

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Insufficienza respiratoria da stenosi sovratracheale da possibile causa oncologica, flogistica... in paziente con: _____
Trattamento proposto:	TRACHEOTOMIA
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>L'intervento di tracheotomia consiste nella creazione di una apertura della trachea mediante un'incisione anteriore del collo a livello del giugulo (fossetta sopra lo sterno). La trachea cervicale viene collegata alla cute della regione anteriore del collo, saltando le vie aeree superiori. L'intervento verrà praticato per il seguente motivo: è presente un ostacolo alla respirazione, che non regredisce con i trattamenti medici, dovuto ai seguenti motivi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Il paziente dovrà essere sottoposto ad un intervento chirurgico sul cavo orale, sulla faringe o sulla laringe che potrebbe rendere difficoltosa la respirazione dopo la procedura a causa del gonfiore dei tessuti delle vie respiratorie soprastanti:</p> <ul style="list-style-type: none">• per ovviare ad una intubazione necessaria per un'anestesia generale e resa impossibile da particolari situazioni anatomiche locali;• per evitare il rischio di una stenosi (restringimento) laringo-tracheale dovuto ad intubazione prolungata. <p>L'intervento si svolge abitualmente in anestesia generale/locale. E' indispensabile, in ogni caso, la valutazione anestesiológica preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. Talvolta, in caso di estrema urgenza, può rendersi necessario procedere alla tracheotomia in anestesia locale senza l'assistenza dell'anestesista. Tale intervento consiste nella creazione di un'apertura di forma rotondeggiante:</p> <ul style="list-style-type: none">• temporanea;• permanente della trachea. <p>Per eseguire l'intervento il paziente viene disteso sul dorso a capo fortemente iperesteso e viene praticata un'incisione orizzontale nella regione anteriore del collo a livello del giugulo (fossetta sopra lo sterno). In caso di situazioni anatomiche particolari (collo corto e tozzo, dislocazione laterale della trachea, struma voluminoso) è preferibile che l'incisione cutanea sia verticale lungo la linea mediana del collo dal margine inferiore della cartilagine tiroide (pomo di Adamo) fino al giugulo. Al di sotto dei muscoli prelaringei e della tiroide si trova la trachea sulla cui parete anteriore verrà praticata l'apertura, attraverso cui verrà successivamente introdotta un'apposita cannula, che potrà essere cuffiata durante l'intervento o nel postoperatorio. Successivamente, in caso di</p>

	tracheotomia temporanea, la semplice rimozione della cannula è sufficiente in genere ad ottenere la chiusura spontanea della tracheotomia. La durata del ricovero ospedaliero e le cure postoperatorie sono in relazione alla causa che ha determinato l'intervento e Le saranno precisate dal Suo chirurgo. Anche le norme per accudire alla stomia (apertura chirurgica) della trachea ed alla pulizia della cannula tracheale Le saranno precisate dall'equipe dei chirurghi che La seguono.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Miglioramento della condizione respiratoria, probabilità elevate.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Secrezioni, sovrainfezioni.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza ed evoluzione della dispnea.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<ul style="list-style-type: none"> • Arresto cardio-respiratorio che richiede adatte terapie di rianimazione; • Lesione del nervo ricorrente (che innerva la laringe) che comporta disfonia (alterazione della voce) talvolta permanente, o della pleura che comporta un pneumotorace (accumulo di aria nella cavità pleurica); • Emorragie intra- e post-operatorie, quale complicanza, sia pure infrequente, di ogni atto chirurgico che può rendere necessario un reintervento; • Ematoma (raccolta localizzata di sangue) in regione cervicale che può, anche se eccezionalmente, rendere necessario un reintervento; • Enfisema sottocutaneo: diffusione di aria sotto la cute con caratteristico conseguente crepitio alla palpazione, dovuta generalmente ad una sutura troppo serrata che trattiene l'aria espulsa con la tosse nel tessuto sottocutaneo. Di solito è una condizione benigna che si riassorbe in 2-3 giorni; • Pneumomediastino: accumulo di aria nei piani profondi del collo fino al mediastino (spazio della cavità toracica compreso tra le due cavità pleuriche contenenti i polmoni); • Ostruzione della cannula determinata dalle secrezioni più o meno miste a sangue; • Infezione della ferita chirurgica, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica; flemmone (infezione diffusa) cervicale; superinfezioni tracheo-bronchiali abituali nei giorni successivi all'intervento e, di norma, ben controllate dalla terapia antibiotica; infezioni delle cartilagini della laringe e/o della trachea che possono causare, in casi eccezionali e rari, una stenosi o un restringimento cicatriziale della laringe e/o della trachea; • Cicatrizzazione esuberante della cute (cheloide), evento generalmente legato ad una caratteristica congenita del paziente, oppure reazione abnorme a seguito di esposizione a raggi solari in qualsiasi stagione dell'anno, maggiormente in estate; • Fistola tracheo-esofagea: comunicazione tra trachea ed esofago dovuta a necrosi (morte del tessuto) della parete tra la faccia posteriore della trachea e quella anteriore dell'esofago, dovuta alla compressione da parte della cannula mal posizionata. La fistola comporta la penetrazione del contenuto gastrico ed esofageo nelle vie aeree con conseguenti

	<p>polmoniti ab ingestis (infezione dei polmoni per la penetrazione di materiale alimentare nei polmoni);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stenosi tracheale: restringimento della trachea per la formazione di tessuto cicatriziale nella regione sottoglottica (sotto le corde vocali) con difficoltà respiratorie che potrebbero rendere necessari trattamenti medici e/o chirurgici per poter chiudere il tracheostoma; • Emorragia massiva tale da aggravare la respirazione del paziente già compromessa e ritardare l'apertura tracheale, causando così in casi, per la verità molto rari, il decesso; • Complicanze anestesilogiche: legate ai rischi dell'anestesia generale/locale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.
Quali sono le alternative al trattamento proposte ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti ?	Non esistono alternative.
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
