

VI.5BIS. IL TRATTAMENTO LOGOPEDICO DEL GRANULOMA LARINGEO POSTERIORE

M.P. Luppi, G. Bergamini

Il granuloma laringeo posteriore è un'afezione relativamente rara e probabilmente spesso misconosciuta per la scarsa espressività sintomatologia²⁶; inoltre presenta molteplici problematiche dal punto di vista terapeutico, infatti ormai numerosi Autori sono concordi nell'affermare che le terapie chirurgiche sono seguite da frequenti recidive e che le terapie mediche da sole non sono sufficienti per giungere alla risoluzione completa di questa patologia.

Si possono identificare essenzialmente quattro fattori eziologici^{2 3 6-9 11 13 16 20 26}:

- intubazione laringea;
- disfunzionalità vocale ipercinetica anche associata ad aggravamento della fondamentale;
- reflusso gastro-esofageo;
- traumatismo chiuso della laringe.

L'insorgenza del granuloma avviene mediante una sequenza di eventi patogenetici che sono responsabili di una lesione ulcerativa della mucosa e del pericondrio, a livello dell'apice dell'apofisi vocale o al di sopra di essa sulla faccia laringea dell'aritenoidale, a cui si associa frequentemente una pericondrite. Il processo riparativo può produrre una guarigione spontanea dell'ulcerazione o, qualora sia particolarmente esuberante, determinare la formazione di un tessuto di granulazione che assume le caratteristiche di una formazione pseudopolipoide, sessile o pedunculata, sferica o plurilobata o a coccarda, il cui colorito può variare dal grigio roseo al rosso violetto^{4 10 12 17 23}.

Attualmente una delle maggiori cause della formazione del granuloma è senz'altro la patologia da reflusso gastro-esofageo. Alcuni autori ritengono che la causa sia da imputare direttamente al danno prodotto dal contatto del materiale acido con la regione interaritenoidale^{9 11 19}, mentre altri sostengono che l'irritazione, indotta dal succo gastrico e rinnovata in occasione di ciascun episodio di reflusso e/o fenomeni di natura riflessa, inneschi quell'insieme di comportamenti (raschio e tosse stizzosa) che sono il presupposto meccanico per il danno della mucosa e del pericondrio^{27 9 24}.

La sintomatologia è rappresentata da^{13 23}:

- 1) disfonia di varia entità in rapporto all'interferenza del granuloma sull'affrontamento delle corde vocali e/o alla partecipazione dello stesso all'attività vibratoria del piano glottico;

- 2) senso di fastidio o di bolo o dolore laringeo che si esaspera con la deglutizione e può irradiarsi verso l'orecchio;
- 3) sensazione di corpo estraneo che si muove durante la respirazione o la deglutizione;
- 4) necessità di raschiare spesso e/o tosse stizzosa;
- 5) fonastenia in occasione di prestazioni vocali prolungate;
- 6) tracce di sangue nell'escreato emesso dopo raschio o colpo di tosse.

La terapia prevede diverse modalità operative:

- Terapia chirurgica;
- Terapia medica;
- Infiltrazione di tossina botulinica ¹⁹;
- Radioterapia a basso dosaggio ¹⁴;
- Trattamento logopedico.

La riabilitazione logopedica rappresenta oggi la modalità terapeutica più efficace ^{1 5 15}.

La chirurgia trovi oggi pochi sostenitori perché è seguita da frequenti e reiterate recidive; è comunque indicata in particolari situazioni ²²:

- a) lesioni voluminose responsabili di dispnea;
- b) granulomi che persistono dopo 6 mesi di appropriato e ben condotto trattamento riabilitativo;
- c) situazioni nelle quali è necessaria una verifica istologica: dubbio diagnostico con un granuloma specifico o un carcinoma; paziente nel quale sia stato già inculcato il sospetto di una neoplasia maligna e sia necessario rassicurarlo;
- d) pazienti con i quali non possa essere attuato il protocollo riabilitativo: gravi handicap motori che interferiscono con gli esercizi vocali e di respirazione e con le posture richieste.

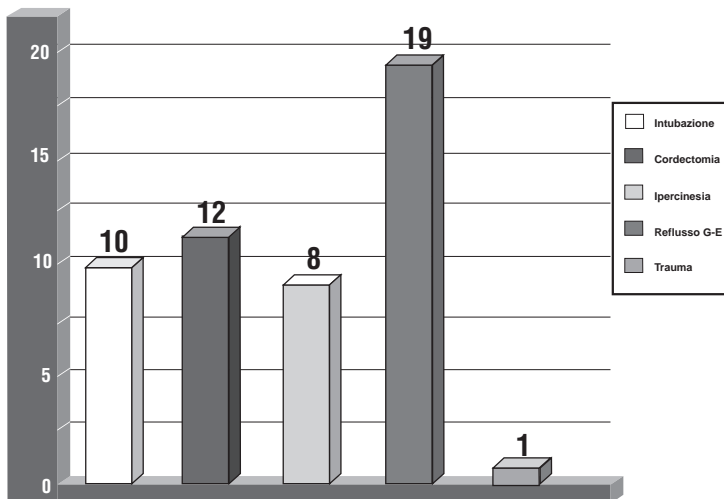


Grafico 1.

La nostra esperienza con l'approccio riabilitativo dei granulomi laringei, inizia nel gennaio 1992 quando abbiamo iniziato ad applicare un protocollo proposto dalla foniatra francese Brigitte Arnoux-Sindt¹ a cui sono state apportate modifiche relative alla strategia applicativa⁵. La foniatra francese applicò la sua metodica riabilitativa solamente ai granulomi da intubazione o da cause meccaniche mentre nei granulomi da disfunzionalità vocale si limitò ad un trattamento logopedico tradizionale per eliminare gli atteggiamenti vocali ipercinetici. Noi, dopo aver modificato per l'adattamento alla lingua italiana il protocollo, lo abbiamo applicato a tutti i granulomi indipendentemente dalla loro eziologia, e quindi anche ai granulomi da reflusso gastro-esofageo; in questo caso però, contemporaneamente al trattamento riabilitativo è stata effettuata una terapia medica mirata al controllo della causa primaria.

Inoltre abbiamo esteso il nostro trattamento anche ai granulomi che si possono osservare, talvolta, sulle neocorde cicatriziali negli esiti recenti di cordectomia per renderne più rapida la regressione o l'espulsione.

Nel Grafico 1 è riportata la casistica relativa a tutti i granulomi trattati.

La terapia riabilitativa è finalizzata a promuovere l'ischemia e il riassorbimento o l'espulsione del granuloma attraverso esercizi respiratori in grado di determinare movimenti cosiddetti a «batacchio di campana» ed esercizi fonatori per microtraumatizzare e sezionare il peduncolo.

Nelle Figure 1 e 2 vengono mostrati i quadri endoscopici pre- e post-trattamento in un paziente con granuloma laringeo posteriore.

Il trattamento inizia con l'impostazione della corretta respirazione costo-addominale che è la più idonea ad ottenere flussi aerei energetici sia durante l'inspirazione che durante l'espirazione. Gli esercizi vanno eseguiti in due particolari posture: paziente in piedi con le gambe leggermente divaricate, il tronco piegato in avanti, il capo flesso, le braccia semiflesse e le mani appoggiate su un piano rigido; paziente seduto con i gomiti appoggiati sulle ginocchia, il busto interamente piegato in avanti e la testa flessa e abbandonata (Fig. 1).



Fig. 1.
Endoscopia laringea di paziente di 62 anni con granuloma laringeo posteriore destro.



Fig. 2.
Medesimo paziente di Figura 1 dopo 10 sedute di terapia logopedica con tecnica di Arnoux-Sindt. Si evidenzia il riassorbimento della lesione.

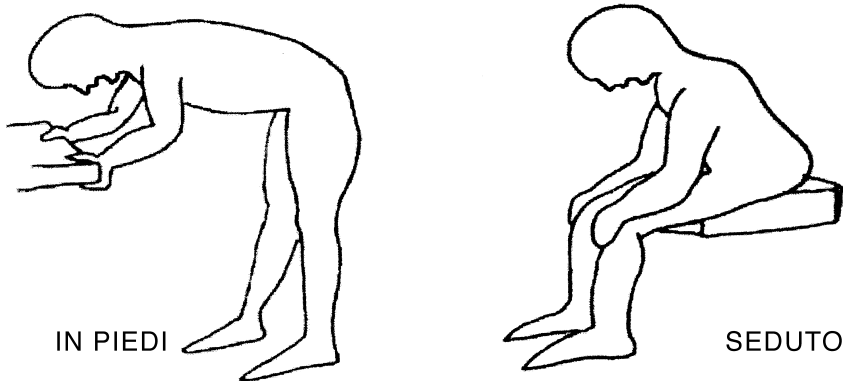


Fig. 3.

Si inizia con esercizi di inspirazione ed espirazione orale, a bocca ben aperta, brevi, rapidi ed energici che si ripetono poi con la protrusione della lingua dal cavo orale. Si continua con esercizi di inspirazione orale rapida ed energica seguita da una pausa in apnea e da una successiva espirazione orale energica saccadizzata. Si fanno poi emettere colpi di tosse sonora isolati o seguiti dalla emissione di una vocale e ancora, sempre dopo una inspirazione orale rapida ed energica, si fa emettere il fonema /K/ in modo ripetitivo ed energico.

Si prosegue quindi il trattamento con gli esercizi vocali che sono in grado di provocare un microtraumatismo ripetitivo sul peduncolo e quindi di favorirne l'amputazione.

La successione degli esercizi è la seguente:

- emissione di vocali sonorizzate sia in inspirazione che in espirazione;
- emissione energica e ad intensità sostenuta di vocali sonore saccadizzate;
- emissione rapida ed intesa di un gargarismo o di una /r/ velare prima breve e poi prolungata;
- combinazione tra /r/ velare con le vocali nelle diverse posizioni: prevocalica, postvocalica, intervocalica o in gruppi consonantici con occlusive sorde e sonore;
- emissione energica di una vocale seguita da una /K/ bloccata;
- emissione di consonanti occlusive sorde in posizione pre e postvocalica durante una espirazione energica.

Il trattamento viene eseguito ambulatorialmente con cadenza bisettimanale, anche se per una buona riuscita del trattamento il paziente a casa dovrà ripetere tutti gli esercizi almeno una volta al giorno.

Questo tipo di approccio terapeutico ha determinato la scomparsa della lesione nel 98% dei casi, spesso in tempi relativamente brevi, e senza successiva recidiva, confermando i soddisfacenti risultati già segnalati in letteratura.

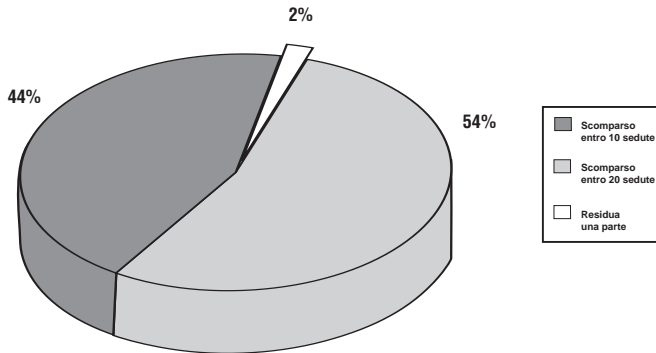


Grafico 2.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Arnoux-Sindt B. *A propos de la technique rééducative de granulomes laryngés*. Les Cahiers d'ORL 1991;26:13-5.
- ² Balestrieri F, Watson CB. *Intubation Granuloma*. Otolaryngologic Clin North Am 1982;15:567-79.
- ³ Barton RT. *Observation on the pathogenesis of laryngeal granuloma due to endotracheal anesthesia*. New Engl J Med 1953;248:1097-9.
- ⁴ Benjamin B, Croxson G. *Vocal Cord Granulomas*. Ann Otol Rhinol Laryngol 1985;94:538-41.
- ⁵ Bergamini G, Luppi MP, Dallari S, Kokash F, Romani U. *La rieducazione logopedica dei granulomi laringei*. Acta Otorhinol Ital 1995;15:375-82.
- ⁶ Colice GL, Stukel TA, Dain B. *Laryngeal complication of prolonged intubation*. Chest 1989;96:877-84.
- ⁷ Drosnes DL, Zwillenberg DA. *Laryngeal granulomatous polyp after short-term intubation of a child*. Ann Otol Rhinol Laryngol 1990;99:183-6.
- ⁸ Fabre A, Menard M, Lacau St-Guily J, Brasnu D, Laccourreye H. *Traumatismes externs du larynx*. Encycl Méd Chir Oto-Rhino-Laryngologie 1987;20720A:2-10.
- ⁹ Feder RJ, Mitchell MJ. *Hyperfunctional, hyperacid and intubation granulomas*. Arch Oto-laryngol 1984;110:582-4.
- ¹⁰ Garnett JD. *Contact granulomas*. Med J 2000;1:13-20.
- ¹¹ Goldberg M, Noyek AM, Pritzker KPH. *Laryngeal granuloma secondary to gastro-esophageal reflux*. J Otolaryngol 1978;7:196-202.
- ¹² Guerrier B, Benmansour M, Arnoux B. *Polype des cordes vocales, pseudomyxomes, granulomes*. Revue Laryngol 1987;108:399-403.
- ¹³ Guerrier B, Louche C, Arnoux B, Crampette L, Giner R. *Granulomes Larynges Posterieurs. A propos de 42 cas (1983-1990)*. Rev Off Soc Fr ORL 1991;7:9-13.
- ¹⁴ Harari PM, Blatchford SJ, Coulthard SW, Cassady JR. *Intubation granuloma of the larynx : successful eradication with low-dose radiotherapy*. Head-Neck 1991;13:230-3.
- ¹⁵ Havas TE, Priestley J, Lowinger DS. *A management strategy for vocal process granulomas*. Laryngoscope 1999;109:301-6.
- ¹⁶ Lacau St-Guily J, Fabre A, Laccourreye H. *Traumatismes iatrogènes du larynx*. Encycl Méd Chir Otho-Rhino-Laryngol 1987;20720A:2-7.
- ¹⁷ McFerran DJ, Abdullah V, Gallimore AP, Path MRC, Pringle MB, Croft CB. *Vocal process granulomata*. J Laryngol Otol 1994;108:216-20.
- ¹⁸ Miko TL. *Peptic (contact ulcer) granuloma of the larynx*. J Clin Pathol 1989;42:800-4.
- ¹⁹ Nasri S, Sercarz JA, McAlpin T, Berke GS. *Treatment of vocal fold granuloma using Botulinum Toxin Type A*. Laryngoscope 1995;105:585-8.

- 20 Ohman L, Olofsson J, Tibbling L, Ericsson G. *Esophageal dysfunction in patients with contact ulcer of the larynx*. *Ann Otol Laryngol* 1983;92:228-30.
- 21 Orloff A, Goldman SN. *Vocal fold granuloma: Successful treatment with botulinum toxin*. *Otolaryngol Surg* 1999;121:410-3.
- 22 Puxeddu P, Proto E, Aste C, Pusceddu Z. *Terapia Chirurgica Microlaringoscopica delle disfonie della laringe: dal nodulo al sulcus*. In: De Vincentiis M, ed. *Chirurgia funzionale della laringe: stato attuale dell'arte*. Relazione ufficiale LXXX. Cong. Naz. S.I.O. e Chir. C.F. Ed. Pacini 1993:107-21.
- 23 Sieron J, Johansen HS. *Das Kontakgranulom: Symptomatik-Ätiologie-Diagnostik-Therapie*. *Laryngo-Rhino-Otol* 1992;71:193-7.
- 24 Svensson G, Schälén L, Fex S. *Pagohogenesis of idiopathic contact granuloma of the larynx. Results of a prospective clinical study*. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1988:123-5.
- 25 Verhulst J, Adjoua RP, Urtazun H. *Les complications laryngées et trachéales de l'intubation prolongée*. *Rev Laryngol* 1992;113:289-94.
- 26 Ward PH, Zwitman D, Hanson D, Berci G. *Contact ulcers and granulomas of the larynx: new insights into their etiology as a basis for more rational treatment*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1980;88:262-9.
- 27 Von Leden H, Moore P. *Contact ulcer of the larynx: Experimental observations*. *Arch Otolaryngol* 1960;72:746-52.