



Conferenza Nazionale di Consenso
LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA LESIONE MIDOLLARE IN
FASE ACUTA
Documenti preliminari

Capitolo 10

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

Giuseppe Carannante

INTRODUZIONE

Una evoluzione in senso moderno della strategia chirurgica delle lesioni vertebromidollari si è verificata negli ultimi quarant'anni ed è ascrivibile ad alcune ragioni ben identificabili dal punto di vista tecnico e clinico:

1. studio per imaging della lesione, con l'introduzione prima della CT (1970) e poi della MRI (1980-1986) con definizione anatomica del danno del nevrasso, mediante tale tecnica;
2. identificazione del peduncolo vertebrale, come parte anatomica di indiscutibile superiorità per effettuare una osteosintesi (Roy Camille, 1963) mediante avvitamento;
3. l'acquisizione, da parte del chirurgo vertebrale, del concetto biomeccanico di stabilità osteo-ligamentosa del segmento motore vertebrale e, quindi, della necessità, nei casi più gravi e complessi, di un approccio anatomo chirurgico anche anteriore, per una decompressione "circonferenziale" del midollo spinale ed una ricostruzione del corpo vertebrale, mediante innesto osseo o cage, tecniche divulgate da R. Cloward (1958) per il rachide cervicale ed, in Europa, da R. Louis per il rachide toracico e lombare, già negli anni '70.

ELENCO DEI QUESITI

1. La decompressione precoce (entro le 24 h.) migliora la prognosi della SCI, favorendo il recupero neurologico?
2. La decompressione precoce è sicura?
3. Nei pazienti con tetraplegia incompleta, la riduzione di una lussazione bilaterale è indicata in urgenza?
4. La riduzione della lussazione bilaterale cervicale è indicata in urgenza, in caso di deterioramento neurologico?
5. La decompressione chirurgica con laminoplastica migliora la prognosi della mielopatia centrale senza frattura/dislocazione?
6. La decompressione spinale precoce riduce la degenza nella SCI?

Domanda: La decompressione precoce (entro le 24 h.) migliora la prognosi della SCI, favorendo il recupero neurologico?

<u>Riferimento bibliografico</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati principali</u>	<u>Livello evidenza</u> <u>Grado di Raccomandazione</u>
Fehelings, M.G., Injury, 2005 Fehelings, M.G., Spine, 2006 Vaccaro, A. R., Spine, 2007 La Rosa, G., Spinal Cord, 2004	Studi retrospettivi	Tali studi non supportano in modo conclusivo l'intervento precoce rispetto a quello tardivo; i sostenitori della decompressione chirurgica precoce sono, altresì, fautori del ripristino della stabilità scheletrica.	II -V /B -C

Pur non esistendo indicazioni standard sul timing della decompressione “precoce” (dalle 24 alle 72 h.), per ciò che concerne il miglioramento dello stato neurologico, la metaanalisi riguardava pazienti con deficit incompleto.

Domanda: La decompressione precoce è sicura?

<u>Riferimento bibliografico</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati principali</u>	<u>Livello evidenza</u> <u>Grado di Raccomandazione</u>
Duh, M.S., Neurosurgery, 1984 Fehlins, M.G., Injury, 2005 Fehlins, M.G., Spine, 2006 Rosenfeld, J.F., Am. J. Orthop., 1998	Studi retrospettivi	Gli studi citati non hanno evidenziato un incremento statisticamente significativo di insorgenza di complicanze (compreso il deterioramento dello stato neurologico).	III-V / C

Conclusioni: L'intervento di decompressione-stabilizzazione consente una indiscutibile facilitazione del nursing, con prevenzione delle complicanze broncopolmonari ed, in particolare, della T.V.P.

Domanda: La riduzione della lussazione bilaterale cervicale è indicata in urgenza?

<u>Riferimento bibliografico</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati principali</u>	<u>Livello evidenza</u> <u>Grado di accomandazione</u>
Guidelines Committee, Neurosurgery, march 2002 supplement Fehelings, M.G., Spine, 2006 Papadopoulos, S.M., J. Trauma, 2002	Studi retrospettivi	Gli studi non forniscono sufficienti evidenze per supportare un trattamento standard	III / B

Conclusioni: Pur in assenza di criteri di sicura evidenza, la tecnica di riduzione a “cielo chiuso” può essere raccomandata nel paziente cosciente; mediante applicazione di una “staffa di Gardner, con apposizione ed incremento di peso effettuati in maniera graduale (inizio con 5 Kg.), poi 1 Kg. ogni 30 minuti e controllo Rx in laterale.

Ottenuta la riduzione sarà necessario effettuare una RMN, per valutare l’eventuale lesione dell’apparato discollegamentoso e per stabilire il tipo di approccio chirurgico idoneo alla decompressione e stabilizzazione: anteriore in presenza di ernia discale traumatica, posteriore in caso di danno legamentoso posteriore, con duplice approccio nei casi con instabilità circonfenziale.

Uno studio Tac dovrà essere previsto prima del tentativo di riduzione, per escludere la coesistenza di lesioni craniali (del rachide cervicale superiore da C0 a C2) che controindicano manovre di riduzione a cielo chiuso.

Domanda: La decompressione chirurgica mediante laminoplastica migliora la prognosi della sindrome centro midollare senza lesione scheletrica?

<u>Riferimento bibliografico</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati principali</u>	<u>Livello evidenza</u> <u>Grado di Raccomandazione</u>
Song, J., Journal of clinical Neuroscience, 2005 Uribe, J., Surgical Neurology, 2005	Studi retrospettivi	Gli studi esaminati non possono essere considerati di efficace evidenza ai fini di stabilire un trattamento standard.	V / C

Conclusioni: La “open – door laminoplasty” può essere considerata una opzione terapeutica nel trattamento della sindrome centromidollare (nelle SCIWORA) in caso di deterioramento neurologico nei giorni seguenti il trauma ed il ricovero.

Domanda: La decompressione precoce riduce la degenza nella SCI?

<u>Riferimento bibliografico</u>	<u>Metodi</u>	<u>Risultati principali</u>	<u>Livello evidenza</u> <u>Grado di Raccomandazione</u>
Vaccaro, A.R., Spine, 1997 Papadopoulos, S.M., The Journal of Trauma, 2002	Studi retrospettivi	Criteri di tipo meramente statistico evidenziano una diminuzione della degenza nei reparti di terapia intensiva, qualora non si tratti di politraumatizzati.	III / C

Conclusioni: La finalità di una riduzione della durata del ricovero in una struttura dedicata alla mielolesione (USU) non può essere assunta come criterio che possa indirizzare la precocità o meno del trattamento chirurgico; risulta, però, indiscutibile la possibilità di iniziare quanto prima un idoneo trattamento riabilitativo.

SINTESI

- Il trattamento chirurgico delle lesioni vertebromidollari nella sua duplice finalità di decompressione del neurasse e di stabilizzazione dello scheletro risulta essere una strategia terapeutica ormai consolidata ed acquisita.
- Per quanto riguarda il “timing” di intervento, l'impossibilità di effettuare una randomizzazione per uno studio di trials clinici effettivamente comparabili, condiziona le regole dell'EBM; solo l'esperienza di chi da anni si è dedicato a tale tipo di Chirurgia può migliorare l'outcome avvicinando il concetto di “precocità” a quello di “urgenza effettiva”, ove questo sia realizzabile, con un trattamento chirurgico tempestivo ed efficace.

BIBLIOGRAFIA

1. Duh, M.S. et al., euro surgery 35 (2), 1994, 240-48
2. Fehelings, M.G. et al., Injury, 36 (2), 2005, B 13-26
3. Fehelings, M.G. et al., Spine, vol. 31, n. 11, Suppl. S28-S35
4. Guidelines Committee, Neurosurgery, march 2002, vol. 50, n. 3, Suppl.
5. Papadopoulos, S.M. et al., J. Trauma 52 (2) 2002, 223-32
6. Rosenfeld, J.F., et al., Am. J. Orthop., 1998
7. Song, J., et al., J. Clinical Neuroscience (2005), 12 (4), 438-443
8. Uribe, J., et al., Surgical Neurology, 63 (2005), 505-510