

Chirurgia delle paralisi laringee

A. Lagier, J.-P. Marie

Le manifestazioni cliniche e la gestione delle paralisi laringee sono radicalmente diverse a seconda che la paralisi sia monolaterale o bilaterale e in funzione della posizione della o delle corde vocali paralitiche. I vari interventi per le paralisi laringee monolaterali mirano a migliorare la fonazione, poiché la disfonia è il segno funzionale predominante in questo caso. Gli interventi per le paralisi laringee bilaterali mirano a migliorare la respirazione; il risultato in termini di qualità della voce passa, allora, in secondo piano. L'evoluzione è stata verso interventi sempre meno invasivi, grazie alle tecniche endoscopiche e all'uso del laser, ma anche verso migliori risultati funzionali, grazie alle tecniche di reinnervazione.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Paralisi laringea; Diplegia laringea; Medializzazione; Tiroplastica; Laser; Reinnervazione laringea

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Paralisi laringee monolaterali	1
Valutazione preoperatoria	2
Trattamenti non chirurgici	2
Tecniche chirurgiche	2
Strategie terapeutiche	10
■ Paralisi laringee bilaterali	11
Valutazione preoperatoria	12
Tecniche	12
Strategie terapeutiche	16
■ Casi particolari	17
Paralisi bilaterali in abduzione	17
Paralisi laringee del bambino	17
Cause meccaniche di immobilità laringea	17

■ Introduzione

Davanti a un'immobilità laringea, devono essere ipotizzate parecchie eziologie: lesione neuromuscolare (neurogena), blocco aritenoideo o infiltrazione tumorale. Esse possono condividere la stessa semeiologia. La lesione neurogena può situarsi a qualsiasi livello sulla via motoria: dalla corteccia cerebrale fino al nervo laringeo ricorrente nella sua porzione intralaringea^[1]. Il livello della lesione e l'esistenza di lesioni nervose associate condizionano il quadro clinico e guidano la gestione. Così, l'esistenza di disturbi della sensibilità faringolaringea associati ai disturbi della motilità, come nel caso di lesione del tronco del nervo vago, determina dei disturbi della deglutizione che minacciano la prognosi vitale e impongono una gestione rapida.

Le immobilità laringee pongono dei problemi completamente differenti a seconda che siano monolaterali o bilaterali e in funzione della posizione della o delle pliche vocali. Le immobilità monolaterali possono provocare una disfonia e delle false strade; le immobilità bilaterali sono, il più delle volte, in chiusura (adduzione) o in posizione intermedia e sono responsabili di dispnea, mentre la voce è poco alterata. Le rare diplegie in apertura (abduzione) sono responsabili di false strade maggiori e di disfonia intensa. La distinzione tra un'immobilità e un'ipomotilità non è sempre agevole, e quest'ultima può essere legata a un'innervazione residua o a una reinnervazione sincinesica (cocontrazione dei muscoli antagonisti). Analogamente, la distinzione tra un'asimmetria banale del piano glottico e una paresi non è sempre evidente, in particolare in caso di costrizione sopraglottica associata^[2]. L'esame del laringe deve essere accurato allo specchio o in rinoscopia, chiedendo al paziente di alternare fonazione (su un suono /i/) e annusamento in modo rapido, permettendo di ottenere, così, dei movimenti massimi di adduzione e di abduzione. Anche l'elettromiografia laringea può svolgere un ruolo in questa caratterizzazione^[3] e nella determinazione della strategia terapeutica (scelta della tecnica e del tempo).

Le varie tecniche disponibili per la gestione delle paralisi laringee sono state censite dal Comitato europeo di fonochirurgia dell'European Laryngology Society nel 2007^[4] (Tabella 1).

■ Paralisi laringee monolaterali

Le paralisi laringee monolaterali sono, il più delle volte, di origine iatrogena postchirurgica (65,1%) (dopo chirurgia tiroidea, il più delle volte, altra chirurgia cervicale-rachidea o carotidea o, ancora, chirurgia toracica); il 21,1% è associato a una causa medica (tumori maligni di localizzazione toracomediana, il più delle volte), mentre il 13,8% è di origine idiopatica^[1].

Tabella 1.Tecniche chirurgiche realizzabili nel trattamento delle immobilità laringee, secondo Friedrich et al., 2007^[5].

Immobilità cordale	Procedura	Via d'accesso	
Paralisi, paresi	Aumento	Endolaringea	(Diretta o indiretta)
	Impianto	Esterna	(Percutanea)
Fissazione cricoaritenoidica	Aumento	Endolaringea	(Diretta o indiretta)
		Esterna	(Percutanea)
	Impianto	Endolaringea	(Diretta)
		Esterna	(Accesso cervicale chirurgico)
	Mobilizzazione	Endolaringea	(Diretta o indiretta)
		Esterna	(Accesso cervicale chirurgico)

Le paralisi monolaterali provocano soprattutto due tipi di disturbi funzionali: la disfonia e le false strade nel 98,3% e nel 34,8% dei casi rispettivamente^[1]. Questi disturbi sono tanto più marcati quando esistono dei disturbi della sensibilità laringea che aumentano le false strade (lesioni del tronco del nervo vago) o una lesione sensitivomotora del faringe e del velo del palato (lesioni del nervo glossofaringeo), che favoriscono le false strade, i reflussi faringonasali e la rinolalia aperta, che causa disturbi dell'intelligibilità. Le indicazioni terapeutiche e il loro *timing* sono in funzione della gravità del sintomo (false strade) e delle esigenze del paziente, quando la disfonia è il disturbo espresso. Esse sono spesso dipendenti dalla posizione della corda vocale paralitica: quando è paramediana, il fastidio è modesto, mentre, in abduzione, la disfonia e le false strade sono importanti. L'indicazione operatoria è posta dopo un tempo di osservazione o di rieducazione ortofonica (la compensazione o la reinnervazione spontanea permettono spesso il recupero). L'obiettivo non è quello di recuperare la motilità laringea, ma di compensare gli effetti dell'atrofia muscolare.

Valutazione preoperatoria

Essa ha come obiettivo la documentazione del disturbo della motilità (esame al fibroscopio o laringoscopia diretta con registrazione) e la quantificazione dei segni funzionali: disfonia e disturbi della deglutizione. La valutazione della voce comporta diversi aspetti. L'autovalutazione della disfonia e delle sue conseguenze da parte del paziente può essere quantificata grazie agli autoquestionari tipo Voice Handicap Index (VHI). Anche la valutazione percettiva da parte del curante o, idealmente, da parte di un gruppo d'ascolto permette di quantificare il disturbo. Infine, l'analisi obiettiva e strumentale della voce con misurazione dei suoi parametri acustici e, se possibile, aerodinamici è sempre più praticata^[5].

Elettromiografia

Essa può essere realizzata sulla poltrona, per via transcutanea o sotto anestesia generale in ventilazione spontanea per via endoscopica. Si può trattare di una rilevazione semplice o di una stimolorelevazione. Essa richiede, a nostro parere, la collaborazione con l'elettrofisiologo e deve sempre tenere conto della data in cui essa è realizzata. Non può, quindi, essere interpretata «alla cieca». Occorre ricordare che, in termini di paralisi laringea monolaterale, il recupero funzionale (voce, deglutizione) deve essere chiaramente dissociato dal recupero della motilità cordale e aritenoidica.

Il tempo tra la comparsa della paralisi e la realizzazione dell'elettromiografia è controverso. Alcuni autori consigliano una valutazione a 2-3 settimane. La presenza di blocchi di conduzione (lesioni di demielinizzazione) è associata a un recupero della motilità laringea 3-6 mesi più tardi, mentre la presenza di lesioni assonali e di potenziali di denervazione è associata a una prognosi infausta a sei mesi^[6]. Altri autori propongono di realizzare l'elettromiografia intorno al sesto mese. La presenza di potenziali motori prima del sesto mese è a favore di una buona prognosi funzionale, come lo sono anche la normalità dei tracciati

elettromiografici, un'attività superiore a 40 μV e l'assenza di silenzio elettrico. Al contrario, l'assenza di potenziali motori, la riduzione del loro numero e le onde positive hanno una prognosi infausta. Viceversa, la presenza di potenziali di fibrillazione nella fase precoce della paralisi laringea non ha un valore predittivo, poiché essi sono solo i testimoni della possibilità del muscolo di ricevere un'innervazione^[7].

Trattamenti non chirurgici

La compensazione permette un miglioramento funzionale in assenza di rimobilizzazione della plica vocale paralitica. La rieducazione è il trattamento di prima intenzione delle paralisi laringee e deve essere iniziata precocemente^[8]. La sua efficacia è minore rispetto a quella della chirurgia^[9]. Essa permette, tuttavia, di migliorare il controllo respiratorio e di prevenire l'installazione della forzatura vocale e di controllare la deglutizione; accompagna l'instaurazione del meccanismo di compensazione, anche se l'effetto sulla compensazione stessa è controverso. Essa partecipa anche all'educazione del paziente e al sostegno psicologico.

I parametri acustici e aerodinamici, la gravità dei sintomi e la loro evoluzione con la rieducazione, così come la prognosi e le richieste del paziente (età, professione) determinano le indicazioni della chirurgia.

Tecniche chirurgiche

Il principio della chirurgia delle paralisi laringee monolaterali è di medializzare la plica vocale paralitica per ristabilire la chiusura glottica al momento della deglutizione così come l'affrontamento delle pliche vocali durante la fonazione, permettendo, così, di ristabilire l'accoppiamento della vibrazione mucosa tra le due pliche vocali. Questa medializzazione può essere ottenuta aumentando il volume della plica vocale, o tramite iniezione di sostanze per via endoscopica o transcutanea o per via chirurgica: tiroplastica o, ancora, mantenendo l'aritenoidica in adduzione con una pessi.

Le tecniche di reinnervazione hanno un obiettivo differente, che è di ripristinare il trofismo della plica vocale e la messa in tensione dei muscoli dell'emilaringe, agendo come le molle di un trampolino sulla posizione e sulla stabilità dell'aritenoidica.

Nessuna di queste tecniche richiede un riposo vocale postoperatorio. La rieducazione vocale postoperatoria è discussa.

Esiste, attualmente, una tendenza a una medializzazione precoce, quale che sia la tecnica, per favorire un adattamento centrale alla paralisi laringea^[10]. L'utilizzo di sostanze riassorbibili (grasso o acido ialuronico) assume, qui, tutto il suo interesse^[11].

Medializzazione per aumento di volume della plica vocale

Tecniche di iniezione

Le prime descrizioni di laringoplastiche tramite iniezione sono antiche: nel 1911, Brünings descriveva l'iniezione di paraffina nella plica vocale, quindi la tecnica è stata abbandonata per diversi anni a causa della cattiva tolleranza e delle complicanze legate alla paraffina (Brünings citato da McCulloch et al.^[12]).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109593>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109593>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)