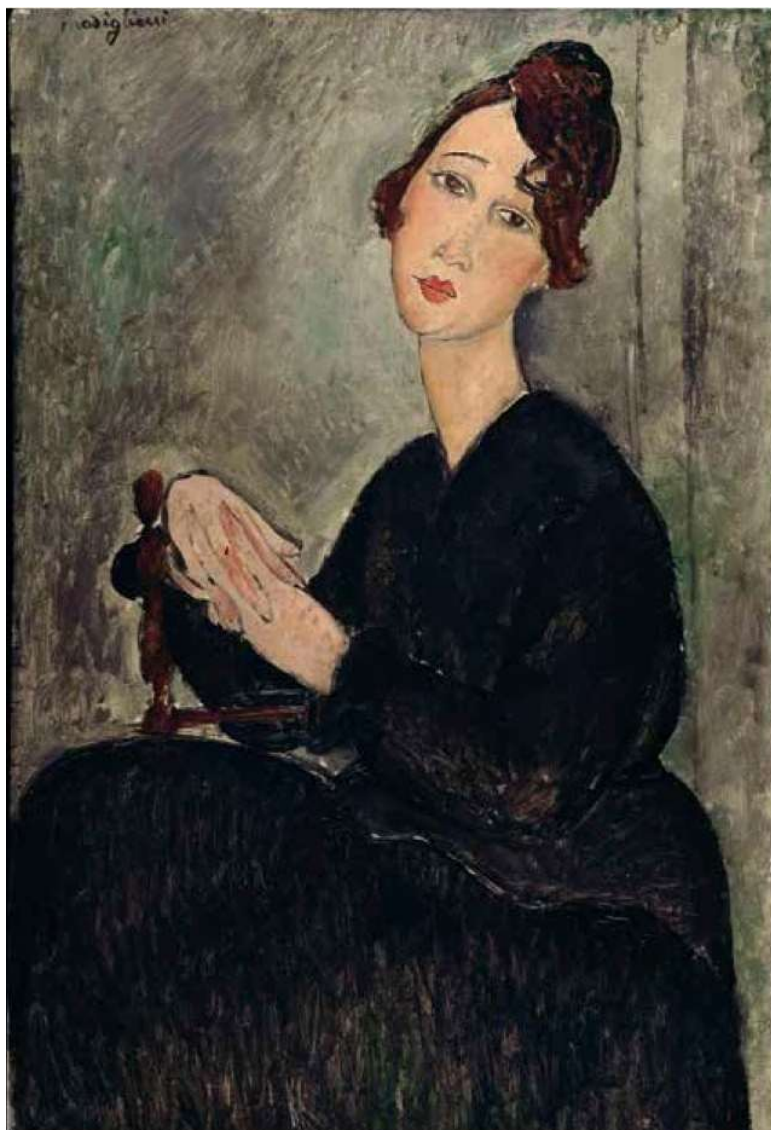




ToscanaMedica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI
A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Il fuoco di Sant'Antonio

P. Bonanni, L. Gabbani, S. Giustini
R. Mediatì, M.G. Santini

Alimentazione come stile di vita

G. Vannozzi, V. Annese, S. Bagnoli

Ospedale per intensità di cure

G. Panigada, G. Landini, R. Laureano, R. Andreini, A. Fortini,
G. Lombardo, A. Morettini, S. Spolveri

L'ospedale vissuto e raccontato

L. Dioscoridi, N. Taddei, L. Rasero,
S. Cionini, F. Tani, C. Paparozzi

N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2014

Mensile - Anno XXXII - n. 10 Nov/Dic. 2014 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Prezzo € 0,52 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983

ISABELLE FINI STORCHI

Reflusso faringo-laringeo, un'affezione sempre più frequente

Diagnosi clinica e strumentale

Il Reflusso Faringo-Laringeo (LPR da Laryngo-Pharyngeal Reflux) è un'entità distinta dal GERD (Gastro Esophageal Reflux Disease) per modalità di insorgenza, clinica e terapia.

Il danno da reflusso è espletato da liquido o aerosol gassoso che, nel 95% dei pazienti non gastro-resecati, è a pH acido e solo nel 5% è alcalino.

Il danno mucoso è ulteriormente creato dalla pepsina, perfino a pH neutro.

Il LPR si differenzia dal GERD per reflussi più frequenti in ortostatismo, meno acidi (con pH tra 5.5 e 4), più brevi e più frequentemente gassosi.

Per questo, spesso l'LPR non viene avvertito.

Mentre per produrre lesioni esofagee è necessario un $\text{pH} < 4$, per determinare flogosi o lesioni delle più fragili mucose faringo-laringee è sufficiente un $\text{pH} \leq 5.5$.

La mucosa esofagea può risultare illesa da 50 episodi di reflusso al giorno, mentre per produrre lesioni faringo-laringee sono sufficienti 3 reflussi a settimana.

Ecco perché nei pazienti con LPR, pirosi e bruciore retrosternale sono assenti nel 70% o più dei casi e le lesioni esofagee, presenti solo nel 12% circa.

Le manifestazioni cliniche di LPR sono: disfonia imprevedibile, secrezioni catarrali/bruciore/dolore/secchezza indicati spesso al giugulo, riacage, sensazione di globo, scialorrea, attacchi dispnoici da laringospasmo, tosse cronica "faringea" che può precedere l'insorgenza di asma.

I segni e lesioni riconducibili a LPR sono: faringite cronica "a ciottolato" (il 70% dei casi circa di faringite cronica idiopatica è correlata a LPR), edema e iperemia laringei in particolare posteriori, ulcerazioni del 1/3 posteriore della laringe che possono precedere la formazione di granulomi, pseudosulcus da edema della faccia inferiore della corda vocale, stenosi commissurale posteriore da edema aritenoidico, stenosi sottoglottica.

Lo pseudosulcus (Foto 2) correla in modo statisticamente significativo con LPR ma non è

specifico, così come tutte le altre lesioni riportate.



Foto 1 - Laringe normale.

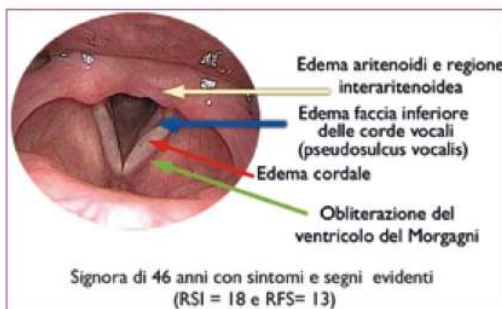


Foto 2 - Segni di LPR.

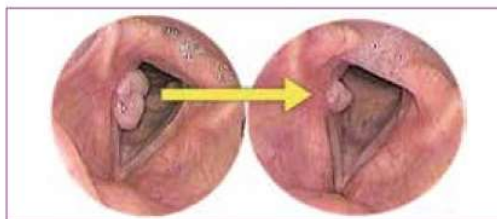


Foto 3 - Granuloma in paziente con LPR diminuito di oltre il 50% in soli 45 giorni di terapia con PPI ad alto dosaggio. La successiva exeresi, eseguita dopo molti mesi di terapia per incompleta sparizione del granuloma ha confermato istologicamente la diagnosi di granuloma.

L'LPR, inoltre, in presenza di surmenage vocale può favorire lesioni cordali quali noduli o polipi (Foto 4-5) e l'edema di Reinke che insorge abitualmente in fumatori.

L'LPR può avere un ruolo nella genesi di neoplasie laringee (Foto 6) perché la pepsina determina l'attivazione di geni oncogeni anche a pH 7.



Isabelle Fini Storchi, specializzata in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale e in Audiologia. Ha lavorato a Padova in Chirurgia Endoscopica delle Vie Aeree Superiori. Dirigente Medico Ospedaliero di I livello fino al 2011 nella Clinica Otorinolaringoiatrica dell'AOU Careggi. Attualmente è libero professionista Otorinolaringoiatra e Audiologo in Firenze.

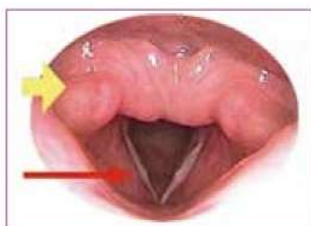


Foto 4 - LPR e noduli (noduli freccia rossa, segni di LPR freccia gialla).

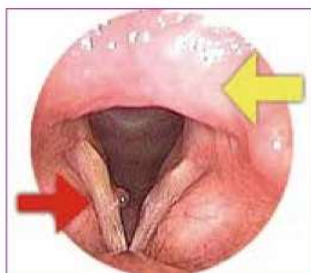


Foto 5 - Polipo (freccia rossa) in paziente sottoposto a malmenage vocale con intenso edema e iperemia della laringe posteriore da LPR (freccia gialla).

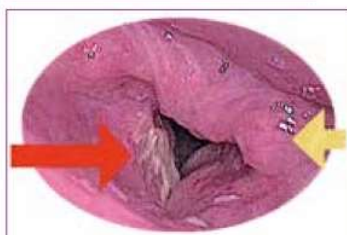


Foto 6 - Paziente di 58 anni fumatrice con carcinoma squamocellulare (freccia rossa) della falsa corda vocale destra con intensi segni di LPR (freccia gialla) e RFS 22.

Dato che non vi sono sintomi o segni patognomici, sebbene spesso suggestivi di LPR, la diagnosi necessita di step successivi.

La terapia con PPI *ex iuvantibus* (PPI test), in assenza di riscontro obiettivo delle possibili lesioni e di un percorso diagnostico, ha valore diagnostico limitato.

Nel percorso diagnostico è prima importante raccogliere l'anamnesi compilando il Reflux Symptom Index (RSI) che è statisticamente attendibile nell'evidenziare sintomi da LPR e, che se ha punteggio >5, nella idonea situazione clinica, è evocativo di LPR.

È poi necessaria una visita ORL meglio se in VideoLaringoscopia (VLS) osservando attentamente non solo la laringe ma tutto il distretto.

Alla luce della VLS va redatto il Reflux Finding Score (RFS) che dà un punteggio alle lesioni osservate e può dare un aiuto concreto per diagnosi e quantificazione del danno. Se >11 è fortemente evocativo di LPR.

Il RFS è un dato non oggettivo e operatore-dipendente, sebbene ben riproducibile.

Siccome RSI e RFS, sebbene di ausilio, non sono diagnostici, è necessario valutare l'LPR in modo oggettivo, preciso e affidabile. L'Rx ipofaringoesofageo con mdc ha sensibilità molto bassa e dunque è stato da tempo abbandonato come test diagnostico per l'LPR.

L'esofago-gastroscoopia non è diagnostica di LPR ed è negativa nel 70% circa dei pazienti con sintomi esclusivi di LPR.

La PH-impedenziometria esofagea multi-

canale (MII) è un esame altamente specifico e sensibile ma ha lo svantaggio di essere talora mal tollerato.

Un esame ambulatoriale all'avanguardia meno invasivo e ben tollerato per misurare il pH delle vie aero-digestive superiori è la pHmetria orofaringea Restech, più sensibile rispetto a quella tradizionale.

Il sondino ad Antimonio micronizzato è posizionato in orofaringe e non in esofago e registra per 24 ore non solo i reflussi liquidi ma anche l'aerosol gassoso, principale responsabile dell'LPR.

Tale pHmetria ha *detection rate* e tempi più veloci dei comuni cateteri per pHmetria, specificità del 100% e alta sensibilità nel rilevare LPR.

Può essere utile nei pazienti asmatici dato che è stata verificata un'alta prevalenza di LPR misurato con pHmetria Restech in pazienti con asma difficile da controllare.

Nella casistica preliminare personale di 21 pazienti sottoposti a pHmetria Restech, tale esame si è rivelato utile per valutare l'effettiva necessità di una terapia prolungata con PPI (la letteratura indica il tempo di somministrazione dei PPI necessario per migliorare i sintomi di LPR almeno di 3 mesi) (Figura 1), la dose corretta o la somministrazione a orari particolari di PPI alla luce di tutti gli score registrati, correttivi mirati di specifiche attività del paziente, i sintomi del paziente alla luce di consensuali cali del pH, la presenza di LPR quale fattore causativo o aggravante l'asma (Figura 2), la situazione effettuando l'esame in corso di PPI in casi particolari e infine per escludere la genesi da LPR di tosse cronica con valutazione pneumologica negativa e assenza di *postnasal drip* (Figura 3).

Un altro esame è il PEP TEST che determina in laboratorio la presenza di pepsina nella saliva ma non vi è ancora tuttavia una bibliografia significativa per l'LPR.

Uno studio ha poi osservato che la pepsina era presente solo nel 22% di casi con GERD confermato.



Figura 1 - pHmetria Restech in soprano lirico con deterioramento vocale progressivo e inconsapevolezza del reflusso (freccia gialla: micro-sondino al di dietro dell'ugola, freccia azzurra: i molteplici reflussi notturni a pH < 5.5 con durata globale di 7 ore e 4 min e reflusso più lungo durato 52 minuti).



Figura 2 - pHmetria Restech in paziente con segni di LPR, asma allergico e continue riacutizzazioni bronchitiche (in questo caso l'insorgenza quasi esclusivamente notturna consente la monosomministrazione di PPI un'ora prima di cena). Nel riquadro il posizionamento del microsondino.

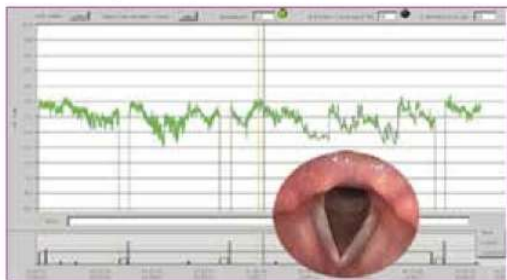


Figura 3 - pHmetria Restech in paziente di 63 anni con tosse secca cronica da irritazione faringea da 1 anno, visita pneumologia, prove allergiche negative, scarsi segni di LPR (verosimilmente progressivo) e RFS 12 e RSI 9. La pHmetria è risultata totalmente negativa per cui la somministrazione ex-juvantibus di PPI per 3 mesi sarebbe stata inutile).

Nei pazienti con sintomi esclusivi di LPR la ricerca di *Helicobacter Pylori* non è necessaria perché non correlato con l'LPR né con lesioni preneoplastiche o neoplastiche laringee.

Per la diagnosi di LPR, vi possono essere vari approcci:

1. Terapia empirica e miglioramento dei sintomi ex iuvantibus ma per avere risultati sui sintomi di LPR, la durata della terapia, alla luce della bibliografia scientifica, deve essere almeno di 3 mesi con bi-somministrazione di PPI (viceversa nell'esofagite da reflusso è sufficiente la monosomministrazione). Così potrebbero essere effettuate terapie lunghe e inutili oltre alla possibile mancata diagnosi di lesioni faringolaringee.

2. Per selezionare meglio i pazienti è dunque consigliabile almeno la VLS redigendo i RSI e RFS per dare un "punteggio" all'LPR.

3. Nei casi più importanti (laringospasmo, asma non allergico, tosse cronica con valutazione pneumologica negativa, aritmie cardiache, professionisti della voce), per determinare la dose ottimale di PPI e ben selezionare il paziente da trattare, può essere indicato aggiungere a VLS+RSI+RFS anche la pHmetria orofaringea.

La risposta ai PPI è risultata superiore come compliance e outcome nei pazienti selezionati con pHmetria Restech rispetto a quelli trattati solo empiricamente.

In conclusione, non vi sono sintomi né segni patognomonicamente di LPR ma la VLS con redazione di RSI e RFS e la pHmetria orofaringea possono dare un aiuto molto concreto per la diagnosi di LPR e la scelta dell'opportuno dosaggio dell'eventuale terapia che, sempre, si deve accompagnare alle note norme alimentari e posturali per la prevenzione del reflusso. **TM**

Info: isabellefinistorchi@tiscali.it



I gruppi Balint
Paziente, professionista, malattia
Giovedì 22 Gennaio 2015, ore 20.30
Ordine dei Medici Firenze, Via G.C. Vanini 15

Quaderni di
Salute e territorio

La monografia *I gruppi Balint-Paziente, professionista, malattia* (ETS, 2013), opera dei componenti dell'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze, descrive la storia dei gruppi Balint in Italia e alcune esperienze formative che si sono realizzate con medici di medicina generale e con altri professionisti delle professioni di aiuto, quali gli psicologi. Nel volume sono espressi anche i principi basilari di una formazione di senso psicosomatico, principi che hanno caratterizzato la recente esperienza toscana di formazione alla conduzione di gruppi Balint.

La presentazione della monografia sarà l'occasione per sviluppare e dibattere alcuni temi di particolare interesse attuale, quali:

- il paradigma della complessità nell'attività dei medici di medicina generale oggi;
- la formazione psicologica del medico di medicina generale e la sua specificità;
- i gruppi Balint nei nuovi contesti della medicina;
- la formazione alla conduzione dei gruppi Balint: l'esperienza della Regione Toscana.

Moderatori: A. Allamani, M.G. Sarti

Interventi di: A. Panti, M. Rosselli, A. Suman, P. Martellucci, M. Santini, L. Polenzani, S. Giovannoni, M.G. Mori, M.P. Urbani, Rappresentante della Regione

Info: Dott. Allaman Allamani - 348.4100587

La monografia è scaricabile da: http://www.formas.toscana.it/rivistadellasalute/fileadmin/files/fascicoli/quaderni/Quaderno4_testo.pdf