

INFORMAZIONI MEDICHE PER L'INTERVENTO CHIRURGICO DI LARINGECTOMIA SUBTOTALE SECONDO LABAYLE

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di laringectomia subtotale secondo Labayle o crico-ioido-pessia (CHP) perché è affetto/a dalla patologia indicata nell'allegato modulo di acquisizione del consenso

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.

E' 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 anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

La laringectomia subtotale sec. Labayle o crico-ioido-pessia (CHP) è riservata al trattamento dei carcinomi vestibolari e più precisamente:

- Dei tumori del piede dell'epiglottide con interessamento delle corde vocali false ed, eventualmente, di una aritenoidale con diminuita motilità cordale;

- Dei tumori vestibolari che interessano anche una corda vocale o di lesioni tumorali di entrambe le corde vocali vere ove sia indenne almeno una delle due aritenoidi;
- Dei tumori iniziali del ventricolo senza interessamento sottoglottico importante.

Costituiscono controindicazione all'intervento:

- L'invasione massiva della loggia io-tiro-epiglottica;
- L'infiltrazione della regione al di sotto delle corde vocali vere;
- La presenza di metastasi linfonodali (riproduzione della malattia nei linfonodi del collo, dette volgarmente "ghiandole del collo") in entrambi i lati od anche in un lato solo con linfonodi molto voluminosi.

La CHP prevede l'asportazione della totalità della cartilagine tiroidea, della loggia io-tiro-epiglottica, dell'epiglottide, delle corde vocali false e vere e, nei casi in cui la lesione interessa una corda vocale estendendosi posteriormente all'aritenoidi, anche l'aritenoidi del lato interessato.

L'obiettivo del trattamento chirurgico è, oltre alla radicale asportazione del tumore, anche quello di creare una neo-laringe che permetta la fonazione, la deglutizione e la respirazione senza la necessità di portare una tracheostomia permanente.

Realizzazione dell'intervento

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

L'intervento consiste nell'asportazione di tutta la laringe sopracricoidea (sopra la cartilagine cricoide) con conservazione di almeno una delle due aritenoidi, con conseguente abboccamento del moncone sottostante all'osso ioide.

La via di accesso prevede un'incisione cutanea a forma di «U», che parte dalla regione retroauricolare bilateralmente e passa per il giugulo (fossetta sopra lo sterno).

Tale intervento prevede anche la creazione di un'apertura temporanea della trachea (tracheotomia) per permettere la respirazione fintantoché la tumefazione (gonfiore) dei tessuti, conseguente all'atto chirurgico, la impedirebbe attraverso le vie naturali e fino a quando non si sarà riabilitato alla deglutizione delle bevande e dei cibi seguendo le indicazioni che Le verranno fornite.

La voce sarà conservata, ma la disfonia (raucedine) sarà permanente, e, chiuso il tracheostoma, potrà parlare e respirare per le vie naturali.

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.

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

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.

Come tutti gli atti medici (esami , endoscopie, interventi sul corpo umano) che, 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 laringectomia subtotale sec. Labayle o crico-ioido-pessia (CHP) può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

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;
- Polmonite ab ingestis (infezione dei polmoni per la penetrazione di materiale alimentare nei polmoni);
- Recupero funzionale della deglutizione più difficoltoso nei casi in cui sia necessario sacrificare anche un'aritenoido (in caso di conservazione di entrambe le aritenoidi la contrazione dei muscoli interaritenoidi fornisce una più valida chiusura della neo-laringe nella regione posteriore e quindi facilita una corretta deglutizione) e/o, soprattutto, se è necessario associare uno svuotamento latero-cervicale (vedi il relativo consenso da allegare); in genere è comunque possibile, anche se è prevedibile un allungamento dei relativi tempi di recupero;
- Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), 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;

- Stenosi tracheale (restringimento della trachea), con difficoltà respiratorie che potrebbe rendere necessari ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici per poter chiudere il tracheostoma; l'eventualità che si debba mantenere la stomia è molto rara;
- 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;
- Deglutizione inappropriata con conseguente inalazione di solidi o di liquidi, dovuta ad alterazione della sensibilità faringo-laringea o ad ipomobilità o fissità delle strutture superstiti (aritenoidi, base lingua e muscoli sopraioidei); questa evenienza può causare delle infezioni importanti, soprattutto in pazienti decannulati, a carico dell'albero tracheo-bronchiale (broncopolmoniti ab ingestis);
- Realizzazione di 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 riabilitazione alla funzione della deglutizione, evitando così il passaggio del materiale deglutito nell'albero tracheo-bronchiale con conseguenti broncopolmoniti;
- Qualora Lei rifiuti la PEG o sia assolutamente impossibile, nonostante ogni trattamento riabilitativo attuato, il recupero della funzione della deglutizione con conseguente inalazione di cibi solidi e di liquidi può portare ad importanti complicanze settiche (broncopolmoniti ab ingestis) si renderebbe necessario il ricorso ad una laringectomia totale (vedi il relativo consenso);
- Recidiva della lesione, molto rara ma non impossibile, quindi sono necessari controlli periodici secondo le indicazioni che successivamente Le verranno fornite;
- Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

Non dimentichi di informarci sui farmaci di cui fa uso, su eventuali allergie e di portarci in visione, la sua documentazione clinica.

Speriamo, con quanto sopra riportato, di essere stati esaurienti

Non esiti comunque a porci tutti i quesiti e le domande che riterrà opportune.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la collaborazione

Il Signor /Signora:

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame dal Dott:

Data ____/____/____/

Firma _____