



**Corso di Alta Formazione in PROEL
Metodo Propriocettivo Elastico**

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO E REFLUSSO LARINGO-FARINGEO

NOTE AUTOBIOGRAFICHE E APPUNTI ESPLORATIVI
PER UN APPROCCIO AL PROBLEMA

Tutor: Prof. Dr. Alfonso Borragàn Torre

Studente: Diana Torto

Anno accademico: 2020/2021

Indice generale

INTRODUZIONE	3
OBIETTIVI	3
METODOLOGIA	4
LA MIA ESPERIENZA	4
RISULTATI DEL QUESTIONARIO PROPOSTO	8
DISCUSSIONE	11
CONCLUSIONI	16
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUZIONE

Nel pensiero comune, una voce disfonica è sinonimo di mal uso vocale, ma questa convinzione andrebbe rimodulata prendendo in considerazione una visione più ampia del problema. Infatti, la maggior delle volte, le disfonie sono il risultato di una compromissione funzionale dovuta ad un fattore infiammatorio che altera la funzione stessa dell'organo fonatorio. Tra i più agguerriti fattori infiammatori troviamo il reflusso gastro-esofageo e quello laringo-faringeo, due disturbi che se non curati producono un'inflammazione cronica e la relativa perdita della funzione dei tessuti laringei.

Mentre il primo dei due risponde abbastanza bene alle terapie con inibitori di pompa protonica, il secondo è generalmente più ostico da affrontare e risolvere, ma, quasi sempre, entrambi sono il risultato di una multifattorialità di cause scatenanti che rendono ardua la diagnosi precisa e conseguentemente molto spesso nella cura si procede per tentativi terapeutici.

L'argomento di questo elaborato vuole essere la testimonianza di un'esperienza vissuta in prima persona nella difficilissima gestione di un grave reflusso laringo-faringeo che ha fatto ammalare la mia voce, probabilmente in seguito alle compensazioni attuate nell'atto fonatorio parlato e cantato, e che mi ha costretto a ricorrere alla chirurgia per la conseguente formazione di una cisti intracordale.

Nei tanti anni di attività di insegnante di canto, ho ascoltato molte testimonianze riguardo questo disturbo, ma solo l'esperienza diretta mi ha mostrato il volto invalidante di questa malattia e la difficoltà della sua presa in carico.

OBIETTIVI

Nonostante nell'ambiente dei cantanti, da qualche anno, l'argomento reflusso sia riconosciuto come un grave problema per un professionista della voce, mi sono resa conto di quanto le informazioni relative a questa malattia siano disponibili, ma rese note ai pazienti in modo frammentario.

Nella mia esperienza è stato molto utile acquisire queste conoscenze grazie allo studio effettuato nell'ambito del corso PROEL frequentato in contemporanea alla fase più difficile della malattia, ma certamente le stesse informazioni sarebbero state ancora più efficaci se acquisite precedentemente alla cronicizzazione del disturbo.

L'obiettivo dell'elaborato è mettere in evidenza come viene generalmente vissuto e affrontato questo disturbo, osservando quali sono i fattori scatenanti, la varietà dei sintomi, le ripercussioni sulla voce e le strategie di cura, al fine di divulgare le informazioni relative e mostrare un ampio ventaglio di strade percorribili che possano aiutare chi malauguratamente si trovasse a vivere questa malattia, in modo da poter affrontare con più consapevolezza un percorso di guarigione o quantomeno di limitazione dei danni.

METODOLOGIA

La metodologia usata si basa sulla ricerca, sull'osservazione e l'analisi di informazioni relative alla gestione di questa malattia, attraverso la raccolta di dati relativi alla mia esperienza e a quelle di altri cantanti esperti che hanno vissuto o convivono tuttora con questo disturbo. Introduco l'elaborato con il racconto della mia esperienza cui seguirà un estratto dei dati ricavati dal questionario che ho redatto e sottoposto ai colleghi coinvolti e la discussione relativa all'analisi dei dati ricavati.

LA MIA ESPERIENZA

Fornisco alcune informazioni che possono essere utili ad inquadrare la mia situazione di partenza: ho 53 anni e sono una cantante di jazz; affianco alla mia attività artistica quella di insegnante di canto jazz e improvvisazione vocale con un impegno medio di otto ore al giorno per tre giorni a settimana; da un anno e mezzo sono in pre-menopausa; soffro di ipotiroidismo subclinico (tiroidite di Hashimoto); sono normopeso, i valori delle analisi cliniche nella norma (tranne il TSH e una leggera anemia), tendenzialmente bradicardica e con bassa pressione sanguigna. La recente gastroscopia ha evidenziato una gastrite iperemica.

1. PREGRESSE DIFFICOLTÀ VOCALI

Durante l'adolescenza mi svegliavo al mattino con difficoltà di fonazione per i primi 5/10 minuti. Attorno ai 20 anni ho iniziato ad insegnare solfeggio e teoria musicale e nelle ultime ore della giornata percepivo stanchezza vocale e raucedine. Successivamente, entrambi questi disagi sono inspiegabilmente spariti. Dai 25 anni in poi ho sempre avuto

una voce fresca, agile, instancabile, anche nei periodi in cui insegnavo 8 ore al giorno per 5 giorni a settimana.

2. IL MIO STOMACO

Riguardo al mio stomaco, ricordo di averlo sempre percepito molto distintamente e soprattutto l'appetito si è sempre manifestato con dolore e bruciori insopportabili.

Casualmente, ho avuto l'opportunità di confrontarmi con un gastroenterologo, docente ai corsi di vocologia, e ho scoperto che le persone sane non percepiscono lo stomaco in questa maniera!

Purtroppo non ho mai approfondito questo mio malessere al quale in fondo ero abituata da sempre. Negli ultimi 4 o 5 anni, ho iniziato a soffrire sporadicamente di difficoltà di fonazione mattutina legata a occasionali cene abbondanti o all'assunzione di vino e pietanze elaborate.

3. L'INIZIO DEI PROBLEMI

Tre anni fa, ho perso improvvisamente la voce (nell'arco di tre ore) durante una prova orchestrale fatta subito dopo aver mangiato abbondantemente salumi e formaggi. L'otorinolaringoiatra il giorno dopo mi ha confermato la presenza di una forte infiammazione delle aritenoidi a seguito di un reflusso importante.

Un anno e mezzo fa, improvvisamente, ho iniziato ad soffrire di frequenti disfonie. La voce si presentava sporca, aggravata, rigida e rauca. Inizialmente ho pensato ad un raffreddamento importante, ma dopo alcune settimane ho sospettato che fosse nuovamente il reflusso che evidentemente si era ripresentato, e in una forma più accentuata.

Da prescrizione medica, ho eliminato dalla dieta i cibi acidi e le bevande irritanti o con gas, ottenendo un po' di miglioramento, ma senza ritrovare un suono veramente a posto. Sono seguiti mesi di didattica a distanza molto faticosi e alcuni concerti estivi. Al termine delle giornate di lezione avvertivo la fatica e, successivamente, durante i concerti avvertivo molta meno facilità vocale, inoltre, il giorno dopo i concerti la voce era stanchissima. Un anno fa, dopo una cena "importante" mi sono svegliata la mattina con la voce in grande difficoltà: con il passare delle ore la situazione peggiorava sempre di più e da quel giorno sono ricominciati i problemi di disfonia. Sono seguiti due concerti impegnativi; durante il primo concerto ho avvertito una sorta di "rottura" muscolare e il giorno dopo ero quasi totalmente afona, ho recuperato nei giorni seguenti ma in tutta la zona medio bassa la

voce rimaneva come sospesa e incapace di un registro pieno; con molta fatica sono riuscita ad affrontare il secondo concerto che fortunatamente prevedeva un repertorio quasi classico con vocalità leggera e più orientata nella parte medio alta dell'estensione. Nel frattempo il medico mi ha prescritto un inibitore di pompa protonica, pantoprazolo da 40 mg (diventati successivamente 40 mg al mattino e 40 mg alla sera) e delle bustine per proteggere le mucose da prendere dopo i pasti, ma nonostante un netto miglioramento nella percezione dei fastidi allo stomaco, non ho mai smesso di avere eventi di bruciore notturno in gola e successivamente difficoltà di digestione. Un paio di settimane dopo ho fatto una visita foniatrica che non ha riscontrato patologie ma solo un po' di infiammazione. Il foniatra mi ha consigliato di continuare con il pantoprazolo e di aggiungere bromelina, pastiglie da sciogliere in bocca a base di acido ialuronico e un'altro farmaco per proteggere le mucose, da prendere dopo i pasti. Ciò nonostante, dal quel momento non ho mai recuperato completamente la mia voce.

4. L'INNESCO DI ANSIA E STRESS

Con l'insegnamento ho vissuto ogni settimana un peggioramento vocale nei giorni di lezione seguito da un miglioramento nei giorni di riposo, ma senza mai recuperare in pieno. Nel tentativo di affaticarmi meno, ho iniziato a limitare il più possibile gli esempi vocali durante le lezioni, con grande frustrazione, ma puntualmente alla fine delle tre giornate di insegnamento ero vocalmente esausta. Il mio stato d'animo ha iniziato a vacillare, si è presentata un'ansia costante e ho iniziato a soffrire di risvegli notturni plurimi e prolungati.

5. IL TOUR TRA GLI SPECIALISTI

Nel tentativo di risolvere la mia condizione vocale, oltre alle visite foniatriche, ho iniziato a studiare i miei sintomi e cercare aiuto presso gli specialisti, prendendo in considerazione anche le medicine alternative. Sono seguiti mesi di visite, cure farmacologiche, diete ferree, assunzione di integratori, manipolazioni fisioterapiche, esercizi di respirazione mirati, meditazione...

Queste le tappe:

1) **Medicina ayurvedica**: ha eliminato dalla mia dieta i cibi acidi (compresi i lieviti), i cibi grassi, le farine, i formaggi e i latticini, la carne di maiale e tutti i cibi conservati, congelati e crudi, mi ha prescritto integratori e consigliato di fare almeno 30 minuti al giorno di attività fisica, di praticare meditazione e bere almeno 2Lt di acqua al giorno: ho avuto dei

miglioramenti per un paio di settimane, per poi tornare improvvisamente a peggiorare.

2) **Gastroenterologo**: ha sostituito il pantoprazolo con il Lucen 40 mg e prescritto un procinetico (per aiutare la digestione che stava peggiorando sempre di più e presentava anche una forte nausea), oltre a una dieta molto simile a quella che già seguivo precedentemente la dieta ayurvedica, che prevede l'eliminazione dei cibi e le bevande acide e dei latticini. Dopo un mese ho dovuto interrompere il procinetico che mi procurava sonnolenza e depressione. I risultati generali sono stati blandi.

3) **Centro fisioterapico specializzato in problemi da reflusso**: ho fatto delle sedute fisioterapiche e lavorato quotidianamente per due mesi con esercizi di respirazione e manipolazioni che avevano lo scopo di ridurre meccanicamente l'eventuale allentamento del cardias. Il nutrizionista di questo centro mi ha consigliato una dieta a rotazione in cui eliminare alternativamente glutine, latticini e nichel oltre ai cibi grassi, conservati e irritanti. Riscontrando dei miglioramenti, ho provato ad eliminare l'inibitore di pompa protonica, ma la riacutizzazione dei sintomi mi ha costretto a riprenderne l'assunzione. Risultati discreti.

4) **Endocrinologo**: temendo che fosse il mio ipotiroidismo (ancora in fase subclinica) ad interferire, ho ripetuto tutti i controlli relativi alla mia tiroidite che invece è in una condizione di stasi.

5) **Allergologa/immunologa**: mi ha trovata intollerante a quasi tutta la frutta, alle patate, ai pomodori e al sedano. Ho eliminato i cibi incriminati che posso invece mangiare se cotti ad altissime temperature. È importante anche assumerne in piccole quantità.

6) **Medico specializzato in medicina funzionale e regolatoria, in omeopatia e omotossicologia**: la diagnosi è stata di forte infiammazione dello stomaco e disbiosi intestinale. La cura si basa su una dieta che prevede l'eliminazione di cibi che contengono istamina (latticini vaccini, formaggi stagionati, alcol, aceto, maiale e insaccati, pesce azzurro in scatola, cibi in scatola, pomodori, melanzane, crostacei, spinaci, funghi) o che sono istamino-liberatori (cioccolato, ananas, kiwi, agrumi, fecola di patate, frutta secca, caffè, tè, fagioli, albume d'uovo) oltre all'assunzione di tanti integratori (vitamine e altri elementi). Ho eliminato dalla mia dieta anche i dolci, gli zuccheri (zucchero, miele,...) e il sale. Bevo 2 lt di acqua al giorno e faccio 30 minuti al giorno di camminata veloce alternata a corsa. Inoltre, negli ultimi due mesi assumo integratori che mirano a ritrovare serenità e capacità di rilassarmi e dormire senza interruzioni notturne. Al momento molti obiettivi sono stati raggiunti anche se so che la strada da percorrere è ancora lunga.

7) **Osteopata**

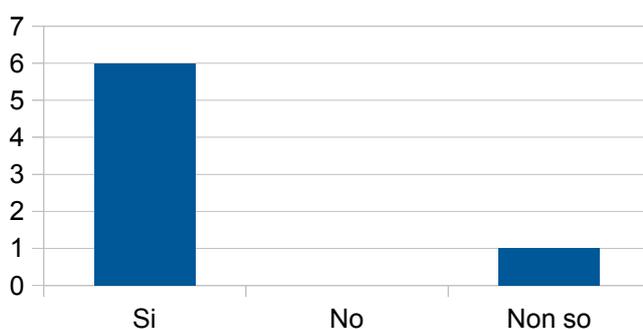
8) **Gastroendoscopia** che ha rilevato una gastrite iperemica, ovvero una forma di gastrite

cronica di tipo ereditario generalmente dovuta allo stress; sono stati inoltre rilevati dei polipi nel fondo dello stomaco e un piccolo polipo nell'esofago (in attesa di risultato esame istologico). Fortunatamente il cardias è in sede, ma non so se è un cardias beante.

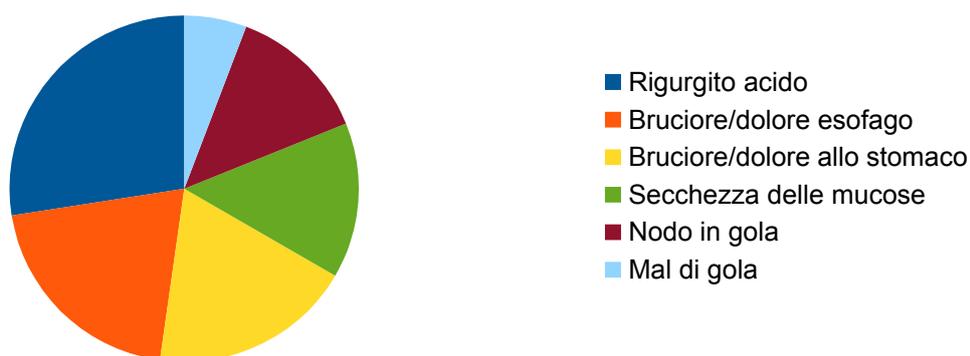
RISULTATI DEL QUESTIONARIO PROPOSTO

Hanno partecipato al questionario 7 cantanti professionisti: 5 di jazz e 2 di canto lirico. L'età media dei partecipanti è di 40 anni e l'età media di esordio della malattia è di 26 anni. L'impegno vocale medio dei partecipanti è di 4 ore al giorno. Riporto un estratto dei dati raccolti.

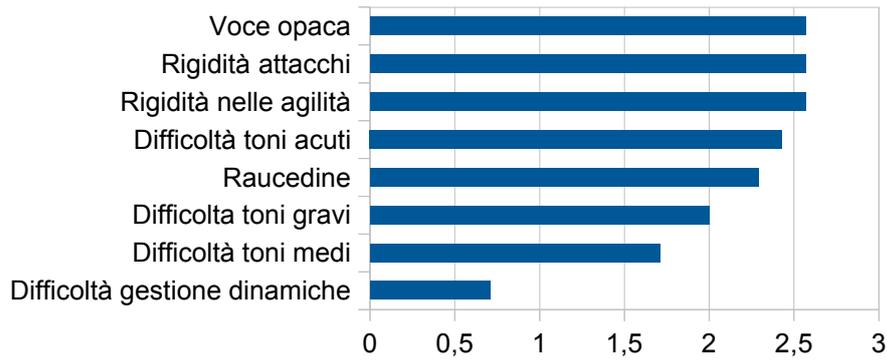
Tab.1 - Quando il disturbo si è manifestato, era un periodo particolare della tua vita?



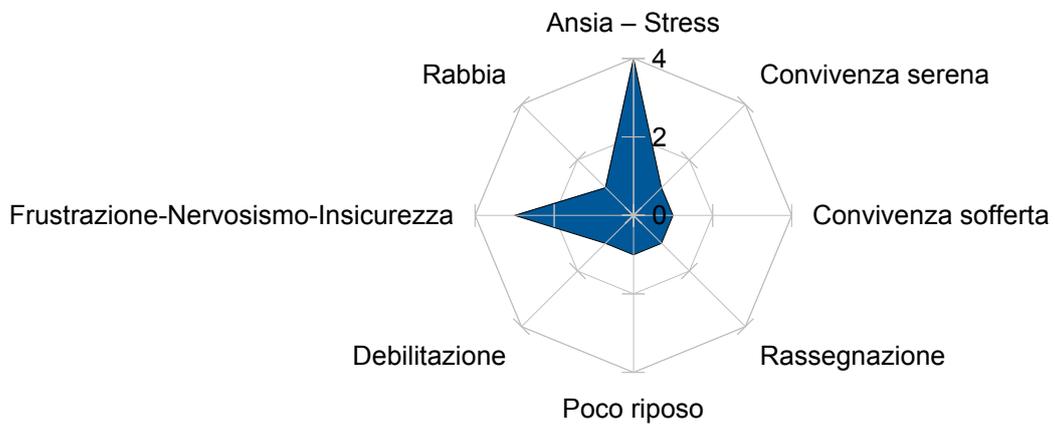
Tab.2 - Sintomi



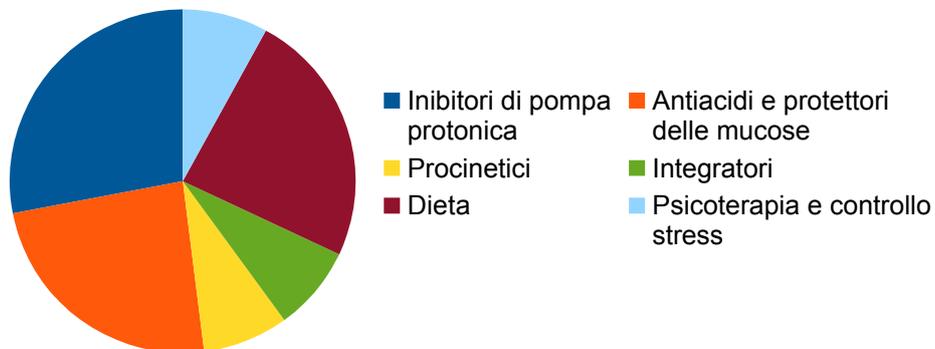
Tab. 3 - Effetti del reflusso sulla voce



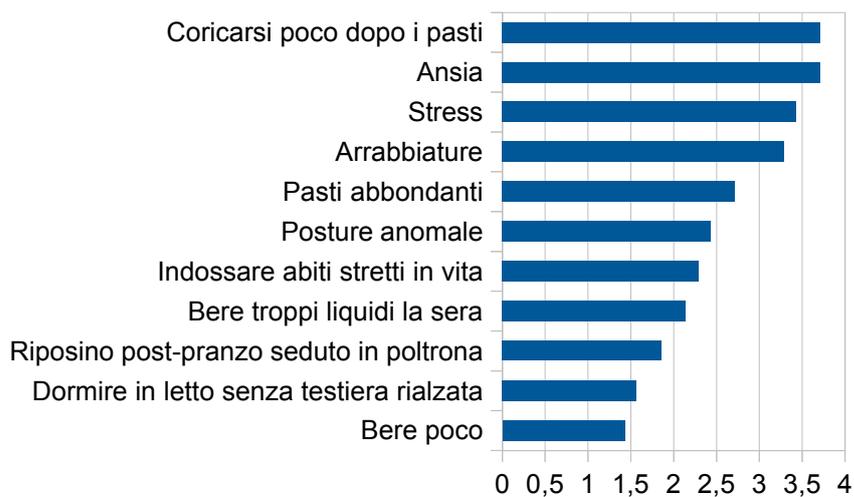
Tab. 4 - Stato psico-fisico in relazione al disturbo



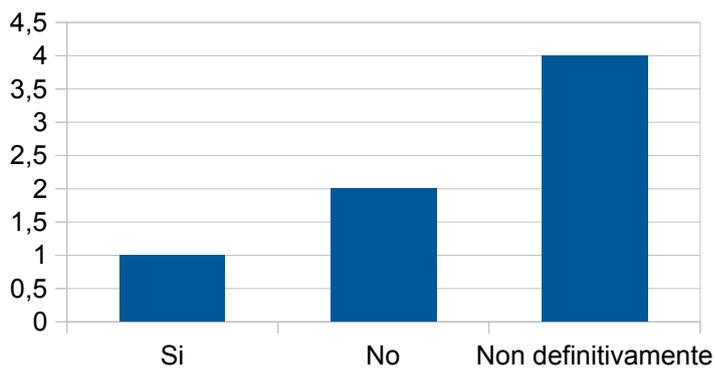
Tab. 5 - Tipo di cura adottata



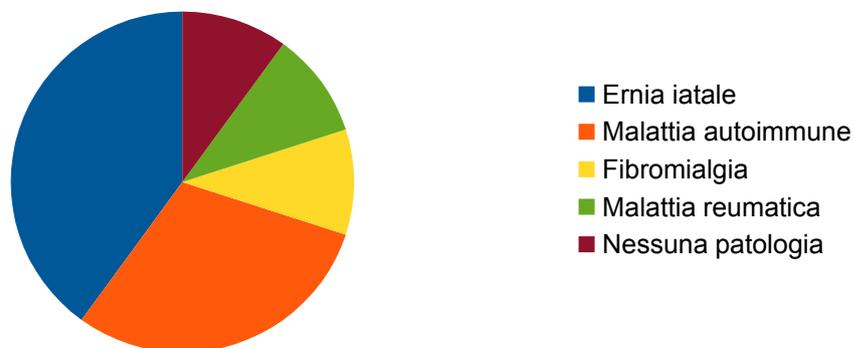
Tab. 6 - Comportamenti che peggiorano il reflusso



Tab. 7 - Hai risolto definitivamente il problema?



Tab. 8 – Malattie pregresse



DISCUSSIONE

L'obiettivo iniziale di mettere in evidenza come viene vissuto e affrontato il reflusso (con quali sintomi si presenta, quali effetti provoca sulla voce e con quali terapie viene curato) ha come obiettivo secondario quello di rendere più visibili gli strumenti per individuare con meno difficoltà un percorso terapeutico personalizzato efficace. Nella lettura dei risultati del questionario e nel tentativo di riassumere i dati più ricorrenti e confrontarli con la mia esperienza, mi sono accorta che a volte erano proprio le informazioni nascoste tra le pieghe dei risultati stessi a fornirmi gli spunti di riflessione più interessanti.

Anche se i dati acquisiti sono riferiti ad un piccolo gruppo di partecipanti, proprio attraverso i dettagli delle informazioni raccolte ho potuto guardare da vicino le similitudini e le differenze dei casi e osservare i tentativi, più o meno riusciti, atti a curare uno dei più ostici disturbi della voce. Non potendo inserire tutti i dettagli del questionario, sarà mio compito citare quelli a mio avviso più stimolanti per la mia riflessione.

1.SINTOMI ED EFFETTI: L'IMPORTANZA DI UNA DIAGNOSI TEMPESTIVA

Come possiamo vedere nella tabella 2, i sintomi iniziali più ricorrenti, tra quelli riscontrati, sono riconducibili a disturbi dell'apparato digerente quali rigurgito di acido, bruciore e dolore dello stomaco e bruciore del tratto esofageo. Meno frequenti sono i sintomi della zona sovraglottica come la secchezza delle mucose, la sensazione di nodo alla gola e il mal di gola. Nella tabella 3, relativa agli effetti del reflusso sulla voce, troviamo nei primi posti la voce opaca, la rigidità negli attacchi e nelle agilità, la difficoltà negli acuti e la raucedine.

Sappiamo come l'uso della voce per diverse ore al giorno, in concomitanza di un'inflammatione da reflusso, porta spesso ad assumere comportamenti compensatori che peggiorano lo stato infiammatorio, arrivando a difficoltà funzionali sempre più gravi, fino alla comparsa di patologie vocali e invalidità funzionali. Proprio per questo motivo è importante che la diagnosi del fattore scatenante l'inflammatione avvenga in tempi brevi, evitando la cronicizzazione infiammatoria.

Un dato non visibile dai grafici riportati, ma per me interessante è che due dei partecipanti al questionario non hanno mai percepito sintomi relativi all'apparato digerente, ma solo gli effetti sulla voce. Per uno dei due casi, la diagnosi di reflusso è arrivata solo un anno dopo la diagnosi di un nodulo vocale. Ciò che mi chiedo è: quante altre volte sarà accaduto che un cantante non abbia collegato i propri problemi di voce a problemi di reflusso? A volte i

sintomi vocali iniziali non sono così invalidanti da rivolgersi ad uno specialista e questo ritardo della diagnosi rischia di aggravare la malattia, renderla cronica e trasformare un disturbo vocale in una patologia vocale grave. Quanto sarebbe utile una campagna informativa, preventiva, indirizzata alle scuole di canto e ai Conservatori musicali!

2. ANSIA E STRESS: LA GESTIONE DELLA PSICHE

Un altro dato che mi ha colpito particolarmente è la pressoché unanimità dei partecipanti nel riferire che i primi sintomi si sono manifestati in concomitanza di un periodo difficile della propria vita (tab.1), situazione che a posteriori confermo anche nella mia esperienza. Questo dato mette in risalto come l'emotività sia fortemente connessa con l'insorgere o il peggioramento del disturbo. Tuttavia, abbiamo anche visto quanta poca rilevanza si attribuisca al fattore stress nelle cure attuate (tab.5). Nei casi osservati, solo due partecipanti adottano strategie di contenimento di questo fattore, anche se la maggior parte di loro ne riconosce la stretta relazione con il disturbo (tab.4) e solo una partecipante si è rivolta ad uno psicoterapeuta. Evidentemente, come nel mio caso, la maggior parte degli specialisti non ha considerato importante questo aspetto della cura e conseguentemente non ha sufficientemente sensibilizzato i pazienti in questa direzione terapeutica, oppure dobbiamo supporre ci sia una forte riserva o riluttanza da parte del paziente a considerare la reciproca influenza tra corpo e mente. In questo secondo caso, il medico dovrebbe impegnarsi ancora di più per indirizzare il paziente nella necessaria direzione e il paziente dovrebbe abbandonare certi pregiudizi terapeutici.

FARMACI E DIETA: FONDAMENTALI MA NON SEMPRE RISOLUTIVI

Nella tabella 4 leggiamo, invece, che la normale prassi terapeutica percorre principalmente due strade: l'assunzione di farmaci (inibitori di pompa protonica e antiacidi) e la dieta. Purtroppo, come abbiamo evinto anche dai dati acquisiti, pur essendo due vie fondamentali, che nella prima fase danno grande sollievo ai pazienti, solo attraverso di esse molto spesso non si raggiungono i risultati risolutivi (tab.7). In alcuni casi osservati, questi farmaci, che per i relativi effetti collaterali andrebbero assunti solo per un dato periodo, diventano terapie *ad vitam*, senza considerare che, come ho imparato a mie spese, l'uso prolungato degli inibitori di pompa protonica e degli antiacidi innescano una difficoltà digestiva dovuta evidentemente a una conseguente ridotta produzione di acidi dello stomaco.

Altrettanto spesso, le diete adottate sono generiche e non personalizzate, mentre, come

ho avuto modo di vivere in prima persona, non sempre è sufficiente adottare una dieta priva di alimenti acidi e di cibi grassi o di difficile digestione per combattere questa malattia. Se, ad esempio, sono in atto stati infiammatori del tratto gastro-intestinale, andrà adottata una dieta che ne tenga conto, anche ricorrendo ad esami che rilevino allergie e intolleranze alimentari. Oltre ai suddetti alimenti e ai classici latticini, glutine, lieviti, che qualche partecipante (me compresa) ha messo autonomamente sotto la lente d'ingrandimento per osservare come il corpo reagisce nei periodi in cui vengono eliminati dalla dieta, per ogni singolo caso possono esserci alimenti insospettabili non tollerati (nel mio caso gli spinaci, la frutta, le patate...), che possono provocare intossicazione (alimenti contenenti molto nichel), disbiosi intestinale, o che stimolano la produzione eccessiva di acidi dello stomaco (alimenti con istamina o istamino-liberatori). Una soluzione intermedia temporanea, che io ho seguito con discreti risultati e una delle partecipanti al questionario ha adottato come cura principale (con risultati efficaci) può essere l'adozione di una dieta con categorie di alimenti consumati a rotazione, che permettono al corpo di reagire dandogli il tempo di smaltire gli elementi infiammatori eventualmente assunti. Ciò che è importante sottolineare è che ogni caso è diverso dagli altri e andrebbero fatti per ognuno accertamenti approfonditi.

3. ASPETTO MECCANICO: RESPIRAZIONE E POSTURA

Tra i comportamenti considerati peggiorativi del reflusso, nella tabella 6, oltre ai già citati fattori emozionali (ansia, arrabbiature e stress), leggiamo tra i più ricorrenti: il coricarsi prima della fine della digestione, le posture anomale, dormire senza rialzare la testiera del letto e il riposino postprandiale seduti in poltrona. Ovviamente il motivo è riconducibile all'aspetto meccanico del disturbo e infatti in quattro casi sui sette osservati troviamo l'ernia iatale come patologia diagnosticata. Ma, come sappiamo, anche in assenza di ernia iatale, possiamo trovarci di fronte ad uno sfintere esofageo inferiore incompetente (cardias beante) o ad uno sfintere esofageo superiore con lo stesso problema. Molto importanti in relazione a questi fattori, sono la mobilità diaframmatica e la postura generale e laringea. Lo stress quotidiano, molte volte procura dei veri e propri blocchi del respiro o comunque una respirazione gestita dai muscoli accessori superiori, favorendo un allentamento dello sfintere esofageo inferiore. Anche la postura generale, che il corpo assume nel quotidiano, influisce su questi sfinteri. Ad esempio, un atteggiamento di chiusura anteriore (con spalle curve in avanti) è portatore di un accorciamento della relativa catena muscolare che disallinea il tubo digerente rispetto al diaframma con relativo allentamento delle valvole

sfinteriche.

Per migliorare le condizioni di questi sfinteri, vanno quindi tenuti in considerazione sia gli esercizi di respirazione, per riconquistare una buona mobilità del diaframma che migliora la condizione del cardias beante, che gli esercizi di postura generale e di postura della laringe. Di fondamentale importanza a tal fine è l'aiuto di figure professionali competenti al riguardo. Ciò nonostante, solo due partecipanti su sette adottano come strategia di cura il lavoro sulla respirazione e quello sulla postura. Nel mio caso è stato utilissimo il lavoro svolto con l'osteopata che periodicamente scioglie i punti di tensione del mio corpo e con il fisioterapista che, oltre ai suoi interventi diretti, in due mesi di terapia mi ha indicato quali esercizi respiratori praticare quotidianamente e mi ha insegnato a lavorare su me stessa attuando delle manipolazioni nella zona dello sfintere esofageo inferiore.

4. MALATTIE AUTOIMMUNI

Nella tabella 8 che indica di quali altre patologie soffrono i partecipanti al questionario, leggiamo che, subito dopo l'ernia iatale, la più ricorrente patologia è una malattia del sistema immunitario. Anch'io, seppure in una forma subclinica, soffro di una malattia autoimmune.

Questo è un fattore scatenante che nella mia esperienza, ma anche in quella dei miei colleghi, viene completamente ignorato nelle anamnesi degli specialisti consultati. Per quanto mi riguarda, ne ho scoperto l'importanza solo grazie a PROEL; l'unico medico che lo ha preso in considerazione (su mio invito) è stato lo specialista in medicina funzionale che mi sta curando. Lo stesso endocrinologo al quale ho fatto qualche domanda al riguardo, sembrava ignorare un collegamento con la malattia da reflusso.

Come invece ho evinto da PROEL, il reflusso faringo-laringeo potrebbe essere il sintomo non solo di un reflusso gastro-esofageo, ma anche di patologie immunologiche e di reazioni immunitarie. Il 70% del sistema immunitario è localizzato nel MALT (sistema linfatico associato alle mucose) che è un vero e proprio apparato responsabile del sistema immunitario e che comprende le mucose situate nei vari distretti dell'organismo (apparato gastrointestinale, uro-genitale, respiratorio, ghiandole mammarie, occhi, pelle...). Il ruolo del MALT è assicurare una risposta immunitaria del corpo. Tra le cause che possono originare il reflusso faringeo-laringeo troviamo: patologie autoimmuni che causano iperpermeabilità del tubo digestivo e che possono dipendere da intolleranze alimentari, modificazioni della flora batterica (disbiosi), assenza di qualche enzima che non può scomporre gli alimenti, alterazioni di alcune delle mucine che non sono in grado di

contrastare la presenza di germi o prodotti tossici nel tubo digestivo. Queste patologie auto-immuni provocano: un'iperpermeabilità che permetterà a peptidi e macromolecole di attraversare le pareti intestinali viaggiando attraverso il sangue e andare a colpire gli organi bersaglio come ad esempio le alte vie respiratorie; l'accumulo di residui che attraversano le pareti digestive e si accumulano in zone differenti; l'eliminazione dei residui che avviene per via epatica, renale, ghiandolare (sudoripare) e attraverso le mucose. Credo ci sia ancora molto da indagare riguardo le interazioni tra reflusso laringo-faringeo e malattie autoimmuni.

5. ALTRE STRATEGIE

Altre strategie rilevate come importantissime, oltre quelle già evidenziate, sono: la frammentazione in piccoli pasti delle quantità di cibo assunte nell'arco della giornata (aumentando il numero dei pasti) per alleviare i sintomi di difficoltà digestiva evitando di dover ricorrere ai procinetici, una costante attività fisica, una buona idratazione generale e, molto importante ma completamente sottovalutata, l'idratazione e lubrificazione dell'apparato vocale al fine di facilitare l'emissione e alleviare gli effetti compensatori negativi dell'uso vocale durante gli stati infiammatori.

Su questo ultimo punto, in più di un anno di consulti, nessuno specialista mi ha mai indirizzata in questa direzione, fatta eccezione per il metodo PROEL.

6. ULTIMA CONSIDERAZIONE

Nei casi osservati, tranne una guarigione, tutti gli altri convivono da lungo tempo con una forma latente del disturbo, che corrisponde ad un'alternanza di periodi buoni in cui il disturbo è sopito e periodi meno buoni in cui i sintomi si risvegliano. In questa tipologia di pazienti, la malattia, che si ripresenta periodicamente e inaspettatamente, compromette il principale strumento di lavoro, ovvero la voce, con evidenti ripercussioni professionali che innescano a loro volta ulteriori stati di stress. Ne consegue uno stato psichico di rassegnazione o convivenza (più o meno accettata), a seconda del carattere del paziente e della gravità dei sintomi che si ripresentano periodicamente.

CONCLUSIONI

Concludiamo auspicando che attraverso l'*excursus* proposto, si siano evidenziate le criticità di gestione di questo disturbo e nello stesso tempo si siano mostrate alcune strade percorribili da tenere in considerazione nei casi in cui la malattia è particolarmente aggressiva e complessa da affrontare.

A mio avviso, la difficoltà principale consiste nell'effetto di una frammentazione dispersiva delle informazioni relative alla malattia stessa.

Non so se questo sia un problema relativo solo al disturbo di cui stiamo trattando, ma certamente in questo caso specifico sarebbe opportuno che il paziente fosse messo al corrente di tutte le sfumature relative alle possibili cause scatenanti e alle relative strategie per evitare che queste cause prendano il sopravvento.

Ciò che accade di solito è che ogni specialista esprime una diagnosi, che molto spesso viene esposta frettolosamente, e procede con la stesura di una ricetta farmacologica e la consegna di una dieta scritta. Come, invece, viene ben esposto dal metodo PROEL, le cause scatenanti sono multifattoriali e andrebbero presi in considerazione tutti gli elementi della multifattorialità, tenendo conto del fatto che per ogni singolo caso i fattori e le soluzioni cambiano di volta in volta; a tal fine, è indispensabile la collaborazione del paziente stesso che sarà chiamato a dover monitorare i sintomi, la relazione con le cause scatenanti e i cambiamenti (positivi o negativi) relativi alle strategie terapeutiche adottate. Per questo motivo ogni paziente dovrebbe essere informato subito e accuratamente su tutto ciò che concerne il disturbo. Troppo spesso, ogni specialista lavora a compartimenti separati e questo *modus operandi* prolunga esponenzialmente i tempi di presa di coscienza, da parte dei pazienti, della complessità di gestione del disturbo; conseguentemente si perde molto tempo nel tentativo di trovare la cura appropriata al proprio caso e la malattia nel frattempo rischia di cronicizzarsi o di evolvere in patologie vocali gravi.

Consapevole del fatto che il cammino nella ricerca di soluzioni risolutive per questa malattia è ancora lungo, auspico in una maggiore collaborazione tra i medici e le altre figure competenti nei vari campi d'azione, una collaborazione che possa ampliare le conoscenze di tutti gli attori, pazienti compresi.

Il cammino è lungo, ma la conoscenza può aiutare ad affrontare con più serenità e successo il cammino stesso.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *PROEL Metodo Propriocettivo Elastico per il trattamento della voce – Le basi della terapia vocale*, Imprenta Venus, Muriedas 2016

AA.VV., *PROEL Metodo Propriocettivo Elastico per il trattamento della voce – Terapia Vocale II: Elasticità e risonanza*, Imprenta Venus, Muriedas 2017

AA.VV., *PROEL Metodo Propriocettivo Elastico per il trattamento della voce – Terapia Vocale III: Protezione e riparazione delle corde vocali*, Imprenta Venus, Muriedas 2017