

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Neoformazione, flogosi parotidea in paziente con: _____
Trattamento proposto:	PAROTIDECTOMIA PARZIALE/TOTALE
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Lo scopo dell'intervento è quello di asportare la ghiandola parotide perché affetta:</p> <ul style="list-style-type: none">• da una neoformazione che può: o aumentare di volume; o infettarsi; o diventare maligno in un secondo tempo; eventi questi che aumentano la difficoltà dell'intervento aumentando peraltro il rischio di lesione del nervo facciale (che permette la motilità e la mimica della faccia) che attraversa questa ghiandola;• da un tumore, di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;• da un tumore di tipo maligno. <p>L'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. È indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.</p> <p>Tale intervento consiste nell'asportazione della ghiandola parotide mediante un'incisione eseguita anteriormente al padiglione auricolare e quindi, per renderla meno visibile, prolungata sotto il lobulo e per alcuni centimetri a livello del collo. Sarà necessario repertare ed isolare il nervo facciale per effettuare l'asportazione del tumore con il tessuto ghiandolare che lo circonda.</p> <p>Il pezzo operatorio asportato sarà inviato, durante l'intervento, al patologo affinché con l'esame istologico estemporaneo precisi la natura della lesione; pertanto la parotidectomia, a seconda della risposta, sarà:</p> <ul style="list-style-type: none">• parziale se l'esame deporrà per un tumore sicuramente benigno e senza rischio di recidiva;• totale se l'esame deporrà per un tumore così detto misto (adenoma pleomorfo), che rappresenta la forma di tumore più frequente delle ghiandole salivari ed in particolare della parotide; questo per evitare il rischio di recidiva in considerazione che questo tumore, pur essendo benigno, è considerato a "malignità intermedia", cioè può degenerare e diventare maligno, soprattutto in caso di recidiva;• totale ed associata a svuotamento linfonodale (asportazione di tutti i linfonodi, che sono noduli di tessuto linfatico situati sul decorso dei vasi linfatici) laterocervicale del lato ove era situata la ghiandola parotide asportata, se l'esame deporrà per tumore maligno (vedi relativo consenso informato). Lo svuotamento linfonodale del collo comporta il prolungamento dell'incisione cutanea nella regione del collo. I linfonodi asportati saranno inviati dal patologo per l'esame istologico che preciserà

	<p>se sono sede di ripetizione di malattia o meno. Verrà infine posizionato un drenaggio (un tubicino) posto in un lato della ferita chirurgica per scaricare i liquidi ematici che si possono formare e che di norma verrà rimosso in III-IV giornata post-operatoria. 2 La durata dell'intervento varia in funzione della patologia che lo ha causato, delle difficoltà che vengono incontrate e dei risultati dell'esame istologico eseguito intraoperatoriamente. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie Le saranno precisate dal Suo chirurgo.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Rimozione della lesione, definizione istologica. Probabilità di successo in funzione della natura della lesione cistica, infiammatoria, neoplastica.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Raccolte sierose e/o ematiche, deficit della motilità dell'emivolto, sovrainfezioni.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Persistenza e/o progressione della lesione, mancata definizione istologica</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<ul style="list-style-type: none"> • Emorragia post-operatoria, quale complicanza sia pure infrequente di ogni atto chirurgico; • Ematoma (raccolta localizzata di sangue) post-operatorio, in genere scarso e poco preoccupante; • Dolore e difficoltà transitoria alla masticazione, dovuti alla vicinanza alla zona dell'intervento dell'articolazione temporo-mandibolare; può comparire, a causa della posizione della testa durante l'intervento, anche dolore cervicale che di norma non richiede alcun trattamento od, al massimo, i comuni antinfiammatori-analgesici; • Infezione della sede dell'intervento, generalmente ben controllata da terapia antibiotica; • Fistola salivare, cioè formazione di un condotto tra la zona ove era la ghiandola e la cute, con fuoriuscita di secrezione salivare; la fistola è dovuta alla persistenza di piccolissimi residui di parenchima ghiandolare e, poiché questi vanno rapidamente incontro ad atrofia, tende rapidamente alla chiusura spontanea; • Quando verrà rimossa la fasciatura si evidenzierà dietro l'angolo della mandibola un'area di depressione che è dovuta alla rimozione della ghiandola e che con il tempo si attenuerà leggermente; • E' possibile un deficit del nervo facciale, di grado variabile a seconda delle difficoltà chirurgiche e della variabilità anatomica del nervo, con paralisi dei muscoli della metà della faccia del lato interessato e perdita della motilità e mimica facciale nonché mancata chiusura palpebrale; in genere è temporaneo e dovuto a traumatismo chirurgico ma senza sezione del nervo: il recupero funzionale può essere affrettato anche con sedute di fisioterapia; però nel frattempo è bene proteggere l'occhio e, se compare arrossamento o dolore, vanno segnalati onde eseguire un controllo oculistico; • La paralisi del nervo facciale permanente è molto rara e può verificarsi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Per sacrificio chirurgico, nei casi in cui il nervo sia interessato dalla patologia maligna; ▪ Qualora sia impossibile trovare un piano di clivaggio (separazione) tra nervo e tessuto patologico in caso di tumore infettatosi o di reintervento;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualora la paralisi del nervo facciale esista già prima dell'intervento; • Successivamente all'intervento, per circa un anno, si può verificare il così detto fenomeno di Frey, che consiste in una "sudorazione", in coincidenza dei pasti, nella regione dove era la parotide asportata. Questa eventualità è di intensità variabile e va riferita al chirurgo; • La cicatrice, per infiammazione, può essere molto sensibile e dolorosa anche per un periodo molto lungo; • Formazione di cheloide, cioè tessuto cicatriziale esuberante, legato generalmente ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate; potrà giovare di cure particolari; • Complicanze minori quali: parestesie (formicolii) o anestesia (perdita della sensibilità) o ipoestesia (diminuzione della sensibilità) della guancia e del padiglione dell'orecchio; questi disturbi si attenueranno progressivamente con il trascorrere del tempo; • Complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	In caso di flogosi trattamento medico antibiotico e steroideo; in caso di neoplasia radio e/o chemioterapia con possibilità di cefalea, nausea, vomito, disfagia, dispnea, flogosi locale, mucosite.
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
