

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

Quali sono le sue condizioni di salute?

Gli epitelomi rappresentano i tumori maligni della cute più frequenti: l'*epitelioma o carcinoma spinocellulare*, che origina dalla trasformazione maligna delle cellule squamose dell'epidermide, e l'*epitelioma o carcinoma basocellulare*, che origina dalla trasformazione maligna delle cellule basali dell'epidermide; o l'*epitelioma basosquamoso*, che presenta un quadro di aspetto misto. Si sviluppano soprattutto a livello delle parti del corpo più esposte al sole: in particolare il distretto cervico-facciale (viso, orecchie, cuoio capelluto), ma anche a livello di dorso, arti superiori ed inferiori. Uno dei principali fattori di rischio è l'esposizione ai raggi **ultravioletti (UVA e UVB)** che derivano principalmente dal sole, ma anche da lettini e lampade solari. Sono anche stati identificati come fattori di rischio: il contatto con l'arsenico; l'esposizione a **radiazioni ionizzanti**; alcune **anomalie genetiche**; i **deficit del sistema immunitario** dovuti a precedenti terapie, trapianti d'organo oppure AIDS; alcuni **trattamenti per la psoriasi**; **le ustioni**; **il fumo in particolare per il carcinoma spinocellulare delle labbra**. Fattori di rischio non modificabili, sui quali cioè non è possibile intervenire, sono la **pele molto chiara** e l'**età avanzata**. **Fondamentale pertanto è la prevenzione mediante fotoprotezione e visite dermatologiche periodiche.**

Sintomi: gli epitelomi causano **raramente sintomi nelle fasi iniziali**. In genere i segni sono la **comparsa** o il **cambiamento di aspetto di una lesione o macchia della pelle**. In alcuni casi, quando diventano abbastanza grandi e sono in stadio più avanzato, possono sanguinare o provocare prurito e dolore.

Evoluzione: lo stadio di un tumore indica quanto la malattia è diffusa nell'organismo ed è un parametro importante per determinare la prognosi e decidere il tipo di trattamento da intraprendere. Il comportamento biologico degli epitelomi varia da un decorso relativamente benigno sino ad un comportamento altamente aggressivo, cioè maligno, che può portare ad importanti mutilazioni ed anche alla morte. Il carcinoma basocellulare è un tumore cutaneo a malignità localizzata anche se può recidivare; mentre il carcinoma spinocellulare è più aggressivo e caratterizzato dalla possibilità di recidive locali e metastasi linfonodali che possono richiedere un trattamento chirurgico radicale a livello delle stazioni linfonodali locoregionali. Le recidive possono comparire dopo un tempo variabile dall'asportazione. Le metastasi possono essere presenti al momento della diagnosi oppure possono manifestarsi a distanza di tempo dall'intervento, anche se l'asportazione è stata completa.

Pertanto anche nel post-operatorio sono fondamentali: fotoprotezione, visite dermatologiche periodiche ed esecuzione di ecografie linfonodali in caso di carcinoma spinocellulare.

Trattamento
proposto:Asportazione epitelioma o sospetto **EPITELIOMA** di tipo _____

Sede _____

	<hr/> <hr/> Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale
<p>Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?</p>	<p>La terapia chirurgica rappresenta il trattamento di scelta per la cura degli epitelomi.</p> <p>La procedura si esegue in anestesia locale o locale con sedazione o generale, a seconda di dimensioni del tumore, condizioni generali del paziente e tipo di intervento. Consiste nell'asportazione chirurgica del sospetto epiteloma con margini oncologicamente sicuri (di solito di 5 mm) e nella chiusura della ferita chirurgica mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - guarigione per seconda intenzione, cioè con una ferita che guarisce spontaneamente nel tempo; - chiusura diretta dei margini della ferita chirurgica (sutura); - allestimento di lembi cutanei locali di avanzamento, rotazione o trasposizione, cioè con mobilizzazione dei tessuti circostanti; - copertura mediante innesto cutaneo, che consiste nel trapianto di uno strato di cute, prelevato da una sede donatrice (es. regione clavicolare, regione pre o post-auricolare, coscia); - ricostruzioni complesse possono richiedere l'utilizzo di più lembi o trapianti di cute. <p>Il pezzo operatorio viene inviato in anatomia patologica per l'esame istologico e, dopo circa qualche settimana, con il risultato definitivo, si valuta se è necessario eseguire un secondo intervento chirurgico (allargamento), consistente nell'asportazione di un'ulteriore porzione di tessuto.</p> <p>In caso di epiteloma spinocellulare, il team multidisciplinare (composto da oncologo, chirurgo, anatomopatologo e dermatologo) può ritenere indicato eseguire la biopsia del linfonodo "sentinella", che rappresenta il primo linfonodo che drena la linfa della regione interessata ed in cui migrano le cellule maligne eventualmente distaccatesi dal tumore primitivo. La ricerca del linfonodo sentinella avviene mediante un esame pre-operatorio: la linfoscintigrafia, che si esegue alcune ore prima dell'intervento e permette, tramite la somministrazione di una sostanza marcata con isotopi radioattivi iniettata a livello della sede del tumore o della cicatrice residua, di individuare il primo/i linfonodo/i della catena linfonodale loco-regionale. L'asportazione del linfonodo sentinella avviene mediante anestesia locale o generale e nel post-operatorio può essere presente un drenaggio (tubicino di silicone), che serve a drenare i liquidi dei tessuti e che viene rimosso nell'arco di qualche giorno a seconda della quantità di liquido drenato. La ricerca del/i linfonodo/i "sentinella" permette di fare una corretta stadiazione della malattia ma non influenza la prognosi della malattia.</p>
<p>Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?</p>	<p>L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p> <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate, oppure qualora non fosse possibile effettuare una ricostruzione diretta immediata.</p>
<p>Quali sono i possibili problemi di recupero?</p>	<p>Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. C'è edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, per i primi 7-14 giorni, che poi inizia a ridursi anche se permane per alcune</p>

	<p>settimane o mesi. La zona operata va mantenuta a riposo per i primi 7-10 giorni.</p> <p>Le medicazioni non vanno rimosse o bagnate per 14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza. In caso di intervento sul distretto cervico-facciale, il capo va mantenuto sollevato di circa 45°, mediante 2-3 cuscini, per 7-10 giorni. In caso di intervento su un arto superiore o inferiore, l'arto va mantenuto in scarico per 14 giorni o fino a guarigione. In caso di arto inferiore, non si può caricare sull'arto per i primi 7-10 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 7-14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per almeno 14 giorni.</p> <p>A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Il rifiuto di intervento chirurgico e trattamento degli epitelomi causa una progressione di malattia con rischio di aumento delle dimensioni della lesione e possibile infiltrazione dei tessuti profondi, e rischio di metastasi a distanza per gli epitelomi spinocellulari.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche.</p> <p>Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RITARDI DI GUARIGIONE: alcune condizioni mediche e alcuni farmaci possono interferire con i fenomeni riparativi. Pazienti diabetici, in terapia con steroidi (cortisone) o fumatori possono avere ritardi di guarigione e complicanze che richiedono un ulteriore intervento chirurgico. - DEISCENZA DELLA FERITA: nel postoperatorio raramente la ferita può aprirsi parzialmente o totalmente e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni. - SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo, può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. È importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per evacuazione dello stesso ed una migliore emostasi. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico. - INFEZIONE: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; è curabile solitamente con

terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Avviene raramente e sono a maggior rischio pazienti immunodepressi o anziani defedati.

- **CICATRICE PATOLOGICA:** tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un'avvallamento di cute e sottocute. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito. Sono a maggior rischio: pazienti con pigmentazione scura della pelle, particolari regioni anatomiche (regione deltoidea, tronco, regione sternale, orecchio), storia familiare di cicatrici patologiche, gravidanza e giovane età.

- **ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA':** il tumore coinvolge le terminazioni nervose superficiali, che necessariamente vengono interrotte dall'asportazione dello stesso, con conseguenti: parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente).

- **LIPONECROSI:** raramente il tessuto adiposo sottocutaneo può andare incontro a necrosi e colliquare creando una raccolta organizzata sottocutanea e/o fuoriuscita di secrezioni dalla sutura. In genere si risolve spontaneamente.

- **ASIMMETRIA e/o DEFORMITA' DELLA REGIONE OPERATA:** potrebbe evidenziarsi un'asimmetria tra la regione operata e la controlaterale. Alcune regioni anatomiche sono maggiormente suscettibili ad asimmetria e deformità, in particolare occhio, orecchio, naso e labbra, con possibile peggioramento estetico e funzionale.

- **SOFFERENZA o NECROSI DEI LEMBI LOCALI:** raramente i lembi utilizzati per la ricostruzione del difetto possono non sopravvivere ed andare incontro a morte parziale o totale; e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni.

- **SOFFERENZA o NECROSI DEGLI INNESTI CUTANEI:** raramente gli innesti cutanei possono non sopravvivere parzialmente o totalmente a causa del mancato attecchimento col fondo del difetto cutaneo; e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni.

- **RECIDIVA:** ricomparsa del tumore dopo un periodo di tempo più o meno lungo dalla sua scomparsa a seguito dell'asportazione. Recidiva a 5 anni circa 6% in caso di carcinoma spinocellulare e 2% in caso di basocellulare.

- **REINTERVENTI (circa 5%):** necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della patologia o per prosecuzione dell'iter demolitivo e ricostruttivo.

- **METASTASI LINFONODALI (fino al 13%):** in caso di epiteloma spinocellulare, le cellule tumorali si spostano dalla zona del tumore primitivo attraverso le vie linfatiche alle stazioni

	<p>lesione, consiste nell'applicare sul tumore un farmaco liquido che in poche ore si accumula all'interno delle cellule cancerose, rendendole sensibili a certi tipi di luce. Si colpisce con una luce apposita l'area interessata, distruggendo così le cellule tumorali.</p> <p>La radioterapia può essere indicata in alcuni casi selezionati.</p> <p>I trattamenti sistemici in casi di carcinoma spinocellulare avanzato e/o metastatico includono immunoterapia (Cemiplimab), inibitori di EGFR, chemioterapia ed elettrochemioterapia.</p> <p>Nei rari casi di carcinoma basocellulare in fase avanzata o recidivo, si può contare oggi anche sulla terapia medica sistemica a bersaglio molecolare che agisce in modo mirato contro i meccanismi molecolari alterati.</p>
<p>Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?</p>	<p>L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.</p>

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
