



# PERCORSO ASSISTENZIALE NEI GROSSI INTERVENTI CHIRURGICI DEI DISTRETTI TESTA COLLO

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

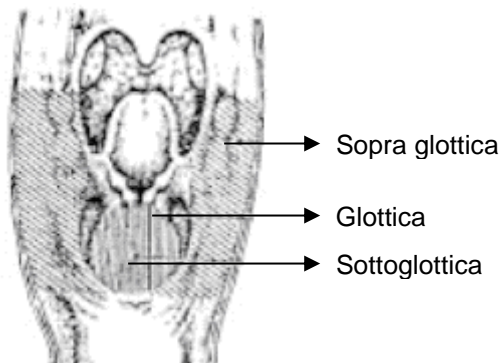
La chirurgia oncologica in otorinolaringoiatria comprende interventi talora ampiamente demolitivi nei distretti testa collo (cavo orale, orofaringe, laringe, e ipofaringe) che prevedono una parte ricostruttiva e una adeguata assistenza multidisciplinare fin dall'immediato postoperatorio per il ripristino della respirazione, della deglutizione e della fonazione.

## **CANCRO DELLA LARINGE E IPOFARINGE**

I carcinomi della laringe sono i tumori più frequenti, pari al 45% di tutti i tumori maligni del distretto testa-collo.

Dal punto di vista etiologico il fumo e l'alcool sono considerati tra i principali fattori carcinogenetici, altri elementi chiamati in causa sono le polveri di cemento e amianto, cromo nichel e asbesto.

Il 95% delle neoplasie maligne della laringe sono costituite da carcinomi a cellule squamose, e secondo la classificazione TNM si distinguono tre sedi anatomiche:



La sintomatologia riferita dal paziente varia a differenza della sede primitiva d'insorgenza della neoplasia:

### **Disfonia**

Se un tumore insorge su una corda vocale la disfonia è precoce e persistente mentre è un sintomo tardivo nei tumori che insorgono nella sopraglottide e nella sottoglottide.

### **Dispnea**

E' un sintomo tardivo e deriva dall'ostruzione della laringe dovuta alla massa neoplastica, è il sintomo più caratterizzante della sede sottoglottica.

## Disfagia

Caratteristica del carcinoma sopraglottico, è dovuta al coinvolgimento di quelle aree della laringe coinvolte nella deglutizione.

## Otalgia riflessa

Tale dolore all'orecchio, acuto ed intenso, è tipico anche di neoplasie della regione tonsillare, della base della lingua e del seno piriforme, ed è dovuto ad un interessamento del nervo vago.

Una **diagnosi** di certezza di un carcinoma laringeo è possibile unicamente con un prelievo biotico eseguito mediante microlaringoscopia in sedazione, che permette una contemporanea corretta valutazione della sede ed estensione della neoplasia. Di valido aiuto sono a questo proposito TC e RNM che porteranno alla corretta stadiazione del tumore e alla corretta decisione terapeutica (chirurgia demolitiva, chirurgia funzionale).

La **chirurgia demolitiva** comprende la laringectomia totale e la laringectomia totale allargata alla base lingua e /o all'ipofaringe.

La riabilitazione vocale di questi pazienti prevede l'utilizzo della voce erigmofonica o l'applicazione di una protesi fonetica. La protesi fonetica è una valvola unidirezionale che permette il passaggio dell'aria espiratoria dal tracheostoma alla faringe e nel contempo non permette il passaggio di liquidi dalla faringe alla trachea.

La **chirurgia funzionale** comporta l'asportazione della neoplasia rispettando i meccanismi della deglutizione, fonazione, respirazione. Questo approccio terapeutico prevede una perfetta conoscenza dei limiti di estensione della neoplasia per una radicalità dell'escissione, e nel contempo deve tenere conto dello stato generale del paziente, (ad es. la sua funzionalità respiratoria).

La terapia riabilitativa della deglutizione che si rende spesso necessaria in seguito a questi interventi è incompatibile con una grave compromissione dell'attività respiratoria, con rischio di inalazione e conseguenti broncopolmoniti ab ingestis.

Ricordiamo che l'uso del LASER CO<sub>2</sub> nella chirurgia endoscopica della laringe, diventata oggi di uso comune, riguarda i tumori iniziali dei distretti laringei glottici e sottoglottici e permette di evitare l'approccio per via esterna con conseguente esecuzione di tracheotomia temporanea e l'applicazione di sondino naso gastrico per l'alimentazione per 7-10 giorni.

Va fatto cenno che spesso alla laringectomia va associato, dal punto di vista profilattico o terapeutico, lo svuotamento dei linfonodi del collo.

## **CANCRO DEL CAVO ORALE**

La patologia neoplastica del cavo orale rappresenta in Italia il 4% di tutte le neoplasie nell'uomo ed il 2% nella donna. e la sua incidenza è andata significativamente aumentando negli ultimi decenni. Se la mortalità è aumentata meno significativamente è probabilmente merito di una maggiore efficacia dei trattamenti e di una, seppur modesta, della diagnosi sempre più precoce..

Buona parte dei carcinomi del cavo orale insorge su manifestazioni già note come stati precancerosi (leucoplachie, eritroplasia, lichen). Approssimativamente tale quota può essere stimata fra il 15 ed il 40%.

La degenerazione può avvenire anche dopo molti anni (15-30) ed è tanto più probabile quanto minore è l'età di comparsa. Oltre ad alcolismo, tabagismo e precancerosi, altri fattori etiopatogenetici sono stati identificati: microtraumi da malformazioni dentarie (rari in assoluto, predominanti in soggetti più giovani) o da dentature malconce e da protesi alterate o non ribassate (frequenti in soggetti anziani). In buona parte dei casi un meccanismo patogenetico specifico non può essere identificato.

La cavità orale può essere suddivisa in più sottosedi:

- labbro inferiore e superiore (prolabio e mucosa vestibolare)
- gengive inferiore e superiore (bordi alveolari)
- pavimento orale anteriore e laterale
- lingua mobile (2/ 3 anteriori, cioè endorali)
- guancie (mucosa genienna, compreso il trigono retromolare)
- il palato duro



### **Sintomatologia e presentazione clinica**

La presenza di una neoplasia del cavo orale è in genere avvertita dal paziente in fase relativamente tardiva , per algie, bruciori, senso di corpo estraneo, sanguinamento.

Per l'esperto, la diagnosi è possibile (palpazione) nel 90% dei casi e l'esame istologico su biopsia è risolutivo nel 98% dei casi.

Il carcinoma del cavo orale esordisce frequentemente come lesione superficiale micropapulare, ma tende rapidamente ad ulcerarsi e ad infiltrare le strutture sottostanti (muscolatura, periostio, osso). L'aspetto clinico più comune è quello di una ulcerazione a bordi rilevati e duri, con fondo carnoso irregolare. Non sono rare le forme erosive superficiali, finemente granulose, specialmente comuni come degenerazioni di precancerosi.

L'invasione della rete linfatica è piuttosto precoce e prelude alla diffusione ai linfonodi del collo.

### **Diagnosi**

È basata sull'esame clinico ispettivo e palpatorio, sono indicati inoltre esami strumentali come:

- TC
- eventuale RM

La diagnosi di natura va però formulata con biopsia diagnostica.

Una volta definita la natura neoplastica maligna, la stadiazione deve essere completata con:

- esame radiografico del torace
- panendoscopia

## Terapia chirurgica

Occorre distinguere fra pazienti operabili ed inoperabili. L'operabilità implica in primo luogo la reseccabilità della neoplasia, dove per reseccabilità si intende la possibilità, a priori valutata da un chirurgo esperto, di asportare la malattia in modo macroscopicamente completo, senza necessità di sacrificare strutture vitali per il paziente (es. asse vascolare del collo), o strutture la cui assenza comporti una qualità di vita inaccettabile.

Tali pazienti necessitano quasi sempre di una tracheotomia temporanea per mantenere la pervietà delle vie aeree a causa dell'edema post chirurgico. Anche in presenza di una neoplasia reseccabile, il paziente può risultare inoperabile per ragioni mediche che comportino un proibitivo rischio chirurgico.

**Pazienti operabili.** La chirurgia è il trattamento di scelta, poiché è quello che indiscutibilmente garantisce le maggiori probabilità di cura. L'approccio chirurgico richiede, di regola, vie combinate e un tempo ricostruttivo con opportuni lembi deve essere quasi sempre previsto. È ragionevole proporre in alcuni casi un trattamento radiante post- operatorio. Nei pazienti inoperabili, il trattamento chemio- radioterapico associato (sincrono o alternato) è ritenuto da molti il migliore, quando le condizioni del paziente lo consentono.

Molto importante è il trattamento delle metastasi linfonodali che deve essere eseguito nei pazienti con neoplasie del cavo orale. A seconda dell'estensione della malattia (stadiazione effettuata mediante esame clinico e tecniche di imaging) si passa dal nessun trattamento a exeresi parziali o complete delle stazioni linfonodali del collo. La decisione terapeutica viene valutata di volta in volta.

## CANCRO DELL'OROFARINGE



L'orofaringe si estende dalla linea di confine fra palato duro e molle a quella passante nella vallecchia glossoepiglottica.

È costituito da:

- due pareti laterali, dove si trovano i pilastri tonsillari anteriore e posteriore che racchiudono una zona triangolare dove è alloggiata la tonsilla ed è delimitata in basso dal solco amigdalico-glosso;
- una parete superiore, che comprende la faccia inferiore del palato molle e il velo pendulo;
- una parete anteriore, composta dal terzo posteriore della lingua, o base della lingua, e dalle vallecchie;
- una parete posteriore costituita dal piano mucoso e dai muscoli prevertebrali.

In fase precoce il sintomo più frequente riferito dai pazienti è costituito da un vago mal di gola. E' inoltre possibile che il paziente descriva un senso di corpo estraneo in gola che determina a volte difficoltà alla deglutizione.

Il dolore può essere anche riferito all'orecchio, quasi sempre unilateralmente (otalgia riflessa). Il trisma è in genere un sintomo tardivo dovuto alla infiltrazione dei muscoli pterigoidei. Anche il tono nasale della voce, l'alito fetido (per ulcerazione e necrosi) e la fissità della lingua sono sintomi tardivi. Un ingrossamento dei linfonodi è molto frequente nei carcinomi della regione tonsillare e della base lingua e può spesso costituire il sintomo di esordio della malattia.

## Diagnosi

È basata sull'esame clinico ispettivo e palpatorio, sono indicati inoltre esami strumentali come:

- TC o RM

La diagnosi di natura va formulata con biopsia diagnostica.

Una volta definita la natura neoplastica maligna, la stadiazione deve essere completata con:

- esame radiografico del torace
- panendoscopia (raccomandata ma non obbligatoria)

Le terapie di scelta sono rappresentate da: chirurgia e radioterapia, da sole o combinate, e dalla chemioterapia, utilizzata sempre in combinazione con le precedenti in varie sequenze.

Relativamente alla **chirurgia convenzionale** è importante sottolineare che in ragione delle attuali possibilità di ricostruzione sono caduti molti limiti di resecabilità chirurgica. I rapporti con strutture ossee contigue comportano la necessità di sacrificare in parte o per intero formazioni ossee adiacenti alla neoplasia, quali la mandibola, il bordo alveolare superiore, il palato duro. È possibile un ampio arco di opzioni fra differenti procedimenti di ricostruzione che richiedono un approccio multidisciplinare.

Descrizione del percorso

I pazienti con carcinoma del cavo orale-orofaringe e laringe-ipofaringe, pervengono alla nostra osservazione attraverso l'ambulatorio del medico di medicina generale, dallo specialista libero professionale o, più raramente attraverso il pronto soccorso in genere per il sopraggiungere di complicazioni quali il sanguinamento della neoplasia, la disfagia, il peggioramento di una sintomatologia algica preesistente, che giustificano la visita urgente.

La prima tappa del percorso seguito dal paziente prevede: la diagnosi della neoplasia e la sua stadiazione che vengono effettuate tramite l'esame clinico e una serie di esami strumentali (endoscopia delle prime vie aerodigestive, TAC testa e collo, Rx esofago, RX torace) che hanno lo scopo anche di escludere la presenza di neoplasie sincrone delle vie aerodigestive. Essenziale è l'esecuzione di un prelievo biotipico per avere una conferma istologica della natura carcinomatosa della lesione.



Nei rari casi in cui un paziente portatore di una neoplasia trascurata da tempo o misconosciuta si presenti al Pronto Soccorso per dispnea, emorragia massiva e necessità del controllo della stessa mediante tracheotomia d'urgenza, per la sicurezza delle vie aeree, si procede al ricovero e all'immediata tracheotomia e controllo dell'emorragia. In tale occasione si procede anche a prelievo biotipico per esame istologico (se non effettuato già in precedenza).

Nei casi più frequenti in cui l'accesso in ospedale venga effettuato in regime programmato il paziente seguirà l'iter della preparazione all'intervento chirurgico eseguendo tutti gli esami previsti per ottenere una corretta stadiazione della malattia, il giudizio anestesiológico di operabilità (pertanto anche inerente a patologie concomitanti: spirometria, visita cardiologia ecc) con appuntamenti ambulatoriali programmati.. Una volta completata la stadiazione e valutata l'operabilità il paziente viene informato sul tipo di intervento a cui verrà sottoposto e le possibili complicanze, su quale sarà l'iter per il recupero delle funzioni vocali e deglutorie; a tale colloquio partecipa anche la logopedista, il nutrizionista e la dietista (NPT o enterale totale per lo più tramite SNG o PEG) che avranno il compito di seguire il paziente sia nell'immediato postoperatorio che nella fase riabilitativa.

Al paziente vengono prospettate tutte le possibili alternative terapeutiche non chirurgiche quali radio e chemioterapia, se indicate, e le eventuali conseguenze della sua scelta. Il colloquio viene formalizzato attraverso il documento del "consenso informato" dopo aver accertato la comprensione delle informazioni ricevute.

## **RICOVERO E PREPARAZIONE**

Nel pomeriggio del giorno che precede l'intervento chirurgico in elezione il paziente si presenta in reparto per l'accoglimento che comprende l'identificazione e la presa in carico del paziente da parte dell'infermiere, l'assegnazione del posto letto con descrizione dei servizi, la rilevazione dei parametri vitali. In questa fase viene inoltre effettuato l'iter burocratico; la compilazione della cartella clinica è stata effettuata precedentemente in fase di preparazione all'intervento. Nei pazienti ove sia presente una patologia non correlata alla diagnosi di tumore che necessita di trattamento farmacologico si procede alla somministrazione dei farmaci tenendo conto delle eventuali variazioni terapeutiche prescritte dall'anestesista nel periodo preoperatorio.

Alla sera viene somministrata un' eventuale terapia ansiolitica prescritta dall'anestesista. Il paziente viene mantenuto a digiuno preoperatorio dalla mezzanotte.

Alle ore 6.00 del giorno dell'intervento chirurgico si procede alla tricotomia (preferibilmente con tagliacapelli e non con lametta), al bagno con soluzione antisettica, al controllo dei parametri vitali ed un eventuale ulteriore monitoraggio richiesto (ad esempio esami ematochimici urgenti), alla somministrazione della profilassi antibiotica ed alla premedicazione. Ove richiesto dall'anestesista si esegue anche la profilassi antitrombotica con eparine a basso peso molecolare e calze elastiche.

Alle 7.45 il paziente, dopo averne controllato l'identità e marcata la sede della procedura chirurgica a cui deve essere sottoposto, viene trasportato in sala operatoria dal personale di reparto dove viene preso in carico dall'equipe infermieristica del complesso operatorio e dall'equipe anestesiologicala e, dopo averne ricontrollato l'identità, il tipo di procedura chirurgica da effettuare ed il lato affetto, viene preparato all'intervento. In caso di paziente critico il risveglio ed il monitoraggio post operatorio verrà eseguito in ARTA.

I pazienti sottoposti a chirurgia per carcinomi del cavo orale orofaringeo vengono sottoposti nella maggioranza dei casi a tracheotomia temporanea per evitare difficoltà respiratorie nel postoperatorio legate all'edema.

Una volta che il paziente è rientrato in reparto, direttamente dalla Sala Operatoria. o dopo un periodo di transito presso l'ARTA, vengono ricontrollati i parametri vitali, si controlla il funzionamento di eventuali drenaggi e se necessario (in base alle patologie concomitanti, l'età del paziente ed eventuali problemi insorti durante l'intervento o le procedure anestesiologicalhe) si eseguono ECG di controllo e controlli dei parametri ematochimici.

I parametri vitali e il dolore vengono monitorati più volte al giorno dagli infermieri di reparto. Al paziente viene di routine somministrata una terapia antidolorifica mediante pompa elastomerica da parte del medico anestesista prima di uscire dalla sala operatoria. Il paziente è portatore di sondino nasogastrico (posizionato durante l'intervento chirurgico) per permettere l'alimentazione e l'assunzione di eventuale terapia nel periodo postoperatorio.

Il giorno successivo all'intervento vengono ripetuti se necessario esami ematochimici. Se eseguito un trattamento ricostruttivo con l'utilizzo di lembi liberi rivascolarizzati questi vanno controllati con doppler e controllo visivo come da protocollo.

Il paziente viene medicato regolarmente e si controlla che non vi sia l'insorgenza di complicazioni locali in sede di intervento e di carattere generale.

Vengono stabilite con il dietista le modalità di alimentazione e le necessità caloriche del paziente. Se non vi sono complicanze ed il decorso è regolare l'alimentazione per os può essere iniziata normalmente in 10 giornata, inizialmente la logopedista seguirà il paziente durante l'assunzione dei cibi che verranno introdotti gradualmente (la logopedista istruirà il paziente sulle modalità della ripresa dell'alimentazione che andrà personalizzata in base al tipo di intervento a cui il paziente è stato sottoposto) in tale attività sarà coadiuvata dalla dietista che sceglierà il tipo di alimenti più indicati per il paziente in base alle sue necessità.

Una volta ripresa l'autonomia nell'alimentazione e assicurata la pervietà delle vie aeree vengono rimossi la cannula tracheale e il sondino nasogastrico.

Nel caso di comparsa di complicanze locali e di difficoltà alla ripresa dell'alimentazione per os si valuta l'eventuale indicazione a mantenere in sede la cannula tracheale ed il sondino nasogastrico (quest'ultimo può essere sostituito con una PEG se si prevedono tempi lunghi per la ripresa dell'alimentazione).

Le complicanze locali andranno trattate a seconda dei casi con tecniche chirurgiche o mediche e condizionano la durata del ricovero ed un'eventuale trasferimento nel post ricovero in una struttura protetta.

Una volta disponibile il referto istologico del pezzo operatorio, in base alla radicalità chirurgica, alla presenza o meno di metastasi linfonodali, di eventuale rottura capsulare e ad altri parametri clinici ed anatomopatologici si valuterà l'eventuale necessità di un'integrazione terapeutica di tipo chirurgico (ampliamento dei margini) o radioterapico (in questo caso sarà richiesta una consulenza radioterapica per la programmazione del trattamento).

Una volta dimesso il paziente oncologico verrà seguito ambulatorialmente ad intervalli regolari (mensili per il primo anno e poi ad intervalli via via più lunghi) al fine di controllare l'eventuale insorgenza di recidive locoregionali o di

secondi T che in questi pazienti sono più frequenti che non nella popolazione generale.

Oltre all'esame clinico vanno eseguiti periodicamente esami strumentali come ecografie ed esami radiologici (Rx torace e TC) in maniera da evidenziare e trattare precocemente recidive o nuovi tumori.

**DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA CHIRURGIA SPECIALISTICA  
Clinica Otorinolaringoiatrica**

**Direttore: Prof. Gian Carlo Tirelli**

Tel: 040 – 399 4932; Fax: 040 – 399 4180

e-mai: [clinica-otorinolaringoiatrica@asugi.sanita.fvg.it](mailto:clinica-otorinolaringoiatrica@asugi.sanita.fvg.it)

**Responsabile Infermieristico: Ivana Iemmolo**

Tel: 040 – 399 4736; Fax: 040 – 399 4180

e-mail: [ivana.iemmolo@asugi.sanita.fvg.it](mailto:ivana.iemmolo@asugi.sanita.fvg.it)

Revisione 01 – maggio 2022