

“IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE PARALISI RICORRENZIALI MONOLATERALI”

Roberto Consalici - L.Amorosa, D.Dall'Olio

Il trattamento chirurgico delle paralisi ricorrenti monolaterali, di qualsiasi origine, è indicato nei pazienti che presentano disfonia e/o disfagia da insufficienza glottica persistente da almeno 6-8 mesi e non suscettibile di miglioramento con rieducazione logopedica. Le procedure chirurgiche attualmente impiegate si prefiggono l'obiettivo di compensare il difetto di chiusura glottica o aumentando il volume della corda paralitica (procedure di iniezione intracordale), o medializzando la corda stessa (tiroplastica di tipo I, secondo la classificazione di Isshiki). Nella nostra U.O. abbiamo di recente trattato chirurgicamente 20 pazienti affetti da paralisi ricorrente monolaterale con insufficienza glottica di varia gravità: in 7 pazienti abbiamo proceduto ad iniezione intracordale di Vox Implant, mentre in 13 abbiamo optato per una tiroplastica di tipo I secondo Montgomery. Il Vox Implant è costituito da granuli solidi di un elastomero di Polidimetilsilossano sospesi in un idrogel di Polivinilpirrolidone. L'iniezione intracordale di Vox Implant viene eseguita, mediante apposita siringa provvista di ago malleabile, in microlaringoscopia diretta in anestesia generale: i vantaggi sono costituiti dalla semplicità, rapidità di esecuzione e ottima tollerabilità per il paziente. La medializzazione ottenuta è stabile nel tempo. Nella nostra esperienza abbiamo ottenuto soddisfacenti risultati funzionali nei casi di insufficienza glottica lieve o moderata. La tiroplastica di tipo I secondo Montgomery si esegue per via cervicotomica e consiste nel posizionamento nella corda paralitica, attraverso una finestra rettangolare ricavata nella cartilagine tiroide, di un impianto in silicone, di forma standard e dimensioni variabili secondo il sesso del paziente e l'entità della medializzazione che si vuole ottenere; nel kit di ferri chirurgici sono forniti anche appositi misuratori per individuare l'esatta posizione e le dimensioni della finestra cartilaginea. Questa tecnica ha dato ottimi risultati funzionali, anch'essi stabili nel tempo, anche nei casi di insufficienza glottica di grave entità; può essere eseguita sia in A.G. sia in A.L. con sedazione, quindi anche in pazienti ad elevato rischio anestesilogico; ha inoltre il vantaggio della prevedibilità del risultato funzionale, quando eseguita a paziente sveglio, e della reversibilità. Per contro comporta un impegno chirurgico lievemente maggiore, anche in termini temporali, ed il disagio estetico - seppur modesto - della cicatrice cutanea. Nella nostra esperienza entrambe le metodiche sono risultate estremamente valide e vanno scelte di volta in volta, secondo le caratteristiche del paziente e la gravità dell'insufficienza glottica da correggere. Nel video vengono mostrate le fasi chirurgiche salienti e discussi le indicazioni e i risultati di entrambe le procedure.