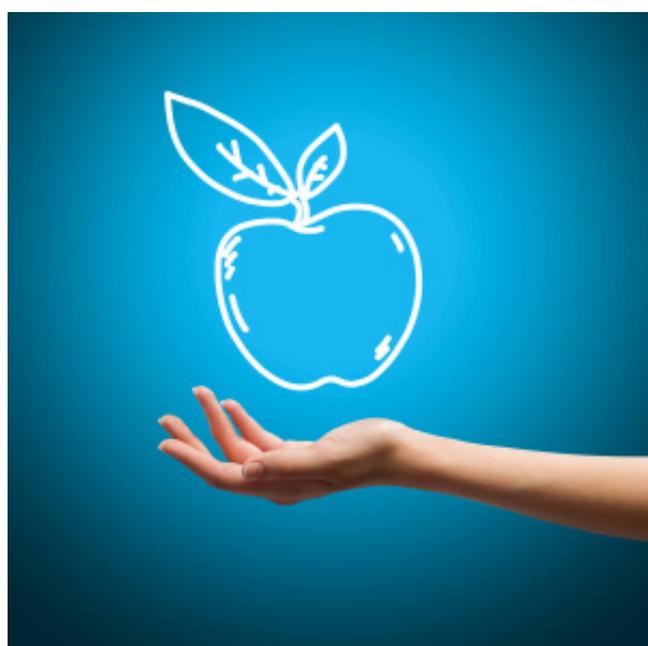




*“Il trapianto di nervi da donatore costituisce la più recente innovazione della chirurgia dei nervi periferici”. Lo afferma Giorgio Stevanato, Responsabile delle Patologie del sistema nervoso periferico presso la Neurochirurgia dell’Ospedale dell’Angelo di Mestre*



Napoli, 28 giugno 2015 – Il Reparto di Neurochirurgia di Mestre, grazie al contributo della Banca dei Tessuti di Treviso, ha raggiunto ottimi risultati con il trapianto di nervi da donatore. I successi di questa metodica hanno permesso, mediante l’utilizzo della microchirurgia ricostruttiva, di risolvere problemi a pazienti con nervi danneggiati in gravi traumi.

Giorgio Stevanato segnala un altro settore inerente la neurochirurgia del sistema nervoso periferico che negli ultimi anni ha presentato un notevole sviluppo: la *neuromodulazione periferica*.

“Nella *neuromodulazione periferica* – spiega il Neurochirurgo di Mestre – si utilizzano dei minuscoli elettrodi, collegati a un generatore d’impulsi, che vengono applicati sulla porzione sensitiva dei nervi periferici. Con questa tecnica – aggiunge – si risolvono i dolori neuropatici post traumatici, refrattari a tutte le cure mediche e chirurgiche tradizionali. La neuromodulazione periferica inoltre può essere applicata anche sul nervo vago per la cura dell’epilessia”.

Nel corso del Congresso, nella Sezione nervi periferici, ampio spazio è stato dedicato alla Sindrome dell’egresso toracico e alla Neuropatia del nervo ulnare al gomito.

Per comprendere meglio queste due patologie Giorgio Stevanato ha poi proseguito: “La Sindrome

dell'egresso toracico è una neuropatia canalicolare infrequente, controversa e di complesso inquadramento diagnostico, sviluppandosi in modo silente, senza intense algie. Un ruolo rilevante nell'eziologia della Sindrome sono le anomalie congenite muscolo-scheletriche, che riducono lo spazio dell'egresso toracico e quindi comprimono in modo cronico il plesso brachiale e l'arteria succlavia. La Sindrome dell'egresso toracico – illustra – è prevalente sia in giovani donne con collo slanciato e spalle intra-ruotate, che in soggetti che svolgono attività lavorative con impiego prolungato delle mani in elevazione, come ad esempio gli acconciatori e i violinisti. Nelle forme irritative il paziente presenta delle parestesie, prevalenti nel territorio del nervo ulnare, e pesantezza del braccio, spesso con intolleranza al freddo. Tali sintomi sono scatenati o s'incrementano nel sollevamento dell'arto oltre la spalla. Nelle forme deficitarie la mano diviene atrofica e i movimenti di precisione delle dita vengono compromessi”.

“La Neuropatia del nervo ulnare al gomito rappresenta, dopo la Sindrome del tunnel carpale, la seconda più comune neuropatia da compressione di un nervo periferico. L'incidenza annua in Italia è stimata in 25 casi per 100.000 persone e vi è una prevalenza nel sesso maschile. Il nervo ulnare nel suo decorso al gomito attraverso il canale cubitale può subire una compressione per la riduzione del calibro della doccia epitrocleo-olecranica, che si sviluppa in seguito ad artrosi e in esiti di fratture consolidate o per la sclerosi del tetto del canale (legamento di Osborne). Il nervo ulnare al gomito è anche molto superficiale ed è particolarmente esposto sia a micro traumi diretti che a traumi da movimenti ripetuti di flessione ed estensione dell'avambraccio, nella particolare situazione anatomica in cui il nervo fuoriesce dal canale per lussazione o sublussazione dinamica. Nelle forme irritative il paziente presenta delle parestesie nella porzione ulnare dell'avambraccio, del quarto e di tutto il quinto dito, a cui si può associare una ridotta precisione manuale, particolarmente evidente nella manovra di pinza pollice-indice, nella flessione e abduzione del mignolo. Nelle forme deficitarie sono compromesse importanti funzioni motorie e la mano può assumere il caratteristico aspetto di *griffe ulnare* per la posizione flessa, ad artiglio, assunta dalle ultime due dita”.

*fonte: ufficio stampa*