

Gentile Signora,
Egregio Signore,

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

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

EXERESI TUMORE GLOMICO

La **informiamo** che i tumori glomici sono tumori benigni che originano da alcuni corpuscoli deputati al controllo della pressione sanguigna distribuiti lungo il decorso di alcuni nervi a livello dell'orecchio medio, della base cranio o a livello della biforcazione carotidea. A causa della loro ricca vascolarizzazione (l'intera massa tumorale è piena di sangue) questi tumori potrebbero causare importanti sanguinamenti durante la procedura chirurgica. Naturalmente le dimensioni e la localizzazione del tumore determinano la presenza di altri sintomi, come l'ipoacusia (diminuzione dell'udito), lesioni o alterazioni del nervo ipoglosso, del nervo accessorio.

La **informiamo** che i glomi sono distinti nelle seguenti classi (il Suo caso è contrassegnato con una x):

- Classe A – tumore glomico timpanico dx sx
- Classe B - tumore glomico timpanico dx sx
- Classe C – tumore glomico timpano-giugulare dx sx:
- C1, C2, C3, C4, rappresentano ulteriori classificazioni del tumore glomico timpano-giugulare in base alla sua estensione verso la carotide interna;
- Classe D – tumore glomico timpano – giugulare dx sx, con estensione intracranica:
- Glomo carotideo dx sx:

La **informiamo** che il tumore **glomico carotideo** ha una localizzazione a livello della biforcazione carotidea, suddivisione della arteria carotide comune in interna ed esterna, situata in un'area del collo ricca di importanti strutture nervose e vascolari. Più precisamente l'approccio chirurgico della zona prevede il rapporto con le seguenti strutture anatomiche:

- il nervo glosso-faringeo che contribuisce alla funzione della deglutizione;
- il nervo vago che ha molteplici funzioni, le più importanti delle quali sono quelle di

	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER EXERESI TUMORE GLOMICO	UOC DM – UOC OTORINO LARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE MOD 05-2022 Rev. 00 28.03.2022 PAG 2 DI 6
---	---	--

movimento della corda vocale (fonazione) e della deglutizione;

- il nervo accessorio responsabile di parte del movimento di sollevamento della spalla;
- la vena giugulare, vena che drena la maggior parte del sangue proveniente dalla metà della testa.
- l'arteria carotide esterna, che apporta sangue allo splancnocranio e l'arteria carotide interna che è la più importante arteria che porta sangue al cervello con complicanze emorragiche o ischemiche anche gravi.
- fibre nervose del sistema nervoso autonomo simpatico e parasimpatico con alterazione della morfologia e forma della palpebra, alterazione del visus e dell'accomodazione, anidrosi del volto, Sindrome di Horner: miosi, ptosi, enoftalmo.

Durante il loro accrescimento questi tumori possono giungere ad interessare altre strutture, quali:

- il nervo ipoglosso che permette il movimento di metà della lingua;
- l'orecchio interno nelle sue componenti uditiva e dell'equilibrio (vestibolare);
- il nervo facciale, che controlla il movimento dei muscoli di metà faccia.
- Il nervo marginalis mandibuale
- l'arteria vertebrale;
- nervo laringeo superiore con alterazione della qualità della voce.

Il coinvolgimento dei vari nervi da parte del tumore non significa che detti nervi non funzionino, anzi spesso la loro funzionalità pre-operatoria è normale.

La **informiamo** che la preparazione Pre-Operatoria potrebbe prevedere:

- **Autotrasfusione o Trasfusione di emazie**

Essendo spesso necessaria una trasfusione di sangue è consigliabile effettuare un predeposito circa 7- 10 giorni prima dell'intervento, in modo che, in caso di necessità, la trasfusione viene effettuata con sangue dello stesso paziente.

- **Arteriografia (se non eseguita già in sede di diagnosi)**

Consiste in uno studio radiologico che si effettua in anestesia locale tramite l'introduzione di un mezzo di contrasto iodato attraverso l'arteria femorale. L'arteriografia dà importantissime informazioni sulla natura del tumore, sulla sua vascolarizzazione sui rapporti con le strutture vicine ed in particolare dà l'esatta nozione delle arterie che portano il sangue al tumore. In seguito a

questo esame viene deciso se è necessario eseguire l'embolizzazione e le prove di funzionalità dell'arteria carotide interna. L'esame permette inoltre di studiare le vene che drenano il sangue della testa. In casi particolari il principale scarico venoso risulta essere proprio il bulbo giugulare del lato da operare. Non essendo possibile risparmiare questo vaso nel corso dell'intervento è consigliabile rinviare l'operazione, per evitare problemi dovuti alla stasi venosa cerebrale. Generalmente la crescita del tumore comporta una lenta chiusura del bulbo della giugulare con contemporaneo sviluppo compensatorio di vasi secondari, il che rende possibile l'esecuzione dell'intervento.

- **Embolizzazione**

Con tale procedura si provvede a chiudere i vasi che portano sangue al tumore, attraverso il posizionamento di piccole particelle o spirali metalliche all'interno dei vasi stessi. Viene effettuata in anestesia generale per mezzo dell'inserzione di una sottile sonda che attraverso l'arteria femorale viene fatta risalire fino ai vasi interessati. Affinché tale trattamento abbia la massima efficacia va eseguito nelle 72 ore che precedono l'intervento, e necessita di un ricovero.

- **Test di occlusione**

È uno studio che va effettuato ogni volta che si ritenga necessario chiudere l'arteria carotide o, più raramente, l'arteria vertebrale. Si esegue in anestesia locale e consiste nell'introduzione attraverso l'arteria femorale di una piccola sonda recante un palloncino. Tale palloncino viene gonfiato una volta raggiunta la giusta posizione all'interno dell'arteria interessata

- **Occlusione con il palloncino**

Nei pazienti che superano il test di occlusione vengono posizionati dei palloncini staccabili all'interno dell'arteria interessata, allo scopo di occluderla definitivamente. Tale procedura va eseguita almeno 30 giorni prima dell'intervento chirurgico, così da dar modo al cervello di abituarsi alla nuova situazione di apporto sanguigno.

- **La informiamo** che il trattamento Chirurgico prevede:

Exeresi di Glomo _____

Via d'accesso cervicale, con incisione cutanea a livello della cute del collo.

Le lesioni possono interessare:

- i nervi coinvolti o in stretto rapporto con la massa tumorale, alcune volte per una radicalità chirurgica si devono sacrificare e ciò comporta dei deficit funzionali:
 - difficoltà di deglutizione, col rischio che del cibo possa finire nei

polmoni provocando una polmonite (*ab ingestis*);

- disfonia.
- Parestesie cutanee.
- Miosi, ptosi, enoftalmo.
- Crisi ipotensive

Tali difficoltà vengono generalmente superate velocemente nei pazienti giovani - nel giro di 5-6 giorni - con più difficoltà negli anziani, tanto che in alcuni casi è preferibile eseguire una rimozione tumorale parziale piuttosto che rischiare di ledere i nervi.

La **informiamo** che i tumori glomici sono tumori benigni a lenta crescita, per cui in alcuni casi, ed in particolare nei pazienti anziani, può essere consigliabile controllarli radiologicamente. Qualora il tumore desse segni di crescita rapida sarebbe poi possibile tentare un trattamento radioterapico. Quest'ultimo non è curativo, ma danneggiando i vasi che portano sangue al tumore, generalmente tende a bloccare la crescita. Un'exeresi (asportazione) chirurgica successiva ad un trattamento radioterapico risulta però più complessa.

La **informiamo** che come tutti gli atti medici (esami, endoscopie, interventi sul corpo umano) che, 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 exeresi (asportazione) di tumore glomico per via:

può comportare dei rischi di complicanze, talvolta non frequenti.

La **informiamo** che i rischi di complicanze relativi alla rimozione del glomo sono:

- infezione della ferita, nonostante sia generalmente ben controllata da terapia antibiotica;
- 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 epoca stagionale, maggiormente in estate;
- ematoma (raccolta localizzata di sangue) retro-auricolare, generalmente transitorio;
- acufeni (rumori nell'orecchio) dopo l'intervento generalmente gli acufeni diminuiscono ma, in rari casi, possono peggiorare. Occasionalmente, un paziente senza acufeni pre-operatori, li può accusare dopo l'intervento;
- disturbo del gusto e secchezza della bocca;
- peggioramento dell'udito fino (in rari casi alla perdita dell'udito dal lato operato);
- Vertigini, in rari casi, può durare da pochi giorni a un mese;
- paralisi del nervo facciale, rarissima e generalmente temporanea, può avvenire a

seguito di un edema (gonfiore) del nervo o per traumatismo chirurgico;

- perdita di sensibilità del padiglione auricolare: frequente, dovuta al sacrificio dei rami cutanei dei nervi della sensibilità cutanea, dura alcuni mesi, generalmente reversibile
- complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico

La **informiamo** che i rischi di complicanze relativi alla rimozione del glomo Classe C o Classe D ed ulteriori classificazioni sono:

- infezione;
- emorragia anche grave;
- paralisi/paresi temporanea del facciale con paralisi dei muscoli dell'emifaccia del lato interessato e perdita della motilità e mimica facciale, nonché mancata chiusura palpebrale (in casi rarissimi non vi è alcun recupero della funzionalità);
- disfagia (difficoltà della deglutizione): frequente nell'immediato post-operatorio. Di solito col tempo si instaura un buon compenso;
- disfonia (diminuzione del tono della voce): frequente nell'immediato post-operatorio. Di solito col tempo si instaura un buon compenso;
- difficoltà al sollevamento della spalla;
- paralisi di metà lingua;
- polmonite ab ingestis (infezione polmonare dovuta alla penetrazione di alimenti nei polmoni): uno dei più pericolosi rischi connessi alla disfagia (alterata deglutizione) ed alla paralisi della corda vocale. Il suo verificarsi comporta un allungamento dei tempi di ricovero, con necessità di una prolungata terapia antibiotica e nutrizione attraverso una sonda naso-gastrica. Nei casi più gravi è necessaria l'esecuzione di una tracheotomia temporanea;
- liquorrea (fuoriuscita del liquido in cui è immerso il cervello): è una complicanza rara ma pericolosa in quanto può portare alla meningite. Può avvenire attraverso la ferita chirurgica, attraverso il naso, oppure il liquor può accumularsi nel collo. Nel caso di un suo verificarsi andranno messe in atto alcune misure quali fasciatura compressiva, riposo a letto, inserzione di un drenaggio spinale e revisione della ferita chirurgica;
- instabilità del capo: solo in caso di esteso interessamento del condilo occipitale da parte del tumore;
- deficit di motilità oculare
- complicanze anestesologiche: legate ai rischi dell'anestesia generale, con possibili complicanze anche molto gravi come lo shock anafilattico.

La **informiamo** che in caso di lesione con importante coinvolgimento della carotide interna o con estensione intradurale si possono verificare, seppur in percentuali bassissime:

- morte;
- deficit neurologici importanti quali l'emiplegia (paralisi di metà corpo) temporanei o permanenti;

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 lì ___/___/___