

RISOLUZIONE DI FESSURA DEL PALATO MOLLE IN UN GATTO

MASSIMO VIGNOLI,* FEDERICA ROSSI*, SIMONA VALENTINI**

Specialisti in Radiologia Veterinaria

*Liberi Professionisti - Via dell'Orologio, 38 - Sasso Marconi (BO)

**Dipartimento Clinico Veterinario (Sezione Chirurgica) - Via Tolara di Sopra, 50 - 60024 Ozzano E. (BO)

Riassunto

Le schisi mediane del palato duro e molle vengono chiuse ricorrendo a molteplici tecniche "a lembo" che spesso non producono gli effetti desiderati. Gli Autori descrivono la correzione di una fessurazione del palato molle utilizzando una placca metallica fissata con viti e materiale di sutura assorbibile rispettivamente all'osso del palato duro e allo strato mucoso del palato molle.

Summary

Midline clefts of the hard and soft palate of the cat have been closed by several flap techniques which often do not produce desired effects. Authors describe surgical correction of a soft palate cleft using a metallic plate fixed by screw and absorbable sutures to the bone of the hard palate and to the mucosal layer of the soft palate, respectively.

INTRODUZIONE

Le fessure del palato duro e molle secondarie ad eventi traumatici non sono rare nel gatto e di solito la loro correzione non pone particolari problemi. A volte, tuttavia, si possono presentare complicazioni che impongono di adottare tecniche diverse rispetto a quelle convenzionali. È il caso di un gatto meticcio maschio di 15 mesi che venne sottoposto alla nostra attenzione in seguito ad un investimento automobilistico avvenuto circa 20 giorni prima. L'esame del cavo orale evidenziava una fessurazione estesa sulla linea mediana dal palato duro (all'altezza del dente ferino o P IV) fino al palato molle (per circa 1,5 cm). Il soggetto manifestava accessi di sternali durante e dopo i pasti e un persistente scolo nasale mucopurulento bilaterale. Si è provveduto alla correzione della palatoschisi secondo la tecnica che prevede la creazione di lembi pedunculati di mucosa ottenuti con incisioni parallele alla fessura palatina¹. Dopo circa 7 giorni è stata però riscontrata la deiscenza della sutura in corrispondenza del punto di passaggio tra palato duro e palato molle: una volta rimossi i restanti punti di sutura e completato il processo di cicatrizzazione si poteva osservare una soluzione di continuità di 6 × 8 mm a forma ovale (Fig. 1). La successiva ripetizione dell'intervento chirurgico con lembi pedunculati e con-

temporanee incisioni laterali di rilassamento¹ non ha consentito la correzione della fistola oro-nasale creata. A questo punto risultava chiara la necessità di ricorrere a metodiche con impiego di protesi, già descritte in bibliografia soprattutto per il cane^{2,3,4} e costituite da materiali diversi, dal metallo a materiali acrilici⁵. La principale difficoltà risiedeva nel fatto che, indipendentemente dal tipo di protesi utilizzata, questa doveva risultare stabile sia sul versante osseo della lesione sia su quello mucoso.

TECNICA CHIRURGICA

Si procede alla preparazione di una placca di acciaio biocompatibile di forma rettangolare con margini arrotondati e dimensioni pari a 2,2 × 1,6 cm con uno spessore di 1 mm e 12 fori distribuiti regolarmente lungo i margini (Fig. 2). I fori posti in corrispondenza degli angoli sono di dimensioni maggiori rispetto agli altri e adattati in maniera da contenere completamente la testa di 2 viti da osteosintesi autofilettanti di 2 mm di diametro e 3 mm di lunghezza; gli altri fori, che non hanno inizialmente una funzione di sostegno, sono realizzati per consentire l'interdigitazione del tessuto di granulazione³ e funzionare in seguito come veri e propri punti di ancoraggio della placca,

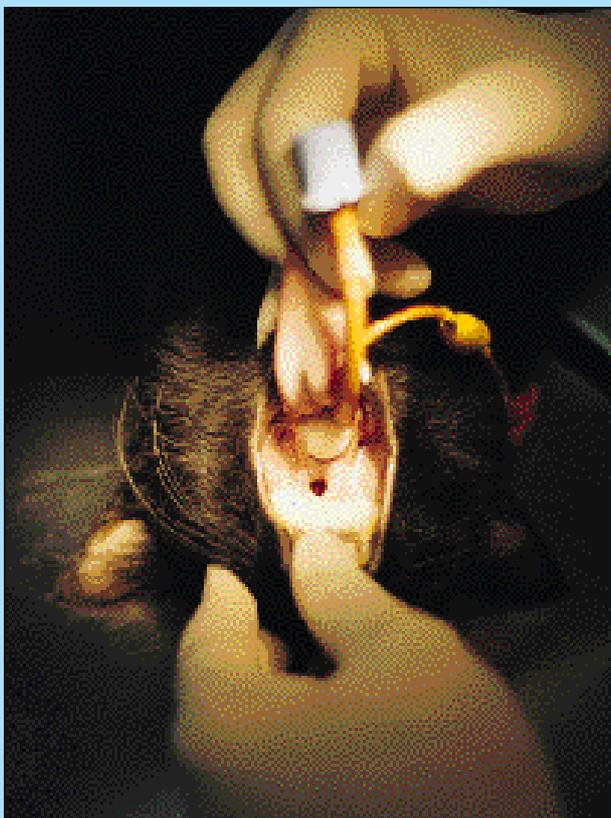


FIGURA 1 - Soluzione di continuo nel punto di passaggio tra palato duro e palato molle. Il soggetto risulta momentaneamente non collegato all'apparecchio anestesilogico per facilitare l'esecuzione della fotografia.

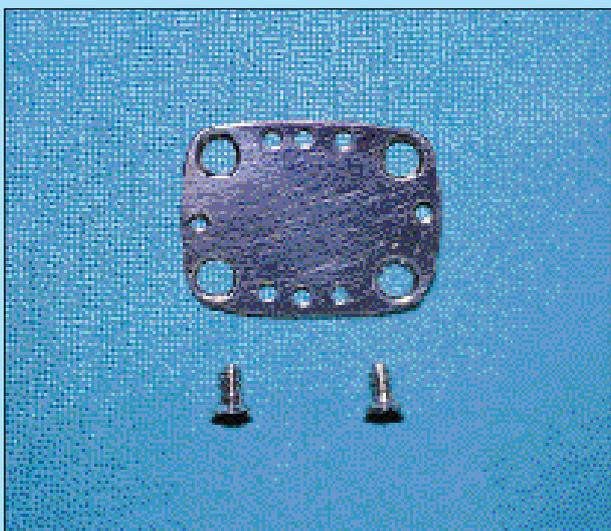


FIGURA 2 - Placca e viti.

soprattutto nella sua porzione aborale. Lo strumentario è completato da un filo di Kirschner con diametro di 1 mm e materiale di sutura idoneo (Dexon 0, Supramide 2-0).

L'induzione anestetica è raggiunta con Ketamina (20 mg/kg)/Xylazina (0,5 mg/kg) I.M., quindi si ricorre a miscela gassosa (ossigeno/protossido d'azoto/alotano) per la fase di mantenimento previa introduzione di adeguato tubo endotracheale e di una garza che impedisca l'inala-

zione del sangue proveniente dalla ferita chirurgica. Si colloca il soggetto in decubito dorsale; un aiutante mantiene aperta la bocca in modo da esporre la soluzione di continuo sulla volta della cavità orale.

Si incide trasversalmente lo spessore della mucosa del margine aborale del difetto in modo da creare due strati (superficiale e profondo), quindi si incide longitudinalmente lo strato superficiale in modo da "costruire" una sede per la placca. Ai lati della tasca così formatasi si collocano due fili di materiale riassorbibile (Dexon 0) con funzione di ancoraggio che verranno annodati in seguito (Fig. 3).

Si procede quindi incidendo longitudinalmente la mucosa del margine orale del difetto e con uno scollaprioristio la si solleva, in modo da completare la creazione della tasca destinata ad accogliere la placca.

Si inserisce la placca nella tasca aborale facendo passare il materiale di sutura precedentemente collocato nei fori di maggiori dimensioni posti sugli angoli della protesi; si annodano i fili di ancoraggio in maniera da fissare aboralmente la placca.

Si appone quindi la placca sul palato duro e, utilizzando i suoi fori angolari come guida ed il filo di Kirschner, si praticano nelle ossa palatine i due fori per le viti autofiletanti, che vengono successivamente introdotte in maniera da stabilizzare la placca.

È stata infine suturata la mucosa aborale e orale incisa longitudinalmente con punti nodosi staccati di materiale non riassorbibile (Supramide 2-0) ed è stato effettuato un esame radiologico in proiezione ventro-dorsale standard per valutare il corretto posizionamento della placca (Fig. 4).

Non si è ritenuto opportuno ricorrere a ulteriori sistemi di protezione della protesi: in questo modo si poteva così ispezionare a intervalli ravvicinati l'evoluzione del processo cicatriziale, riuscendo così ad intervenire prontamente qualora si fossero ravvisate complicazioni. Il gatto è stato

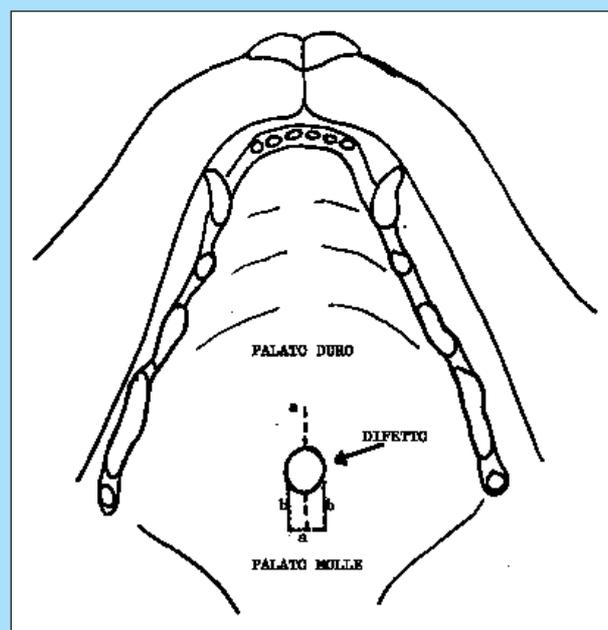


FIGURA 3 - Schema di intervento: le linee tratteggiate (a) indicano le incisioni longitudinali, le linee punteggiate (b) l'area corrispondente all'incisione trasversale dello spessore della mucosa aboralmente al difetto.

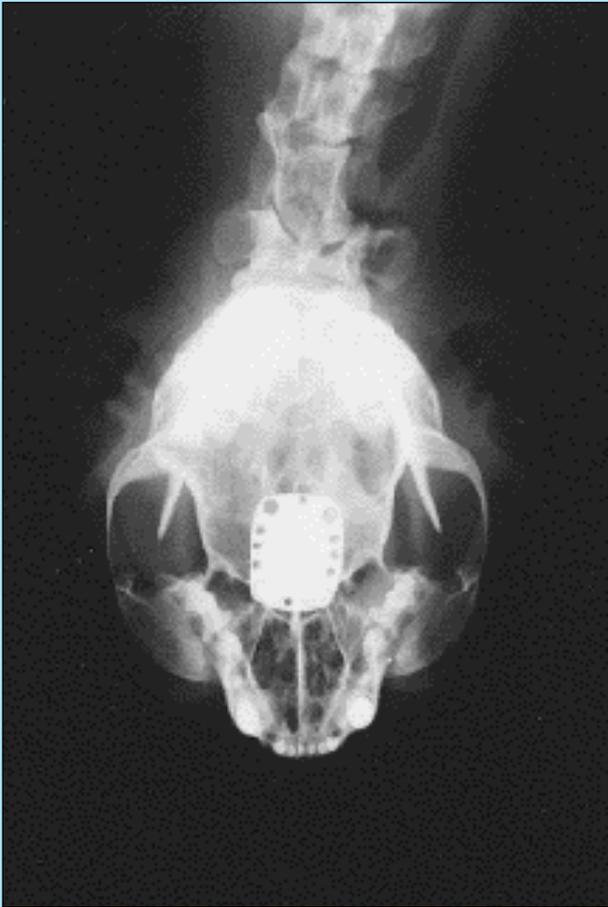


FIGURA 4 - Controllo radiologico post-operatorio.

quindi sottoposto a fluidoterapia (glucosio 5%) per 5 giorni e antibioticoterapia idonea (cefalosporine) per 10 giorni. L'assunzione di alimenti a consistenza semiliquida è stata ripresa gradualmente: dopo circa 10-15 giorni il soggetto era comunque in grado di assumere autonomamente alimenti di consistenza media (per precauzione si evitava la somministrazione di alimenti secchi). Dopo un mese dall'intervento la dieta veniva ampliata a tutti i tipi di alimento senza alcuna reazione negativa da parte del gatto.

Sono stati effettuati controlli a 20 giorni e 6 mesi (Figg. 5 e 5 bis) che hanno evidenziato, nel primo caso, l'avvenuta cicatrizzazione ai margini della placca e la perfetta tolleranza della protesi da parte del soggetto e, nel secondo, la tenuta nel tempo della stessa.

A distanza di 20 mesi dall'intervento il soggetto non ha presentato alcuna recidiva o complicazione.

Ringraziamenti

Si ringrazia il sig. Renzo Grandi per la disponibilità dimostrata per la preparazione della placca metallica.

Il presente articolo spetta in parti uguali agli Autori.

Parole chiave

Gatto, fessura, palato molle, placca metallica, soluzione chirurgica.



FIGURA 5 - Controllo a 20 giorni dall'intervento.



FIGURA 5 bis - Controllo a 6 mesi dall'intervento.

Key words

Cat, cleft, soft palate, metallic plate, surgical correction.

Bibliografia

1. Slatter D.H.: Trattato di chirurgia dei piccoli animali. Ed italiana tradotta e curata da Fedrigo M., Valentini S., Ed. SBM Noceto (PR), 1990.
2. Campbell G.R., Nixon G.S.: Metal implant in the hard palate of a dog. *J. Small An. Pract.* 1965, 6, 255-266.
3. Spadari S., Dora Genocchi E., Legnani C., Legnani F.: Obliterazioni di fistola oronasale in un cane con protesi permanente protetta da scheletro temporaneo. *Veterinaria* 1994, 8, 3, 23-30.
4. Thoday K.L., Charlton D.A., Graham-Jones O., Frost P.L., Pullen-Warner E.: The successful use of the prothesis in the correction of a palatal defect in a dog. *J. Small An. Pract.* 1975, 16, 487-494.
5. Coles B.H., Underwood L.C.: Repair of the traumatic oronasal fistula in the cat with a prosthetic acrylic implant. *Veterinary record* 1988, 122, 359-360.