

Intervento di Page - Gosset - Scaglietti

The operation of Page - Gosset - Scaglietti

D'ARIENZO M., ACANFORA A., POCCIANI F., DELLA MONACA M.

Parole chiave: cerebropatie spastiche infantili, arto superiore, distacco degli epitrocleari

Key words: paediatric spastic cerebral palsy, upper limb, detachig of common flexor origin

SUMMARY

Authors described Page-Gosset-Scaglietti operation, used in the past for treatment of forearm and wrist deformities in spastic cerebral palsy.

Actually this operation is used in particular in type 2 of Zancolli's classification.

INTRODUZIONE

Le paralisi cerebrali infantili danno luogo frequentemente ad atteggiamenti viziati e deformità che sono una conseguenza a volte ineluttabile della malattia neurologica. Come è noto nelle paralisi cerebrali infantili vi è uno squilibrio di tono tra i gruppi muscolari che regolano il movimento, sostanzialmente dovuto al tipico distribuirsi dell'ipertonìa piramidale. L'aspetto caratteristico dell'arto superiore nel paziente spastico è quello in adduzione, flessione e pronazione con mano chiusa a pugno (Fig. 1-Fig. 2). La pronazione dell'avambraccio con flessione e adduzione del polso e flessione delle dita rappresenta sicuramente la deformità più importante, in quanto l'adduzione del braccio e la flessione del gomito risultano spesso poco invalidanti. Di qui l'importanza della terapia chirurgica intesa come risoluzione dell'ipertono dei muscoli epitrocleari.

Risulta essere di fondamentale importanza la valutazione del paziente, in particolare, riguardo alle eventuali turbe del carattere e del comportamento, o di alterazione neurologiche (epilessia); pertanto per il

successo dell'intervento è indispensabile una completa valutazione preoperatoria del paziente. Occorre quindi valutare il quoziente intellettivo nonché il livello della somato, stereo, digitognosia. A prescindere dal livello cognitivo somato sensoriale bisogna tenere presente che gli spastici sono spesso degli psicolesi oltre che motulesi e prima di optare verso una scelta chirurgica occorre accertarsi delle capacità di collaborazione per la successiva rieducazione.

Vari autori però concordano che anche un quoziente intellettivo basso non debba essere considerato una controindicazione all'intervento in quanto il miglioramento che riottiene può essere utile per la gestione quotidiana ed igienica del paziente.

TECNICA CHIRURGICA

L'intervento di Page-Gosset-Scaglietti si avvale dei seguenti tempi:

1) incisione a baionetta estesa dalla regione postero-mediale del terzo distale del braccio alla regione antero-laterale del terzo medio dell'avambraccio

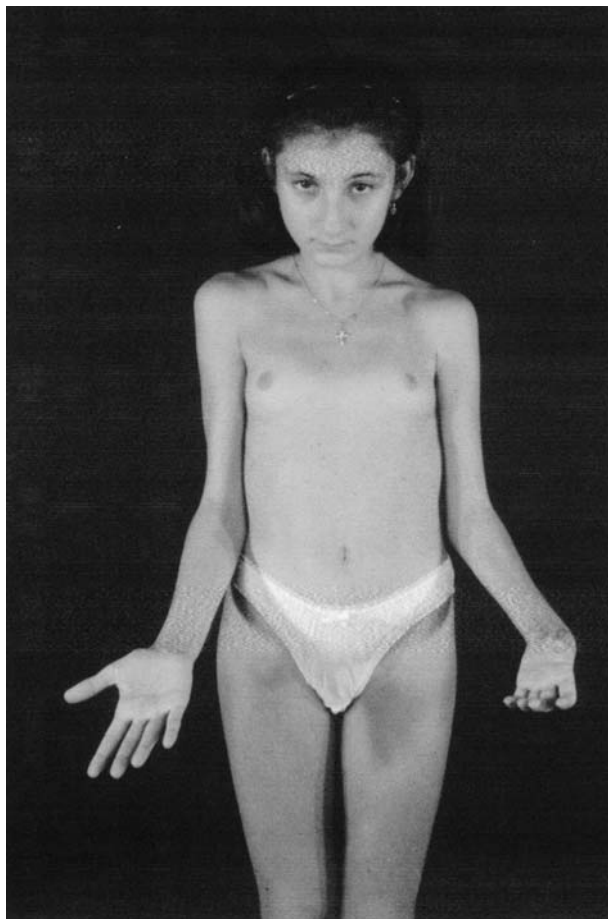


Fig. 1 - Quadro clinico.



Fig. 2 - Quadro clinico.

2) si isola il nervo ulnare dalla doccia epitrocleo olecranica prolungandosi verso il basso nei ventri del flessore ulnare del carpo, del quale una porzione è posteriore ed una anteriore al nervo (Fig. 3a)

3) si seziona il lacerto fibroso scoprendo il nervo mediano ed i vasi che vengono isolati e divaricati all'esterno

4) si distacca la massa degli epitrocleari anche dalle sue inserzioni sulla faccia anteriore della capsula, completando il tempo con la sezione della porzione del flessore ulnare del carpo situata posteriormente al nervo ulnare (Fig. 3b-3c)

5) si scollano quindi mediante staccaperiostio le inserzioni prossimali sul radio e sull'ulna del flessore superficiale e profondo delle dita (Fig. 3d)

6) emostasi accurata. Sutura, apparecchio gessato per 35-40 giorni e successivamente si applica una valva gessata e si esegue ciclo di mobilizzazione assistita.

CONCLUSIONI

L'intervento di Page-Grosset-Scaglietti, in passato ampiamente usato, trova attualmente indicazione

elettiva nelle forme di tipo 2 B della classificazione di Zancolli

Sottolineiamo a tal proposito che l'azione della trasposizione tendinea si esplica sia attraverso la sottrazione di forza ad un gruppo prevalente, sia mediante

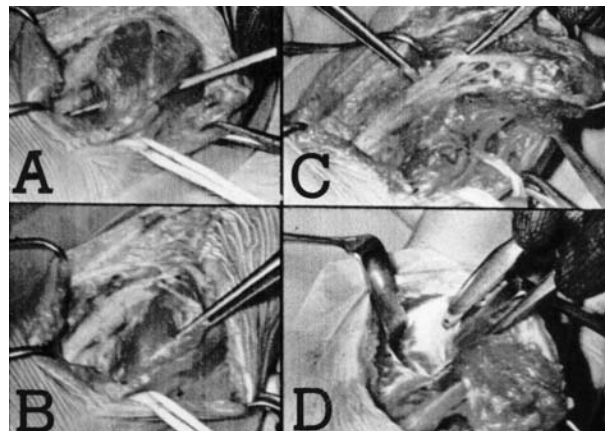


Fig. 3 - 3a: isolamento dell'ulnare e preparazione del gruppo muscolare.

3b-3c: distacco degli epitrocleari ed isolamento del mediano.

3d: distacco delle inserzioni profonde radiali ed ulnari dei flessori.

il potenziamento di un gruppo deficitario, sia con l'organizzazione di una sinergia favorevole e la rottura di una sinergia patologica, sia infine inducendo una variazione agli stimoli propriocettivi.

Attualmente limitiamo il distacco degli epitrocleari alle forme di tipo 2 B e riguardo al quadro preoperatorio del paziente a quei casi in cui il quoziente intellettivo risulti più basso e quando vi siano segni di iniziale distonia e squilibri sensitivi sensoriali, nei quali non ci si aspetta una costante collaborazione nella fase riabilitativa. In tal caso, la correzione delle deformità ha perlomeno lo scopo di migliorare le condizioni igienico-sanitarie e l'espletamento di atti quotidiani essenziali.

Infine concordi con quanto riportato in letteratura, consideriamo l'età come parametro valutativo fondamentale per la scelta dell'intervento chirurgico. La chirurgia precoce infatti evita l'instaurarsi di squilibri funzionali più gravi, impedisce la comparsa di deformità osteo-articolari e muscolo-tendinee e permette inoltre che lo schema somato-gnosico si sviluppi nella maniera più vicina al fisiologico.

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono l'intervento di Page-Gosset-Scaglietti, ampiamente utilizzato in passato per il trattamento delle deformità dell'avambraccio e del polso in seguito a paralisi spastiche infantili. Attualmente questo intervento viene utilizzato prevalentemente nelle forme di tipo 2 della classificazione di Zancolli.

BIBLIOGRAFIA

1. Gosset J.: "La desinsertion chirurgicale des muscles de la loge anterieure de l'avant bras dans le traitement des contractures et retraction ischémiques". Journ. Chir., 72, 487, 1955.
2. Page C.: "An operation for the relief of flexion-contraction in the forearm". J. Bone Joint Surg., 5, 233, 1924.
3. Scaglietti O.: "Sindromi cliniche immediate e tardive da lesioni vascolari nelle fratture degli arti". Archivio Putti, 8, 60, 1957.
4. Zancolli E.: "Tendon transfer after ischemic contracture of the Forearm". American Journal of Surgery, 109, 365, 1965.

Prof. Michele D'Arienzo

*c/o: C.T.O. - II Clinica Ortopedica, Università di Firenze
Largo Palagi 1, Firenze*