

Dei 75 pazienti giunti alla nostra osservazione 27 erano mielici (5):

- 17 completi (2 pazienti Frankel A e 15 pazienti Frankel B), e
- 10 incompleti (3 pazienti Frankel C e 7 pazienti Frankel D).

TECNICA CHIRURGICA

I sistemi di stabilizzazione utilizzati sono stati diversi:

Cotrel-Dubousset	(28 casi)
Placca di Steffee	(22 casi)
Slot	(9 casi)
S.I.R.	(13 casi)
Altri	(3 casi)

mentre la tecnica chirurgica è stata univoca:

1) Riduzione, stabilizzazione ed artrodesi interlaminare nelle fratture amieliche.

2) Laminectomia, esplorazione del sacco durale e delle radici con artrodesi postero laterale in caso di fratture con compromissione neurologica.

3) Nelle fratture inveterate o in quelle con eccessiva cuneizzazione si è associata alla artrodesi postero-laterale la PLIF con trapianto osseo autologo omologo.

Le fratture mieliche sono state operate tutte in urgenza, entro le prime 6 ore dal trauma (6-7).

Una particolarità della tecnica chirurgica, è quella di posizionare una vite nella vertebra fratturata, quando il peduncolo è indenne.

Questa metodica dà una notevole stabilità all'impianto, per la riduzione del braccio di leva delle barre o delle placche posteriori, e minore perdita di correzione nel tempo.

Tutti i pazienti hanno indossato un corsetto in tela per 4 mesi, mentre per 6 mesi è stata vietata la flessione anteriore del tronco.

Il follow-up medio è stato di 21 mesi.

Il trattamento chirurgico delle fratture vertebrali



Fig. 1a.



Fig. 1b.

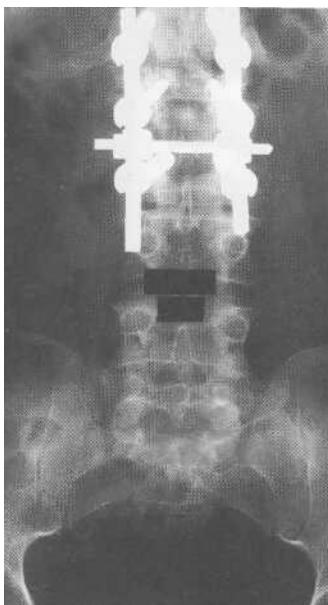


Fig. 1c.



Fig. 1d.

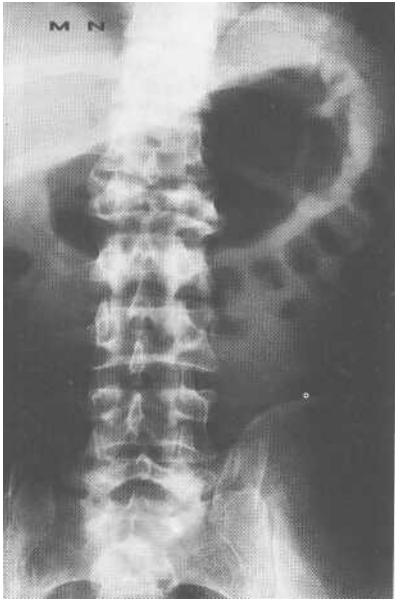


Fig. 2a.

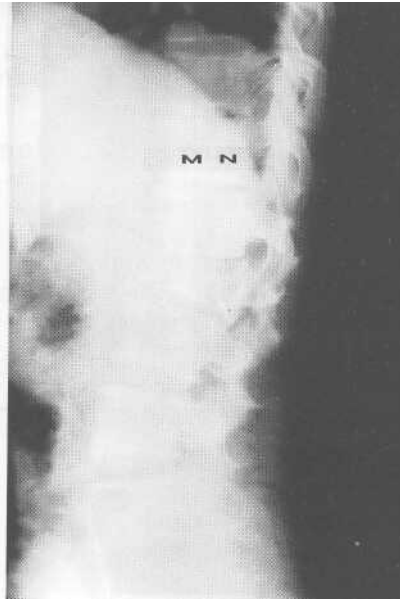


Fig. 2b.

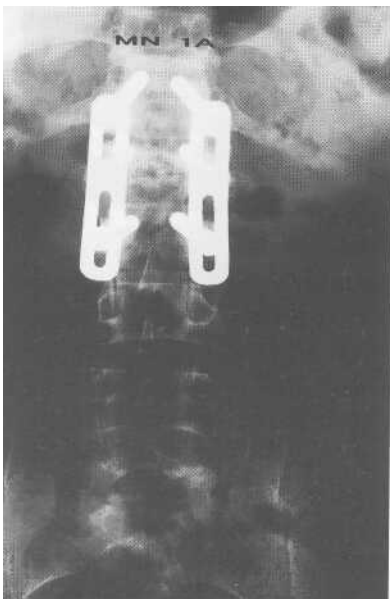


Fig. 3.

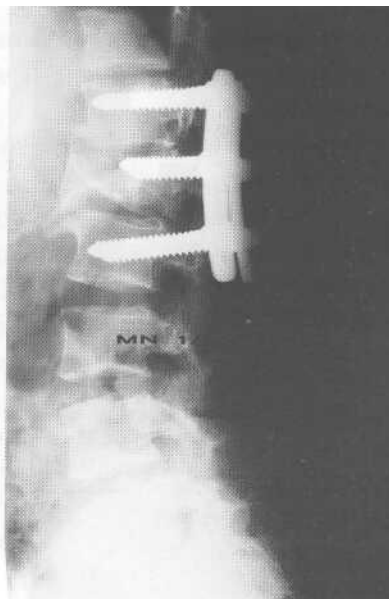


Fig. 4.

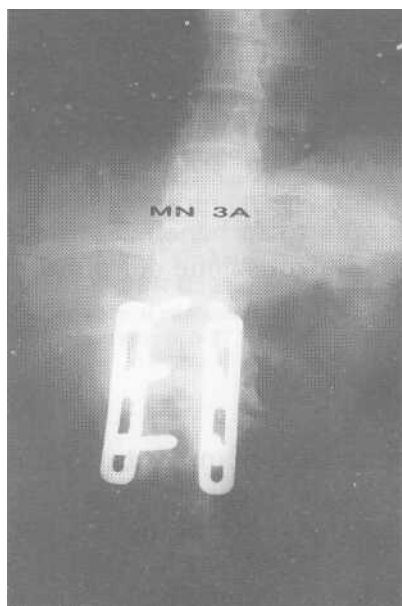


Fig. 5.

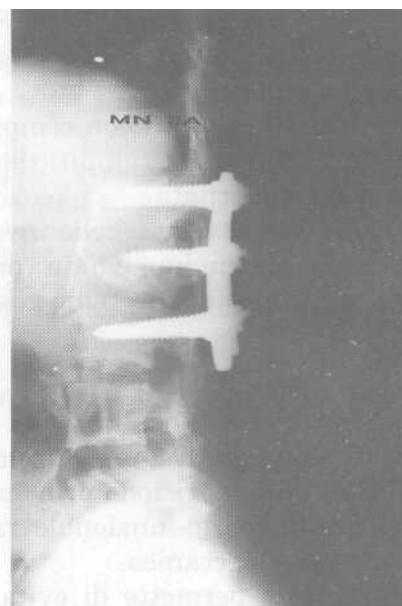


Fig. 6.

RISULTATI

I risultati clinici delle fratture mieliche complete sono addirittura stati superiori alle nostre aspettative come si vede nella Tabella 1 e 2.

TABELLA 1 - Risultati delle fratture mieliche complete

<i>Numero di pazienti</i>	<i>Risultato</i>
1	Deambulazione autonoma senza appoggio.
6	Deambulazione con bastoni canadesi.
3	Paraplegia completa.
1	Deceduto.

TABELLA 2 - Risultati delle fratture mieliche incomplete

<i>Numero di pazienti</i>	<i>Risultato</i>
9	Deambulazione autonoma senza appoggio.
1	Paraplegia completa.

Due pazienti sono stati rioperati per sostituzione dell'impianto con uno più lungo a causa del pull-out delle viti e degli uncini superiori.

Tutti i pazienti con compromissione neurlogica hanno iniziato una precoce riabilitazione, mediamente tra la settima e la decima giornata.

Le fratture amieliche invece hanno tutte beneficiato della deambulazione immediata (prima della rimozione dei punti di sutura) senza apparecchio gessato.

CONCLUSIONI

I vantaggi di una riduzione anatomica, mantenuta da una sintesi stabile, risiede principalmente nel recupero immediato dell'unità morfo-funzionale rachidea e dal ripristino del normale asse meccanico.

Questo permette di evitare la lunga immobilizzazione in apparecchio gessato che altrimenti è senz'altro necessaria.

Tutto sommato, noi crediamo che oggi giorno sia un dovere della moderna chirurgia ortopedica assicurare una ripresa precoce e senza esiti dell'unità morfo-funzionale rachidea pur affrontando un intervento che, con l'attuale tecnologia, non è da considerarsi più impegnativo di tanti altri.

Riassunto

Gli Autori presentano l'esperienza del trattamento chirurgico di 75 fratture vertebrali.

L'indicazione chirurgica fu valutata in rapporto alla stabilità della frattura secondo la classificazione di Denis del 1983, ed alla compromissione neurologica.

I risultati sono stati molto incoraggianti.

Le fratture mieliche hanno avuto una ripresa funzionale a volte addirittura oltre le aspettative.

Le amieliche, invece, hanno tutte beneficiato di un trattamento ortopedico post-operatorio di minima (corsetto in tela armata per 4 mesi) con una perdita di correzione il più delle volte trascurabile.

Bibliografia

- 1) GUI L.: *Fratture e lussazioni*. Volume II, Aulo Gaggi Editore, 1981.
- 2) LOUIS R.: *Chirurgia del rachide. Anatomia chirurgica e vie di accesso*. Piccin 1989.

Il trattamento chirurgico delle fratture vertebrali

- 3) WATSON-JONES: *Fratture e lussazioni*. Piccin 1991.
- 4) FRANKEL H.L., HANCOCK D.O., HYSLOP G., MELZAK J., MICHAELS L.S., UNGAR G.H., VERNON J.D.S., WALSH J.J.: *The value of postural reduction in initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia*. Paraplegia, 1969, 7, 179-192.
- 5) DENIS F.: *The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries*. Spine 1988, 817-813.
- 6) AEBI M., MOHLER J., ZACH G., MORSHER E.: *Analysis of 75 operated thoracolumbar fractures and fracture-dislocation with and without neurological deficit*. Arch. Orthop. Trauma. Surg., 1986, 105, 100-112.
- 7) ARGENSON C.: *Traitement des fractures du rachis dorso-lombaire chez l'adulte*. Cahiers d'enseignement de la SOFCOT, Expansion Scientifique Française, Paris, 1984, p. 5-27.