

Frattura completa alla base del dente dell'epistrofeo: tra utopia e realtà

Il fascino irresistibile di sfidare con soluzioni razionali i bastioni dell' "impossibile"

Nelle lesioni scheletriche della colonna vertebrale, dopo esame clinico e radiografico (TAC e/o RMN) e dopo classificazione, ci si avvale di consueto: del trattamento conservativo con busti e gessi; del trattamento chirurgico mini-invasivo con intervento di cifo-plastica evolutiva della vertebroplastica; del trattamento chirurgico tradizionale con riduzione e stabilizzazione della o delle fratture con impianto di viti peduncolari e barre di titanio.

Il trattamento classico prevede immobilizzazione del paziente per diverse settimane con risultati spesso scadenti e appesantimento di una eventuale osteoporosi, lasciando scoperte le conseguenze secondarie dovute ad alterazioni della biomeccanica.

Diverse controindicazioni, d'altronde, limitano il ricorso all'intervento chirurgico: osteomielite della vertebra interessata da frattura coagulopatia non correggibile allergia ai componenti utilizzati infezioni sistemiche o locali (spondilodiscite).

In caso di traumi minori, cioè in quelle lesioni della colonna vertebrale che non determinano instabilità acuta (in genere senza compromissione neurologica), quindi lesioni di un singolo livello con: perdita di altezza di un corpo vertebrale <del 50%, cifotizzazione con angolazione di un segmento <di 40°, canale spinale re-

siduo <50% del normale o nei casi in cui le lesioni interessano max due livelli senza deficit neurologici senza associazioni con gravi lesioni della colonna posteriore e/o della colonna media (tranne le lesioni stabili sopra D8 o sotto L4) senza progressiva cifotizzazione del segmento interessato (soprattutto nel tratto lombare), le strutture anatomiche danneggiate, oggi, possono essere riparate senza chirurgia

Supportati, dal 1999 ad oggi, da una ricerca scientifica e tecnologica fondamentale sempre in evoluzione, validata da numerosissime pubblicazioni scientifiche universitarie italiane ed estere che ne confermano l'efficacia terapeutica nelle patologie distrettuali, oggi il sistema medico-terapeutico della farmaforesi elettrodica, del tutto privo di effetti sistemici, viene considerato come unica soluzione incruenta nelle fratture vertebrali. I risultati clinici sono decisamente efficaci anche in soggetti in grave stato di salute o con controindicazioni assolute all'uso di farmaci, con rapida remissione della sintomatologia dolorosa, recupero veloce della mobilità, miglioramento della qualità di vita.

CASO CLINICO - RIASSUNTO

Già al centro di una serie molto consistente di osservazioni approfondite in studi pre-clinici e clinici in caso di mancata formazione di callo osseo, osteoporosi, cisti e sclerosi ossee sub-condrali, lesioni odontogene, atrofia ossea mascellare e mandibolare, fratture degli arti superiori e inferiori, fratture costali, vertebrali, lesioni da metastasi ossee, trova oggi una ulteriore conferma in corso di frattura traumatica completa alla base del dente dell'epistrofeo.

Il lavoro riporta il caso di una frattura vertebrale cervicale (C2) con marcata accentuazione della lordosi in un soggetto affetto da spondiloartrosi del rachide con reazioni intraspongiose sclerotiche D2-D4 di tipo riparativo per lesioni traumatiche recenti, avvallamenti di tipo osteoporotico D11-D12-L3, cifosi dorsale molto accentuata e metameri di aspetto intraspongioso di tipo angiomatico.

In questi soggetti la frattura vertebrale può essere il risultato anche di un minimo trauma e presenta un'elevata frequenza di complicazioni neurologiche e mortalità elevata.

La gravità del trauma e l'importanza della sintomatologia riferita di cervicalgia grave e impossibilità funzionale dei movimenti del collo, rende facile la diagnosi immediata e quindi il trattamento d'urgenza delle gravi lesioni osteo-legamentose.

MATERIALI E METODI

Il soggetto (A.Z) di sesso femminile dell'età di 76 anni, affetto da esiti di craniotomia con ipodensità focali periventricolari bilaterali, da esiti ischemici e da spondiloartrosi del rachide cervicale, cade accidentalmente, battendo la testa violentemente.

Trasportata immediatamente al Pronto Soccorso di Scilla, veniva sottoposta ad accertamenti diagnostici. L'indagine radiografica standard e tomografica computerizzata (TAC) del tratto cervicale del rachide, in un primo esame negativa per lesioni fratturative, risultava positiva al controllo TAC eseguito a distanza di 30 giorni per la presenza di frattura della base del processo odontoideo.

Veniva tempestivamente eseguita l'immobilizzazione temporanea con collare bivalve tipo philadelphia, e sottoposta a terapia medica, non sussistendo le condizioni minime essenziali per effettuare, senza un rischio elevato, l'intervento classico di osteosintesi intraframmentaria del dente dell'epistrofeo, indispensabile per la risoluzione del complesso caso clinico.

Giungeva alla nostra osservazione in data 04.08.12, cioè dopo circa 200 giorni dal trauma.

La paziente che indossava il collare rigido bivalve, riferiva l'accaduto e la storia dei disturbi rachidei di vecchia data, lamentandosi soprattutto perché costretta da tanto tempo e per tutta la vita senza speranze, a tenere al collo quell'anello indeformabile che le condizionava l'alimentazione, la messa a fuoco degli oggetti e l'equilibrio e non le consentiva una qualità di vita accettabile.

Rimossa temporaneamente la valva posteriore del collare, l'esame obiettivo rilevava la contrattura dolente paravertebrale del tratto cervico-brachiale e una marcata accentuazione della lordosi cervicale con disfonia (alterazione qualitativa e quantitativa della voce parlata), mentre il quadro neurologico era negativo.

Valutato il grave quadro clinico complessivo si provvedeva quindi, previo ottenimento del consenso informato, a sottoporre la paziente ad un ciclo di trattamenti terapeutici farmacologici mediante il sistema della farmaforesi elettrodica.



Particolare del collare rigido bivalve

Il protocollo terapeutico ha previsto la somministrazione trans-dermica (con approccio posteriore) di bifosfonati (neridronato, clodronato), rivascularizzanti (troxerutina), antiossidanti e vasoattivi (resveratrolo, esperidina) con frequenza bi-trisettimanale fino ad un massimo di n°20 (venti) trattamenti alla profondità graduale crescente tra 8 e 9 cm. valutata e concordata con medici radiologi interventisti, neurochirurghi e specialisti di varie branche.

La TC di controllo del tratto cervicale del rachide del 23.08.12 confermava il progressivo consolidamento della frattura (di circa il 50%) ed una riduzione della accentuazione lordosica. Il successivo controllo TC del 13.10.12 comprovava l'ulteriore risoluzione con ricostruzione e con ripristino delle condizioni ottimali fino al 97% della lesione fratturativa e dell'artrosi atlo-epistrofea con attenuazione importante della marcata lordosi cervicale. I risultati raggiunti, grazie all'impiego mirato dei farmaci, hanno consentito la rimozione definitiva del collare.

Il ricorso al trattamento chirurgico, nei casi in cui non sia possibile ottenere o mantenere la riduzione con halo + vest per un congruo numero di settimane (quindi con rischio di comminazione per mancato consolidamento), avrebbe previsto, come nel caso in oggetto, una stabilizzazione posteriore di C2 con strutture a base di cavi e viti, ad altissimo indice di mortalità, particolarmente nei soggetti anziani e per le difficoltà notevoli di pertinenza anestesologica.

L'accesso al trattamento farmacologico per via trans dermica, in caso di frattura alla base del processo odontoideo, non era mai stato preso in considerazione in precedenza perché "inconcepibile". È stata data, tuttavia, una ulteriore dimostrazione di come sia possibile curare in equie, attraverso la via più breve ma anche la più logica e naturale, con la risoluzione definitiva di patologie loco-regionalizzate "definite impossibili", in modo incruento e privo di rischi.

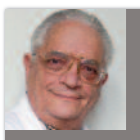
Per informazioni e contatti:

Dott. Antonino d'Africa Medico Chirurgo
Reggio Calabria via De Nava, 84
Tel. 0965 324813 - 0965 612526 - 349 521 1568
Roma via Batteria Nomentana, 56 - Tel. 06 8603844
Milano via Rivoltana, 35 Limito di Pioltello - ASPEM
Tel. 02 89653797
email: info@adafrafrica.it - info@farmateb.it
www.adafrafrica.it



Particolare del collare rigido bivalve

A cura di



Dott. Antonino D'Africa
Docente Master A.S.P.E.M.
Milano



Dott. Ernesco Giordano
Endocrinologo Ospedale "Scillesi d'America"
ASP. Reggio Calabria



Dott. Antonino Zema
Neurochirurgo
Reggio Calabria



Domenico Zema
Laureando
in Chirurgia