
GERD AND LESIONS OF THE LARYNX: DIAGNOSIS AND THERAPY

 LA MRGE E LE LESIONI DA ESSA CAUSATE ALLA LARINGE: DIAGNOSI E TERAPIA.


Goretti P¹

¹Department of Sense Organs, "Sapienza" University of Rome, Italy

 ¹Dipartimento Organi di Senso, "Sapienza" Università di Roma

Citation: Goretti P. GERD and lesions of the larynx: diagnosis and therapy. Prevent Res, published on line 22. Nov. 2013, P&R Public 59. Available from: <http://www.preventionandresearch.com/>

Key words: GERD, dysphonia, laryngitis, chronic posterior laryngitis, granuloma.

 **Parole chiave:** MRGE, disfonia, laringite cronica posteriore, granulomi.

Abstract

Background: The gastroesophageal reflux disease with atypical symptoms, is in close relations with lesions of the larynx and vocal cords, generated upon contact of the acid material with the respiratory mucosa.

Objectives: Description of the lesions of the larynx and possible therapeutic interventions.

Methods: Evidence of correlation between GERD and dysphonia through the use of instrumental analysis.

Conclusions: In the treatment of GERD with atypical symptoms is important, to ensure the best possible care to the patient, creating a collaboration between phoniatics and gastroenterology.

Riassunto

Introduzione: La malattia da reflusso gastroesofageo nella sua forma atipica, o extraesofagea, è in stretta relazioni con lesioni a carico della laringe e delle corde vocali, generate in seguito al contatto del materiale acido, refluito dall'esofago, con la mucosa respiratori.

Obiettivi: Descrizione delle diverse lesioni che si istaurano a livello della laringe e dei possibili interventi terapeutici.

Metodi: Dimostrazione della correlazione tra RGE e disфонia attraverso l'utilizzo di indagini strumentali.

Conclusioni: Nella cura della MRGE con sintomi atipici è importante, per garantire la migliore assistenza possibile al paziente, istaurare una collaborazione tra foniatra e gastroenterologo.

Introduzione

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) rappresenta la più frequente patologia del tratto gastroenterico superiore. Si intende per reflusso gastro esofageo il passaggio di materiale dal lume gastrico e/o duodenale nell'esofago. Un numero limitato di episodi giornalieri di reflusso nella parte bassa dell'esofago sono considerati fisiologici, quando la frequenza e/o la durata di questi episodi aumenta si può parlare di MRGE (1, 2).

La MRGE ha una patogenesi multifattoriale, esemplificabile con uno squilibrio tra i normali fattori difensivi e quelli aggressivi. Tra i primi vanno ricordati l'effetto chimico della saliva, la contiguità dello stato cellulare epiteliale, l'attività peristaltica esofagea, la competenza dello sfintere esofageo inferiore (SEI) e infine un adeguato svuotamento gastrico. Tra i secondi vanno considerati, l'acidità del materiale gastrico refluito, il suo volume, l'attività della pepsina.

Discussione

Globalmente possiamo distinguere dal punto di vista sintomatico forme tipiche, in cui predominano i sintomi classici: pirosi e rigurgito; e forme atipiche, in cui il quadro clinico è dominato da sintomi quali: il dolore toracico, disturbi respiratori (tosse cronica, asma), quadri otorinolaringoiatrici (raucedine, globo faringeo, tosse, laringospasmo, disfagia, odinofagia e disфонia). In particolare la prevalenza del RGE nei pazienti con disordini vocali varia dal 50 all'80%, da qui è evidente l'importanza di questa patologia per il foniatra.

L'associazione del RGE con la disфонia è da ricondursi a due possibili cause: la prima generata dall'azione lesiva del materiale acido sulla mucosa faringea e laringea (reflusso faringo-laringeo), la seconda dal riflesso vagale, stimolato dal contatto dell'acido con la mucosa del terzo inferiore dell'esofago. Complicanze nelle forme atipiche extraesofagee sono le erosioni dentali, otite, faringite, laringite, carcinoma laringeo e polmonite (3, 4).

Manifestazioni Cliniche

Le manifestazioni cliniche in ambito ORL correlabili al RGE sono plurime, le più frequenti rappresentate da: laringite croniche posteriori (aritenoiditi), artriti cricoaritenoidiche, ulcere da contatto e granulomi del processo vocale, edema di Reinke, noduli vocali, pachidermia laringea, epiglottiditi, faringiti croniche; più raramente, stenosi laringee e meccanismi concausali di carcinomi ipofaringei e laringee.

La *disfonia da reflusso*, è il risultato diretto di uno stimolo flogistico cronico i cui effetti si possono manifestare immediatamente, o tardivamente, sul piano glottico. È inizialmente di tipo disfunzionale, determinata dalla tosse, continua o a crisi, che crea una irritazione delle corde vocali. Il reflusso di materiale acido gastrico provoca, a contatto con la mucosa laringea, un'inflammatione cronica, localizzata il più delle volte nella zona posteriore della laringe. La *laringite cronica posteriore* è sicuramente la manifestazione del RGE di più comune riscontro, la cui evidenza clinica è preannunciata da disfonia saltuaria, raucedine ed affaticamento vocale precoce. La diagnosi può quindi essere facilmente definita anche da una semplice laringoscopia indiretta. Il quadro obiettivo è caratterizzato dalla presenza di edema aritenoidico ed interaritenoidico, che può estendersi fino ad interessare superiormente le false corde, ed inferiormente la regione sotto-glottica. L'edema indotto dal RGE a livello della commessura posteriore altera la clearance muco-ciliare della intera regione glottica con conseguente ulteriore accentuazione dello stato irritativo ed accentuazione della disfonia. Pertanto, per cercare di migliorare la propria emissione vocale, il paziente tende a "forzare" mediante una iperadduzione delle aritenoidi. Considerando che la regione glottica posteriore è sprovvista di una vera sottomucosa, si viene a creare una lesione superficiale che non tende alla guarigione, sia per il perpetrarsi dello stimolo meccanico della iperadduzione aritenoidica e sia per il persistere della situazione di reflusso. È possibile in questo modo che si arrivi alla formazione di vere e proprie ulcere mucose, cui talvolta possono seguire pericondriti, vere cause del quadro clinico laringeo più peculiare del reflusso gastro-esofageo: il granuloma.

Le *ulcere da contatto* ed i *granulomi* rappresentano sicuramente una delle manifestazioni laringee caratteristiche del reflusso gastro-esofageo. La correlazione tra le due entità cliniche e il RGE è nota ormai da tempo, tanto che già nel 1968 l'ulcera da contatto veniva definita come "ulcera peptica laringea".

Il quadro sintomatologico del granuloma può essere completato, oltre che da segni e sintomi tipici del RGE (raucedine mattutina, pirosi laringea), anche da una sensazione d'ingombro laringea, qualora le sue dimensioni costituiscano un ostacolo al normale flusso aereo respiratorio, e da disfonia intermittente, presente di solito al risveglio, causata dalla presenza stessa del granuloma che grava sopra il processo vocale dell'aritenoidico. Il trattamento del granuloma si basa sia sulla terapia anti-reflusso, sia sulla riabilitazione logopedica; se questo duplice approccio dovesse risultare fallimentare è prevista la rimozione chirurgica del granuloma.

Per quanto poco frequenti, esistono altre manifestazioni laringee di RGE, sicuramente meno caratteristiche, ma non per questo meno importanti, come ad esempio il *laringospasmo*, che, come è noto, è determinato da un'improvvisa, vigorosa e prolungata adduzione delle corde vocali. Attualmente l'ipotesi patogenetica più accettata sembrerebbe ricondurlo ad un esagerato riflesso laringeo quale risposta ad un insulto cronico. L'arco riflesso lungo il quale avverrebbe questo fenomeno si baserebbe su di un ramo afferente identificato nel nervo laringeo superiore (NLS), ed una branca efferente, rappresentata dal nervo laringeo inferiore (NLI). La presenza cronica di reflusso può, in casi particolari, indurre alla comparsa di *stenosi laringee*. Nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti con anamnesi positiva per traumi laringei di diversa origine, con associata malattia da reflusso. Le aree più comunemente soggette a questo tipo di patologia sono la commissura posteriore e la regione sotto-glottica (5-8).

Diagnosi

Il primo passo per fare diagnosi di MRGE è un'accurata anamnesi, interrogando il paziente sul suo stile di vita, e sui tipi di sintomi che avverte; non è sempre facile identificare una patologia da reflusso, ciò è verosimilmente dovuto alla caratteristica transitorietà di tali disturbi, non essendo infrequente osservare pazienti che negano assolutamente qualsiasi tipo di sintomatologia dispeptica, pur avendo evidenti segni clinici collaterali correlabili alla malattia da reflusso. Al di là della semeiologia clinica la diagnostica strumentale fa riferimento a: esofagoscopia, manometria esofagea, ph-metria e indagini radiologiche dinamiche.

Le lesioni a carico della laringe e delle corde vocali possono essere evidenziate tramite una *laringoscopia*, tramite la quale è possibile rilevare: iperemia e teleangectasie capillari diffuse del vestibolo laringeo e del piano glottico, con prevalenza a carico delle strutture posteriori; edema e iperemia delle aritenoidi; depositi di muco; adduzione cordale incompleta con insufficienza glottica posteriore di grado variabile; granuloma e ulcere da contatto. Importante per la diagnosi di LPR è l'*esame stroboscopico*, tramite il quale è possibile riscontrare una riduzione dell'ampiezza di vibrazione cordale ed una progressione dell'onda mucosa limitata alla regione anteriore del piano glottico (6).

Terapia

Il trattamento del paziente con disfonia da reflusso si basa essenzialmente su quattro tipi di terapia: alimentare, farmacologica, logopedica (per migliorare in particolare , il tono del muscolo crico-faringeo) e chirurgica

La *terapia farmacologica* anti-reflusso si basa nell'impiego di: farmaci anti-acidi (acido alginico e sucralfata), procinetici (metoclopramide), e soppressori della secrezione acida gastrica, che sono essenzialmente di due tipi: gli H2-antagonisti, e gli inibitori della pompa protonica.

La *terapia chirurgica* delle manifestazioni laringee da reflusso è da riservare unicamente a quelle patologie non più responsive alla terapia farmacologica (edema di Reinke, stenosi sub-glottiche), e va comunque sempre associata a terapia medica anti-reflusso post-operatoria. Esiste tuttavia una categoria di pazienti che non risponde alla terapia farmacologica, o che non riesce a tollerare alcuna terapia anti-acida. In questi casi è possibile decidere di intervenire chirurgicamente sia per via endoscopica, inserendo una protesi anulare o di Angelchik 12 (intervento peraltro gravato da una discreta percentuale di complicanze), sia per via laparoscopica (o per via laparotomica ove questa non fosse possibile) con interventi di gastro-plastica antireflussosec. Collis e di funduplicatio sec. Nissen o Belsey. Sono certamente da considerare misure estreme, ma nei pazienti con RGE non trattabile per i motivi sopra illustrati hanno finora prodotto buoni risultati (4, 7, 9).

È importante, vista la frequenza con cui si presentano malattie da reflusso con sintomi atipici, che si crei una stretta collaborazione tra il foniatra e il gastroenterologo, per fornire al paziente la migliore cura possibile.

References

1. Barbero GJ. Gastroesophageal reflux and upper airway disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1996; 29 (1): 27-38.
2. Dal Negro R, Pomari C, Micheletto C, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux in asthmatics: an Italian study. *Ital J Gastroenter Hepatol* 1999; 31 (5): 371-375.
3. DiBaise JK, Huerter J, Eamonn MMQ. Gastroesophageal reflux disease and chronic sinusitis: A new association? *Gastroenterology* 1998; 114: G419.
4. Angelillo M, Corvino V, Mazzone S. Disfonia e reflusso gastroesofageo.
5. El-Serag HB, Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans. *Gastroenterology* 1997; 113 (3): 755-760.
6. Hanson DG, Jiang JJ. Diagnosis and management of chronic laryngitis associated with reflux. *Am J Med* 2000; 108 Suppl 4a: 112S-119S.
7. Ruoppolo G, Shindler A, Amitrano A. *Manuale di foniatria e logopedia*. Ed Universo, Roma, 2012.
8. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Laryngopharyngeal Reflux Symptoms improve before changes in physical findings. *Laryngoscope* 2001; 111 (6): 979-81.
9. Villari G, Fois V, De Campora L, Scaramozzino A. (2002). Le disfonie da reflusso gastroesofageo. Available from: <http://www.aooi.it/contents/attached/c6/disfor5.pdf>

Corresponding Author: Paola Goretti

Department of Sense Organs, "Sapienza" University of Rome, Italy

email: info@preventionandresearch.com



Autore di riferimento: Paola Goretti

Dipartimento Organi di Senso, "Sapienza" Università di Roma

e-mail: info@preventionandresearch.com