



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_080

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI FARINGOLARINGECTOMIA
TOTALE + SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE +
TRACHEOSTOMIA**

Data prima emissione: 23/06/2023

Data ultima revisione: 23/06/2023
Revisione n. 00

Etichetta

Nome:

Cognome:

Data di Nascita:

Fornite da _____

Gentile Signor/a _____

(se il paziente non ha diritto o capacità di esprimere autonomamente il consenso, compilare le voci sottostanti)

Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

Signor/a _____ nato/a a _____ il _____

in qualità di: ☐ padre ☐ madre ☐ legale rappresentante

di _____ nato/a a _____ il _____

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di faringolaringectomia totale perché è affetto/a da neoplasia della faringe eventualmente estesa alla laringe.

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto La preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permetterLe di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

È importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre che riferisca se ha già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto se nei confronti di farmaci e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesi. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

La faringolaringectomia totale è riservata al trattamento di un carcinoma della faringe per il quale non sia più possibile eseguire una resezione parziale; un carcinoma ipofaringeo avanzato; residui o recidive dopo resezione parziale o radioterapia; inalazione cronica di alimenti o bevande con broncopolmoniti ricorrenti dopo laringectomia parziale ove ogni tentativo di trattamento riabilitativo si sia rivelato inefficace ed il paziente rifiuti la realizzazione di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) per la somministrazione di alimenti e farmaci.

L'intervento prevede l'asportazione di tutta la laringe e di una porzione più o meno estesa della faringe, fino alla asportazione subtotale o totale della stessa; l'obiettivo è quello di aumentare in relazione all'estensione della malattia le probabilità di sopravvivenza, sacrificando la voce e comportando la presenza di una tracheotomia permanente.

Realizzazione dell'intervento

L'intervento si svolge in anestesia generale. È pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

Tale intervento consiste nell'asportazione di tutto l'organo della voce (laringe), di una parte più o meno estesa della faringe e dell'osso ioide con conseguente unione del moncone tracheale sottostante direttamente nella regione cervicale (collo) a livello del giugulo (fossetta sopra lo sterno) e creazione così di una tracheostomia a permanenza.

La via di accesso prevede un'incisione cutanea a forma di «U», che parte dalla regione retroauricolare bilateralmente e passa per il giugulo. A tale procedura viene associata nella maggior parte dei casi l'asportazione dei linfonodi (piccoli organi tondeggianti, costituiti di tessuto linfatico, interposti sul decorso dei vasi linfatici) del collo di uno od entrambi i lati (svuotamento laterocervicale mono o bilaterale). Può inoltre essere associata, a seconda dell'estensione tumorale, l'asportazione delle strutture adiacenti (ghiandola tiroide, esofago cervicale, base della lingua, alcuni anelli tracheali).

La ricostruzione della faringe può avvenire per via diretta o attraverso l'utilizzo di lembi muscolo-cutanei come il lembo di gran pettorale, prelevato dal muscolo e dalla cute del torace.

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MOD_{ORL}_080 NOTA INFORMATIVA INTERVENTO CHIRURGICO DI FARINGOLARINGECTOMIA TOTALE + SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE + TRACHEOSTOMIA	Data prima emissione: 23/06/2023 Data ultima revisione: 23/06/2023 Revisione n. 00
--	--	--

Talvolta si rende necessario, per garantire una corretta guarigione del primo tratto alimentare, il posizionamento di un tubicino di silicone (salivatori stent) che ha lo scopo di far defluire la saliva direttamente nell'esofago evitando che questa inquina la ferita chirurgica faringea e causi fistole. Tale tubicino andrà poi rimosso per via della bocca a guarigione avvenuta.

L'intervento si conclude con il posizionamento di drenaggi a livello del collo e del torace e con la medicazione esterna.

L'intervento di faringolaringectomia totale comporta la tracheostomia (apertura di un foro nella regione anteriore del collo) a permanenza (mentre la cannula tracheale, necessaria nei primi tempi, può essere talvolta eliminata successivamente in alcuni pazienti; attualmente non è possibile precisare se Lei è fra questi). È inevitabile la perdita totale dell'olfatto e della voce; per quanto riguarda quest'ultima possono essere attuate modalità diverse per cercare di recuperare la possibilità di comunicare verbalmente, anche se la "voce" che ne risulta può essere più o meno valida e, talvolta, il recupero della stessa può anche non avvenire.

Nel periodo seguente l'intervento si nutrirà attraverso un sondino naso-gastrico (tubicino che attraverso il naso raggiunge lo stomaco), che le verrà inserito durante l'intervento. Successivamente non dovrebbe avere problemi per la deglutizione. In alcuni pazienti è preferibile la realizzazione di una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), che consiste nella costruzione chirurgica di un passaggio nello stomaco mediante una metodica che utilizza uno strumento a fibre ottiche durante l'inserimento della sonda attraverso la cute e serve per la somministrazione di alimenti e farmaci fino a quando, a cicatrizzazione esofagea avvenuta, potrà essere ripresa l'alimentazione per bocca e chiusa la gastrostomia.

Tra le attuali principali possibilità, sia chirurgiche che non, tra le quali Lei può scegliere allo scopo di riabilitare della voce, abbiamo:

- voce esofagea (erigmo fonica) seguendo rieducazione foniatrica
- uso di laringofoni, strumenti simili a microfoni che vengono appoggiati sotto la mandibola e che permettono di parlare con voce metallica
- protesi fonatoria, possibilità di inserire una protesi attraverso una comunicazione creata chirurgicamente tra trachea e esofago, allo scopo di consentire di parlare secondo le modalità illustrate ai pazienti che ne faranno richiesta o in caso di insuccesso nell'acquisizione della voce erigmo fonica. È possibile, occludendo il tracheostoma a permanenza, ottenere che l'aria espirata, passando attraverso l'apertura praticata sulla parete esofagea, si apra la strada verso le cavità di risonanza orofaringee e nasali producendo un suono che sarà poi possibile articolare con le labbra.

La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal chirurgo di riferimento e dalla équipe medica che si occuperà di lei.

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano...), pur condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di faringolaringectomia totale può comportare dei rischi di complicanze.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- emorragie intra- e post-operatorie, di cui quelle massive, dovute a rottura dei grossi vasi del collo e che richiedono un trattamento chirurgico d'urgenza, sono molto rare e si verificano più facilmente se è stata effettuata radioterapia prima dell'intervento
- infezione della ferita chirurgica, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica; flemmone (infezione diffusa) cervicale
- ematoma (raccolta localizzata di sangue) in regione cervicale
- fistole che necessitano di accorgimenti locali per favorirne la guarigione quali: fasciature a compressione, terapia antibiotica, fino ad un'eventuale plastica chirurgica se tali presidi conservativi non dovessero giovare
- cicatrizzazione esuberante della cute (cheloidi), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate
- stenosi ipofaringee (restringimento della parte inferiore della faringe), con conseguente difficoltà alla deglutizione
- tracheobronchiti ricorrenti, dovute alla respirazione non fisiologica; si verificano più facilmente se il paziente lavora o soggiorna spesso in un ambiente dal microclima malsano e polveroso. Va tenuto presente che le flogosi delle vie aeree inferiori sono più frequenti in caso di scarsa igiene della cannula tracheale, che pertanto va tenuta accuratamente pulita secondo le norme che Le saranno successivamente esposte
- polmonite ab ingestis (infezione dei polmoni per la penetrazione di materiale alimentare nei polmoni) in caso di formazione di una fistola esofago tracheale, che generalmente si chiude in poco tempo e solo eccezionalmente si deve ricorrere ad una plastica chirurgica; in alcuni casi può essere utile realizzare una gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), che consiste nella costruzione chirurgica, eseguita in anestesia locale, di un passaggio nello stomaco mediante una metodica che utilizza uno strumento a fibre ottiche durante l'inserimento della sonda attraverso la cute e serve per la somministrazione di alimenti



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_080

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI FARINGOLARINGECTOMIA
TOTALE + SVUOTAMENTO LATERO-CERVICALE +
TRACHEOSTOMIA**

Data prima emissione: 23/06/2023

Data ultima revisione: 23/06/2023
Revisione n. 00

e farmaci nei casi eccezionali in cui siano prevedibili tempi lunghi per la chiusura della fistola e la ripresa dell'alimentazione orale e si voglia evitare di mantenere a lungo in situ il sondino naso-gastrico

- stenosi tracheale (restringimento della trachea), con difficoltà respiratorie, che potrebbe rendere necessari ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici per ristabilire la pervietà tracheale
- tappi di muco rappreso che possono ostruire la cannula tracheale determinando una insufficiente penetrazione d'aria; la loro formazione avviene soprattutto nei primi giorni del decorso postoperatorio poiché è favorita dal ristagno dell'abbondante secrezione catarrale, dalla respirazione non fisiologica con scarsa umidificazione dell'aria inspirata e dall'insufficiente espettorazione dovuta anche alla dolenzia locale ed alla scarsa attività fisica; è sufficiente, per liberare le vie aeree, togliere la cannula tracheale e, qualora il tappo si sia fermato al di sotto di questa in trachea, aspirarlo; talvolta lo stesso aspiratore, stimolando il riflesso della tosse ne favorisce l'espulsione; il decesso per soffocamento dovuto alla formazione di un tappo di muco che non si riesce a rimuovere in tempo utile: è un evento rarissimo
- complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Nel corso dei colloqui orali mi sono stati spiegati

- la natura dell'intervento e la sua indicazione per la mia patologia in atto;
- la portata dei benefici ottenibili e la possibilità di ottenerli in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che potrebbero rendersi necessarie revisioni per eventuali difetti, anche di natura estetica, non sempre imputabili ad errori di esecuzione tecnica;
- i rischi prevedibili dell'intervento, in relazione alla casistica generale ed alla mia personale condizione, con la precisazione che comunque ogni intervento chirurgico può comportare rischi imprevedibili;
- la possibilità di scelte alternative, con spiegazione dei relativi benefici e rischi;
- il prevedibile periodo di ricovero e di convalescenza (salvo complicazioni) e le precauzioni postoperatorie indicate per evitare complicazioni, salvo quanto verrà più precisamente prescritto dopo l'intervento e nei successivi controlli.

Nel corso dei colloqui ho chiesto ed ottenuto i chiarimenti desiderati sui vari punti oggetto delle informazioni datemi.

Al termine mi è stato consegnato il prospetto scritto che precede ed integra le dette informazioni, con la raccomandazione di riconsiderarle attentamente, esprimere liberamente eventuali dubbi e quesiti ulteriori, riguardanti anche la comprensione dei singoli termini, e dichiarare infine se alla luce di tutto quanto sopra io ritenga di manifestare o meno il mio consenso all'intervento proposto.

Dichiaro pertanto di essere stato/a informato/a dei rischi connessi all'intervento, che è stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione, di aver ben compreso in ogni loro parte le informazioni ricevute e di aver avuto il tempo necessario per riflettere.

Ciò premesso:

Dichiaro di ricevere/aver ricevuto copia del presente documento, che in ogni caso è disponibile online nella pagina Internet dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo (www.ospedale.cuneo.it), nella sezione Home / Reparti Servizi Ambulatori, nella pagina dell'Otorinolaringoiatria

Firma del medico che fornisce le informazioni _____

Firma del paziente che riceve le informazioni _____

Data _____