

- **Laringectomia totale**

Con il termine laringectomia totale si intende l'intervento chirurgico volto alla rimozione totale della laringe, dall'osso ioide ai primi anelli tracheali, con possibile allargamento fino all'ipofaringe o alla base della lingua a seconda dell'estensione tumorale. È molto spesso associata ad uno svuotamento linfo-nodale latero-cervicale.

Nel 21° secolo è l'intervento demolitivo considerato il gold standard per il trattamento dei tumori che non hanno risposto alla terapia, recidivanti o che si trovano ad uno stadio ormai troppo avanzato (Moon et al., 2014).

Chirurgia

Gli interventi chirurgici eseguiti a carico della laringe si distinguono in:

- *Conservativi*, nei quali viene preservata per via naturale la funzione fonatoria e respiratoria;
- *Demolitivi*, nei quali le vie aeree vengono definitivamente separate dalla via digestiva

In sala operatoria il chirurgo scolla la laringe dal basso verso l'alto e la separa dalla trachea, la quale viene fissata alla cute per formare un tracheostoma permanente che divide in modo irreversibile le vie aeree e digestive, che permetterà al paziente di respirare.

Successivamente viene eseguita una faringoplastica ed infine una sutura a punti staccati dei lembi dell'incisione cutanea con introduzione della cannula tracheale.

La funzione deglutitoria è invece garantita dalla sutura della mucosa dell'ipofaringe alla base della lingua.

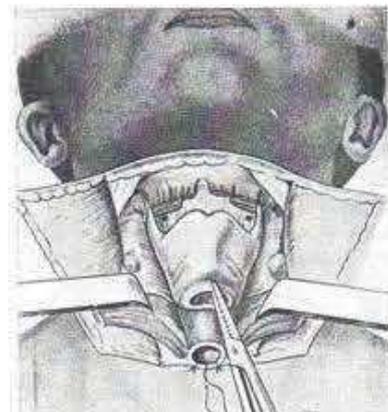


Figura 2.2 Chirurgia laringea

Indicazioni

Si dà indicazione di laringectomia totale nel caso in cui:

- Il tumore sia ad uno stadio troppo avanzato
- La radioterapia o la chemioterapia non abbiano avuto successo
- Il tumore non possa essere asportato completamente con un intervento conservativo/parziale
- Il tumore sia recidivante

E' un intervento estremamente invasivo e demolitivo, con una percentuale di sopravvivenza a 5 anni che varia dal 38% al 70% (Raol et al., 2017). L'esito positivo del trattamento chirurgico o radiochemioterapico è influenzato da vari fattori tra cui:

- Stato dei margini di resezione chirurgica
- Attività mitotica cellulare
- Metastasi linfonodali latero-cervicali
- Metastasi a distanza
- Rottura capsulare nei linfonodi latero-cervicali

Esiti anatomici e funzionali

Essendo la laringectomia totale una procedura chirurgica estremamente demolitiva ed invasiva, presenta numerosi esiti sia a livello anatomico che funzionale.

Per quanto riguarda i cambiamenti a livello anatomico ricordiamo la presenza di un tracheostoma permanente a livello del collo che modifica l'aspetto fisico e impatta molto a livello psicologico.

A livello funzionale sono numerose le modificazioni che seguono all'intervento di laringectomia totale:

- Perdita della parola a causa dell'asportazione completa di laringe e corde vocali;
- Perdita del senso del gusto;

- Perdita della funzione di fissazione svolta dalla laringe, la quale incide sulla capacità di svolgere azioni che prevengono l'attivazione del torchio addominale;
 - Difficoltà di deglutizione;
 - Rigidità di collo e spalle con limitata possibilità di movimento;
 - Perdita della funzione di riscaldamento, umidificazione e purificazione dell'aria precedentemente svolta dal naso a cui segue la perdita del senso dell'olfatto a causa del mancato passaggio di aria;
 - Rischio di penetrazione di acqua all'interno dello stoma
- (Brook I., 2018; Schindler O., 2014; Albera R. e Rossi G., 2012)

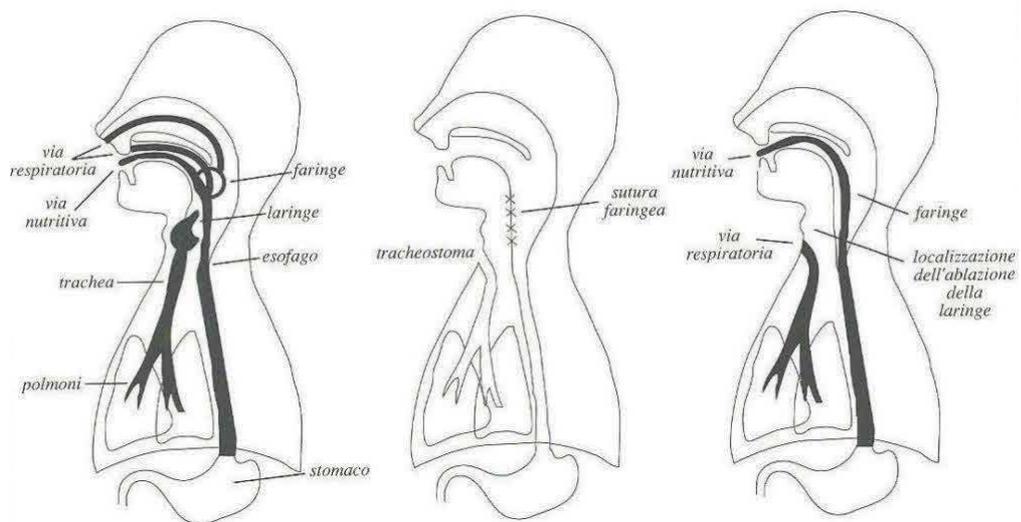


Figura 2.3 Prima e dopo laringectomia totale

- **Riabilitazione**

Le Linee Guida per le attività di riabilitazione (1998) definiscono con il termine Riabilitazione *"un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative"*.

Viene anche sottolineato che *"il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini. Di conseguenza, il processo riabilitativo riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali"*.

Da questa definizione si evincono 2 concetti fondamentali: il primo è che la riabilitazione segue un modello bio-psico-sociale, il secondo è che si tratta di un processo attivo, differente dalla semplice assistenza.

Gli obiettivi che si deve porre qualsiasi percorso riabilitativo sono:

- Promuovere lo sviluppo di una competenza
- Reperire formule facilitanti o alternative
- Arginare la regressione funzionale
- Recuperare una competenza funzionale persa

Con lo scopo ultimo di incrementare il più possibile l'indipendenza funzionale e la qualità di vita del paziente.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del Ministero della Salute (2011) sottolinea la fondamentale centralità che devono avere il paziente e tutti i suoi familiari all'interno di un programma riabilitativo individualizzato, integrato nelle diverse fasi e individuato a partire dall'applicazione di tutti i parametri dettati dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF, 2001).

All'interno del percorso di riabilitazione è possibile individuare tre differenti stadi:

- Il primo riguarda il momento in cui avviene la menomazione
- Il secondo riguarda la fase post-acuta e le disabilità residue
- Il terzo tende al mantenimento delle autonomie funzionali conseguite e alla prevenzione di possibili peggioramenti

L'intervento logopedico può avvenire in ogni stadio, facendosi carico del paziente e dei caregiver secondo il principio di miglioramento della qualità della vita.

La carica riabilitativa dell'intervento logopedico viene riconosciuta all'interno dell'Art.4 del Codice Deontologico, approvato dalla FLI nel 1999, in cui si afferma che:

"Finalità dell'intervento logopedico è il perseguimento della salute della persona, affinché possa impiegare qualunque mezzo comunicativo a sua disposizione in condizioni fisiologiche. Nel caso di un disturbo di linguaggio e/o di comunicazione e/o da loro eventuali esiti, l'obiettivo sarà il superamento del disagio ad esso conseguente, mediante il recupero delle abilità e della competenze finalizzate alla comunicazione o mediante l'acquisizione e il consolidamento di metodiche alternative utili alla comunicazione ed all'inserimento sociale".

Ricordiamo, inoltre, che il logopedista, come descritto nel Profilo Professionale (DM 742, 1994) si occupa di *"tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto e degli handicap comunicativi"*.

Strumenti di riabilitazione vocale dopo laringectomia totale

La perdita della voce rientra tra gli esiti più invalidanti della laringectomia totale, sia sul piano funzionale che su quello psicologico. Nonostante l'intervento preveda la completa rimozione

della laringe e delle corde vocali, sono state elaborate diverse metodiche per l'apprendimento della voce alternativa, le quali vicariano la funzione fonatoria della laringe.

È il logopedista, ma non solo, ad occuparsi principalmente della riabilitazione della voce nel paziente laringectomizzato, con l'obiettivo finale di ottenere la miglior voce vicariante possibile, che sia funzionale alla comunicazione.

È molto importante la presa in carico precoce in modo da rispondere alle esigenze comunicative del paziente e fornirgli informazioni chiare, esaustive ed adeguate riguardo le possibilità terapeutiche disponibili. Nel corso del tempo sono state elaborate diverse metodologie per la riabilitazione della funzione fonatoria dei pazienti sottoposti a laringectomia totale, le quali vengono scelte dal team riabilitativo, a seconda del paziente e delle sue esigenze comunicative, tenendo conto di fattori clinici, socio-culturali e psicologici del soggetto, ma anche dell'età e della motivazione ad apprendere una nuova e diversa modalità di fonazione.

Laringofono

Il laringofono o elettrolaringe è un apparecchio che funziona mediante un accumulatore elettrico ricaricabile, si compone di una testina vibrante che si aziona grazie ad un pulsante, la quale produce una vibrazione rumorosa che raggiunge la gola e la bocca del paziente.

Viene solitamente appoggiato sotto il mento o sulla guancia per far giungere le vibrazioni, le quali si trasformano in fonemi grazie ai movimenti articolatori del soggetto.



Figura 2.4 Laringofono

E' necessario trovare in ogni paziente il punto di appoggio migliore, il quale varia a seconda dell'elasticità del collo e della presenza o meno di aderenze cicatriziali post-operatorie.

La voce risulta metallica, monotona e di scarsa qualità, ma è un apparecchio che viene utilizzato nell'immediato periodo post chirurgico per poi apprendere altri metodi, oppure essere usato come riserva nel caso in cui il paziente si trovasse impossibilitato all'apprendimento delle altre tecniche riabilitative. Non è possibile proporlo come alternativa a paziente con sordità trasmissiva o che fanno già uso di apparecchi acustici.

È necessario istruire il paziente affinché mantenga un ritmo d'eloquio adeguato, un'articolazione precisa e dolce che non marchi eccessivamente le consonanti. È uno strumento che necessita di essere regolato sulla persona e deve essere utilizzato in maniera corretta per poter ottenere la qualità vocale migliore.

Voce esofagea

La voce esofagea o voce erigmofonica è una tecnica scoperta da Seeman nel 1922, il quale si rese conto che pazienti laringectomizzati erano in grado di parlare utilizzando l'esofago cervicale come se fosse una neoglottide e quello distale, insieme allo stomaco, come serbatoi di aria. La produzione del suono è data dalla vibrazione della mucosa dello sfintere crico-faringeo.

In questa voce di sostituzione le vibrazioni sono generate dall'aria eruttata fuori dall'esofago.

Le fasi per la realizzazione dello speech esofageo sono:

- 1- Immissione di aria nella bocca
- 2- Passaggio dell'aria all'interno dell'esofago
- 3- Emissione dell'aria mediante eruttazione



Figura 2.5 Fasi di realizzazione della voce esofagea

L'aria può essere immessa in esofago mediante diverse tecniche, elaborate nel corso degli anni da diversi studiosi:

- Deglutizione, prevede la deglutizione di saliva a cui segue la produzione di una vocale e una consonante occlusiva sorda
- Inspirazione, prevede l'immissione di aria in esofago durante un normale atto di inspirazione polmonare a cui segue la produzione di suono nel corso dell'espiazione
- Iniezione, prevede l'annullamento del tempo di latenza che intercorre tra il rifornimento d'aria e la produzione del suono

Le caratteristiche di una buona voce esofagea sono:

- Assenza di rumore durante il rifornimento d'aria in esofago
- Assenza di soffio d'aria dal tracheostoma
- Assenza di eccessivi intervalli di tempo tra il rifornimento d'aria e la produzione della voce
- Intensità sonora e tempo fonatorio adeguati
- Eloquio fluente senza interruzioni evidenti
- Timbro vocale gradevole e costante
- Buona pronuncia
- Ritmo adeguato
- Espressività
- Modulazione
- Assenza di fatica

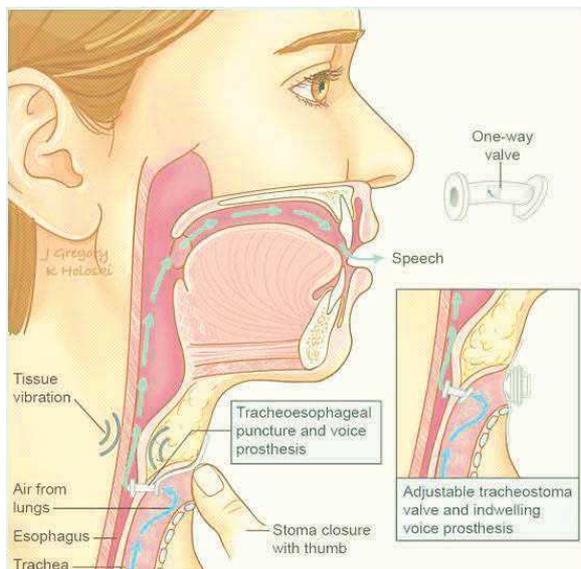
Tra gli svantaggi di questa tecnica si ricordano la difficoltà ad essere compresi in ambienti rumorosi e a parlare subito dopo aver mangiato, la ridotta velocità dell'eloquio e l'irrigidimento del collo nel caso di fonazione prolungata.

È inoltre una metodica che richiede un tempo considerevole per l'apprendimento, ma tra i vantaggi più significativi vi è l'indipendenza da qualsiasi dispositivo o strumento e nella libertà di entrambe le mani.

Voce tracheoesofagea

La voce tracheoesofagea prevede la creazione chirurgica di una fistola tracheoesofagea in cui viene inserita una protesi fonatoria, mediante un intervento chirurgico. Il posizionamento della valvola è detto primario quando avviene contemporaneamente all'intervento di laringectomia totale, mentre si definisce secondario se viene eseguito in un momento successivo.

La fistola, creata nella parte posteriore della trachea, mette in comunicazione la trachea con l'esofago. La pervietà è garantita



dall'inserimento di una valvola unidirezionale sul versante esofageo, in modo tale da proteggere trachea e polmoni dal possibile passaggio di liquidi e alimenti ingeriti.

Parlare diventa possibile mediante la chiusura dello stoma, così da permettere la deviazione dell'aria espirata dentro l'esofago,

Figura 2.6 Produzione vocale con protesi fonatoria

la quale mette in vibrazione il segmento faringo-esofageo e consente la normale articolazione delle parole.

La voce risulta più forte e fluente di quella esofagea. Studi condotti dal 1980 ai primi anni 2000 riportavano una percentuale di successo compresa tra 78-96%, ma studi recenti riportano tassi di successo più bassi rispetto al passato (65-73%), con, in aggiunta, una percentuale del 12% di pazienti che hanno smesso di usare la protesi fonatoria ad un anno dall'intervento e un range del 10-70% di pazienti che ne hanno richiesto la rimozione (Moon et al., 2014).

Per poter proporre al paziente un percorso riabilitativo con la protesi fonatoria è necessario che esso possieda dei prerequisiti tra cui:

- Possibilità di movimento del braccio per chiudere lo stoma
- Funzionamento cognitivo nella norma per la corretta gestione ed igiene della protesi
- Acuità visiva buona

Uno dei vantaggi è rappresentato dalla rapidità con cui viene recuperata la funzione fonatoria.

Pompa velo-faringea

Il metodo della pompa velo-faringea o metodo Ferri è stato elaborato dalla signora Emma Rita Ferri, sottoposta a laringectomia totale nel 2000, la quale non trovando successo nell'uso delle tecniche presenti ha ideato una nuova metodica riabilitativa basata sul tubare del piccione.

Il punto cruciale della tecnica consiste in una pompa ciclica divisa in due fasi, in cui vengono utilizzate le medesime strutture anatomiche ma con comportamento opposto nelle diverse fasi:

- Fase iniettiva



Figura 2.7 Logo del metodo Ferri

- Fase eiettiva

La voce che viene prodotta presenta una caratterizzazione timbrica che permette di differenziare le voci femminili dalle voci maschili.

Il percorso riabilitativo prevede diverse fasi e concentra l'attenzione, prima della produzione della voce, sul detensionamento muscolare e l'elasticità dei tessuti.

Gli obiettivi perseguibili con l'uso del metodo Ferri sono:

- Riduzione dell'ipertono con mantenimento dell'elasticità di tessuti muscolari e della mucosa cervicali
- Coordinazione ciclica, veloce ed automatica tra immissione ed emissione dell'aria
- Consapevolezza nella gestione indipendente di respirazione e fonazione
- Controllo propriocettivo dei muscoli dello sfintere esofageo superiore e del vocal tract con migliore controllo del flusso d'aria
- Passaggio del flusso aereo nel naso con miglioramento dell'olfatto

(Lampacrescia E., 1996; Schindler O., 2014; Bonelli L. e Aversa S., 1984)

- **Counseling**

Il counseling nasce ufficialmente nel 1942, con la pubblicazione del libro di Carl Rogers (1902-1987) dal titolo *Counseling and Psychotherapy* e giunge in Italia negli anni Ottanta e inizia a diffondersi negli anni Novanta con la nascita, del 1993, della Società Italiana di Counseling (SICo).

Calvo (2007) definisce il counseling come: *“una relazione di aiuto specifica e specialistica, offerta da un professionista ad un cliente che si trova in una situazione di conflitto o difficoltà, oppure presenta problemi di varia natura, collegati alla propria crescita personale”*.

In altre parole il counseling opera nell’ottica di promuovere il benessere dell’altro, più che di curare una malattia. Il focus è posto sull’accompagnamento del cliente al superamento di una crisi, momentanea o duratura.

La tecnica di intervento utilizzata nel counseling è generalmente quella del colloquio.

Secondo Di Fabio (1999) lo scopo generale del counseling è quello di: *“offrire alla persona che fruisce dell’intervento l’opportunità di esplorare, scoprire e rendere chiari gli schemi di pensiero ed azione, per vivere più congruentemente, aumentando il proprio grado di consapevolezza, facendo un uso migliore rispetto ai propri bisogni e desideri e pervenendo ad un grado maggiore di benessere”*.

Si realizza un intervento di counseling ogni volta che un persona, che riveste regolarmente o temporaneamente il ruolo di counselor, offre o concorda esplicitamente di offrire tempo, attenzione e rispetto ad un’altra persona, che si trova temporaneamente nel ruolo di cliente.

Le fasi del Counseling

Reddy (1987), identifica diverse fasi distinte all’interno dell’intervento di counseling.

I Fase, è volta al riconoscimento e alla definizione del problema del cliente, l’intervento facilitante del counselor ha un ruolo fondamentale

per la comprensione del problema, attraverso la rottura del circolo vizioso per cui il cliente analizza il problema sempre dallo stesso punto di vista e con le medesime convinzioni.

II Fase, è volta alla ridefinizione del problema del cliente, il counselor ha il compito di stimolare il cliente affinché questo attivi una coscienza riflessiva indispensabile per una piena comprensione del problema. Alla fine di questa fase il cliente è in grado di considerare il proprio problema da un'angolazione diversa e più esaustiva.

III Fase, è volta alla gestione del problema del cliente, il counselor ha il compito di facilitare il processo decisionale che rimane autogestito. Avviene la definizione del problema in termini di obiettivi concreti e raggiungibili, la formulazione di strategie per il raggiungimento di ogni obiettivo, la valutazione di ogni strategia e dei tempi necessari, la verifica della congruenza della scelta.

Approcci teorici

Esistono diversi approcci teorici al counseling, i quali sono riconducibili agli orientamenti teorici fondamentali della psicologia.

I principali approcci, che hanno trovato piena applicazione pratica sono 3:

- *Approccio centrato sulla persona*, si rifà al pensiero di Carl Rogers.

Secondo Rogers il cliente possiede una conoscenza intuitiva di ciò che desidera ed è colui che meglio di chiunque altro conosce la propria situazione. Il cliente ha un ruolo attivo nel processo di cambiamento, in quanto è colui che conosce la propria situazione e ciò che desidera meglio di chiunque altro.

Il compito del counselor è facilitare il cambiamento nella direzione scelta dal cliente stesso, mediante il colloquio non direttivo, l'ascolto attivo e la comprensione empatica all'interno di una relazione autentica.

- *Approccio psicodinamico*, si rifà alla teoria freudiana e ai successivi sviluppi psicoanalitici.

L'obiettivo del counselling è quello di aiutare il cliente ad acquisire consapevolezza dei propri problemi emotivi e, a partire dal qui ed ora, ricerca collegamenti tra la situazione attuale e le esperienze passate del cliente.

Le strategie di intervento che vengono utilizzate sono:

- Transfert, il cliente rivive situazioni emotive legate ad ambiti della vita proiettandole sul terapeuta;
 - Controtransfert, risposta emotiva e comportamentale del terapeuta al transfert
- *Approccio comportamentale*, si basa sull'idea che per modificare un comportamento disfunzionale ci si deve focalizzare su di esso e farne l'obiettivo dell'intervento.
Le tecniche che vengono applicate sono quelle classiche del condizionamento (decondizionamento sistematico, estinzione delle risposte) e quelle proprie dell'approccio cognitivo (problem solving, acquisizione di strategie, brainstorming).

Ambiti di applicazione

È possibile distinguere il counseling in base a diversi parametri:

- Numero e tipologia degli interlocutori = individuale, di coppia, familiare, di gruppo
- Contesto o area di riferimento = psicologico, scolastico, ospedaliero, universitario
- Ambito = comunitario, lavorativo, sociale, socio-sanitario
- Tipologia o area di intervento = oncologico, di supporto, sessuologico

Counseling in logopedia

Per ogni professionista della relazione di aiuto, tra cui il logopedista, sono utili, se non indispensabili, le abilità di counseling. L'aspetto educativo proprio del counseling trova un terreno fertile nel mondo sanitario e dunque anche nella pratica logopedica: esso offre la possibilità di lavorare sulle risorse delle persone e sulla loro reale capacità di prendersi cura di se stesse, ancora prima che degli altri. Ogni qualvolta viene effettuata una valutazione o la presa in carico di un paziente è necessario accoglierlo insieme alla sua famiglia, con tutte le dinamiche relazionali e comunicative sottese e conseguenti alla patologia stessa.

Il counseling logopedico adotta tecniche mutate dalla psicoterapia al fine di facilitare una migliore comprensione delle richieste e delle aspettative del cliente ottimizzando i tempi valutativi e terapeutici.

Nel setting logopedico ascoltare il proprio paziente permette ad esso di aprirsi ed esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti, dubbi e perplessità riguardo lo stato di malattia presente e futuro. Il logopedista si occupa anche di fornire informazioni relative alle problematiche cliniche come la gestione e l'igiene di cannula e stoma. La relazione tra professionista sanitario e paziente si compone di qualità umane e professionali, quando inadeguata può condurre a conseguenze negative anche a livello di successo terapeutico.

È fondamentale, quindi, anche nel percorso di presa in carico logopedica la creazione di una relazione di cura, il cui elemento centrale sia l'alleanza terapeutica.

L'informazione relativa alla situazione anatomo-funzionale pre e post intervento chirurgico, alle conseguenze sul piano comunicativo e non, alle possibili strategie riabilitative può rendere meno traumatico il percorso che il paziente si trova a dover affrontare, con il relativo carico psicologico.

Le informazioni devono essere veicolate con un linguaggio che sia adeguato al livello cognitivo e culturale dei soggetti a cui vengono fornite.

È fondamentale la partecipazione dei familiari, i quali devono comprendere tutto ciò che viene spiegato, devono essere informati in modo chiaro, al fine di poter essere svolgere un ruolo di cooperazione e di aiuto al paziente.

Il counseling ha la finalità di provocare una modificazione significativa benefica delle azioni e degli atteggiamenti di paziente e caregivers.

I logopedisti devono avere la formazione e le abilità necessarie per eseguire al meglio il counseling con i pazienti laringectomizzati totali, in quanto strumento che porta a benefici nel trattamento e nella riabilitazione (Raol et al., 2017; Shenson et al., 2016), trasmettendo al soggetto le informazioni fondamentali riguardanti il piano di trattamento e le conseguenze che ne derivano, senza dimenticare le necessità del paziente e il suo coinvolgimento attivo in tutto il percorso riabilitativo.

(Rivista Italiana di Counseling; Schindler O., 2014)