

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Rinosinusite cronica, polipoide, in paziente con _____
Trattamento proposto:	<b>FESS – Chirurgia Endoscopica Funzionale Naso Sinusale</b>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>La chirurgia endoscopica viene utilizzata in diverse patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• alcuni tipi di deviazione del setto nasale;</li><li>• disturbi della ventilazione;</li><li>• dacriocistite cronica (infezione del sacco lacrimale);</li><li>• infiammazioni di tipo acuto e cronico di natura batterica o di natura micotica (dovuta a funghi infettivi) di qualunque seno paranasale, cioè:<ul style="list-style-type: none"><li>○ del seno etmoidale (struttura bilaterale e simmetrica, costituita da un insieme di cavità pneumatiche paranasali, divise dal turbinato medio in anteriori e posteriori, che è in rapporto per ciascun lato con il seno mascellare, il s. frontale, il s. sfenoidale, l'endocranio e con l'orbita);</li><li>○ del seno mascellare (cavità pneumatica localizzata, una per ciascun lato, nello spessore dell'osso mascellare superiore al di sotto dell'orbita e comunicante con la fossa nasale omolaterale);</li><li>○ del seno frontale (cavità pneumatica, localizzata nello spessore dell'osso frontale, comunicante con la fossa nasale corrispondente e separata da un setto osseo dall'altra analoga controlaterale);</li><li>○ del seno sfenoidale (cavità pneumatica sviluppata nel corpo dell'osso endocranico detto sfenoide e separata da un setto osseo sottile dall'altra del lato opposto, spesso asimmetrica).</li></ul></li><li>• poliposi di qualunque seno paranasale: i polipi sono tumori benigni che non diventano mai maligni, che derivano dalla progressiva estroflessione della mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste l'interno delle cavità nasali e dei seni paranasali e che secerne muco) e che, ostruendo il lume delle fosse nasali, rendono difficile respirare con il naso;</li><li>• mucocele (cisti mucosa) del:<ul style="list-style-type: none"><li>○ del seno mascellare;</li><li>○ del seno frontale (della regione mediale).</li></ul></li><li>• corpi estranei;</li><li>• piccoli osteomi dell'etmoide o dell'infundibolo del seno frontale;</li><li>• tumore benigno;</li><li>• biopsia in caso di sospetto tumore maligno;</li><li>• esoftalmo maligno (forma grave, dolorosa e progressiva dell'e. che provoca congiuntivite, ulcere corneali, eventuale infiammazione dell'occhio nella sua totalità);</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• legatura dell'arteria etmoidale per epistassi (sanguinamento dal naso) che non si arresta dopo cauterizzazione in anestesia locale o dopo il tamponamento delle fosse nasali;</li> <li>• rinoliquorrea (fuoriuscita dal naso del liquido contenuto nel cervello) in caso di fratture isolate del tetto dell'etmoide o dello sfenoide; • Alcuni tipi di tumore maligno;</li> <li>• meningo/encefalocele (meninge o meninge + tessuto cerebrale che ernia nel naso). In caso di fistola rinoliquorale, e meningo/encefalocele può rendersi necessario un prelievo di tessuto adiposo dalla regione addominale. Prima dell'intervento:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ è stata eseguita un'indagine radiologica (T.C. comunemente detta TAC) del massiccio facciale.</li> <li>○ sarà eseguita un'indagine radiologica (T.C. comunemente detta TAC) del massiccio facciale Inoltre è stata eseguita sarà eseguita non è necessario eseguire anche una risonanza magnetica (R.M. o R.M.N.) del massiccio facciale.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. E' pertanto indispensabile la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. L'intervento viene eseguito per via endonasale senza cicatrici esterne visibili. La chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali è una tecnica chirurgica che utilizza degli endoscopi rigidi del diametro di pochi mm, che permettono di visualizzare, durante l'intervento chirurgico, anche su un monitor-video, le fosse nasali e l'interno dei seni paranasali. Con tale tecnica chirurgica si asporta soltanto il tessuto o la mucosa patologica naso-sinusale allargando gli ostii di sbocco fisiologici dei seni interessati dalla malattia. Per migliorare l'accesso chirurgico endonasale si decongestiona, circa mezz'ora prima di iniziare l'anestesia, la mucosa (tessuto di colorito roseo intenso che riveste le cavità interne di organi che comunicano con l'esterno e che secerne muco) nasale ed in particolare i turbinati (i turbinati sono tre sporgenze sovrapposte per ciascun lato delle pareti laterali delle fosse nasali: t. inferiore, t. medio, t. superiore; raramente può essere presente anche un quarto turbinato: il t. supremo) introducendo nel naso dei tamponcini imbevuti di vasocostrittore diluito con soluzione fisiologica. Dopo l'anestesia si può eseguire un'infiltrazione locale di un vasocostrittore con un anestetico per ridurre al minimo il sanguinamento. L'intervento prosegue poi con la rimozione o biopsia di eventuali neoformazioni polipoidi o di altra natura, l'apertura verso l'interno delle fosse nasali di tutte o parte delle cavità dell'etmoide del seno mascellare, frontale, sfenoidale ciascuna in varia misura in funzione della patologia presente Al termine sarà eseguito il posizionamento di tamponi in una o entrambe le fosse nasali, che saranno rimossi dopo qualche giorno. La durata dell'intervento varia in funzione delle difficoltà chirurgiche. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.</p> <p>Dopo l'intervento vanno eseguiti per un lungo periodo cure locali e controlli medici.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Miglioramento della stenosi nasale, rimozione delle neoformazioni polipoidi, dei tessuti infiammatori, delle eventuali raccolte presenti. Probabilità di successo elevate.

Quali sono i possibili problemi di recupero?	Epistassi, cefalea, otalgia, disfagia.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza della patologia, sua possibile evoluzione, mancata definizione istologica.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Con il termine complicanza maggiore si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• emorragia importante dalle fosse nasali e/o dai seni paranasali che può richiedere un tamponamento più compressivo; l'emorragia massiva con rischio per la vita è eccezionale e, di solito, si verifica nel corso dell'intervento;</li> <li>• fistola Rino liquorale (passaggio di liquido cefalorachidiano dall'interno del cranio nelle fosse nasali) per la presenza di una rottura in uno o più punti del tetto delle fosse nasali o del seno sfenoidale e, in genere, è dovuta a situazioni anatomiche particolari della parte alta delle cavità naso-sinusal;</li> <li>• ematoma (raccolta di sangue) intraorbitario compressivo che può richiedere un reintervento chirurgico urgente per evitare il rischio di cecità;</li> <li>• diminuzione o perdita della capacità visiva monolaterale o bilaterale come conseguenza di un sanguinamento all'interno della cavità orbitaria, di una lesione del nervo ottico o di lesioni gravi delle vie lacrimali;</li> <li>• diplopia ("visione sdoppiata") dovuta alla lesione di uno dei muscoli deputati alla motilità oculare (di solito il muscolo retto mediale) o a una emorragia da piccoli vasi ematici della parete della fossa nasale;</li> <li>• lesione del tessuto cerebrale secondario alla rottura del tetto della fossa nasale;</li> <li>• meningite, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);</li> <li>• ascesso cerebrale, per passaggio di batteri o virus dalle fosse nasali all'interno della cavità cranica (secondaria alla rottura del tetto della fossa nasale);</li> <li>• fistola carotico-cavernosa (comunicazione tra la arteria carotide interna e il seno venoso cavernoso) secondaria a rottura della parete laterale del seno sfenoidale;</li> <li>• al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: riflesso naso-vagale (che determina rallentamento dei battiti cardiaci, ipotensione e, in casi eccezionali, arresto cardiaco);</li> <li>• sindrome da shock settico, eccezionale e dovuta in genere al mantenimento prolungato in situ dell'eventuale tamponamento;</li> <li>• complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico e decesso.</li> </ul> <p>Con il termine di complicanza minore si intende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• emorragia di modesta entità, in genere facilmente controllabile con il tamponamento;</li> <li>• dolore transitorio della regione operata e/o cefalea gravativa, possono essere contrastati somministrando farmaci antinfiammatori-analgesci;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gonfiore transitorio dell'emifaccia del lato operato, utile, per ridurre l'entità, l'apposizione di una borsa di ghiaccio nell'immediato decorso postoperatorio e, nei casi più eclatanti, la somministrazione di corticosteroidi (cortisone);</li> <li>• infezione locale, che generalmente si risolve con una terapia medica antibiotica adeguata;</li> <li>• lesione del dotto naso-lacrimale (condotto che veicola le lacrime dall'occhio nel naso) con conseguente epifora (eccessiva formazione di lacrime) che può persistere da pochi giorni ad alcuni mesi o, addirittura, perdurare per sempre;</li> <li>• lesione della lamina papiracea (parete laterale della fossa nasale che divide la fossa nasale dalla cavità orbitaria) con formazione di un enfisema sottocutaneo periorbitario (raccolta di aria sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o di un'ecchimosi periorbitaria (raccolta di sangue sotto la cute che circonda l'orbita) e/o palpebrale o, più raramente, di un piccolo ematoma periorbitario (raccolta di sangue nei tessuti che circondano l'orbita o all'interno della cavità orbitaria stessa);</li> <li>• sanguinamento dalle fosse nasali di lieve o media entità di solito controllata con il tamponamento nasale;</li> <li>• alterazioni a carico dei tessuti di rivestimento: sinechie (cicatrici all'interno delle fosse nasali che a volte possono causare difficoltà respiratoria nasale), secchezza della mucosa nasale; per qualche mese, successivamente all'intervento, la formazione di croste nasali, con modesti e ripetuti sanguinamenti e sensazione di naso ostruito (complicanze peraltro più frequenti in caso di radioterapia pre o post-operatoria), è inevitabile e per ridurla è sufficiente eseguire regolarmente dei lavaggi nasali con soluzione fisiologica;</li> <li>• iposmia o anosmia cioè riduzione o perdita dell'olfatto;</li> <li>• al momento della rimozione dell'eventuale tamponamento: abrasioni/lacerazioni della mucosa, sanguinamento;</li> <li>• recidiva (ricomparsa della malattia): evento abbastanza frequente ancorché imprevedibile, indipendentemente dalla tecnica operatoria e dal buon esito dell'intervento, per cui necessitano controlli periodici.</li> </ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Terapia medica, topica, principalmente steroidea.
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

\_\_\_\_\_