

I TUMORI DELLA LARINGE

La **laringe** è l'organo deputato alla fonazione, ovvero all'emissione dei suoni modulati poi da un coimplesso apparato di risonanza costituito dalla bocca e dal massiccio facciale. Fa parte dell'apparato respiratorio e mette in comunicazione le vie aeree superiori (naso, seni paranasali, faringe) e le vie aeree inferiori (trachea, bronchi).

La laringe ha uno scheletro cartilagineo e può essere idealmente suddivisa in tre parti:

la sovraglottide: rappresenta la porzione superiore ed è situata subito al di sotto della base della lingua, estendendosi dall'epiglottide alle false corde vocali;

la glottide: rappresenta la porzione centrale e comprende le corde vocali;

la sottoglottide: rappresenta la porzione inferiore che continua con la trachea.

I **tumori maligni della laringe** sono tra i più frequenti tumori del distretto testa-collo. In Italia si contano circa 5000 nuovi casi l'anno tra gli uomini e 500 tra le donne. La fascia di età più colpita è quella compresa tra i 50 e i 70 anni. I dati epidemiologici più recenti, dopo un evidente calo della loro incidenza, sembrano suggerire una ripresa della malattia anche in soggetti più giovani.

Le neoplasie della laringe originano, nella maggior parte dei casi, dalla mucosa che riveste l'interno dell'organo: il più comune è il **carcinoma a cellule squamose** (95% dei casi). In una percentuale minore di casi, il tumore origina da altri tessuti, quali il tessuto muscolare o connettivale (sarcomi), il tessuto linfatico (linfomi) o le ghiandole (adenomi).

La **sopravvivenza** a 5 anni dalla diagnosi è del 60% circa, oscillando tra il 90-95% nei pazienti con tumori in stadi precoci e il 20% nei pazienti con tumori estesi a linfonodi o a organi extra-laringei.

Il principale fattore di rischio è rappresentato dal **fumo** di sigaretta. Un ruolo importante ma secondario è svolto anche dall'abuso di **alcol**.

I segni e sintomi suggestivi per lo sviluppo di un carcinoma della laringe sono:

disfonia: è un abbassamento della voce, immotivato e persistente (più di due settimane) con variazione del timbro vocale; spesso la voce si presenta aspra e roca anche se in un forte fumatore questo disturbo può essere legato a fatti infiammatori connessi con il tabagismo, in ogni caso di persistenza del disturbo è imperativo il controllo specialistico!

disfagia: è la difficoltà a deglutire e talvolta può associarsi o meno a dolore (odinofagia), che può essere irradiato all'orecchio (otalgia riflessa); questa può comparire per i cibi solidi e /o per quelli liquidi e associarsi a tosse e dimagrimento nelle forme più gravi;

dispnea: è la difficoltà a respirare, percepita come una sensazione di costrizione alla gola; tende ad accentuarsi sotto sforzo o in posizione supina e può accompagnarsi a rumore inspiratorio nelle forme più avanzate;

comparsa di una **tumefazione** nella regione laterale del collo (adenopatia), che persiste per settimane senza regredire; tale eventualità detta "linfonodo sentinella" può accomunarsi all'esordio di tumori maligni sviluppatosi in altre sedi come faringe, esofago cervicale, cavo orale.

In presenza di sintomi sospetti è opportuno effettuare una **visita specialistica dall' otorinolaringoiatria**. L'esame più utile per la diagnosi dei tumori della laringe è la **laringoscopia indiretta con fibrolaringoscopia**, che consente di valutare l'eventuale presenza di ulcerazioni o masse laringee e di valutare la funzione laringea (motilità delle corde vocali) nonché lo spazio respiratorio in soggetti con difficoltà a respirare. A integrazione della laringoscopia, è possibile far uso dell'NBI (**Narrow Band Imaging**), un sistema che enfatizza la vascolarizzazione mucosa, rendendo possibile l'identificazione anche dei carcinomi più

superficiali sulla base del loro aspetto neo-angiogenetico. Qualora durante la visita si riscontri una lesione a livello della laringe, sarà opportuno eseguire una **biopsia** della stessa mediante una microlaringoscopia in sospensione, preferibilmente da effettuarsi in anestesia generale.

Nel caso in cui all'esordio sia presente una tumefazione linfonodale del collo, potrà essere eseguito un **agoaspirato sotto guida ecografica** (FNAC o FNAB) per definirne la natura benigna o maligna.

Infine, per valutare l'estensione della patologia, si deve ricorrere a esami di imaging quali la **TC**, la **Risonanza Magnetica Nucleare** e/o la **PET**.

Una volta definita l'estensione e lo stadio di malattia da una parte, e sulla base delle condizioni di salute del paziente e dalla sua aspettativa di vita dall'altra, si pianifica collegialmente con radioterapisti oncologi e fonochirurghi il trattamento più adeguato al singolo caso.. Negli stadi precoci di malattia la **chirurgia transorale con laser CO2** o la **radioterapia esclusiva** possono garantire gli stessi risultati in termini di guarigione e controllo locale. Per taluni tumori selezionati più avanzati è possibile eseguire una **laringectomia parziale ricostruttiva**, la quale garantisce un buon controllo oncologico e la preservazione della voce, sia pure modificata dall'atto chirurgico, senza la necessità di un tracheostoma permanente. In caso di tumori in stadio avanzato, invece, il trattamento è rappresentato dalla **chemio-radioterapia** (protocolli di preservazione d'organo) o dalla **laringectomia totale**, cioè l'asportazione in blocco della laringe, di solito associata all'asportazione mono o bilaterale dei linfonodi del collo (**svuotamento laterocervicale**). La laringectomia totale comporta la perdita della normale continuità delle vie aeree, e la separazione delle stesse dalle vie digestive; motivo per cui per garantire la respirazione del paziente è necessario il confezionamento di una tracheostomia permanente. In caso di patologia in stadio avanzato, al trattamento chirurgico può seguire una radioterapia post-operatoria, eventualmente associata a chemioterapia.

A seconda del tipo di intervento eseguito sarà possibile recuperare in parte o in toto le funzioni svolte dalla laringe (respirazione, deglutizione e fonazione). Qualora si debba asportare la laringe si potrà riprendere a

parlare con una nuova voce detta voce esofagea (o erigmofonica) oppure si possono impiantare delle protesi fonatorie che attraverso adeguato training consentono al paziente di comunicare in modo assolutamente efficace e comprensibile.

Come in tutte le neoplasie maligne del distretto testa collo, i pazienti trattati vanno avviati a controlli periodici di follow-up. La frequenza e il tipo di indagini da eseguire dipendono dal rischio di recidiva, calcolato per il singolo paziente sulla base dello stadio iniziale di malattia e dei fattori di rischio individuali, oltre che dal tipo di trattamento effettuato. La visita clinica di follow-up include l'esame obiettivo completo del distretto testa-collo e la laringoscopia integrata con esame NBI. A integrazione della visita otorinolaringoiatrica si ricorrerà a indagini quali l'ecografia per la valutazione delle stazioni linfonodali del collo e la TC o la risonanza magnetica con mezzo di contrasto per la valutazione di eventuali recidive locali di malattia effettuati con una periodicità frutto di linee guida internazionali.