

Introduzione**Ringraziamenti****Prefazione**

CAPITOLO 1	L'anamnesi	pag. 10
CAPITOLO 2	L'ispezione del naso	pag. 12
CAPITOLO 3	La documentazione fotografica	pag. 21
CAPITOLO 4	L'ispezione delle cavità nasali e considerazioni funzionali	pag. 23
CAPITOLO 5	Esami strumentali	pag. 32
CAPITOLO 6	Considerazioni anatomiche	pag. 34
CAPITOLO 7	Esecuzione	pag. 52
CAPITOLO 8	La settoplastica	pag. 125
CAPITOLO 9	Il trattamento dei turbinati	pag. 140
CAPITOLO 10	Le osteotomie	pag. 145
CAPITOLO 11	Il modellamento della base delle narici	pag. 158
CAPITOLO 12	La medicazione	pag. 162
CAPITOLO 13	I tamponi	pag. 169
CAPITOLO 14	Il postoperatorio	pag. 171
CAPITOLO 15	Le sinechie	pag. 173
CAPITOLO 16	I disturbi respiratori post-rinoplastica	pag. 174
CAPITOLO 17	Gli spreader graft	pag. 176
CAPITOLO 18	L'uso di innesti di cartilagine. Come e perché	pag. 183
CAPITOLO 19	I materiali alloplastici	pag. 194
CAPITOLO 20	Il naso senza gibbo o insellato	pag. 203
CAPITOLO 21	Casi	pag. 206

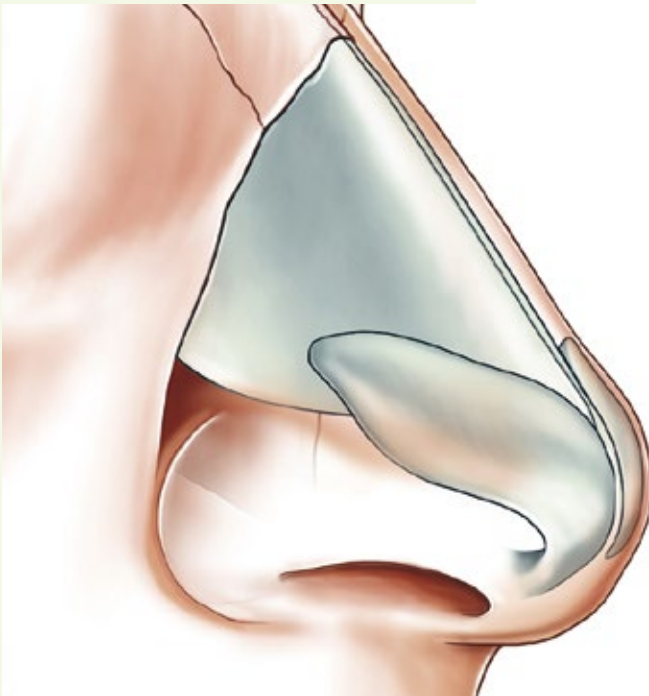


Figura 1a: se il crus laterale delle cartilagini alari è orientato verso l'alto, la sua posizione va cambiata avvicinandolo al margine della narice perché altrimenti, una volta resecato il margine cefalico, non rimarrebbe lungo la narice una striscia di cartilagine sufficiente (di almeno 2mm) per non far collassare l'ala nasale



Figura 1b: normale orientamento del crus laterale abbastanza vicino al margine della narice

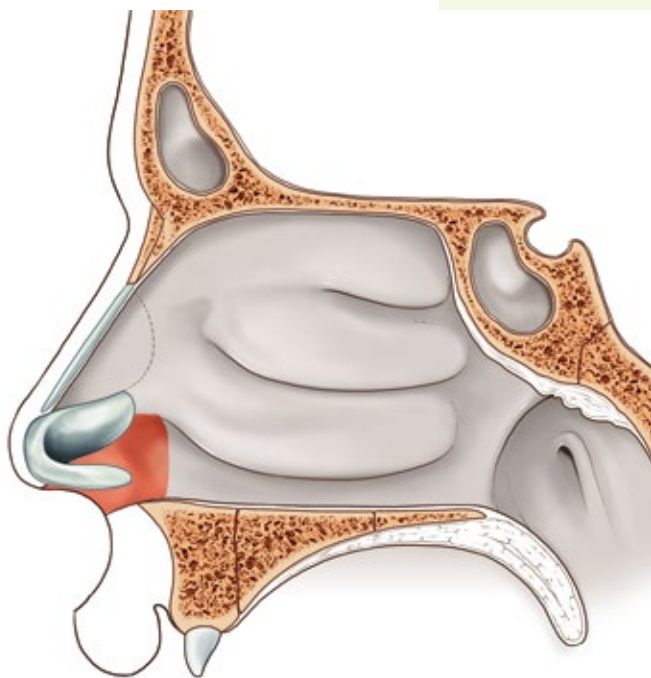


Figura 3a: area 1 di Cottle. Le deviazioni dell'area 1 danno modesti problemi di respirazione. In genere, provoca una distorsione delle narici

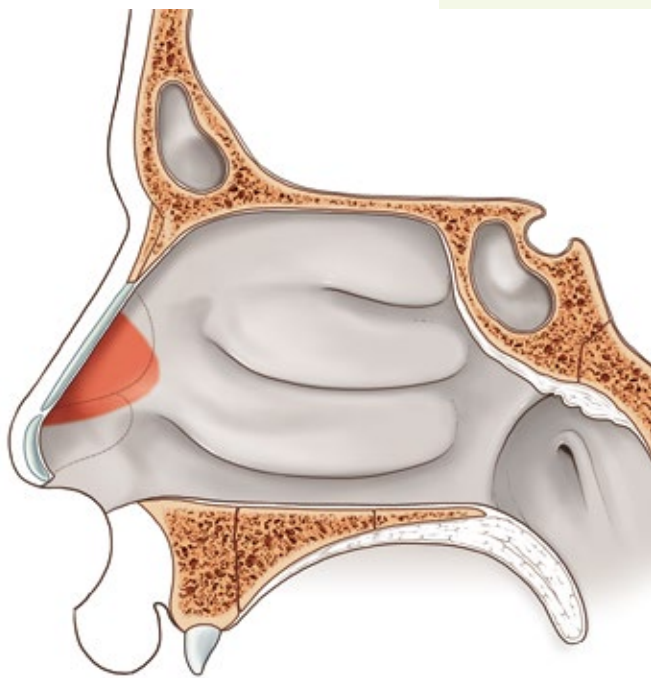


Figura 3b: area 2 di Cottle. Le deviazioni dell'area 2 impediscono il corretto funzionamento della valvola di Mink causando problemi di respirazione

dentro a un vaso sanguigno, così come si fa in qualsiasi iniezione (fig. 4). Quando si corregge una deviazione del setto, il turbinato che si trova nella fossa nasale più ampia risulta ipertrofico perché deve arrivare a toccare il setto per svolgere correttamente la sua funzione. Converrà quindi ridurre la ipertrofia con diatermocoagulazioni o meglio ancora con apparecchi

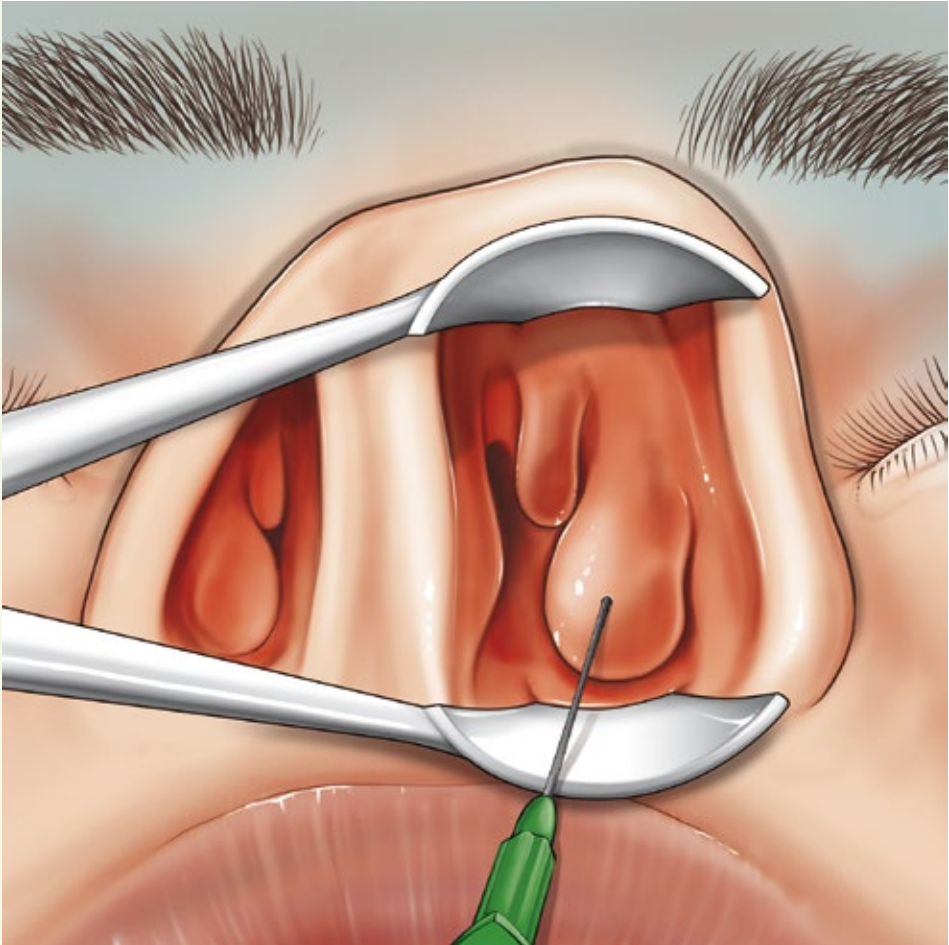


Figura 4: infiltrazione di triamcinolone sulla testa del turbinato. È efficace quando la componente allergica è predominante, ma pericolosa perché la sostanza iniettata attraverso il circolo sanguigno può interferire con quello della vista causando cecità. Qualora si decidesse di procedere, occorre rimanere molto superficiali aspirando prima di iniettare per essere certi che non si sia penetrati in un vaso sanguigno

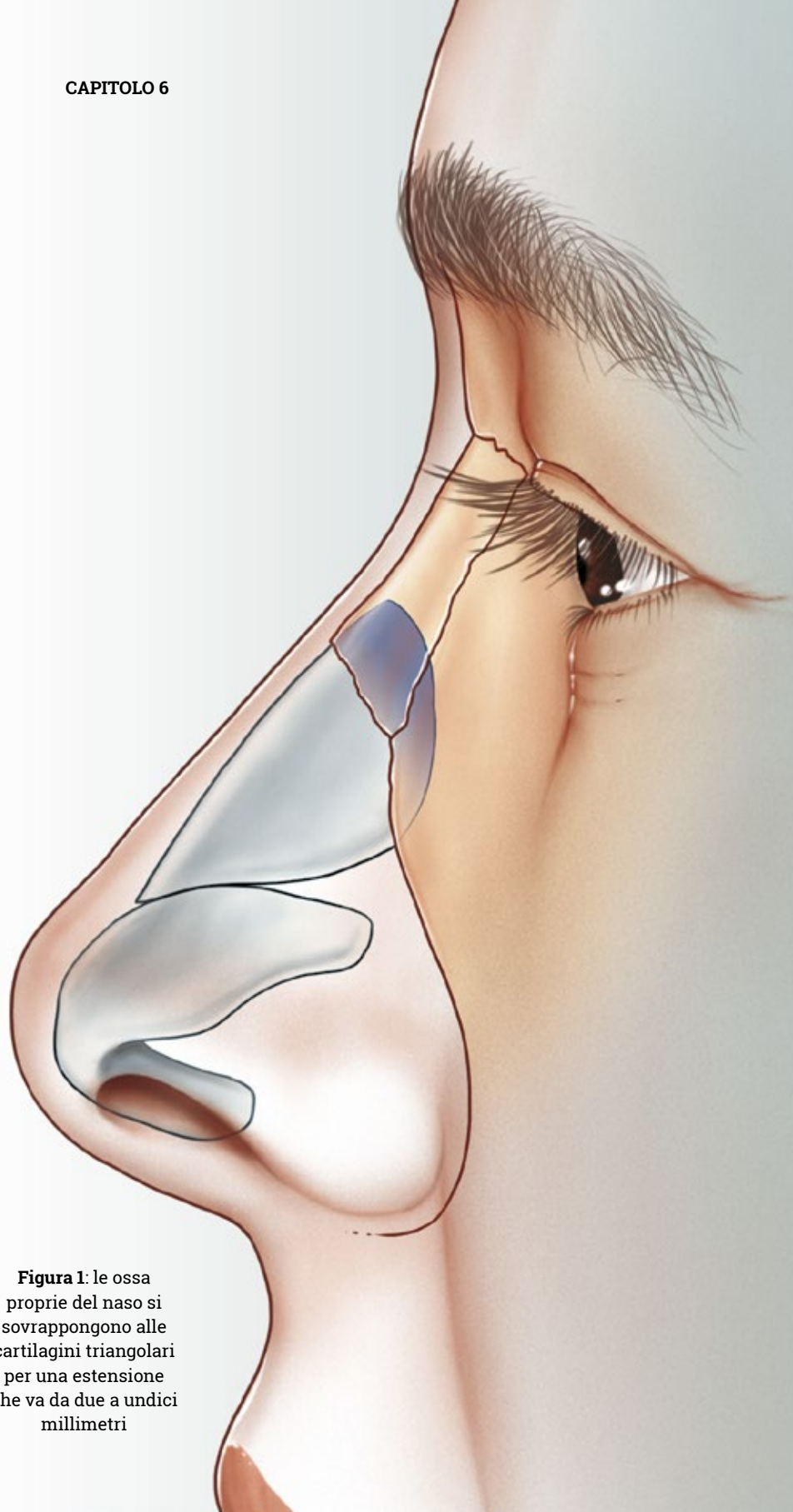


Figura 1: le ossa proprie del naso si sovrappongono alle cartilagini triangolari per una estensione che va da due a undici millimetri

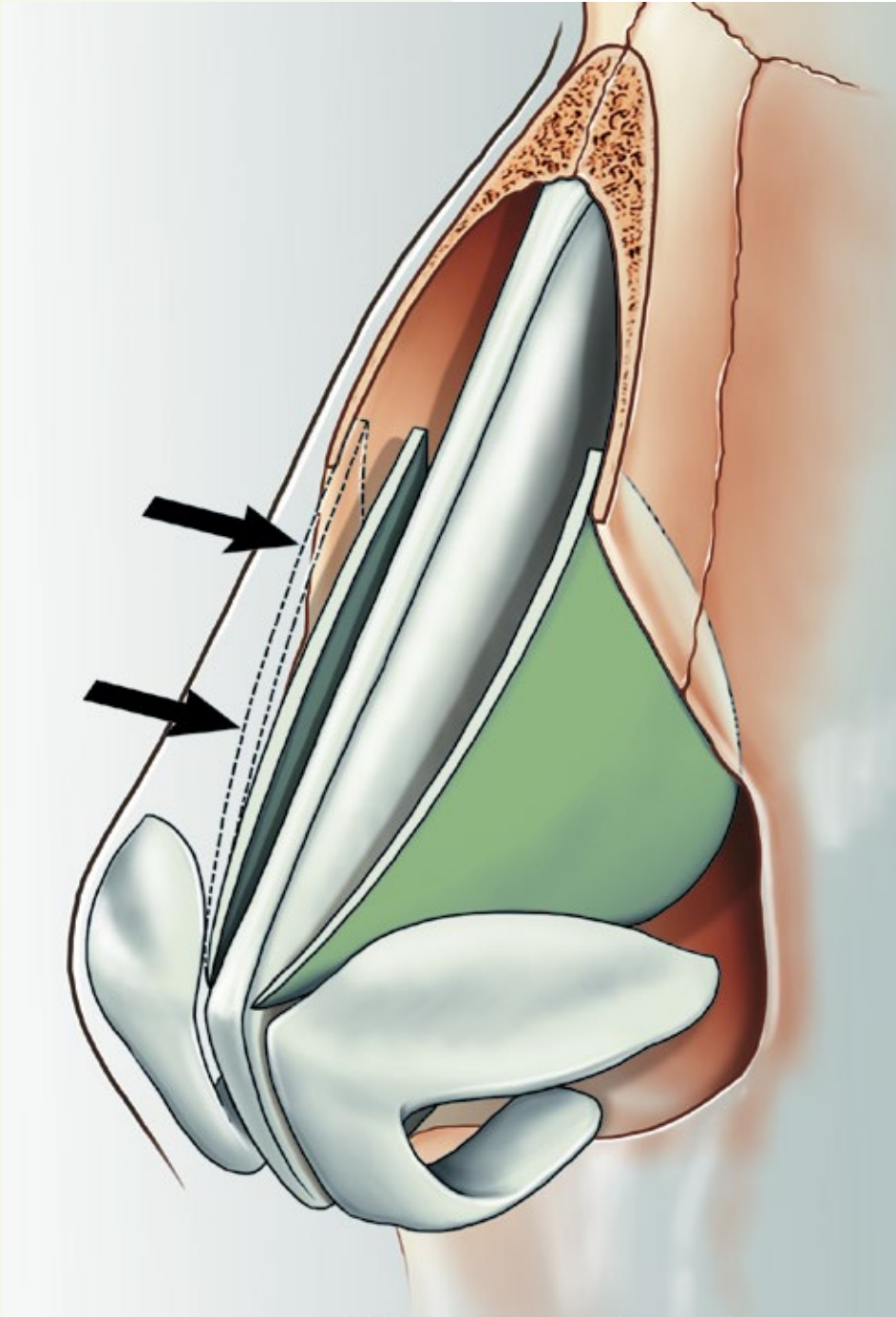


Figura 2: distacco della cartilagine triangolare provocato da manovre errate, in genere dall'uso di raspe che la agganciano esercitando una trazione invece di consumare

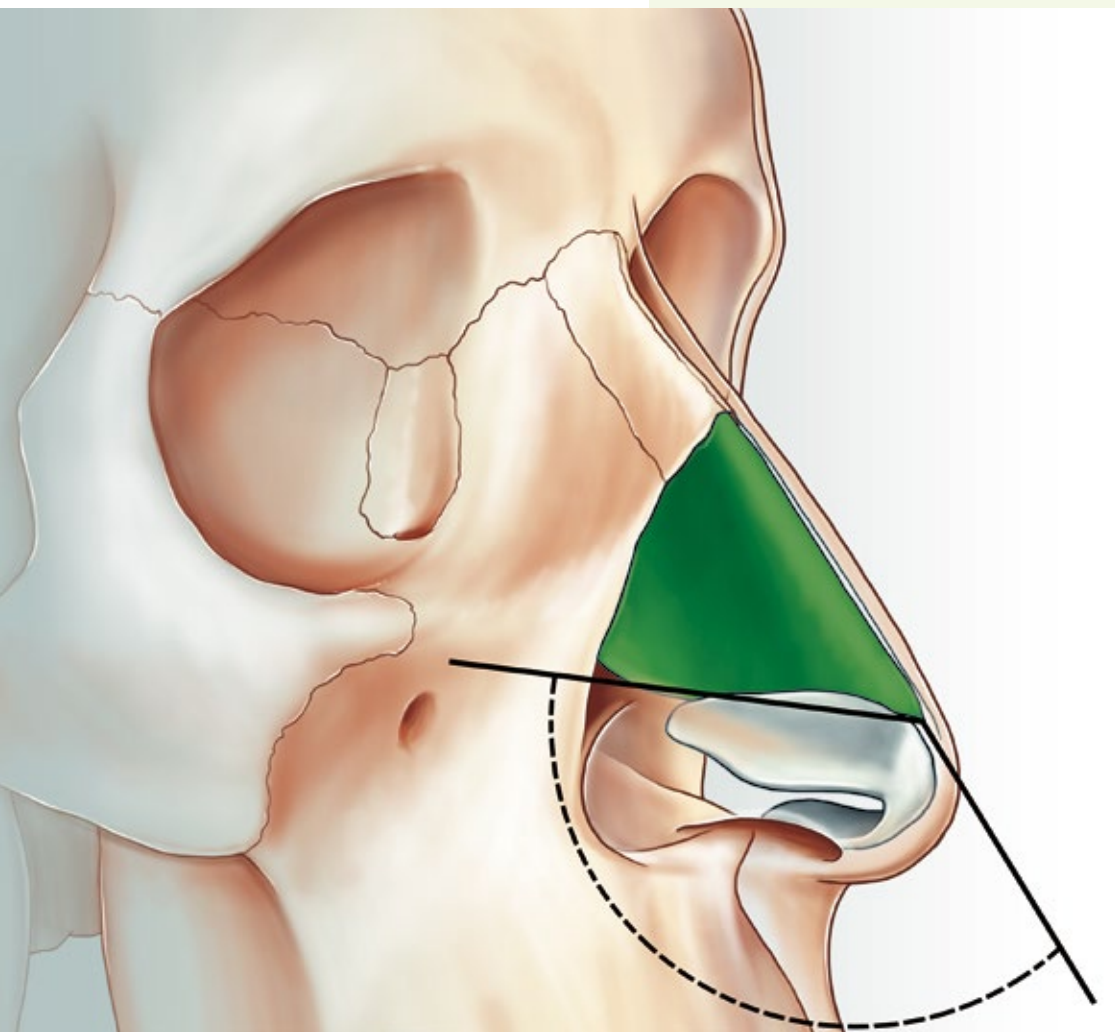


Figura 5: l'angolo che il margine libero della cartilagine triangolare fa con il setto deve essere di circa 120°

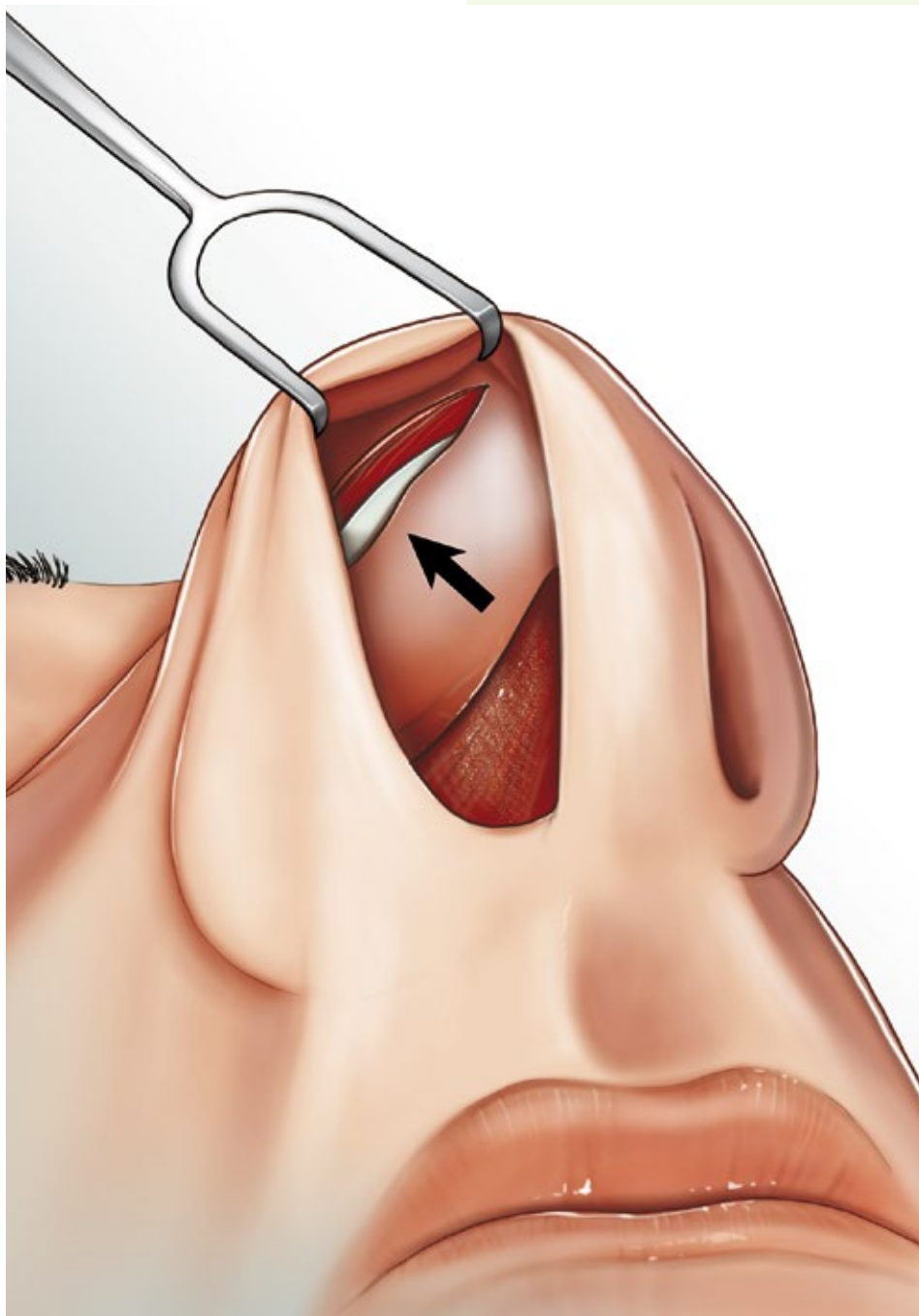


Figura 8b: asportazione di una losanga di pelle vestibolare caudale al margine inferiore del crus laterale corrispondente a quanto lo si vuole abbassare



Figura 1: il labbro rimane sollevato nella parte centrale a causa dell'eccessiva proiezione della punta del naso

fra labbro e spina nasale anteriore non vengono interrotte per premettere uno scivolamento dei tessuti molli rispetto alla struttura ossea sottostante. Per eseguire questa liberazione si procede nel seguente modo: si pratica un'incisione lungo il frenulo labiale, si introduce uno scollatore di Joseph, si scollano i tessuti molli dalla spina nasale anteriore e dalla parte inferiore del mascellare superiore, subito sotto all'apertura piriforme. Il muscolo depressore del setto, disinserito con questa manovra, non eserciterà più la sua azione di deprimere la punta nasale quando si parla o quando si sorride. Con il diminuire della tensione sulla punta, conseguente alla riduzione della sua proiezione (cosa che avviene nelle rinoplastiche con abbassamento del profilo), anche i tessuti molli situati subito sotto al naso potranno accomodarsi, una volta che si sia eseguito lo scollamento appena descritto. Questo si tradurrà in una migliore armonizzazione del rapporto naso-labbro superiore, che apparirà visivamente anche più pieno.

Il frenulo labiale normalmente non viene modificato ma solo utilizzato come naturale punto dove praticare l'incisione attraverso la quale introdurre lo scollatore di Joseph (figg. 2a, b). Tuttavia, se lo si ritenesse necessario potrebbe essere anche allungato e non solo inciso. In tal caso, l'allungamento può essere eseguito con una forbice o mediante una semplice plastica a Z.



Figura 2a: incisione longitudinale del frenulo labiale



Figura 2b: disinserzione del muscolo depressore del setto con uno scollatore di Joseph



Figura 3: valutazione della radice del naso comprimendone con un dito i tessuti molli



Figura 4: la nuova linea del dorso nasale viene tracciata



Figura 9: incisione intercartilaginea eseguita cominciando lateralmente poco al di sopra del margine inferiore della cartilagine triangolare



Figura 10: prolungamento dell'incisione intercartilaginea al davanti della lamina quadrangolare del setto

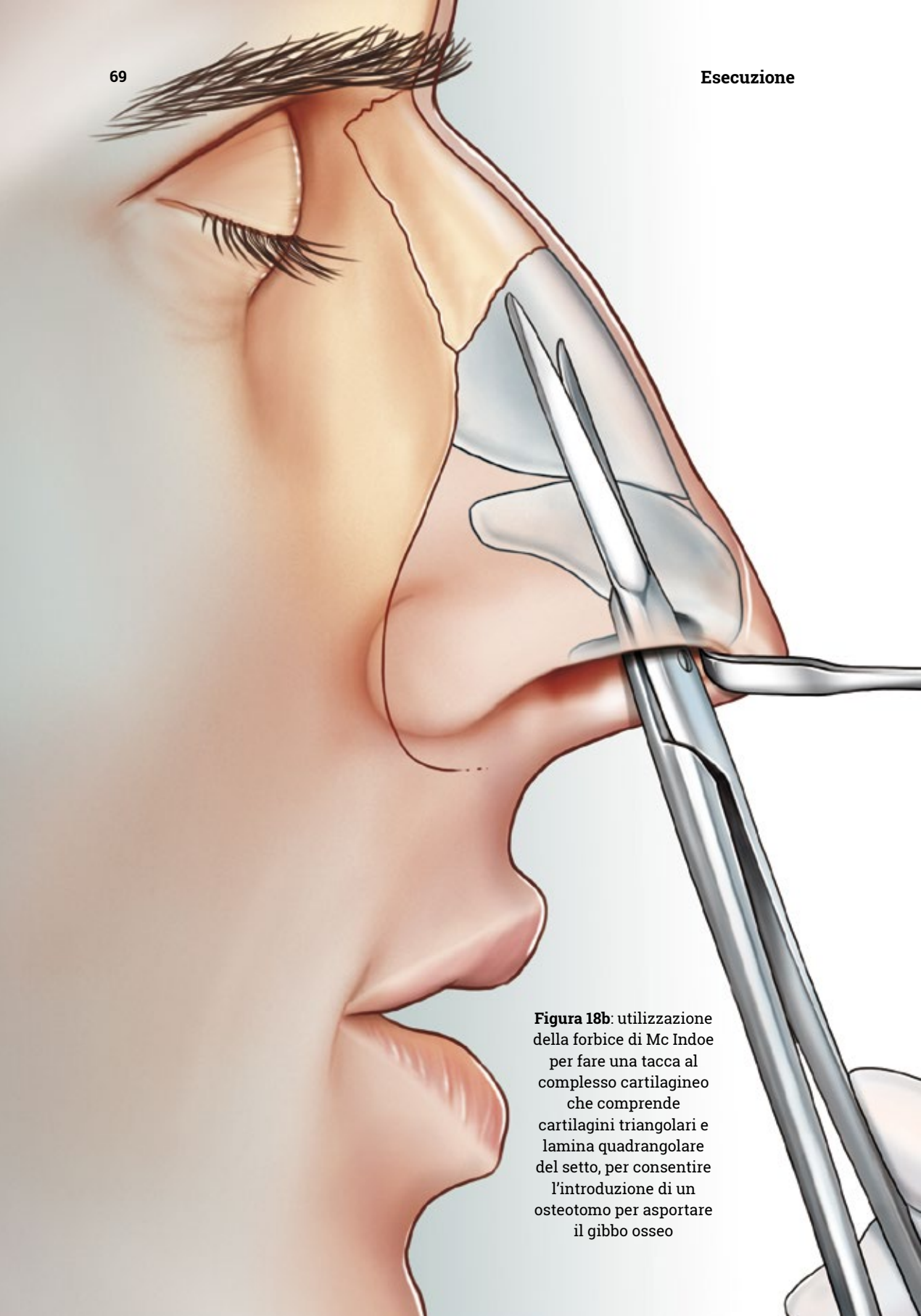


Figura 18b: utilizzazione della forbice di Mc Indoe per fare una tacca al complesso cartilagineo che comprende cartilagini triangolari e lamina quadrangolare del setto, per consentire l'introduzione di un osteotomo per asportare il gibbo osseo



Figura 36b: disegno dell'asportazione a cuneo che interessa il vestibolo e parte del piede dell'ala nasale. Questo disegno deve essere fatto poco più in basso del punto in cui comincia la curvatura interna per conservare la rotondità della narice. Se l'asportazione venisse fatta esattamente dove comincia la curvatura, si formerebbe un angolo pertanto l'andamento della narice non sarebbe più arrotondato



Figura 36c: per facilitare l'asportazione, si mette un punto al centro del cuneo di pelle da asportare e si incide con un bisturi 11



Figura 36d: riduzione del piede dell'ala nasale ottenuta conservando la rotondità dell'ala

La punta poco proiettata

Le tecniche di Diamond e la hockey stick sono applicabili nella maggioranza dei casi. Sono entrambe leggermente riduttive oppure non modificano sensibilmente la proiezione. Può succedere però che la punta abbia bisogno invece di una maggiore proiezione.

Quando è necessario un aumento della proiezione si può procedere come prima scelta a una esposizione delle cartilagini alari attraverso una incisione marginale. Appena caudalmente al margine inferiore della cartilagine alare si incide la cute vestibolare. Lateralmente questa incisione segue il margine inferiore del crus laterale mentre medialmente segue il margine anteriore del crus mediale lungo la columella (figg. 37a, b). Si individua una puntina che si trova sul margine anteriore della cartilagine alare inferiormente alla giunzione fra crus laterale e mediale, che ho chiamato "Deneb" (vedi capitolo 6) (fig. 38). Questa puntina costituisce un punto di reperi che permette di operare esponendo le cartilagini della punta da una sola narice senza aver timore di non dominare le eventuali asimmetrie.



Figura 37a: incisione marginale caudalmente al crus laterale



Figura 37b: incisione marginale lungo la columella