

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Neoformazione della laringe in paziente con: _____
Trattamento proposto:	CORDECTOMIA LASER ASSISTITA
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>L'intervento di cordectomia in microlaringoscopia mediante laser viene praticato per asportare la corda vocale vera</p> <p><input type="checkbox"/> DX, <input type="checkbox"/> SX, interessata da _____</p> <p>L'asportazione della corda vocale viene effettuata senza bisogno di incisioni cutanee passando dalla bocca con un tubo rigido in metallo e servendosi di un microscopio operatorio e di un laser.</p> <p>L'intervento si svolge in anestesia generale.</p> <p>È pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. I pazienti vengono anestetizzati e la via aerea si assicura mediante intubazione endotracheale o, in caso di una via aerea superiore inadeguata per abnormi restringimenti di varia origine, con tracheotomia. Per poter realizzare la microlaringoscopia bisogna innanzitutto esporre la laringe, ovvero ottenere una buona visualizzazione dell'organo. L'esposizione si ottiene attraverso un tubo rigido metallico che viene introdotto dalla bocca; il tubo fa leva sul mascellare superiore e sui denti per proteggere i quali viene interposta un'adeguata protezione. Successivamente con l'ausilio di un microscopio operatorio, che permette di visualizzare le strutture laringee a vari ingrandimenti, si può asportare il tessuto patologico con precisione e in modo accurato, minimizzando il trauma chirurgico a carico della laringe. Attraverso il sistema ottico del microscopio verrà applicato il laser che permette di vaporizzare, coagulare ed incidere i tessuti; questo rende peraltro possibile anche effettuare incisioni molto precise. Inoltre è anche possibile registrare le immagini con delle telecamere incorporate nel sistema ottico del microscopio. La lesione della corda vocale vera da asportare deve avere determinate e precise caratteristiche, le quali permettono, a seconda delle strutture interessate e quindi da rimuovere chirurgicamente, una classificazione della cordectomia mediante laser in sei tipi, a seconda della profondità di exeresi e di eventuali estensioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cordectomia tipo I: cordectomia sub-epiteliale (asportazione del solo epitelio di rivestimento, cioè si esegue la decorticazione della corda vocale vera);• Cordectomia tipo II: cordectomia sub-legamentosa (asportazione dell'epitelio, dello spazio di Reinke e del legamento vocale);• Cordectomia tipo III: cordectomia trans-muscolare (attraverso il

	<p>muscolo vocale della corda vocale vera);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cordectomia tipo IV: cordectomia completa o sub-pericondrale (asportazione di tutta la corda vocale vera, fino alla cartilagine tiroidea); • Cordectomia tipo V: cordectomia allargata, che, a sua volta, si suddivide in: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cordectomia tipo Va: cordectomia estesa alla commissura anteriore; ○ Cordectomia tipo Vb: cordectomia estesa all'aritenoidale omolaterale; ○ Cordectomia tipo Vc: cordectomia estesa alla regione sottoglottica (al di sotto del piano delle corde vocali vere) per un tratto massimo di 1 cm; ○ Cordectomia tipo Vd: cordectomia estesa fino alla banda ventricolare o corda vocale falsa, posta al di sopra del piano delle corde vocali vere. • Cordectomia di tipo VI: cordectomia per le lesioni della commissura anteriore con estensione o meno ad una od entrambe le corde vocali senza infiltrazione della cartilagine tiroidea; Nel Suo caso, poiché Lei è affetto da una lesione che interessa: <p>_____</p> <p>verrà praticata una cordectomia tipo _____</p> <p>Durante l'intervento chirurgico, qualora il Suo chirurgo lo ritenga opportuno, sui margini di resezione chirurgica potrebbe essere necessario eseguire degli esami istologici estemporanei, ovvero degli esami che vengono letti immediatamente dall'anatomo patologo. Nel caso in cui si sospetti la presenza di malattia a livello dei margini di resezione, si procederà ad un allargamento della resezione, eventualmente anche passando ad un tipo più esteso di cordectomia. La voce sarà conservata, ma la disfonia (raucedine), tranne che nel tipo I a cui segue generalmente un buon recupero funzionale, sarà permanente e, di norma, di grado più elevato per i tipi di intervento maggiormente estesi. Negli interventi più estesi potrebbe presentarsi anche un certo grado di disfagia (difficoltà nel deglutire) dopo l'intervento, generalmente temporanea. Una terapia logopedica potrà essere utile sia per migliorare la qualità della voce che per il recupero di eventuali difficoltà nella deglutizione. La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche. La durata del ricovero ospedaliero in genere molto breve; qualora nel Suo caso sia prevista una degenza più lunga, Le verrà segnalato dal Suo chirurgo. Le cure postoperatorie Le saranno precisate dal suo chirurgo.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Rimozione della lesione. Le probabilità di successo sono in funzione dello stadio e della condizione generale del paziente.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Disfonia, disfagia.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Progressione della malattia.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Locali, legate alla tecnica chirurgica quali: <ul style="list-style-type: none"> • dolori al collo, peraltro molto lievi e della durata di uno-due giorni, dovuti

	<p>alla posizione della testa ed all'iperestensione del collo durante l'intervento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • disfagia (difficoltà alla deglutizione) e lieve dolore spontaneo, che aumenta con la deglutizione, in sede laringea; • emorragie intra e post operatorie, in genere, di modesta entità; si possono osservare piccole striature ematiche nell'escreato dopo interventi o prelievi; emorragie massive intra e post operatorie sono estremamente rare; • traumi e lesioni ad elementi dentari, quali scheggiature od avulsione di uno o più denti, pertanto è importante segnalare prima dell'intervento se si è portatori di denti mobili o fragili, di ponti, di protesi in ceramica o, comunque, di protesi dentarie; • lesioni della colonna vertebrale nel tratto cervicale, molto rare dovute all'iperestensione del collo (eventuale impossibilità a procedere all'intervento se una grave artrosi cervicale impedisce di iperestendere il collo); • edema (gonfiore dei tessuti) di strutture del cavo orale (ad esempio lingua) con rischio, molto raro, di prolungata intubazione o di dover effettuare una tracheotomia (incisione chirurgica della porzione cervicale della trachea, praticata allo scopo di assicurare la respirazione) temporanea fino alla risoluzione dell'edema; • lesioni dell'epiglottide (cartilagine della laringe) con conseguente dolore temporaneo locale e disfagia (difficoltà alla deglutizione), in genere temporanea; • impossibilità di ventilarla correttamente, per particolari situazioni anatomiche o per l'aggravarsi od anche per il rischio imminente di aggravamento della stenosi respiratoria indotta dalla patologia di cui Lei è portatore/trice, che può rendere necessaria una tracheotomia. <p>Complicanze legate all'utilizzo del laser, soprattutto se laser CO2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bruciature delle labbra, del viso, degli occhi, che possono essere evitate proteggendo il volto del paziente con opportune pezze umide; • bruciature delle mucose della bocca, della faringe, della laringe, che possono essere evitate introducendo strisce di cotone o di garza bagnate; • condro-pericondriti (infezioni della cartilagine) della laringe e/o della trachea che possono causare dolore alla deglutizione e nei casi gravi stenosi (restringimento) della laringe e/o della trachea che a loro volta possono avere conseguenze sulla respirazione, sulla fonazione e sulla deglutizione che richiedono un trattamento specifico e talvolta, molto raramente, la tracheotomia; • enfisema sottocutaneo/perforazione tracheale, con rischio di emorragia grave e mediastinite (gravissima infezione del torace); • incendio del tubo endotracheale impiegato per l'anestesia o delle strisce di cotone o di garza bagnate usate per proteggere le aree sane della laringe e della trachea (protezione da ustioni involontarie causate dal raggio laser accidentalmente deviato dagli strumenti metallici usati per l'intervento). L'evento è eccezionale e può avere effetti devastanti, compreso il decesso; può essere facilmente evitato usando tubi endotracheali adeguati a tale chirurgia (non infiammabili) e mantenendo sempre accuratamente bagnate con fisiologica le strisce di
--	--

	<p>ovatta o di garza usate per la protezione da ustioni involontarie.</p> <p>Tutte le complicanze legate all'uso del laser costituiscono eventi eccezionali e rarissimi che, di norma, possono essere evitati prendendo le precauzioni del caso.</p> <p>Generali: aritmie cardiache, legate a fenomeni di ipossia.</p> <p>Insuccessi funzionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impossibilità di eseguire l'intervento chirurgico a causa della impossibilità di esposizione della laringe dovuta alle particolari condizioni anatomiche del paziente (ad esempio collo corto, artrosi cervicale, malformazioni mandibolari, ecc.). Ciò potrebbe verificarsi in particolar modo qualora la lesione di cui è affetto interessi la commissura anteriore, ovvero la porzione più anteriore delle corde vocali, ove queste vengono in contatto, in quanto si tratta della regione più difficile da esporre; • recidiva della lesione. <p>Complicanze anestesiolgiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.</p>
<p>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?</p>	<p>Al giorno d'oggi, tumori in stadio iniziale delle corde vocali possono essere trattati sia con chirurgia che con radioterapia, con probabilità di successo sostanzialmente comparabili.</p> <p>La radioterapia consiste nella somministrazione di radiazioni volte a danneggiare le cellule malate, impedendone la proliferazione e provocandone la morte.</p> <p>Per poter fornire contemporaneamente la maggior dose possibile di radiazioni alle cellule tumorali e la minor dose alle cellule sane, i fasci di radiazioni vengono emessi da diverse angolazioni. È necessario pertanto che il paziente rimanga completamente immobile durante il trattamento; per questo motivo viene preventivamente confezionata una maschera di contenimento in materiale plastico, che immobilizza il paziente sul lettino ove si svolge il trattamento.</p> <p>Per poter essere efficace, il trattamento deve essere protratto per molti giorni. Generalmente, esso consta di una seduta di circa 10 minuti per 5 giorni a settimana, per una durata di 6 settimane.</p> <p>Tuttavia il trattamento radioterapico va individualizzato; maggiori informazioni, qualora richieste, Le saranno fornite da un Radioterapista.</p> <p>Anche il trattamento radioterapico presenta alcuni rischi. Innanzitutto esiste la possibilità di non poter completare il trattamento per la comparsa di eccessiva tossicità conseguente al trattamento stesso.</p> <p>Esiste inoltre il rischio di complicanze al pari degli interventi chirurgici. In particolare sono possibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disfagia, anche severa, con eventuale necessità di posizionamento di una gastrostomia percutanea (PEG), ovvero un tubo che attraverso la parete addominale arriva nello stomaco; • scarsa qualità residua della voce; • penetrazione cronica di piccole quantità di saliva nelle vie respiratorie inferiori, con conseguenti broncopolmoniti anche gravi. <p>In rari casi la funzione della laringe può essere completamente persa in</p>

	<p>conseguenza del trattamento, provocando la costante inalazione di saliva nell'albero tracheobronchiale, cui conseguono ripetute broncopolmoniti; in tali casi potrebbe rendersi necessario ricorrere ad un intervento chirurgico di laringectomia totale.</p> <p>Al pari del trattamento chirurgico, anche in caso di trattamento radioterapico esiste il rischio di persistenza o di recidiva della malattia. In tal caso, dopo la radioterapia, una eventuale procedura chirurgica presenta maggiori difficoltà tecniche e maggiore rischio di complicanze.</p> <p>Qualora dovesse presentarsi tale evenienza, una cordectomia in microlaringoscopia mediante laser potrebbe non essere più praticabile.</p> <p>Il corretto approccio terapeutico deve essere individualizzato per ogni singolo paziente, tenendo conto della Sua volontà, della Sua salute fisica e psichica, di eventuali comorbidità, delle Sue abitudini di vita pregresse e della funzione che intende preservare.</p> <p>Il paziente, edotto di tutte le possibili scelte terapeutiche e dei relativi rischi e benefici, esprime la propria preferenza, conscio del fatto che esistono terapie alternative alla chirurgia. In tal senso le evoluzioni dei farmaci chemioterapici potrebbero offrire delle possibilità di cura con gli effetti secondari e collaterali propri di ciascuna molecola più frequentemente: cefalea, nausea, vomito, stipsi diarrea, disfagia mucosite, alopecia.</p> <p>Qualora Lei decida di non intraprendere alcun trattamento, la malattia, qualora sia di origine neoplastica, è inevitabilmente destinata a progredire in un arco di tempo più o meno lungo, sia incrementando le sue dimensioni a livello della laringe, sia provocando metastasi ai linfonodi laterocervicali e a carico di altri organi, come polmone, fegato, cervello, ossa, ecc.</p> <p>Con il passare del tempo la malattia potrebbe non essere più aggredibile con un intervento chirurgico, riducendo sensibilmente le Sue chances di sopravvivenza.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Personale SC di Otorinolaringoiatria.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
