

Attualità nella terapia integrata locoregionale delle neoplasie delle vie aeree digestive superiori

Taranto, 12-14 Gennaio 2012

TAVOLA ROTONDA

Il gruppo multidisciplinare come modello organizzativo nella pianificazione del trattamento, condotta e follow-up

LA RIABILITAZIONE LOGOPEDICA

**M.Malinverno, E. Lucchini, E. Bissoni
A.Ricci Maccarini, M.Magnani**

U.O.ORL Ospedale "M. Bufalini" Cesena

DISFAGIA



**Difficoltà o rallentamento della
progressione degli alimenti lungo il
canale oro-faringo-esofageo**

FASI DELLA DEGLUTIZIONE

FASE EXTRA-ORALE: trasporto del cibo alla bocca
(fase volontaria)

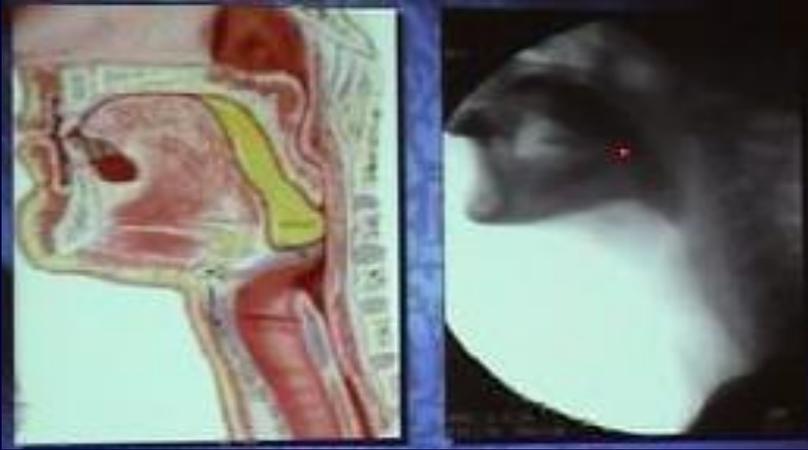
FASE PREPARAZIONE

ORALE: trasformazione del cibo in un bolo a consistenza omogenea
(fase volontaria)

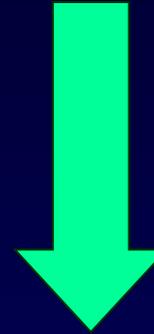
FASE ORALE: trasporto del bolo alla parte posteriore del cavo orale attraverso i movimenti della lingua ed innesco del riflesso deglutitorio
(fase volontaria)

FASE FARINGEA: passaggio del bolo in faringe
(fase involontaria)

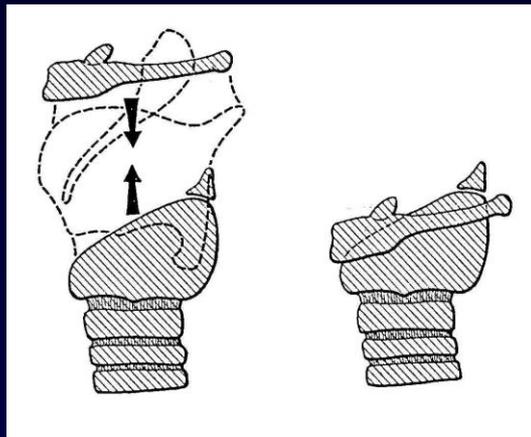
FASE ESOFAGEA: trasporto del bolo allo stomaco attraverso la peristalsi esofagea
(fase involontaria)



FASE FARINGEA



**e' la fase deglutitoria compromessa
negli interventi
di laringectomia parziale**



LARINGECTOMIE SUB-TOTALI

- Crico-ioido-epiglottopessia
- Crico-ioidopessia
- Tracheo-ioido-epiglottopessia
- Tracheo-ioidopessia

RISCHI ASSOCIATI AL PROBLEMA DISFAGIA

- Penetrazione e/o aspirazione di cibo



Polmonite “ab ingestis”

- Malnutrizione
- Disidratazione
- Peggioramento della vita sociale

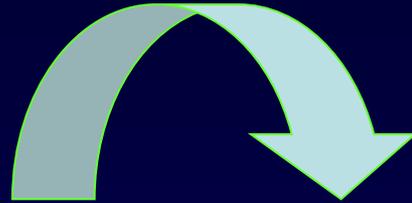


Peggioramento della qualità di vita

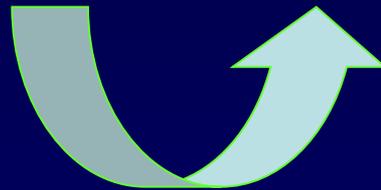


Depressione

OBIETTIVO RIABILITATIVO



Ottenere una deglutizione funzionale



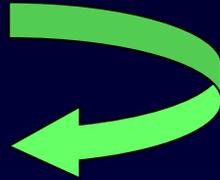
**Deglutizione funzionale
non significa
deglutizione fisiologica**

IL PROGRAMMA DI RIABILITAZIONE LOGOPEDICA NECESSITA DI

- **Una diagnosi medica**
- **Una valutazione strumentale precisa:**
 - **SEMPRE: endoscopia faringo-laringea**
 - **SE NECESSARIO: videofluoroscopia**
- **Una valutazione clinica logopedica**

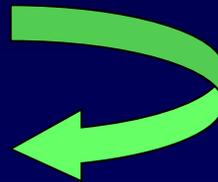
VALUTAZIONE CLINICA LOGOPEDICA

Area specifica



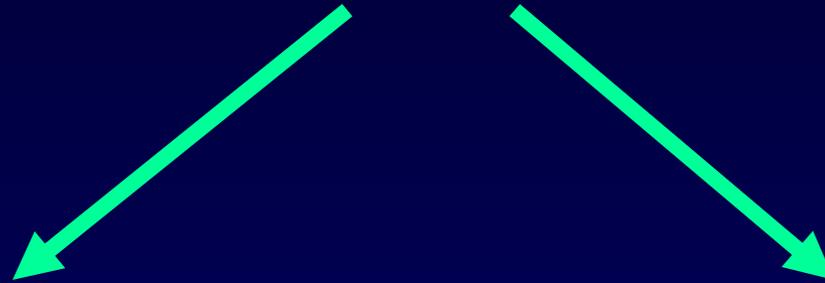
- Motilità delle strutture coinvolte nella deglutizione
- Attuazione delle posture facilitanti
- Attuazione delle manovre facilitanti
- Utilizzo degli alimenti con consistenza ideale

Area aspecifica



- Sensibilità termica delle strutture coinvolte nella funzione deglutitoria
- Sensibilità tattile delle strutture coinvolte nella funzione deglutitoria
- Coordinazione respirazione-APNEA-respirazione
- Colpo di tosse volontario ed efficace

TRAINING LOGOPEDICO



**In fase
pre-chirurgica**

**In fase
post-chirurgica**

FASE PRE-CHIRURGICA

Colloquio ed osservazione

- **Raccolta dei dati anamnestici generali del paziente**
- **Funzionalità e coordinazione dei distretti preposti all'alimentazione ed alla deglutizione**
- **Abitudini alimentari, modalità nutrizionali del paziente ed eventuali difficoltà associate**
- **Profilo psico-cognitivo:**
 - **attenzione**
 - **facoltà cognitiva di comprensione**
 - **memoria**
 - **motivazione**

FASE PRE-CHIRURGICA

Preparazione

- **Spiegazione sul come si proporrà la terapia logopedica al fine di ottenere un ripristino della deglutizione e della fonazione che sia il più veloce ed efficace possibile**
- **Impostazione respirazione costo-diaframmatica**
- **Spiegazione dell'importanza dell'APNEA nel momento in cui si realizza l'atto deglutitorio**
- **Spiegazione/esecuzione postura facilitante**
- **Spiegazione/esecuzione manovra di compenso**

Si invita il paziente ad eseguire atti deglutitori con la postura facilitante e la manovra di compenso fino al giorno dell'intervento.

FASE POST CHIRURGICA

In V^a giornata vengono proposti

- **Esercizi di respirazione**
 - **inspirazione**
 - **breve pausa in apnea**
 - **espirazione lenta, poi a scatti, infine veloce**

FASE POST CHIRURGICA

Obiettivi degli esercizi di respirazione

1. Ripristino della respirazione fisiologica



2. Riduzione dei tempi di riassorbimento dell'edema post chirurgico

FASE POST CHIRURGICA

Tra la V^a e la VII^a giornata

- **Consolidamento della respirazione ed aumento del TMF**
- **Esercizi di allenamento muscolare:**
 - **per il capo-collo-spalle**
 - **per la prassia labiale**
 - **per la prassia linguale**

FASE POST CHIRURGICA

Tra la V^a e la VII^a giornata

- **Esercizi di mobilizzazione aritenoidea:**
 - **colpo di raschio**
 - **colpo di raschio con vocale**
 - **gruppi sillabici (gra-gre; kri-kre)**
 - **vocali prima brevi, poi tenute sempre eseguite con attacco vocale energico**

FASE POST CHIRURGICA

**Obiettivi degli esercizi
di mobilizzazione aritenoidea**

1. Realizzare la chiusura della neo-laringe



**Per ristabilire
la funzione sfinterica**



**Per garantire
la protezione delle vie aeree**

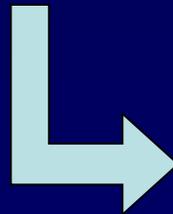
FASE POST CHIRURGICA

**Obiettivi degli esercizi
di mobilizzazione aritenoidea**

**2. Favorire la vibrazione della mucosa che
ricopre la/le aritenoide/i**



**In modo da ristabilire
la funzione sfinterica**



**E quindi raggiungere
una fonazione efficace e
di buona qualità**

FASE POST CHIRURGICA

Tra la VI^a e la VIII^a giornata

Si iniziano gli esercizi di deglutizione

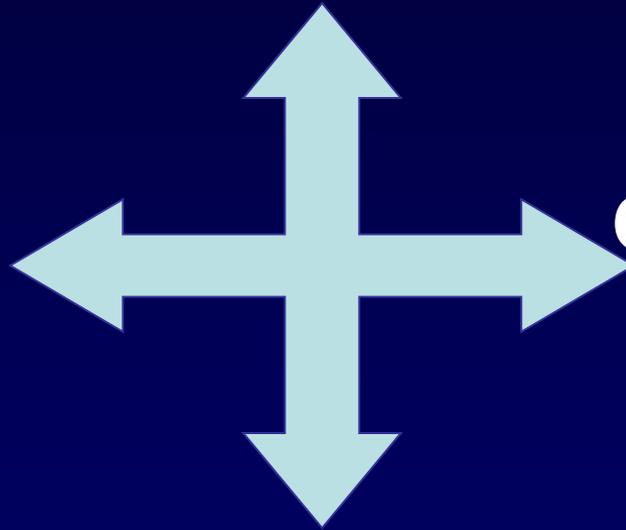
DEGLUTIZIONE

POSTURE
FACILITANTI

MANOVRE
DI COMPENSO

CARATTERISTICHE
ALIMENTARI

ACCORGIMENTI
DIETETICI



DEGLUTIZIONE

POSTURE FACILITANTI

1. Capo flesso anteriormente

Il paziente flette il capo in avanti prima di realizzare l'atto deglutitorio.

Postura utilizzata soprattutto quando l'innesco del riflesso deglutitorio è ritardato.

DEGLUTIZIONE

POSTURE FACILITANTI

2. Capo flesso lateralmente

Postura utilizzata per realizzare la progressione del bolo omolateralmente alla flessione

3. Capo flesso anteriormente e lateralmente (inclinato)

Postura utilizzata per favorire l'elevazione della neo-laringe e per dirigere il bolo nel lato inclinato

DEGLUTIZIONE

POSTURE FACILITANTI

4. Capo ruotato

Postura utilizzata per realizzare la chiusura del seno piriforme omolaterale alla rotazione e passaggio del bolo dalla parte controlaterale

5. Capo ruotato e flesso anteriormente

6. Capo ruotato, flesso anteriormente ed inclinato

7. Capo e busto flessi in avanti

DEGLUTIZIONE

MANOVRE DI COMPENSO

1. MANOVRA SOVRA-GLOTTICA

Il paziente:

- inspira e trattiene il respiro**
- esegue l'intero atto deglutitorio in apnea**
- al termine dell'atto deglutitorio effettua un colpo di tosse volontario**

DEGLUTIZIONE

MANOVRE DI COMPENSO

2. MANOVRA SUPER-SOVRA-GLOTTICA

Il paziente:

- inspira e trattiene il respiro**
- contrae i muscoli addominali**
- esegue l'intero atto deglutitorio in apnea trattenendo la contrazione dei muscoli addominali**
- al termine dell'atto deglutitorio effettua un colpo di tosse volontario**

DEGLUTIZIONE

MANOVRE DI COMPENSO

3. DEGLUTIZIONE FORZATA

Consiste nel forzare e prolungare il momento in cui la lingua spinge contro il palato duro durante la fase orale

DEGLUTIZIONE

MANOVRE DI COMPENSO

4. MANOVRA DI MENDELSON

Si prolunga manualmente per qualche secondo l'elevazione laringea fino al termine dell'atto deglutitorio.

CARATTERISTICHE DEGLI ALIMENTI

DENSITA' O CONSISTENZA

Permette la classificazione dei cibi in:

- liquidi (acqua, tè, infusi, tisane)
- liquidi densi (succhi di frutta, latte)
- semiliquidi (frullati di frutta, passati di verdura)
- semisolidi (budini, mousse, formaggi cremosi, passati e frullati più densi, acqua gelificata)
- solidi (pasta ben cotta, verdure cotte, frittata, carne tenera, banane)

CARATTERISTICHE DEGLI ALIMENTI

VISCOSITA' E SCIVOLOSITA':

il cibo scivola con facilità e non crea attrito al suo passaggio

COESIONE:

il cibo resta compatto, non si sbriciola

OMOGENEITA':

il bolo deve essere formato da particelle di uguale consistenza e dimensione

CARATTERISTICHE DEGLI ALIMENTI

TEMPERATURA DEL CIBO:

- cibi freddi, cibi caldi

COLORE DEL CIBO

SAPORE DEL CIBO

DIMENSIONI DEL BOLO

MODIFICAZIONE DEGLI ALIMENTI

Per modificare gli alimenti si possono utilizzare degli “additivi”:

ADDENSANTI:

- gelatine (polveri, dadi, fogli) da sciogliere**
- fecola di patate e farine di cereali**
- addensanti in commercio per alimenti liquidi o semiliquidi**

LUBRIFICANTI:

olio, burro, salse

DILUENTI:

brodo, succhi di verdura o frutta, latte.

I primi atti deglutitori si effettuano con la saliva.

In seguito si introducono i primi alimenti.

La somministrazione degli alimenti va proposta in base alle difficoltà evidenziate del paziente.

La postura facilitante e la manovra di compenso che per prime vengono testate:

- 1) il paziente è seduto con il bolo nel cavo orale;**
- 2) inspira;**
- 3) flette il capo in avanti deglutendo con movimenti di retropulsione della lingua;**
- 4) a deglutizione avvenuta, solleva il capo e tossisce volontariamente;**
- 5) è utile invitare il paziente ad eseguire dei raschiamenti.**

DEGLUTIZIONE

Si procede proponendo gli alimenti secondo la seguente sequenza di consistenze:

SEMISOLIDI

SEMISOLIDO CREMOSO

SOLIDO

SEMILIQUIDI

LIQUIDI

I liquidi vengono somministrati utilizzando prima un cucchiaino in modo da:

- controllare la quantità introdotta nel cavo orale
- favorirne la gestione da parte del paziente

Solo in seguito i liquidi verranno assunti direttamente dal bicchiere.

Accorgimenti da rispettare durante l'assunzione del pasto:

- **Ambiente silenzioso e tranquillo**
- **Nessuna distrazione (TV, conversazioni ...)**
- **Nessuna fretta**
- **Attendere l'avvenuta deglutizione del boccone prima di procedere con quello successivo e se vi sono residui di cibo in bocca richiedere un secondo atto deglutitorio**
- **Richiedere la tosse volontaria ad intervalli regolari (per es. ogni 2-3 bocconi)**
- **Sospendere l'alimentazione di fronte ad evidenti segni di affaticamento**

ALIMENTI SCONSIGLIATI

- Grissini, crackers, biscotti secchi
- Cereali a chicco (riso, farro, orzo)
- Carni a consistenza filamentosa
- Pesce con lisce
- Formaggi a pasta filata (mozzarella) o troppo appiccicosi
- Legumi interi
- Verdura filamentosa
- Frutta troppo succosa o con granelli (fragole, uva, Kiwi)
- Frutta secca
- Yogurt con pezzi di frutta
- Tutti i cibi a doppia consistenza (solida e liquida contemporaneamente) ad es. la pasta in brodo

Riassumendo sono assolutamente da evitare tutti quei cibi che si sbriciolano, si frantumano, sono appiccicosi, presentano una doppia consistenza!

PRODOTTI DI SUPPORTO



**Budini ad elevato
apporto proteico e calorico**



**Bevanda gelificata aromatizzata
per facilitare l'idratazione**



Addensante

La riabilitazione della deglutizione e della fonazione prosegue per tutto il periodo post-operatorio.

Il paziente viene seguito tutti i giorni sino a quando non si trova nella condizione di:

- Deglutire un pasto che gli assicuri il giusto apporto calorico**
- Bere più liquidi possibili senza il rischio di inalazione**
- Raggiungere una voce efficace dal punto di vista comunicativo**

**LA RIABILITAZIONE DOPO UN INTERVENTO
DI LARINGECTOMIA PARZIALE
NECESSITA DI UN INTERVENTO CHE SIA
IL PIU' MULTIDISCIPLINARE POSSIBILE**



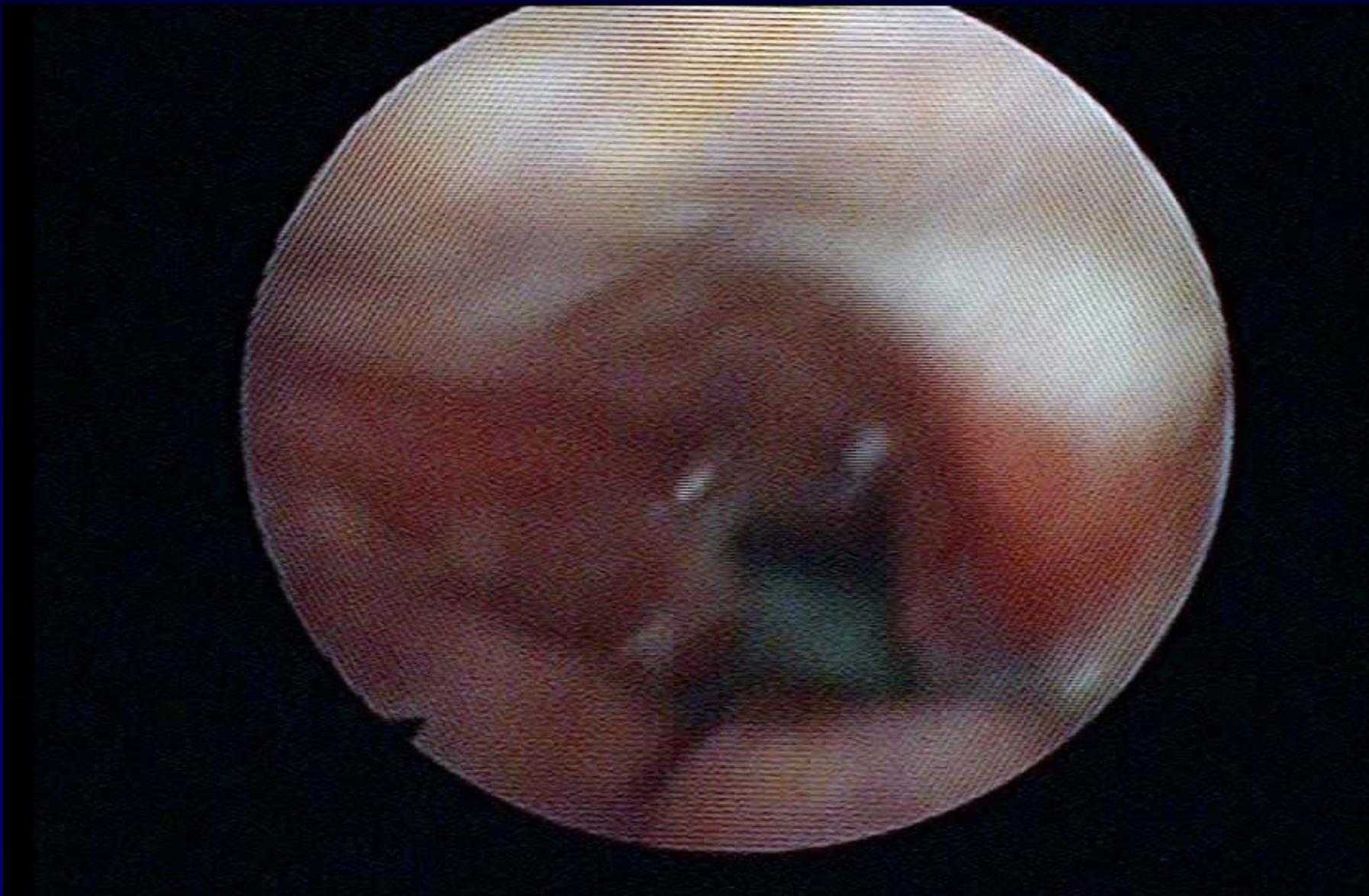
**È il gioco di squadra che raggiunge
i risultati migliori ... SEMPRE!**

Caso clinico

Pz M 45 aa

**Operato di laringectomia sub-totale
ricostruttiva con tracheo-ioidopessia
e conservazione dell'aritenoidoide sinistra**

Endoscopia laringea 3 settimane post-op



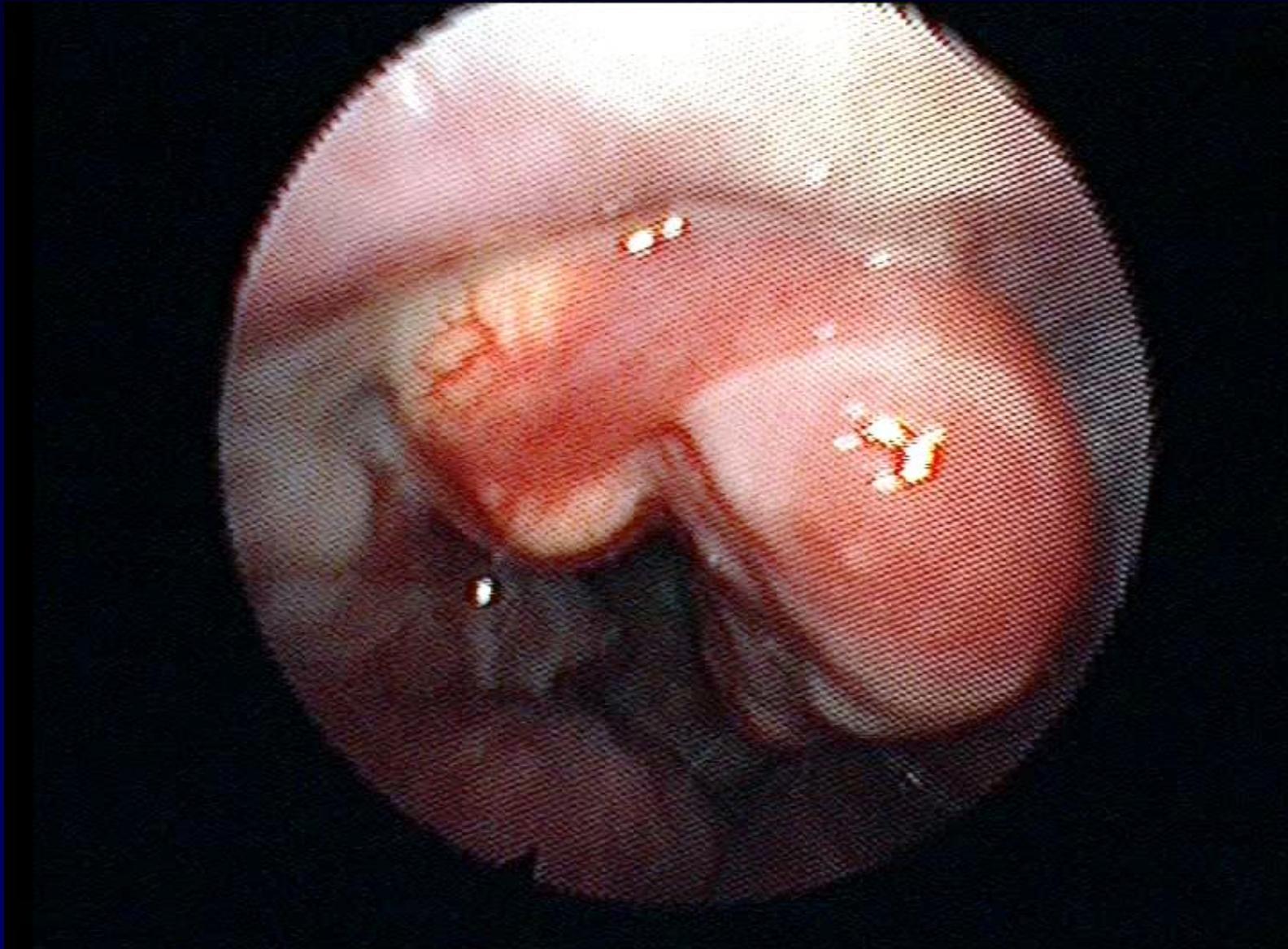
Laringoplastica iniettiva fibroendoscopica



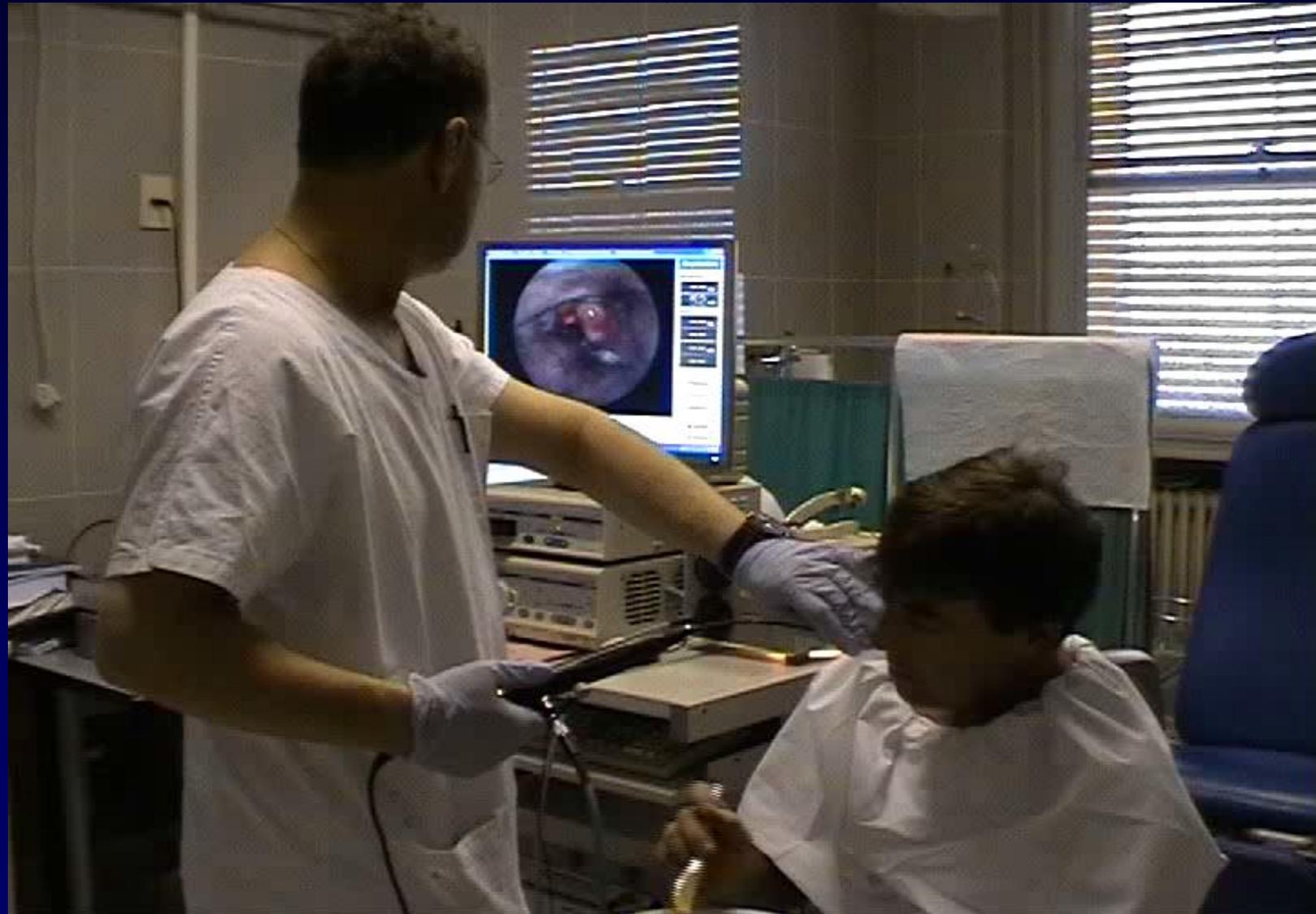
Valutazione foniatrica 2 giorni post-op



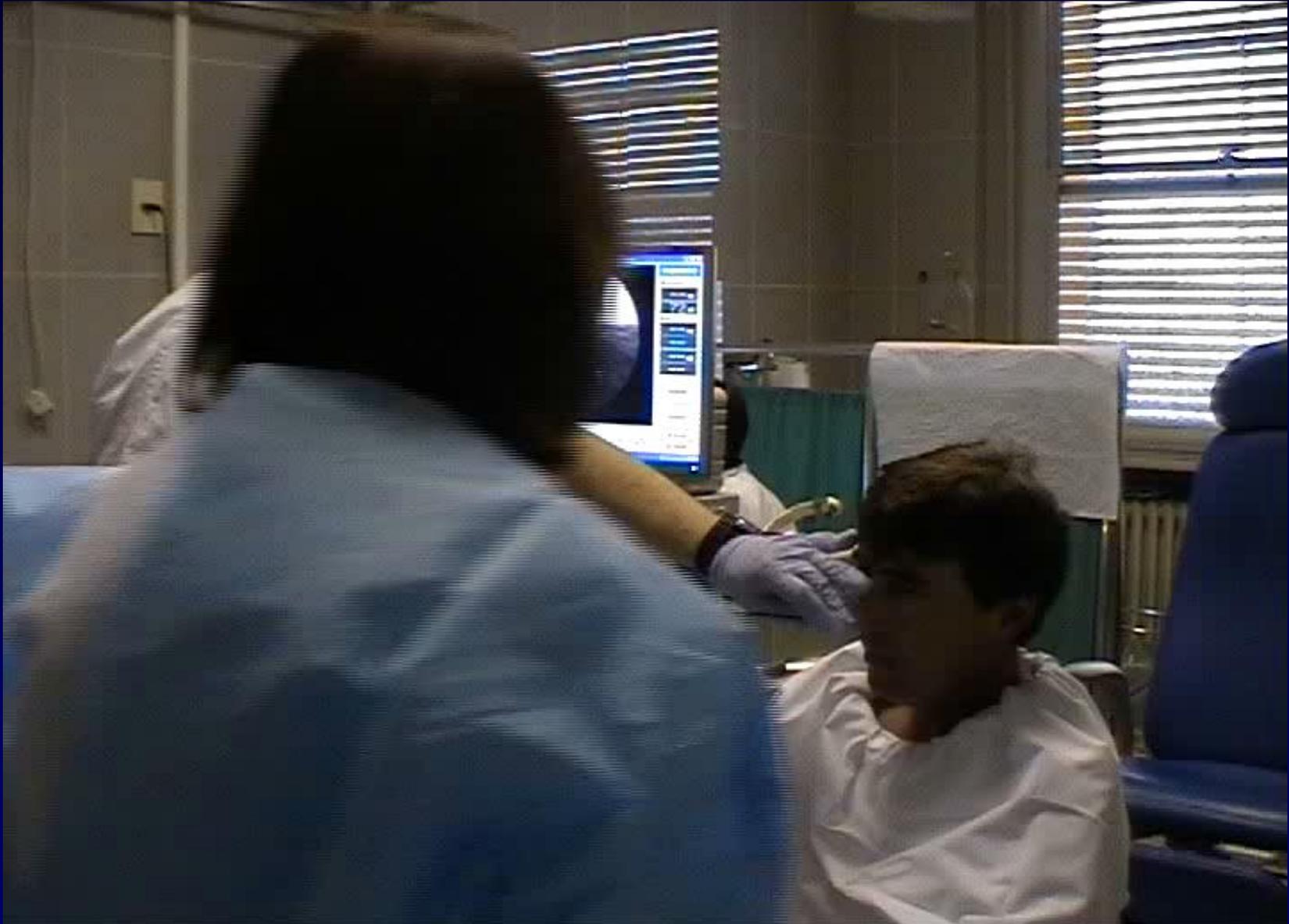
Endoscopia laringea - fonazione



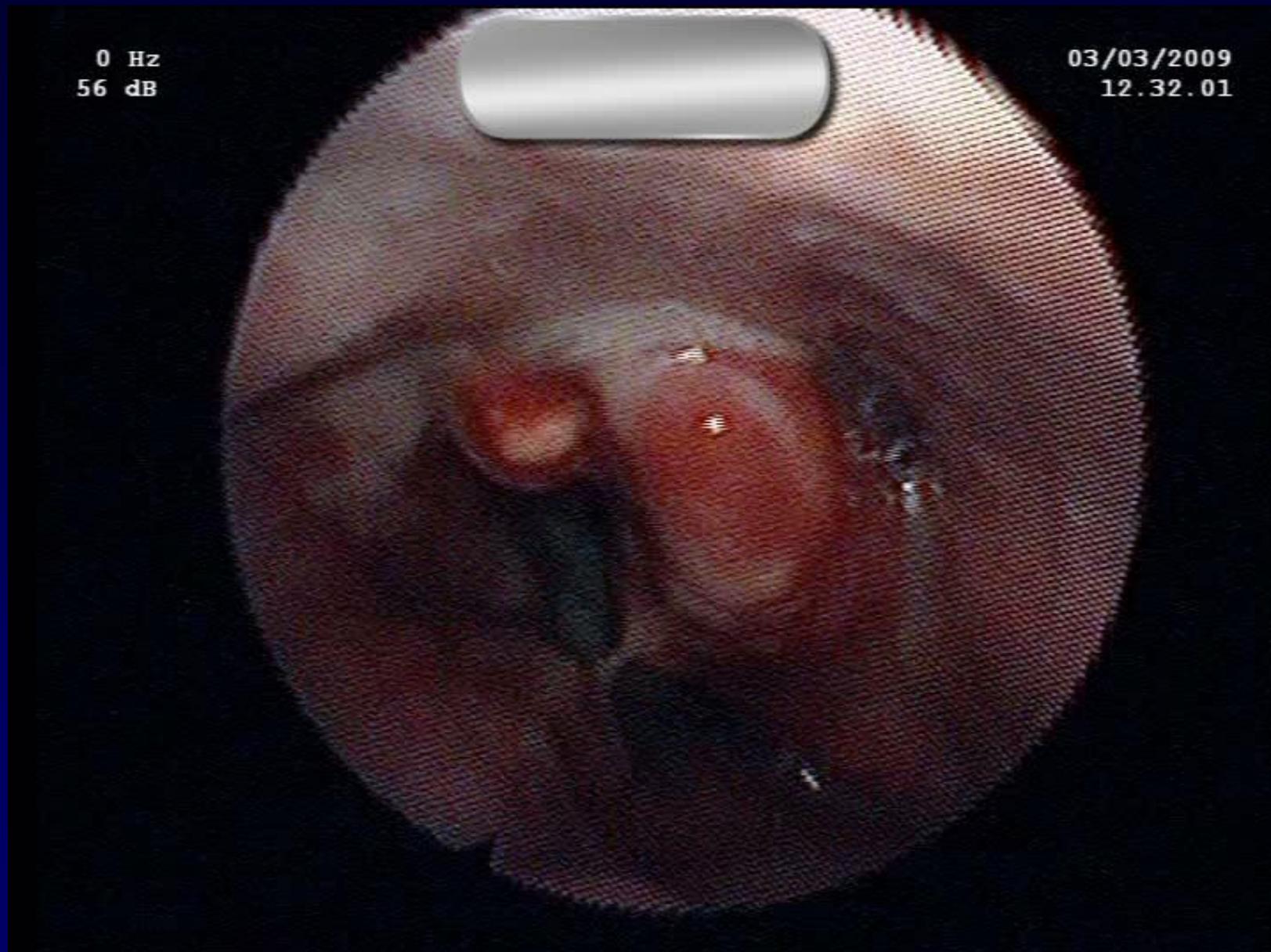
Deglutizione di solidi



Deglutizione di liquidi



Endoscopia – deglutizione di liquidi



Endoscopia laringea trans-tracheostomica durante la fonazione e la deglutizione

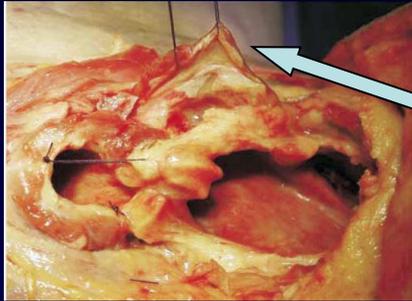


Endoscopia laringea 1 anno post-op

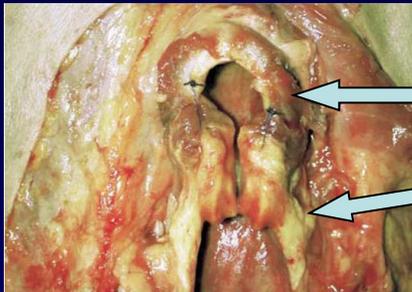


Note di tecnica chirurgica

(da Holsinger, Lacourreye et al.)

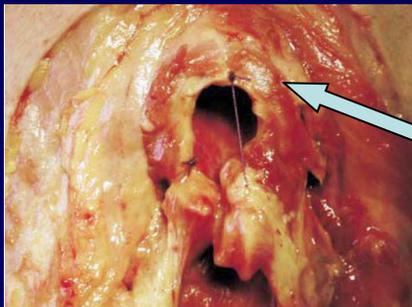


Sutura del muscolo costrittore inferiore della faringe per riposizionamento del seno piriforme



Posizionamento simmetrico delle aritenoidi residue con sutura cricoidea

Rotazione anteriore del neolaringe con apertura dell'adito esofageo



Rotazione anteriore e mediale dell'aritenoidoide residua

"Technical Refinements in the Supracricoid Partial Laryngectomy to Optimize Functional Outcomes"

F Christopher Holsinger, MD, FACS, Ollivier Laccourreye, MD, Gregory S Weinstein, MD, FACS, Eduardo M Diaz Jr, MD, FACS, Andrew J McWhorter, MD
Vol. 201, No. 5, November 2005; © 2005 by the American College of Surgeons Published by Elsevier Inc.

Caso clinico

Pz M 52 aa

**Operato di laringectomia sub-totale
ricostruttiva con crico-ioido-epiglottopessia
e conservazione delle aritenoidi**

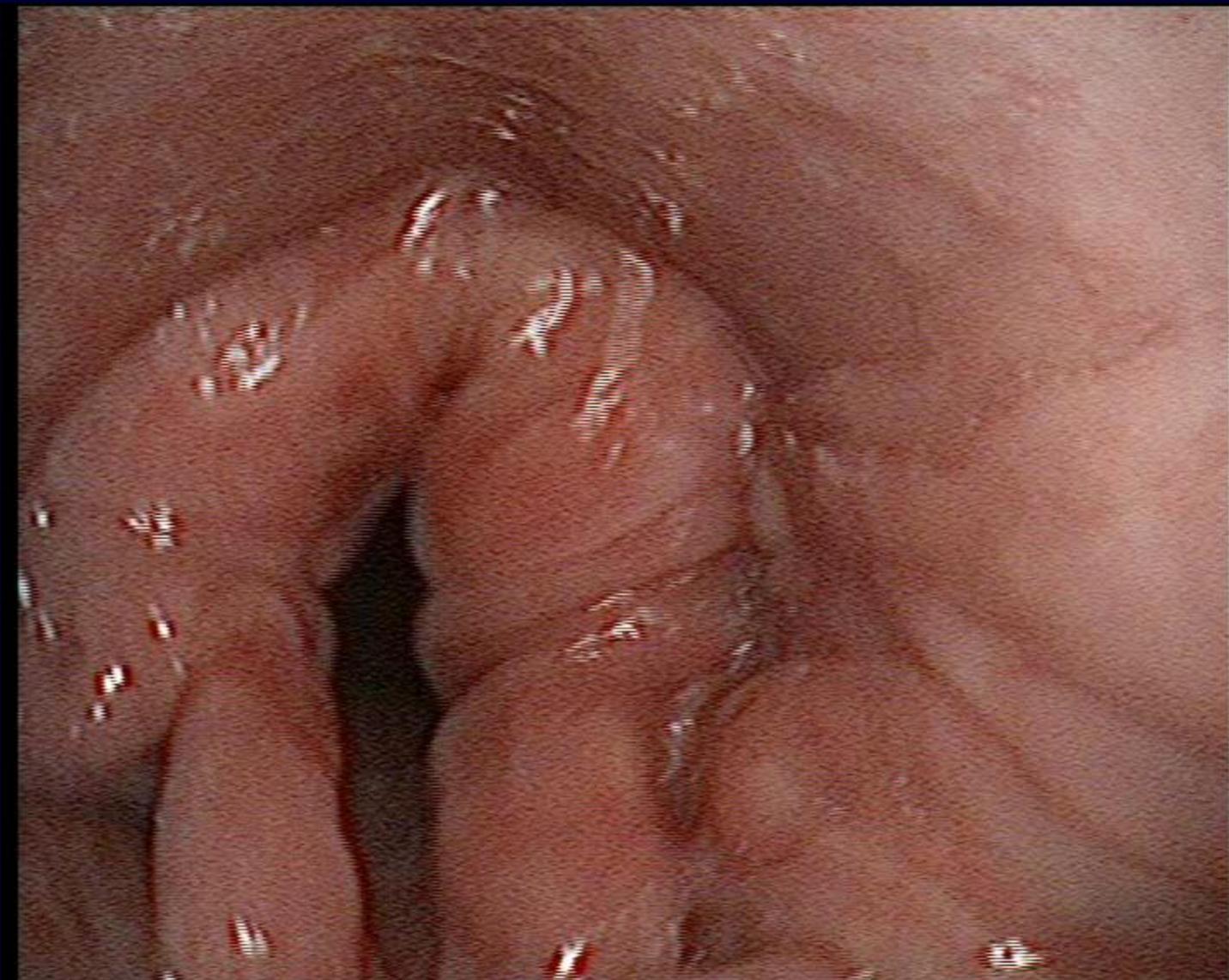
Endoscopia laringea 1 settimana post-op



Endoscopia laringea trans-tracheostomica durante la deglutizione 1 settimana post-op



Endoscopia laringea 3 settimane post-op



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!