



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Chirurgia maggiore del cavo orale



IEO

Booklets

Una guida per i pazienti

Lo IEO pubblica una collana di Booklets al fine di aiutare il paziente a gestire eventuali problematiche (quali ad esempio le terapie svolte, l'alimentazione da seguire, gli esercizi di riabilitazione ecc.) a cui può andare incontro sia durante il periodo di ricovero che a seguito della dimissione.

Questa guida è stata concepita come un utile strumento per fornire ai pazienti e ai loro familiari tutte le informazioni esplicative e le indicazioni operative di cui hanno bisogno.

Nella speranza che possa essere d'aiuto
Le ricordo che le informazioni qui contenute non possono certo sostituire il colloquio diretto e La invitiamo a richiedere liberamente e senza timore ogni eventuale chiarimento al personale medico ed infermieristico del Reparto.

Il Direttore Sanitario



Premessa

Gentile Signore/a, questo opuscolo rientra nel piano di cura a lei indicato dai suoi medici referenti: ha lo scopo di metterla a conoscenza dei particolari dell'intervento, delle complicanze e dei rischi legati alla procedura, delle fasi più importanti della degenza post-operatoria. Riteniamo sia importante che Lei lo legga prima di firmare il consenso informato presente in cartella.

Le informazioni che vi sono contenute hanno lo scopo di aiutarLa a decidere in modo libero, chiaro e quindi consapevole se sottoporsi o meno all'intervento. Tali informazioni sono ormai divenute obbligatorie e sono tratte dai modelli elaborati dalla Società Italiana di Otorinolaringoiatria.

Resta inteso che potrà chiedere al chirurgo di Sua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento propostoLe.

Intervento chirurgico

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad intervento di chirurgia maggiore del cavo orale

È importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista:

- a) i farmaci di cui fa abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.);
- b) le eventuali manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci
- c) 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.) relativa a questa o ad altre malattie.

Finalità dell'intervento

Per chirurgia maggiore del cavo orale si intende la resezione di una importante struttura anatomica della bocca (lingua, mandibola, pavimento orale, guancia, gengiva o palato) e delle strutture linfatiche del collo e la ricostruzione con diverse tecniche chirurgiche.

Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la neoplasia da cui Lei è affetto e i linfonodi interessati o a rischio di essere coinvolti dalla malattia.

L'intervento si rende necessario poiché la neoformazione ha natura tumorale e va asportata. In corso di visita Le sono state presentate le opzioni terapeutiche (ad esempio il trattamento chemio radioterapico) con i limiti e le garanzie delle varie metodiche; ha concordato con lo specialista di riferimento che l'intervento proposto è attualmente la scelta terapeutica che le garantisce i risultati oncologici migliori.

A seconda dello stadio della malattia, una volta effettuato l'intervento chirurgico, Le potrà essere consigliato di effettuare un trattamento radioterapico o chemio radioterapico post-operatorio.

Realizzazione dell'intervento



L'intervento consiste nell'asportazione della neoformazione e della regione anatomica circostante, in anestesia generale, attraverso la via d'accesso indicata che prevede:

- Incisione cutanea talvolta estesa alla regione del mento con resezione mediana del labbro inferiore seguendo le

linee anatomiche del viso in modo da ottimizzare gli esiti cicatriziali;



- Sezione della mandibola e sua divaricazione per permettere l'accesso ai tessuti sottostanti e sua ricostruzione con placche metalliche per ripristinare l'integrità anatomica della mandibola.
- Quando è tecnicamente possibile ed oncologicamente affidabile (non vi è coinvolgimento della mandibola e le strutture interessate possono essere facilmente accessibili anche con questa tecnica) la via d'accesso praticata è il "Pull Trough" che viene realizzato con una incisione cutanea sul collo parallela alla mandibola e non comporta l'apertura della mandibola.
- Asportazione dei tessuti coinvolti dalla malattia;
- Asportazione della rete linfatica e delle stazioni linfonodali del collo cui afferisce la linfa dall'area coinvolta dalla neoplasia

Al termine di questa prima fase (definita demolitiva perché finalizzata alla rimozione del tumore) residua una comunicazione tra cavo orale e collo che deve essere chiusa allo scopo di separare la cavità orale (umida per la saliva e non sterile) dal collo (sterile) e di ripristinare una funzionalità (masticazione, deglutizione, articolazione delle parole) il più possibile simile a quella naturale. Questa chiusura può essere eseguita con varie modalità:

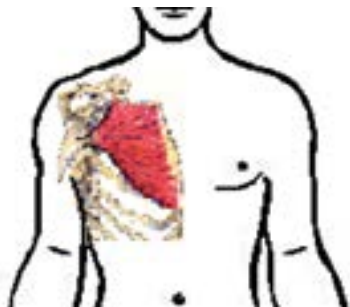
a) Chiusura diretta o per prima intenzione

La comunicazione che rimane dopo la demolizione è modesta e può essere chiusa avvicinando direttamente con punti di sutura i margini dei tessuti rimasti;

b) Ricostruzione con lembi di tessuto vicini all'area asportata (lembi peduncolati)

- Platisma: area di cute e muscolo sottostante prelevata dalla regione cervicale bassa (base del collo) ruotata all'interno del cavo orale per ricostituire il difetto
- Sottomentoniero: area di cute della regione sottomentoniera ruotata all'interno del cavo orale per ricostituire il difetto

- grande pettorale: cute e muscolo prelevati dalla regione mammaria e ruotati nell'area del difetto



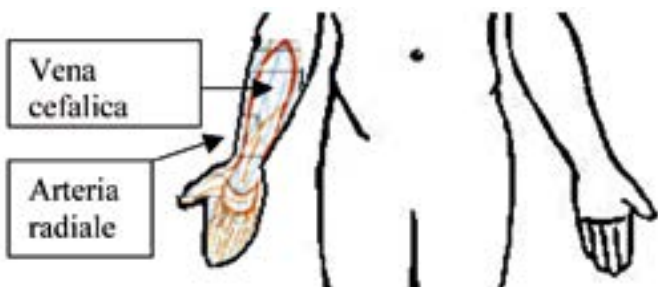
c) Ricostruzione con autotrapianto di tessuto prelevato a distanza dall'area asportata (lembi liberi rivascularizzati)

- Lembo libero di coscia: prevede il prelievo di cute ed eventualmente muscolo della coscia con conseguente cicatrice residua a livello dei due terzi superiori della coscia. Tale intervento non comporta alcun deficit per la deambulazione
- Lembo libero di gracile: prevede il prelievo di un muscolo della parte interna della coscia e della cute della regione peri-inguinale. La cicatrice e il difetto residui sono poco evidenti e decorrono lungo la parte interna della coscia. Tale intervento non comporta alcun deficit funzionale per la deambulazione

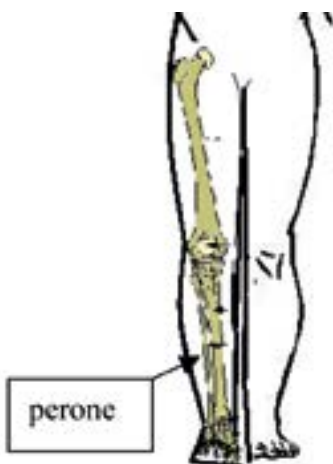




- Lembo libero di avambraccio: viene prelevata una porzione di cute della superficie volare (la parte interna, senza peli) dell'avambraccio con l'arteria radiale e la vena cefalica. La cicatrice residua viene riparata con innesto di cute prelevato solitamente dalla regione inguinale. In conseguenza di questo tipo di intervento può esitare una lieve perdita di sensibilità, solitamente temporanea, della superficie laterale del pollice e una certa intolleranza della punta delle dita al freddo.



- Lembo libero di perone: qualora sia necessario ricostruire una porzione di osso si utilizza una parte della fibula (o perone, l'osso laterale della gamba) per la sua ricostruzione. L'esito cicatriziale interessa la superficie



laterale della gamba, solitamente la parte centrale della cicatrice viene riparata con un innesto cutaneo prelevato dall'inguine. L'impiego di tale osso non comporta deficit della deambulazione.

Tracheotomia

Creazione di un'apertura temporanea della trachea a livello cutaneo (tracheostomia). Essa è importante in questa chirurgia per due motivi:

- garantisce la respirazione, resa difficoltosa dal gonfiore dei tessuti delle vie respiratorie soprastanti, legata alle manovre chirurgiche. Essa permette una adeguata ossigenazione del sangue, indispensabile per i processi di cicatrizzazione;
- permette nella fase della ripresa della deglutizione l'aspirazione diretta di eventuali residui alimentari che siano andati nelle vie aeree (fenomeno di aspirazione). Quando la ferita chirurgica è guarita e la deglutizione è ritornata normale, la tracheotomia viene chiusa.

Rischi di Complicanze

L'intervento di chirurgia maggiore, 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, può comportare dei rischi di complicanze.

Esse possono essere:

- Emorragia intraoperatoria o nelle prime 24 ore successive all'intervento;
- Emorragia tardiva (5°-10° giornata) essa è infrequente ed è in genere correlata ad altre complicanze (infezioni, fistole)

L'emorragia può anche comportare la necessità di un reintervento; in casi eccezionali una emorragia massiva può determinare il decesso;

- Ematoma postoperatorio;
- Raccolte sierose nel collo;
- Lesione e stenosi del dotto salivare della ghiandola



sottomandibolare o parotide che comporta l'impossibilità della saliva di fuoriuscire con conseguente rigonfiamento doloroso della ghiandola interessata: qualora la stenosi non si risolve potrebbe rendersi necessario asportare la ghiandola;

- Complicanze mediche (polmonari, vascolari, metaboliche) legate alla compromissione dell'organismo a seguito dell'atto chirurgico demolitivo, con possibilità anche di decesso nell'1% dei casi;
- Formazione di ulcere gastriche da stress, con possibilità di sanguinamenti anche gravi che possono comportare in casi eccezionali il decesso;
- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.
- Necrosi totale del lembo con necessità di ulteriore intervento ricostruttivo (< al 4%);.
- Necrosi parziale del lembo con necessità di frequenti medicazioni e toilette
- Infezione della ferita chirurgica;
- Deiscenza della ferita chirurgica;
- Fistole oro-faringo-cutanea od oro-cervicale con fuoriuscita di saliva dal tramite, che necessitano di accorgimenti locali per favorirne la guarigione, quali: fasciature a compressione, tamponamenti, medicinali locali, terapia antibiotica, fino ad un'eventuale plastica chirurgica se tali presidi conservativi non dovessero giovare;
- Deficit del nervo facciale parziale, con deviazione della bocca o del labbro inferiore verso il lato sano;
- Lesione del nervo linguale con dolore persistente, anche per lungo tempo, alla lingua o perdita della sensibilità linguale nel lato interessato;
- Lesione del nervo glossofaringeo, caratterizzata da fuoriuscita di liquido dal naso durante l'atto di bere, deviazione della parete posteriore della faringe verso il lato sano (movimento a tendina) facendo fonare la

vocale "a", modificazione della voce con voce da Pape-rino (rinolalia aperta), otalgia riflessa, alterazioni del gusto;

Le lesioni nervose talvolta non sono accidentali, ma la resezione o il traumatismo del nervo sono atti dovuti alla tecnica chirurgica o al coinvolgimento del nervo stesso nella lesione

Le complicanze aggiuntive connesse con l'eventuale svuotamento laterocervicale sono elencate nell'informazione e consenso relativi a questo atto chirurgico.

Possibili disturbi funzionali, problemi estetici e problemi correlati all'intervento chirurgico

La rimozione di tessuti che svolgono importanti funzioni (ad esempio la muscolatura linguale, che provvede alla formazione del bolo alimentare, alla deglutizione ed all'articolazione delle parole) comporta dei problemi funzionali ed estetici che possono essere limitati, ma non sempre evitati, dalle tecniche ricostruttive, spesso molto sofisticate, utilizzate.

Le parti anatomiche ricostituite con lembi non hanno né la sensibilità né la motilità della parte asportata: il ripristino delle normali funzioni si ha grazie alla riabilitazione e all'utilizzo delle strutture anatomiche residue

- Difficoltà alla masticazione ed alla deglutizione;
- Dismorfismo (alterazioni della forma) del volto e del collo;
- Difficoltà al movimento della lingua;
- Perdita degli elementi dentari in corrispondenza della regione mandibolare interessata.
- Ipoestesia del territorio del trigemino (guancia, lingua, mucosa gengivale, orecchio esterno, labbro, denti



inferiori del lato interessato);

- Possibili dolori cervicali dovuti, se non è stato effettuato svuotamento laterocervicale, alla posizione della testa durante l'intervento
- Formazione di cheloide, cioè tessuto cicatriziale esuberante;
- Stenosi tracheale, con difficoltà respiratorie;
- Stenosi ipofaringee, con conseguente difficoltà alla deglutizione;
- Frattura della mandibola, che si può verificare più facilmente se l'intervento avviene su mandibola atrofica, edentula; in tal caso sarà necessaria la riparazione chirurgica con osteosintesi con viti e placche;
- Mancata osteosintesi mandibolare nell'approccio transmandibolare conservativo, per imperfetto affrontamento dei monconi ossei a livello dell'osteotomia. Con il tempo il basculamento dei monconi mandibolari porta alla lisi dell'osso intorno alle viti con conseguente fuoriuscita di queste a cui fa seguito in genere la fistolizzazione e l'osteomielite; il trattamento è medico (antibiotici e medicazioni locali) e chirurgico (asportazione di segmenti ossei infetti e placche estruse e, dopo la guarigione dell'infezione, la ricostruzione).

Post-operatorio

Solitamente il paziente trascorre la prima notte di degenza in terapia intensiva. Il giorno successivo viene trasferito in reparto ed è monitorizzato dal personale medico e infermieristico: al momento dell'arrivo in reparto il paziente ha una cannula tracheale con la quale respira, un sondino naso gastrico per la nutrizione e alcuni drenaggi cervicali. In genere in terza giornata viene cambiata la cannula tracheostomica (cannula scuffiata-senza palloncino) ed il paziente può cominciare a parlare e a deambulare autonomamente. La riabilitazione

all'alimentazione inizia quando la cicatrizzazione è completata in genere in sesta giornata; il sondino nasogastrico viene rimosso quando il paziente è in grado di alimentarsi per bocca autonomamente. In alcuni casi i tempi di riabilitazione sono molto lunghi e al paziente viene proposta una gastrostomia percutanea (vedi booklets PEG).

In caso di intervento chirurgico con lembo di perone la deambulazione inizia in ottava giornata.

I medici ed il personale infermieristico saranno a disposizione per ogni chiarimento .

Segreteria Chirurgia Cervico-Facciale

T 0257489490

E divisione.chirurgiacervicofacciale@ieo.it

Il lunedì, martedì, giovedì e venerdì non festivi dalle ore 15.30 alle ore 16.30 un medico sarà a disposizione al seguente numero telefonico: 02 57489.898.



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Note

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.

#73



IEO Istituto Europeo di Oncologia
Via Ripamonti 435 20141 Milano

T +39 02 57489.1 F +39 02 57489.208
E info@ieo.it W www.ieo.it

A cura del
Comitato Comunicazione, Supporto ed
Educazione Sanitaria

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

*Lo IEO è accreditato
Joint Commission*

