



AOOI
Associazione
Otorinolaringologi
Ospedalieri Italiani

RACCOMANDAZIONI CLINICHE AOOI

Riflessioni sulla complessa dicotomia fra rino-settoplastica funzionale e rinoplastica estetica

“Un intervento “ misto ” (definito rinosettoplastica) diventa necessario nella correzione di un gran numero di ostruzioni nasali e per quanto ci riguarda l’80% dei nostri pazienti viene sottoposto ad interventi correttivi completi di questo tipo..”

Così Rodolphe Meyer, nel 1994, introduceva il concetto della importanza della correzione simultanea del setto e della piramide nasale. (1)

Già da molti anni la letteratura mondiale considerava obsoleto ed anacronistico il concetto di praticare la settoplastica sei mesi prima della rinoplastica in tutti i casi in cui di deviazione del setto e della piramide . (2)

Le teorie di Mayer sulla innaturale scissione della chirurgia nasale in settoplastica e rinoplastica trovano riscontro in tutta la rinologia moderna. In tal senso la posizione del Prof Giorgio Sulseni rappresenta un riferimento . *“La chirurgia del setto è senza dubbio una delle parti più importanti della chirurgia correttiva nasale perché un corretto posizionamento del setto è importante per la buona respirazione nasale e per la buona “valenza” estetica del naso, allo stesso modo la correzione del naso esterno diventa*

necessario per garantire una buona funzionalità respiratoria nasale oltre che un buon risultato estetico, pertanto il concetto fondamentale è che non si opera solo la deviazione settale ma la cavità nasale in toto... “ Così il prof Sulsenti definiva la rinosettoplastica “one stage” come il trattamento standard per le deviazioni nasali. (3)

Queste teorie riconoscono come presupposto fondamentale proprio i meccanismi fisiopatologici alla base della deformità nasale malformativa o post-traumatica .

Infatti nel trattato “ Chirurgia funzionale ed estetica del naso” (uno dei manuali di riferimento per tutti gli Otorinolaringoiatri Italiani) Sulsenti riporta un concetto fondamentale e cioè che alla deviazione del setto (lesione iniziale) consegue un “trascinamento” della malattia sulle strutture contigue per effetto di cicatrizzazione ed alterazione della crescita con conseguenti danni alle strutture ossee e cartilaginee del naso (compreso la punta). Per cui il razionale chirurgico è: si opera “la cavità nasale e non solo il setto”. (4,5,6)

In sintonia con le teorie di Sulsenti sono tutti i più grandi Rinochirurghi e Rinologi degli ultimi 50 anni. Nella introduzione del numero di Acta Orl Italica del 2013 interamente dedicato alla chirurgia nasale il prof Sciuto, allora presidente dell’AICEF (Associazione Italiana ORL di Chirurgia Estetica Funzionale - Rino-Cervico-Facciale), evidenzia la stretta correlazione che c’è fra settoplastica e rinoplastica . *“La moderna chirurgia nasale non può essere affrontata né in una prospettiva esclusivamente cosmetica né in una prospettiva esclusivamente funzionale. È concettualmente errato e operativamente limitativo un approccio esclusivamente cosmetico alla rinoplastica poiché il naso non è solo un fondamentale attributo estetico ma anche un organo complesso dal punto di vista respiratorio, sensoriale, immunitario. Allo stesso modo non è più accettabile una chirurgia*

nasale che si preoccupi esclusivamente dell'aspetto funzionale sottovalutando l'aspetto esteriore del naso.” (7-8)

Nel capitolo sulla rinoplastica funzionale (Quaderni monografici di aggiornamento AOOI 2006) Ignazio Tasca sottolinea come, nel naso deviato, sia raro ottenere un buon risultato senza agire contemporaneamente sul setto e sulla piramide nasale, qualunque sia la motivazione iniziale del paziente funzionale e/o estetica. In un capitolo successivo dello stesso volume Manzini rileva come la correzione chirurgica di un naso deviato sia difficile se non si affrontano sia le problematiche funzionali che quelle estetiche. (9)

Alla luce di queste considerazioni anatomiche, fisiopatologiche e chirurgiche, si può affermare che in alcuni casi il rino-chirurgo deve porsi un obiettivo prima funzionale e poi estetico (o morfologico) perchè limitarsi alla sola settoplastica non risolverebbe la malattia fondamentale, cioè l'ostruzione nasale che rimane il “primum movens” anche nei casi in cui un paziente chieda anche un risultato estetico.

Questo concetto apparentemente ovvio e riconosciuto da molti rappresenta tuttora un motivo di intenso dibattito soprattutto per i tanti risvolti medico legali che comporta. Il punto cruciale è se nella chirurgia morfo-ricostruttiva del naso si possa prevedere un presupposto “quoad functionem” anche per la prestazione estetica che per definizione non è necessaria “quoad vitam “ o “quoad functionem”. (10)

Inutile ricordare che qualcuno potrebbe utilizzare la definizione di rinosettoplastica funzionale in modo del tutto equivoco al fine di praticare in strutture pubbliche un intervento con finalità estetiche, mimetizzandolo, per la copertura assistenziale, come funzionale. (10)

Alla luce delle stesse considerazioni è sicuramente errato pensare che la settoplastica come intervento singolo, senza cioè associazione con manovre chirurgiche sulle altre

strutture osteocartilaginee della piramide, non sia mai sufficiente a risolvere l'ostruzione nasale, cioè a tutti i pazienti che non respirano bisogna proporre sempre una rinosettoplastica funzionale.

In tal senso la dicotomia fra rino-settoplastica e rinoplastica può generare non pochi equivoci.

Il nostro modo di affrontare il problema passa attraverso la risposta ad alcuni quesiti fondamentale:

- a) La deviazione del setto con ostruzione respiratoria deve essere considerata malattia?
- b) Quale è l'iter diagnostico appropriato pre-operatorio per una settoplastica?
- c) Quali sono i casi in cui un approccio limitato alla sola settoplastica possa non risolvere del tutto "la malattia respiratoria"

La risposta al primo quesito è apparentemente semplice perché bisogna considerare che la deviazione del setto è un riscontro molto comune anche se non sempre sintomatico. La letteratura, però, sottolinea con forza i risvolti clinici della deviazione del setto. Numerosi studi hanno infatti dimostrato che la ostruzione respiratoria nasale è responsabile di una serie di segni e sintomi che hanno un impatto significativo sulla qualità della vita: cefalea, disturbi del sonno, otiti, apnee, riduzione dell'olfatto, ansia e depressione.

Konstantinos Valsamidis nel 2019 ha dimostrato che la funzione olfattiva viene significativamente compromessa a causa della deviazione del setto e che l'olfatto migliora significativamente dopo la settoplastica. (11)

Interessante è il lavoro di Ki-Il Lee che nel 2021 ha dimostrato che la depressione e l'ansia sono più comuni e gravi nei pazienti con deviazione del setto nasale, infatti l'autore suggerisce di non sottovalutare il disagio psicologico del paziente che si rivolge all'Otorinolaringoiatra per essere sottoposto ad intervento di settoplastica. (12)

Alle stesse considerazioni giunge anche Fahad S Alghamdi nel 2022 nella sua review in cui rileva che la deviazione del setto è significativamente associata ad una maggiore incidenza di ansia, depressione ed emicrania. (12)

Nella letteratura degli ultimi 30 anni è stata ampiamente dimostrata l'importanza della ostruzione nasale nelle roncopatie, nelle apnee e nei disturbi del sonno. A tal proposito interessante sono i rilievi di Elie Serrano nel 2005 su The Journal of Laryngology and Otology che così sintetizza i disturbi dei pazienti con ostruzione nasale: "I have great difficulty sleeping, I breathe poorly, I snore, and my sleep is not restorative". (13-14)

Considerando la sindrome che è correlata con la stenosi nasale, Ilona Schwentner nel 2006 evidenzia che la settoplastica crea un miglioramento duraturo della qualità della vita nei pazienti con deviazione del setto nasale. (15)

Pertanto possiamo rispondere al primo quesito con chiarezza: la deviazione del setto che causa ostruzione respiratoria nasale deve essere considerato a tutti gli effetti una malattia., con i conseguenti aspetti medico legali.

In merito al secondo quesito, risulta evidente che un buon iter diagnostico consente di classificare al di fuori di ogni ragionevole dubbio la valenza funzionale od estetica dell'intervento di rinosettoplastica. La diagnosi di deviazione del setto è molto semplice ed è basata unicamente sull'esame obiettivo: ispezione, rinoscopia ed endoscopia nasale, mentre rappresenta tuttora un argomento di dibattito l'iter diagnostico strumentale propeudeutico ad un intervento di settoplastica cioè quali sono gli esami diagnostici strumentali necessari per decidere l'approccio chirurgico. Cioè l'osservazione di un'alterazione morfologica del setto nasale non deve in alcun modo portare automaticamente ad una settoplastica. Solo le deviazioni settali scarsamente tollerate che creano un'ostruzione nasale meccanica rappresentano un'indicazione chirurgica. (16-17)

La letteratura degli ultimi anni ha fortemente discusso sulla utilità di test strumentali o radiologici che possono aiutare il chirurgo ma che non sono da ritenersi assolutamente necessari:

- TAC del massiccio facciale.
- Rinomanometria,

La attuale Rinomanometria si propone di obbiettivare e misurare il flusso nasale attraverso la analisi delle resistenze che incontra nelle cavità nasali. Si tratta, però di un indagine importante ma variabile ed operatore dipendente che può indirizzare il chirurgo ma che non può essere considerata necessaria in tutti gli interventi di settoplastica.

La TAC del massiccio facciale pre operatoria è sicuramente utile al chirurgo soprattutto nei casi di associata patologia dei seni paranasali. Ancora oggi l'utilità della Tac è molto dibattuta e sono sicuramente molto attuali le considerazioni del prof La Rosa nella tavola Rotonda del congresso SIO del 1996 a Milano : “ l'utilità della TAC nasce dalla considerazione che molto spesso dopo un intervento di chirurgia nasale possono subentrare problemi che prima non c'erano, che il paziente ci può contestare, (anche perché, in questo senso, è cambiata la mentalità della nostra utenza); ..avere una documentazione TAC può aiutare il professionista per gli aspetti medico legali.....”. (19)

Se si ricorda la teoria del prof Sulseni per cui si opera non il setto ma la cavità nasale in toto, risulta chiaro che la TAC può rappresentare un valido aiuto cui il chirurgo non dovrebbe rinunciare.(19)

Bisogna ricordare per evitare equivoci che nelle Linee guida del Ministero per la Salute per la codificazione delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con il sistema di Classificazione internazionale ICD-9-CM 2007 (Revisione 2015/2017) viene testualmente riportato che in caso di “Deviazione del setto nasale in cartella clinica deve essere

presente il seguente supporto diagnostico: Presenza in cartella clinica di evidenza di una deviazione del setto quale la descrizione accurata del quadro rinoscopico.”. Vale a dire che per il Ministero della Salute basta un accurato esame obiettivo in cartella per poter praticare un intervento di settoplastica e codificarlo in quanto tale. Pertanto per definire al di fuori di ogni ragionevole dubbio la natura estetica o funzionale dell'intervento sono importanti

1. Anamnesi opportunamente raccolta che evidenzia i disturbi soggettivi ed oggettivi della stenosi nasale
2. Esame obiettivo mediante endoscopia nasale
3. Tac del massiccio facciale raccomandata anche se non indispensabile
4. Foto del paziente
5. Dichiarazione del paziente che dichiara il suo stato di sofferenza e sottoscrive lo score “NOSE” .

Il terzo quesito rappresenta sicuramente il punto cruciale della nostra relazione. In letteratura si è concordi nel rilevare che ci sono settoplastiche che possono essere eseguite senza un necessario approccio morfologico da rinosettoplastica così come ci sono rinoplastiche che mantengono prerogative estetiche o prevalentemente estetiche. (20-21-22-23-24-25)

Alla luce delle nostre premesse anatomiche, fisiopatologiche e chirurgiche, si può affermare, però, che ci sono molti casi di deviazioni settali che richiedono un approccio chirurgico completo (“oltre il setto” come affermava il prof Sulseni) e fra questi dobbiamo considerare:

- naso torto;
- deviazione del setto con stenosi valvola nasale o tension nose
- esiti di rinoplastica;

- deviazioni del setto marcate associate a deviazioni della punta;

CONCLUSIONI

Il concetto giuridico di malattia prevede sia l'alterazione della normale anatomia e fisiologia e sia la possibile potenzialità peggiorativa a carico di altri distretti continui o contigui. In tal senso la deviazione del setto è da considerarsi "malattia" sia per la compromissione della anatomo/fisiologia delle cavità nasali e sia per le patologie associate come otiti, rinosinuiti, anosmia, disturbi del sonno, apnee, ansia e depressione, che incidono significativamente sulla qualità della vita.

Considerando le varie Linee guida nazionali ed internazionali e considerando le raccomandazioni del Ministero della Salute, un intervento di settoplastica o rinosettoplastica non prevede la necessità di Rinomanometria o Tac preoperatoria, però soprattutto quest'ultima appare raccomandata.

La Letteratura Mondiale non ha ancora ben demarcato la linea di confine in base alla quale la chirurgia nasale debba essere esclusivamente funzionale o considerata sotto il profilo estetico con ovvie ripercussioni sul piano giuridico /assicurativo ed amministrativo. Ci sono molti illustri Autori che escludono nel modo più assoluto questa dicotomia, in base ai quali esiste solo una chirurgia funzionale che ha anche delle ripercussioni estetiche. Questo dibattito è ancora in essere ma si può sicuramente affermare che in molti casi (come quelli precedentemente elencati), l'unico intervento chirurgico possibile per risolvere il problema è la settoplastica funzionale o rinosettoplastica che corregge la deviazione con un approccio allargato al dorso ed al gibbo (tipo Settoplastica funzionale di Sulsenti).

BIBLIOGRAFIA

1. Rodolphe Meyer Rinoplastica terzo volume pagg 25-211 Chirurgia Plastica Estetica opera in 5 volumi 1994 Piccin Nuova Libreria spa
2. David Brain The Septum in Functional Rhinoplasty 01 Jan 1986 Facial Plastic Surger- Vol. 3, Iss: 04, pp 235-241
3. Giorgio Sulsenti con la collaborazione di Pietro Palma: Chirurgia funzionale ed estetica del Naso. Ghedini Editore 1994 Milano
4. Cottle MH, Loring RL, Fischer GF, et al. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. Arch Otolaryngol. 1958;68:301–313.
5. Sulsenti G, Palma P. A new technique for functional surgery of the nasal valve area. Rhinology. 1989;(Suppl. 10):3–19.
6. Sulsenti G, Palma P. The nasal valve area: structure, function, clinical aspects and treatment. Sulsenti's technic for correction of valve deformities. Acta Otorhinolaryngol Ital. 1989;9(Suppl. 22):1–25.
7. N. Bianco, A. Bocchieri, M. Bussi, C. Diana, P. Giacomini, M. Giannini, D. Minghetti, A. Moretti, P. Raimondi, S. Sciuto. Linee guida all'intervento di

- rinoplastica/rinosettoplastica. Argomenti di ACTA otorhinolaryngologica italica 2015;9(2):5-9
8. Sciuto Sebastiano Modern Rhinoplasty ACTA Otorhinolaryngologica italica 2013;33:145
 9. Quaderno monografico di Aggiornamento AOOI del 2006 a cura di Ignazio Tasca e Marco Manzini: Ignazio Tasca “la chirurgia funzionale del setto e della valvola nasale” pagg 45- 68; Marco Manzini ” il naso torto pagg 207-219.
 10. La Rosa R., Fibbi A., Staffieri. Chirurgia funzionale ed estetica del naso. Mallardi V. Capitolo XXV pag 467
 11. Konstantinos Valsamidis et Al. Olfaction and quality of life in patients with nasal septal deviation treated with septoplasty Am J Otolaryngol . 2019 Sep-Oct;40(5):747-754
 12. Ki-Il Lee et Al. Association of nasal septal deviation with the incidence of anxiety, depression, and migraine: A national population-based study PLoS One. 2021 Nov
 13. Serrano, E., Neukirch, F., Pribil, C., Jankowski, R., Klossek, J., Chanal, I., & El Hasnaoui, A. (2005). Nasal polyposis in France: Impact on sleep and quality of life. *The Journal of Laryngology & Otology*, 119(7), 543-549.
 14. Irvine BWH, Dayal WS, Philippon EA. Sleep apnea due to nasal valve obstruction. *J Otolaryngol*. 1984;13:37–38
 15. Schwentner, Ilona, et al. "Does nasal septal surgery improve quality of life?." *Acta otolaryngologica* 126.7 (2006): 752-757.
 16. Thomassin JM “Septoplasties and associated procedures” *Ann Chir Plast Esthet*. 2014 Dec;59(6):429-46

17. Rettinger, G. and Kirsche, H. Complications in Septoplasty. *Facial Plastic Surgery*, 22, 289-297. (2006)
18. Maurizio Quadrio et Al. Review of computational fluid dynamics in the assessment of nasal air flow and analysis of its limitations *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Sep;271(9):2349-54
19. Tavola Rotonda 83° Congresso Nazionale S.I.O. *Acta Otorhinol. Ital.* 16 ,163-179,1996
20. Haight JS, Cole P. The site and function of the nasal valve. *Laryngoscope*. 1983;93:49–55.
21. Mann DG, Sasaki CT, Suzuki M, et al. Dilator nasi muscle. *Ann Otol.* 1977;86:362–372
22. Converse JM *Corrective and reconstructive surgery of the nose*. Converse JMed. *Reconstructive Plastic Surgery Vol 2 Philadelphia, Pa WB Saunders Co1977; (chap 29.)*
23. Leicher, H., 1928: *Vererbung anatomischer Variation der Nase, Ihrer Nebenhöhlen und des Gehorganes*. J. F. Bergman, München.
24. C. Parrilla G Paludetti. The role of septal surgery in cosmetic rhinoplasty. *Acta Otol. Italica* . 2013;33:146-153
25. Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1984;73:230–239
26. Uddstromer M. Nasal respiration: a critical survey of some current physiological and clinical aspects on the respiratory mechanism with a description of a new method of diagnosis. *Acta Otolaryngol*. 1940;(Suppl. 42):3–14

