

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

| | |
|---|---|
| Quali sono le sue condizioni di salute? | Presenza di cisti mediana del collo, in paziente con: _____ |
| Trattamento proposto: | EXERESI CISTI MEDIANA DEL COLLO |
| Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa? | <p>La cisti o la fistola mediana del collo, d'origine malformativa, sono dovute alla persistenza di un residuo embrionale del dotto tireoglossa. La cisti consiste in una tumefazione piena di liquido e la fistola in un orifizio cutaneo prolungato per un tratto più o meno lungo nel collo, entrambe visibili nella regione anteriore del collo. La cisti può rimanere silente e non evidenziabile anche per anni. Quando aumenta di volume si rivela come una tumefazione palpabile al centro della regione anteriore del collo, che può andare incontro ad aumenti o a riduzioni di grandezza, senza mai scomparire completamente. Le fistole sono già presenti alla nascita ma possono passare pressoché inosservate per le loro piccole dimensioni ed anche queste non scompaiono mai spontaneamente. Il rischio evolutivo principale è la loro superinfezione, che può dare luogo alla formazione di un ascesso con la successiva apertura o fistolizzazione con scolo mucopurulento a livello della cute della regione anteriore del collo. Inoltre queste infezioni hanno la tendenza a recidivare. La trasformazione maligna della cisti mediana del collo, invece, pur essendo possibile, è un evento estremamente raro e molto tardivo, è comunque obbligatorio l'esame istologico del materiale asportato. Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la cisti o l'orifizio della fistola, nonché il loro tramite fistoloso che può giungere in basso fino alla tiroide ed in alto, attraverso l'osso ioide fino alla base della lingua. Talvolta si può attendere, sotto attenta sorveglianza, per qualche tempo prima di procedere all'intervento, che comunque è preferibile che venga effettuato prima di una superinfezione importante.</p> <p>L'intervento si svolge di norma in anestesia generale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. L'intervento inizia con un'incisione orizzontale, a livello della cisti, lunga pochi centimetri e praticata lungo una plica cutanea per renderla meno visibile. La cisti viene asportata integralmente insieme al suo dotto che va seguito fino al corpo centrale di un osso mediano del collo chiamato ioide, che ha la forma di un arco con convessità anteriore, che va asportato in blocco con la cisti ed il suo dotto, per ridurre il rischio di recidiva. In caso di asportazione di una fistola è preferibile iniettare in questa del blu di metilene per meglio evidenziare il suo tramite fino al corpo centrale dell'osso ioide che deve essere asportato insieme al tramite della fistola. Al termine dell'intervento viene posizionato in situ un drenaggio per evitare il formarsi di un ematoma (raccolta di sangue nella cavità operatoria), che fissato alla pelle sarà rimosso dopo tre-quattro giorni. La durata del ricovero ospedaliero e 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 e riduzione delle possibili recidive e flogosi. La probabilità di successo è elevata. |
| Quali sono i possibili problemi di recupero? | Raccolte locali, sovrainfezioni. |
| Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento? | Persistenza della lesione, mancata definizione istologica. |
| Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi? | <ul style="list-style-type: none"> • Dolore per qualche giorno alla masticazione, alla deglutizione ed ai movimenti del collo, in genere ben controllato con i comuni antinfiammatori-antalgici; • Emorragie post-operatorie, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico; talvolta l'emorragia può causare un ematoma compressivo del collo con difficoltà respiratoria che richiede un reintervento; l'emorragia massiva è rarissima; • Infezione della sede dell'intervento (che nel caso della regione del collo può generare ascesso o infezione estesa alle fasce del collo), nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica; • Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate; • Un'atrofia della cute può determinare a livello della zona operata una modificazione dei rilievi del collo; • Recidiva, ossia formazione di una nuova cisti, sempre possibile anche se l'intervento è stato correttamente eseguito; si manifesta con la ricomparsa della tumefazione o dell'orifizio fistoloso da cui può fuoriuscire un eventuale scolo mucopurulento; • Allargamento dell'intervento nella regione del collo con lo svuotamento latero-cervicale (vedi relativo consenso informato), se l'esame istologico evidenzia una trasformazione maligna; • Diminuzione della mobilità della lingua, evento eccezionale che può verificarsi in caso di cisti molto grandi e molto aderenti per numerose superinfezioni; • Complicanze anestesologiche : legate ai rischi dell'anestesia generale , con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico. |
| Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti? | Non ci sono alternative al trattamento. |
| 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
