



Società Italiana di
Neurologia

Associazione Italiana di
Neuroradiologia

Società Italiana di
Neurofisiologia Clinica

**Atti del
V Meeting Invernale
di Scienze Neurologiche**

Cortina d'Ampezzo (BL), 3-7 Febbraio 1997

a cura di
A. MOGLIA, F. ZAPPOLI, G. BONO

Istituto Neurologico "C. Mondino", Pavia
Università degli Studi di Pavia

Anastomosi XII-VII nervo cranico ed innesto di nervo surale nelle paralisi gravi del nervo facciale: patterns di reinnervazione e prospettive riabilitative

A. LOZZA, E. DALLA TOFFOLA*, E. ALFONSI, B. CICCONE, A. ARRIGO,
A. MOGLIA

*Servizio di Neurofisiopatologia e *Servizio di Neuroriabilitazione
IRCCS "Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino" - Pavia*

Introduzione

Le paralisi periferiche del nervo facciale secondarie rappresentano una piccola percentuale delle paralisi di tale nervo, essendo preponderante la forma idiopatica di Bell (1).

Le patologie più frequentemente implicate come causa di paralisi secondarie del VII nervo cranico sono: tumori che invadono l'osso temporale (glomo carotideo, colesteatoma, dermoide), neurinomi del nervo acustico, tumori del ganglio giugulare, dilatazioni aneurismatiche delle arterie vertebrali o dell'arteria basilare, fratture della base cranica, neoplasie parotidiche qualora il nervo risulti infiltrato dalla neoplasia oppure lesionato durante l'intervento chirurgico di asportazione della stessa.

Per le paralisi periferiche su base neoplastica si pone l'indicazione all'intervento chirurgico di escissione della neoformazione con il limite rappresentato dagli esiti funzionalmente ed esteticamente invalidanti a carico della muscolatura mimica, causati dal deficit cronico del nervo facciale.

Per ovviare a tale danno permanente sono state approntate varie tipologie di interventi ricostruttivi (2,3) per ricreare una continuità anatomica e funzionale tra nervo