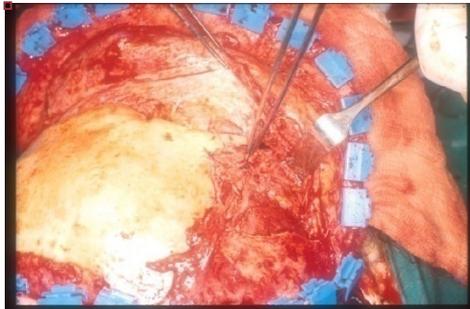
*Abbattimento 3 Pareti ossee
(Avanzamento cornice orbitaria)*



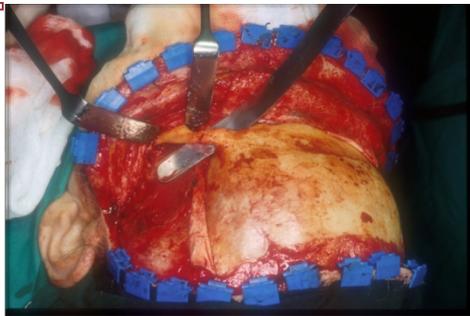
TRATTAMENTO CHIRURGICO



***INCISIONE
BICORONALE***

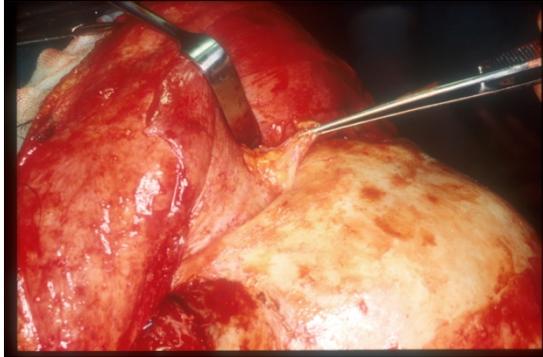


***DISINSERZIONE DELLA PORZIONE ANTERIORE
DEL MUSCOLO TEMPORALE***

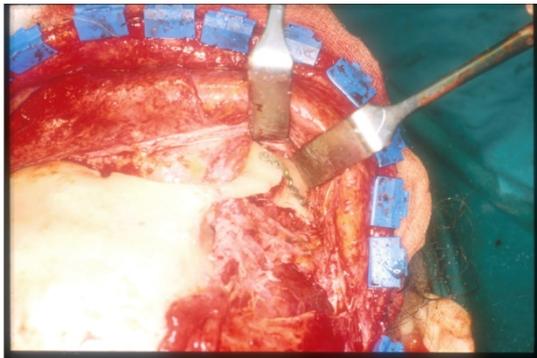


***OSTEOTOMIA CON
MOBILIZZAZIONE
DELLA CORNICE ORBITARIA***

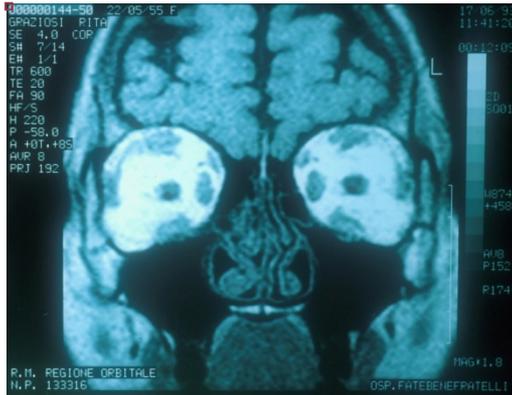
TRATTAMENTO CHIRURGICO



***LIPECTOMIA DEL TESSUTO IN ECCESSO
BLEFAROPLASTICA***



CONTENZIONE MEDIANTE MEZZI DI SINTESI



DISTANZA 10 ANNI

Dal 1990 avvento di tecniche mininvasive

Incisione sottopalpebrale
(Van Der Wal et Al 2001)

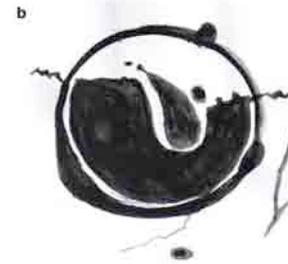


Incisione subciliare
(Lee et Al 2003)

Incisione transpalpebrale
(Pariadens 2006)

Incisione transcarunolare
(Chang 2003)

V.D.W.modificata

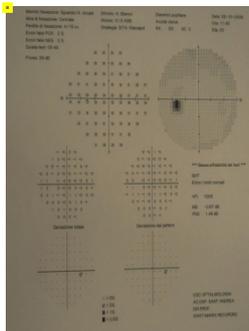
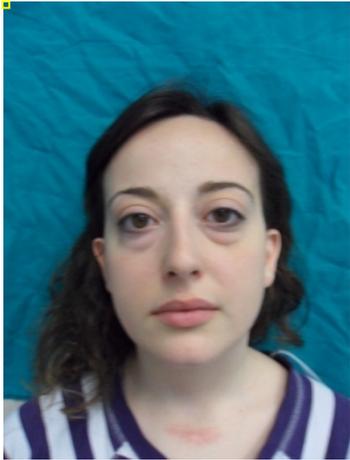


INCISIONE SOTTOPALPEBRALE E
SOPRAPALPEBRALE

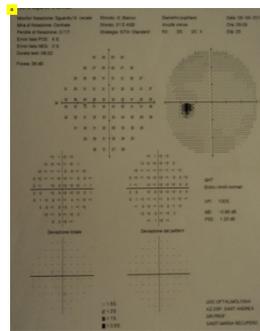


VISUALIZZAZIONE DEL PAVIMENTO
ORBITARIO E PERIORBITA

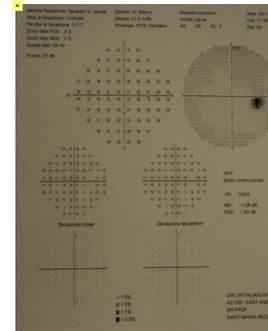
**PZ CON TIREOPATIA DA MORBO DI BASEDOW
 GIA' SOTTOPOSTA AD INTERVENTO DI TIROIDECTOMIA
 SUCCESSIVO TRATTAMENTO RADIOMETABOLICO**



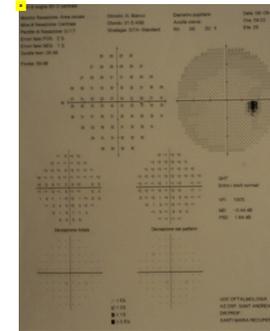
OS Pre



OS Post



OD Pre



OD Post

PIEZOCHIRURGIA



- *Alta precisione dell'osteotomia*
- *Minore emissione di calore al taglio con minore traumatismo sulle superfici ossee*
- *Preservazione delle strutture vascolari e nervose profonde*
- *Rapido recupero funzionale*

Eur Arch Otorhinolaryngol DOI 10.1007/s00405-011-1520-3

Comparison of postoperative pain: piezoelectric device versus microdrill

B Crippa • F Antonio Salzano • R Mora • M Dellepiane • A Salami • L Guastini

Braz Dent J (2009) 20(2): 162-168

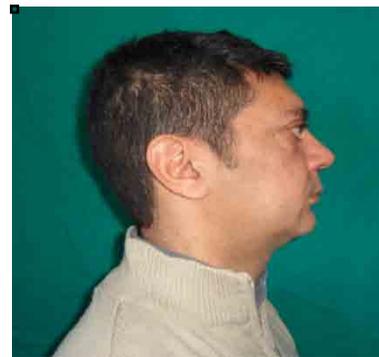
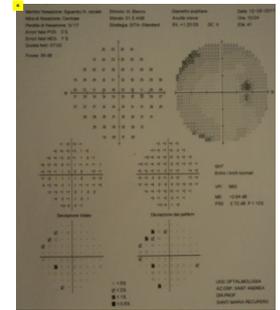
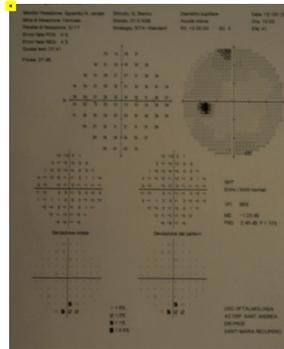
Bone Damage Induced by Different Cutting Instruments - An In Vitro

Study

ROMEO U., DEL VECCHIO A., PALAIA G., TENORE G., VISCA P., MAGGIORE C.



**PZ CON TIREOPATIA DA MORBO DI BASEDOW SOTTOPOSTO AD INTERVENTO DI TIROIDECTOMIA
PEGGIORAMENTO DELLA SINTOMATOLOGIA OCULARE CON CONGIUNTIVITI ED
ABRASIONI CORNEALI RICORRENTI.**



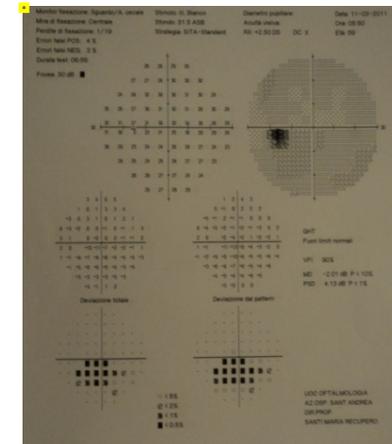
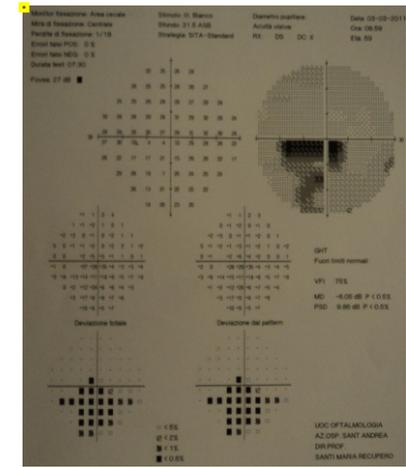
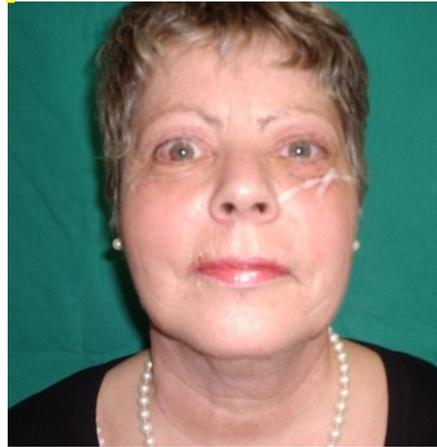
INCISIONE SOTTOPALPEBRALE SCOLLAMENTO SOTTOPERIOSTEO ED ABBATTIMENTO PAVIMENTO ORBITARIO.

APERTURA PERIORBITA ED LIPECTOMIA.

AVANZAMENTO CORNICE ORBITARIA MEDIANTE PROTESI MODELLANTE DI POLYETILENE POROSO.

INCISIONE SOTTOPALPEBRALE, LIPECTOMIA





IN URGENZA

***PZ CON TIREOPATIA DA MORBO DI BASEDOW.
OFTALMOPATIA DA CIRCA 12 MESI.***

***SOTTOPOSTO A TIROIDECTOMIA TOTALE PER
GOZZO 8 MESI PRIMA***

***DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO,
PROGRESSIVO PEGGIORAMENTO
DELL'ORBITOPATIA CON SENSIBILE CALO DEL
VISUS.***



Crowding apicale



***Improvvisa ed perdita del
visus ingravescente***

QUADRO RADIOLOGICO: RMN ORBITARIA



Aumento del grasso periorbitario
Ipertrofia della muscolatura estrinseca oculare

TRATTAMENTO CHIRURGICO



*Incisione sottopalpebrale
e soprapalpebrale*



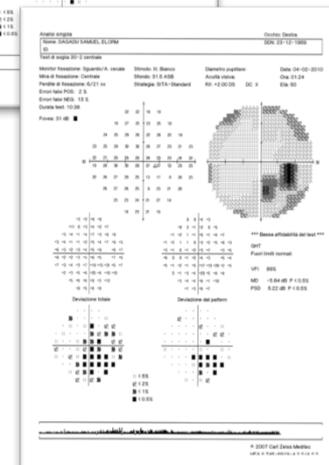
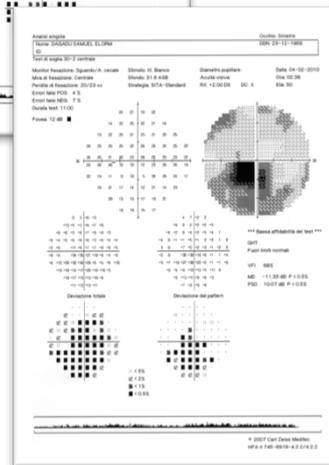
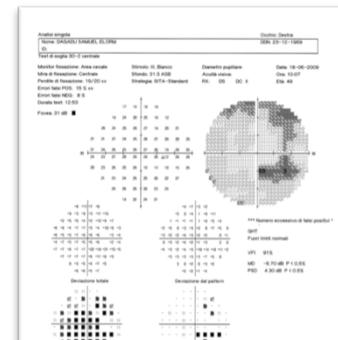
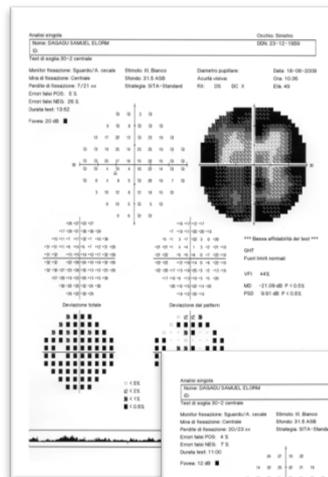
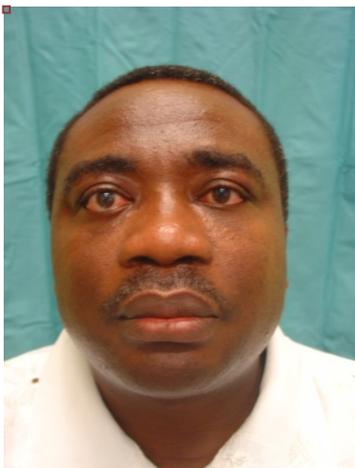
*Visualizzazione del pavimento
orbitario e periorbita*



*Abbattimento del pavimento
orbitario con parte della parete
mediale e laterale,
lipectomia*

Clinical Activity Score: 7/7

RIPRESA DEL VISUS - PERMANE LIEVE LASSITA' DELLA PALPEBRA INFERIORE

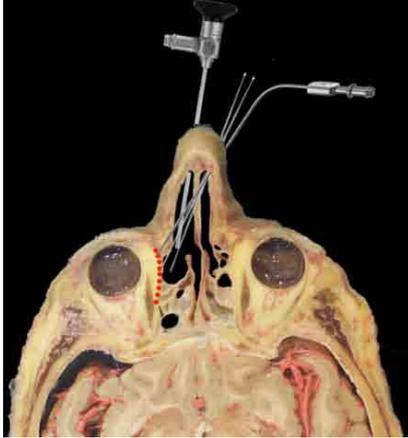


Acuità visiva pre intervento: OD 3/10; OS 1/10

post intervento: OD 9/10; OS 5-6/10



Approccio Endoscopico



- Tecnica di recente introduzione
- Eseguita totalmente per via intranasale
- Permette di eseguire una decompressione selettiva e bilanciata
- Permette una decompressione del nervo ottico nei casi di impegno nel canale
- Necessità di strumentario dedicato e personale con training adeguato

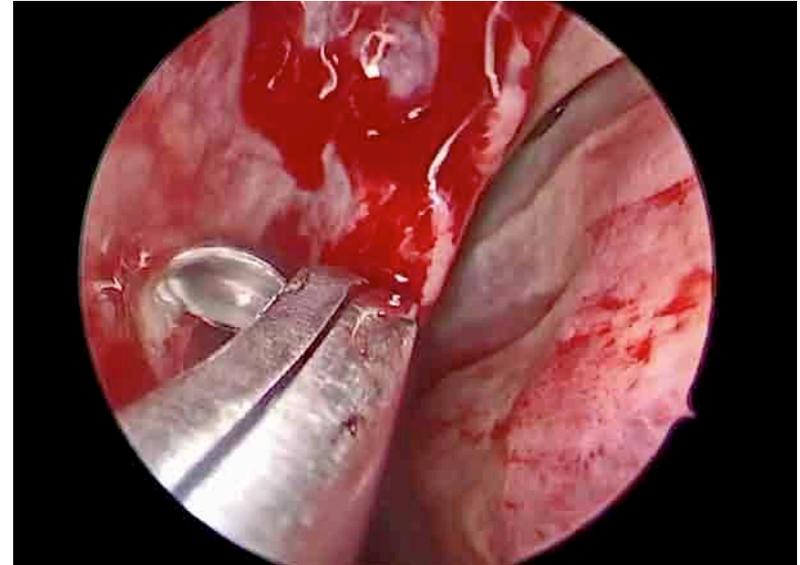
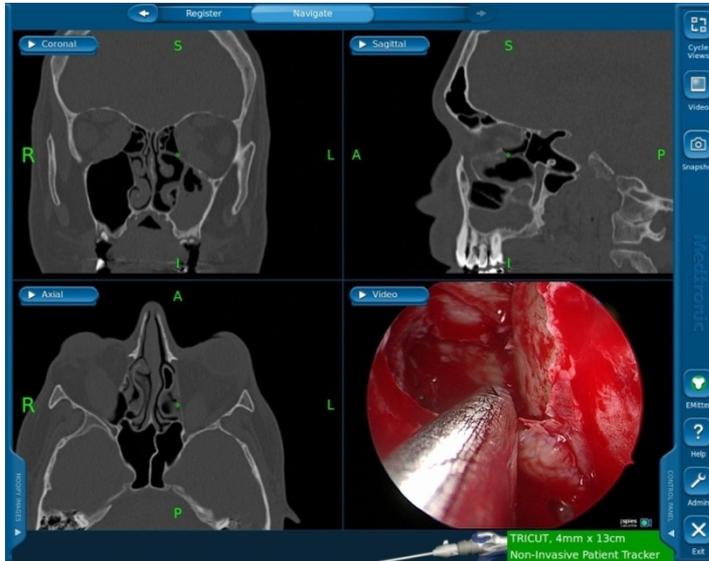
Approccio Endoscopico

La procedura chirurgica inizia con :

- l'apertura dell'ostio naturale del seno mascellare;
- si prosegue fino ad esporre la lamina papiracea, fresata e rimossa
- identificato il canale ottico, esso è aperto; si prosegue con l'abbattimento del pavimento orbitario.
- esposizione della periorbita a sua incisione.
- tramite le incisioni della periorbita si effettua la rimozione del grasso extraconico
- si aiuta la periorbita ad adagiarsi nello sfondato chirurgico.



Approccio Endoscopico

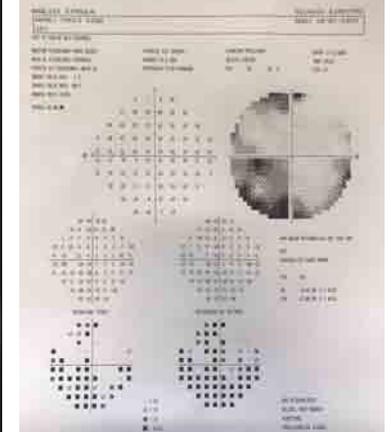
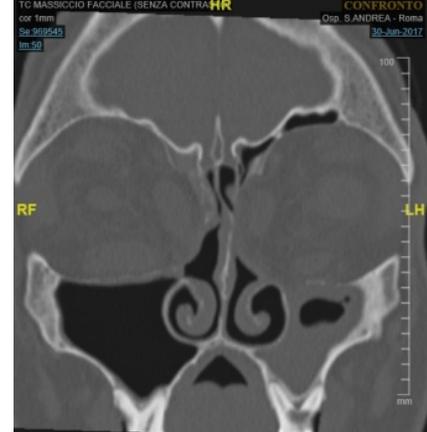
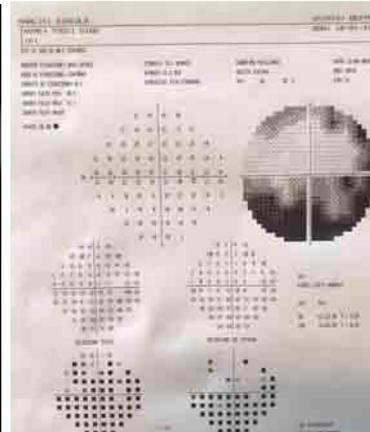
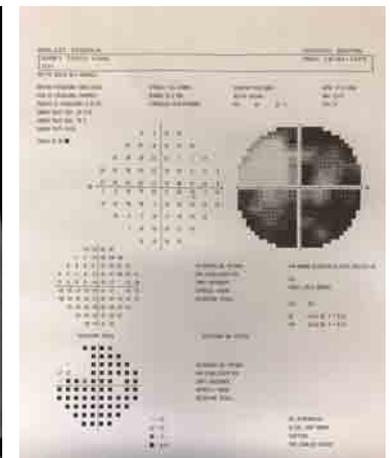
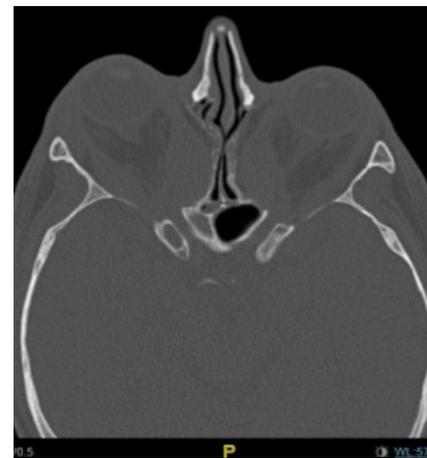
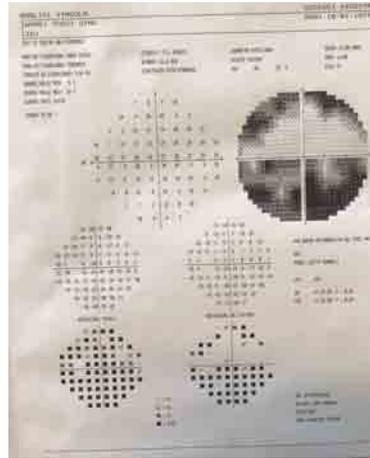
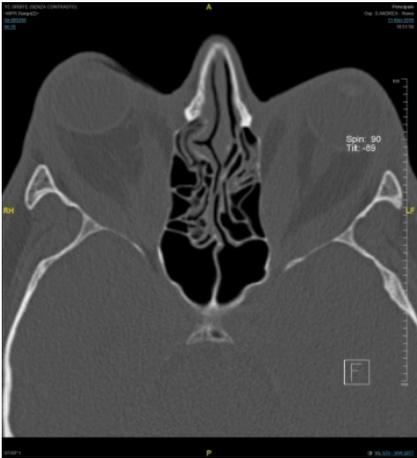


Tale procedura può necessitare l'ausilio del Fusion Navigation System, sistema di navigazione chirurgica che permette un potenziamento nella localizzazione anatomica

Approccio Endoscopico

Pre

Post



Pz sottoposto a decompressione orbitaria endoscopica transnasale per perdita ingravescente del visus. Veniva sottoposto ad intervento chirurgico d'urgenza



CONCLUSIONI

Nel trattamento chirurgico dei pazienti affetti da esoftalmo è fondamentale un approccio di tipo multidisciplinare; mediante questo tipo di valutazione è stato possibile infatti giungere ad una corretta pianificazione della terapia migliore, sia essa medica e/o chirurgica.

Importante è

qualora debba intervenire sia per un trattamento funzionale o d'urgenza o puramente estetico

il chirurgo dell'orbita

sia esso ~~plastico, oculista o maxillo-facciale~~, intervenga con metodiche sempre più mini-invasive



Conclusioni

L'approccio classico per via transpalpebrale per la decompressione orbitaria, sebbene efficace in termini di riduzione della proptosi, richiede *incisioni cutanee, osteotomie* e significativi *rimaneggiamenti delle strutture orbitarie*.

Inoltre a causa della forma conica del campo operatorio, tale tecnica ha lo svantaggio di fornire una visibilità sub-ottimale del campo stesso, limitata al 1/3 anteriore del cono orbitario.

L'approccio endoscopico endonasale, sfruttando gli osti naturali per approcciare l'orbita ed il suo contenuto, garantisce *assenza di cicatrici cutanee palpebrali, minori ecchimosi ed edema periorbitario, minore dolore/discomfort post-operatorio*.

Fornisce una visualizzazione diretta dell'apice orbitario offrendo la possibilità di ampliare direttamente il canale ottico; consente di *ridurre direttamente la pressione sul nervo ottico* all'apice orbitario e di ridurre il rischio di coinvolgimento dello stesso negli eventuali relapse di malattia.



Grazie

