

“PRINCIPI, INNOVAZIONI TECNOLOGICHE E CONTROVERSIE NELLA MICRO-LARINGO-CHIRURGIA”

Giorgio Peretti - D. Cocco, L. De Benedetto, F. Garrubba, C. Piazza

La microlaringoscopia nacque dalla necessità di eseguire una chirurgia accurata sulle corde vocali con il massimo rispetto della loro struttura anatomica. Il trattamento microchirurgico delle lesioni laringee sia benigne che maligne presuppone, come principio fondamentale, l'adeguata esposizione dell'intera glottide. Per raggiungere tale finalità è indispensabile possedere una completa gamma di laringoscopi, che assicurino un'adeguata visualizzazione della commissura anteriore anche in condizioni anatomiche non favorevoli (prognatismo, ridotta apertura buccale, trisma, dismorfismi del mascellare superiore) o in esiti di pregressi trattamenti (radioterapia, interventi per via cervicotomica). Una corretta sospensione deve garantire l'applicazione del vettore di forza sui tessuti sovraglottici e sul complesso lingua-mandibola, con la testa in posizione di Boyce-Jackson (estensione dell'articolazione atlanto-occipitale ed anteroflessione del collo sul torace). La corretta visualizzazione di sottosedie laringee difficilmente esplorabile anche in microlaringoscopia, quali il fondo del ventricolo, la regione sovra- e sotto-commissurale, deve essere inoltre ottimizzata con l'ausilio di ottiche rigide a 0°, 30°, 70° e 120° che assicurino una visione multiprospettica della lesione, per la corretta pianificazione dell'intervento chirurgico. Altre procedure intraoperatorie quali l'infusione idrosalina nello spazio di Reinke e la colorazione vitale con blu di toluidina al 2% possono incrementare le informazioni diagnostiche sulla presumibile natura ed estensione superficiale e profonda della lesione consentendo la minimizzazione dei margini chirurgici di escissione con tecnica fonochirurgica anche nelle lesioni neoplastiche.

Tra le complicanze della microlaringoscopia diretta sono da annoverarsi quelle correlate all'esposizione e sospensione della laringe, in particolar modo a carico dell'arcata dentaria superiore e della lingua. L'uso di appositi paradenti in silicone, laringoscopi di calibro ridotto, una valutazione preoperatoria della dentatura ed un'accorta manovra di esposizione, riducono l'incidenza di tali complicanze. Raro è il riscontro di parestesie, disgeusie linguali e cervicalgie da prolungata compressione e/o prolungata estensione del collo durante procedure indaginose e di lunga durata. Eccezionali, infine, le ustioni cutanee del volto o del corpo, i danni corneali o retinici secondari all'utilizzo del laser ed evitabili con un'adeguata protezione di tali sedi mediante garze imbevute in soluzione fisiologica. L'utilizzo di tubi anestesiolgici non conformi e di una saturazione di ossigeno superiore al 40% rappresenta tuttavia il rischio maggiore per il verificarsi di incendi e/o esplosioni con esiti potenzialmente fatali.

In conclusione, la microlaringoscopia diretta deve essere considerata sia una metodica diagnostica indispensabile nella pianificazione terapeutica di patologie di natura oncologica che una procedura microchirurgica mini-invasiva in grado di garantire il rispetto dei concetti fondamentali della fonochirurgia per lesioni benigne e neoplastiche selezionate.