



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_097
NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI EMIPELVIGLOSSECTOMIA
CON TECNICA DI PULL-THROUGH**

Data prima emissione: 23/06/2023

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

Fornite da _____

Gentile Signor/a _____

Etichetta

Nome:

Cognome:

Data di Nascita:

(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 chirurgico di emipelviglossectomia con tecnica di pull-through perchè è affetto/a da neoformazione che interessa una parte laterale della lingua e del pavimento della bocca senza superamento della linea mediana. 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 anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è l'asportazione radicale della neoformazione che può interessare porzioni laterali della lingua mobile senza oltrepassare la linea mediana, e una parte del pavimento della bocca

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 dei tessuti sede della neoformazione; la via di accesso è dalla bocca, associata a un'incisione del collo dallo stesso lato della neoformazione, che parte dalla regione retro auricolare e arriva alla regione mediana, potendosi estendere all'altro lato a seconda delle esigenze chirurgiche. L'intervento si conclude con la sutura del difetto chirurgico direttamente; può talvolta essere necessario l'ausilio di un lembo: ciò consiste nella preparazione di un'area di mucosa e/o cute/muscolo sottostante prelevate da regioni limitrofe alla sede di asportazione (regione sotto lo ioide, platisma o lembo naso-genieno), che viene cucita per riparare la zona asportata. Può essere utilizzato materiale favorente la guarigione come spugna di gelatina, Tachosil®.

È di solito necessaria l'apertura della trachea a livello cutaneo (tracheotomia, di solito temporanea) per permettere la respirazione resa difficoltosa dal gonfiore dei tessuti.

È di solito necessario inoltre il posizionamento di un sondino naso-gastrico per consentire l'alimentazione.

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

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 dall'equipe dei medici che si occuperanno di Lei.

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

Rischi di Complicità

I rischi di complicità sono:



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_097

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI EMIPELVIGLOSSECTOMIA
CON TECNICA DI PULL-THROUGH**

Data prima emissione: 23/06/2023

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

- emorragie intra- e post-operatorie, di cui quelle massive, dovute a rottura dei grossi vasi della lingua o del collo, che possono richiedere 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. Può riguardare sia la sede di asportazione, che l'area da cui viene prelevato il lembo per la ricostruzione
- ematoma (raccolta localizzata di sangue) in regione della bocca o l'area da cui viene prelevato il lembo per la ricostruzione
- 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
- macroglossia (aumento di volume della lingua) per edema o emorragia, tali eventualmente da causare disturbi della deglutizione e respirazione
- deficit di motilità della lingua con conseguenti disturbi della masticazione, della deglutizione, della parola
- cicatrizzazione esuberante della mucosa o della cute da cui viene prelevato il lembo (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente
- necrosi del lembo con necessità di ulteriore intervento ricostruttivo
- polmonite ab ingestis (infezione dei polmoni per la penetrazione di materiale alimentare nei polmoni) causata da difetti funzionali della deglutizione; 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 e farmaci nei casi eccezionali in cui siano prevedibili tempi lunghi per la ripresa dell'alimentazione orale e si voglia evitare di mantenere a lungo in situ il sondino naso-gastrico
- 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 _____