



PERCORSO DEL CANCRO DELLA LARINGE IN OTORINOLARINGOIATRIA

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

E' indispensabile un breve cenno anatomico funzionale dell'organo laringeo, sito nella parte antero inferiore del collo, che svolge diverse funzioni fisiologiche:

Funzione protettiva: la più ancestrale, che costituisce una valvola di chiusura per evitare l'accesso alle vie respiratorie di qualsiasi elemento estraneo all'aria.

Funzione nella deglutizione, che consiste nella chiusura dell'accesso alla via respiratoria nell'atto della deglutizione per escludere l'ingresso dei liquidi o del bolo alimentare nelle vie aeree inferiori.

Funzione respiratoria, infatti, la laringe partecipa alla respirazione in maniera attiva variando il flusso aereo.

Funzione fonatoria, atto volontario dovuto all'affrontamento delle corde vocali, alla loro variazione di tensione e spessore e alla loro messa in vibrazione da parte dell'aria espiratoria, che permette di modulare nei suoi principali parametri fisici acustici il suono così prodotto.

Da questa premessa si deduce che i sintomi fondamentali delle malattie laringee sono: disfonia, disfagia, dispnea, tosse.

CARCINOMI DELLA LARINGE

I carcinomi della laringe sono i tumori più frequenti della testa e del collo (45%) e costituiscono il 2,5% di tutte le neoplasie maligne dell'organismo nell'uomo e lo 0,5% nella donna. (il rapporto nelle varie casistiche varia da 7:1 a 10:1) e in particolare nella quinta – settima decade di vita.

Dal punto di vista etiologico il fumo e l'alcool sono considerati tra i principali fattori cancerogenetici .

Il ruolo cancerogeno del fumo è dovuto per lo più agli idrocarburi policiclici aromatici, tra i quali il benzopirene è il più potente: contenuto nel fumo di sigaretta, lo si rinviene anche nell'atmosfera delle aree urbane, dato che ci spiega il perché in tali aree il carcinoma laringeo e polmonare sono superiori che nelle popolazioni rurali.

Un abuso di alcool associato all'abitudine al fumo rende l'incidenza del cancro della laringe 25-50 volte superiore. Ciò è dovuto al fatto che nei forti bevitori si aggiungono dei fattori predisponenti individuabili in deficit nutrizionali e immunologici, dato che, in questi soggetti il carcinoma ha sede prevalentemente sovraglottica, come accade per i tumori del cavo orale e faringe, è probabile che l'alcool agisca come solvente per alcune sostanze cancerogene potenziandone l'effetto nocivo sulla mucosa.

Altri elementi chiamati in causa nell'etiopatogenesi sono le polveri di cemento e amianto, cromo, nichel e asbesto.

Una collocazione a sé stante va riservata alle lesioni precancerose della laringe, così definite perché passibili in maniera statisticamente significativa, di andare incontro ad una trasformazione maligna: tipico esempio ne è la laringite cronica iperplastica, nella quale oltre all'importanza dell'abuso di fumo e alcool si ritiene responsabile un reflusso gastroesofageo.

ANATOMIA PATOLOGICA

Il 95 % delle neoplasie maligne della laringe sono costituite da carcinomi a cellule squamose, nelle sue forme vegetanti, ulcerate, ulcerovegetanti e infiltrative.

Secondo la classificazione TNM UICC 1987 si distinguono 3 sedi anatomiche:

- Sopraglottica
- Glottica
- Sottoglottica

Queste vengono ulteriormente suddivise sottosedi.

La sintomatologia riferita dal paziente varia a differenza della sede primitiva d'insorgenza della neoplasia.

DISFONIA

Se il tumore insorge su una corda vocale la disfonia è precoce e persistente tanto da acquisire le caratteristiche di voce legnosa.

Nei tumori che insorgono nella sopraglottide e nella sottoglottide la disfonia è un sintomo tardivo.

DISPNEA.

E' un sintomo tardivo e deriva dall' ostruzione della laringe dovuta alla massa neoplastica. È il sintomo più caratterizzante della sede sottoglottica

DISFAGIA.

Caratteristica del carcinoma sopraglottico, è dovuta al coinvolgimento di quelle aree della laringe principalmente coinvolte nella deglutizione.

OTALGIA RIFLESSA.

Tale dolore all'orecchio, acuto ed intenso, è tipico anche di neoplasie della base linguale e del seno piriforme, ed è dovuto ad un interessamento del nervo vago.

Una diagnosi di certezza di un carcinoma laringeo è possibile unicamente con un prelievo biotico eseguito in indirettoscopia o, meglio, mediante microlaringoscopia in sospensione, che permette una contemporanea corretta valutazione della sede ed estensione della neoplasia. Di valido aiuto sono a questo proposito tac e risonanza magnetica. Nello stesso tempo va esclusa la presenza di un secondo tumore delle vie aerodigestive superiori mediante rx esofago rx torace (presenza di tumori sincroni nell'1% dei casi).

La diffusione del carcinoma e la sua modalità di accrescimento dipendono oltre che dall'aggressività biologica della popolazione tumorale dalla composizione strutturale dell'organo. La "diversità oncologica" tra laringe sopraglottica e glottica , dovuta alla diversa origine embriologica delle 2 strutture, è individuabile essenzialmente nella scarsità di linfatici a livello glottico, dove è del tutto assente una tonaca sottomucosa. Questa situazione condiziona la prognosi delle neoplasie laringee: il carcinoma a prognosi più favorevole è quello glottico, (carcinoma della corda vocale) che, oltre a d avere sintomatologia precoce (disfonia) ha incidenza alla metastatizzazione ai linfonodi del collo praticamente assente, a differenza del carcinoma sopraglottico che al momento in cui viene diagnosticato si accompagna a metastasi latero cervicali nel 40% dei casi. Di tutti i fattori prognostici l'eventuale presenza di linfonodi metastatici è la più determinante: la sopravvivenza diminuisce di circa un terzo quando sono presenti linfonodi già coinvolti dalla malattia, determinando un aggravamento dello stadio della malattia stessa.

In base ai dati riferiti pertanto la strategia terapeutica dei carcinomi della laringe varia a differenza della sede e dell'estensione della neoplasia, ed in particolare prevede, in linea di massima, sempre il trattamento del collo, terapeutico o profilattico, (anche cioè in assenza di metastasi clinicamente evidenti),tranne nei tumori iniziali della glottide. Il pattern di estensione del carcinoma sopraglottico permette spesso l'asportazione della sola porzione sopraglottica della laringe, quel tratto di laringe deputato al corretto meccanismo della deglutizione con conseguente necessità di un intervento riabilitativo a volte lungo e difficoltoso.

TERAPIA

La terapia chirurgica di un tumore della laringe prevede una terapia demolitiva e una terapia funzionale la chirurgia demolitivi comprende la laringectomia totale e la laringectomia totale allargata alla base lingua e/o all'ipofaringe la riabilitazione vocale di questi pazienti prevede o l'utilizzo della voce erigmofonica o l'applicazione di una protesi fonetica la protesi fonetica è in pratica una valvola unidirezionale che permette il passaggio dell'aria espiratoria dal tracheostoma alla faringe e nel contempo non permette il passaggio di liquidi dalla faringe alla trachea.

La chirurgia funzionale prevede l'asportazione della neoplasia rispettando i meccanismi della deglutizione, fonazione, respirazione questo approccio terapeutico prevede una perfetta conoscenza della sede e dei limiti di estensione del t indispensabili per una radicalità dell'escissione e nel contempo deve tenere conto dello stato generale del paziente,(ad esempio la sua funzionalità respiratoria,) .la terapia riabilitativa della deglutizione che si rende spesso necessaria in seguito a questi interventi sarebbe incompatibile con una grave compromissione dell'attività respiratoria, con il rischio di inalazione e conseguenti broncopolmoniti ab ingestis.

L'uso del laser CO₂ nella chirurgia endoscopica della laringe è diventata oggi di uso comune ; riguarda tumori iniziali dei distretti laringei glottici e sovraglottici e permette di evitare l'approccio per via esterna e con conseguente esecuzione di tracheotomia temporanea e l'applicazione di sondino naso gastrico per l'alimentazione per 7-10 giorni.

Si è già fatto cenno allo svuotamento laterocervicale dei linfonodi del collo, che si rende a volte necessario o dal punto di vista profilattico o terapeutico, se vi

sono presenti dei linfonodi già clinicamente evidenti, la radicalità dell'escissione sarà diversa e comporterà pertanto un sacrificio di strutture muscolari (sterno- cleidomastoideo), vascolari (giugulare interna), nervose (nervo accessorio spinale) in base all'entità della metastasi.

La presenza di almeno 2 linfonodi metastatici o la presenza di linfonodi con superamento metastatico della capsula renderà necessaria una radioterapia postoperatoria.

Alcuni pazienti, che non ricorrono al trattamento chirurgico o perché lo rifiutano, o per l'inoperabilità determinata dalle loro condizioni generali, vengono trattati con radioterapia esclusiva o con radiochemioterapia.

Ricordiamo d'altra parte che il carcinoma iniziale delle corde vocali ha pressoché la stessa sopravvivenza con radioterapia e con chirurgia.

DESCRIZIONE PERCORSO.

I pazienti con carcinoma della laringe pervengono alla nostra osservazione attraverso l'ambulatorio divisionale su invio del medico di base o specialista o, raramente, attraverso il pronto soccorso in genere per sopraggiungere di complicazioni tra cui sanguinamento della neoplasia, dispnea o l'improvviso aggravamento di una disfonia preesistente, che giustificano la visita urgente.

La prima tappa del percorso seguito dal paziente prevede: la documentazione della diagnosi della neoplasia e la sua stadiazione che vengono effettuate tramite una serie di esami strumentali, (tac testa collo, rx esofago rx torace) che hanno anche lo scopo di escludere la presenza di neoplasie sincrone delle vie aerodigestive. Un esame endoscopico della laringe viene eseguito in sala operatoria (microlaringoscopia in sospensione) in regime di day surgery, e consente di valutare correttamente l'estensione della neoplasia e l'effettuazione di un prelievo biptico indispensabile alla conferma della diagnosi istologica.

Nei rari casi in cui un paziente portatore di una neoplasia laringea misconosciuta o trascurata da tempo si presenta al Pronto Soccorso per il presentarsi di una crisi dispnoica e ha bisogno di una tracheotomia d'urgenza, al ricovero del paziente seguono immediatamente l'intervento di tracheotomia

e , nella stessa sede, la microlaringoscopia diagnostica con biopsia del tumore.

Nei casi più frequenti in cui l'accesso all'ospedale venga effettuato in regime programmato il paziente seguirà l'iter della preparazione alla microlaringoscopia diagnostica e quindi all'intervento definitivo eseguendo tutti gli esami previsti per ottenere il giudizio anestesilogico di operabilità (pertanto anche inerenti a patologie concomitanti: spirometria, visita cardiologica ecc.) con regolari appuntamenti da esterno. In quest'occasione il paziente viene informato sul tipo di intervento a cui verrà sottoposto, quale sarà l'iter per il recupero delle funzioni vocali e deglutitorie. A questo colloquio partecipa anche la logopedista, il nutrizionista e la dietista che avranno il compito di seguire sia nell'immediato post operatorio che nella fase riabilitativa il paziente. Alla persona vengono prospettate tutte le possibili alternative terapeutiche non chirurgiche, quali radiochemio terapia se indicate e le eventuali conseguenze della sua scelta. Il colloquio è formalizzato attraverso il documento del "consenso informato" dopo aver accertato la comprensione delle informazioni ricevute.

RICOVERO E PREPARAZIONE

Alle ore 16.00 del giorno che precede l'intervento chirurgico in elezione il paziente si presenta in reparto per l'accoglimento che comprende la presa in carico del paziente da parte dell'infermiere, l'assegnazione del posto letto con descrizione dei servizi, la rilevazione dei parametri vitali. In questa fase viene inoltre effettuato l'iter burocratico, la compilazione della cartella clinica è stata effettuata precedentemente in fase di preparazione all'intervento. Nei pazienti sia presente una patologia non correlata alla diagnosi di tumore e comunque in terapia, nelle ore precedenti l'intervento andranno rivalutate i parametri ai fini anestesilogici. Alla sera viene somministrata un eventuale terapia ansiolitica prescritta dall'anestesista, il paziente inizia alla mezza notte il digiuno preoperatorio.

Alle ore 6.00 del giorno dell'intervento chirurgico si procede alla tricotomia, al bagno con soluzione antisettica, al controllo dei parametri vitali e ad un eventuale ulteriore monitoraggio richiesto, alla somministrazione della profilassi antibiotica e della pre-medicazione.

Alle 7.45 circa il paziente viene trasportato in sala operatoria dal personale di reparto dove viene preso in carico dall'equipe infermieristica del complesso

operatorio e dall'equipe anestesiologicala e preparato all'intervento. In caso di paziente critico il risveglio e il monitoraggio post operatorio verrà eseguito nel reparto di rianimazione.

CRITERI DI INGRESSO

Secondo le caratteristiche cliniche specifiche di ogni singolo paziente saranno individuati dei percorsi diversificati per rispondere al meglio alle sue necessità sanitario – assistenziali.

CRITERI DI USCITA

A seconda della diversa tipologia d'intervento adottato, delle necessità riabilitative post chirurgiche, e le condizioni generali i Pazienti sottoposti alla laringectomia totale alimentati con nutrizione parenterale totale tramite sondino nasogastrico possono essere svezzati in decima giornata postoperatoria e di conseguenza dimessi.

Qualora si renda necessario l'utilizzo di protesi fonatoria sarà indirizzato dalla logopedisti per essere seguito ambulatorialmente.

Diverso è il criterio di uscita nelle laringectomie parziali che comportano una notevole alterazione del processo della deglutizione. In questi casi è possibile che il paziente venga dimesso con il sondino nasogastrico ancora in sede e contemporaneamente inizi il processo riabilitativo ambulatoriale.

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testo fornito dalla Clinica Otorinolaringoiatrica

DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CHIRURGIA SPECIALISTICA Clinica Otorinolaringoiatrica

Direttore: Prof. Gian Carlo Tirelli

Tel: 040 – 399 4932; Fax: 040 – 399 4180

e-mai: clinica-otorinolaringoiatrica@asugi.sanita.fvg.it

Responsabile Infermieristico: Ivana Iemmolo

Tel: 040 – 399 4736; Fax: 040 – 399 4180

e-mail: ivana.iemmolo@asugi.sanita.fvg.it

Revisione 01 – maggio 2022