



IEO

Istituto Europeo di Oncologia

Laringectomia ricostruttiva sovraglottica o sovracricoidea



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.

Riteniamo sia importante che Lei lo legga prima di firmare il consenso informato presente in cartella.

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.

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 laringectomia ricostruttiva con finalità di asportazione della neoformazione laringea.

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 antidolorifici, 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 ed eventualmente dei linfonodi del collo.

L'intervento si rende necessario poiché:

- La natura della neoformazione è di tipo tumorale e pertanto deve essere completamente asportata;

Realizzazione dell'intervento

Gli interventi a carico della laringe e dei linfonodi del collo necessitano di una anestesia generale per permettere la completa asportazione della malattia 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 procedure e manovre di sua competenza.

Per renderLe più semplice comprendere l'intervento a cui verrà sottoposto, illustriamo sommariamente di seguito 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 sottosedi: la laringe sovraglottica (posta cioè sopra le corde vocali); la laringe glottica (le corde vocali vere e proprie) e la laringe sottoglottica (muscoli 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.

Le alte vie aeree e la laringe, vista dal lato sinistro.

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 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, lasciando però fuoriuscire l'aria che proviene dal basso, cioè dai polmoni (funzione fonatoria).



L'intervento di **laringectomia ricostruttiva (sovraglottica o sovracricoidea)** consiste nell'asportazione in anestesia generale della neoplasia e delle sedi anatomiche della laringe interessate, preservando però le strutture più importanti (la cartilagine cricoide e una o entrambe le aritenoidi).

La conservazione di tali strutture consente poi di ricostruire una laringe anatomicamente diversa che permette di effettuare le 3 funzioni fisiologiche (respirazione, fonazione e alimentazione) per le quali l'organo è predisposto.

Sempre attraverso la stessa incisione cutanea, possono essere contemporaneamente asportati, se necessario, i linfonodi e/o altre strutture del collo (muscoli, vasi o nervi). L'area anatomica asportata verrà successiva-

mente ricostruita e suturata con dei punti. Per questo tipo di intervento è sempre necessaria la creazione di un'apertura temporanea della trachea a livello cutaneo (la tracheotomia), per il posizionamento di una cannula tracheale, al fine di garantire una via respiratoria affidabile e sicura nell'immediato post-operatorio. Tale apertura viene comunque chiusa, nella maggior parte dei casi, prima della dimissione dal reparto: si illustrerà al paziente la necessità di mantenere la cannula tracheale anche dopo la dimissione, nei casi in cui verrà ritenuta necessaria (esempio: necessità di trattamento Radioterapico post-operatorio o ancora per difficoltà alla ripresa dell'alimentazione autonoma). In rari casi può rendersi necessario, per una migliore ricostruzione del difetto chirurgico, l'utilizzo di lembi trasposti a livello laringeo (nella maggior parte dei casi un lembo di muscolo pettorale): nel caso in cui, per la cura del suo problema, fosse necessaria anche la ricostruzione con lembi, tale necessità Le verrà illustrata dal suo medico di riferimento o da altri medici facenti parte dell'equipe chirurgica.

- La durata dell'intervento è variabile: dipende cioè dal tipo di intervento proposto (asportazione della laringe con o senza svuotamento dei linfonodi del collo) e dalle difficoltà chirurgiche incontrate intraoperatoriamente. Generalmente per tale intervento sono necessarie dalle 4 alle 7 ore. Il suo medico di riferimento e il medico di Reparto La informeranno della durata prevista dell'intervento al quale dovrà essere sottoposto/a.
- Ugualmente, la durata del ricovero ospedaliero e le eventuali terapie aggiuntive post-chirurgiche Le saranno ulteriormente precisate dal medico di riferimento o dai medici dell'equipe.



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 scienza e di norme in vigore, anche gli interventi sul distretto laringeo possono comportare dei rischi e delle complicanze.

I rischi sono:

- Emorragia intraoperatoria o nelle prime 24 ore successive all'intervento;
- Emorragia tardiva (5°-10° giornata) quale complicanza, sia pure infrequente di ogni atto chirurgico.
- In casi eccezionali il decesso legato a emorragia massiva;
- Ematoma post-operatorio (cioè raccolta di sangue o siero nel collo), che raramente rappresenta una complicanza preoccupante;

Le complicanze:

- Complicanze mediche legate alla compromissione dell'organismo a seguito dell'atto chirurgico, con anche possibilità di decesso;
- Formazione di ulcere gastriche da stress, con possibilità di sanguinamenti anche gravi che possono comportare, in casi eccezionali, il decesso;
- Complicanze della sede chirurgica: la più frequente in questi tipi di interventi, è la creazione di una comunicazione tra la neo-laringe e il collo ("la fistola") che si risolve (nella maggior parte dei casi) con medicazioni locali compressive; raramente, invece, si rende necessario un nuovo intervento di revisione chirurgica. Tale complicanza, tuttavia, obbliga il paziente al mantenimento della sonda gastrica per la nutrizione, per tempi più lunghi.

Altra complicanza (rara) è la rottura della plessia (cioè della ricostruzione della neo-laringe); in questo caso è necessaria la revisione chirurgica in anestesia generale e non sempre è possibile rifare l'intervento "conservativo": alle volte si rende necessario un intervento di revisione con laringectomia totale.

- Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi.

Possibili disturbi funzionali e problemi correlati all'intervento chirurgico

- L'asportazione di una parte anatomica della laringe porta necessariamente ad una iniziale difficoltà sia della espressione vocale (la voce può cambiare) che dell'alimentazione (viene meno cioè, parzialmente, la funzione protettiva della laringe). Questo comporta la possibilità che una parte più o meno rilevante del cibo e dei liquidi deglutiti possano andare nelle vie respiratorie con conseguente tosse, e con il rischio di complicanze infettive (bronchiti o broncopolmoniti recidivanti). E' pertanto necessario nel post-operatorio iniziare una riabilitazione finalizzata alla ripresa della deglutizione. Per questo sarà assistito da una logopedista che si occuperà di valutare la singola situazione e di insegnare come superare queste difficoltà iniziali. Anche dopo la riabilitazione la voce non potrà essere uguale a quella che si aveva prima dell'intervento chirurgico e alcune difficoltà di alimentazione potrebbero diventare permanenti.
- Possibili dolori cervicali dovuti alla posizione della testa e del collo durante l'intervento;
- Non sempre i risultati cicatriziali sono prevedibili al momento dell'intervento; pertanto potrebbero presentarsi situazioni di cicatrizzazione determinanti risultati funzionali non ottimali.

Post-operatorio

Tutti i pazienti che, come Lei, vengono sottoposti ad un intervento di laringectomia ricostruttiva necessitano di riabilitazione post-operatoria: che viene effettuata dalla logopedista del reparto.

In questo intervento si viene infatti a ricreare una si-



tuazione anatomica nuova a cui il paziente si deve abituare e una nuova laringe che deve imparare a far funzionare adeguatamente per poter parlare e mangiare. La degenza ospedaliera varia, in media, dai 10 ai 20 giorni. In questi interventi è sempre necessaria una iniziale alimentazione mediante sonda gastrica (“sondino”) che verrà successivamente rimossa a giudizio del medico. La cannula tracheale viene mantenuta in sede per tutto il tempo della degenza ospedaliera: nella maggior parte dei casi il paziente viene dimesso senza la cannula tracheale. Al momento della dimissione il paziente sarà in grado di alimentarsi in modo autonomo attraverso la bocca con cibi semisolidi (dieta cremosa morbida).

Tutti i medici dello staff sono a sua disposizione per qualsiasi altro chiarimento Le si rendesse necessario.

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.

Note

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.

#80



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*

