



LA DISFONIA INFANTILE

Cos'è la disfonia?

Il termine disfonia indica un'alterazione momentanea o duratura qualitativa e/o quantitativa della voce parlata, percepita come tale sia dal soggetto che dal suo ambiente. Essa consegue ad una modificazione strutturale e/o funzionale di uno o più organi coinvolti nella produzione vocale o ad un'inadeguatezza delle relazioni dinamiche fra le diverse componenti dell'apparato pneumo-fono-risonanziale.

Le disfonie vengono distinte generalmente in due grossi ambiti: si parla infatti di disfonie disfunzionali (o funzionali) e di disfonie organiche.

La disfonia disfunzionale è un'alterazione della funzione vocale nella quale non sono presenti, almeno inizialmente, lesioni del piano glottico. Essa pertanto è essenzialmente legata ad una turba del gesto vocale. In realtà la turba del gesto fonatorio può conseguire ad una lesione organica o essere una sua complicanza. In questo caso si può parlare di disfonia disfunzionale complessa.

Secondo la teoria del circolo vizioso dello sforzo vocale di Le Huche, il primo comportamento che si mette in atto quando la voce suona diversa, è di sforzarla per emetterla. Inizialmente tale comportamento può accrescere l'efficacia della produzione vocale ma, a lungo andare, lo sforzo che si produce causa una progressiva diminuzione del rendimento. A causa di alcuni fattori favorevoli, il soggetto a questo punto può essere portato ad accrescere il proprio sforzo invece di limitarlo. Si viene a creare dunque un circolo vizioso per cui meno la voce viene prodotta facilmente, più il soggetto si sforza; ma più il soggetto si sforza, meno diventa facile produrre la voce, e così via. Il circolo

Giornata Europea della Logopedia, 6 Marzo 2010 "A Voce alta"
"LA DISFONIA INFANTILE"
Documento a cura di: Nerone V.



vizioso può essere ulteriormente aggravato da un'alterazione della mucosa laringea, conseguente allo sforzo vocale che intralcia maggiormente la produzione vocale. Il circolo vizioso dello sforzo vocale può deteriorare sempre più la funzione vocale fino a portare ad una condizione di afonia. L'evoluzione del processo può arrestarsi ad un determinato stadio ed il soggetto può presentare per diversi anni una disfonia a cui finisce per adattarsi.

Affinchè si sviluppi il quadro disfonico, è necessario il concorso di determinati fattori scatenanti, favorenti, e determinanti. I fattori scatenanti sono condizioni acute che possono slatentizzare una potenziale disfonia (affezioni ORL, fattori psicologici, affaticamento generale, interventi chirurgici...). I fattori favorenti (esposizione al rumore, presenza di disfonia nell'entourage, alterato controllo audio fonatorio...) agiscono cronicamente nel tempo condizionando gli organi fonatori verso una situazione di disfunzionalità. Le cause determinanti (malformative, endocrine, neurologiche), da sole, possono determinare un quadro disfonico.

Nelle disfonie organiche è possibile evidenziare la presenza costante di lesioni a carico di una o entrambe le corde vocali.

La disfonia infantile

È difficile valutare l'incidenza e la prevalenza delle disfonie in età pediatrica soprattutto perché ci sono diversi metodi e diversi criteri di valutazione. Approssimativamente comunque si può stabilire che la disfonia infantile abbia un'incidenza tra il 6% ed il 9%.

La maggior parte delle disfonie infantili è di tipo disfunzionale; esse sono di solito legate ad un abuso o cattivo uso della voce da parte dei bambini. Anche in questo caso

Giornata Europea della Logopedia, 6 Marzo 2010 "A Voce alta"
"LA DISFONIA INFANTILE"
Documento a cura di: Nerone V.



l'alterazione vocale è indotta da cause determinanti e da fattori scatenanti che agiscono su di un terreno predisposto da fattori favorevoli. Comunque, la disfonia per svilupparsi, necessita di uno stato irritativo acuto che agisca come causa scatenante. Tra i fattori favorevoli, assumono particolare importanza il profilo psicologico del bambino, l'atteggiamento fonatorio caratteristico dell'ambiente dove cresce, familiare e scolastico, che il bambino prende a modello, e gli eventuali traumi fonatori cui va incontro la laringe nei primi mesi di vita.

La disfonia disfunzionale infantile è caratterizzata da un comportamento di sforzo vocale spesso molto importante che si accompagna ad una modificazione del timbro vocale che diviene grave e rauco.

Anche nel bambino, come nell'adulto, il protrarsi di un quadro di disfunzionalità nel tempo, può dare origine ad una disfonia disfunzionale con laringopatia secondaria.

I disturbi della voce su base organica nei bambini possono avere diverse cause. Principalmente esse sono riconducibili a lesioni organiche delle corde vocali e ad alterazioni neurologiche.

La muta vocale

Il fenomeno fisiologico della muta vocale avviene di solito all'età di 12-13 anni nelle femmine e di 13-14 anni nei maschi. Il cambiamento delle caratteristiche vocali comunque non è mai brusco ma progressivo. Le disfonie della muta vocale sono dovute a cause psicogene (muta con voce di falsetto, muta aggravata, muta prolungata, muta incompleta) o a cause ormonali (assenza della muta, voce auonoide, muta ritardata o anticipata, muta pervertita).

Giornata Europea della Logopedia, 6 Marzo 2010 "A Voce alta"
"LA DISFONIA INFANTILE"
Documento a cura di: Nerone V.



Nel periodo della muta vocale, le lesioni cordali esistenti possono subire modificazioni. In particolare è stato dimostrato che dopo la muta vocale, la qualità vocale aumenta con una corrispondente significativa riduzione della sensazione di disfonia. Ad esempio, le lesioni di tipo nodulare tendono a scomparire, e le lesioni cistiche tendono a trasformarsi in pieghe.

La cannula tracheale e la voce

Vi sono alcune condizioni patologiche che richiedono il posizionamento di una cannula tracheale. Tali condizioni si verificano quando vi è necessità di una ventilazione meccanica prolungata o ad esempio in presenza di un'ostruzione delle vie aeree causata da malformazioni congenite, dalla presenza di corpi estranei, da tracheomalacia, da laringomalacia, da paralisi cordale, da traumi, da tumori etc.

La presenza del tracheostoma elimina totalmente o parzialmente la funzione laringea e quella del tratto superiore delle vie aeree e digestive. L'aria espirata fuoriesce tramite il tracheostoma e non raggiunge le corde vocali site superiormente. Nel soggetto con tracheostoma dunque si verifica una condizione di disfonia o di afonia a seconda che il diametro della cannula tracheale permetta o meno un minimo passaggio di aria attraverso il piano glottico.

In questi casi è possibile fonare tappando, con un dito o un apposito tappino, la cannula oppure tramite l'impiego di valvole fonatorie.

Cosa faccio se mio figlio è disfonico?

Se vi accorgete che vostro figlio ha un disturbo vocale potete rivolgervi al vostro medico curante. Sarà lui che vi invierà, a seconda delle esigenze, dall'otorinolaringoiatra o dal

Giornata Europea della Logopedia, 6 Marzo 2010 "A Voce alta"
"LA DISFONIA INFANTILE"
Documento a cura di: Nerone V.



foniatra. Quest'ultimo è un medico specialista che si occuperà, in questo caso, di valutare lo stato organico delle corde vocali del bambino e di effettuare una diagnosi funzionale del suo apparato fonatorio. Il foniatra lavora in stretta collaborazione con il logopedista.

Il logopedista ha il compito di eliminare l'abuso vocale e le abitudini scorrette ad esso correlate per ripristinare la migliore voce possibile ed una corretta dinamica fonatoria. Dopo aver effettuato un'attenta e completa valutazione, egli potrà avviare la terapia, individuale o di gruppo, per raggiungere gli obiettivi individuati.

Bibliografia

- François Le Huche, André Allali. *La Voce anatomia e fisiologia - patologia – terapia* ed. Masson, 1995
- Ricci Maccarini A., Bergamini G., Fussi F., Cossu D., Avanzini F., De Maio V., Lucchini E., Luppi M. P., Palma S., Rebecchi M., Vittadello F., De Valter S. *Gli indicatori nelle patologie della voce*. Acta Phoniatica Latina. Rivista internazionale di foniatria e logopedia (organo ufficiale della Società Italiana di Foniatria e Logopedia) Vol. XXIII, n. 2-3. 2001
- Carding Paul N., Roulstone Sue, Northstone Kate, and the ALSPAC Study Team. *The Prevalence of Childhood Dysphonia: A Cross-Sectional Study*. Journal of Voice 20, No. 4, pgs. 623–630. 2006
- Trani Margherita, Ghidini Angelo, Bergamini Giuseppe, Presutti Livio. *Voice therapy in pediatric functional dysphonia: A prospective study*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 71, pgs 379-384. 2007
- De Oliveira Santos Mônica Alcantara, Pechula Moura José, Marcos, de Campos Duprat André, Olival Costa Henrique, Benatti de Azevedo Bianca. *The interference of voice change on structural vocal cords lesions*. Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology 73, pgs 226-230. 2007
- Grosso E., Favero E. *La tracheostomia* in Bessone R., Favero E., Fazzone F., Grosso E., Schindler A. *Deglutizione e cannula tracheale. Come gestire il bambino disfagico e tracheotomizzato*. Omega edizioni. 2008
- Magnani S. *IL BAMBINO E LA SUA VOCE Con i bambini alla scoperta della vocalità* Franco Angeli/Le comete edizioni, 2000

Giornata Europea della Logopedia, 6 Marzo 2010 "A Voce alta"
"LA DISFONIA INFANTILE"
Documento a cura di: Nerone V.