



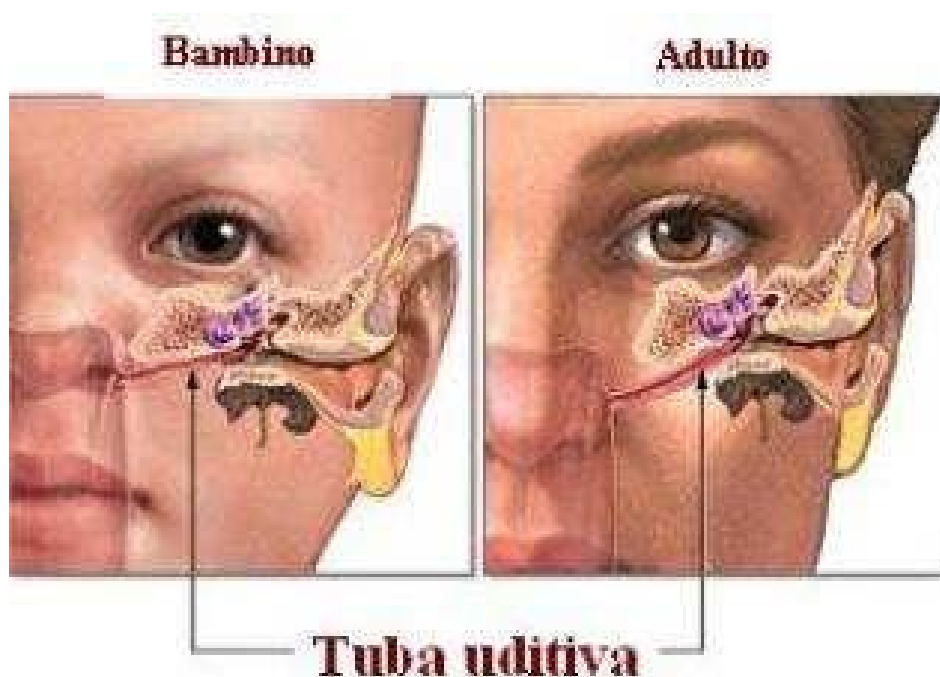
DRENAGGIO TRANS-TIMPANICO

(Neo-Tuba o Drain-Tube)

Con tale termine si indica una metodica chirurgica semplice, veloce, eseguibile in anestesia locale con l'ausilio del microscopio operatorio, che prevede l'incisione della membrana timpanica e il posizionamento di un tubicino di drenaggio, detto appunto "Neo Tuba" o "Drain Tube", attraverso la membrana stessa.

Tale intervento si rende necessario allorquando la funzionalità della *tuba uditiva* risulta totalmente *compromessa* e si prefigura il quadro della "*otite sieromucosa cronica*" con compromissione irreversibile dell'udito.

La **tuba di Eustachio** è un condotto anatomico complesso, lungo circa 35-45 mm, che mette in comunicazione il *rinofaringe* (porzione anatomica situata tra naso e gola) con *l'orecchio medio*.



E' costituita da un lume rivestito da mucosa, sostenuto da una impalcatura ossea scavata nell'osso temporale (osso nel quale è contenuto l'orecchio) lunga circa 10 mm, seguita da una porzione fibrocartilaginea lunga circa 25-35 mm, e da 4 muscoli: *l'Elevatore del velo-pendolo, il Tensore del velo-pendolo, il muscolo Salpingo-faringeo ed il muscolo Tensore del timpano.*

I muscoli Tensore ed Elevatore del velo, i cosiddetti “**muscoli peristafilini**”, sono i responsabili della “*funzione ventilatoria*” della tuba, in quanto ne permettono l'apertura nel corso dei movimenti periodici di deglutizione e masticazione, e durante l'atto dello sbadiglio.

La tuba può essere aperta anche forzatamente dalla cosiddetta “*Manovra di Valsalva*” o di “*compensazione volontaria*”, consistente nell'espirazione forzata a bocca e naso chiusi.



Da un punto di vista funzionale, la tuba uditiva ha il compito di drenare nella faringe le secrezioni della cassa timpanica e di areare l'orecchio medio, mantenendo all'interno della cassa del timpano una pressione uguale a quella esterna, permettendo conseguentemente alla membrana, sottoposta da entrambi i lati alla stessa pressione, di vibrare in condizioni ottimali.

Una alterazione della funzionalità tubarica comporta un maggior rischio di infiammazioni dell'orecchio medio (otite media acuta recidivante - otite media sieromucosa sub-acuta e cronica, otite purulenta ecc...).

La valutazione dell'*orofaringe*, del *rinofaringe* (con l'ausilio del *fibroscopio nasale*) e dell'*orecchio* (con l'ausilio dell'*oto-microscopio*, del *fibro-otoscopio* e degli *esami audiometrico ed impedenzometrico*), permetteranno allo specialista di giungere ad una corretta diagnosi e conseguentemente ad una terapia idonea.

Le patologie dell'orecchio da disfunzione tubarica interessano soprattutto i **bambini**, sia perché presentano ancora una inefficace contrazione dei muscoli peri-stafilini sia per l'ostruzione che *le adenoidi e le tonsille* spesso provocano a livello dello sbocco rinofaringeo della tuba.

L'**otite siero-mucosa**, anche detta *otite trasudativa*, *catarro tubarico*, *muco timpano ecc...*, è una malattia dell'orecchio medio determinata dalla formazione di un versamento mucoso denso nella cassa del timpano.

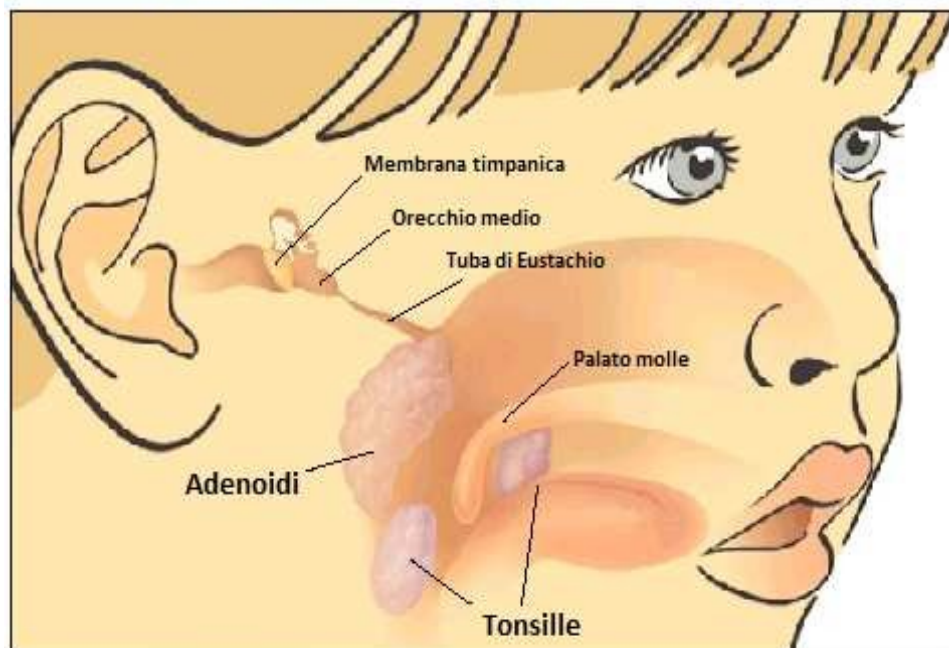


Otite siero-mucosa

Se la tuba non funziona a dovere, tale versamento tende a ristagnare e a solidificare, divenendo una vera e propria colla endo-timpanica (il cosiddetto "**Glue-ear**" degli autori anglosassoni).

Nei bambini con ipertrofia adenotonsillare il fenomeno può assumere il carattere della cronicità, provocando otiti recidivanti e ipoacusia (sordità) di tipo trasmissivo.

Ipertrofia adenoidea e tonsillare



Negli adulti tutte le affezioni in grado di alterare la respirazione nasale possono ripercuotersi negativamente sulla tuba alterandone la funzionalità e facilitando l'instaurarsi della patologia.

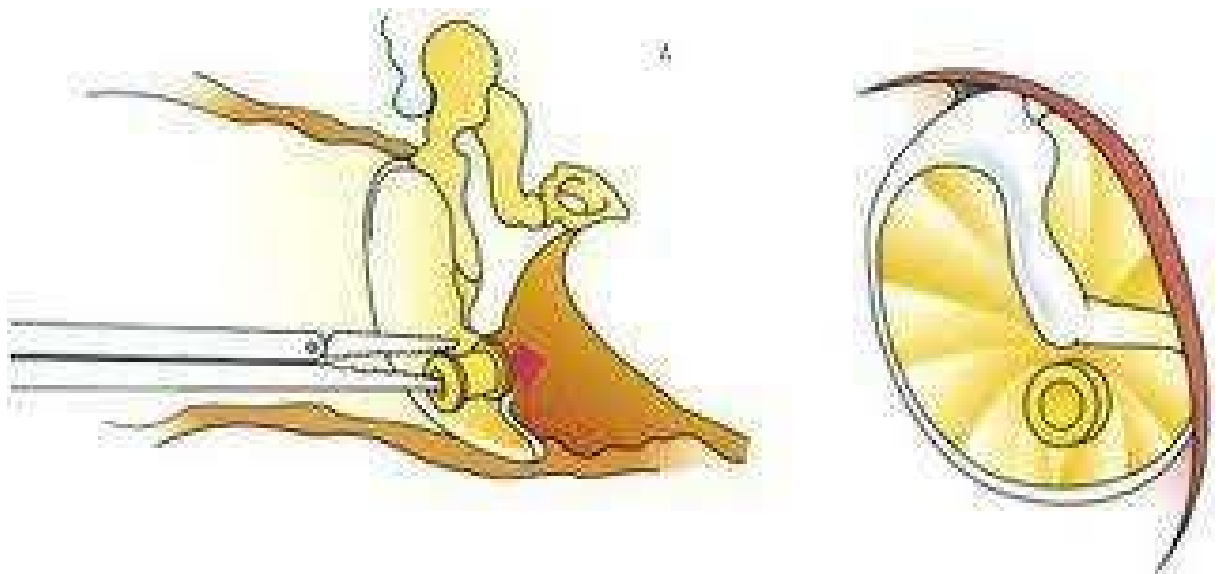
In età pediatrica, nei casi di otite siero-mucosa resistente alla terapia medica secondaria ad ipertrofia adenoidea o tonsillare, è indicato *l'intervento di adenoidectomia o di adeno-tonsillectomia*, al fine di ristabilire la pervietà tubarica e la ripresa funzionale dell'orecchio.

Nell'adulto andranno parimenti risolte tutte le eventuali patologie nasali (deviazioni del setto, ipertrofia dei turbinati, polipi ecc...) o rinofaringee (residui adenoidei, fibromi, neoplasie ecc...) in grado di ostacolare la funzione della tuba.

Talvolta, quando non se ne individuano o si affrontano tardivamente le cause, l'*otite siero-mucosa* tende a cronicizzare e ad assumere un decorso autonomo e progressivo.

Questo rende fondamentale giungere in tempi brevi alla diagnosi.

In tutti quei casi dove, nonostante i provvedimenti medici e/o chirurgici adottati, non si riesce ad avere il recupero funzionale dell'orecchio, si dovrà ricorrere all'intervento di "**paracentesi timpanica con posizionamento di un drenaggio trans-timpanico**".



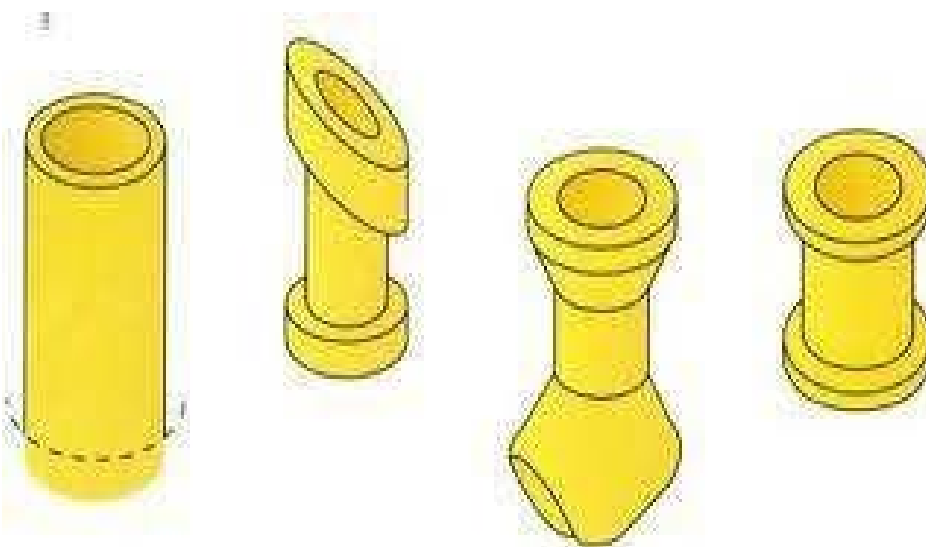
Posizionamento del drenaggio

Si tratta di un intervento in anestesia locale eseguito con l'ausilio del microscopio operatorio, nel quale viene praticata una piccola incisione nella membrana del timpano (*paracentesi timpanica, miringotomia o mirigocentesi*) attraverso la quale viene aspirato il muco dalla cassa, con successivo posizionamento di un piccolo tubicino di drenaggio per favorire la fuoriuscita delle secrezioni ristagnanti e permettere la ripresa funzionale dell'orecchio attraverso l'aerazione della cassa.



Drenaggio trans-timpanico posizionato

Questo tubicino, del quale ne esistono circa 200 tipi, prende il nome di “Neo-Tuba”, o “**Drain Tube**” e si va praticamente a sostituire alla tuba uditiva mal funzionante impedendo di conseguenza l’instaurarsi dell’otite cronica.



La Neo-Tuba viene generalmente eliminata spontaneamente dopo **4-6 mesi**, e l'otite sierosa-gomosa guarisce quasi sempre perfettamente, soprattutto nei bambini.

In caso di insuccesso o di successo parziale può essere preso in considerazione un nuovo posizionamento per tempi più o meno lunghi (**6 mesi – 1 anno**).