



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Microlaringoscopia diretta endoscopica con laser CO₂



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 indicatoLe dai suoi medici referenti: ha lo scopo di metterLa a conoscenza dei particolari dell'intervento, delle complicanze e dei rischi legati alla procedura nonché delle fasi più importanti della Sua degenza post-operatoria.

È importante che Lei lo legga prima di firmare il consenso informato al trattamento.

Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurarLe preoccupazioni, ma piuttosto di aiutarLa a decidere in modo libero e chiaro e quindi più consapevole se sottoporsi o meno all'intervento proposto.

Le informazioni riportate 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 asportazione endoscopica (cioè con il laser) della neoformazione della laringe.

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.); inoltre è importante che riferisca se ha avuto in passato manifestazioni allergiche, da quali farmaci o sostanze sono state provocate e se ha ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi e/o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Finalità dell'intervento

Scopo dell'intervento è quello asportare in modo completo la neoformazione della laringe (in una o più delle sottosedì interessate), salvaguardando, al tempo stesso e per quanto possibile, la funzione d'organo (esempio: voce e deglutizione).

L'intervento si rende necessario poiché:

- la natura della neoformazione è di tipo tumorale, documentata da un esame istologico eseguito in precedenza; in questo caso l'intervento chirurgico ha lo scopo di asportarla completamente;
- è necessario precisare la natura benigna o maligna della lesione. In questo caso l'intervento di asportazione è nello stesso tempo diagnostico e curativo.

Per renderLe più semplice comprendere l'intervento a cui verrà sottoposto, illustriamo di seguito sommariamente l'anatomia e le funzioni della laringe.

Anatomia: la laringe, organo della fonazione situato nella parte centrale del collo, è costituita da uno scheletro cartilagineo, una serie di muscoli e un rivestimento mucoso che tappezza le pareti interne. La laringe si continua in basso con la trachea e in alto con la faringe. Lo scheletro cartilagineo è composto da sei cartilagini: tiroidea, cricoidea, aritenoidi (2), epiglottide, corniculate (2) e cuneiformi (2). Tra queste strutture cartilaginee ci sono i muscoli della laringe. La laringe è a sua volta suddivisa in 3 diverse sottosedì: la laringe sovraglottica (posta cioè sopra le corde vocali); la laringe glottica (le corde vocali vere e proprie) e la laringe sottoglottica (posta sotto le corde vocali). La laringe sovraglottica è a sua volta composta dall'epiglottide, dalle false corde vocali, dalle aritenoidi e dalle pliche ari-epiglottiche. La laringe glottica comprende le corde vocali, formate da muscolo, legamento e membrane mucose che, messe in vibrazione dal passaggio dell'aria, servono a produrre i suoni. La laringe sottoglottica, si continua in basso con la trachea.

Fig.1 Le corde vocali (aperte nella respirazione, a sinistra; chiuse nella fonazione, a destra)



Funzioni: la laringe è un organo complesso che svolge 3 diverse funzioni: protettiva, respiratoria e fonatoria. In pratica la laringe può essere paragonata ad una valvola. Le corde vocali partecipano a tutte e tre le funzioni: si chiudono unendosi al centro l'una all'altra quando deglutiamo (funzione protettiva delle vie respiratorie), si aprono quando respiriamo (funzione respiratoria) e si uniscono di nuovo al centro l'una all'altra quando parliamo: vibrano lasciando fuoriuscire l'aria che proviene dal basso, cioè dai polmoni (funzione fonatoria).

Realizzazione dell'intervento

Gli interventi endoscopici (cioè con il laser, passando attraverso la bocca) a carico della laringe necessitano di una anestesia generale per permettere una corretta esposizione della sede e il controllo di eventuali sanguinamenti intraoperatori.

Pertanto, per essere sottoposto all'intervento a Lei proposto, è indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista-rianimatore risponderà a tutte le domande relative alla anestesia.

- L'intervento endoscopico consiste nell'asportazione della neoformazione in anestesia generale, accedendo alla laringe attraverso il cavo orale (cioè dalla bocca) mediante uno strumento rigido (laringoscopio), senza quindi incisioni cutanee. Per fare ciò il capo del paziente può essere esteso durante l'intervento, per consentire una migliore esposizione della laringe.

- Talora può rendersi necessaria la creazione di un'apertura temporanea della trachea a livello cutaneo: la tracheotomia. Viene utilizzata per garantire ed assicurare al paziente una respirazione più efficace nei casi più complessi.
- La durata dell'intervento è variabile: dipende cioè dall'estensione della lesione e dalle difficoltà chirurgiche incontrate intraoperatoriamente. Le cordectomie semplici (tipo I, II e III) possono durare circa un'ora; gli interventi più complessi (cordectomie estese tipo IV e V o le laringectomie sovraglottiche endoscopiche) dalle 2 alle 4 ore circa. Il suo medico di riferimento, comunque, La informerà della durata prevista dell'intervento al quale dovrà essere sottoposto\.

Ugualmente, la durata del ricovero ospedaliero e le eventuali terapie aggiuntive post-chirurgiche Le saranno precisate dal medico di riferimento.

Rischi e Complicanze

Come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano in genere), anche se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza e in conformità agli attuali standard di sicurezza e di norme in vigore, anche gli interventi endoscopici sul distretto laringeo possono comportare dei rischi e delle complicanze, quali:

- Emorragia intraoperatoria o nelle prime 24 ore successive all'intervento (evento raro);
- Emorragia tardiva (5⁻¹⁰ giornata) quale complicanza, sia pure infrequente di ogni atto chirurgico;
- Complicanze mediche legate alla compromissione dell'organismo a seguito dell'atto chirurgico, con possibilità anche di decesso (evento molto raro);
- Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi (molto rare);
- Direttamente correlabili alla modalità endoscopica di esposizione della sede da trattare: rottura di denti



o protesi fisse, traumatismi transitori del labbro o di altre sottosedì della cavità orale, enfisema sottocutaneo (molto rare).

Possibili disturbi funzionali e problemi correlati all'intervento chirurgico

- L'asportazione parziale o completa di una parte anatomica della laringe porta necessariamente ad una iniziale difficoltà sia della espressione vocale (la voce può peggiorare se viene tolta parte o tutta la corda vocale) che dell'alimentazione (viene meno cioè, parzialmente, la funzione protettiva della laringe). Quest'ultima evenienza può essere presente solo negli interventi endoscopici molto estesi.
- Possibili dolori cervicali dovuti alla posizione del capo e del collo durante l'intervento;
- Non sempre i risultati cicatriziali sono prevedibili al momento dell'intervento; pertanto anche per gli interventi endoscopici potrebbero presentarsi situazioni di cicatrizzazione determinanti risultati funzionali non ottimali. Ad esempio, una voce non buona dovuta a sinechie cicatriziali, soprattutto se presenti nella parte anteriore della corda vocale o per utilizzo improprio di strutture laringee normalmente non coinvolte nella produzione della voce (ad esempio, le false corde vocali). Oppure difficoltà alla deglutizione, principalmente a seguito di estesi interventi della regione sovraglottica.

Post-operatorio

I pazienti che necessitano di assistenza funzionale post-operatoria, verranno valutati (anche prima dell'intervento chirurgico proposto) e seguiti (nel post-operatorio) dalla logopedista che si occuperà della riabilitazione funzionale. Alcuni interventi, infatti, e più precisamente le laringectomie sovraglottiche endoscopiche in cui vengono asportate più strutture della laringe, neces-

sitano di una riabilitazione alla deglutizione (sia cibi liquidi che cibi solidi) al fine di rendere il paziente nuovamente autonomo all'alimentazione al momento della dimissione ospedaliera.

La degenza ospedaliera varia, in media, dai 2 ai 15 giorni, negli interventi più ampi e demolitivi.

Nelle cordectomie limitate (tipo I, II e III) è di circa 1-2 giorni; nelle cordectomie più estese, di circa 2-3 giorni, mentre nelle laringectomie sovraglottiche endoscopiche anche fino a 10-15 giorni, per garantire al malato una buona ripresa funzionale. In questi ultimi interventi potrà essere necessaria una iniziale alimentazione mediante sonda gastrica, che verrà successivamente rimossa a giudizio del medico.

Tutti i medici dello staff sono a sua disposizione per qualsiasi altro chiarimento. Le si rendesse necessario, ai recapiti che trova di seguito.



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Segreteria Chirurgia Cervico-Facciale

T +39 02 57489 490

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.

#82



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
Divisione di Chirurgia Cervico Facciale

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

*Lo IEO è accreditato
Joint Commission*

