



«Da quanto si dica,
si narri, o si dipinga,
Napoli supera tutto:
la riva, la baia, il golfo,
il Vesuvio, la città,
le vicine campagne,
i castelli, le passeggiate...
Io scuso tutti coloro
ai quali la vista di Napoli
fa perdere i sensi!»

*Johann Wolfgang von Goethe,
Italienische Reise*

Congresso Nazionale
Società Italiana di
Otorinolaringoiatria e
Chirurgia Cervico-Facciale

105° SIO

Napoli

16-19 maggio 2018

Palacongressi - Mostra d'Oltremare

Presidente: **Prof. Ettore Cassandro**

PROGRAMMA

P1.10**ASSOCIAZIONE L90P/V95M DEL GENE GJB2 IN PAZIENTE CON SINDROME DA ANTICORPI ANTI-FOSFOLIPIDI**

D. Sculco, P. Viola, M. Ciriolo, G.L. Piazzetta, P. Ferrise, E. Colao, R. Talerico, G. Chiarella

P1.11**MALATTIA DI ALZHEIMER: CORRELAZIONE FRA IPOACUSIA E FUNZIONALITA' CEREBRALE MEDIANTE INDAGINE PET**

E. Fuccillo, A. Chiaravalloti, O. Schillaci, F.M. Passali, F. Martino, S. Di Girolamo

P2 DAY SURGERY**P2.01****CISTI DERMOIDE NELLA REGIONE RETROAURICOLARE: DESCRIZIONE DI UN CASE REPORT**

M.P. Alberici, C. Bruzzi, M. Negri, L. Presutti

P3 LARINGOLOGIA**P3.01****PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DISFAGICO POLIPATOLOGICO PRESSO L'ASST VALTELLINA E ALTO LARIO**

E.B. Narducci, M. Nardone, A.M. Giammanco, L. Berti

P3.02**QUANDO IL FITNESS FA MALE: CASE REPORT DI TRAUMA LARINGEO**

I. Barbarino, F. Fiorino

P3.03**DISFONIA E DISFAGIA IN PAZIENTE CON SINDROME DI FORESTIER**

M. Cimmino, M. De Gasperis, V. Filomena, M. Mesolella, G. Di Lorenzo, A.M. Di Lullo, V. Della Peruta, M. Monaco, G. Petruzzi

P3.04**UN RARO CASO DI POLICONDRITE RICORRENTE A PREVALENTE ESPRESSIONE IPOGLOTTICA**

M. Mesolella, M. Monaco, M. Cimmino, G. Salerno, S. Nappo, A. Petti, A.M. Di Lullo, B. Iorio

P3.05**LARINGOPLASTICHE INIETTIVE: NOSTRA ESPERIENZA ED ANALISI DEI RISULTATI**

R. Marangoni, G. Bertino, M. Benazzo

P3.06**PEMFIGO DELLE MEMBRANE MUCOSE CON COINVOLGIMENTO LARINGEO SECONDARIO. ESPERIENZA DELLA CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA DI PERUGIA**

M. Morreale, M. Gullà, L.M. Lacerenza, A. Di Giovanni, M.C. Cristì, V. Gambacorta, G. Ricci

P3.07**TRACHEOSTOMIE PEDIATRICHE: RISULTATI E COMPLICANZE IN LETTERATURA E NELLA NOSTRA ESPERIENZA**

D. Soloperto, P. Pinter, B. Le Pera, D. Marchioni

P4 MEDICINA**P4.01****VALUTAZIONE DEL PAZIENTE SCREENING**

P. Verri

P5 MISURAZIONE**P5.01****STUDIO**

E. Cantone

P5.02**UTILIZZO****FRENULO**

C.G. Botto

P5.03**ADVANTAGE****OF INVE**

E. Cantone

P5.04**GLI APP****ANTERIO****UNIVER**

D. Soloperto

P5.05**ESPRES****NELL'OP**

D.L. Grassano

P5.06**UN CASO**

V. Giammanco

P5.07**FLUNDO****DELLA****PEDIAT**

M.C. Grassano

G. Ricci

P5.08**PREVA****IMMUNO**

M.R. Grassano

P5.09**EMBO****APPLI**

P. Blasi



Disfonia e disfagia in paziente con Sindrome di Forestier

M. CIMMINO, M. DE GASPERIS, V. FILOMENA, M. MESOLELLA, G. DI LORENZO, A. M. DI LULLO, V. DELLA PERUTA, M. MONACO, G. PETRUZZI

D.A.I. TESTA COLLO, U.O.C. DI OTORINOLARINGOIATRIA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

INTRODUZIONE:

La Sindrome di Forestier (DISH: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis) è una patologia degenerativa sistemica a carico delle entesi, caratterizzata da alterata ossificazione dei punti di inserzione di legamenti, tendini e capsule articolari. È una patologia di riscontro a livello autoptico nel 18% della popolazione occidentale; aumenta di frequenza con l'età e coinvolge prevalentemente il sesso maschile (2:1). Interessa soprattutto il rachide toracico, seguito dal distretto cervicale nel 75% dei casi. La diagnosi è prettamente radiologica (Rx e TC); l'eziopatogenesi, incerta, è da ascrivere al microtraumatismo cronico associato alle più comuni alterazioni metaboliche dell'età adulta. Le manifestazioni cliniche, nelle forme di più alto grado possono alterare le funzioni aerodigestive, portando a disfonia, severa dispnea o disfagia, compromettendo la normale mobilità del sistema osteomuscolare del distretto cervicofacciale. La maggioranza dei pazienti è asintomatica o presenta lieve limitazione nei movimenti della colonna o dolore articolare.



Figura 1: proiezione sagittale TC collo

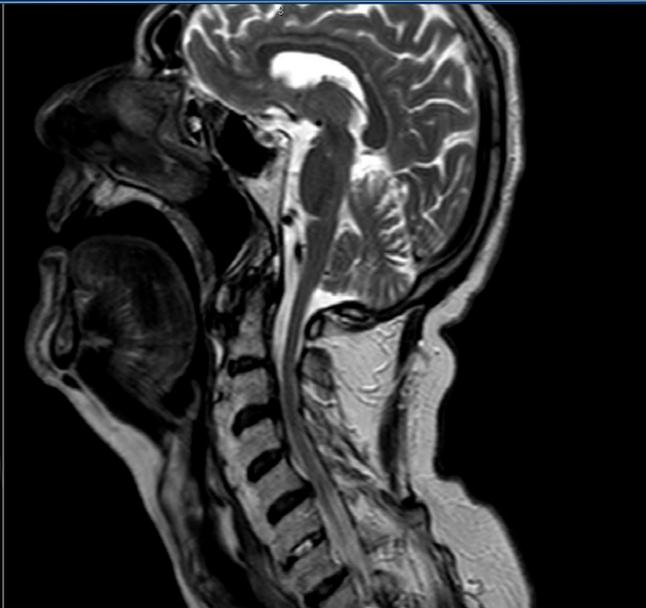


Figura 2: proiezione sagittale RM collo in t2

RISULTATI:

Il corteo sintomatologico aspecifico della DISH è spesso di difficile interpretazione. La diagnosi differenziale può non essere agevole, configurandosi un quadro clinico che pone il sospetto di patologia maligna; soltanto una corretta valutazione del distretto cervicale ne permettono un adeguato inquadramento. Il trattamento, tuttavia, dipende dal quadro clinico piuttosto che da quello radiologico: dalla semplice osservazione nel tempo dei pazienti asintomatici, al trattamento con farmaci anti-infiammatori od accorgimenti dietetici per le forme più lievi di disfagia, fino al trattamento chirurgico come la ablazione delle iperostosi con approccio

laterocervicale nel caso di comparsa di complicanze da compressione. Il nostro paziente, dopo board multidisciplinare è stato sottoposto a cicli di indometacina per rallentare il processo osteofitico ed a un intensivo trattamento riabilitativo logopedico, fisiatico e posturale, al fine di ridurre la sintomatologia disfagica.



Figura 3: Fibrolaringoscopia a fibre ottiche

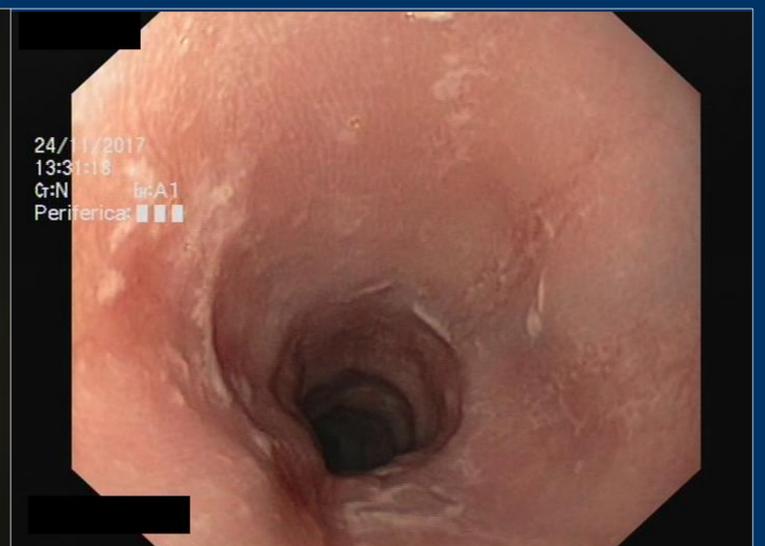


Figura 4: Esofagogastroduodenoscopia

CONCLUSIONI:

Per lungo tempo considerata come una curiosità radiologica, la Sindrome di Forestier rappresenta oggi una realtà nosologica ben definita. Sebbene la diagnosi sia di tipo radiologico, le manifestazioni cliniche possono essere variegata e non sempre correlabili al quadro di imaging. I rischi dell'intervento chirurgico di rimozione delle ossificazioni ed eventuale stabilizzazione del rachide cervicale, come eventuali lesioni del nervo laringeo ricorrente, rendono difficile la presa in carico del paziente da parte del singolo specialista. Nel nostro caso soltanto un integrato approccio multidisciplinare ha consentito il corretto inquadramento e gestione della patologia. Fondamentale il ruolo dell'Otorinolaringoiatra: la routinaria esecuzione di esami fibroendoscopici ha facilitato sia la diagnosi sia la scelta della condotta terapeutica più idonea, riducendo così la ripetizione di esami non necessari per il paziente ed il controllo a breve e lungo termine della terapia.

MATERIALI E METODI:

AF, maschio, 63 anni, giunge alla nostra attenzione dopo plurime visite specialistiche, lamentando disfonia ingravescente da circa 3 anni, disfagia per i solidi da circa 1 anno e rigidità nucale associata a dolore del cingolo scapoloomerale.

La fibrolaringoscopia a fibre ottiche evidenzia la presenza di una massa che, dalla parete posteriore del rinofaringe, si spinge in basso riducendo il lume orofaringeo e l'aditus laringeo.

Si sottopone il paziente ad RX rachide e TC e RM collo e torace che refertano spondiloartrosi diffusa a carico di tutto il rachide cervicale, becchi osteofitici in corrispondenza del tratto C2-C5 ed ossificazione del LLA. Infine si esegue EGDS che mostra un esofago normale per motilità e cinesi, con mucosa cardiaca rosea ed indenne. Il lume presenta compressione simil ab estrinseco a livello del tratto esofageo prossimale e del UES.