



A.O. S. Croce e Carle
Cuneo

MOD_{ORL}_099

NOTA INFORMATIVA

**INTERVENTO CHIRURGICO DI DRUG INDUCED SLEEP
ENDOSCOPY (D.I.S.E.) O VALUTAZIONE ENDOSCOPICA
DELLA FARINGE E DELLA LARINGE E DELLE VIE AEREO
DIGESTIVE SUPERIORI IN CONDIZIONI DI SONNO INDOTTO
FARMACOLOGICAMENTE**

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 di valutazione endoscopica della faringe e della laringe e delle vie aereo digestive superiori in condizioni di sonno indotto farmacologicamente (DISE) in quanto affetto da sindrome delle apnee ostruttive del sonno.

Affinché sia informato/a in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento che Le è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, 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 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

L'inquadramento diagnostico del paziente affetto da sindrome delle apnee notturne nel sonno (OSAS) ha come presupposto fondamentale la valutazione della sede responsabile dell'ostruzione durante il sonno.

L'esatta individuazione della sede di collasso è alla base della scelta terapeutica. La "sleep endoscopy" (DISE) permette di valutare l'ostruzione della via aerea superiore, in condizioni che più si avvicinano a quelle del sonno fisiologico: si tratta infatti di una tecnica che permette la diretta visualizzazione della via aerea superiore nel paziente addormentato. Dalla revisione della letteratura emerge l'utilità di tale metodica nella selezione dei pazienti candidati all'intervento chirurgico di vulopalatofaringoplastica e viene pertanto raccomandata in previsione di eventuali interventi chirurgici invasivi.

Realizzazione dell'intervento

La sleep endoscopy è una metodica non invasiva, in genere ben tollerata dal paziente. Consiste nell'introduzione di un naso-faringo-laringoscopia flessibile in faringe per la visualizzazione delle vie aereo digestive superiori comprendendo la visualizzazione delle fosse nasali (rinoscopia) della faringe (rinofaringe, orofaringe e ipofaringe) e della laringe nella sua porzione sopraglottica glottica e sottoglottica, in condizioni di sonno che viene ottenuto mediante farmaci. La procedura deve essere condotta in sala operatoria. Il sonno è indotto dalla somministrazione endovenosa di farmaci anestetici eseguita dall'anestesista sotto attento monitoraggio dei parametri vitali (elettrocardiogramma, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione di ossigeno). A paziente addormentato si esegue l'ispezione della via aerea superiore introducendo il fibroscopio flessibile nelle fosse nasali per proseguire poi nella valutazione del rinofaringe, orofaringe, ipofaringe e laringe valutandone il grado di ostruzione in concomitanza con il russamento, l'apnea e la caduta della saturazione di ossigeno, indotti farmacologicamente. Al termine il paziente viene svegliato e la procedura ha fine.

La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche. La durata del ricovero ospedaliero (in genere molto breve) e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal chirurgo di riferimento e dall'equipe dei medici che si occuperanno di Lei.

 A.O. S. Croce e Carle Cuneo	MOD_{ORL}_099 NOTA INFORMATIVA INTERVENTO CHIRURGICO DI DRUG INDUCED SLEEP ENDOSCOPY (D.I.S.E.) O VALUTAZIONE ENDOSCOPICA DELLA FARINGE E DELLA LARINGE E DELLE VIE AEREO DIGESTIVE SUPERIORI IN CONDIZIONI DI SONNO INDOTTO FARMACOLOGICAMENTE	Data prima emissione: 23/06/2023 Data ultima revisione: 23/06/2023 Revisione n. 00
---	---	--

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 valutazione endoscopica della faringe e della laringe e delle vie aeree digestive superiori in condizioni di sonno indotto farmacologicamente (DISE) può comportare dei rischi di complicanze.

Rischi di Complicanze

I rischi di complicanze sono:

- edema (gonfiore dei tessuti) di strutture del cavo orale (ad esempio lingua) o del faringe con rischio raro di prolungata intubazione fino alla risoluzione dell'edema
- lesioni dell'epiglottide (parte della laringe) con conseguente dolore temporaneo locale e disfagia (difficoltà alla deglutizione), in genere temporanea.
- complicanze generali come aritmie cardiache, legate a possibili fenomeni di ipossia.
- emorragia (sanguinamento), di solito modesta, ma che può comportare il posizionamento temporaneo di tamponi nasali
- sindromi algiche.
- complicanze anestesologiche: legate ai rischi del sonno indotto farmacologicamente, 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 _____

Fonte: Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale – SIO e ChCF