

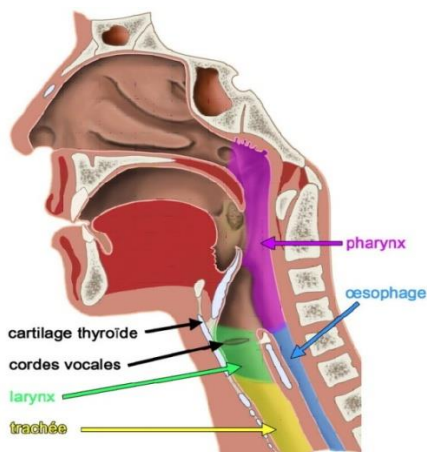
## LARINGECTOMIA PARZIALE

### 1 – Introduzione

La laringe è principalmente costituita dalla cartilagine tiroidea (pomo di Adamo) e dalle corde vocali. È circondata dalla faringe (via digestiva) e si situa sopra la trachea (via respiratoria). La laringe permette di respirare (portando l'aria nella trachea e nei polmoni), di parlare (facendo vibrare le corde vocali) e impedisce il passaggio degli alimenti nei polmoni al momento della deglutizione. La faringe permette agli alimenti di passare nell'esofago. In caso di lesione tumorale limitata è possibile sacrificare solo una parte della laringe. Allo scopo esistono due tipi di chirurgia: la chirurgia parziale orizzontale della laringe e la chirurgia parziale verticale della laringe. Nella chirurgia parziale orizzontale (sopraglottica) le corde vocali non sono interessate, cosicché la qualità della voce è praticamente conservata. Al contrario, la deglutizione può essere più difficile, almeno all'inizio. Nella chirurgia parziale verticale (fronto-laterale) la deglutizione si fa quasi normalmente ma la voce è alterata, persino assente.

### 2 – Indicazione operatoria

Il cancro della laringe è di gran lunga la causa più frequente di laringectomia. Quando il cancro non è ancora troppo avanzato e si localizza favorevolmente dal punto di vista anatomico, si potrà praticare una chirurgia parziale della laringe. In caso di lesione unilaterale della laringe, potrà venire eseguita una chirurgia fronto-laterale. Se il cancro si situa sopra il piano delle corde vocali viene proposta una chirurgia parziale sopraglottica.



### 3 – Presa a carico della cassa malati

Questo intervento è preso a carico dalla vostra assicurazione malattia di base.

### 4 – Svolgimento dell'intervento

La laringectomia parziale si esegue in anestesia generale, solitamente per via aperta, dal collo. Una resezione endoscopica al laser CO2 può essere un'alternativa da discutere con il chirurgo.

Nella chirurgia sopraglottica si pratica un'incisione cutanea orizzontale e la cartilagine della laringe viene esposta. La sua parte superiore viene staccata dal resto della laringe al di sopra del piano delle corde vocali. La parte restante della laringe viene suturata all'osso ioide e alla base della lingua, il che provoca una relativa ascensione della laringe. Nella chirurgia **fronto-laterale** si pratica una medesima incisione cutanea per esporre la laringe e la cartilagine cricoide. La laringe viene poi sezionata verticalmente nel suo mezzo. L'ablazione asporta il tumore e le strutture unilaterali della laringe (mucose, vere e false corde). In certi casi può rendersi necessario uno **svuotamento ganglionare** cervicale.

Una sonda gastrica viene posizionata alla fine dell'intervento per l'alimentazione durante la fase di convalescenza (10 – 15 giorni). Di solito si deve praticare una tracheotomia con messa a dimora di una cannula. A seconda dell'evoluzione si potrà togliere la cannula fra la prima e la seconda settimana post-operatorie. Estensioni dell'intervento come pianificato sono raramente necessarie. Tuttavia, questo può avvenire e di conseguenza il vostro previo accordo è necessario per resezioni più estese (p. es. laringectomia totale), affinché questo intervento possa venire eseguito in contemporanea con l'operazione.

### 5 – Complicazioni possibili dell'intervento

*Qualsiasi atto medico e di intervento sul corpo umano, anche se effettuati in condizioni di competenza e di sicurezza conformi all'arte e alla regolamentazione in vigore comporta un rischio di complicazioni.*

#### Rischi immediati

**Sanguinamenti** (ematomi) possono richiedere un nuovo intervento chirurgico. Le **infezioni** del collo e la

formazione di **ascessi** sono rare. Possono in genere venire curate con trattamenti locali e antibiotici, ma un re-intervento rimane possibile se una comunicazione (**fistola**) persiste fra le mucose e il collo. I **dolori** post-operatori vengono generalmente controllati mediante anti-dolorifici. Dato che **numerosi nervi** passano nel collo, è possibile che uno di essi sia lesa durante lo svuotamento cervicale associato (vedi foglio specifico).

Dopo una **tracheotomia** (vedi foglio specifico) non potrete parlare se non coprendo l'orifizio della cannula con il vostro dito. Tutte le indicazioni utili e necessarie per l'uso e la manutenzione della cannula vi verranno comunicate.

### Rischi tardivi

L'**aspetto esterno del collo** può cambiare a seguito della perdita di tessuto molle e della cicatrizzazione. Possono presentarsi problemi di cicatrizzazione interna (granulomi, sinechie glottiche). Ciò può provocare una **voce di cattiva qualità** e eventualmente un restringimento della laringe con conseguenti **difficoltà respiratorie**. In tal caso sarà allora necessaria un'operazione. La **deglutizione** può anch'essa rimanere alterata, con false vie e tosse durante i pasti. L'abituale rieducazione logopedica della voce e della deglutizione dovrà allora essere prolungata. In assenza di miglioramento potranno risultare necessari una procedura endoscopica o un nuovo intervento chirurgico. Attorno all'incisione la pelle può essere addormentata, sovente in modo temporaneo. Le **cicatrici** possono essere troppo larghe, spesse, sgraziate o sensibili (cicatrici cheloidi). Questi problemi della cicatrizzazione rimangono rari e in generale possono venire trattati con provvedimenti non chirurgici.

### Complicazioni gravi ma eccezionali

Può succedere che sia necessaria una laringectomia totale a causa di problemi funzionali di deglutizione.

### 6. Precauzioni da prendere prima dell'intervento

- leggete attentamente questo documento informativo e fate le vostre domande al chirurgo ;
- informatevi sulla diagnosi esatta e su eventuali altre modalità di trattamento ;
- consegnate una lista dei medicinali che prendete regolarmente e in particolare **aspirina, anti-coagulanti, ecc**
- non dimenticate di segnalare se avete già presentato manifestazioni allergiche, in particolare medicamentose ;
- segnalate qualsiasi precedente intervento a livello del collo ;
- portate con voi i documenti medici in vostro possesso relativi a questo intervento, in particolare gli esami radiologici ;
- un(a) logopedista, che dirigerà la rieducazione della voce e della deglutizione vi spiegherà le tecniche da applicare

e potrà farvi incontrare una persona che ha già subito un'operazione simile ;

- una consultazione di anestesia pre-operatoria è obbligatoria. È competenza del medico anestesista rispondere alle vostre domande relative alla sua specialità, Informatevi sui rischi generali nel vostro caso;
- Diverse ore prima dell'anestesia non si può né mangiare né bere. Questo vi verrà precisato dal vostro anestesista e/o dal vostro chirurgo.

### 7. Dopo l'intervento

#### All'ospedale:

- appena sarete sufficientemente sveglio(a) verrete trasportati nella vostra camera;
- un bendaggio attorno alla testa e al collo potrebbe venire posato per qualche giorno ;
- i drenaggi verranno tolti qualche giorno dopo l'intervento;
- segnalate qualsiasi dolore significativo all'infermiere/a; sono a vostra disposizione degli anti-dolorifici;
- la cura del tracheostoma (pulizia, aspirazione delle secrezioni) inizia immediatamente;
- in generale viene messa a dimora una sonda di alimentazione attraverso la quale verrete inizialmente alimentati. Non dovete alimentarvi dalla bocca fino a quando il vostro chirurgo non vi autorizzi a farlo;
- la rieducazione della voce e della deglutizione sotto controllo logopedico ha inizio qualche giorno più tardi ;
- assicuratevi di prendere nuovamente i vostri medicinali abituali. Per i medicinali come **aspirina anti-coagulanti ecc** chiedete il parere del vostro chirurgo;
- la durata della degenza può variare tra una e due settimane.

#### A casa:

- nelle 3 a 4 settimane successive all'operazione evitate ogni esercizio o sforzo eccessivo;
- se una tracheostomia è sempre in loco si devono seguire le istruzioni specifiche (vedi apposito consenso)
  - proteggere l'orifizio della trachea (tracheostoma) dai corpi estranei con un foulard specifico o un filtro;
  - aspirare le secrezioni tracheali e fare regolarmente delle inalazioni;
  - badare a che l'acqua non penetri nella cannula di tracheotomia prendendo una doccia o facendo il bagno;
- evitate di esporre la ferita al sole per almeno 6 mesi;
- la durata dell'incapacità lavorativa e la frequenza delle visite post-operatorie verranno fissate dal vostro chirurgo;
- un rapporto medico (lettera di uscita) verrà inviato al vostro medico curante ; potrete richiederne copia.

#### Contatti :

Tel ospedale :

Tel del medico:

#### Punti essenziali per il paziente:

Tipo di anestesia :

Durata dell'intervento :

Durata della degenza :

Tempo di ricupero :

Altro :