

ESPERIENZE PERSONALI NEL TRATTAMENTO DELLA PAPILOMATOSI LARINGEA

L. Calò, G. Paludetti, M. Maurizi

La papillomatosi respiratoria ricorrente (RRP) è una malattia ad etiopatogenesi virale, benigna, ma con alta morbilità per l'interessamento delle vie aeree superiori, la frequenza delle recidive ed il rischio di trasformazione maligna. La laringe rappresenta l'organo più frequentemente interessato, ma le lesioni si possono diffondere per tutto il tratto aereodigestivo. Dal punto di vista clinico si distinguono due forme di RRP: una aggressiva giovanile ed una meno aggressiva frequente negli adulti. L'agente virale responsabile della malattia è stato identificato in vari ceppi dell'HPV, in particolare HPV 6 e HPV 11, gli stessi che si ritrovano più spesso nei condilomi del tratto anogenitale (Derkay e Darrow, 2000). La frequenza delle recidive sembra determinata dalla persistenza del genoma virale (HPV-DNA) sia nei papillomi che nel tessuto apparentemente sano.

Nella nostra Clinica sono stati osservati dal 1988 al 1997, 17 casi di papillomatosi respiratoria ricorrente a localizzazione laringea; su 17 pazienti 6 (35,3%) erano di sesso femminile e 11 (64,7%) di sesso maschile; 15 di nazionalità italiana, 1 di etnia araba ed 1 di etnia ispanica. Solo in due casi (11,7%) la diagnosi era stata posta prima dei 12 anni di età, nei rimanenti la malattia è comparsa in età variabile, ma sempre entro la settima decade di vita. 5 pazienti erano forti fumatori, 1 era positivo per infezione da HIV, ed 1 aveva subito in età infantile una tracheotomia temporanea per riferita difterite. In 13 pazienti (76,5%) i papillomi si localizzavano a livello delle corde vocali vere, in 7 su entrambe, in due erano interessate anche le false corde, in due la commessura anteriore (11%), in uno (5,9%) la plica faringoepiglottica, in due la faccia laringea dell'epiglottide; in uno infine le lesioni erano diffuse anche in corrispondenza del palato molle. Mentre la sintomatologia di esordio era la disfonia, nessuno ha lamentato dispnea. 9 pazienti erano già stati sottoposti a trattamento chirurgico per papillomatosi laringea altrove, e si sono rivolti presso la nostra Clinica per la recidiva.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a laringoscopia indiretta, e videolaringoscopia elettronica. In considerazione del fatto che in nessun caso lo spazio respiratorio era ridotto, non è stato utilizzato alcun trattamento medico adiuvante citostatico, antivirale o immunosoppressivo (acyclovir, cidofovir, ribavir, α -interferon); solo una paziente era in trattamento con farmaci antivirali per la concomitante infezione da HIV.

Tab. I.
Casistica personale

Pazienti	Età	Sede lesione	Int. altrove	Int. UCSC	Ultimo int.	Recidive	Interventi	Disfonia
GF	61	Arit + cvf sn	0	1960	Ago-93	1	2	Assente
CC	32	Cvv dx	0	Set-88	Giu-88	1	2	Assente
SL	56	Cvv sn	1	Mar-91		0	2	Assente
LI	18	Ccvv	0	Apr-91	Ott-91	2	3	Lieve
MD	3	Ccvv + epigl.	15	Mag-96		0	16	Mod
TR	39	Cvv sn	1	Giu-96		0	2	Assente
MD	27	Ccvv + cvf dx	1	Ago-93		0	2	Mod
DME	69	Palato molle + epigl.	4	Set-91	Gen-93	1	6	Assente
DFM	54	Cvv sn	0	Mar-90		0	1	Assente
EF	29	Ccvv	1	Giu-89	Ott-89	1	3	Mod
SS (HIV)	31	Ccvv	0	Gen-91	Gen-94	5	6	Severa
FV	9	Ccvv	0	Dic-88	Mar-92	2	3	Mod
SM	31	Cvv dx	1	Mar-97		0	2	Assente
HS	42	C.A.	1	Giu-99		0	2	Assente
PR	64	Cvv sn + C.A.	0	Ago-88		0	1	Severa
AA	25	Ccvv	2	Gen-98		0	3	Assente
OA	40	Plica faringoepigl.	0	Dic-95		0	1	Assente

In alcuni casi i papillomi laringei sono stati osservati intraoperatoriamente, in endoscopia da contatto, con microcolpoisteroscopia (Hamou I-Karl Storz 26156B), (endoscopio rigido – lunghezza di 24 cm, diametro di 4 mm, angolo di 30°), che veniva posizionato delicatamente sulla superficie epiteliale previa colorazione delle corde vocali con Blue di Metilene; si evidenziava chiaramente la superficie con estroflessioni mucose, ciascuna con proprio asse vascolare (Carriero et al., 2000).

Il trattamento è stato per tutti esclusivamente chirurgico, mediante asportazione e folgorazione della base di impianto delle lesioni con LASER CO₂, in microlaringoscopia in sospensione (laringoscopia di Kleinsasser). Il laser CO₂ lavorava con uno spot di 0,6 mm di diametro, ad una potenza di 4 Watt e l'intubazione tracheale veniva effettuata con tubi endotracheali protetti, specifici per laser CO₂. Il follow-up è stato calcolato da un minimo di 3 a un massimo di 12 anni, e sono stati considerati in particolare la frequenza degli interventi chirurgici, il numero di recidive e la capacità fonatoria dopo trattamento. La funzione fonatoria è stata valutata per ogni paziente sulla base del giudizio del grado di disfonia (assente, lieve, moderata, severa) (Almadori et al., 1998).

Dei 17 pazienti trattati 7 (41,2%) sono stati sottoposti a reintervento per recidiva; due di questi sono stati trattati per una seconda recidiva ed in un caso (HIV+) le recidive sono state 5 in un periodo di 4 anni. Tutti i pazienti controllati al follow-up sono risultati liberi da malattia, con normale motilità delle corde vocali e spazio respiratorio buono; in uno è stata riscontrata una sinechia anteriore; quattro su 17 (23,4%) presentavano disfonia moderata, uno (5,8%) una disfonia lieve, due (11,7%) severa. I rimanenti non lamentavano alterazioni della funzione fonatoria.

L'analisi istopatologica ha confermato la diagnosi di papillomatosi laringea in tutte le lesioni asportate; in tre pezzi operatori è stato possibile testare la presenza dell'HPV, ed in due di essi è stato identificato l'HPV tipo 6, in uno l'HPV tipo 11. Tali dati dimostrano, a nostro avviso, come il laser CO₂ rappresenti un trattamento efficace nella RRP sia nel controllo delle recidive, sia nella possibilità di garantire una buona capacità respiratoria e fonatoria con un minimo danno alle strutture anatomiche.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Almadori G, Ottaviani F, D'Alatri L, Carriero E, Modica V, Paludetti G. *Risultati funzionali dopo cordectomia in laringofissura e in microlaringoscopia con LASER CO₂*. Acta Otorhinolaryngologica Ital 1998;18:16-22.
- ² Carriero E, Galli J, Fadda G, Di Girolamo S, Ottaviani F, Paludetti G. *Preliminary experiences with contact endoscopy of the larynx*. Eur Arch Otorhinolaryngol 2000;257:68-71.
- ³ Derkay CG, Darrow DH. *Reccurent Respiratory Papillomatosis of the larynx. Current diagnosis and treatment*. Otolaryngologics Clin North Am 2000;33:1127-41.

Le accurate ricerche del Prof. Maurizi e della sua scuola e i risultati fondamentalmente concordanti con quelli da noi ottenuti, costituiscono un'ulteriore conferma dell'utilità del laser a CO₂ nel trattamento della papillomatosi laringea.

G.M.