

Riabilitazione del volto paralizzato

B. Baujat, P. Gangloff

La paralisi facciale è responsabile di un'asimmetria facciale limitata alla zona inferiore per le lesioni centrali, mentre essa colpisce i territori superiore e inferiore nella sua forma periferica. Davanti a questa lesione socialmente inaccettabile, la richiesta del paziente che ne è vittima è di ottenere un risultato identico al suo stato precedente. Noi ricordiamo la valutazione iniziale necessaria per precisare la topografia, quantificare il grado e determinare l'eziologia della paralisi prima di prenderla in carico. Considerato il rischio di comparsa di complicanze oftalmologiche che possono coinvolgere la prognosi visiva, è descritta la condotta da tenere in urgenza. In seguito, è esposta la gestione precoce, sempre preferibile quando è possibile, che specifica le tecniche di ripristino della continuità nervosa. Allo stadio dei postumi, le tecniche di riabilitazione sono trattate per ciascuno dei piani del volto, prima di proporre una strategia che permetta una riabilitazione riproducibile ed efficace per ciascun piano sotto forma di algoritmi decisionali. Grazie alle diverse tecniche che noi svilupperemo in questo articolo, il chirurgo mira a ottenere un risultato simmetrico, sia a riposo che nella mimica, che deve essere funzionale.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Paralisi facciale; Nervo facciale; Procedure di chirurgia ricostruttiva; Lembi tissutali liberi

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Valutazione iniziale	1
■ Gestione medica in urgenza e chirurgica precoce	2
Gestione medica	2
Gestione chirurgica	2
■ Paralisi facciale installata: trattamento palliativo	5
Rianimazione palliativa delle labbra paralizzate	6
Rianimazione del piano orbitofrontale	8
Chirurgia del lato sano	10
Gestione complementare	10
■ Indicazioni	11
Gestione in urgenza e precoce	11
Gestione palliativa allo stadio dei postumi	11
■ Conclusioni	12

■ Introduzione

La paralisi facciale è responsabile di un'asimmetria facciale limitata alla zona inferiore per le lesioni centrali, mentre colpisce i territori superiore e inferiore nella sua forma periferica. Deve, allora, essere realizzata una valutazione iniziale dettagliata per stabilire la topografia e quantificare il grado della lesione prima di determinare la sua eziologia. Nel quadro delle paralisi facciali periferiche, il medico deve cercare e prevenire particolarmente le complicanze oftalmologiche, che possono coinvolgere la prognosi visiva. Davanti a questa lesione socialmente inaccet-

tabile, la richiesta del paziente che ne è vittima è di ottenere un risultato identico al suo stato precedente. Attraverso diverse tecniche che noi svilupperemo in questo articolo, il chirurgo cerca di ottenere un risultato simmetrico, sia a riposo che nella mimica, che deve essere funzionale. Noi consideriamo le varie tecniche esistenti prima di proporre un algoritmo decisionale che permetta una riabilitazione riproducibile ed efficace per ogni piano.

■ Valutazione iniziale

Il medico che prende in carico il paziente paralizzato deve realizzare un esame clinico preciso eventualmente completato da esami paraclinici, prima di prendere in considerazione una riabilitazione.

L'interrogatorio deve precisare la nozione di precedenti e caratterizzare la paralisi per la sua data di comparsa e la sua modalità di comparsa. Sono ricercati dei segni associati, come una sordità, un'iperacusia dolorosa o un disturbo dell'equilibrio. Infine, il contesto è informativo, segnalando un trauma e una chirurgia otoneurologica o parotidea.

L'esame clinico permette al medico di precisare la topografia della lesione, ma anche di quantificare il grado della lesione. La topografia è determinata dall'analisi dei riflessi stapediale, dal test di Shirmer e dalla lesione gustativa. La quantificazione della lesione è realizzata in seguito a un esame clinico scrupoloso che specifica le lesioni nei differenti piani del volto.

Sul piano orbitofrontale, si osservano una scomparsa delle rughe della fronte, un abbassamento del sopracciglio e un allargamento della fessura palpebrale. La paralisi del muscolo orbicolare

Tabella 1.

Classificazione di House e Brackman.

Grado I: funzionalità facciale normale	Funzione facciale normale in tutte le aree
Grado II: lesione lieve	Riposo: tono e simmetrie normali Tempie: alcuni movimenti con movimenti normali Occhio: chiusura normale allo sforzo minimo o massimo Disturbi secondari: sincinesie molto lievi e caffellate. Assenza di contrattura
Grado III: lesione moderata	Riposo: tono e simmetria Tempie: movimenti lievi o assenti Occhio: chiusura normale allo sforzo massimo con asimmetria evidente Disturbi secondari: sincinesie e/o contratture notevoli ma non gravi
Grado IV: lesione mediamente grave	Riposo: tono e simmetria normali Tempie: nessun movimento Occhio: chiusura incompleta allo sforzo massimale Bocca: movimento asimmetrico allo sforzo massimale Disturbi secondari: sincinesie e/o contratture gravi
Grado V: lesione grave	Riposo: asimmetria facciale Tempie: nessun movimento Occhio: discreto movimento allo sforzo massimale Disturbi secondari: sincinesie, contratture abitualmente assenti
Grado VI: paralisi totale	Riposo: perdita totale del tono Tempie: nessun movimento Occhio: nessun movimento Bocca: nessun movimento Disturbi secondari: assenti

dell'occhio provoca un'inocclusione palpebrale e un'ascensione del margine libero della palpebra superiore, in quanto il muscolo tarsale superiore e il muscolo elevatore della palpebra superiore, innervati dal III nervo cranico, non hanno più un antagonista. La palpebra inferiore si rilassa, rilassamento favorito dal muscolo retrattore della palpebra inferiore. Ne risulta un lagoftalmo che espone l'occhio ai traumi. Questo rischio di lesione predomina al quadrante inferiore della cornea ed è aumentato dall'anestesia secondaria alla paralisi del V, che assicura la sensibilità di questo territorio. Con i movimenti volontari, si osservano un segno delle ciglia di Souques nelle lesioni moderate o un segno di Charles Bell nelle lesioni gravi; quest'ultimo è patognomonico di una paralisi facciale periferica.

Sul piano inferiore, la paralisi facciale provoca un cedimento e un allungamento delle labbra, un cedimento dell'ala del naso, una cancellazione del solco nasogenieno e una caduta della commissura labiale. La guancia è scavata e flaccida. L'instaurazione di un'iperattività compensatoria del lato sano devia la punta del naso e la cresta filtrale. Queste deformazioni sono aumentate dalla mimica. Sul piano funzionale, può essere presente un fastidio all'alimentazione per accumulo di alimenti nel solco gengivogingivale o a causa di morsi della guancia durante la masticazione. Nel soggetto anziano, dai tegumenti distesi, l'incontinenza salivare non è rara. Queste anomalie sono tanto più marcate quanto più la paralisi è antica.

Questo esame può essere sintetizzato dall'utilizzo di test validati. La classificazione di House e Brackman^[1] è la più utilizzata e permette di distinguere velocemente sei gradi di lesione crescente (Tabella 1). Si tratta di una valutazione globale. Delle modificazioni sono state aggiunte a questa classificazione; così, una versione modificata di questa scala è stata proposta nel 2001 da Kanzaki, che ha separato in due classi i gradi 3 secondo la lesione oculare^[2]. Freyss ha messo a punto una classificazione più analitica, che misura i movimenti di cinque muscoli del territorio mediano e di cinque muscoli del territorio laterale, che

ricevono un punteggio da 0 (assenza di movimento) a 3 (contrazione normale) per ogni gruppo muscolare; si ottiene, allora, un punteggio totale su 30. L'interesse di questi test realizzati precocemente dipende dalla loro ripetizione al fine di oggettivare un eventuale recupero.

Riguardo agli esami radiologici, una risonanza magnetica (RM) del nervo facciale è richiesta sistematicamente allo scopo di analizzare il tragitto del VII, ma anche le strutture che esso attraversa. In caso di anomalia nella sua porzione petrosa, può anche essere realizzata una TC a sezioni sottili della rocca.

Anche l'elettromiografia facciale, se disponibile, può guidare l'atteggiamento terapeutico.

Infine, la valutazione oftalmologica è sistematica e deve comportare un esame con lampada a fessura. In effetti, le complicanze della paralisi facciale sono oftalmologiche; una cheratite può evolvere verso la cicatrizzazione con cicatrice corneale definitiva o verso l'ascenso e la perforazione corneale, così come verso la cecità. L'evoluzione spontanea della palpebra inferiore iperlassa va verso l'ectropion con epifora.

■ Gestione medica in urgenza e chirurgica precoce

Gestione medica

Fin dalla comparsa della paralisi facciale, l'urgenza consiste nella copertura oculare. Devono essere prescritte cure locali, a base di lacrime artificiali senza conservanti (monodose) pluri-quotidiane e di pomata alla vitamina A applicata la mattina e la sera nell'occhio del lato paralizzato. Per le paralisi facciali in cui l'occlusione palpebrale è incompleta (grado >III di House e Brackman), è raccomandata un'occlusione con Steri-StripTM al momento di coricarsi, fissando la palpebra superiore alla guancia. Sono consigliati l'uso di occhiali da sole che proteggono bene i lati e un monitoraggio oftalmologico ravvicinato.

Gestione chirurgica

Tarsorrafia laterale asimmetrica

Essa deve essere proposta velocemente, soprattutto nei pazienti anziani, le cui palpebre sono lasse. Può essere realizzata sotto anestesia locale: dopo infiltrazione con lidocaina all'1% della regione del canto esterno, si incide il margine libero del tarso, sulla linea grigia, partendo dall'angolo esterno su circa 1 cm in basso e 5 mm in alto. L'incisione rispetta, quindi, la regola dell'«uno su due», poiché l'incisione inferiore è due volte più lunga rispetto all'incisione superiore. Si suturano i due tarsi tra di loro per mezzo di un punto di Vicryl[®] 5/0 affondato nelle incisioni, annodato a livello dell'angolo esterno. Questo punto ha l'effetto di ritendere la palpebra inferiore alzandola. Si suturano, in seguito, con Nylon[®] 6/0 i margini anteriori delle incisioni tra di loro (Fig. 1). Questa tecnica semplice migliora il benessere oculare dei pazienti ma non è sufficiente per proteggere totalmente l'occhio. Essa è reversibile, poiché può essere sezionata sotto anestesia locale in caso di recupero. Non ha quasi conseguenze cosmetiche quando ci si limita al settore laterale delle palpebre^[3].

Vie d'accesso del nervo facciale

Accesso petroso

Dopo la sua penetrazione nella rocca attraverso il meato acustico interno nel pacchetto acusticofacciale, il nervo facciale motorio si impegna nel canale dallo stesso nome, dove descrive un tragitto a forma di Z in tre parti: labirintica tra labirinto anteriore e labirinto posteriore fino al suo ginocchio, quindi timpanica nella parete mediale della cassa del timpano fino al suo gomito e, infine, mastoidea verticale fino al forame stilomastoideo.

La via d'accesso dipende dal gesto da realizzare, dallo stato uditivo del paziente e dalle anomalie radiologiche. In caso di frattura della rocca petrosa associata a una cofosi, l'accesso al nervo facciale si realizza tramite una via translabyrinthica associata a un'esclusione dell'orecchio medio. In caso di frattura

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109592>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109592>

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