

Gentile Signora,

Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

PAROTIDECTOMIA

La **informiamo** che, lo scopo dell'intervento è quello di asportare parzialmente o completamente la ghiandola parotide perché affetta:

- da una formazione nodulare che può:
 - aumentare di volume;
 - infettarsi;
 - diventare maligna in un secondo tempo;
- da un tumore, di cui è necessario precisare la natura benigna o maligna;
- da un tumore di tipo maligno;
- da altra patologia della parotide non compresa nelle voci precedenti ma comunque richiedente trattamento chirurgico.

In alcuni dei casi predetti la difficoltà dell'intervento aumenta, con contestuale aumento del rischio di lesione del nervo facciale (che permette la motilità e la mimica della faccia) che attraversa questa ghiandola.

La **informiamo** che, l'intervento viene eseguito abitualmente in anestesia generale. È indispensabile, pertanto, la valutazione anestesiologicala preoperatoria. Il medico anestesista rianimatore risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione.

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 identificare, isolare e salvaguardare (ove e quando possibile) il nervo facciale per effettuare l'asportazione del tumore con il tessuto ghiandolare che lo circonda senza compromettere la funzione motoria del medesimo nervo che – ricordiamo – è responsabile della motilità mimica e funzionale dell'emifaccia ipsilaterale (palpebre, guancia, labbra, ecc.).

Il pezzo operatorio asportato - in casi selezionati e ove ne sussista l'indicazione - potrà talora essere inviato

	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER PAROTIDECTOMIA	UOC DM – UOC OTORINO LARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE MOD 11-2022 Rev. 00 04.04.2022 PAG 2 DI 4
---	---	--

durante l'intervento al patologo affinché con l'esame istologico estemporaneo precisi la natura della lesione, consentendo la revisione del programma chirurgico in sede intraoperatoria. In altri casi il pezzo operatorio sarà inviato al patologo per l'esame istologico definitivo, il cui esito sarà noto solo a distanza di diversi giorni dall'intervento.

La **informiamo** che, a seconda dei casi e, in particolare, della situazione clinica e della diagnosi istologica della lesione parotidea, la parotidectomia potrà essere eseguita in forma:

- Parziale se l'esame deporrà per un tumore sicuramente benigno e senza rischio di recidiva o per patologie non tumorali (enucleazione; enucleo resezione; parotidectomia parziale; parotidectomia superficiale sovra neurale; ecc.);
- Totale se l'esame deporrà per un tumore maligno cosiddetto "a basso grado di malignità", per localizzazioni di tumori benigni al lobo profondo della parotide, per tumori benigni con rischio significativo di recidiva/trasformazione maligna o per patologie non neoplastiche "diffuse" della parotide;
- 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 a "ad alto grado" o se gli esami clinici, istologici o di "imaging" evidenziassero un interessamento dei linfonodi da parte della patologia neoplastica (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 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.

La **informiamo** che, 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.

La **informiamo** che, come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano), pur se condotti in maniera adeguata con competenza ed esperienza, in conformità agli attuali standard di scienza e di norme in vigore, anche l'intervento di parotidectomia può comportare rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

La **informiamo** che i rischi di complicanze sono:

- deficit transitorio o permanente del nervo facciale e/o dei suoi diversi rami, 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;

- la paralisi temporanea, della durata di ore o giorni, è seguita da completo recupero della funzionalità del nervo: è dovuta alle necessità di manipolazione chirurgica del nervo durante l'intervento al fine di isolare il tessuto ghiandolare della parotide dal nervo stesso e consegue al traumatismo chirurgico ma senza sezione del nervo: il recupero funzionale può essere talora accelerato con sedute di fisioterapia (non sempre indicate); nel frattempo è bene proteggere l'occhio e, se compaiono arrossamento o dolore, è opportuno darne tempestiva segnalazione al curante o allo specialista ORL per eseguire eventualmente un controllo oculistico;
- la paralisi del nervo facciale permanente è molto rara e può verificarsi:
 - 1) per sacrificio chirurgico, nei casi in cui il nervo sia interessato dalla patologia maligna;
 - 2) qualora sia impossibile trovare un piano di clivaggio (separazione) tra nervo e tessuto patologico in caso di tumore infiltrante, infezione locale con importanti reazioni infiammatorie, fibrosi (cicatrice) locale, esiti cicatriziali di pregressi interventi e episodi infiammatori locali;
 - 3) qualora la paralisi del nervo facciale esista già prima dell'intervento;
- 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 o, 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;
- presenza di un'area di depressione dietro l'angolo della mandibola, particolarmente evidente quando verrà rimossa la fasciatura: è dovuta alla rimozione della ghiandola e con il tempo si attenuerà leggermente;
- sindrome di Frey: successivamente all'intervento, per circa un anno, si può verificare la cosiddetta sindrome o fenomeno di Frey, che consiste in un arrossamento con "sudorazione" in coincidenza dei pasti nella regione dove è stata asportata la parotide. Questa eventualità è di intensità variabile e deve essere 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. Le saranno estesamente illustrate dal collega anestesista in corso della valutazione anestesologica pre-operatoria.

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li ___/___/_____