



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

# Parotidectomia



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: esso 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. Le informazioni che vi sono contenute hanno lo scopo di aiutarLa a decidere in modo 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 parotidectomia superficiale / parotidectomia totale.

La parotide è una ghiandola salivare situata fra la mandibola e la mastoide (un osso del cranio) ed ha il compito di produrre una intensa salivazione durante i pasti o a seguito di stimoli sensoriali (la cosiddetta acquolina in bocca). Le ghiandole deputate a questa funzione sono definite ghiandole salivari maggiori e sono 6 (le due parotidi, le due sottomandibolari e le due sottolinguali). L'asportazione di una di queste ghiandole non compromette in modo significativo la produzione della saliva.

In previsione dell'intervento è importante che riferisca al Suo chirurgo, ai medici che redigeranno la Sua cartella clinica ed all'anestesista i farmaci di cui fa

abituale 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 con sé al momento del ricovero tutta la documentazione clinica in Suo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

## Finalità dell'intervento

Lo scopo dell'intervento è di asportare la parte superficiale della ghiandola parotidea o la ghiandola in toto perché affetta:

- Da una lesione benigna che può:
  - aumentare di volume;
  - infettarsi;
  - diventare maligna nel tempo;
- Da una lesione di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;
- Da un tumore di tipo maligno.

## Realizzazione dell'intervento

L'intervento viene eseguito in anestesia generale. È indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le domande relative alla propria specializzazione.

Tale intervento consiste nell'asportazione del tumore con il tessuto ghiandolare che lo circonda mediante un'incisione eseguita anteriormente al padiglione auricolare o passando dietro al trago e quindi, per renderla



meno visibile, prolungata sotto/dietro il lobo dell'orecchio e per alcuni centimetri a livello del collo. Questo tipo di incisione ha un ottimo risultato estetico e è approssimativamente sovrapponibile all'incisione che si fa nell'intervento di chirurgia estetica di lifting



Per accedere alla ghiandola è spesso necessario recidere il nervo grande auricolare, nervo sensitivo deputato all'innervazione del lobo auricolare e della cute posta davanti all'orecchio. Durante l'operazione si ricercano e si conservano (se possibile) il nervo facciale e le sue diramazioni. Il pezzo operatorio asportato viene inviato al patologo affinché precisi la natura della lesione. Si posiziona infine un drenaggio (un tubicino) che fuoriesce dalla cute in prossimità della ferita chirurgica per scaricare i liquidi ematici che si possono formare e che di norma viene rimosso fra la II e la IV giornata post-operatoria.

L'intervento viene condotto con l'ausilio di occhiali di magnificazione o con microscopio che consentono un ingrandimento del campo operatorio e una migliore visione dei rami nervosi. L'intervento che si esegue più frequentemente è la parotidectomia superficiale perché il 75-80% della ghiandola si sviluppa al di sopra del nervo. Pertanto solo una minoranza dei noduli sono

situati nel lobo profondo e non sempre è possibile stabilirlo prima dell'intervento, per cui in alcuni casi la decisione di eseguire una parotidectomia totale può essere presa solo durante l'intervento chirurgico.

- Nella parotidectomia superficiale viene asportata la porzione ghiandolare situata al di sopra del piano costituito dal nervo facciale e dalle sue diramazioni principali.
- Nella parotidectomia totale viene asportata anche la parte di ghiandola che si trova in profondità rispetto al piano costituito dal nervo facciale e dalle sue diramazioni. In questo tipo di procedura il rischio di traumatismi del nervo facciale e dei suoi rami è maggiore.
- Nel caso di tumori maligni con interessamento dei linfonodi del collo assieme all'intervento di parotidectomia può essere associato l'intervento di svuotamento linfonodale laterocervicale (vedi brochure relativa). Lo svuotamento linfonodale del collo comporta il prolungamento dell'incisione cutanea nella regione del collo. I linfonodi asportati saranno inviati dal patologo per l'esame istologico che preciserà se sono sede di malattia o meno.

La durata dell'intervento varia in funzione del tipo, delle dimensioni della lesione e della sua localizzazione rispetto alle strutture nervose interessate.

La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo medico di riferimento.

## Rischi di Complicanze

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 parotidectomia può comportare dei rischi di complicanze perioperatorie.

Le complicanze più comuni sono:

- Emorragie intraoperatorie e post-operatorie;
- Ematoma (raccolta localizzata di sangue);
- Infezione della sede dell'intervento;

## Possibili disturbi funzionali ed estetici correlati all'intervento chirurgico

- Dolore e difficoltà transitoria alla masticazione, dovuti alla vicinanza dell'articolazione temporo-mandibolare alla zona dell'intervento; dolore cervicale dovuto alla posizione della testa durante l'intervento;
- Fistola salivare, cioè formazione di un tramite tra la zona ove era la ghiandola e la cute, con fuoriuscita di secrezione salivare attraverso la ferita. La fistola generalmente tende alla chiusura spontanea nell'arco di qualche giorno o settimana;
- Quando viene rimossa la medicazione si evidenzia dietro l'angolo della mandibola un'area di depressione che è dovuta alla rimozione della ghiandola e che con il tempo si attenua parzialmente;
- E' possibile un deficit del nervo facciale, di grado variabile a seconda delle difficoltà chirurgiche e della variabilità anatomica del nervo. Tale deficit può comportare una riduzione della sincronia dei movimenti della muscolatura mimica del volto dovuta ad una maggiore lentezza dello stimolo nervoso dal lato operato rispetto a quello sano; l'entità di questo deficit è variabile potendo interessare uno o più rami del nervo facciale. Il deficit può portare alla paralisi dei muscoli della metà del volto dal lato operato con conseguente mancata chiusura palpebrale e deviazione della rima buccale (angolo della bocca), spiana-

mento delle rughe frontali e del solco nasogenieno (lateralmente al naso) in genere il deficit è temporaneo (da alcune settimane fino a diversi mesi) ;

- La paralisi permanente del nervo facciale può verificarsi:
  - Per sacrificio chirurgico, nei casi in cui il nervo sia interessato dalla patologia maligna;
  - Quando è impossibile trovare un piano di separazione tra nervo e tessuto patologico (soprattutto in caso di tumore infettatosi o di re-intervento);
  - Quando vi è una mancata ripresa fisiologica della funzionalità nervosa
- Successivamente all'intervento si può verificare la così detta Sindrome di Frey, che consiste in una "sudorazione" in coincidenza dei pasti dalla cute sovrastante la regione parotidea.
- La cicatrice può essere sensibile e dolorabile.
- Formazione di cheloide, cioè tessuto cicatriziale esuberante, legato generalmente ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate.
- Perdita di sensibilità del lobo auricolare dovuta a sezione o trazione del nervo grande auricolare. Questa può essere definitiva ovvero ridursi lentamente nel tempo (sono descritte riprese della sensibilità del lobo auricolare fino a due anni dall'intervento).

## Postoperatorio

- A seguito dell'intervento, qualora si manifestino deficit del nervo facciale Le verranno indicati alcuni esercizi volti ad accelerare la ripresa funzionale della mimica facciale. Talora, a discrezione del medico di reparto, può essere somministrata al paziente terapia cortisonica e vitamina B allo scopo di ren-



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

dere più rapida la ripresa della funzionalità nervosa. Tale terapia dovrà poi essere proseguita a domicilio secondo le indicazioni fornite nella lettera di dimissione.

- In alcune neoplasie maligne della parotide può essere indicato un trattamento chemio e/o radioterapico post-operatorio che verrà illustrato al paziente dai colleghi oncologi e radioterapisti.

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

## Segreteria Chirurgia Cervico-Facciale

T +39 02 57489 490

E [divisione.chirurgiacervicofacciale@ieo.it](mailto: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.

## Note

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.



# #68



IEO Istituto Europeo di Oncologia  
Via Ripamonti 435 20141 Milano

T +39 02 57489.1 F +39 02 57489.208  
E [info@ieo.it](mailto:info@ieo.it) W [www.ieo.it](http://www.ieo.it)

*A cura del*  
Comitato Comunicazione, Supporto ed  
Educazione Sanitaria

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

*Lo IEO è accreditato  
Joint Commission*

