

INFORMAZIONI MEDICHE PER L'INTERVENTO CHIRURGICO DI LARINGECTOMIA ORIZZONTALE SOVRAGLOTTICA

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di laringectomia subtotale secondo Mayer-Piquet o crico-ioido-epiglottide-pessia (CHEP) 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 orizzontale sovraglottica è un intervento riservato all'asportazione dei tumori del vestibolo laringeo ed in particolare:

- Dei tumori della faccia laringea dell'epiglottide;
- Dei tumori delle corde vocali false che interessano il piede dell'epiglottide;
- Dei tumori estesi alla metà anteriore del ventricolo laringeo senza interessamento indietro delle aritenoidi e del terzo posteriore delle corde vocali false, in avanti ed in basso del pavimento del ventricolo e della commissura anteriore;
- Dei tumori dell'epiglottide sopraioidea.

Costituiscono controindicazione all'intervento:

- L'estensione del tumore alla cartilagine tiroide;
- L'infiltrazione estesa della base della lingua.

L'obiettivo del trattamento chirurgico è, oltre alla radicale asportazione del tumore, anche quello di lasciare una parte della laringe che sia sufficiente a permettere 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.

Tale intervento consiste nell'asportazione della regione della laringe al di sopra del piano delle corde vocali vere, attraverso la via di accesso che prevede un'incisione cutanea a forma di «U», che parte dalla regione retroauricolare bilateralmente e passa per il giugulo (fossetta sopra lo sterno).

Dopo aver asportato le corde vocali false, l'epiglottide e l'osso ioide si procede all'unione della laringe rimanente all'osso ioide. E' prevedibile inizialmente una certa difficoltà alla corretta deglutizione, per cui quanto viene ingerito, soprattutto i liquidi, tende ad andare nelle vie aeree stimolando il riflesso della tosse per ottenere la sua espulsione; la ripresa della funzione deglutitoria può essere favorita ed affrettata da un'opportuna terapia riabilitativa.

Qualora il tumore abbia interessato in maniera molto limitata la base della lingua, il seno piriforme, l'aritenoidè è possibile allargare i limiti dalla rimozione chirurgica.

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

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

A tale intervento potrà essere associato uno svuotamento laterocervicale funzionale e/o radicale mono o bilaterale (asportazione dei linfonodi, che sono piccoli organi tondeggianti, costituiti di tessuto linfatico, interposti sul decorso dei vasi linfatici).

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 orizzontale sovraglottica 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 (del collo);
- 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 polmonare dovuta alla penetrazione di materiale alimentare nei polmoni; si può verificare soprattutto nell'immediato post-operatorio poiché questo intervento comporta la necessità di un compenso funzionale della deglutizione che, generalmente, avviene in tempi brevi;
- Recupero funzionale della deglutizione, più difficoltoso nei casi in cui sia necessario allargare i limiti della resezione chirurgica per estensione del tumore a strutture limitrofe e/o 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 (restringimento) ipofaringee (della porzione 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 quest'ultimo si debba mantenere a permanenza 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;

- Fissità di una o di entrambe le corde vocali vere in seguito ad una fibrosi cicatriziale dell'articolazione crico-aritenoidea quale esito occasionale dell'intervento; in tal caso può essere utile la terapia fono-logopedica; di norma invece, secondo la maggioranza degli Autori, è inutile il trattamento fono-riabilitativo postoperatorio, poiché l'unica alterazione vocale è dovuta ad una sfumatura del timbro per la perdita della minuscola quota di risonanza data dai ventricoli laringei di Morgagni;
- 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 epoca stagionale, maggiormente in estate;
- Stenosi (restringimento) ipofaringee (della porzione inferiore della faringe), con conseguente difficoltà alla deglutizione;
- 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); va comunque sottolineato che le aritenoidi svolgono un ruolo fondamentale nel recupero della deglutizione, poiché favoriscono la progressione del cibo verso l' esofago funzionando, anche in caso siano ipomobili o fisse, da "scivolo";
- 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 anestesilogiche: 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 _____