

$$\frac{A_06}{137}$$

Si ringrazia il Prof. Alessandro Riva per aver gentilmente concesso l'immagine di copertina tratta da *Le cere anatomiche di Clemente Susini*, Università degli Studi di Cagliari, 2004.

Andrea Carai

Grazia Fenu

Approcci chirurgici al basicranio
Guida alla dissezione

disegni a cura di

Elia Sechi

con contributi di

Alessandro Ducati e

Andrea Montella



Copyright © MMX
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133 / A-B
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-3228-2

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: maggio 2010

Indice

07 Prefazione

09 Approccio pterionale

Posizionamento, 9 – Incisione cutanea, 10 – Ribaltamento del lembo cutaneo, 12 – Ribaltamento del lembo muscolare, 14 – Craniotomia, 15 – Fresatura della base cranica, 17 – Apertura durale, 18 – Sinossi, 20

23 Approccio retrosigmoideo

Posizionamento, 23 – Incisione cutanea, 24 – Ribaltamento del lembo cutaneo, 24 – Ribaltamento del lembo muscolare, 25 – Craniectomia, 26 – Apertura durale, 28 – Dissezione intradurale, 29 – Sinossi, 32

33 Mastoidectomia

Posizionamento, 33 – Incisione cutanea, 33 – Ribaltamento del lembo cutaneo, 35 – Ribaltamento del lembo muscolare, 37 – Craniectomia, 37 – Apertura durale, 49 – Sinossi, 51

53 Bibliografia

Prefazione

L'anatomia ottenuta con il più sofisticato apparecchio di diagnostica per immagini non può essere paragonata al momento irripetibile costituito dalla rilevanza di dati anatomici ottenuti con la tecnica dissezzatoria.

Mi pregia presentare questa guida frutto del lavoro dei miei collaboratori, che unendo le loro esperienze differenti, in campo anatomico ed in campo neurochirurgico, hanno saputo fondere le conoscenze di anatomia classica del basicranio con le più moderne conoscenze di approccio chirurgico a questa complicata area topografica che affascina non solo l'anatomico ma anche il chirurgo.

Questa collaborazione appare di indubbio vantaggio reciproco: se da un lato l'anatomico ammira le numerose e complesse vie che il neurochirurgo può utilizzare per giungere all'obiettivo finale, il neurochirurgo non può che trarre vantaggio nell'osservare il fine lavoro di dissezione che l'anatomico effettua piano dopo piano attraverso lo scollamento delicato e preciso delle strutture anatomiche.

Il testo nasce dall'esigenza di fornire agli addetti ai lavori (neurochirurghi, studenti, specializzandi...) una guida di facile consultazione che consenta di conoscere, ma soprattutto approfondire, le tecniche più utilizzate in campo neurochirurgico per gli approcci al basicranio.

La sua divulgazione avverrà in concomitanza di corsi pratici durante i quali si assisterà alla dissezione autopatica del basicranio, supportando la dimostrazione con

preliminari lezioni teoriche ed infine con il riferimento alla guida.

Nel testo gli approcci sono illustrati da originali disegni eseguiti a mano durante corsi precedenti e poi rivisitati in chiave anatomica, previa consultazione dei testi classici di anatomia sistematica e topografica.

Il mio augurio più sincero è che questa guida possa essere per i miei collaboratori uno stimolo per continuare sulla strada che dalla dissezione anatomica conduce alla conoscenza più vera e profonda dell'anatomia e per i lettori specialisti un piacevole e semplice metodo di consultazione.

Andrea Montella

Professore ordinario di Anatomia
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Sassari

Approccio pterionale

Step by step

L'approccio pterionale, originariamente descritto da Yasargil nel 1987, offre la possibilità di sfruttare il corridoio anatomico costituito dalla piccola ala dello sfenoide per raggiungere la scissura silviana e le strutture sellari e parasellari della base cranica. Lo scopo di questo approccio è di ottenere la visualizzazione di strutture profonde attraverso la demolizione parziale di strutture ossee (piccola ala dello sfenoide e tetto dell'orbita) e la dissezione aracnoideale con minima manipolazione del parenchima cerebrale.

Posizionamento

Paziente in posizione supina. Posizionamento della testiera di Mayfield con il capo esteso di circa 15° e ruotato controlateralmente al lato dell'approccio di circa 30° ¹. Per un posizionamento ottimale l'eminenza malare deve risultare il punto più alto del capo del paziente in modo da ottenere la verticalizzazione della piccola ala dello sfenoide (Fig. 1).

¹ L'entità della rotazione della testa del paziente può essere modificata a seconda delle necessità. Una rotazione minore consente l'estensione della craniotomia in senso frontale ed offre una più agevole visualizzazione della fossa cranica anteriore. Una rotazione maggiore consente l'estensione della craniotomia in direzione temporale ed offre una più agevole visualizzazione della fossa cranica media.

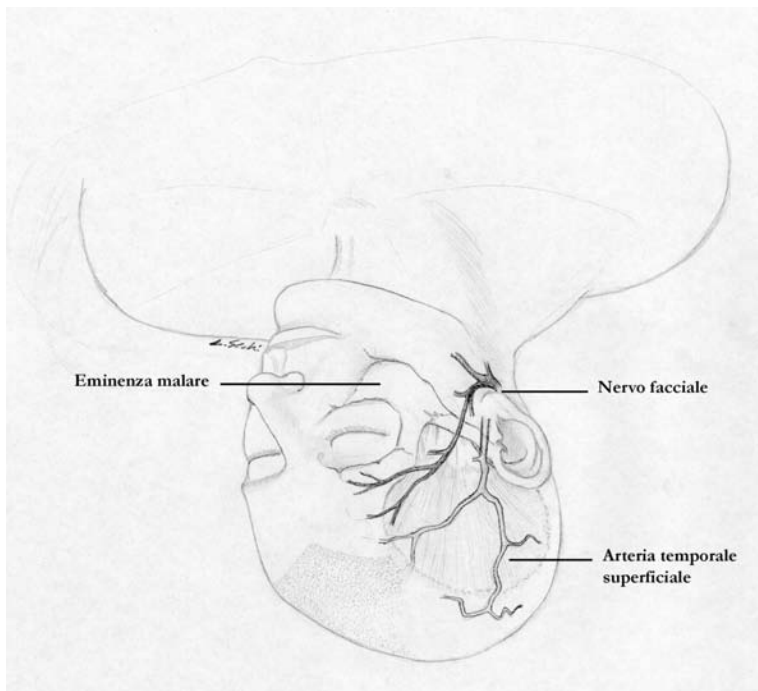


Figura 1

Incisione cutanea

L'incisione cutanea è curvilinea e centrata nel *key-hole* (punto di repere situato sulla sutura fronto sfenoidale, 1 cm posteriormente alla sutura fronto-zigomatica).

L'incisione viene eseguita a partire dalla regione preauricolare, 1 cm anteriormente al trago, a livello del margine superiore dell'osso zigomatico, segue l'andamento della linea temporale superiore, e raggiunge la regione frontale, al limite del capillizio, sulla linea pupillare omolaterale² (Fig. 2).

² L'estremità anteriore dell'incisione cutanea può variare per ottenere una maggiore esposizione ossea nell'esecuzione di approcci pterionali modificati (estesi).