

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Neoformazione cistica laterocervicale congenita in paziente con: _____
Trattamento proposto:	EXERESI NEOFORMAZIONE CISTICA LATEROCERVICALE
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>La cisti o la fistola laterale del collo, d'origine malformativa, sono dovute alla persistenza di un residuo embrionale del dotto tireoglossale. La cisti consiste in una tumefazione piena di liquido e la fistola in un orifizio cutaneo e/o faringeo (nella gola) prolungato per un tratto più o meno lungo nel collo, entrambe visibili nella regione laterale del collo. La cisti può rimanere silente e non evidenziabile anche per anni. Quando aumenta di volume si rivela come una tumefazione palpabile nella regione laterale 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 perché il loro orifizio può essere solo a livello faringeo; loro caratteristica è di non scomparire mai spontaneamente.</p> <p>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 laterale del collo. Inoltre queste infezioni hanno la tendenza a recidivare.</p> <p>Pur essendo estremamente rari i casi di carcinomi insorti in cisti o fistole laterali del collo è comunque obbligatorio l'esame istologico del materiale asportato. Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la cisti o l'orifizio della fistola con il suo tramite fistoloso. 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. È 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 cutanea in sede latero-cervicale</p> <p><input type="checkbox"/> dx</p> <p><input type="checkbox"/> sx, a livello della cisti che deve essere asportata integralmente. In caso di asportazione di una fistola è preferibile iniettare in questa del blu di metilene per meglio evidenziare il suo decorso che deve essere interamente asportato e, nel caso questo conduca sino allo spazio retrotonsillare, va asportata anche la tonsilla palatina omolaterale. 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.</p>

	La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Rimozione della lesione, definizione istologica. Le probabilità di successo sono elevate.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Disfagia, raccolte locali, sovrainfezione.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Permanenza della lesione, suo incremento dimensionale, infezione sovrapposta, 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 intra-operatoria è rarissima, dovuta, in genere, a cisti molto voluminose e necessita di una modifica della tecnica operatoria; • 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 epoca stagionale, 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; • Complicazione nervosa che causa un disturbo nella motilità della lingua e l'incapacità a sollevare la spalla omolaterale; <p>L'eventuale posizionamento di un drenaggio (tubicino) nel post-operatorio, per scaricare i liquidi che si possono formare, e che di norma verrà rimosso in III - IV giornata post-operatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicanze anestesilogiche: 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?	Aspirazioni ripetute ai fini detensivi, non risolutive.

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
