

Diagnosi, trattamento e follow-up delle lesioni trigeminali del cavo orale

Diagnosis, treatment and follow-up of trigeminal lesions resulting from oral surgery

F. Biglioli^{a,*}, F. Allevi^a, A. Lozza^b

^a Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale, Azienda Ospedaliera San Paolo Polo Universitario, Università degli Studi di Milano

^b Unità Operativa di Neurofisiopatologia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Casimiro Mondino, Università degli Studi di Pavia

Ricevuto il 10 novembre 2013
Accettato il 17 dicembre 2013

*Autore di riferimento
Federico Biglioli
federico.biglioli@unimi.it

RIASSUNTO

Obiettivi. La crescente diffusione della chirurgia orale ha comportato l'aumento delle complicanze associate; scopo del lavoro è esaminare le lesioni nervose, che sono tra le più temute. **Materiali e metodi.** In caso di lesione certa o in presenza di dolore il trattamento chirurgico deve essere immediato. Gli autori presentano il proprio protocollo di intervento in caso di lesioni dei nervi linguale e alveolare. **Risultati.** I risultati ottenuti con il protocollo descritto hanno permesso di recuperare circa l'80% della funzione. **Conclusioni.** I meccanismi riparativi, la prognosi e il trattamento di questi tipi di lesione sono poco conosciuti dalla maggior parte dei professionisti. Un approccio sistematico consente a pazienti e medici di distanziarsi da pareri poco professionali, molto lontani dall'evidenza scientifica.

Parole chiave: Lesione del trigemino | Nervo linguale | Nervo alveolare inferiore | Ipoestesia | Anestesia

ABSTRACT

Objectives. Oral surgery complications, specifically nerve lesions, are more and more frequent due to the wide spread of implantology. **Materials and methods.** Surgical timing is pivotal. Surgical treatment should be promptly performed in case of either ascertained lesion or pain. The authors present their procedural protocol for lingual nerve and inferior alveolar nerve lesions. **Results.** Results of the presented protocol are satisfactory with a functional recovery of approximately 80%. **Conclusions.** Regeneration process, prognosis and treatment of nerve lesions are still hardly known by specialists. A systematic approach allows both patients and physicians to keep unconcerned by unprofessional opinions that are unsupported by actual scientific evidence.

Key words: Trigeminal lesion | Lingual nerve | Inferior alveolar nerve | Hypoesthesia | Anaesthesia

■ 1. Introduzione

La diffusione sempre maggiore delle pratiche implantologiche, perimplantari e della chirurgia orale in generale ha comportato il conseguente aumento numerico delle complicanze associate. In particolare, le lesioni delle terminazioni trigeminali sono tra le più temute. Ciononostante, l'anatomia nervosa del cavo orale, così come i meccanismi biologici riparativi, il trattamento e la prognosi di queste lesioni sono poco conosciuti ai più. Pazienti e medici s'imbattono così in improbabili pareri professionali che si discostano molto dalle reali evidenze scientifiche.

Se anche i nervi infraorbitario, palatino maggiore e nasopalatino, rami della seconda branca trigeminale, possono essere lesi in corso di chirurgia orale, i due nervi maggiormente interessati da questi eventi derivano dalla terza branca del trigemino e sono l'alveolare inferiore e il linguale. Ciò è dovuto alla loro peculiare posizione anatomica a ridosso dell'ottavo inferiore o immediatamente in prossimità del sito chirurgico in caso di implantologia posteriore al foro mentoniero [1].

■ 2. Classificazione delle lesioni nervose

Nel corso degli anni sono state molteplici le classificazioni proposte nel tentativo di creare ordine nel grande capitolo delle lesioni nervose. Tra le più apprezzate, per la sua semplicità e praticità di utilizzo, vi è quella di Seddon del 1943 che prevede la suddivisione delle stesse in tre gruppi: neuroaprassia, assonotmesi e neurotmesi [2].

- La *neuroaprassia* si caratterizza per un deficit di tipo puramente funzionale e transitorio; il nervo infatti non presenta alterazioni anatomiche né discontinuità della sua struttura, nonostante si sia in presenza di un deficit di trasmissione dell'impulso nervoso lungo il decorso del nervo stesso. La causa è generalmente da ricercare nella compressione o trazione della struttura nervosa, che non appare macroscopicamente danneggiata, piuttosto che nel verificarsi di episodi ischemici. Microscopicamente il solo reperto identificabile è la presenza di edema a carico del nervo. Il fenomeno della degenerazione walleriana non si verifica, per cui il nervo non va nemmeno incontro ad attiva rigenerazione. La prognosi è eccellente; la lesione non richiede alcun trattamento, se non la rimozione dell'agente lesivo. La risoluzione è spontanea e si compie entro un paio di mesi [2].
- L'*assonotmesi* prevede invece la presenza di un danno anatomico, oltre che funzionale, nonostante macroscopicamente non si apprezzino soluzioni di continuo lungo il

decorso del nervo. Si è in presenza infatti di una lesione microscopica delle fibre nervose, mentre la guaina mielinica, le cellule di Schwann, l'epinevrio e il perinevrio restano intatti. Essendovi soluzione di continuo di una percentuale variabile di fibre nervose, questo tipo di lesione si caratterizza per la presenza di degenerazione walleriana del moncone distale del nervo con conseguente rigenerazione nervosa del moncone prossimale sotto la guida delle strutture perineurali rimaste integre. Va incontro a risoluzione spontanea, ma a differenza della neuroaprassia richiede una tempistica più prolungata, variabile da 3 a 6 mesi, poiché la velocità di rigenerazione assonale non supera 1 mm/die [2].

- La *neurotmesi* è la lesione più grave a carico di una struttura nervosa essendo caratterizzata da parziale o completa soluzione di continuo del tronco nervoso, macroscopicamente evidente, con conseguente perdita della funzione del nervo stesso e talvolta dolore spontaneo. L'interruzione della continuità del tronco nervoso provoca una retrazione dei due monconi, che pertanto difficilmente andranno incontro a un processo di rigenerazione spontanea. Il trattamento microchirurgico di anastomosi nervosa diventa quindi inevitabile per la risoluzione della sintomatologia [2]. Fa eccezione il caso in cui il nervo si trovi all'interno di un canale osseo, come per esempio il canale mandibolare. In questo caso la vivace rigenerazione assonale del moncone prossimale sezionato viene convogliata necessariamente dalle pareti del canale in direzione del moncone nervoso distale. Il processo non può avvenire solo nel caso in cui il canale osseo sia ostruito (presenza al suo interno di impianti dentari, radici dentarie, frammenti ossei ecc.).

Nel 1951 Sunderland [3] propose un'altra classificazione delle lesioni nervose fondata sulla distinzione in cinque classi:

- la *Classe I* corrisponde alla neuroaprassia della classificazione di Seddon [2];
- le *Classi II, III e IV* corrispondono invece all'assonotmesi e non vi è, pertanto, interruzione della continuità del tronco nervoso visibile macroscopicamente. La Classe II prevede che vi sia interruzione delle fibre nervose ma endonevrio, epinevrio e perinevrio sono intatti. La Classe III si caratterizza per una lesione anche a carico dell'endonevrio. Nella Classe IV solo l'epinevrio resta integro;
- la *Classe V* corrisponde alla neurotmesi.

Generalmente ci si attiene alla classificazione di Seddon [2] che appare più semplice e immediata.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3130154>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3130154>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)