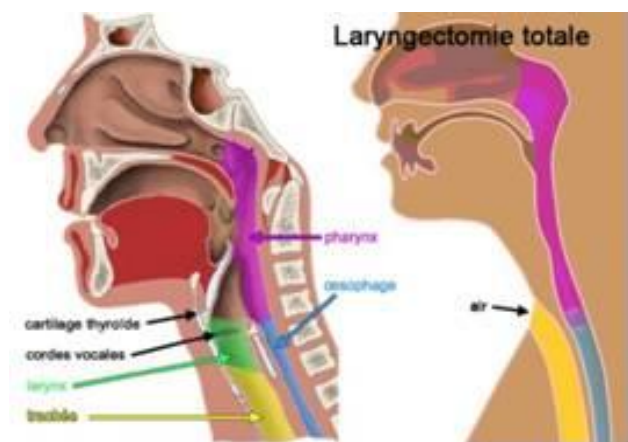


## LARINGECTOMIA TOTALE

### 1 – Introduzione

La laringe è costituita principalmente dalla cartilagine tiroide (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 durante la deglutizione. La faringe permette agli alimenti di passare nell'esofago. Quando la laringe è tolta non si può più respirare, né dal naso, né dalla bocca. Un orifizio nel collo (chiamato trachestoma) li sostituisce. La parola è alterata, ma l'espressione vocale rimane possibile. Per recuperare una nuova voce esistono metodi differenti, accessibili praticamente a tutti i pazienti che hanno subito l'ablazione della laringe... La tecnica della **voce esofagea** permette di ottenere una voce mediante l'uso della mucosa faringea (come i ventriloqui). La creazione di una comunicazione fra la trachea e la faringe mediante la posa di una valvola (**protesi fonatoria**) facilita l'acquisizione di una voce tracheo-esofagea. Se queste due prime opzioni non sono soddisfacenti è sempre possibile ricorrere a un dispositivo elettronico della parola (servox).



### 2 – Indicazione operatoria

Il cancro della laringe è di gran lunga la causa più frequente di laringectomia. Altre cause di

laringectomia sono i cancri della faringe, dell'esofago o anche della tiroide se si estendono alla laringe, particolarmente quando sono in fase avanzata o quando recidivano dopo una radioterapia. I traumi o la disfagia grave sono altre cause eccezionali della laringectomia.

### 3 – Presa a carico della cassa malati

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

### 4 – Svolgimento dell'intervento

La laringectomia totale (ablazione della laringe) si effettua in anestesia generale. Si effettua mediante un'incisione a forma di U che permette di estirpare la laringe dalle strutture circostanti (osso ioide, vasi sanguigni principali del collo, ghiandola tiroide). La trachea viene sezionata e suturata alla pelle (tracheostoma), poi la faringe viene richiusa. Così il passaggio dell'aria e quello degli alimenti sono separati. Talvolta è necessario asportare altre strutture: una parte della faringe, della ghiandola tiroide o anche i gangli linfatici (svuotamento cervicale). Sovente è necessario disporre di una sonda gastrica durante la convalescenza. Inoltre, generalmente si deve inserire una cannula respiratoria nella trachea.

### 5 – Complicazioni possibili dell'intervento

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

#### Rischi immediati

**Sanguinamenti** (ematomi) che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico. Le **infezioni** del collo e la formazione di ascessi sono rare. Possono generalmente venire trattate con cure locali e con antibiotici. Se la sutura della faringe non è impermeabile può formarsi una comunicazione (**fistola**) tra la faringe e la pelle, da dove fuoriesce la saliva. Un nuovo intervento è sovente

necessario. I **dolori** post-operatori sono generalmente controllati con anti-dolorifici. Dato che **numerosi nervi** passano nel collo, è possibile che uno di essi sia leso durante lo svuotamento cervicale associato (vedi foglio specifico).

### Rischi tardivi

L'**aspetto esterno del collo** può cambiare a seguito della perdita di tessuto molle e della cicatrizzazione. I processi cicatriziali possono anch'essi causare un **restringimento dell'esofago**, della trachea o del tracheostoma. Se questi restringimenti creano disturbi respiratori o della deglutizione, allora possono rendersi necessari una procedura endoscopica o un nuovo intervento. Un **trattamento ormonale** di sostituzione deve venire previsto a vita nel caso di un'ablazione totale della ghiandola tiroide. Attorno all'incisione la pelle può essere addormentata, sovente in modo tempraneo. Le **cicatrici** possono essere troppo larghe, ispessite, sgraziate o sensibili (cicatrici cheloidi). Questi problemi di cicatrizzazione rimangono rari e possono venire trattati generalmente con misure non chirurgiche.

### Complicazioni gravi ma eccezionali

Una **lesione bilaterale dei nervi motori della lingua**, situazione eccezionale, immobilizzerà la lingua sul pavimento orale, il che provoca un'incapacità ad alimentarsi in modo autonomo e anche importanti difficoltà nella ripresa del linguaggio.

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

- leggete attentamente questo documento informativo e fate tutte le vostre domande al chirurgo ;
- informatevi sulla diagnosi esatta e su eventuali altre modalità di trattamento ;
- consegnate una lista dei medicinali che prendete regolarmente, in particolare **aspirina, anti-coagulanti, ecc**
- non dimenticate di segnalare se avete già presentato manifestazioni allergiche, in particolare medicamentose ;
- segnalate qualsiasi intervento precedente 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 si occuperà della rieducazione della voce e della deglutizione, vi spiegherà le tecniche da seguire e potrà farvi incontrare una persona che ha già subito un'operazione simile ;
- tutte le indicazioni utili e necessarie per l'uso e la manutenzione della cannula del tracheostoma vi saranno comunicate ;
- una consultazione di anestesia pre-operatoria è obbligatoria. È competenza del medico anestesista

rispondere alle 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 potrà venire posato attorno alla testa e al collo 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 ;
- informate immediatamente il vostro medico se presentate febbre, dolori, un arrossamento evidente attorno alla zona operatoria o una diminuzione del vostro stato generale ;
- la cura del tracheostoma (pulizia, aspirazione delle secrezioni) inizia immediatamente ;
- viene generalmente messa in loco una sonda di alimentazione attraverso la quale verrete nutriti all'inizio, quando non dovete alimentarvi attraverso la bocca. Dopo 8 a 10 giorni verrà effettuato un esame radiologico per controllare l'impermeabilità della faringe e potrete ricominciare a mangiare. La rieducazione vocale verrà eseguita con il(la) logopedista ;
- assicuratevi di prendere nuovamente i vostri medicinali abituali. Per medicinali come **aspirina, anti-coagulanti ...** chiedete il parere del vostro chirurgo ;
- la durata della degenza può variare fra i 10 e i 20 giorni.

#### A casa:

- nelle 3-4 settimane successive all'operazione evitate qualsiasi esercizio e sforzo eccessivi ;
- si deve proteggere l'orifizio della trachea (tracheostoma) dai corpi estranei mediante un foulard specifico o un filtro ;
- si devono aspirare le secrezioni tracheali e fare regolarmente delle inalazioni ;
- si deve badare a che l'acqua non penetri nel tracheostoma facendo la doccia o 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 inviata al vostro medico curante ; potrete chiederne 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 :