

Blocchi nervosi del volto

A. Theissen, J.-P. Guerin, A. Van Hove, I. Rouquette-Vincenti

L'anestesia locoregionale del volto può essere realizzata mediante blocchi nervosi periferici per la maggior parte di facile accesso. È essenziale, per affrontare queste tecniche, conoscere l'innervazione sensoriale del volto, sotto la dipendenza quasi esclusiva del nervo trigemino e dei rami del plesso cervicale superficiale. L'esistenza di una rete vascolare molto densa nel volto comporta la selezione di anestetici locali a bassa tossicità quasi sempre associati ad adiuvanti. I blocchi del nervo trigemino superficiali (sovrorbitario, infraorbitario e mentoniero) e del nervo mascellare possono essere realizzati sotto guida ecografica. Così, la visualizzazione diretta dell'ago permette di evitare una puntura intraneurale o un'iniezione intravascolare. Si possono schematicamente distinguere due tipi di blocchi. I blocchi superficiali, di accesso molto facile, presentano un alto tasso di successo e un numero di incidenti molto modesto. Sono, inoltre, di apprendimento quasi immediato. I blocchi profondi (mascellare e mandibolare), con una procedura che può essere più complessa, non sono privi di rischi e hanno un più elevato tasso di insuccesso. Questi blocchi realizzati all'origine del nervo produrranno un'estensione massimale nel territorio del nervo interessato. Le indicazioni principali dei blocchi del volto sono la chirurgia riparativa ed estetica o la chirurgia oncologica. In chirurgia maxillofacciale, soprattutto maggiore, si utilizzano questi blocchi essenzialmente per l'analgesia postoperatoria. In alcuni pazienti, questi blocchi hanno un posto di elezione (soggetti anziani, insufficienti respiratori o fragili, ecc.), così come in chirurgia ambulatoriale. I blocchi del volto rappresentano anche, in urgenza, un'alternativa all'anestesia generale. Il principale interesse di questi blocchi è la qualità dell'analgesia intra- e, soprattutto, postoperatoria che procurano. Per estensione, delle tecniche di analgesia continua mediante catetere sono utilizzate da alcune equipe e le loro complicanze sono poco frequenti. Infine, l'accesso a queste tecniche di blocco del volto richiede imperativamente l'acquisizione di conoscenze anatomiche. I blocchi del volto meritano una più ampia diffusione in virtù del loro eccellente rapporto rischio/beneficio sia negli adulti che nei bambini.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Anestesia locoregionale; Blocchi del volto; Blocchi dei rami del trigemino; Blocco del nervo mandibolare; Blocco del nervo mascellare; Ecografia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Anatomia dei nervi del volto	2
Nervo oftalmico o V1	2
Nervo mascellare o V2	3
Nervo mandibolare o V3	4
Plesso cervicale superficiale	5
■ Blocchi realizzabili	5
Zona facciale superiore	5
Zona facciale media	6
Zona facciale inferiore	7
Blocchi regionali	9
■ Indicazioni, controindicazioni e blocchi a scopo analgesico	10
Indicazioni	10
Blocchi per analgesia	10
■ Conclusioni	10

■ Introduzione

L'anestesia del volto può essere realizzata mediante blocchi nervosi periferici per la maggior parte di facile accesso. Tuttavia, è necessario conoscere l'innervazione sensoriale del volto, sotto la dipendenza quasi esclusiva del nervo trigemino e dei rami del plesso cervicale superficiale. L'esistenza di una rete vascolare molto densa nel volto comporta la scelta di anestetici locali a bassa tossicità quasi sempre associati ad adiuvanti. I blocchi del nervo trigemino superficiali (sovrorbitario, infraorbitario e mentoniero) e del nervo mascellare possono essere realizzati sotto guida ecografica per evitare un'iniezione intravascolare. I blocchi superficiali, di accesso semplice, hanno un alto tasso di successo e un numero di incidenti molto basso. I blocchi profondi (mascellare e mandibolare) non sono privi di rischi e presentano un tasso di insuccesso più alto. Le indicazioni principali dei blocchi del volto sono la chirurgia riparativa ed estetica o la chirurgia oncologica. In chirurgia maxillofacciale, soprattutto maggiore, si possono utilizzare questi blocchi per l'analgesia postoperatoria

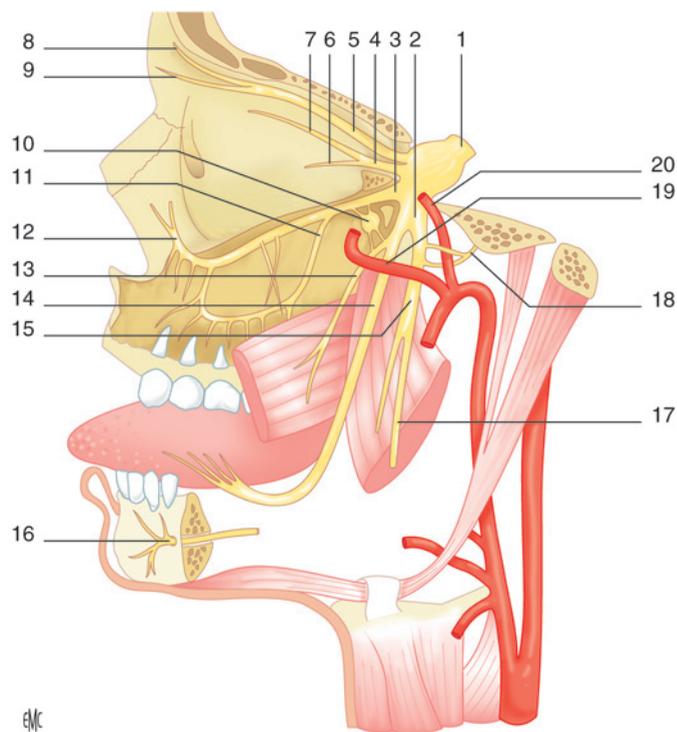


Figura 1. Nervo trigemino, sistematizzazione generale. 1. Nervo trigemino; 2. nervo mandibolare; 3. nervo mascellare; 4. nervo oftalmico; 5. nervo frontale; 6. nervo nasociliare; 7. nervo lacrimale; 8. nervo sovra-trocleare; 9. nervo sovraorbitario; 10. nervi palatini; 11. nervi alveolari superiori, posteriori e mediani; 12. nervo infraorbitario; 13. ramo anteriore motore del mandibolare; 14. nervo linguale; 15. nervo alveolare inferiore; 16. nervo mentoniero; 17. nervo miloioideo; 18. nervo auricolotemporale; 19. arteria mascellare; 20. arteria meningea.

che procurano. Questi blocchi hanno un posto di elezione come alternativa all'anestesia generale nei soggetti fragili, in chirurgia ambulatoriale o nel quadro dell'urgenza.

■ Anatomia dei nervi del volto

Tutta l'innervazione sensoriale del volto è sotto la dipendenza del nervo trigemino (quinto nervo cranico o V) e del plesso cervicale superficiale [1]. L'origine intracranica del trigemino è il ganglio di Gasser che emetterà tre tronchi nervosi sensoriali a cui si aggiunge un ramo motore che raggiungerà il ramo mandibolare inferiore. Si trovano, così, dall'alto in basso: il nervo oftalmico o V1, il nervo mascellare o V2 e il nervo mandibolare o V3, con il suo ramo motore (Fig. 1). Ogni nervo determina, così, un territorio sensitivo corrispondente (Fig. 2).

Nervo oftalmico o V1

Esso raggiunge il volto attraverso la fessura orbitaria superiore ed emette nell'orbita tre rami, che sono, dall'interno all'esterno:

- il nervo nasociliare, che dà il nervo ciliare, il nervo infratrocleare, il nervo etmoidale anteriore (o nasale) e i rami nasali interni;
- il nervo frontale, che si divide in nervo sopratrocleare, che si dirige verso l'angolo mediale dell'orbita, e in nervo sovraorbitario, più laterale, che esce dall'orbita attraverso il forame sovraorbitario;
- il nervo lacrimale molto laterale.

Nervo sovraorbitario

È il ramo principale del nervo frontale [2]. Esso raggiunge il volto attraverso il forame o incisura sovraorbitaria. Il nervo sovraorbitario risale sulla fronte accompagnato dalla sua arteria sovraorbitaria (Fig. 3) e si divide in due tronchi [3]: un tronco mediale più super-

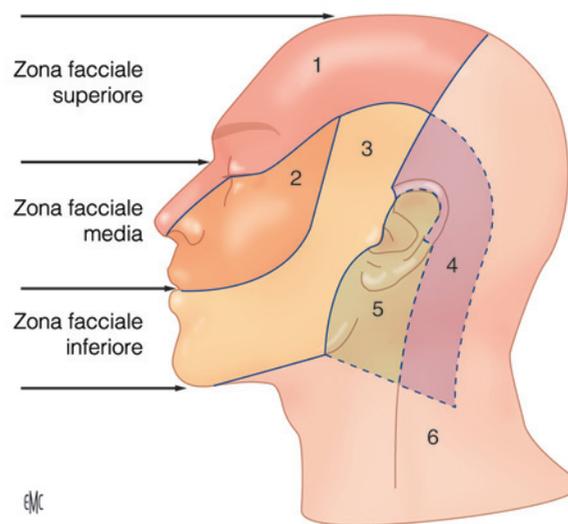


Figura 2. Territori cutanei del nervo trigemino e del plesso cervicale superficiale. 1. Nervo oftalmico; 2. nervo mascellare; 3. nervo mandibolare; 4. C2 (nervo piccolo occipitale); 5. C3 (nervo grande auricolare); 6. altri rami del plesso cervicale.

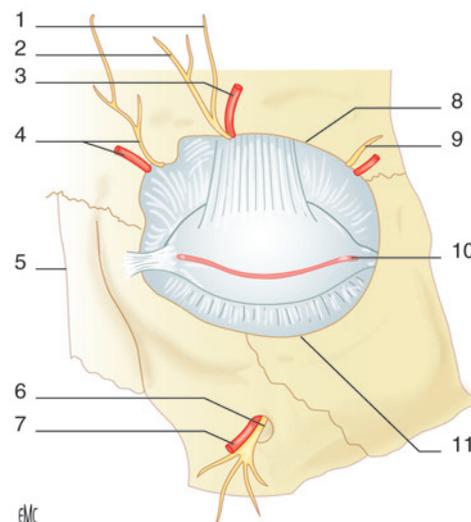


Figura 3. Nervi periorbitari. 1. Nervo sovraorbitario, ramo laterale; 2. nervo sovraorbitario, ramo mediale; 3. arteria sovraorbitaria; 4. nervo e arteria sovratrocleari; 5. linea mediana nasale; 6. nervo infraorbitario; 7. arteria infraorbitaria; 8. bordo orbitario superiore; 9. nervo (e arteria) lacrimale; 10. palpebra superiore abbassata; 11. bordo osseo inferiore.

ficiale e più fornito [4] e un tronco laterale più profondo. Innerva la zona frontale fino alla sutura coronale, eccetto la zona mediale sopra la radice del naso, che è sotto la dipendenza del nervo sovra-trocleare. Innerva anche la palpebra superiore (Tabella 1).

Nervo sovratrocleare

È il ramo mediale e gracile del nervo frontale. Questo nervo passa dal soffitto dell'orbita al volto, nell'angolo frontonasale, e risale con la sua arteria (Fig. 3) verso il centro della fronte per innervare i tegumenti fino alla sutura coronale nella zona assiale situata al di sopra del naso. Innerva anche la parte più mediale della palpebra superiore. Completa, così, medialmente il territorio del nervo sovraorbitario (Tabella 2).

Nervo lacrimale

È il più piccolo e più laterale dei rami di V1. Si dirige verso la regione laterale e superiore dell'orbita (Fig. 3). Questo nervo innerva la parte più laterale della palpebra superiore [2]. È spesso

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617172>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617172>

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