

Michele Ori,<sup>1</sup> Luca D'Ascanio,<sup>2</sup> Pier-Francesco Galzignato,<sup>2</sup> Giampietro Ricci.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Otorinolaringoiatrica, Università degli Studi di Perugia.

<sup>2</sup>Centro Studi "Valerio Micheli Pellegrini" – Villa Donatello, Firenze.

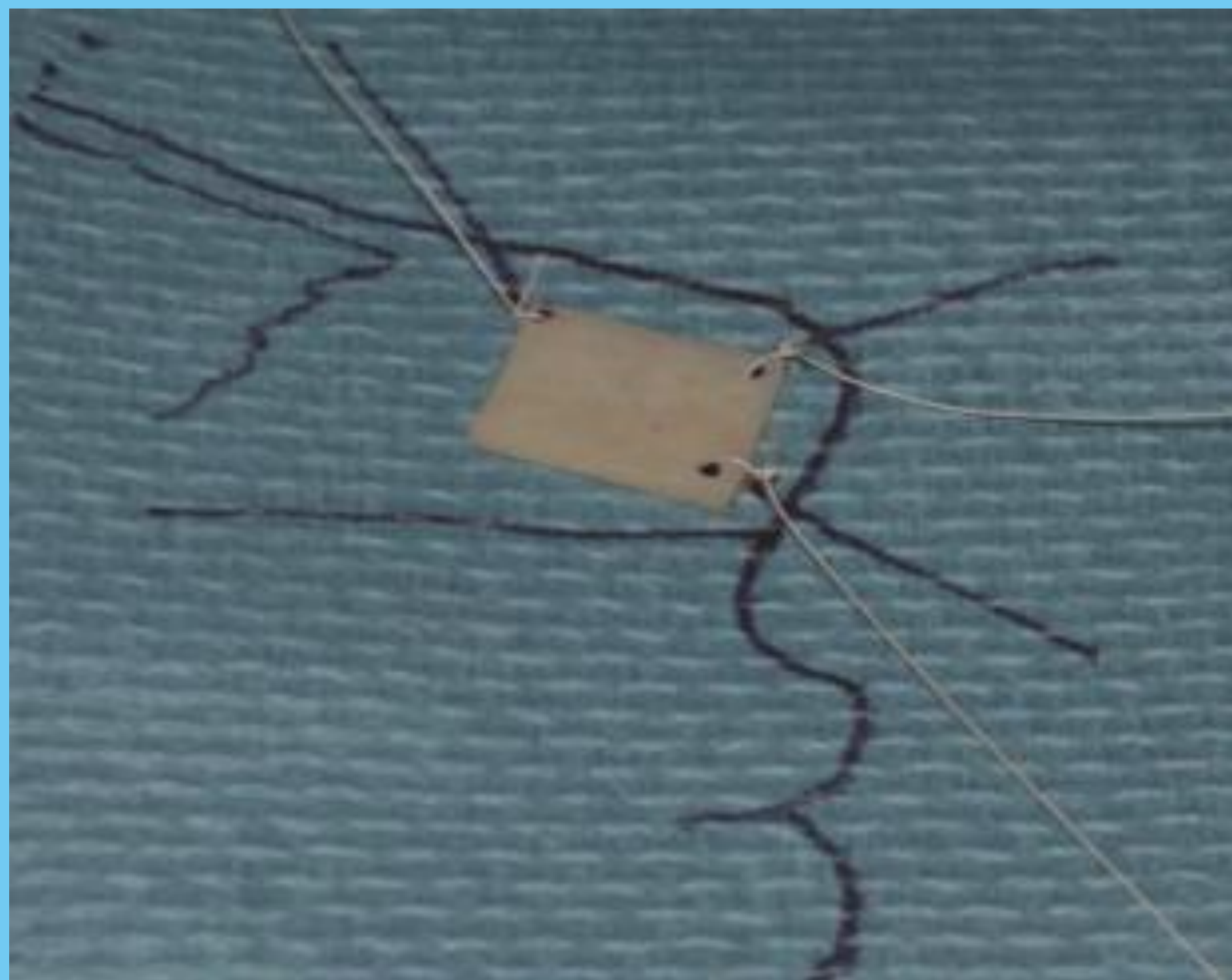


Fig. 1: Disegno del profilo naso-settale destro che mostra le dimensioni, la posizione ed i punti di sutura "guida" del SEG-DCG. Da notare il decorso transcutaneo delle suture.

## Tecnica chirurgica

L'allestimento del SEG-DCG viene effettuato utilizzando cartilagine prelevata dalla porzione posteriore della quadrangolare (se disponibile) o cartilagine della conca auricolare. L'innesto viene modellato in forma trapezoidale, con lunghezza e larghezza definite in base all'entità del difetto da correggere (Fig. 1).

L'inserzione del SEG-DCG avviene al termine della rinoplastica: attraverso un approccio retrogrado con forbici di Stevens si realizza una "tasca" sottomucosa che si estende dall'incisione trasfissa verso lo spazio intercrurale (tra le crura mediali ed intermedie delle cartilagini alari).

Successivamente tre differenti punti di sutura "guida" in Vicryl 5/0 vengono applicati attraverso tre (anteroinferiore, anterosuperiore, posterosuperiore) dei quattro angoli dell'innesto, coi fili mantenuti lunghi.

L'innesto viene così inserito all'interno della "tasca" tra il margine caudale del setto nasale (bordo posteriore della "tasca") e le crura mediali (bordo anterolaterale della "tasca"). Quando il chirurgo è soddisfatto dei risultati estetici ottenuti, il SEG-DCG viene accuratamente stabilizzato attraverso il passaggio transcutaneo delle tre suture "guida" (Fig. 2): (a) il primo filo viene fatto passare attraverso la cute della regione prespinale, in modo da fissare l'angolo anteroinferiore del SEG-DCG alla base anteriore della columella; (b) la seconda sutura transcutanea fuoriesce a livello dell'area interdomale, così da fissare l'angolo anterosuperiore dell'innesto al "nuovo" e desiderato punto di massima proiezione della punta; (c) la terza sutura fissa l'angolo posterosuperiore dell'innesto alla "nuova" supratip area (tra la cartilagine triangolare posteriormente ed il margine cefalico delle crura intermedie delle alari anteriormente). I segmenti extracutanei dei fili "guida" vengono quindi messi in trazione (stabilizzando così l'innesto nella posizione desiderata), tagliati e fissati alla cute con Steri-Strips.

## Vantaggi

- Lo *strut columellare*, comunemente usato per aumentare la proiezione della punta, determina un contemporaneo incremento dell'angolo columello-labiale (effetto deleterio in caso di punta già iper-rotata). Al contrario, il SEG-DCG permette di ottenere un aumento della proiezione con riduzione dell'angolo naso-labiale (Fig. 3).
- La preservazione dell'integrità delle strutture cutanee e legamentose della columella nell'approccio *endonasale* garantisce un stabile supporto per l'innesto senza necessità di suturare il SEG-DCG alla cartilagine quadrangolare (preservando la naturale flessibilità della punta).
- La conservazione del sistema cutaneo-legamentoso della punta permette alle cartilagini alari di "seguire" il movimento (in direzione caudale) prodotto dal SEG-DCG sulla cute nasale.
- Le tre suture transcutanee consentono il posizionamento preciso dell'innesto in base al risultato estetico desiderato.
- La preservazione dell'integrità columellare permette una *valutazione immediata* dei risultati estetici ottenuti.



Fig. 3: Fotografie pre- (A) e postoperatorie (B) di una paziente (41 anni) sottoposta a rinoplastica di revisione con posizionamento "endonasale" del SEG-DCG. Da notare l'aumento della lunghezza nasale, della proiezione della punta, oltre alla riduzione degli angoli columello-labiale e columello-lobulare.

## Introduzione

Il naso corto ("short nose") con perdita di supporto/proiezione della punta, retrazione columellare e iper-rotazione della punta rappresenta una deformità anatomica complessa, spesso conseguenza di un'eccessiva resezione del margine caudale della cartilagine quadrangolare eventualmente associata ad un'abbondante asportazione del margine cefalico delle alari e del margine caudale delle triangolari. La correzione di tale deformità richiede il ripristino di un adeguato "pilastro" caudale a livello settale mediante *septal extension graft* (SEG).

Tre tipi di SEG sono stati descritti in letteratura: spreader, batten, e *direct caudal grafts* (DCG). Tra questi, il SEG-DCG offre i migliori risultati estetici, al costo di una maggiore difficoltà di ancoraggio, soprattutto nella rinoplastica "chiusa". Descriviamo una tecnica semplice ed efficace per il posizionamento di SEG-DCG in rinoplastica "endonasale".

## Metodi

38 pazienti sono stati sottoposti a rinoplastica "chiusa" di revisione con posizionamento "endonasale" di SEG-DCG per la correzione di naso corto con ipo-proiezione ed iper-rotazione della punta nasale. Tutti i pazienti, sia nel pre- che nel postoperatorio, sono stati sottoposti alla misurazione della lunghezza nasale, della proiezione e della rotazione della punta (angoli nasolabiale e lobulocolumellare). La durata media del follow-up è stata di 17 mesi.

## Risultati

Dopo l'intervento chirurgico, rispetto alle condizioni preoperatorie, abbiamo rilevato un incremento della lunghezza e della proiezione della punta. Abbiamo inoltre riscontrato un significativo decremento ( $p < 0.001$ ) dell'angolo columello-labiale e una riduzione ( $p < 0.001$ ) dell'angolo columello-lobulare (Tab. 1). Non è stata segnalata alcuna complicanza.

## Conclusione

La tecnica "endonasale" descritta per il posizionamento del SEG è una procedura semplice ed efficace per la correzione del naso corto con perdita di supporto-proiezione della punta, retrazione columellare e iper-rotazione della punta nella rinoplastica di revisione.

## Bibliografia

Scattolin A, Galzignato PF, Longari F, D'Ascanio L. Septal extension graft in "closed" revision rhinoplasty: A simplified technique. Am J Rhinol Allergy. 2017;31(4):260-264.



Fig. 2: Inserimento del SEG-DCG (visione frontale) ancorato mediante i tre punti di sutura "guida".

Analisi biometrica (media ± deviazione standard)					
Lunghezza nasale		Proiezione della punta		Angolo columello-labiale	
Preoperatorio	Postoperatorio	Preoperatorio	Postoperatorio	Preoperatorio	Postoperatorio
15.02 ± 3.91%	↑ 11.34 ± 2.26%	99.81 ± 6.49°	↓ 91.23 ± 3.85°	50.02 ± 0.36°	↓ 34.02 ± 5.28°

Tab. 1: Parametri biometrici pre- e postoperatori.